

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN ORIGINAL

Odontología

Hábitos de higiene oral en niños y adolescentes con discapacidad visual que acuden al Centro Santa Lucía

Leticia Echeverría¹, Karen Rolón Orué¹, Natalia Prieto¹, Nora Rivas¹

¹Carrera de Odontología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Norte, sede Asunción, Asunción, Paraguay.

Enviado: 23 de mayo de 2021

Aceptado: 18 de julio de 2021

Publicado: 28 de julio de 2021

DOI: [10.5281/zenodo.22740149](https://doi.org/10.5281/zenodo.22740149)



Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC-BY)

RESUMEN

Introducción: La discapacidad visual limita la adquisición autónoma de hábitos de higiene bucal en la infancia y la adolescencia, y coloca a quienes la presentan en una posición de mayor dependencia del conocimiento y la disposición de sus cuidadores para mantener una salud oral adecuada. El objetivo de este estudio fue determinar los hábitos de higiene oral de niños y adolescentes con discapacidad visual que acuden al Centro Santa Lucía, así como el nivel de conocimiento de sus padres o encargados sobre el cuidado bucal. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal y enfoque cuantitativo. Se aplicó un cuestionario virtual autoadministrado a los padres o encargados de niños y adolescentes de 0 a 15 años atendidos en el Centro Santa Lucía (Asunción, Paraguay) durante 2020, previo consentimiento informado. **Resultados:** Participaron 48 padres o encargados. El 54 % refirió pérdida visual parcial en su hijo o hija y el 29 % pérdida total; un 17 % desconocía el grado. El 46 % de los niños y adolescentes realizaba la higiene oral de manera independiente, el 31 % exclusivamente con ayuda y el 23 % de ambas formas. El 98 % utilizaba cepillo dental y el 92 % pasta dental, mientras que el hilo dental y el enjuague bucal se usaban en una minoría de los casos. El 58 % de los padres o encargados no había recibido instrucciones sobre el cuidado dental de su hijo o hija, aunque el 69 % de los niños y adolescentes sí las había recibido en algún centro, escuela u hospital. La totalidad de los encuestados manifestó interés en recibir orientación sobre

Autor correspondiente: Nora Rivas. Carrera de Odontología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Norte, sede Asunción, Asunción, Paraguay

Correo electrónico: dtcinvestigador.odontologia.asuncion2@uninorte.edu.py

Financiación: Esta investigación no recibió financiación específica de organismos públicos, comerciales ni de entidades sin ánimo de lucro.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales, profesionales, institucionales ni de otra índole relacionados con este trabajo.

el tema. **Conclusiones:** Los hábitos de higiene oral de los niños y adolescentes con discapacidad visual atendidos en este centro resultaron incompletos, con un uso escaso de hilo dental y enjuague bucal y una proporción relevante de padres sin instrucción específica sobre el cuidado bucal de sus hijos. Estos hallazgos respaldan la necesidad de estrategias educativas dirigidas simultáneamente a los niños y a sus cuidadores, con materiales adaptados a la discapacidad visual.

Palabras clave: personas con discapacidad visual, salud bucal, higiene bucal, niño, educación en salud, odontología pediátrica

INTRODUCCIÓN

La discapacidad visual afecta a un número considerable de personas en el mundo y constituye una prioridad de salud pública reconocida por la Comisión Lancet sobre Salud Ocular Global, que ha señalado la necesidad de integrar la atención de las personas con discapacidad visual en los sistemas de salud, incluyendo ámbitos que trascienden la oftalmología (1). En paralelo, las enfermedades bucales figuran entre las condiciones de mayor prevalencia a escala global, con la caries dental y la enfermedad periodontal afectando a una proporción sustancial de la población infantil y adulta, según el análisis sistemático de la carga global de enfermedades bucales (2).

En América Latina y el Caribe, las estrategias comunitarias de control de caries continúan enfrentando barreras estructurales de acceso y de continuidad en la atención odontológica, particularmente en poblaciones con necesidades de salud adicionales (3). En este contexto, las personas con discapacidad visual representan un grupo con dificultades específicas para adquirir y mantener hábitos de higiene bucal, dado que gran parte del aprendizaje del cepillado dental se transmite habitualmente por imitación visual.

Estudios realizados en distintos países han documentado de manera consistente un conocimiento limitado sobre higiene oral y un estado bucodental desfavorable en niños y adolescentes con discapacidad visual. En Riad, un estudio comparativo encontró peor estado de salud oral y menor conocimiento sobre el tema en escolares con discapacidad visual frente a sus pares videntes (4). Hallazgos similares se han reportado en Chennai, donde una proporción reducida de personas con discapacidad visual conocía y utilizaba el hilo dental de forma habitual (5), en Kuwait, donde la experiencia de caries fue más alta en niños y jóvenes con discapacidad (6), y en Ban-

galore, donde se documentó una asociación entre el escaso conocimiento sobre higiene oral y una mayor prevalencia de caries en esta población (7).

Frente a estas dificultades, distintas intervenciones han buscado adaptar la educación en salud oral a las necesidades sensoriales de las personas con discapacidad visual. La incorporación de instrucciones en Braille y de materiales táctiles ha mostrado mejoras en el estado de higiene oral de niños con discapacidad visual (8,9), aunque el acceso a la atención odontológica en esta población continúa limitado por barreras relacionadas con la disponibilidad de servicios adaptados, el costo y la actitud de los propios cuidadores (10). La educación en salud oral dirigida específicamente a los padres o cuidadores también se ha propuesto como una estrategia complementaria para mejorar el cuidado bucal de niños con necesidades especiales de salud (11).

En Paraguay no existen datos publicados sobre los hábitos de higiene oral de niños y adolescentes con discapacidad visual ni sobre el nivel de conocimiento de sus cuidadores en este ámbito. El presente estudio tuvo como objetivo determinar los hábitos de higiene oral de niños y adolescentes con discapacidad visual que acuden al Centro Santa Lucía durante el año 2020, así como describir las características sociodemográficas de esta población y de sus padres o encargados, identificar el nivel de conocimiento de estos últimos sobre higiene oral y establecer el grado de discapacidad visual referido con mayor frecuencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal y enfoque predominantemente cuantitativo, llevado a cabo durante julio de 2020 en el Centro de Recursos Santa Lucía, ubicado en el barrio Pinozá de la ciudad de Asunción, Paraguay.

La población de estudio estuvo constituida por niños y adolescentes con discapacidad visual de entre 0 y 15 años que acudían al Centro Santa Lucía durante 2020. Se incluyó a los padres o encargados de estos niños y adolescentes que aceptaron participar voluntariamente y firmaron el consentimiento informado; se excluyó a quienes no desearon participar o no firmaron dicho consentimiento. El muestreo fue no probabilístico, y quedó conformado por 48 padres o encargados.

Prevía autorización de las autoridades del Centro Santa Lucía y del departamento de investigación de la Universidad del Norte, se explicó a cada participante el objetivo y el procedimiento del estudio y se solicitó su consentimiento informado por escrito. Los datos se recolectaron mediante un cuestionario virtual autoadministrado, diseñado con preguntas cerradas y validado por profesores de Pediatría, distribuido a través de la aplicación Google Forms.

El instrumento indagó variables sociodemográficas de los padres o encargados (procedencia, nivel educativo) y de los niños y adolescentes (edad, sexo, grado de pérdida visual referido), así como variables relacionadas con la higiene oral: conocimiento de los padres sobre el cuidado bucal, edad de inicio recomendada para la higiene oral, uso de cepillo dental, pasta dental, hilo dental y enjuague bucal, frecuencia diaria de cepillado, frecuencia de consultas odontológicas y antecedentes de instrucción sobre cuidado dental recibida por el niño o adolescente y por sus padres.

Los datos se procesaron y analizaron mediante el programa Microsoft Excel, y se presentan como frecuencias absolutas y porcentajes. El estudio se ajustó a los principios éticos de la investigación con seres humanos: la participación fue voluntaria, no representó riesgos para los participantes, los datos personales se mantuvieron confidenciales y los resultados se presentan de forma agregada, sin posibilidad de identificación individual.

RESULTADOS

Se encuestó a 48 padres o encargados de niños y adolescentes con discapacidad visual atendidos en el Centro Santa Lucía. La mayoría de los participantes procedía del departamento Central (83 %), seguido de Cordillera y Paraguarí (4 % cada uno) y, en menor proporción, de Itapúa, San Pedro, Pte. Hayes y Guairá (2 % cada uno). En cuanto al nivel educativo, el 44 % había alcanzado el nivel terciario, el 33 % el primario, el 17 % el secundario,

el 2 % una tecnicatura y el 4 % no poseía formación educativa.

Respecto a los niños y adolescentes, el grupo etario más frecuente fue el de 6 a 10 años (31 %), seguido de los grupos de 3 a 5 años y de 11 a 12 años (27 % cada uno) y de 0 a 2 años (15 %). El grado de pérdida visual referido con mayor frecuencia fue la pérdida parcial (54 %), seguido de la pérdida total (29 %); un 17 % de los padres o encargados desconocía el grado de pérdida visual de su hijo o hija.

Sobre el inicio de los controles odontológicos, el 35 % de los padres consideró que debía llevarse al niño al odontólogo a partir de los 6 meses, el 29 % al cumplir el primer año, el 19 % únicamente en caso de dolor y el 17 % desconocía cuándo debía iniciarse. Con respecto al inicio de la higiene oral, el 60 % respondió que debía comenzar con la aparición del primer diente, el 25 % cuando el niño tiene solo algunos meses de vida y el 15 % al cumplir un año.

En cuanto a la ejecución de la higiene oral, el 46 % de los niños y adolescentes la realizaba de manera independiente, el 31 % exclusivamente con ayuda de un adulto y el 23 % de ambas formas según la ocasión. El 98 % utilizaba cepillo dental y el 92 % pasta dental para su higiene bucal; en cambio, el uso de hilo dental y de enjuague bucal fue minoritario. La frecuencia de cepillado diario más referida fue de tres veces al día (52 %), seguida de dos veces al día (38 %), una vez al día (8 %) y ausencia de cepillado (2 %).

En relación con la frecuencia de consultas odontológicas, el 35 % de los niños y adolescentes acudía al odontólogo dos veces al año, el 29 % una vez al año, el 21 % nunca asistía y el 15 % lo hacía únicamente cuando presentaba dolor. El 69 % de los niños y adolescentes había recibido instrucciones sobre cuidado dental en algún centro, escuela u hospital; en cambio, el 58 % de los padres o encargados no había recibido charlas instructivas sobre cómo realizar la higiene dental de su hijo o hija. La totalidad de los encuestados (100 %) manifestó interés en recibir orientación sobre cómo ayudar a su hijo o hija a lograr una correcta higiene oral.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio muestran que los niños y adolescentes con discapacidad visual atendidos en el Centro Santa Lucía mantienen una higiene oral incompleta, caracterizada por el uso generalizado de cepillo y

pasta dental, pero un uso escaso de hilo dental y enjuague bucal, en un contexto en el que más de la mitad de los padres o encargados no ha recibido instrucción específica sobre el cuidado bucal de sus hijos. Este patrón es coherente con lo descrito en escolares con discapacidad visual de Riad, donde tanto el estado de salud oral como el conocimiento sobre su cuidado resultaron inferiores a los de sus pares videntes (4).

El grupo etario más representado en este estudio correspondió a niños de 6 a 10 años, una etapa en la que el conocimiento y la actitud de los padres o cuidadores continúan siendo determinantes centrales de la salud oral infantil, más allá de la condición de discapacidad (12). El hallazgo de que el 58 % de los padres o encargados no había recibido instrucción sobre el cuidado dental de sus hijos, pese a que una proporción similar de niños y adolescentes sí la había recibido en otros ámbitos, sugiere una brecha entre la educación dirigida al niño y la dirigida específicamente a quien lo asiste en su higiene diaria. Esta brecha es relevante en niños con discapacidad visual, dado que su autonomía para la higiene bucal depende en mayor medida del conocimiento y la disposición del adulto a cargo, un vínculo documentado en cuidadores de niños con discapacidad visual de Bangalore, donde el escaso conocimiento parental se asoció con una mayor prevalencia de caries (7).

Sin embargo, en esta muestra, casi la mitad de los niños y adolescentes realizaba la higiene oral de manera independiente, sin apoyo de un adulto. La evidencia sobre supervisión parental del cepillado indica que el acompañamiento activo de los cuidadores, sostenido por planificación y autoeficacia percibida, se asocia con una ejecución más completa y constante del cepillado infantil (13), mientras que factores como el tiempo disponible, la resistencia del niño o la falta de rutinas establecidas actúan como barreras frecuentes para sostener el cepillado dos veces al día en niños con necesidades especiales de salud (14). En una población con discapacidad visual, esta dependencia de la calidad de la supervisión adquiere una relevancia adicional, dado que el niño no puede compensar visualmente las zonas mal cepilladas.

El uso casi universal de cepillo y pasta dental contrasta con el uso minoritario de hilo dental y enjuague bucal observado en este estudio, un patrón concordante con lo reportado en personas con discapacidad visual de Chennai, donde solo una proporción reducida conocía y empleaba el hilo dental como herramienta efectiva de limpieza interproximal (5), y con la mayor experiencia de

caries documentada en niños y jóvenes con discapacidad de Kuwait (6). La revisión sistemática de intervenciones domiciliarias de cepillado sugiere que estas intervenciones, cuando incorporan recordatorios conductuales y participación activa del cuidador, mejoran tanto la frecuencia como la calidad del cepillado en la población infantil general (15), un enfoque que podría adaptarse a los cuidadores de niños con discapacidad visual mediante recursos no dependientes de la visión. El uso adecuado de una pasta fluorada continúa siendo, además, uno de los pilares más costo-efectivos de la prevención de caries (16), siempre que se respete la concentración y la cantidad recomendadas según la edad del niño (17).

Las estrategias basadas en instrucción verbal, textos en Braille y materiales táctiles han mostrado mejoras medibles en el estado de higiene oral de niños con discapacidad visual (8), un resultado replicado con materiales educativos que combinan ayudas auditivas, Braille y modelos táctiles (9). La disposición prácticamente unánime de los padres o encargados de este estudio a recibir orientación sobre el cuidado bucal de sus hijos respalda la pertinencia de este tipo de estrategias en el contexto local, especialmente si se acompañan de educación en salud oral dirigida a los propios cuidadores, un enfoque asociado con mayor cumplimiento parental de las recomendaciones de higiene en preescolares con necesidades especiales de salud (11).

Más allá de la instrucción, el acceso sostenido a la atención odontológica sigue representando una barrera relevante: en este estudio, un 21 % de los niños y adolescentes nunca había acudido al odontólogo y un 15 % adicional lo hacía únicamente ante la presencia de dolor. Estos hallazgos son coherentes con la evidencia sobre barreras de acceso a servicios dentales en niños con discapacidad, que incluyen limitaciones de conocimiento, de recursos y de acceso a la atención, así como diferencias de percepción y de conducta respecto de pares sin discapacidad (10). La recomendación de iniciar la primera visita odontológica alrededor del primer año de vida, y no recién ante la presencia de dolor o de manifestaciones clínicas evidentes, continúa siendo insuficientemente conocida por buena parte de los padres, tal como reflejó este estudio y como se ha señalado en otras poblaciones (18).

Entre las fortalezas de este estudio se encuentra el uso de un cuestionario virtual, que favoreció una mayor percepción de anonimato y pudo facilitar respuestas más sinceras por parte de los padres o encargados. Entre sus

limitaciones, el diseño transversal y el muestreo no probabilístico impiden establecer relaciones causales o extrapolar los hallazgos a otras poblaciones con discapacidad visual, y las restricciones de distanciamiento social vigentes durante el período de recolección de datos impidieron contrastar la información referida por los padres con una evaluación clínica directa del estado de higiene oral de los niños y adolescentes. En conclusión, los niños y adolescentes con discapacidad visual atendidos en el Centro Santa Lucía presentan hábitos de higiene oral incompletos, con un uso insuficiente de hilo dental y enjuague bucal y una proporción considerable de padres sin instrucción específica sobre el tema, lo que respalda la necesidad de programas de educación en salud oral dirigidos simultáneamente a los niños y a sus cuidadores, con materiales adaptados a la discapacidad visual y con especial énfasis en la importancia de la supervisión adulta del cepillado y de la consulta odontológica periódica desde edades tempranas.

REFERENCIAS

- Burton MJ, Ramke J, Marques AP, Bourne RRA, Congdon N, Jones I, et al. The Lancet Global Health Commission on Global Eye Health: vision beyond 2020. *Lancet Glob Health*. 2021;9(4):e489-e551. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30488-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30488-5)
- Kassebaum NJ, Smith AGC, Bernabé E, Fleming TD, Reynolds AE, Vos T, et al. Global, Regional, and National Prevalence, Incidence, and Disability-Adjusted Life Years for Oral Conditions for 195 Countries, 1990-2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. *J Dent Res*. 2017;96(4):380-7. <https://doi.org/10.1177/0022034517693566>
- Ricomini Filho AP, Chávez BA, Giacaman RA, Frazão P, Cury JA. Community interventions and strategies for caries control in Latin American and Caribbean countries. *Braz Oral Res*. 2021;35(supl 1):e054. <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2021.vol35.0054>
- AlSadhan SA, Al-Jobair AM, Bafaqeeh M, Abusharifa H, Alagla M. Dental and medical health status and oral health knowledge among visually impaired and sighted female schoolchildren in Riyadh: a comparative study. *BMC Oral Health*. 2017;17(1):154. <https://doi.org/10.1186/s12903-017-0446-6>
- John JR, Daniel B, Paneerselvam D, Rajendran G. Prevalence of Dental Caries, Oral Hygiene Knowledge, Status, and Practices among Visually Impaired Individuals in Chennai, Tamil Nadu. *Int J Dent*. 2017;2017:9419648. <https://doi.org/10.1155/2017/9419648>
- Shyama M, Al-Mutawa SA, Morris RE, Sugathan T, Honkala E. Dental caries experience of disabled children and young adults in Kuwait. *Community Dent Health*. 2001;18(3):181-6. DOI no disponible.
- Prashanth ST, Bhatnagar S, Das UM, Gopu H. Oral health knowledge, practice, oral hygiene status, and dental caries prevalence among visually impaired children in Bangalore. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2011;29(2):102-5. <https://doi.org/10.4103/0970-4388.84680>
- Chowdary PB, Uloopi KS, Vinay C, Rao VV, Rayala C. Impact of verbal, Braille text, and tactile oral hygiene awareness instructions on oral health status of visually impaired children. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2016;34(1):43-7. <https://doi.org/10.4103/0970-4388.175510>
- Gautam A, Bhambal A, Moghe S. Impact of oral health education by audio aids, braille and tactile models on the oral health status of visually impaired children of Bhopal City. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2018;36(1):82-5. https://doi.org/10.4103/JISPPD.JISPPD_307_16
- Rajput S, Kumar A, Puranik MP, Sowmya KR, Chinam N. Oral health perceptions, behaviors, and barriers among differently abled and healthy children. *Spec Care Dentist*. 2021;41(3):358-66. <https://doi.org/10.1111/scd.12573>
- Zhou N, Wong HM, McGrath CP. Parental Compliance towards Oral Health Education among Preschoolers with Special Healthcare Needs. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(14):7323. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147323>
- Naidu RS, Nunn JH. Oral Health Knowledge, Attitudes and Behaviour of Parents and Caregivers of Preschool Children: Implications for Oral Health Promotion. *Oral Health Prev Dent*. 2020;18(2):245-52. <https://doi.org/10.3290/j.ohpd.a43357>
- Hamilton K, Cornish S, Kirkpatrick A, Kroon J, Schwarzer R. Parental supervision for their children's toothbrushing: Mediating effects of planning, self-efficacy, and action control. *Br J Health Psychol*. 2018;23(2):387-406. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12294>
- Campanaro M, Huebner CE, Davis BE. Facilitators and barriers to twice daily tooth brushing among children with special health care needs. *Spec Care Dentist*. 2014;34(4):185-92. <https://doi.org/10.1111/scd.12057>
- Aliakbari E, Gray-Burrows KA, Vinall-Collier KA, Edwebi S, Marshman Z, McEachan RRC, et al. Home-based toothbrushing interventions for parents of young children to reduce dental caries: A systematic review. *Int J Paediatr Dent*. 2021;31(1):37-79. <https://doi.org/10.1111/ipd.12658>
- Pollick H. The Role of Fluoride in the Prevention of Tooth Decay. *Pediatr Clin North Am*. 2018;65(5):923-40. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2018.05.014>
- Levine RS. What concentration of fluoride toothpaste should dental teams be recommending? *Evid Based*

- Dent. 2019;20(3):74-5. <https://doi.org/10.1038/s41432-019-0040-7>
18. Yeap CK, Slack-Smith LM. Internet information on child oral health and the first dental visit. Aust Dent J. 2013;58(3):278-82. <https://doi.org/10.1111/adj.12080>