

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGIA



**PREVALENCIA DE ENFERMEDADES BUCO-DENTALES EN PACIENTES
CON SINDROME DE DOWN ATENDIDOS EN LA UNIVERSIDAD JOSE
ANTONIO PAEZ EN EL AÑO 2016**

Autores:

Ponte, Jose M.

Zozzaro, Johnattan

Urb. Yuma II, calle No. 3. Municipio San Diego.

Teléfono: (0241) 8714240 – Fax (0241) 8712394



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**PREVALENCIA DE ENFERMEDADES BUCO-DENTALES EN PACIENTES
CON SINDROME DE DOWN ATENDIDOS EN LA UNIVERSIDAD JOSE
ANTONIO PAEZ EN EL AÑO 2016**

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar por el título de Odontólogo.

Autores:

Ponte, Jose M.

Johnattan, Zozzaro.

Tutor:

Rodríguez, Sandra.

San Diego, julio 2017



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CARRERA ODONTOLOGÍA

PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO

**PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES BUCO-DENTALES EN PACIENTES
CON SÍNDROME DE DOWN ATENDIDOS EN LA UNIVERSIDAD JOSÉ
ANTONIO PÁEZ EN EL AÑO 2016**

Estudiantes

Cédula de Identidad N°

Nombres y apellidos

1. 24.298.201

Zozzaro Hernandez Johnatttan Vicente

2. 24.495.888

Ponte Linares Jose Miguel

Tutor Propuesto: Od. Sandra Rodriguez

Firma: _____

Cédula de Identidad N° 11.364.446

COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO


Firma



23/06/2017
Fecha



**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

PLANILLA SOLICITUD : ANALISIS Y APROBACION DE TRABAJO DE GRADO

DATOS PERSONALES		
Apellidos	Nombres	Cedula De Identidad
Ponte Linares	Jose Miguel	24.495.888
Direccion: Calle Sucre entre montes de Oca y Diaz, Santa Rosa Edo Carabobo		Teléfono 0412-431-3819
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: Odontologia	Indice Académico	
DATOS DEL PROYECTO DE GRADO		
Autores		
Nombres	Johnattan Vicente zozzaro Hernandez Jose Miguel Ponte Linares	Teléfonos: 0412-965-7527 0412-431-3819
Titulo Del Trabajo: PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES BUCO-DENTALES EN PACIENTES CON SINDROME DE DOWN ATENDIDOS EN LA UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ EN EL AÑO 2016.		
Breve Explicacion: El presente estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia de enfermedades buco-dentales en pacientes con Síndrome de Down atendidos y evaluados en la clínica del niño y el adolescente de la Universidad José Antonio Páez durante el periodo Enero – Diciembre del año 2016, a fin de determinar la edad y el género con más afecciones con respecto a enfermedades bucodentales.		
Lugar Donde Se Desarrollara El Proyecto: Universidad Jose Antonio Paez		
Tiempo De Desarrollo: Febrero- Junio 2017		
Tutor Académico Propuesto: Od. Sandra rodriguez		

APROBADO: NO APROBADO:

COMITÉ DE EVALUACION, COORDINACION DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO

Envy Cejudo [Firma] 23-06-2017
Nombre Fecha

Nombre Fecha

DIRECCION DE LA ESCUELA:

[Firma] [Firma] 26/6/17



**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

PLANILLA SOLICITUD : ANALISIS Y APROBACION DE TRABAJO DE GRADO

DATOS PERSONALES		
Apellidos	Nombres	Cedula De Identidad
Zozzaro Hernandez	Johnattan Vicente	24.298.201
Direccion: Urb La pradera San joaquin Manzana F casa #230 Edo Carabobo		Teléfono 0412-965-7527
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: Odontologia	Indice Académico	
DATOS DEL PROYECTO DE GRADO		
Autores		
Nombres	Johnattan Vicente zozzaro Hernandez Jose Miguel Ponte Linares	Teléfonos: 0412-965-7527 0412-431-3819
Titulo Del Trabajo: PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES BUCO-DENTALES EN PACIENTES CON SINDROME DE DOWN ATENDIDOS EN LA UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ EN EL AÑO 2016.		
Breve Explicacion: El presente estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia de enfermedades buco-dentales en pacientes con Síndrome de Down atendidos y evaluados en la clínica del niño y el adolescente de la Universidad José Antonio Páez durante el periodo Enero – Diciembre del año 2016, a fin de determinar la edad y el género con más afecciones con respecto a enfermedades bucodentales.		
Lugar Donde Se Desarrollara El Proyecto: Universidad Jose Antonio Paez		
Tiempo De Desarrollo: Febrero- Junio 2017		
Tutor Académico Propuesto: Od. Sandra rodriguez		

APROBADO: NO APROBADO:

COMITÉ DE EVALUACION, COORDINACION DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO

Ery Waffer
Nombre



23-06-2017
Fecha

Nombre

Fecha

DIRECCION DE LA ESCUELA:

Dra. Hsray J. F. Paez 26/6/17



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ACEPTACIÓN DEL TUTOR.

Quien suscribe, Odontólogo Sandra Rodríguez, portadora de la cédula de identidad No. V- 11.364.446, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por los ciudadanos Jose M. Ponte. CI. V- 24.495.888 y Johnattan Zozzaro CI. V- 24.298.201, titulado **“PREVALENCIA DE ENFERMEDADES BUCO-DENTALES EN PACIENTES CON SINDROME DE DOWN ATENDIDOS EN LA UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ EN EL AÑO 2016”**. Presentado como requisito parcial para optar por el título de Odontólogo, y considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los días _____ del mes de Julio del año 2017.

Od. Sandra Rodríguez.

CI: V- 11.364.446

DEDICATORIA

A **DIOS**, que nos guío a lo largo de toda mi carrera y nos permitió llegar hasta donde estamos.

A **MIS PADRES**, quienes me dieron la vida, me han brindado su apoyo a lo largo de toda la carrera, gracias por sus consejos, sin ustedes no hubiese sido posible llegar hasta aquí. Mamá, Papá este logro es de ustedes los amo.

A mi **HERMANA** Karla, por su apoyo desde la distancia, por ser mi compañera, amiga y hermana en todo momento.

A mis **PROFESORES**, por cada lección aprendida a lo largo de la carrera. Dejaron una huella imborrable en mí para mi formación como odontólogo y como persona.

A **mis AMIGOS**, que siempre han estado presentes tanto para aconsejarme como para apoyarme, por vivir buenos momentos y valorar una gran amistad.

Jose Miguel Ponte

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio

Mi madre Rotciv Hernández primero que todo por darme la vida, amarme sobre todas las cosas, creer siempre en mi, por sus regaños, discusiones, y porque siempre me apoyaste en este camino y lo seguirás haciendo.

Mi padre Vicente Zozzaro, mi viejo que sin el yo estaría donde estoy ahorita, sin dudarlo te dedico todo esto, también sus regaños, sabios consejos, su apoyo incondicional y por regalarme una carrera para el resto de mi vida y mi futuro, gracias.

Mi hermano Jean Carlo Zozzaro, gracias por el apoyo, por estar conmigo a pesar de tantas peleas.

Mi abuela Aldora Hernández, sabios consejos, sin dudar un apoyo constante y firme gracias por todo el amor y el cariño.

A todos mis amigos, por compartir esta linda etapa, por estar en las buenas y en las malas, momentos de estudio y por supuesto muy buenos momentos que logre compartir fuera y dentro de nuestra casa de estudio.

Johnattan Zozzaro

RECONOCIMIENTOS.

A **Dios**, por bendecirnos y ayudarnos a lo largo de todo este proyecto.

A **nuestros padres**, quienes nos ayudaron y apoyaron en cada aspecto a lo largo de toda la carrera universitaria, ayudándonos a alcanzar esta meta.

A la **Universidad José Antonio Páez** y a la **Facultad de Odontología**, en donde hemos desarrollado toda nuestra vida universitaria.

A nuestra tutora, **Sandra Rodríguez**, quien dedicó su tiempo, conocimiento y esfuerzo para ayudarnos y orientarnos a lo largo de la investigación.

Nuestro agradecimiento es con ustedes.

Jose Ponte, Johnattan Zozzaro

Índice

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I	
EL PROBLEMA	4
1.1 Planteamiento del problema.	
1.2 Objetivos de la investigación	7
1.2.1 Objetivo General	
1.2.2 Objetivos específicos	
1.3 Justificación del problema	8
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	9
2.1 Antecedentes de la investigación	
2.2 Bases teóricas.....	14
2.1 Síndrome de Down	
2.1.2 Diagnostico y prevalencia.....	16
2.1.3 Manejo y tratamiento.....	17
2.2.2 Enfermedad Periodontal	
2.2.2.1 Gingivitis	
2.2.2.1.1 Inducidas por Placa Bacteriana	
2.2.2.1.2 Asociada Sólo con Placa Dental.....	18
2.2.2.1.3 Enfermedad Gingival Modificadas por Factores	
Sistémico	
2.2.2.1.4 Enfermedad Gingival Modificada por Medicamentos	
2.2.2.1.5 Enfermedad Gingival Modificada por Malnutrición	

2.2.2.1.6 No Inducida por Placa Bacteriana	
.2.2.1.7. Tratamiento.	19
2.2.3. La Periodontitis	
2.2.3.1. Periodontitis Agresiva.	
2.2.3.2. Periodontitis Crónica.....	20
2.2.3.3. Tratamiento.	
2.2.3.4. Mantenimiento	
2.2.3.5. Índice de O’Leary.....	21
2.2.3.6. Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS)	
2.2.4. La Mal oclusión.....	22
2.2.4.1. Mal oclusión Clase I	
2.2.4.2. Mal oclusión Clase II	
2.2.4.3. Mal oclusión Clase III.....	23
2.2.4.4. Etiopatogenia de la Mal Oclusión	
2.2.4.5. Tratamiento	
2.2.5. Caries Dental.....	24
2.2.5.1. Clasificación	
2.2.6.2. Prevalencia de la Caries	25
2.6.3. Factores epidemiológicos que pueden influir en la prevalencia de la caries	
2.2.6.4. Epidemiología de la Caries Dental.	
Bases legales.....	26

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO 28

3.1 Tipo y Diseño de la Investigación

3.1.1 Tipo de investigación

3.1.2 Diseño de investigación	
3.2 Población y Muestra.....	29
3.2.1 Población	
3.2.2 Muestra	
3.3 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos.....	30
3.4 Validez	
3.5 Confiabilidad.	
3.6 Técnica para el análisis de los Datos	31
CAPITULO IV.....	32
Presentación, análisis e interpretación de los resultados	
4.1 Características Epidemiológicas	
Grafico nº 1 Determinar las enfermedades bucodentales más comunes en pacientes con Síndrome de Down.....	33
Grafico nº 2 Enfermedades bucodentales más comunes en pacientes con Síndrome de Down según el género.....	34
Grafico nº 3 Enfermedades bucodentales más comunes en pacientes con Síndrome de Down según el grupo etario.....	35
CAPITULO V.....	37
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 Conclusiones	
5.2 Recomendaciones.....	38
BIBLIOGRAFIA.....	39
ANEXOS.....	40
Cuadro de variables.....	41
Instrumento de recolección de datos.....	42



República Bolivariana de
Venezuela
Universidad José Antonio Páez
Facultad Ciencias de la Salud
Escuela de Odontología

**PREVALENCIA DE ENFERMEDADES BUCO-DENTALES EN PACIENTES
CON SINDROME DE DOWN ATENDIDOS EN LA UNIVERSIDAD JOSE
ANTONIO PAEZ EN EL AÑO 2016**

AUTORES: Jose Ponte, Johnattan Zozzaro

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia de enfermedades buco-dentales en niños con Síndrome de Down atendidos y evaluados en la clínica del niño y el adolescente de la Universidad Jose Antonio Páez durante el periodo Enero – Diciembre del año 2016, a fin de determinar la edad y el género con más afecciones con respecto a enfermedades bucodentales. El cual es un tema de gran importancia para la odontología y por ende va en beneficio de la salud bucal de las personas y sobretodo de pacientes que presentan esta patología. Dicha investigación estuvo fundamentada en un enfoque cuantitativo desde el punto de vista descriptivo y utilizando un diseño no experimental, ya que permitió establecer relaciones entre las variables y los sujetos del estudio, por lo tanto para recolectar la información se utilizó una guía de observación aplicada a las historias clínicas odontológicas de los pacientes con Síndrome de Down evaluadas en el periodo ya descrito. Dicho instrumento fue validado por juicios de expertos, donde se evaluó un número de cincuenta y nueve (59) historias clínicas, dando un total de treinta y cinco (35) paciente masculinos y veinticuatro (24) pacientes del sexo femenino, con edades comprendidas entre 4 y 50 años. En este estudio se pudo demostrar que las enfermedades bucodentales más comunes en dichas edades, se encuentra presente en primer lugar la caries dental con un total de veintiocho (28) pacientes, la enfermedad periodontal con veinte y tres (23) pacientes y la mal oclusión con un total de dieciocho (18) pacientes de cincuenta y nueve (59) historias clínicas evaluadas.

Introducción

Las enfermedades buco-dentales son patologías que pueden causar dolor crónico, los cuales pueden producirse en los seres humanos y en especial los niños con Síndrome de Down donde existe un desequilibrio en el desarrollo integral del paciente. Resulta oportuno decir que las enfermedades buco-dentales se le considera un problema de salud pública por sus altas incidencias en la población infantil y en general, la misma no tiene distinción de raza, género o edad.

Es evidente entonces que la salud dental es uno de los aspectos importante en la higiene personal de los individuos, es por ello, que la misma debe ser incluida en la educación de los niños para que estos vayan adquiriendo el buen hábito de cuidar su salud bucal, es decir esta educación debe comenzar por casa e ir incentivándola en la educación hasta la edad adulta y así evitar complicaciones severas para las unidades dentarias.

Las enfermedades buco-dentales, representan un problema de salud de gran relevancia en Venezuela y que la misma a afectado aproximadamente a un 98% de la población, siendo la caries dental una de las patologías más frecuentes en el mundo y América latina, de igual manera estas son una de las patologías características de los niños con Síndrome de Down, por lo que hay que resaltar que esta es considerada la enfermedad de “la civilización”, debido a que la misma está relacionada con una alimentación hidrocarbonada, propia de las comidas rápidas o chatarras como es conocida en el lenguaje coloquial.

Todas las enfermedades pueden prevenirse y diagnosticarse a tiempo para minimizar las consecuencias y plantear el tratamiento adecuado, por lo antes expuesto se plantea que la prevención y el diagnóstico a tiempo son el eje principal de la salud bucal. La odontología preventiva tiene como finalidad

colocar barreras que eviten el desarrollo de las enfermedades buco-dentales y por ende prevenir la aparición de enfermedades bucodentales.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema.

Según la **(OMS)** define la salud como “Un estado de completo bienestar físico, mental y también social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales.

Cabe destacar que la genética es la ciencia que estudia la transmisión de la información hereditaria de una generación a la siguiente, su objeto de estudio son los genes, los cuales pueden abordarse desde distintas perspectivas, molecular, bioquímica, celular, familiar, poblacional o evolutiva. Las anomalías congénitas se denominan también defectos de nacimiento, trastornos congénitos o malformaciones congénitas. Se trata de anomalías estructurales o funcionales, como los trastornos metabólicos, que ocurren durante la vida intrauterina y se detectan durante el embarazo, en el parto o en un momento posterior de la vida.

En la actualidad no existen estimaciones sólidas del número de niños nacidos con un trastorno congénito grave atribuible a causas genéticas o ambientales. Los más frecuentes de esos trastornos graves son los defectos cardiacos congénitos, los defectos del tubo neural y el síndrome de Down. La atención pre gestacional tiene por objeto asegurar el nivel óptimo de bienestar físico y mental de la mujer y de su compañero justo al inicio y en

las primeras etapas de la gestación, aumentar las probabilidades de una evolución normal del embarazo y procurar que el niño nazca sano.

Cabe recalcar que la mayoría de los pacientes afectados o que padecen de síndrome de Down presentan una variedad de complicaciones médicas y de características odonto-estomatológicas específicas. Muchas de estas características pueden tener relación directa con la salud oral y con la calidad de vida del paciente afectado. Según estudios la odontopediatría o la odontología pediátrica es la rama de la odontología responsable del ejercicio profesional, la enseñanza y la investigación para el diagnóstico, la prevención y el tratamiento integral del sistema estomatognático del niño durante el período perinatal, la niñez y la adolescencia que presenten problemas físicos, mentales y/o emocionales.

Entre las alteraciones en la cavidad bucal están la presencia de anomalías de los huesos maxilares, alteraciones de la musculatura facial y lingual, alteraciones salivales, problemas periodontales y sobre todo anomalías dentarias de forma, tamaño y número, atraso en la erupción y mal oclusiones. Las características dento-maxilo-faciales alteran todo el sistema estomatognático, con implicaciones clínicas a nivel del habla, alimentación, posturales, de la ventilación y estéticas, entre otras, con enormes consecuencias en el crecimiento, desarrollo y en la integración social.

“Con relación a la caries dental, la baja prevalencia observada puede ser atribuida al aumento de la salivación y al pH, como también a la ocurrencia de microdoncia, hipodoncia, espacios interdentarios y erupción retardada” Gustavo Pina GODOY (2011). Por otra parte, Figueredo (2003), destaca que: “El tratamiento odontológico del paciente con necesidades

especiales debe ser iniciado precozmente, luego que el profesional haya evaluado su problema sistémico. Esto exige un abordaje multidisciplinario desafiando la formación tecnicista del odontólogo”. De acuerdo con Figueredo, el odontólogo debe tomar las riendas para cubrir las necesidades de la salud oral en pacientes o poblaciones con Síndrome de Down, utilizando las herramientas adecuadas para mantener un tratamiento positivo a dichos pacientes.

De Allí la importancia de la existencia de la odontología preventiva, quien se encargaría de la atención en el primer nivel de salud bucal, la cual debería comenzar en el ámbito escolar con el objetivo de promover y desarrollar una adecuada prevención de las enfermedades periodontales y bucales presentes en las escuelas, para lograr esto hay que integrar un comité de salud escolar, familias, docente, estudiantes y comunidad, y de esta manera se disminuirían los riesgos de enfermedades buco-dentales en niños con Síndrome de Down en el país.

En función a lo planteado se genera las siguientes interrogantes:

¿Se podrá señalar los diferentes tipos de enfermedades buco-dental más común en pacientes con síndrome de Down en relación sexo y edad?

¿Cuál será la enfermedad bucodental más frecuente en los pacientes con Síndrome de Down?

1.2. Objetivos de a investigación

1.2.1 Objetivos generales

Determinar la prevalencia de enfermedades buco-dentales en pacientes con Síndrome de Down atendidos en la Universidad Jose Antonio Páez en el año 2016

1.2.2 Objetivos Específicos

- 1) Determinar las enfermedades bucodentales más comunes en pacientes con Síndrome de Down.
- 2) Identificar las enfermedades bucodentales más comunes en pacientes con Síndrome de Down según el género.
- 3) Indicar las enfermedades bucodentales más comunes en pacientes con Síndrome de Down según el grupo etario.

1.3. Justificación del Estudio

Esta investigación se considera necesaria por cuanto: permitirá conocer la prevalencia de enfermedades buco-dentales en pacientes con síndrome de Down que principalmente fueron atendidos en la Universidad José Antonio Páez, cuyas alteraciones buco-dentales se les considera un problema de salud pública por su alto grado de frecuencia en la población. La misma no tiene distinción de: Raza, género, edad y situación económica.

En este mismo orden de idea han surgido muchas investigaciones que han demostrado que la gingivitis, es una de las enfermedades buco dentales más frecuentes, la cual se encuentra casi de manera universal en niños y

adolescentes aunque las formas avanzadas y agresiva es muy rara en ellos, no se pueden descartar que las mismas se presenten, además no hay que dejar por fuera las otras enfermedades buco-dentales y trastornos dentarios que también afecta a nuestra población infantil.

Finalmente la presente investigación se justifica desde el punto de vista metodológico ya que ofrecerá resultados que puedan servir de base conceptual y epidemiológico relacionadas con la variable de estudio, tanto en el área educativa como en la de salud bucal para la realización de futuras investigaciones dentro del campo educativo y universitario con lo que respecta a la Universidad José Antonio Páez para ayudar en la prevención de estas enfermedades.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

En este capítulo se exponen los antecedentes de la presente investigación, los cuales permiten el conocimiento de trabajos anteriores relacionados con el tema en estudio, con la finalidad de obtener una visión del desarrollo de la investigación, también se presentan las bases teóricas con referencia, a aseveraciones o proposiciones que procuran explicar la relación entre las variables de investigación estudiadas y se presenta el cuadro de operacionalización de variables.

2.1. Antecedentes de la Investigación

Rodriguez D, Rordiguez L. (2013) En su estudio realizado Para la Universidad de Carabobo, titulado “prevalencia de enfermedades buco-dentales en niños con síndrome de Down en la escuela acapane” La presente investigación está fundamentada en determinar la prevalencia de enfermedades buco-dentales en niños con Síndrome de Down en la Escuela Acapane Naguanagua-Valencia durante el período Abril-Mayo 2013, a fin de determinar la edad y el género más afectados por las enfermedades bucodentales. El cual es un tema importante para odontología y por ende va en beneficio de la salud bucal de las personas y sobretodo de los niños que tienen esta patología, quienes requieren una atención óptima que les garantice buena salud bucal y sin complicaciones.

Donde concluyeron que se observó una mayor prevalencia de enfermedad periodontal en el género masculino con un 58,6%, En cuanto a la prevalencia de alteración en la erupción dentaria se obtuvo una mayor frecuencia en el género masculino con 5 niños, lo que representa un 83% de las historias clínicas-odontológicas, en relación a la caries se obtuvo una

mayor prevalencia en el rango de edad de 7 a 10 años, con una frecuencia de 27 niños lo cual representa un 53% de las historias clínicas-odontológicas. Por otra parte, el rango de edad con mayor prevalencia de enfermedad periodontal fue el de 11-15 años con una frecuencia de 13 niños lo que representa un 45%.

Así mismo, Briceño y Freites (2009) En su estudio, titulado "Protocolo de adaptación a la consulta a niños especiales dirigidos a estudiantes de 4to año de odontología de la universidad Rómulo Gallego" realizaron una investigación de campo no experimental, de carácter transaccional descriptivo, la cual permitió obtener los datos directamente de la realidad. La población en estudio estuvo conformada por ciento cincuenta (150) estudiantes y la muestra 37,5% de la población. Para la recolección de datos se empleó la técnica de la encuesta, utilizando como instrumento un cuestionario de diez (10) ítems. Concluyeron que los estudiantes de odontología carecen de conocimientos para la adaptación a la consulta de niños especiales, donde les gustaría obtener más información sobre el tema.

Por último se realizaron una propuesta que tuvo la finalidad de dar aporte a los estudiantes de la UNERG para la obtención de conocimientos básicos sobre la adaptación a la consulta de niños con condiciones especiales.

De igual forma Joachin (2007), presentó en la Facultad de Odontología en la Universidad de San Carlos de Guatemala, una investigación que tiene por título: "Prevalencia, severidad, extensión, características clínicas de enfermedad periodontal en jóvenes de 13 a 21 años con Síndrome de Down en la República de Guatemala". La población estuvo conformada por 400 alumnos, tomando una muestra aleatoria de 50

por cada región. En consecuencia el resultado se determinó que el 3,5% de los jóvenes evaluados no manifestaron inflamación gingival y enfermedad periodontal, mientras que el 96,5% de los evaluados presentaron inflamación gingival, por lo tanto los clasifíco como enfermos. Así, el 61,6% mostraron gingivitis y un 38,96% tenían periodontitis.

Para ello, el grupo Control fueron los hermanos sanos de similar edad, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia, y los datos fueron recolectados a través de una ficha tipo encuesta donde se evaluaron los factores para caries dental y enfermedad periodontal, además de los dientes cariados, perdidos u obturados (conocidos como índice CPOD), y el índice de Necesidades de Tratamiento Periodontal Comunitario (INTPC), por ello los factores de riesgos para caries en autista fueron: Índice de higiene oral, alteraciones en la oclusión, complicación durante la gestación y para la enfermedad periodontal; fueron el pH salival, ingesta de carbohidratos y presencia de restauraciones defectuosas.

Así como también el tipo de parto, para la determinación del riesgo se utilizó el metanálisis de ODDS RATIO de todos los factores utilizados, el programa estadístico EPIDAT 3.1 y para la determinación de las diferencias entre ambas poblaciones se utilizó la prueba Chi Cuadrado ($p > 0,05$) mediante el programa estadístico SPSS 12. Sólo se encontró diferencias estadísticamente significativas en el factor tiempo del parto. Por lo que se concluye que aunque no existen mayoritariamente diferencias.

Dadas las condiciones que anteceden, se toma a este autor como sustento a esta investigación en vista de que el mismo toca en su trabajo la variable en estudio 25 “prevalencia”, enfermedades periodontal y los sujetos estudiados fueron niños con síndrome de Down.

Romero (2006), Realizó su trabajo de investigación para optar al grado de Magíster en Odontoestomatología, titulado “Factores de riesgo que determinan Caries y Enfermedad periodontal en niños autistas de Lima Metropolitana”, Y cuyo propósito de este estudio fue el de determinar los factores de riesgos para caries y enfermedad periodontal, y si existen diferencias estadísticamente significativas de niños autistas en comparación con sus hermanos no autistas, el estudio fue de tipo caso controles transversales, para ello se estudió 16 niños de 3 a 18 años del Centro Ann Sullivan del Perú con diagnóstico de Autismo Infantil.

La relación de este estudio con la presente investigación está dada en que ambas consideran la importancia de estudiar a sujetos con patología especial, los cuales también merecen toda la atención de salud y que deben ser tratados por igual sin descalificaciones.

Por otra parte, González y Cols (2005) Realizaron un trabajo titulado “Cambio de indicadores, de placa bacteriana, gingivitis y caries dental en niños entre dos y cinco años de edad a partir de una investigación educativa dirigida a madre de preescolar Medellín, 2005,” En donde el resultado obtenido fue que las enfermedades bucales en niño, son de origen multifactorial en los cuales intervienen factores internos como el huésped, la saliva, la dieta y externos como el estatus socioeconómico de la familia, los hábitos alimenticios y algunas características maternas (nivel de educación de la madre, hábitos), para la cual se deben plantear intervenciones también multifactoriales que contemplen todos estos aspectos.

El propósito de este estudio fue demostrar la eficacia de una investigación educativa en salud bucal dirigida a las madres, en los cambios de los

indicadores de placa dentó bacteriana, gingivitis y caries dental en niños entre dos y cinco años de edad.

Se realizó un estudio casi experimental con un grupo experimental de (46 niños) y un grupo control de 47 niños, en el cual se examinó al mismo individuo antes y después de aplicar una intervención educativa en salud bucal dirigida a sus 26 madres, encontrándose una disminución en el grupo de intervención en la mancha blanca activa ($0,3 + 0 - 0,8$; IC 95% $0,1 - 0,5$), un aumento en la mancha blanca inactiva ($0,9 + 0 - 1,6$; IC 95% $0,4 - 1,4$); aumento en el índice gingival ($5,1 + 0 - 5,4$; IC 95% $3,4 - 6,7$), el índice de placa no mostró diferencias estadísticamente significativas (p menor a $0,05$). Una intervención educativa en las madres de los niños escolares permite modificar conductas relacionadas con las prácticas de higiene oral, logrando la disminución de los indicadores que evalúan condiciones de salud bucal.

Por lo antes planteado, es que se toma a este autor como antecedente, debido a que el mismo maneja la variable placa bacteriana, principal agente causal de la enfermedad periodontal, además plantea la importancia de educar o instruir a las madre sobre la higiene bucal de los niños, herramienta fundamental para las que tengan hijos con síndrome de Down, como se tiene entendido que los niños que tienen síndrome, tienen la deficiencia motora, producen mayor salivación al dormir así como padecer de bruxismo, los cuales los llevan a su mayoría a padecer de enfermedad periodontal, he aquí la importancia de educar e instruir a estas madres y así mejorar la salud bucal de nuestros niños con Síndrome de Down.

Se tomaron estas investigaciones como soporte relevante para el desarrollo del proyecto de estudio, porque tienen relación directa con la propuesta de tesis que está en ejecución, las variables objeto de estudio como la

enfermedad periodontal, caries dental, retardo en la erupción dental, mal oclusión dental presente en los jóvenes con Síndrome de Down siendo estas variables el enfoque central de la investigación.

2.2. Bases Teóricas

Toda investigación requiere de un conocimiento presente de la teoría, que explica los elementos pertinentes con el problema. Es por ello que en el desarrollo de cualquier investigación es elemental tomar en cuenta las diferentes disciplinas y conceptos, que están estrechamente relacionados con el tema o estudio, éstas 27 componen las bases teóricas de la investigación y conforman la estipulación de los métodos, procedimientos o teorías expuestas.

Según Rodríguez (2001), las bases teóricas” permiten fundamentar los constructos y concepciones sobre las cuales se apoya la investigación” (p.46). Por consiguiente, el objetivo de su realización es reforzar o integrar la teoría y práctica, conducidas a ofrecer información que favorezca el desarrollo del presente trabajo.

2.2.1. Síndrome de Down.

Para la Asociación Almeriense del Síndrome de Down (2005) es un trastorno genético causado por la presencia de una copia extra del cromosoma 21 o una parte del mismo, caracterizado por la presencia de un grado variable de retraso mental y unos rasgos físicos peculiares que le dan un aspecto reconocible.

Al mismo tiempo es la causa más frecuente de discapacidad psíquica congénita y su nombre se debe a John Langdon Haydon Down, quien fue el primero en describir esta alteración genética en 1866, aunque nunca llegó a descubrir las causas que la producían. En julio de 1958, Jérôme Lejeune

descubrió que el síndrome era una alteración en el mencionado par de cromosomas. Según dicha asociación, el dato arqueológico más antiguo del que se tiene noticia sobre el Síndrome de Down es el hallazgo de un cráneo sajón del siglo VII, en el que se describieron anomalías estructurales compatibles con un varón con dicho síndrome. Hoy no se conoce con exactitud las causas que provocan el exceso cromosómico, aunque se relaciona estadísticamente con una edad materna superior a los 35 años.

Los niños con Síndrome de Down presentan una serie de características Rasgo facial:

- Incluyen contornos redondeados
- Ojos oblicuos con pronunciados pliegues epicánticos
- Nariz corta con aplanamiento del puente nasal.

Sistema Orgánico: Casi todos los pacientes presentan significativa pérdida conductora de la audición, presentan trastornos cardiacos congénitos, en el 28 sistema gastrointestinal presentan anomalías, atresia duodena, ano imperforado y enfermedad Hirschsprung, el retraso mental es una característica constante, pero de grado muy variable. Los pacientes con síndrome de Down presentan envejecimiento prematuro y manifiestan los hitos de la enfermedad de Alzheimer a una edad más temprana que las personas no afectadas. Y muchas de las manifestaciones ortopédicas del síndrome de down se relacionan con hipotonía generalizada y laxitud de los ligamentos, en la columna vertebral cervical se puede observar aumento del movimiento de traslación o franca inestabilidad de las articulaciones occipitocervical y atlantoaxoidea y además es común la escoliosis.

Y a nivel bucodental las características son: denticiones primarias y secundarias retrasadas y asincrónicas, dientes supernumerarios, taurodoncia, dientes hipoplásicos e hipocalcificación.

2.2.1.1. Diagnóstico.

El diagnóstico del Síndrome de Down se conforma mediante técnicas citogenéticas esta información vital para el asesoramiento genético, dado que el riesgo de recurrencia con posteriores embarazos varía con la forma de no disyunción, traslación y de mosaico suplementario, tres en lugar dos en el par 21 llamada también trisomía 21.

2.2.1.2. Prevalencia.

La Prevalencia del Síndrome de Down es altamente dependiente de la edad materna y del momento de la gestación. La trisomía 21 se ve en 1 de cada 150 abortos espontáneos del tercer trimestre y 35% de los casos diagnosticados entre la semana 15 y 28 de gestación. La tasa de prevalencia aceptada de trisomía 21 fluctúan entre 0,69 por 1000 en hijos de madres de 20 años a 38,9 por 1000 en mujeres de 50 años, con un promedio de 1,42 por 1000 en la población general.

Según Carranza (2008), la define como la proporción de personas en una población que tienen la enfermedad de interés en un cierto punto o periodo de tiempo. Se calcula al dividir el número de personas de una población que tiene la enfermedad por el número de personas de la población.

2.2.1.3. Manejo y Tratamiento.

Para el manejo y para obtener mejores resultados con las medidas de apoyo que se indiquen, es fundamentalmente lograr lo más precozmente posible el ajuste de los padres al diagnóstico. Para esto es fundamental el momento y la forma en la que se les informa a los padres que su hijo tiene Síndrome de Down.

2.2.2. Enfermedad Periodontal.

Santos (2002), atribuye que las enfermedades periodontopáticas constituyen junto con la caries, la causa más importante de la pérdida dentaria. Definiéndose como el conjunto de alteraciones inflamatorias del periodonto que tienen el carácter irreversible y producen la pérdida de los dientes. Entre ellas indica los siguientes tipos:

2.2.2.1. La Gingivitis.

Es la inflamación de la encía donde el epitelio de unión permanece unido al diente en su nivel de origen. A su vez se caracteriza clínicamente por presentar signos clínicos de inflamación, cambios en la temperatura sulcular, exudado gingival, sangrado al sondaje, reversibilidad de la enfermedad, no hay pérdida ósea ni pérdida de inserción. (Carranza 2008). Según el autor, en relación con la enfermedad gingival la divide en inducida por placa y no inducida por placa:

2.2.2.1.1. Inducidas por Placa Bacteriana.

Entre éstas se encuentra la Gingivitis asociada sólo con placa dental, Enfermedad gingival modificada por factores sistémicos, por medicamentos y por malnutrición. El mismo autor las clasifica en:

2.2.2.1.2. Asociada Sólo con Placa Dental

Es producto de la interacción entre microorganismos que se hallan en la biopelícula de la placa dental, los tejidos y células inflamatorias del huésped. Dicha interacción placa-huésped puede alterarse por los efectos locales, generales, los medicamentos y la desnutrición que influye sobre la intensidad y la duración de la respuesta.

2.2.2.1.3. Enfermedad Gingival Modificadas por Factores Sistémico

Está compuesta por factores que influyen como la pubertad, ciclo menstrual, embarazo, diabetes mellitus. Ello se genera a causa de los efectos de enfermedades sistémicas sobre las funciones celulares e inmunológicas del huésped.

2.2.2.1.4. Enfermedad Gingival Modificada por Medicamentos

Se produce a causa de empleo de fármacos anticonvulsivos que generan agrandamiento gingival como la fenitoina, fármacos inmunosupresores como la ciclosporina A y bloqueadores de los canales de calcio como nifedipina, el verapamilo, el diltiacem y el valproato de sodio.

2.2.2.1.5. Enfermedad Gingival Modificada por Malnutrición

Se caracteriza por deficiencia de vitaminas, minerales y proteínas. En especial la reducción del ácido ascórbico o vitamina C.

2.2.2.1.6. No Inducida por Placa Bacteriana

Son manifestaciones bucales de enfermedades sistémicas que producen lesiones en los tejidos del periodonto sin estar asociado a

placa bacteriana. Igualmente se clasifica en enfermedad gingival de origen bacteriano, viral, micótico, genético y sistémico. (Santos 2002)

2.2.2.1.7. Tratamiento.

- a) Remoción de la placa Bacteriana y materia alba depositada en el margen gingival mediante profilaxis.
- b) Educación en fisioterapia oral al paciente afectado, para prevenir la recidiva y mantener la salud oral.
- c) Eliminación de factores pre disponentes.
- d) Adecuado control médico de enfermedades sistémicas.

2.2.3. La Periodontitis.

Fernández y Fabregues (2009), definen la periodontitis como el grupo de enfermedades inflamatorias de origen infeccioso que afectan los tejidos de soporte del diente, y que de no ser tratadas adecuadamente puede causar la pérdida de los dientes por destrucción de su aparato de inserción. Por otra parte según Carranza (2008), la describe aquella enfermedad inflamatoria de los tejidos de soporte del diente, causada por microorganismos que producen la destrucción del ligamento y hueso alveolar con formación de bolsa, recesión o ambas. Se distingue la periodontitis de la gingivitis por la presencia de pérdida ósea detectable. Esta se clasifica en:

2.2.3.1. Periodontitis Agresiva.

Es la forma de enfermedad de las encías que se encuentra en pacientes que tienen por lo demás buena salud bucal general. Los síntomas comunes de la periodontitis agresiva incluyen un aumento rápido en el tamaño de las bolsas gingivales adyacentes al diente, lo que lleva a la degradación del hueso (Carranza 2008).

2.2.3.2. Periodontitis Crónica.

Es una enfermedad infecciosa que produce inflamación en los tejidos de soporte de los dientes, pérdida de inserción progresiva y pérdida ósea. Normalmente se encuentra relación entre la cantidad de irritantes, placa y calculo, el grado de inflamación gingival y la importancia de la pérdida de inserción.

Así mismo la progresión también está relacionada con factores de riesgo locales que facilitan la retención de la placa, como puede ser el apiñamiento, las obturaciones desbordantes o poco pulidas, las prótesis sobre contorneado y otros factores iatrogénicos. (Fernández 2009). De igual forma Carranza (2008), la relaciona como manifestación de las siguientes enfermedades: trastornos hematológicos como leucemia, neutropenia adquirida y trastornos genéticos como Síndrome de Down, neutropenia familiar, síndrome de papillon lefreve, síndrome de cohen.

2.2.3.3. Tratamiento.

Para el tratamiento satisfactorio de la enfermedad se recurre a los antimicrobianos aplicados en el área subgingival durante periodos prolongados. Las pruebas clínicas muestran la eficiencia de la terapia antibiótica tópica en esas condiciones, la administración local de antimicrobiano sería más adecuada para el tratamiento de la periodontitis localizada o que no responde o la recidivante. Y con la aparición de antibióticos sistémicos eficaces y antisépticos locales, el sombrío pronóstico de muchos tipos de periodontitis a cambiado de forma espectacular.

2.2.3.4. Mantenimiento.

Después de la resolución de la infección periodontal, el paciente debe ser incluido en un programa de mantenimiento diseñado a su

medida. El control óptimo de la placa bacteriana por parte del paciente es de suma importancia para conseguir una respuesta favorable clínica y microbiológica a terapia antimicrobiana sistémica.

2.2.3.5. Índice de O'Leary.

Según la Organización Mundial de la Salud (1992), el Índice de O'Leary es aquel que indica el porcentaje de superficies teñidas (color rosa oscuro, si se emplea eritrosina, o color rosa y azul, si se usa doble tono) sobre el total de superficies dentarias presentes. Este índice se aplica en el momento inicial y a lo largo del tratamiento para determinar la capacidad de controlar la placa mecánicamente, antes y después de la enseñanza de la higiene bucal.

2.2.3.6. Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS).

Este índice desarrollado por Greene y Vermillon (1960), recoge datos de carácter reversibles y se utiliza para medir la situación de higiene oral de los individuos. Los criterios se basan sobre dos componentes: la extensión coronaria de la placa y la extensión coronaria del cálculo supragingival.

Al examen observaran, con la ayuda de un explorador, las siguientes superficies: vestibular de los primeros molares permanentes superiores, incisivo central superior derecho e incisivo central inferior izquierdo y superficies linguales de los primeros molares permanentes inferiores. En ausencia de algunos dientes establecidos se observara un diente adyacente comparable.

2.2.4. La Mal oclusión.

Por otra parte los Autor Castillas y León (2007), define la Mal oclusión como “La alineación incorrecta de los dientes” (p.57), y que su etiología puede ser por anomalías de tamaño o de posición de los dientes, del tamaño de la arcada dentaria y su alineación o de los tipos de relaciones oclusales y de igual manera la clasifican en:

2.2.4.1. Mal oclusión Clase I: es la mal oclusión dental o mal oclusión y tiene las mismas relaciones entre los primeros molares que la oclusión normal de clase I, pero irá acompañada de una mala alineación de los dientes, debida a:

- Apiñamiento
- Pérdida de Continuidad de la arcada
- Alineación Defectuosa de los dientes anteriores (mal oclusión estética)
- Relación Dental anómala, como mordida cruzada
- Contactos oclusales prematuros.

2.2.4.2. Mal oclusión Clase II: Es la oclusión distal o retrognatismo mandibular y la mal oclusión grado, es de tipo esquelético con una mandíbula pequeña en comparación con el maxilar superior. Los dientes inferiores están por distal y a menudo por lingual de los superiores, el perfil del paciente parece tener la barbilla retraída y tiene dos divisiones:

a) Clase II división I: Los incisivos superiores presentan una inclinación hacia vestibular.

b) Clase II División II: Los incisivos superiores presentan una inclinación lingual, individuos de cara corta y ancha y apiñamiento anterior.

2.2.4.3. Mal oclusión Clase III: Es la oclusión mesial o prognatismo mandibular: Presentan una gran mandíbula y una cara larga y estrecha, los dientes inferiores suelen estar en posición avanzada con relación a los superiores y el perfil del paciente suele tener una mandíbula muy prominente.

2.2.4.4. Etiopatogenia de la Mal Oclusión.

La etiología de la mal oclusiones es multifactorial y la herencia son algunos de estos factores y su interacción puede incrementar, disimular, disminuir e incluso hacer desaparecer una mal oclusión.

La Herencia: Ciertas mal oclusiones (prognatismo mandibulares, tamaño, forma dentaria, número de dientes, etc.) tienen un fuerte componente hereditario.

Factores Generales:

Esqueléticos: Como los dientes entran dentro de los maxilares, cualquier desproporción en volumen o posición de esto ocasionará una mal oclusión.

Musculares: Los dientes se sitúan entre las mejillas y labios por un lado y la lengua por el otro. Cualquier modificación de este equilibrio producirá una alteración. Dentales: Cualquier desproporción entre el tamaño dentario y el de los maxilares producirá una mal oclusión.

2.2.4.5. Tratamiento.

El tratamiento debe ser programado en Fases. En la Mal oclusión Clase I Primera Fase General del Plan de Tratamiento: Incluye a la consulta, pre medicación, interconsulta y tratamiento médicos previos que preparen al paciente para una terapéutica odontológica activa. Segunda Fase o Tratamiento básico de saneamiento: incluye consideraciones preventivas

específicas, tratamiento periodontal, cirugía, endodoncia, restauraciones dentales y prótesis. Tercera Fase: es la correctiva incluye el tratamiento ortodóntico preventivo, interceptivo o correctivo, el cual estará dictado por el cumplimiento exitoso de la fase anterior.

La última Fase es la de mantenimiento: El tratamiento en la clase II va a depender del grado de afectación y de los factores que ocasionaron la mala oclusión la misma va desde la ortodoncia hasta la cirugía reconstructiva y estética.

2.2.5. Caries Dental.

La Caries Dental Según Castilla y León (2006), “Una enfermedad microbiológica infecciosa cuyo resultado es la destrucción localizada de los tejidos dentarios(esmalte, dentina y cemento), causada por la producción ácida de bacterias y manifestada por el progresivo oscurecimiento y reblandecimiento de dichos tejidos y su posterior pérdida dejando una cavidad en el seno del diente”.

2.2.5.1. Clasificación.

Se Clasifican en Tres tipos de Caries:

a) Caries de surcos, fosas y fisuras: Es el tipo más frecuentes de caries, tiene un punto de origen visible en la cara oclusal, mostrando en forma de V invertida con una base amplia, cuya manifestaciones clínicas: surcos teñidos, cuyo diagnóstico se realiza por inspección visual, exploración por sonda y por tinción.

b) Caries de superficie lisas: Vestibular y Lingual: normalmente es cervical, atacando esmalte, cemento o ambos y progresa rápidamente.

C) Caries interproximal: Se extiende en superficie antes de profundizar en el diente y su progresión suele ser más lenta que la anterior. Manifestación clínica: transparente desde oclusal a una coloración más oscura a través de la cresta marginal, o bien se deshilacha la seda dental.

2.2.6.2. Prevalencia de la Caries.

La prevalencia de la caries ha aumentado de manera constante con el avance de la civilización; por ejemplo, estudios de cráneos de antiguos griegos muestran que el 10% de la población estaba afectada, en el año mil de nuestra era, era ya un 20% de la población. En la actualidad, en las llamadas civilizaciones occidentales la cifra se aproxima al 100% aunque gracias a las medidas preventivas esta tasa ha ido disminuyendo en las últimas décadas.

2.2.6.3. Factores epidemiológicos que pueden influir en la prevalencia de la caries Se habla de la caries como enfermedad multifactorial, ya que son muchos los factores que pueden influir en la incidencia y prevalencia de la caries dental como son: edad, dieta, distribución geográfica y variación individual.

2.2.6.4. Epidemiología de la Caries Dental.

La Caries dental es producida por el género de los Streptococcus, que se caracteriza por la excavación profunda, más o menos rápida y extensa de los tejidos dura del diente, librada a su propia evolución, puede dar a diversas molestias y complicaciones, para finalmente provocar la pérdida de las piezas dentales afectadas.

Bases legales

Según Pineda (1994) Las bases legales lo constituyen el “basamento de tipo legal que sustenta jurídicamente el estudio”, así se realizó una revisión de la constitución nacional, leyes, códigos de deontología y reglamentos que pudieran estar relacionados con el tema, encontrándose que existe suficiente legal y jurídico que avale el estudio

De acuerdo a lo planteado por la ley del ejercicio de la odontología (1970).

Capitulo primero “de los deberes generales del odontólogo” artículo 4: El Profesional de la Odontología debe atender por igual celo a todos sus pacientes cualesquiera sean sus condiciones de salud, independientemente de su nacionalidad, raza, posición social o económica, creencias religiosas o ideas políticas.

En el artículo 16 se tiene que Los profesionales que ejercen la odontología deberán estar capacitados y legalmente autorizados según esta ley para prestar sus servicios a la comunidad, contribuir el progreso científico y social de la odontología, aportar su colaboración, para la solución, de los problemas de salud pública creados por las enfermedades buco dentarias, y cooperar con los demás profesionales de la salud en la atención de aquellos enfermos que así lo requieran.

Capitulo segundo “De las historias Clínicas”

Artículo 62: El Odontólogo que desea hacer un trabajo de investigación, comunicación o cualquier tipo de publicación relativo a pacientes, procedimientos o regímenes odontológicos o administrativos en una dependencia universitaria, sanitaria o asistencial, deberá presentar su plan

de trabajo al Odontólogo-jefe responsable de aquella dependencia y solicitar autorización. Es deber del Odontólogo-jefe otorgar la autorización, siempre que considere que el propósito no perjudicará física o mentalmente a los pacientes o alterará la disciplina de dichas dependencias. Tanto el Odontólogo investigador, como el Odontólogo-jefe podrían acudir al Instituto de Investigaciones de cualquier Universidad Nacional como apoyo a la argumentación, o como árbitro si hubiere discrepancia.

Artículo 63: El Odontólogo que ejerce en un Centro Asistencial puede utilizar el archivo de Historias Clínicas de la Institución con fines de estudio o de investigación. En el informe, presentación o publicación de su trabajo debe mencionar el servicio a que corresponde. Cuando la documentación pertenece a otro Centro Asistencial, debe solicitar previamente la autorización escrita de la Dirección y del Jefe del Departamento o Servicio.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

En este capítulo se presenta la metodología utilizada para dar respuesta a las interrogantes formuladas en la investigación. Fidias (2006) indica que el Marco Metodológico es aquel que “incluye el tipo o tipos de investigación, la técnica y los instrumentos que serán utilizados para llevar a cabo la indagación. Es el “como” se realizará el estudio para responder al problema planteado” (p.110.)

3.1 Tipo y Diseño de la Investigación

3.1.1 Tipo de investigación

Dentro de este orden de ideas, se señala que la presente investigación estará presentada bajo un enfoque cuantitativo que según Blaxter y Col. (2008), refieren que “Es aquella investigación empírica en la que los datos adoptan forma numérica”, el nivel de dicha investigación es descriptivo que según William y Col. (2008), expresan que una investigación de tipo descriptivo es “Describir las características de objetos, personas, grupos, organizaciones o entornos, es decir tratar de pintar un cuadro de una situación”.

3.1.2 Diseño de investigación

De Diseño no Experimental Transaccional, que según autores como Hurtado y Toro (2007), expresan que un diseño no Experimental Transaccional “Es aquel que se utiliza para establecer relaciones de causalidad entre variables, comparando grupos de datos pero la variable no es manipulable y solo admite un nivel de selección”. Lo anteriormente descrito, hace referencia a que el investigador no ejerce control ni manipulación alguna sobre las variables en estudio y por lo tanto este tipo de

diseño permite recolectar datos en un solo momento, donde su propósito es describir, de igual manera estará enfocada en una investigación. Según Hernández (2007), se define como la investigación en donde se recolectan los datos en un tiempo único, en una sola medición, y que tiene como finalidad la descripción y análisis de variables, sin manipulación de estas. Además, los datos son recolectados de la realidad por el mismo autor.

3.2 Población y Muestra

3.2.1 Población

Según Orozco Labrador y Palencia (2002) se refiere a la delimitación espacial del estudio, es decir, hasta donde puede alcanzar la generalización de los resultados. En este caso la población de la presente investigación está representada por historias clínicas-odontológicas de los pacientes con síndrome de Down sin limitaciones con respecto a edad y género durante el periodo 2016 de atención de la clínica del niño de la facultad de Odontología de la Universidad Jose Antonio Páez.

3.2.2 Muestra

Méndez (2007), describe que es la parte representativa de la población objeto de estudio y por lo tanto refleja las características que definen a la población de la cual es extraída, en tal sentido el autor acota que la muestra “comprende el estudio de una parte de los elementos de una población”. En este contexto, para el estudio que se presenta se tiene una muestra de cincuenta y nueve (59) historias clínicas registradas y evaluadas por expertos de la Universidad Jose Antonio Páez en el año 2016.

3.3 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

Las técnicas de recolección de datos de acuerdo a lo señalado por Arias (2007), son las distintas formas o maneras de obtener la información. En este sentido, se utilizara la técnica de guía de observación directa para la recolección de datos. Según Fideas G. Arias (2006) los instrumentos son medios materiales que se emplean para recoger y almacenar información.

En esta investigación se utilizará como instrumento de recolección de datos, una ficha de registro de observación realizada por los autores de la investigación.

3.4 Validez.

Así mismo, Arias (2006) “la validez del cuestionario significa que las preguntas o ítems deben tener una correspondencia directa con los objetivos de la investigación. Es decir, las interrogantes, consultaran sólo aquello que se pretende conocer o medir.”

La validación del instrumento se hizo a través de juicio de expertos en el área de odontopediatría: Sandra Rodríguez quien determino la correspondencia de los ítems, redacción, correlación entre los objetivos, variables e indicadores.

3.5 Confiabilidad.

La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto, produce resultados iguales. La validez se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir. (Hernández S. 1998) Esta será determinada posterior al diseño del instrumento.

3.6 Técnica para el análisis de los Datos

Según Fidias, G. Arias (2006), en este punto de la investigación se describen las distintas operaciones a las que serán sometidos los datos que se obtengan; clasificación registro, tabulación y codificación. En lo referente al análisis, se definirán las técnicas lógicas (inducción, deducción, análisis-síntesis) o, estadísticas que serán empleadas para descifrar lo que revela los datos recolectados. En función a esto, la presente investigación, según la estadística descriptiva se codificará y se tabularán los datos obtenidos para su análisis, para luego ser presentados mediante gráficos estadísticos con su respectiva explicación.

CAPITULO IV
PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACIÓN
DE LOS RESULTADOS

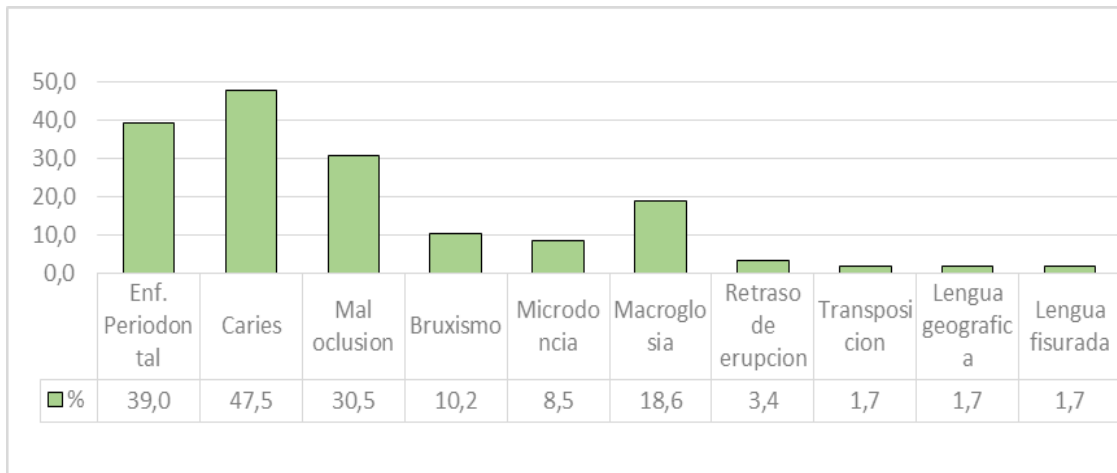
En este capítulo se presentan los resultados de la investigación, presentación y análisis de los resultados, en base a los objetivos y variables de estudio; para tal fin se procesó la información, agrupando los datos según las categorías establecidas para las variables de estudio; toda la información se presenta en cuadros de distribución de frecuencia y porcentajes.

4.1 Características Epidemiológicas:

Se estudiaron cincuenta y nueve (59) Historias clínicas de pacientes estudiados y evaluados en la Clínica Integral del niño y del adolescente de la Universidad Jose Antonio Páez (San diego Edo-Carabobo) en el periodo Enero – Diciembre del año 2016 con el objetivo de ddeterminar la prevalencia de enfermedades buco-dentales en pacientes con Síndrome de Down.

Grafico n°1 Determinar las enfermedades bucodentales más comunes en pacientes con Síndrome de Down.

Enfermedad	Prevalencia	%
Enf. Periodontal	23	39,0%
Caries Dental	28	47,5%
Mal oclusión	18	30,5%
Bruxismo	6	10,2%
Microdoncia	5	8,5%
Macroglosia	11	18,6%
Retraso de erupción	2	3,4%
Transposición	1	1,7%
Lengua geográfica	1	1,7%
Lengua fisurada	1	1,7%



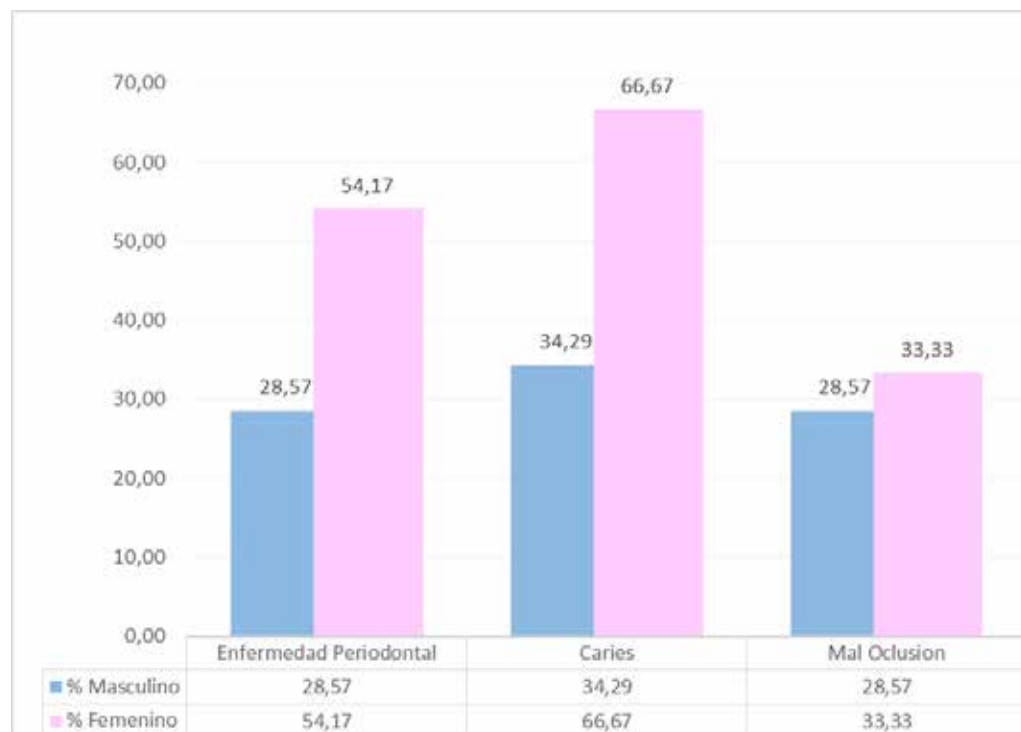
Fuente: Jose Ponte, Johnathan Zozzaro

En el siguiente grafico se observan una serie de enfermedades las cuales fueron expuestas a través de las cincuenta y nueve (59) historias clínicas evaluadas. Se obtuvo una mayor prevalencia a la caries dental, con un total del 47,5% presente en los pacientes registrados, en segundo lugar tenemos a la enfermedad periodontal la cual constituyo el 39% del total registrado, en tercer lugar, la mal oclusión representando el 30,5%

Dando así estas tres enfermedades un mayor predominio con respecto a las demás enfermedades observadas.

Grafico nº 2 Enfermedades bucodentales más comunes en pacientes con Síndrome de Down según el género.

Tipo	Sexo Masculino	% Masculino	Sexo Femenino	% Femenino
Enfermedad Periodontal	10	28,57%	13	54,17%
Caries	12	34,29%	16	66,67%
Mal Oclusión	10	28,57%	8	33,33%



Fuente: Jose Ponte, Johnattan Zozzaro

En el siguiente análisis grafico se observan una serie de enfermedades categorizadas por género, las cuales fueron obtenidas de la

revisión de las cincuenta y nueve (59) historias clínicas, donde se obtuvo un total de treinta y cinco (35) pacientes masculinos y veinticinco (25) pacientes femeninos.

Con respecto al sexo femenino:

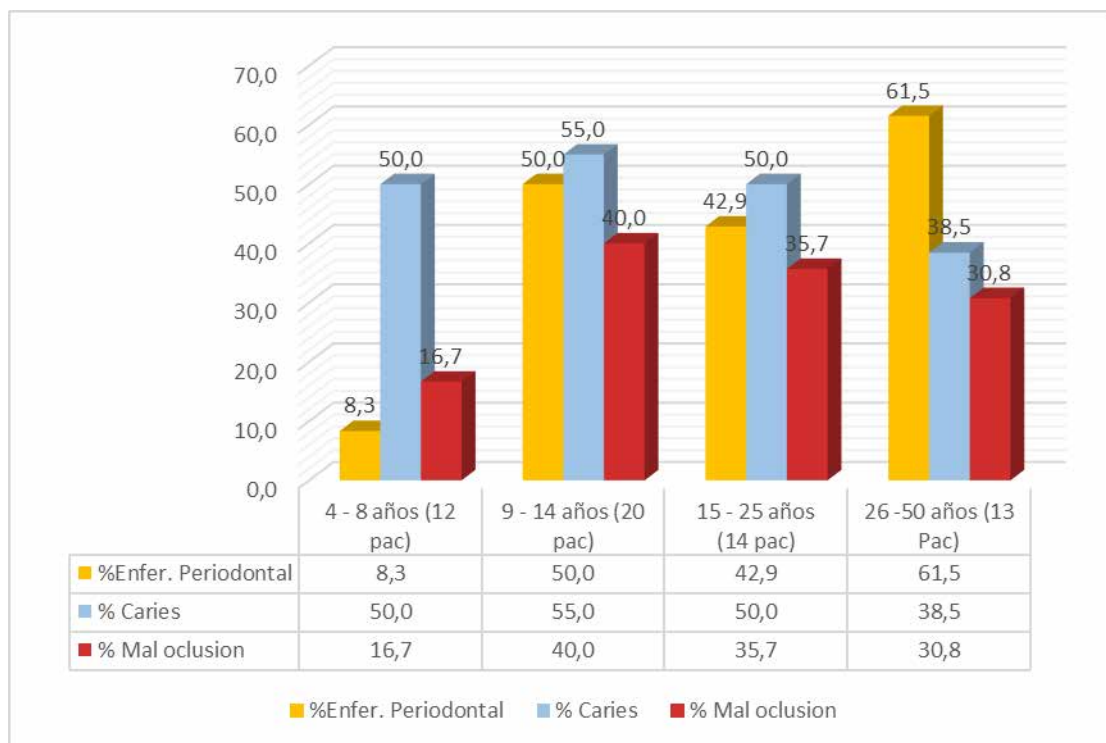
- Se obtuvo una mayor prevalencia de la caries dental, la cual representa el 66.6%.
- Por otro lado La oclusión con 33,3%
- Y la enfermedad periodontal con un 54,1%

Con Respecto al Sexo masculino:

- Se obtuvo de igual manera una mayor prevalencia de la caries dental, representando el 34,29% de su totalidad
- Por otra parte, la mal oclusión represento un 28,57%
- A su vez, la enfermedad periodontal de igual manera constituyo un 28,57%

Grafico nº 3 Enfermedades bucodentales más comunes en pacientes con Síndrome de Down según el grupo etario.

Edades	Enfer. Periodontal	%Enfer. Periodontal	Caries	% Caries	Mal oclusión	% Mal oclusión
4 - 8 años (12 pac.)	1	8,3%	6	50,0%	2	16,7%
9 - 14 años (20 pac.)	10	50,0%	11	55,0%	8	40,0%
15 - 25 años (14 pac.)	6	42,9%	7	50,0%	5	35,7%
26 -50 años (13 Pac.)	8	61,5%	5	38,5%	4	30,8%



Fuente: Jose Ponte, Johnattan Zozzaro

En el siguiente análisis grafico se observan las enfermedades más comunes categorizadas por grupos etarios en base a los datos recogidos de

cincuenta y nueve (59) historias clínicas estudiadas las cuales fueron divididas de la siguiente manera:

- grupo 1 edad comprendida entre 4 – 8 años con 12 pacientes
- grupo 2 edad comprendida entre 9-14 años con 20 pacientes
- grupo 3 edad comprendida entre 15 a 25 años con 14 pacientes
- grupo 4 edad comprendida entre 25-50 años con 13 pacientes.

En el grupo 1 de las edades de menor rango entre las enfermedades más comunes tenemos la caries dental con una mayor incidencia 50%, luego se encuentra la mal oclusión con 16,7% y en tercer lugar se encuentra la enfermedad periodontal con 8,3%.

De la misma manera en el grupo 2 predomino la caries dental con un 55%, seguido de esto la enfermedad periodontal con 50% y en 3er lugar la mal-oclusión con 40% de la muestra evaluada.

Con Respecto al grupo 3, tenemos en primer lugar la caries dental representada en un 50%, la enfermedad periodontal con un 42,9% y en 3er lugar la mal oclusión con 35,7%

En el grupo 4 presenta una variación importante en las alteraciones bucodentales siendo el caso de la enfermedad periodontal como primera enfermedad predominante con un 61,5%, en segundo lugar la caries dental con 38,5 y en tercer lugar la mal-oclusión con 30,8%.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- En los pacientes con Síndrome de Down pueden observarse diversas alteraciones o patologías bucales las cuales son como consecuencia de su propia condición, pero a su vez puede resultar como un coadyuvante que estos presenten una mala técnica de cepillado o condiciones de higiene oral inadecuada.
- Este estudio revela a través del instrumento realizado, el cual fue utilizado como método de recolección de datos, que la caries dental, la mal oclusión, la enfermedad periodontal y el bruxismo son las enfermedades bucodentales presentes las historias clínicas brevemente estudiadas.
- De igual manera entre las patologías observadas y evaluadas, podemos observar que la caries dental presenta una mayor prevalencia en relación a las demás enfermedad bucodentales presentes en las cincuenta y nueve (59) historias clínicas con veintiocho (28) pacientes evaluados siendo el 47,5% de la muestra total, en segunda instancia tenemos a la enfermedad periodontal con un total del 39% el cual representa a veintitrés (23) pacientes y por ultimo no menos importante la mal oclusión dental constituyo un 30,5% de dieciocho (18) pacientes evaluados.
- Por otra parte según la edad se demostró que en el punto de mayor incidencia tanto a caries dental, enfermedad periodontal y mal oclusión se comprende en las edades entre 9-14 años.
- A su vez, se pudo observar que el género no guarda relación como factor predisponente a la aparición de las enfermedades bucodentales.

5.2 Recomendaciones

1. Realizar un cuadro epidemiológico que comprenda la mayor cantidad de pacientes evaluados odontológicamente en periodos de tiempo de mayor rango.
2. Promover información sobre las enfermedades bucodentales en escuelas y comunidades donde se observe la presencia de pacientes con Síndrome de Down
3. Realizar un control anual de la prevalencia de enfermedades y evolución de pacientes con Síndrome de Down evaluado en la Universidad Jose Antonio Páez.
4. Realizar estudios de prevalencia de enfermedades buco-dentales en niños con Síndrome de Down en otras poblaciones del mismo estado, de manera que se puedan ampliar los resultados en cuanto a la prevalencia de caries dental.
5. Se recomienda a la institución utilizar el archivo para las historias clínicas-odontológicas, además de realizarlo por orden alfabético, etiquetarlo por patologías asociadas y síndromes asociados
6. De igual manera realizar un registro aparte de las historias clínicas para pacientes especiales, facilitando así su estudio en otras instancias.
7. Se recomienda a la Facultad de Odontología de la Universidad José Antonio Páez, a incentivar a los alumnos a la atención de estos pacientes en el área de la clínica del niño y del adolescente, con el fin de mejorar su salud bucal.

Bibliografías

Castellanos Suárez, J. L., Díaz Guzmán, L. M., & Lee Gómez, E. A. (2015).
Medicina en Odontología. Manejo dental de pacientes con
enfermedades sistémicas. México: El Manual Moderno.

Echeverría José y Colaboradores (2002).
Manual de odontología. Editorial Masson, S.A. Reimpresión 2002
Madrid-España

ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD (2010) defectos congénitos

Alidianne Fábila Cabral XAVIER¹, Gustavo Pina GODOY, Manuel Antonio
Gordón-Núñez (2011)
Prevalencia de anomalías bucales y caries dental en portadores
de Síndrome de Down

Mariana C. Morales Ch. (2011)
Atención odontológica a pacientes especiales

Morales-Chávez M. C.¹; González M. (2010)
Síndromes genéticos y otros trastornos asociados

Lerma Héctor (2007)
Metodología a la investigación: propuesta, ante proyecto y proyecto.
2da Edición, ECOE ediciones, 2007, Bogotá

Rosario Rodríguez Arnaiz (2005)
Conceptos básicos de genética

<http://www.ejournal.unam.mx/cns/no79/CNS07913.pdf>

E. Culebras Atienza, J. Silvestre-Rangil, F.J. Silvestre Donat (2012)
Alteraciones odonto-estomatológicas en el niño con síndrome de
Down

Anexos

Objetivos de la investigación	Variable	Dimensión	Indicadores	Ítems
Determinar la prevalencia de enfermedades buco-dentales en pacientes con Síndrome de Down atendidos en la Universidad Jose Antonio Páez en el año 2016	Enfermedades buco-dentales	-Clasificación de enfermedades bucodentales Servicio odontológico	Caries Enfermedad periodontal Mal oclusión	Presencia Ausencia Presencia Ausencia Presencia Ausencia
	Pacientes con Síndrome de Down	Historia Clínica Factores dentales	Genero Edad	Presencia Ausencia

Cuadro de Variables

Fuente: Ponte, Jose; Zozzaro, Johnathan 2016

