

Cuidados en higiene oral en niños con discapacidad intelectual leve y moderada

C. CAMPOS MENA, C. G. BALBOA, C. FIERRO, M. A. PÉREZ FLORES

Departamento de Odontopediatría. Facultad de Odontología. Universidad de Concepción. Chile

RESUMEN

Introducción: Discapacidad intelectual (DI) según la OMS es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada etapa del desarrollo y que afectan a nivel global a la inteligencia. La población de niños con discapacidad en Chile es de 117.453.

Objetivo: Describir el estado de salud oral de los niños con DI del Colegio Alfredo B. O. de Curaco de Vélez.

Materiales y métodos: Corresponde a un estudio transversal descriptivo, de 37 niños con DI leve y moderada del Colegio Alfredo B. O. del municipio de Curaco de Vélez, provincia de Chiloé, Chile. Están divididos en subgrupos según la escala Wechsler de inteligencia para niños tercera edición, en 22 alumnos con exigencia y 15 sin exigencia académica. Para la evaluación del estado de salud oral se medio el IHO-S, índice CAOD y caod.

Resultados: El índice de higiene oral simplificado de Green y Vermellon (IHO-S) para los niños con exigencia académica es de 1,61 y para los que no presentan exigencia académica es de 1,20. Los índices CAOD y caod son 6,40 y 4,85 para los niños con exigencia académica y de 6,00 y 3,00 para los niños sin exigencia académica.

Conclusión: Los niños con DI presentan un estado de salud oral más pobre que los que se publica en el perfil epidemiológico para niños sin discapacidad. Cabe mencionar que los niños con DI sin exigencia académica presentan un mejor estado de salud oral que sus pares que si presentan exigencia académica. Esto se puede entender por el control más exhaustivo de su higiene personal por parte de las cuidadoras, ya que se encuentran insertos en un taller especial dentro del liceo.

Palabras clave: Discapacidad intelectual severa.

ABSTRACT

Introduction: Intellectual disability (I.D.) according to the WHO is a disorder defined as the presence of incomplete or arrested mental development which is characterized mainly by the deterioration of specific functions in each development stage that affects intelligence at a global level. The population of children with disabilities in Chile is 117.453.

Objective: The purpose of this study was to discover the oral health status of children with I.D. in the Alfredo B. O. school in Curaco de Vélez.

Material and methods: This was a descriptive cross-sectional study of 37 children with mild and moderate I.D. in the Alfredo B.O. school in the municipality of Curaco de Vélez, Chiloé province. They were divided into subgroups according to the Wechsler intelligence scale for children, third edition, into 22 pupils with academic requirements and 15 without requirements. In order to evaluate their oral health status the OHI-S and dmft and DFMT indexes were studied.

Results: The Green and Vermellon simplified oral hygiene index (OHI-S) was used for the children with academic requirements giving a result of 1.61, and for those with no academic requirements the result was 1.20. The DFMT and dfmt rates were 6.40 and 4.85 for the children with academic requirements and 6.00 and 3.00 for those without.

Conclusion: The children with I.D. had an oral health status that was poorer than the figures reflected in the epidemiological profile for children without disabilities. It should be mentioned that children with I.D. but without academic requirements had a better oral health status than their counterparts who did have academic requirements. This can be understood to be because carers provide more exhaustive oral hygiene as these pupils are part of a special workshop within the school.

Key words: Severe mental disability.

INTRODUCCIÓN

El estado de salud dental en Chile según el perfil epidemiológico de salud bucal del Ministerio de Salud está reportado por los índices de dientes cariados, extraídos y obturados en dentición temporal (caod); el índice de dientes cariados, obturados y perdidos de la dentición permanente (CAOD) y porcentaje de gingivitis en la población, donde a los 6 años de edad se reporta un caod 3,71, un CAOD de 0,16 y un 55% de gingivitis; evolucionando a los 12 años de edad donde en CAOD es de 1,9 y el porcentaje de gingivitis es de un 66% (1).

Discapacidad intelectual (DI) según la OMS es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada etapa del desarrollo y que afectan a nivel global la inteligencia: las funciones cognitivas, del lenguaje, motrices y la socialización. Dentro de este grupo se subdivide en tres grupos en leve, moderado y severo. La discapacidad leve se caracteriza por presentar síntomas o secuelas que generan alguna dificultad para llevar a cabo actividades de la vida diaria sin embargo la persona es independiente y no requiere apoyo de terceros pudiendo superar barreras del entorno. La discapacidad moderada se diferencia por presentar una disminución o imposibilidad importante de su capacidad para realizar la mayoría de las actividades de la vida diaria, llegando incluso a requerir apoyo en labores básicas de auto cuidado y supera con dificultades solo algunas barreras del entorno; por último, en la discapacidad severa se ve dificultada o imposibilitada la realización de casi toda actividad cotidiana, requiriendo del apoyo o cuidados de una tercera persona y no logra superar las barreras del entorno (2-4).

La población de niños con necesidades especiales alcanza a la cifra de 117.453 en Chile (2). Estudios recientes han demostrado parámetros similares a los obtenidos por el perfil epidemiológico de salud bucal para niños con necesidades especiales, donde se reporta un índice caod de 3.6 y un CAOD de 1.7 para niños entre 4 y 14 años de edad (3).

El objetivo de este estudio fue describir el estado de salud oral de los niños con discapacidad intelectual del colegio Alfredo B.O. Curaco de Vélez, provincia de Chiloé, Chile 2011.

MATERIALES Y MÉTODOS

En el colegio Alfredo B. O. del municipio de Curaco de Vélez, de la provincia de Chiloé (Chile), está presente el taller de integración de niños con discapacidad mental. En este establecimiento se encuentran alumnos entre los 6 a 18 años, con distintos niveles de discapacidad siendo la discapacidad leve el cuadro que se reporta en forma más reiterada.

Este estudio es de tipo transversal descriptivo, de 37 niños con DI leve y moderada. La población de estudio cuenta con 21 hombres y 16 mujeres. Están divididos en dos subgrupos según la escala Wechsler (5), en 22 alumnos con exigencia académica (es decir, con los contenidos curriculares mínimos exigidos por el minis-

terio de educación para promover de grado a un alumno regular) y 15 sin ella. Estos últimos se encuentran en dependencias aparte de las salas del establecimiento, en un taller de integración con tutoras a cargo del grupo; a diferencia del grupo con exigencia académica que se encuentra en las salas de clases del establecimiento, integrados a los alumnos sin necesidades especiales.

El proyecto del estudio fue presentado al director de colegio Alfredo B.O. y al departamento de educación de la corporación municipal de Curaco de Vélez, que con su autorización, se realizó la observación de los alumnos, previa firma de un consentimiento informado por parte de los apoderados de cada alumno.

Para la evaluación del estado de salud oral se midió el IHO-S, índice CAOD y caod, se utilizó material de examen (sonda curva, pinza y espejo plano N°5), camilla de examen, luz artificial fluorescente, luz frontal, gasa y equipo odontológico portátil. El tipo de examinador fue único de tipo intra-observador para los dos grupos de alumnos. Para la obtención del índice de CAOD se consideró solo 28 piezas como dentados totales, se excluyeron los terceros molares por existir indicaciones de extracción no relacionadas con la historia de caries del paciente. Al momento del examen se consideraron solo las piezas dentales en boca y quedaron como extraídas las piezas que tuvieran indicación de extracción. Para la obtención del IHO-S se tomó en cuenta solo aquellos pacientes que para el día del examen tuvieran presente las piezas para el análisis (primer molares e incisivos centrales) o una pieza contigua. En el caso de no tener presente estas piezas, no se le asignó valor al IHO-S, esto para no inducir error en el posterior análisis. Al valor mínimo se le asignó el 0 y al valor máximo se le dio el valor de 3, por la cuantificación solo del detritus.

Los datos obtenidos fueron almacenados en fichas clínicas pertenecientes al centro de salud familiar de la comuna y posteriormente pasados a tablas de datos del programa estadístico SPSS 17.0 para la realización de las pruebas estadísticas y resultados descriptivos.

RESULTADOS

Para la cuantificación del estado de salud oral de los alumnos con necesidades especiales se midieron los índices de CAOD, caod e IHO-S para estimar en qué condiciones se encontraban al momento del examen.

Para los niños con exigencia académica el índice IHO-S es de 1,61 con una desviación estándar de 0,37; y para los que no presentan exigencia académica es de 1,20, con una desviación estándar de 0,52 (Tabla I).

TABLA I

TABLA DE IHO-S DE ALUMNOS CON NECESIDADES ESPECIALES DE CURACO DE VÉLEZ, 2011

Casos	Variable	IHO-S	DE
15	Sin exigencia	1,20	0,52
22	Con exigencia	1,61	0,37

TABLA II

TABLA DE CAOD Y caod DE ALUMNOS CON NECESIDADES ESPECIALES DE CURACO DE VÉLEZ, 2011

Variable	CAOD	DE	caod	DE
Sin exigencia	6,00	3,44	3,00	1,44
Con exigencia	6,40	4,05	4,85	3,02

TABLA III

TABLA DE CAOD DESGLOSADO DE ALUMNOS CON NECESIDADES ESPECIALES DE CURACO DE VÉLEZ, 2011

Variable	Sin exigencia	Con exigencia
Cariadas	3,81	4,63
Obturadas	0,86	1,31
Perdidas	1,33	0,45
Total	6,00	6,40

TABLA IV

TABLA DE caod DESGLOSADO DE ALUMNOS CON NECESIDADES ESPECIALES DE CURACO DE VÉLEZ, 2011

Variable	Sin exigencia	Con exigencia
Cariadas	0	1,85
Obturadas	1	1
Perdidas	2	2
Total	3,00	4,85

Los índices CAOD y caod son 6,40 y 4,85 para los niños con exigencia académica, con una desviación estándar de 4,05 y 3,7 respectivamente, y de 6,00 y 3,00 para los niños sin exigencia académica con una desviación estándar de 3,4 y 1,4 respectivamente (Tabla II).

Lo que nos reporta más información es el desglose del mismo índice en los sub-índices de: cariado, obturados y perdidos, donde resalta el alto número de cariados en los dos grupos y la baja cantidad de obturados mostrando valores de 3,8 y 0,86 para los alumnos sin exigencia académica; y de 4,6 y 1,3 para los alumnos con exigencia académica respectivamente (Tabla III y IV).

DISCUSIÓN

La bibliografía reporta que los niños con necesidades especiales que pertenecen a una institución presentan una mejor higiene oral que los niños que no pertenecen a una institución, ya que tienen una alimentación controlada y una higiene bucal monitoreada a diferencia de los que no se encuentran institucionalizados donde el control se hace más dificultoso (6-9).

Los resultados para ambos grupos muestran un estado de salud oral pobre, que se contrapone con el estado

de salud oral para niños sin necesidades especiales a nivel nacional publicado por el Ministerio de Salud en el perfil epidemiológico de salud bucal en Chile realizado el año 2006 (1). Esto se puede deber por la ruralidad del municipio, la falta de tratamiento oportuno y a la misma condición de los alumnos examinados.

El análisis de los datos comparando los dos sub-grupos de alumnos con exigencia académica y los alumnos sin exigencia académica, nos muestran un estado de salud oral levemente mejor para el grupo sin exigencia académica en todos los niveles (CAOD, caod e IHO-S). Esto remarca lo publicado a nivel mundial de que los pacientes que se encuentran institucionalizados presentan una mejor estado de su salud oral por presentar cuidados más constantes por parte de las tutoras, control en la dieta y momentos de azúcar estipulados y una higiene oral más monitoreada por parte de las cuidadoras (6,7).

Los datos que nos proporcionan más luces de la situación que presentan los alumnos con necesidades especiales es el desglose del índice de CAOD, que muestran un valor más alto de dientes cariados en los alumnos con exigencia académica con respecto de los niños que no la presentan (CAOD C = 4,63 y 3,81 respectivamente). Lo que demostraría que los alumnos sin exigencia presentan más control de la higiene oral.

En contraparte el sub-índice de dientes obturados presenta un valor más alto de piezas tratadas para los alumnos con exigencia académica con respecto a los alumnos sin exigencia (CAOD O = 1,31 y 0,86 respectivamente). Esto se puede explicar por la oportunidad de tratamiento que es diferente para los grupos, el hecho de que los alumnos sin exigencia estén en un taller aparte de las dependencias del colegio hace que los planes de atención no lleguen a este grupo de pacientes, a diferencia de los alumnos con exigencias académicas que se encuentran insertos en la población total del establecimiento.

Como conclusión se establece que los niños con DI presentan un estado de salud oral más pobre que los que se publica en el perfil epidemiológico para niños sin discapacidad. Cabe mencionar que los niños con DI sin exigencia académica presentan un mejor estado de salud oral que sus pares que si presentan exigencia académica. Esto se puede entender por el control más exhaustivo de su higiene personal por parte de las cuidadoras, ya que se encuentran insertos en un taller especial dentro del colegio.

Es de suma importancia dar a conocer el estado de salud oral de los niños con necesidades especiales, para que se conozcan más relaciones y posibles causas de una condición de salud oral pobre. Además de incentivar el estudio de estos casos para poder proporcionar una atención oportuna e igualitaria y así garantizar el derecho a la salud de calidad para todos.

CORRESPONDENCIA:
M^a Antonieta Pérez Flores
Universidad de Concepción
Facultad de Odontología
Departamento de Pediatría Bucal
Chile
e-mail: mperezf@udac.cl

BIBLIOGRAFÍA

1. MINSAL. Perfil epidemiológico de salud bucal en Chile. 2006. [Acceso en enero 2012] Disponible en: http://www.redsalud.gov.cl/archivos/salud_bucal/perfilepidemiologico.pdf
2. FONADIS. 1º estudio nacional de la discapacidad en Chile. 2005. [Acceso en enero 2012] Disponible en http://www.ciudadaccessible.cl/images/stories/otros_archivos/estudop_fonadis.pdf
3. Arenas V, Araneda L, Hassi J, Pinto M. Prevalencia de caries y necesidad de tratamiento odontológico en niños con necesidades especiales de atención en salud de hospital de niños Roberto de Río 2009. *Rev Soc Chil Odontopediatría* 2010;25(2):50.
4. Schalock R, Luckasson R, Shogren K, Borthwick-Duffy S, Bradley V, Buntinx W, et al. The renaming of mental retardation: understanding the change to the term intellectual disability. *Intellect Dev Disabil* 2007;45(2):116-24.
5. Kaufman A, Flanagan D, Alfonso V, Mascolo J. Test Review: Wechsler Intelligence Scale for Children, Fourth Edition (WISC-IV). *Journal of Psychoeducational Assessment* September 2006;24:278-95.
6. Folakemi A Oredugba, Yinka A kindayomi. Oral health status and treatment needs of children and young adults attending a day centre for individuals with special health care needs. *BMC Oral Health* 2008;22:8-3.
7. Denloye O. Periodontal status and treatment needs of 12-15 year old institutionalized mentally handicapped school children. *Odontostomatol Trop* 1999;22(86):38-40.
8. Denloye O. Oral hygiene status of mentally handicapped school children in ibadan, Nigeria. *Odontostomatol Trop* 1998;21(84):19-21.
9. National Institutes of Health. Practical Oral Care for People with Mental Retardation. *Today's FDA* 2010;22(1):53-5.

Oral health status of children with intellectual disability

C. CAMPOS MENA, C. G. BALBOA, C. FIERRO, M. A. PÉREZ FLORES

Departamento de Odontopediatría. Facultad de Odontología. Universidad de Concepción. Chile

ABSTRACT

Introduction: Intellectual disability (I.D.) according to the WHO is a disorder defined as the presence of incomplete or arrested mental development which is characterized mainly by the deterioration of specific functions in each development stage that affects intelligence at a global level. The population of children with disabilities in Chile is 117.453.

Objective: The purpose of this study was to discover the oral health status of children with I.D. in the Alfredo B. O. school in Curaco de Vélez.

Material and methods: This was a descriptive cross-sectional study of 37 children with mild and moderate I.D. in the Alfredo B.O. school in the municipality of Curaco de Vélez, Chiloé province. They were divided into subgroups according to the Wechsler intelligence scale for children, third edition, into 22 pupils with academic requirements and 15 without requirements. In order to evaluate their oral health status the OHI-S and dmft and DFMT indexes were studied.

Results: The Green and Vermellon simplified oral hygiene index (OHI-S) was used for the children with academic requirements giving a result of 1.61, and for those with no academic requirements the result was 1.20. The DFMT and dfmt rates were 6.40 and 4.85 for the children with academic requirements and 6.00 and 3.00 for those without.

Conclusion: The children with I.D. had an oral health status that was poorer than the figures reflected in the epidemiological profile for children without disabilities. It should be mentioned that children with I.D. but without academic requirements had a better oral health status than their counterparts who did have academic requirements. This can be understood to be because carers provide more exhaustive oral hygiene as these pupils are part of a special workshop within the school.

Key words: Severe mental disability.

INTRODUCTION

The state of dental care in Chile, according to the oral health epidemiological profile of the Department of

RESUMEN

Introducción: Discapacidad Intelectual (DI) según la OMS es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada etapa del desarrollo y que afectan a nivel global la inteligencia. La población de niños con discapacidad en Chile es de 117.453.

Objetivo: Describir el estado de salud oral de los niños con DI del Colegio Alfredo B. O. de Curaco de Vélez.

Materiales y métodos: Corresponde a un estudio transversal descriptivo, de 37 niños con DI leve y moderada del Colegio Alfredo B. O. del municipio de Curaco de Vélez, provincia de Chiloé, Chile. Están divididos en subgrupos según la escala Wechsler de inteligencia para niños tercera edición, en 22 alumnos con exigencia y 15 sin exigencia académica. Para la evaluación del estado de salud oral se usó el IHO-S, índice CAOD y caod.

Resultados: El índice de higiene oral simplificado de Green y Vermellon (IHO-S) para los niños con exigencia académica es de 1,61 y para los que no presentan exigencia académica es de 1,20. Los índices CAOD y caod son 6,40 y 4,85 para los niños con exigencia académica y de 6,00 y 3,00 para los niños sin exigencia académica.

Conclusión: Los niños con DI presentan un estado de salud oral más pobre que los que se publica en el perfil epidemiológico para niños sin discapacidad. Cabe mencionar que los niños con DI sin exigencia académica presentan un mejor estado de salud oral que sus pares que sí presentan exigencia académica. Esto se puede entender por el control más exhaustivo de su higiene personal por parte de las cuidadoras, ya que se encuentran insertos en un taller especial dentro del liceo.

Palabras clave: Discapacidad intelectual severa.

Health is reported according to the rate of decayed, extracted and filled teeth in the primary dentition (dmft); the rate of decayed, filled and missing teeth in the permanent dentition (DFMT) and the percentage of

gingivitis in the population. For six year-olds *dfmt* is reported to stand at 3.71, *DMFT* at 0.16 and 55% for gingivitis. For 12 year-olds this was 1.9 and the percentage of gingivitis 66% (1).

Intellectual Disability (ID) according to the WHO is a disorder defined as the presence of incomplete or arrested mental development which is characterized mainly by the deterioration of concrete functions in each developmental stage, and which affects the global level of intelligence: cognition, language, motor and social abilities. This group has three subdivisions which are mild, moderate and severe. Mild disability is characterized by having symptoms or sequelae that generate a certain difficulty for carrying out daily tasks. However, the patient is independent, they do not require third party support and they are able to surmount obstacles around them. Moderate disability is differentiated in that the person has a considerable reduction or impossibility for carrying out daily living activities, and they may even require support for basic self-care, only overcoming some of the barriers around them with difficulty. Lastly, for a person with a severe disability nearly all daily activities are difficult or impossible, they will require the assistance of third parties and they will not be able to overcome the barriers around them (2-4).

The population of children with special needs in Chile is 117.453 (2). Recent studies have shown similar parameters for special needs children to those obtained in the epidemiological profile on oral health, in which a *dmft* index of 3.6 was reported, and a *DMFT* of 1.7 was reported for children aged between 4 and 14 years (3).

The purpose of this study was to describe the oral health status of children with intellectual disability at the Alfredo B.O. School, Curaco de Vélez, in the province of Chiloé, Chile in 2011.

MATERIAL AND METHODS

There is at the Alfredo B.O. school in the Curaco de Vélez municipality, in the province of Chiloé (X region) an integration workshop for children with mental disabilities. Here there are pupils aged 6 and 18 years who have different levels of disability, with mild disability being repeatedly reported.

This is a descriptive cross-sectional study of 37 children with mild and moderate intellectual disability. The study population was made up of 21 males and 16 females. They were divided into two subgroups according to the Wechsler (5) scale into 22 pupils with academic requirements (that is to say, with the minimum scholastic content demanded by the Department of Education for regular students) and 15 who had no academic requirements.

The latter are found in a separate area of the building, in an integration workshop with teachers for the group, unlike the group with academic requirements which is in the area of classrooms, forming part of the pupils without special needs.

The study Project was presented to the director of the Alfredo B.O. school and to the Department of Education of the Curaco de Vélez municipal corporation, who authorized the observation of the pupils, after an

informed consent was signed by the guardians of each pupil.

In order to evaluate oral status IHO-S, *DMFT* and *dmft* were measured. Examination material was used (curved probe, tweezers, N°5 flat mirror), an examination bed, fluorescent artificial light, head light, gauze and portable dental equipment. There was only one type of examiner of the intra-observer kind for both groups of students. In order to obtain the *DMFT* index, only 28 teeth were considered, as third molars were excluded given there were indications of extractions not related to the caries history of the patient. During the examination only the teeth in the mouth were taken into account and the teeth that appeared extracted were recorded as such. In order to obtain the OHI-S only those patients were considered who, on the day of the examination, had these teeth for the analysis (first molars and central incisors) or the next tooth. If the teeth were not present they were not given an OHI-S value, in order to avoid errors in the subsequent analysis. The lowest value was given a score of 0 and the highest value a score of 3, because of the quantification of only the detritus.

The data obtained were kept in medical files belonging to the town's family health center and they were then transferred to a database using the statistical program SPSSTM 17.0 for carrying out the statistical tests and descriptive results.

RESULTS

In order to quantify the oral health status of the pupils with special needs the *DMFT*, *dmft* indexes and OHI-S were measured in order to calculate the condition on examination.

For the children with academic requirements the OHI-S index was 1.61 with a standard deviation of 0.37. For those who did not have academic requirements this was 1.20 with a standard deviation of 0.52 (Table I).

TABLE I

OHI-S TABLE OF SOME OF THE STUDENTS WITH SPECIAL NEEDS IN CURACO DE VÉLEZ, 2011

<i>Cases</i>	<i>Variable</i>	<i>OHI-S</i>	<i>DE</i>
15	Without requirements	1.20	0.52
22	With requirements	1.61	0.37

The *DMFT* and *dmft* rates were 6.40 and 4.85 for the children with academic requirements with a standard deviation of 4.05 and 3.7 respectively; and 6.00 and 3.00 for the children without academic requirement with a standard deviation of 3.4 and 1.4 respectively (Table II).

What provides more information is the breakdown of the index into the sub-indexes of decayed, filled and missing teeth, as this highlights the large number of decayed teeth in both groups and the low quantity of

filled teeth. The values shown are 3.8 and 0.86 for the pupils with no academic requirements, and 4.6 and 1.3 for those with academic requirements (Tables III and IV).

TABLE II

DFM AND DFM TABLE FOR PUPILS WITH SPECIAL NEEDS IN CURACO DE VÉLEZ, 2011

Variable	DFM	DE	dfm	DE
Without requirements	6.00	3.44	3.00	1.44
With requirements	6.40	4.05	4.85	3.02

TABLE III

THE DFM BREAKDOWN OF PUPILS WITH SPECIAL NEEDS IN CURACO DE VÉLEZ, 2011

Variable	Without requirements	With requirements
Decayed	3.81	4.63
Filled	0.86	1.31
Missing	1.33	0.45
Total	6.00	6.40

TABLE IV

THE DFT BREAKDOWN FOR PUPILS WITH SPECIAL NEEDS IN CURACO DE VÉLEZ, 2011

Variable	Without requirements	With requirements
Decayed	0	1.85
Filled	1	1
Missing	2	2
Total	3.00	4.85

DISCUSSION

The literature reports that children with special needs who are in an institution have better oral hygiene than those children who do not belong to an institution, as their food is controlled and their oral hygiene monitored, unlike those who are not in an institution as monitoring them is harder (6-9).

The results in both groups show poor oral health status which is in contrast with the oral health status of children with no special needs at a national level that were published by the Department of Health in the epidemiological profile of oral health in Chile carried out in the year 2006 (1). This may be due to the area being

so rural, the lack of proper treatment and that the pupils examined were in the same condition.

The analysis of the data that compared the two subgroups of students with academic requirements and those without academic requirements, shows an oral health status that is slightly better for the group without academic demands at all levels (DMFT, dmft and OHI-S). This emphasizes at a world level that patients who are in institutions have a better oral health status given that the care received from their tutors is more constant, and they have dietary control and stipulated sugar times together with oral hygiene by carers that is more monitored (6,7).

The data that sheds more light on the status of these pupils with special needs is the breakdown of the DMFT index that shows a higher value for decayed teeth in children with academic requirements with regard to those without (DMFT D = 4.63 and 3.81 respectively). This would indicate that the pupils with no requirements have better oral hygiene control.

By contrast the sub-index of filled teeth has a higher value for treated teeth of the pupils with academic requirements with regard to those without this requirement (DMFT F = 1.31 and 0.86 respectively). This can be explained by the treatment opportunity that is different for the groups. The fact that the pupils without requirements are in a workshop away from the school building means that the care plans do not get to this group of patients, unlike the pupils with academic requirements who are within the total population of the establishment.

It can therefore be established that the children with ID have an oral health status that is poorer than what is reflected in the epidemiological profile on children without disabilities. It should be mentioned that I.D. children without academic requirements had better oral health than their counterparts who did have academic requirements. This can be understood given that the carers in charge of their personal hygiene are more thorough because they are part of a special workshop within the school.

It can be concluded that children with ID have an oral health status that is poorer than what is reflected in the epidemiological profile for children without disabilities. It should be mentioned that children without academic requirements have a better oral health status than their counterparts who do have academic requirements. This can be understood to be the result of more exhaustive monitoring of their personal hygiene by their carers because they are in a special workshop within the school.

Being familiar with the oral health status of children with special needs is extremely important so that the possible causes behind this poor oral health are known. In addition, this would encourage the study of these cases and the provision of care that is both appropriate and egalitarian. And the right to quality healthcare for everybody would be guaranteed.