UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

DEPARTAMENTO DE POSTGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

TESINA

Previo a la obtención del Título de Especialista en Atención Primaria de la Salud

T E M A:

SÍNDROME DE DOWN Y PATOLOGÍAS BUCALES EN NIÑOS Y NIÑAS QUE ASISTEN AL INSTITUTO MARÍA BUITRÓN DE ZUMÁRRAGA. CANTÓN PORTOVIEJO.PROVINCIA MANABÍ. PERÍODO 2013

AUTORA
DRA. RODRÍGUEZ MOREIRA FABIOLA MONSERRATE

GUARANDA, MARZO DE 2014

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

DEPARTAMENTO DE POSTGRADO

ESPECIALIZACIÓN
ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

RESOLUCIÓN: CONESUP. RCA.SO1-No. 3508

T E M A:

SÍNDROME DE DOWN Y PATOLOGÍAS BUCALES EN NIÑOS Y NIÑAS QUE ASISTEN AL INSTITUTO MARÍA BUITRÓN DE ZUMÁRRAGA. CANTÓN PORTOVIEJO.PROVINCIA MANABÍ. PERÍODO 2013

AUTORA
DRA. RODRÍGUEZ MOREIRA FABIOLA MONSERRATE

GUARANDA, MARZO DE 2014

CERTIFICACIÓN DE LA COMISÍON DE REVISIÓN DE TESINA

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

DEPARTAMENTO DE POSTGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN APS

TEMA:

"SÍINDROME DE DOWN Y PATOLOGÍAS BUCALES EN NIÑOS Y NIÑAS QUE ASISTEN AL INSTITUTO MARÍA BUITRÓN DE ZUMÁRRAGA. CANTÓN PORTOVIEJO. PROVINCIA DE MANABÍ, PERIODO 2013"

LA COMISIÓN CERTIFICA QUE:

Luego que el trabajo de investigación ha sido revisado, analizado y corregido, éste cumple con la normativa exigida.

.....

LA COMISIÓN

AUTORÍA NOTARIADA

Los contenidos, opiniones y comentarios, del presente trabajo de investigación, titulado: **"SÍNDROME DE DOWN Y PATOLOGÍAS BUCALES EN NIÑOS Y NIÑAS QUE ASISTEN AL INSTITUTO MARÍA BUITRÓN DE ZUMÁRRAGA. CANTÓN PORTOVIEJO. PROVINCIA DE MANABÍ, PERIODO 2013"** son de absoluta responsabilidad de la autora.

Guaranda, Marzo de 2014

.....

Dra. Rodríguez Moreira Fabiola Monserrate

C.C. 131229734-2

DECLARACIÓN

YO, Rodríguez Moreira Fabiola Monserrate, Autora, del tema de tesina **"SÍNDROME DE DOWN Y PATOLOGÍAS BUCALES EN NIÑOS Y NIÑAS QUE ASISTEN AL INSTITUTO MARÍA BUITRÓN DE ZUMÁRRAGA. CANTÓN PORTOVIEJO. PROVINCIA DE MANABÍ, PERIODO 2013",** declaro que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; este documento no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que las referencias bibliográficas que se incluye han sido consultadas por el autor.

La Universidad Estatal de Bolívar puede hacer uso de los derechos de publicación correspondiente a este trabajo, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su Reglamento y por la normativa institucional vigente.

f.....

Dra. Rodríguez Moreira Fabiola Monserrate

C.C. N.° 131229734-2

AUTORA.

DEDICATORIA

Con todo mi amor a mi familia.

A mis padres Sr Julio Rodríguez y Sra. Fátima Moreira por ser mis guías, pilares fundamentales y brindarme siempre su ayuda y comprensión incondicional.

A mis hermanos Franklin y Luis por su apoyo en cada momento de mi vida.

A mis ángeles en el cielo que son mi inspiración. Mis abuelos.

A cada uno de ustedes dedico este trabajo.

Fabiola Monserrate.

AGRADECIMIENTO

Mi más sincero agradecimiento a la Universidad Estatal de Bolívar, Departamento de Postgrado por haberme brindado la oportunidad de estudiar en este prestigioso establecimiento, a sus autoridades y docentes por sus conocimientos impartidos.

Al Instituto de Educación Especial "María Buitrón de Zumárraga", a sus directivos, padres y madres de familia por brindarme las facilidades para el desarrollo de este proyecto.

Fabiola Monserrate.

ÍNDICE GENERAL

DESCRIPCIÓN	PÁG
Certificación de la Comisión de Revisión de Tesina	1
Autoría Notariada	2
Declaración	3
Dedicatoria	4
Agradecimiento	5
Índice General	6
Índice de Tablas	11
Índice de Figuras	12
Resumen	14
Sumary	15
Antecedentes	16
Introducción	18
Objetivos	21
Problematización	22
Árbol de problemas	22
Descripción	23
Planteamiento del problema	23
Formulación del problema	25
Subproblemas	25
Prognosis	25
Tema de investigación	26
Capítulo I	27
1 Marco Teórico	28
1.1 Fundamentación filosófica	28
1.2 Fundamentación axiológica	28
1.3 Fundamentación legal	29

1.3.1 Constitución Política del Ecuador 29
1.3.1.1Título II Derechos; Capítulo segundo; Derechos del buen vivir; Sección séptima Salud 30
1.3.1.2 Capítulo tercero; Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria; Sección sexta; Personas con discapacidad. 30
1.3.1.3 Título VII; Régimen del buen vivir; Capítulo primero; Inclusión y equidad; Sección segunda, Salud 31
1.3.2 Ley orgánica de educación superior 31
1.3.2.1 Capítulo 2; fines de la educación superior 31
1.3.2.2 Capítulo 3; principios del sistema de educación superior 32
1.4 Fundamentación teórica 32
1.4.1 Referencial 32
1.4.1.1 Historia 32
1.4.1.2 Misión 33
1.4.1.3 Visión 33
1.4.2 Científica 34
1.4.2.1 Síndrome de Down 34
1.4.2.1.1 Definición 34
1.4.2.1.2 Etiología 34
1.4.2.1.3 Diagnostico 35
1.4.2.1.4 Características y aspecto de las personas con SD 35
1.4.2.1.5 Manifestaciones congénitas 36
1.4.2.1.5.1 Discapacidad intelectual 36
1.4.2.1.5.2 Discapacidad motriz 37
1.4.2.1.5.3 Discapacidad sensorial 37
1.4.2.1.6 Alteraciones funcionales 38
1.4.2.1.6.1 Respiración 38
1.4.2.1.6.2 Alimentación 38
1.4.2.1.6.3 Fonación 39
1.4.2.1.7 Características bucales en niños con SD 39

1.4.2.1.8 Tratamiento odontológico en niños con SD 40
1.4.2.1.9 Manejo odontológico en pacientes con SD 40
1.4.2.2 Patologías Bucales 42
1.4.2.2.1 Placa bacteriana 43
1.4.2.2.1.1 Definición 43
1.4.2.2.1.2 Índices de placa bacteriana 43
1.4.2.2.1.3 Factores condicionantes en la acumulación de placa bacteriana 44
1.4.2.2.1.4 Prevencion 44
1.4.2.2.1.5 Tratamiento 44
1.4.2.2.2 Cálculo dental 45
1.4.2.2.2.1 Definición 45
1.4.2.2.2.2 Tipos 46
1.4.2.2.2.3 Tratamiento 46
1.4.2.2.3 Caries dental 46
1.4.2.2.3.1 Definición 46
1.4.2.2.3.2 Etiología 47
1.4.2.2.3.3 Signos y síntomas 47
1.4.2.2.3.4 Diagnostico 47
1.4.2.2.3.5Tratamiento 48
1.4.2.2.4 Gingivitis 48
1.4.2.2.4.1 Definición 48
1.4.2.2.4.2 Tipos 49
1.4.2.2.4.3 Etiología 49
1.4.2.2.4.4 Tratamiento 49
1.4.2.2.5 Periodontitis 50
1.4.2.2.5.1 Definición 50
1.4.2.2.5.2 Etiología 50
1.4.2.2.5.3 Diagnostico 50
1.4.2.2.5.4 Signos 50

1.4.2.2.5.5 Tratamiento 50
1.4.2.2.6 Mal oclusiones 51
1.4.2.2.6.1 Definición 51
1.4.2.2.6.2 Tipos 52
1.4.2.2.6.3 Etiología 52
1.4.2.2.6.4 Tratamiento 52
1.4.2.2.7 Macroglosia 53
1.4.2.2.7.1 Definición 53
1.4.2.2.7.2 Etiología 53
1.4.2.2.7.3 Signos 53
1.4.2.2.7.4 Tratamiento 54
1.4.2.2.8 Respiración bucal 54
1.4.2.2.8.1 Definición 54
1.4.2.2.8.1.2Etiología 55
1.4.2.2.9 Enfermedades endodonticas 55
1.4.2.2.9.1 Tipos 55
1.4.2.2.9.1.1 Pulpitis aguda 56
1.4.2.2.9.1.2 Pulpitis crónica 56
1.4.2.2.9.1.3 Necrosis 56
1.4.2.2.9.2 Diagnóstico 56
1.4.2.2.9.3 Terapia pulpar vital 57
1.4.3 Conceptual 58
Capitulo II 59
2 Metodología 60
2.1 Diseño de la investigación 60
2.2 Tipos de investigación 60
2.3 Métodos de investigación 60
2.4 Técnicas e instrumentos 61
2.5 Población y muestra 61
2.6 Procesamiento para el análisis e interpretación de los 61

resultados
2.7 Idea a defender 62
Capitulo III 63
Análisis e interpretación de los resultados 64
Conclusiones 85
Recomendaciones 86
Capitulo IV 87
Guía Educativa 88
4.1 Tema “Prevencion Bucal, Sonrisas Brillantes” 88
4.2 Presentación 88
4.3 Objetivos 89
4.4 Fundamentación de la guía 89
4.5 Contenido de la guía 90
4.6 Cronograma 91
Bibliografía 93
ANEXOS 96

ÍNDICE DE TABLAS

N.°	DESCRIPCIÓN	PÁG
	Historias Clínicas Odontológica	64
1	Cariados	64
2	Placa bacteriana	66
3	Cálculo dental	67
4	Gingivitis	68
5	Periodontitis	69
6	Mal oclusiones	70
	Matriz de Observación	71
7	Discapacidad intelectual	71
8	Discapacidad motriz	73
9	Macroglosia	74
10	Respiración bucal	75
	Encuestas	76
11	¿Conoce usted sobre el origen y manifestaciones congénitas del Síndrome de Down?	76
12	Su hijo o hija con Síndrome de Down cuál de las siguientes afectaciones posee:	78
13	Su hijo o hija con síndrome de Down ha recibido:	79
14	¿Con que frecuencia lleva a su hijo o hija a un control odontológico?	80
15	El cepillado dental su hijo o hija lo realiza:	81
16	Su hijo o hija ha presentado molestias dentales como:	82
17	Su hijo presenta dificultad para:	83
18	Su hijo a presentado:	84

ÍNDICE DE FIGURAS

N.°	DESCRIPCIÓN	PÁG
1	Árbol de problemas	22
2	**Síndrome de Down**	34
3	Diagnóstico del SD	35
4	Características y aspecto de las personas con SD	35
5	Discapacidades	36
6	Alteraciones funcionales y parafuncionales	38
7	Consideraciones bucodentales en niños con SD	39
8	Objetivos de la atención odontológica	40
9	Relación paciente-odontólogo	41
10	**Principales patologías bucales**	42
11	Placa bacteriana	43
12	Factores que condicionan la retención de la placa bacteriana	44
13	Tratamiento placa bacteriana	45
14	Cálculo dental	45
15	Tipos de Cálculo Dental	46
16	Caries dental	46
17	Signos y síntomas de la caries	47
18	Gingivitis	48
19	Tratamiento de la Gingivitis	49
20	Tratamiento de la periodontitis	51
21	Mal oclusiones	51
22	Tipos de mal oclusiones	52
23	Macroglosia	53
24	Respiración bucal	54
25	Etiología de la respiración bucal	55
26	Patologías endodónticas	55

27	Diagnóstico de las lesiones endodonticas	56
28	Tratamiento de las lesiones endodonticas	57
	Historia Clínica Odontológica	64
29	Cariados	64
30	Placa bacteriana	66
31	Cálculo dental	67
32	Gingivitis	68
33	Periodontitis	69
34	Mal oclusiones	70
	Matriz de observación	71
35	Discapacidad intelectual	71
36	Discapacidad motriz	73
37	Macroglosia	74
38	Respiración bucal	75
	Encuestas	76
39	¿Conoce usted sobre el origen y manifestaciones congénitas del Síndrome de Down?	76
40	Su hijo o hija con Síndrome de Down cuál de las siguientes afectaciones posee:	78
41	Su hijo o hija con síndrome de Down ha recibido:	79
42	¿Con que frecuencia lleva a su hijo o hija a un control odontológico?	80
43	El cepillado dental su hijo o hija lo realiza:	81
44	Su hijo o hija ha presentado molestias dentales como:	82
45	Su hijo presenta dificultad para:	83
46	Su hijo a presentado:	84

RESUMEN

En la ciudad de Portoviejo, Provincia de Manabí-Ecuador, se realizó el presente trabajo de investigación, cuyo objetivo fundamental fue determinar las principales patologías bucales en niños y niñas con Síndrome de Down que asisten al Instituto María Buitrón de Zumárraga, mediante el diagnóstico clínico; para fomentar través de los padres y madres de familia una adecuada salud bucal en sus hijos.

Se realizó inicialmente un diagnóstico situacional participativo, mediante el cual se examinó la realidad que afecta la salud bucal de los niños y niñas con Síndrome de Down, determinándose que el problema central radica en el elevado índice de patologías bucales en estos niños y niñas.

Al hacer el análisis de la casualidad de la problemática señalada, se establecieron como factores determinantes: la discapacidad psíquica y congénita que a su vez producen afecciones sistémicas, motrices e intelectuales en los niños y niñas con Síndrome de Down, el escaso conocimiento de los padres y madres en prevención de salud bucal, la inexistencia de un programa de atención primaria odontológica dirigido a personas con Síndrome de Down.

Como respuesta a esta problemática se ejecutó un proyecto de acción, cuyo propósito fue dar a conocer las principales patologías bucales en niños y niñas con Síndrome de Down, y depositar conocimiento de prevención de salud bucal en los padres y madres de familia.

Los resultados estuvieron orientados al diseño y ejecución de un proyecto de vinculación con la comunidad, a través de una guía educativa denominada "Prevención bucal, sonrisas brillantes".

Como conclusión, se establece que la implementación de la guía educativa, ha contribuido a elevar los conocimientos sobre cultura preventiva en salud bucal y por ende a disminuir la incidencia de patologías bucales y mejorar la salud bucal de los niños y niñas con Síndrome de Down.

SUMARY

In the city of Portoviejo, Manabí Province, Ecuador, this research was conducted , whose main objective was to determine the main oral diseases in children with Down syndrome attending Mary Institute Buitrón Zumarraga by clinical diagnosis, to promote through parents and mothers good oral health in children.
A participatory situational analysis , whereby the reality that affects the oral health of children with Down syndrome were examined initially performed , concluding that the main problem lies in the high rate of oral pathology in these children.

When analyzing the randomness of the problem indicated , were established as determining factors : mental disability and congenital which in turn produce systemic, motor and intellectual disorders in children with Down syndrome , poor parental knowledge mothers and prevention of oral health, the lack of a primary care dental program aimed at people with Down syndrome.

In response to this problem, an action project, whose purpose was to present the main oral diseases in children with Down syndrome, and deposit prevention awareness of oral health in parents and mothers ran.

The results were oriented to the design and implementation of a project of community outreach through educational guide called "Oral Prevention, bright smiles."
In conclusion, it is stated that the implementation of the educational guide, has helped to raise the knowledge of oral health preventive culture and therefore to reduce the incidence of oral diseases and improve the oral health of children with Down syndrome.

ANTECEDENTES

Los niños y niñas con síndrome de Down tienen más riesgo de sufrir problemas de salud; requieren de ayuda extra y dependen de otros para lograr y mantener una buena salud.

La salud bucal no es la excepción. Una boca limpia es una de las necesidades de salud más importantes durante toda la vida y estará influenciada por su habilidad de darle al paciente la ayuda necesaria.

La atención buco-dental de los niños y niñas con síndrome de Down es una de las necesidades de salud. La preocupación por superar las desigualdades en las que se encontraba y se encuentra aún, la población de niños y niñas con síndrome Down ha ido adquiriendo un fuerte impulso en el mundo y actualmente ocupa un lugar preponderante en el diseño de políticas sanitarias y sociales.

Los problemas bucales más comunes, tales como la caries o enfermedades de las encías, pueden afectar a todas las personas. Pero las personas con discapacidades y otras necesidades especiales tienen más problemas de desarrollar patologías bucales que la población en general. Por ejemplo los niños y niñas con discapacidades pueden tener problemas de habilidades cognitivas, comportamiento, movilidad, neuromusculares (babeo, atragantamiento, problemas de tragar), movimientos corporales no controlados, reflujo gastroesofágico o convulsiones. Estas condiciones pueden presentar obstáculos para el cuidado adecuado de la boca y hacer que los niños y niñas con Síndrome de Down tengan mayor riesgo de desarrollar patologías bucales.

En sociedades como la de nuestro país, estructurada sobre la base familiar, los padres constituyen los mediadores naturales en el proceso de apropiación de contenidos culturales, inclusos los relativos a las acciones necesarias para promover la salud. La visión predominante curativa presente en las representaciones de salud de los padres

permite estimar, que de no medir intervención alguna, los niños y niñas reproducirán actitudes remediadoras a la problemática de salud sin poder construir conductas preventivas saludables.

La actividad preventiva es esencial para incrementar el número de personas saludables. Promover implica la creación y regulación de acciones y funciones sobre todo, la responsabilidad y participación de toda la población.

Es difícil avanzar en la cultura preventiva sin un clima de participación en toda la sociedad, no obstante, esta participación debe realizarse sobre una base científica y objetiva.

En Ecuador aun es un reto para el profesional de odontología aceptar la responsabilidad de brindar atención a niños y niñas con Síndrome de Down; a pesar de que la demanda de cuidados y uso de servicios de salud para niños y niñas con necesidades especiales en la actualidad es mayor, aún existen rechazos al solicitar tratamiento e insuficiente odontólogos con inclinación al tratamiento de personas con síndrome de Down.

En Portoviejo existe un instituto de educación especial, en el que se brinda atención odontológica a niños con síndrome de Down, que intenta mejorar la salud bucal, a pesar del poco interés que tiene los padres y madres de familia hacia sus hijos y el inadecuado e insuficiente equipamiento del departamento odontológico, sumado a esto el déficit de profesional especializado en atención de personas con discapacidades.

Además de brindar una consulta interna es la institución a los niños y niñas que padecen este síndrome, se intenta promover consulta externa que involucre a los padres y madres de familia, la misma que no ha tenido una respuesta favorable.

INTRODUCCIÓN

La educación en niños y niñas con Síndrome de Dow es un área donde se debe de priorizar las oportunidades de aprendizaje, por ello fomentar la higiene bucal desde los primeros años de vida es esencial, utilizando estrategias sencillas y creativas que ayuden es su desarrollo educativo, permitiéndole obtener habilidades y destrezas para provecho propio.

El cuidado dental en personas con Síndrome de Dow presenta grandes problemas debido a que la higiene bucal en ellos no siempre es la adecuada y está relacionada principalmente con la deficiencia intelectual y motriz que estos padecen, de allí que tanto el manejo odontológico y la ejecución de tratamiento en ellos es complejo; la gravedad de las enfermedades bucales en estos niños y niñas no parece estar relacionada sólo a factores locales, como la deficiente higiene bucal, sino también al desconocimientos por parte sus padres y madres de familia sobre las principales patologías bucales.

Con este estudio que tiene como tema "Síndrome de Down y Patologías bucales en niños y niñas que asisten al Instituto María Buitrón de Zumarraga. Cantón Portoviejo. Provincia de Manabí. Período 2013. Se pretende determinar la relación que tiene el Síndrome de Down con el desarrollo de patologías bucales.

El objetivo principal de esta investigación es determinar las patologías bucales más prevalentes en niños y niñas con Síndrome de Down, mediante historia clínica odontológica; para fomentar a través de los padres y madres de familia una adecuada salud bucal en sus hijos para disminuir el desarrollo de las patologías bucales.

Dentro del estudio se plantearon los objetivos específicos:

- Identificar los hábitos de higiene bucal que tienen los niños y niñas con Síndrome de Down, mediante encuestas dirigidas a los padres y madres de familia; para relacionarlas con los indicadores de salud bucal e índices epidemiológicos.

- Conocer las principales afecciones congénitas en niños y niñas con Síndrome de Down, mediante observación clínica y odontológica; para relacionarlas con el desarrollo de patologías bucales.
- Elaborar una guía educativa de solución al problema.

A través de historias clínicas, matriz de observación a los niños y niñas con Síndrome de Down, y encuentas dirigidas a los padres y madres de familia, se obtuvieron resultados que demostraron el elevado índice de patologías bucales.

Por ende a través del cumplimiento de los objetivos anteriormente citados se llegue a defender la idea de que el Síndrome de Down en conjunto con sus manifestaciones congénitas, características clínicas y hábitos de higiene bucal incide significativamente en el desarrollo de patologías bucales.

Siendo de relevancia el empleo de estrategias de enseñanzas de higiene bucal en la educación especial, la misma que se enmarca como atención individualizada debido a las características físicas, emocionales, intelectuales que impide a los niños y niñas con Síndrome de Dow progresar al ritmo de los demás; destacando que la integridad bucal es primordial para los procesos vitales del individuo tales como la masticación, salivación, comunicación; en el desarrollo del siguiente documento se presentan elementos importantes para la generación de conocimientos acerca de las salud bucal en niños y niñas con Síndrome de Down.

Para ello fue necesario conocer la prevalencia de las enfermedades bucales, siendo fundamental que los padres y madres de familia, el personal docente junto con el odontólogo estén capacitados para diagnosticarla y manejarla correctamente con la finalidad de evitar problemas mayores que afecten otras partes del organismo.

Con los resultados de esta investigación y por medio de la planificación y ejecución de una guía educativa se desea mejorar la salud bucal de los niños y niñas con Síndrome de Down, además de concientizar en los padres y madres de familia o representantes legales sobre la importancia de realizar en sus hijos controles

odontológico desde temprana edad y que el mismo sea a menudo; así mismo proponer con base a la información recopilada, programas de salud bucal, de prevención y tratamiento que se ajusten a la realidad de este grupo vulnerable objeto de estudio.

“Porque a veces, las personas que presentan alguna discapacidad, alguna anomalía, tienden a ser estudiadas como algo extraño, como algo raro, cuando en realidad deberían más bien darnos ocasión para estudiarnos a nosotros mismo”

Fernando Savater

Objetivo General

- Determinar las patologías bucales más prevalentes en niños y niñas con Síndrome de Down, mediante historia clínica odontológica; para fomentar a través de los padres y madres de familia una adecuada salud bucal en sus hijos para disminuir el desarrollo de las patologías.

Objetivos Específicos

- Identificar los hábitos de higiene bucal que tienen los niños y niñas con Síndrome de Down, mediante encuestas dirigidas a los padres y madres de familia; para relacionarlas con los indicadores de salud bucal e índices epidemiológicos.
- Conocer las principales afecciones congénitas en niños y niñas con Síndrome de Down, mediante observación clínica y odontológica; para relacionarlas con el desarrollo de patologías bucales.
- Elaborar una guía educativa de solución al problema

PROBLEMATIZACIÓN

ÁRBOL DE PROBLEMAS

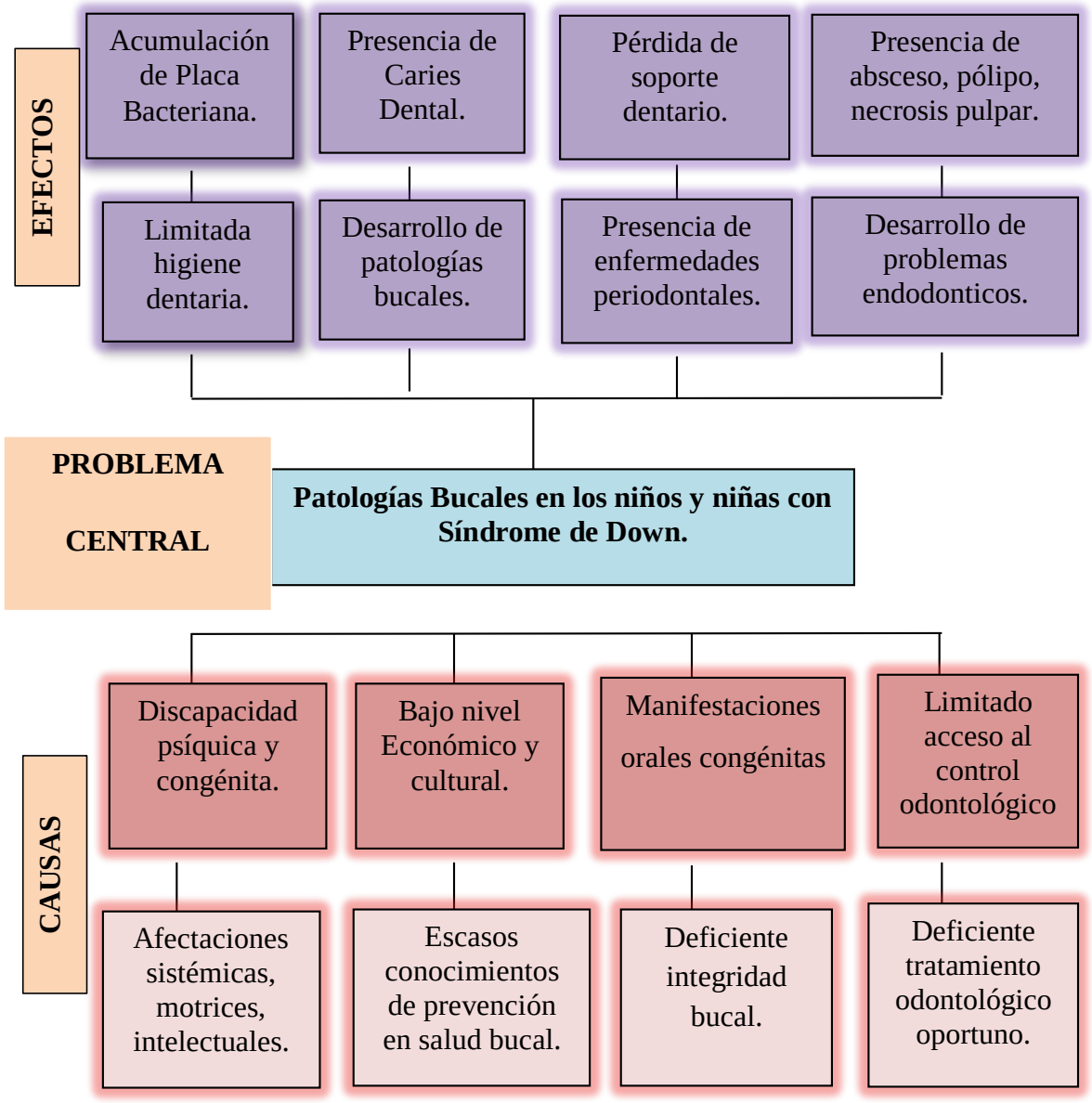


FIGURA N.° 1

ÁRBOL DE PROBLEMAS

DESCRIPCIÓN

Los niños y niñas con Síndrome de Down presentan discapacidad psíquica y congénita que a su vez induce al desarrollo de afectaciones sistémicas, motrices e intelectuales que ocasiona que ellos efectúen una limitada higiene bucal cuyo efecto a corto plazo es el acumulo de placa bacteria; la escasa cultura en salud bucal que presentan los padres y madres de familia debido en la mayoría de los casos a el bajo nivel económico y en conjunto con el limitado acceso a salud bucal de los niños y niñas Down produce un incremento en el desarrollo de patologías bucales, siendo de prevalencia la caries dental, patologías periodontales, problemas endodonticos, las mismas que en unión con las manifestaciones orales congénitas agravan el estado de salud bucal de estos niños y niñas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud en el 2008, estableció que las dos terceras partes de la población con Síndrome de Down, no reciben atención bucodental alguna y aunque los porcentajes estimados de población con discapacidad varían de una localidad a otra, los aspectos de salud integral para este grupo poblacional no incluyen su rehabilitación bucodental.

En este contexto se han efectuado investigaciones que han indagado las condiciones bucales de los pacientes con Síndrome de Down reportando incremento en la severidad de la inflamación gingival, aumento en la frecuencia de gingivitis, alta prevalencia de caries dental, alto índice de placa dental, retraso en la erupción dentaria, severidad de la enfermedad periodontal la misma que aumenta con la edad, alta tendencia a maloclusiones dentarias especialmente a clase III, entre otros.

A nivel de Latinoamérica, en países como Venezuela, las cifras de personas con discapacidad son diversas, estas personas representan el 4,4 % de la población venezolana; por su parte el Consejo Nacional de este país, para las personas con

discapacidad estima que estas representan el 6 % del total de la población. (Mogollon, Joalis;Navas, Rita; Rojas, Thais; Alvarez, Carmen, 2008)

En Brasil se han realizados investigación tomando como población en estudio a niños y niñas con Síndrome de Down, empleando un examen clínico odontológico para determinar las manifestaciones orales propias de estos niños que inducen al desarrollo patologías bucales como: placa bacteria, caries dental, problemas periodontales, problemas de la musculatura masticatoria. (Down , 2005)

En el ámbito de la salud bucal, persiste una alta prevalencia de problemas odontológicos, en personas con Síndrome de Down, en general, no son causa de muerte pero si afectan la calidad de vida de las personas, considerando como las patologías orales de mayor prevalencia ha: Caries Dental, Enfermedades Gingivales y Periodontales y Anomalías Dento – Maxilares. (Fernandez, 2005, pág. 7)

Existen pocas instituciones que presten atención odontológica a este grupo de niños y niñas; demandando la participación de los miembros de la familia, siendo el papel del padre y madre el más importante en el cuidado y control odontológico de sus hijos con Síndrome de Down. (Mogollon, Joalis; et al, 2008)

En Ecuador aun es un reto para el profesional aceptar la responsabilidad de brindar atención a niños y niñas con Síndrome de Down; a pesar de que la demanda de cuidados y uso de servicios de salud para niños y niñas con necesidades especiales en la actualidad es mayor, aún existen rechazos al solicitar tratamiento e insuficiente odontólogos con inclinación al tratamiento de personas con síndrome de Down.

Estudio investigativo realizado en Portoviejo determina que existe un instituto de educación especial, en el que se brinda atención a niños y niñas con síndrome de Down tanto en educación como otras áreas; que intenta mejorar la salud médica y bucal, a pesar del poco interés que tiene los padres y madres hacia el cuidado bucal de

sus hijos, el inadecuado equipamiento del departamento odontológico, falta de insumos y la poca colaboración por parte del odontólogo de la institución. Además de brindar una consulta interna a los niños y niñas que padecen Síndrome de Down, se intenta promover consulta externa que involucre a los padres y madres, la misma que no ha tenido una respuesta favorable. (Rodríguez, Fabiola; Macías, Washington, 2011, págs. 1,2)

FORMULACIÓN

¿Cómo afectan las patologías bucales a los niños y niñas con Síndrome de Down?

SUBPROBLEMAS

- Deficiente control odontológico
- Deficiente higiene bucal
- Bajo nivel Económico y cultural
- Presencia Enfermedades bucales
- Acumulación de placa bacteriana
- Poco interés de los padres y madres de familia por conocer las causas de los problemas de salud oral

PRONOGNIS

¿Cómo sería la salud bucal de los niños y niñas con síndrome de Down que asisten al Instituto María Buitrón de Zumárraga, si el control odontológico no es el adecuado?

TEMA

“SÍNDROME DE DOWN Y PATOLOGÍA BUCALES EN NIÑOS Y NIÑAS QUE ASISTEN AL INSTITUTO MARÍA BUITRÓN DE ZUMÁRRAGA, CANTÓN PORTOVIEJO, PROVINCIA DE MANABÍ, PERIODO 2013.”

CAPÍTULO

I

1. MARCO TEÓTICO

1.1 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

El Síndrome de Down es una alteración que se da por un trastorno cromosomatico, presentándose en las personas que lo padecen características tanto clínicas y físicas, repercutiendo en su desarrollo y ocasionando afecciones desde el nacimiento y que al no recibir un control adecuado evolucionaran. (Rivas, 2009, pág. 65)

El diagnóstico del Síndrome de Down por lo general se lo efectúa al momento del nacimiento, por ello es fundamental que desde que se sepa de la presencia los familiares reciban apoyo y ayuda que los encaminen a efectuar una adecuada terapia en su hijos y posteriormente esta le ayude en su desarrollo y en llevar el estilo de vida más oportuno y adecuado.

Los niños y niñas con Síndrome de Down presentan manifestaciones orales, dentales y oclusales que se relaciona con el desarrollo de patologías bucodentales, sin dejar de considerar que el estilo de vida y la deficiente higiene bucal también incide en el desarrollo de dichas patologías. (Culebras A. , 2012, pág. 434)

Se debe tener en consideración que el Síndrome de Down es una patología que llega en conjunto con manifestaciones que a su vez repercutirán en el desarrollo de patologías bucal y a nivel general; haciendo notoria la importancia de actuar en los estilos de vida de la persona con discapacidad.

1.2 FUNDAMENTACIÓN AXIOLÓGICA

Las personas con algún tipo de discapacidad en el mundo han sido marginadas en la protección a sus derechos debido a la falta de políticas públicas que promuevan la satisfacción de sus necesidades especiales y que garanticen su integración a la

sociedad. Las personas con Síndrome de Down han sido víctimas de constantes vulneraciones y discriminaciones a sus derechos, por falta de información sobre el derecho que tienen y su justiciabilidad.

Las personas con discapacidad tienen derecho a la igualdad y no discriminación, más que un derecho es un valor social; la mayoría de los países tienen en su constitución políticas a favor de las personas con discapacidades, a pesar de la concepción retrograda de muchas en generar discriminación.

La evolución legislativa hace incansables esfuerzos para lograr la inclusión social dejando de lado aquella exclusión que le impide a la persona con discapacidad hacer uso de sus derechos tanto sociales, políticos, económicos, de salud y educación; por ello es necesario un proceso de transformación que le permita a las personas con Síndrome de Down o cualquier otro tipo de discapacidad hacer uso de los servicios de salud y que estos sean de calidad, cobertura y de forma continua. (Monsalve, 2011, págs. 91,92,107)

Cabe señalar que las personas con discapacidad cual fue esta, tiene al igual que las personas normales derechos en el campo de la salud, social, económicos y demás; son personas que merecen y deben ser tratadas con inclusión; dejando de lado aquellos paradigmas de que no deben de considerárselos como ciudadanos que aporten de forma útil a las comunidades.

El ser discapacitados no les impide llevar estilos de vida acordes con las demás personas, esto no es ningún impedimento, más bien ellos son quien en muchas ocasiones le dan el empuje a las familias que pertenecen en salir adelante. Muchos de ellos desarrollan habilidades y destrezas cruciales que dejan en asombro a muchos que los rodean.

1.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

1.3.1 Constitución Política del Ecuador:

1.3.1.1 Título II Derechos; Capítulo segundo; Derechos del buen vivir; Sección séptima Salud determina:

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva.

La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

1.3.1.2 Capítulo tercero; Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria; Sección sexta; Personas con discapacidad.

Art. 47.- El Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social.

Art. 48.- El Estado adoptará a favor de las personas con discapacidad medidas que aseguren:

5. El establecimiento de programas especializados para la atención integral de las personas con discapacidad severa y profunda, con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad, el fomento de su autonomía y la disminución de la dependencia.

7. La garantía del pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. La ley sancionará el abandono de estas personas, y los actos que incurran en cualquier forma de abuso, trato inhumano o degradante y discriminación por razón de la discapacidad.

1.3.1.3 Título VII; Régimen del buen vivir; Capítulo primero; Inclusión y equidad; Sección segunda, Salud

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

1.3.2 Ley Orgánica De Educación Superior

1.3.2.1 CAPÍTULO 2; FINES DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Art. 8.- Serán Fines de la Educación Superior.- La educación superior tendrá los siguientes fines:

- Contribuir en el desarrollo local y nacional de manera permanente, a través del trabajo comunitario o extensión universitaria.

1.3.2.2 CAPÍTULO 3; PRINCIPIOS DEL SISTEMA DE EDUCACIÓN SUPERIOR

Art. 13.- Funciones del Sistema de Educación Superior.-

Son funciones del sistema nacional de educación superior:

a) Garantizar el derecho a la educación superior mediante la docencia, la investigación y su vinculación con la sociedad, y asegurar crecientes niveles de calidad, excelencia académica y pertinencia.

1.4 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.4.1 Referencial

1.4.1.1 Historia

El Instituto Fiscal de Educación Especial "María Buitrón de Zumárraga", se creó con el objetivo de brindar una educación acorde a las necesidades de un centro especializado para niñas, niños y adolescentes con discapacidades : Intelectual, Auditiva, Visual, y Reto Múltiple.

Se fundó el 2 de mayo de 1975, fecha en la que fueron entregadas las credenciales a los primeros maestros y maestras.

Dicho Instituto laboró en diferentes locales que gentilmente prestaron las Instituciones de la localidad, Escuela 18 de Octubre, Jardín de Infantes Corina Parral de Velasco Ibarra, Jardín El Rosario, Escuela México.

Mediante acuerdo Ministerial 2375 autorizado por el Ministro de Educación y Cultura el 15 de Septiembre de 1.975, fecha de funcionamiento legal.

El Instituto logro tener infraestructura propia gracias a las gestiones de Doña María Buitrón de Zumárraga mediante el Banco de la Vivienda y se inauguró en 1.979. El 19 de Diciembre de 1988 se creó como Instituto mediante el acuerdo 2323 del artículo único por el Ministerio de Educación y Cultura.

El Instituto Fiscal de Educación Especial "María Buitrón de Zumárraga" se encuentra ubicado en la Provincia de Manabí, Cantón Portoviejo, Parroquia 12 de Marzo, Dirección: Av. Manabí y Av. Periodista.

VER ANEXO N.° 1

1.4.1.2 MISIÓN

Brindar una educación y servicios fundados en valores, acordes a un centro especializado para niños, niñas y jóvenes con necesidades educativas especiales con perspectivas de inclusión, produciendo cambios sustanciales en las áreas académica, laboral y social, mediante un currículo funcional para cumplir los objetivos que impulsen desarrollo integral de los Educandos.

1.4.1.3 VISIÓN

El Instituto Fiscal de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga de la ciudad de Portoviejo se propone alcanzar el cumplimiento, ejecución y actualización permanente de sus planes pedagógicos - terapéuticos, y de sus proyectos. Preparando a niñas, niños y jóvenes con necesidades educativas especiales, facilitando su inclusión educativa laboral y social con igualdad de oportunidades.

1.4.2 Científica

1.4.2.1 SÍNDROME DE DOWN

1.4.2.1.1 Definición

El Síndrome de Down es un trastorno cromosómico que incluye una combinación de defectos congénitos, entre ellos, cierto grado de discapacidad intelectual, facciones características. La gravedad de estos problemas varía enormemente entre las distintas



Figura N.° 2

Fuentes: http://www.lookfordiagnosis.com

1.4.2.1.2 Etiología

El síndrome de Down se puede ser de tres orígenes:

- Uno cuando es por la presencia de un cromosoma 21 de más.
- Otra cuando esta alteración cromosómica no es en toda la cedula sino que solo se afecta una parte de ella.
- Y cuando no es por un cromosoma extra de los progenitores sino que se da en el embrión.

1.4.2.1.3 Diagnóstico del SD

Diagnóstico

- El diagnóstico prenatal citogénico se puede hacer en biopsia de vellosidad coriales entre la semana 9 y 12 o por amniocentesis entre la semana 14 y 20. Desde el punto de vista ecográfico, donde los signos sugerentes incluyen: cardiopatía congénita, braquicefalia, acortamiento del humer-femur. (Hubner, María Eugenia; Ramírez, Rodrigo; Nazer, Julio, 2004, pág. 33)

- El diagnóstico clínico se basa en considerar la presencia de las caracteristicas relevante y notorias que presena el niño o niña que padece el síndrome de Down, teniendo en cuenta que a su vez no son identicas entre uno y otro.

Figura N.° 3

Elaborado por: Fabiola Rodríguez M.

1.4.2.1.4 Características y aspecto de personas con SD

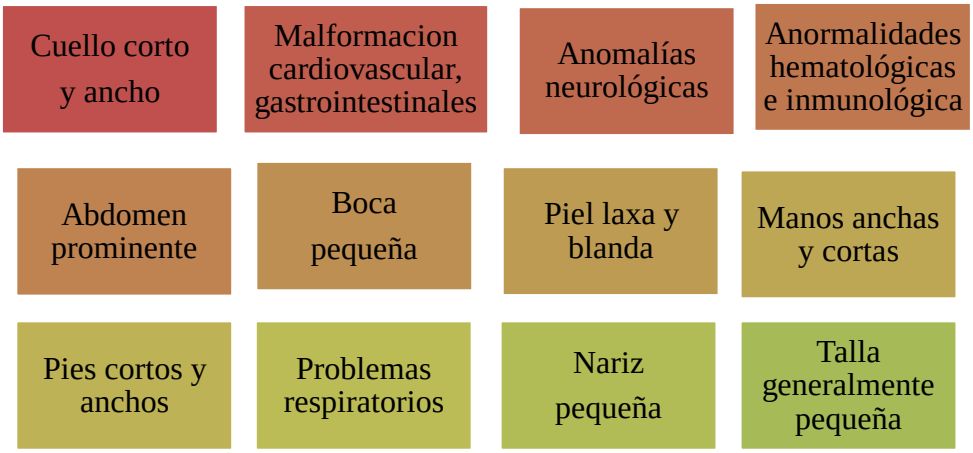


Figura N.° 4

Elaborado por: Fabiola Rodríguez. M.

1.4.2.1.5 Afecciones del Síndrome de Down

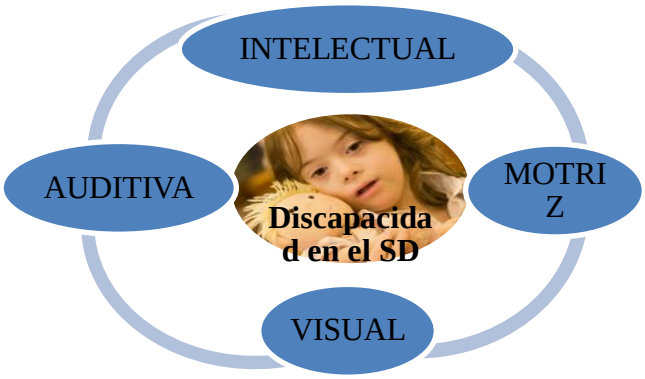


Figura N.° 5

Elaborado por: Fabiola Rodríguez M.

1.4.2.1.5.1 Discapacidad intelectual

Se concibe el retraso mental como un nivel intelectual inferior y tener limitaciones sustanciales en dos o más áreas de la habilidad adaptativa. Los niños Down presentan dificultades para mantener la atención durante mucho tiempo, capacidad baja para interpretar la información; considerando que todo esto dependerá de las características individuales y del entorno que los rodea. (Antoranz, Elena; Villalba, José, 2010, pág. 187)

El ritmo y calidad de desarrollo de un niño deficiente no es el mismo que un niño normal. Las exigencias y características del medio son, en la mayoría de los casos, fuentes de frustración, pues estos niños no responden adecuadamente con la eficacia requerida.

> Es por esto que el profesional que trabaja con niños con algún grado de deficiencia debe poseer gran dosis de tolerancia y disciplina. Necesita mucha claridad respecto a los objetivos que desea lograr y especificarlos en forma más precisa. (Abarca, 2007, pág. 104)

1.4.2.1.5.2 Discapacidad Motriz

"Los problemas motores significativos pueden afectar al niño en la expresión de sus propias capacidades, por lo que, en ocasiones, minusvalora su desarrollo intelectual y social. Facilitándosele en contacto con los objetos, la comunicación y la expresión se reducen la discapacidad a lo estrictamente motor". (Requena, 2009, pág. 183)

"Los programas de educación psicomotriz son una gran posibilidad para los niños, el aprender a controlar su cuerpo y tener flexibilidad los ayuda a vivir más plenamente y a tener mejores relaciones interpersonales" (Abarca, 2007, pág. 104)

1.4.2.1.5.3 Discapacidades sensoriales

Requeda, María describe en su libro Didáctica de educación infantil (2009) que en personas con Síndrome de Down las discapacidades sensoriales "Más habituales son la auditiva y la visual. La primera puede alterar el desarrollo del lenguaje y es necesario una detección temprana y una atención especializada. La educación infantil, al reforzar los sistemas de comunicación, oral y visual, favorece los intercambios entre los niños y trabajara en conexión con la familia y los especialistas en audición y lenguaje".

Las dificultades visuales graves hacen organizar los espacios de forma estable, se debe ayudar al niño en sus desplazamientos, reforzar con el lenguaje la descripción de las situaciones y espacios, buscar estrategias, ayudados por los especialistas para mejorar la visión en situaciones como observar imágenes, hacer manualidades. (págs. 183,184)



Figura N.° 6

Elaborado por: Fabiola Rodríguez M.

1.4.2.1.6 Alteraciones funcionales

1.4.2.1.6.1 Respiración

La falta de desarrollo del tercio medio facial trae como consecuencia la reducción en el pasaje de aire vía nasal y la presencia de amígdalas de gran tamaño contribuye a desarrollar un patrón de respiración bucal con boca abierta y lengua apoyada sobre la arcada inferior como hábito postural. Para que el desarrollo de las demás funciones orales se cumpla la respiración debe ser nasal, de lo contrario no podrán establecerse los patrones normales de succión, deglución, alimentación y fonación.

1.4.2.1.6.2 Alimentación

El desarrollo de patrones de alimentación cumple su evolución desde la succión hasta que se alcanza plena habilidad masticatoria. Este proceso es una secuencia en la cual cada momento tiene fundamental influencia sobre el siguiente. Los patrones de deglución están fuertemente influenciados por los movimientos linguales. La producción de una presión intraoral en el Síndrome de Dow resulta insuficiente por falta de un correcto sellado anterior y la acción de una lengua en posición baja e hipotónica. El bolo alimenticio se desplaza hacia atrás con movimientos verticales que incrementan la protrusión lingual e imitan los reflejos primarios de deglución. Estas dificultades parecieran reinstalarse en la adultez, comprometiendo no sólo la

situación estomatológica sino la salud en general. El babeo es una consecuencia de las dificultades para la deglución y la aspiración puede estar relacionada a infecciones respiratorias frecuentes.

1.4.2.1.6.3 Fonación

El desarrollo anormal de esta función está íntimamente vinculado a las características estructurales de esta alteración cromosómica. La patología de base descrita en lengua, paladar y velo palatino, musculatura facial, relación intermaxilar y anomalías dentarias de forma, número y tamaño comprometen la articulación normal y la fonación. Los niños con SD presentan un modo particular de construir frases o hablar que sugiere alteraciones neurológicas específicas en aquellas áreas centrales donde se producen los movimientos complejos del lenguaje expresivo. (Rodríguez, Fabiola; Macías, Washington, 2011, págs. 8,9)

1.4.2.1.7 Consideraciones bucales en los niños con SD

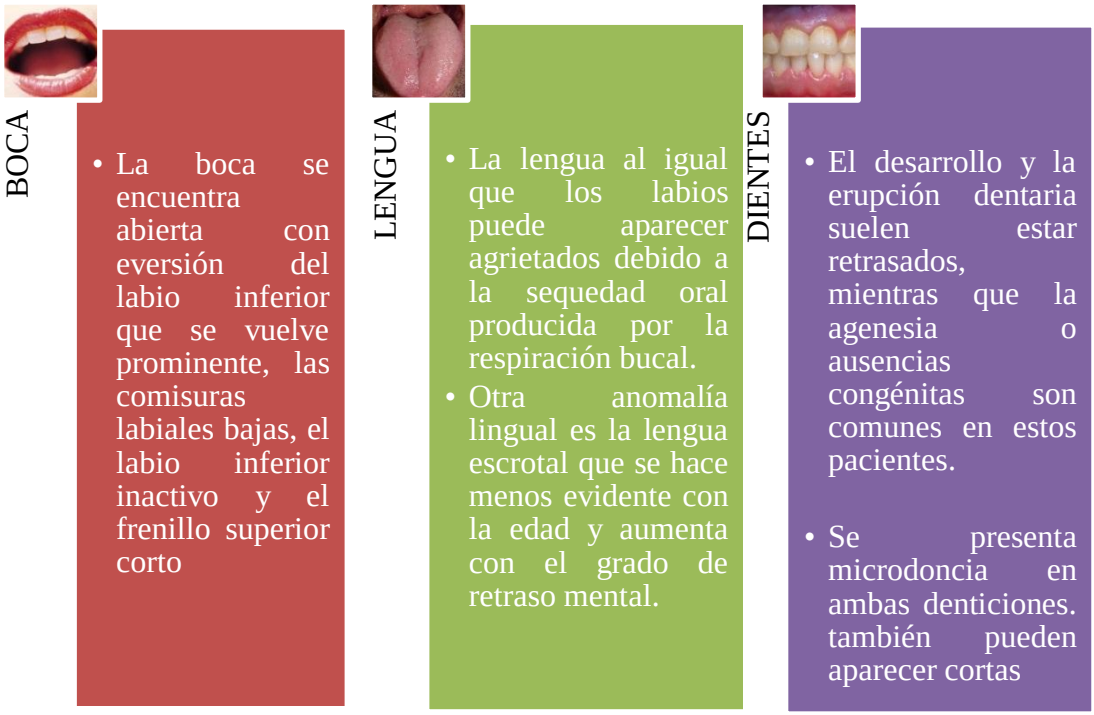


Figura N.° 7

Elaborado por: Fabiola Rodríguez M.

1.4.2.1.8 Tratamiento odontológico a pacientes con SD

En el caso de pacientes con Síndrome de Down se siguen las mismas pautas que en otros pacientes disminuidos psíquicos, por lo que el conocimiento del grado de desarrollo psíquico del paciente, y su de su cociente intelectual es muy importante, porque condicionará hasta dónde llega un tratamiento convencional.

Es necesaria la colaboración de un tutor o persona responsable del paciente para concretar los términos del mismo y firmar el consentimiento informado. En los pacientes con cociente intelectual más elevado se debe ser especialmente meticuloso en el trato, para no ofenderlos con la forma de hablar o de actuar, como si de un paciente con menor capacidad intelectual se tratara.

El primer objetivo en atención odontológica en niños y niñas con Síndrome de Down es:

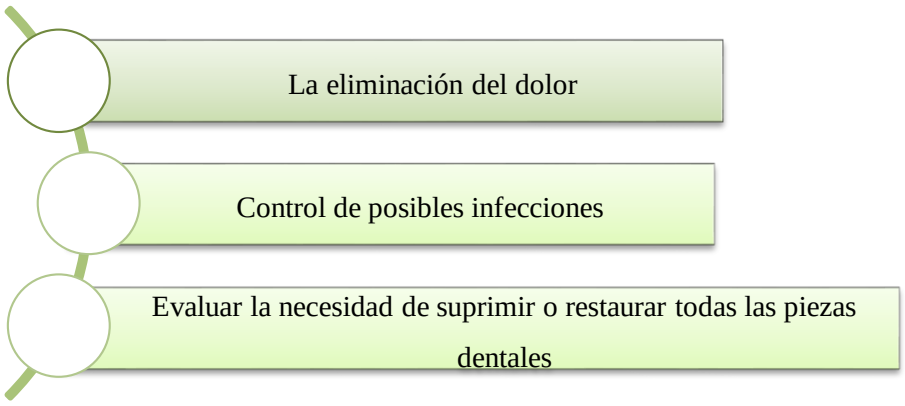


Figura N.° 8

Elaborado por: Fabiola Rodríguez

1.4.2.1.9 Manejo odontológico del paciente con SD

Los niños discapacitados plantean desafíos que requieren una preparación especial antes de que el odontólogo y el personal ayudante puedan llevar a cabo una asistencia adecuada. Si el dentista es capaz de familiarizarse con las necesidades especiales que

plantean los niños discapacitados y con las preocupaciones de sus padres, el tratamiento dental puede llegar a ser muy gratificante.

Para poder hacer una correcta planificación del tratamiento se debe conocer el estado real de la enfermedad del paciente. Para ello, se solicita al médico de cabecera o del especialista un informe lo más amplio y detallado posible, en el que se especifique si los tratamientos dentales, los medios que se utilizan y la terapia farmacológica pueden influir o interferir en la enfermedad que padece el paciente y en el tratamiento específico farmacológico que esté realizando.

El tratamiento odontológico para las personas con retraso mental requiere ajustarse a la inmadurez social, intelectual y emocional. Los pacientes retrasados mentales se caracterizan por su reducido tiempo de atención, inquietud, hiperactividad y conducta emocional errática. Es necesario que el odontólogo sea cuidadoso y amigable, evitar todo aquello que aumenta la aprensión y miedo.

Los siguientes procedimientos han demostrado su eficacia para establecer relaciones paciente-odontólogo armónica y reduce la ansiedad del paciente acerca de la atención odontológica:



Figura N.° 9

Elaborado por: Fabiola Rodríguez M.

Hay dos formas principales en el manejo odontológico de pacientes con Síndrome de Down:

- La primera son técnicas de modificación de la conducta, en las que se pretende la desensibilización y la modulación de la conducta, es decir la enseñanza de una conducta apropiada. Normalmente las pacientes con Down responden muy bien a este tipo de técnicas, solo requiere un poco de paciencia, entrenamiento y refuerzo positivo.
- En el segundo grupo son técnicas restrictivas o de inmovilización, destinadas a la inmovilización y sujeción del paciente, son muy útiles en pacientes con un retardo intelectual profundo. (Imagen Hostep by Tripod. Manifestaciones Orales en pacientes con Síndrome de Down)

1.4.2.2 PATOLOGÍAS BUCALES

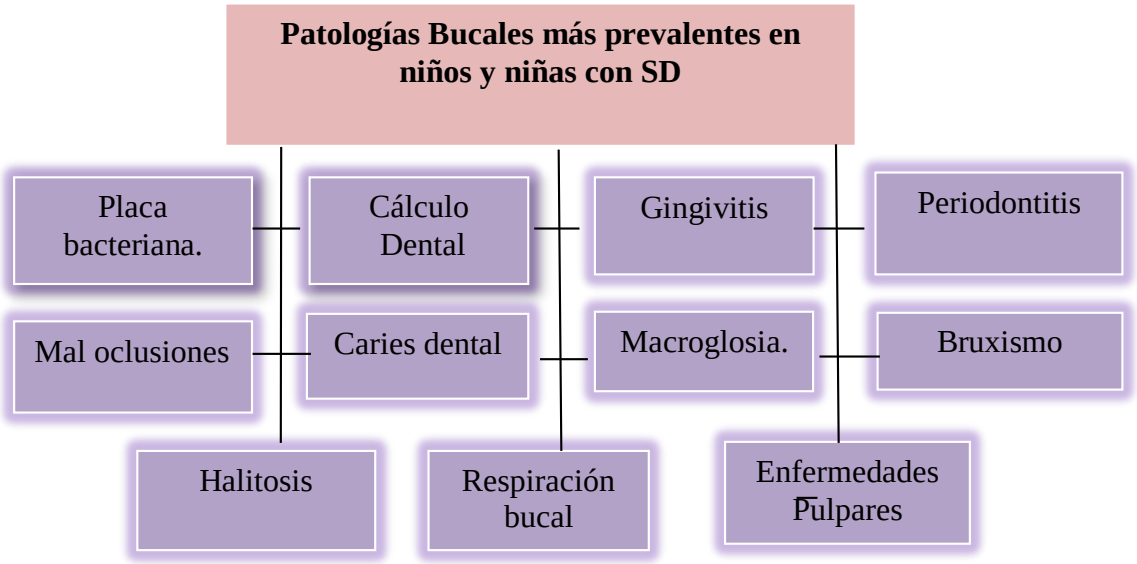


Figura N.° 10

Elaborado por: Fabiola Rodríguez M.

1.4.2.2.1 Placa bacteriana

1.4.2.2.1.1 Definición



Figura N.° 11

Fuente:http://odontored.wordpress.com/2011/08/11/%C2%BF-que-sabes-sobre-la-placa-dental/ La red de la odontología. Salud bucal está en tus manos

La placa dental es una biopelicula que se adquiere a la superficie del diente.

Siendo es sus primeras etapas de formación invisible al diagnóstico clínico y posteriormente esta es notoria pues al no ser removida su evolución va progresando ocasionando complicaciones odontológicas.

1.4.2.2.1.2 Índices de la placa bacteriana

Barrancos, Julio en su libro de Operatoria dental (2006), en el Capítulo de Cariologia determina qué: Para calcular el índice de placa bacteriana se emplea los Índices de Loe-Silnes que analiza cada una de las cuatro áreas gingivales del diente y se le asigna un puntaje de 0 a 3.

Para realizar el empleo de este índice se requiere:

- Iluminación adecuada
- Sonda periodontal
- Espejo bucal
- Secado con aire de la pieza antes de la exploración

Grados o categorías ene l índice de placa bacteriana:

- **0:** Área gingival de la superficie del diente libre de placa al momento de deslizar la sonda sobre la superficie del diente.

- **1:** Ausencia de la placa observable a simple vista, pero placa visible en la punta de la sonda luego de haberla deslizado sobre la superficie dentaria a la entrada del surco gingival.
- **2:** Área gingival cubierta de una línea de placa delgada o de moderado grosor, los depósitos son visibles a la vista.
- **3:** Gruesos depósitos visibles a simple vista que se extienden hacia el borde incisal. El área interproximal está ocupada de depósitos de placa bacteriana.

1.4.2.2.1.3 Factores que condicionan la retención de la placa bacteriana

Los factores mecánicos que pueden favorecer la retención y el desarrollo de la placa dental pueden ser de tres tipos: (págs. 344, 348)

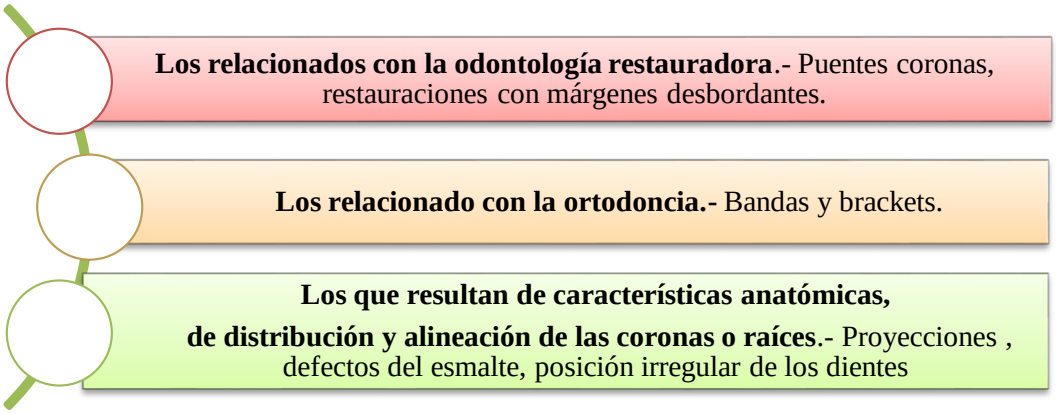


Figura N.° 12

Elaborado por: Fabiola Rodríguez M.

1.4.2.2.1.4 Prevencion

El control de la placa bacteriana se debe realizar periódicamente y en cada uno de esos momentos se debe calcular el índice de placa.

Dentro del objetivo del control sobre la placa bacteriana encontramos:

- "Instaurar hábitos de higiene bucal
- Visualizar las zonas donde se acumula la placa bacteriana, para removerla
- Mejorar la técnica de cepillado". (Silva, 2006, pág. 326)

1.4.2.2.1. 5 Tratamiento

Control Mecánico	• **Cepillado dental**. • **Hilo dental.** • **Medidas combinadas**
Control Químico	• **Agentes quimioterápeuticos preventivos**

Figura N.° 13

Elaborado por: Fabiola Rodríguez M.

1.4.2.2.2 Cálculo dental

1.4.2.2.2.1 Definición

Es esencialmente biopelicula mineralizada, que se presenta como evolución de una placa bacteriana no eliminada, la cual se calcifica y da como consecuencia a lo que se denomina Cálculo dental o Sarro.

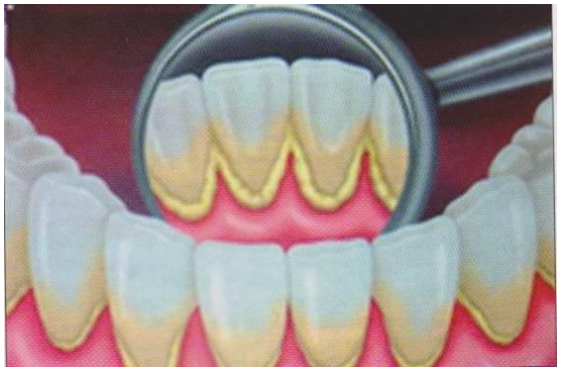


Figura N.° 14

Fuente: Vasallo Torres, Francisco Javier; 1er global. Cálculo dental. https://www.saluspot.com/temas/5886-calculo-dental

1.4.2.2.2.2 Tipos de cálculo dental

Cálculo Supragingival.

- Es de frecuente su localizacion sobre las superficie lingual de los dientes anterioinferiores y sobre las superficies vestibulares de los molres superiores.
- Son de color amarillentos y pueden ser coloreados por sustancias como el tabaco, cafe, te.

Cálculo Subgingival

- Se forman por debajo del margen gingival.
- Son duros, de color oscuro, negro, verdoso.
- Se forman por mineralizacion de la placa subgingival.

Figura N.° 15

Elaborado por: Fabiola Rodríguez M.

1.4.2.2.2.3 Tratamiento

La remoción del cálculo se la efectúa por medio de un tratamiento odontológico, denominado tarteotomia.

1.4.2.2.3 Caries dental

1.4.2.2.3.1 Definición

La caries dental es una enfermedad infecciosa, de naturaleza multifactorial. Es la patología bucal de mayor predominio a nivel odontológico, y la causa frecuente de otras complicaciones que al no ser tratadas ocasionan la pérdida de la pieza dental.



Figura N.° 16

Fuente: Palomino, Michael. Caries dental (2009)http://www.geschichteinchronologie.ch/med/merk/merkblatt-zahnkaries-ESP.html

1.4.2.2.3.2 Etiología

> La etiopatogenia de la caries obedece a la interacción simultánea de tres factores principales: Un factor **microorganismo** que en presencia de un factor **sustrato** logra afectar a un factor **diente**. (Negroni, 2009, pág. 247)

En pacientes con Síndrome de Down existe un nivel de caries dental igual, al que se observa en la población general. Las lesiones suelen aparecer en las caras oclusales de molares y premolares, siendo los primeros molares los más susceptibles. También se observa en interproximal de incisivos superiores, caras anteriores o posteriores.

1.4.2.2.3.3 Signos y síntomas

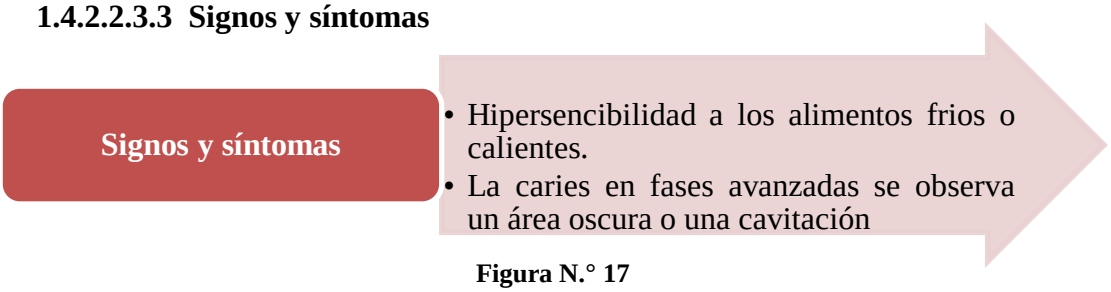


Figura N.° 17

Elaborado por: Fabiola Rodríguez M.

1.4.2.2.3.4 Diagnóstico

El diagnóstico de la caries se lo efectúa mediante el examen clínico odontológico, considerando previamente la sintomatología descrita por el paciente o familiar que lo acompañe a la consulta, se lo realizar con el empleo del instrumentar básico que consta de un espejo y explorador odontológico, existen exámenes complementarios que ayuda a determinar su presencia y localización como lo son las radiografías.

1.4.2.2.3.5 Tratamiento

Rodríguez, Luis es su libro Auxiliar Geriátrico. Atención en la Hospitalización (2006) señala que: La técnica utilizada dependerá tanto del tamaño de la caries dental, como del número de piezas ausentes en la cavidad bucal: entre estas están obturación, puente, prótesis parcial, prótesis completa. (págs. 84,85)

Cuando se efectúa el diagnóstico temprano de la caries, su tratamiento inicial consiste en la operatoria dental, y si la caries va evolucionando su tratamiento abarcara el empleo de mayores técnicas y procesos odontológico; lo que tiene por finalidad es conversar la pieza dental en boca y que esta siga cumpliendo sus funciones.

1.4.2.2.4 Gingivitis

1.4.2.2.4.1 Definición

La gingivitis es la respuesta inflamatoria de la encía a los irritantes locales. La causa principal de la gingivitis va a ser la placa bacteriana, el cálculo no tratado que avanza hasta desarrollar la gingivitis en conjunto con factores desencadenantes.



Figura N.° 18

Fuente: http://www.propdental.es/periodontitis/gingivitis-ulceronecrotizante-aguda/

1.4.2.2.4.2 Tipos de Gingivitis

- La inflamación aguda aparece súbitamente, es dolorosa y de corta duración. Suele estar causada por una lesión o infección especifica.
- La crónica aparece lentamente y casi nunca es dolorosa y es de larga duración. En un fase sucesiva de la enfermedad periodontal inflamatoria crónica. (Barry, Eley; M, Sorry; J, Manson, 2011, pág. 34)

1.4.2.2.4.3 Etiología

La gingivitis se desarrolla cuando la placa se acumula en las superficies dentales, y desaparece cuando se remueve la placa. Clínicamente el contorno regular y firme de la encía cambia y aparece más redondeado con un grado variable de edema, la profundidad del surco aumenta. La hemorragia al sondaje es el primer signo de inflamación, la intensidad es variable. (Fernández, 2009, pág. 10)

1.4.2.2.4.4 Tratamiento



Figura N.° 19

Elaborado por: Fabiola Rodríguez M.

1.4.2.2.5 Periodontitis

1.4.2.2.5.1 Definición

Las infecciones periodontales están causas por bacterias adheridas al diente y a los tejidos blando a través de la placa bacteriana.

1.4.2.2.5.2 Etiología

La periodontitis supone la evolución de algunos casos de gingivitis hacia la destrucción del soporte periodontal. Las razones por las cuales la gingivitis progresa a periodontitis podrían responder a:

- Cambios en la composición de la flora bacteriana
- Cambios en la respuesta del hospedador

1.4.2.2.5.3 Diagnostico

Se basa casi exclusivamente en los hallazgos clínicos que siguen a una detallada anamnesis y exploración radiográfica.

1.4.2.2.5.4 Signos

- Sangrado de las encías
- Movilidad dentaria
- Retracción gingival
- Diastemas y migración dentaria
- Abscesos periodontales

1.4.2.2.5.5 Tratamiento

El tratamiento de periodontitis incluye las siguientes fases: (Echeverría, José Javier; Carríon, Blanco; Herrero, Manuel, 2005, págs. 44,47,48)

Sistémicas.- Considerar las circunstancias médicas del paciente.

Higienica.- Enseñanza de higiene oral

Correctora.- Quirúrgica y rehabilitadora

Mantenimiento

Figura N.° 20

Elaborado por: Fabiola Rodríguez M.

1.4.2.2.6 Mal oclusión

1.4.2.2.6.1 Definición

La maloclusión es una alteración de la oclusión, es decir una deficiente unión entre los dientes superiores e inferiores. Esta afecta el aspecto de la boca, dificulta los movimientos al hablar, tragar, masticar, puede producir caries y enfermedad periodontal.



Figura N.° 21

Fuente: Quirós, Oscar (2003) La orientación psicológica en el manejo de ciertos hábitos en odontología. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría

- **1.4.2.2.6.2 TIPOS DE OCLUSIÓN**

TIPOS DE OCLUSIÓN		
TIPO I NORMOOCLUSIÓN Relación normal de los maxilares	**TIPO II RETROGNATISMO** Adelantamiento del maxilar superior con o sin posición retrasada de la mandíbula	**TIPO III PRONAGTISMO** Predominio mandibular en situación de un maxilar atrasado o no

Figura N.° 22

Elaborado por: Fabiola Rodríguez M.

1.4.2.2.6.3 Etiología

La etiología de las maloclusiones es multifactorial. Los factores ambientales y la herencia son algunos de estos factores y su interacción puede incrementar, disminuir, disimular, e incluso hacer desaparecer una maloclusión. Entre los factores generales que pueden producir una maloclusión tenemos: esqueléticas, musculares, dentales.

- Factores locales como: anomalías en número, tamaño, forma de las piezas dentales; perdida prematura dental, caries, traumatismos.
- Entre los hábitos disfuncionales que pueden producir maloclusión son: deglución atípica, respiración bucal, succión digital, labial.

1.4.2.2.6.4 Tratamiento

Existen dos tipos de tratamiento de las maloclusiones:

- **Terapia miofuncional.-** Cuando se evidencia interferencia miofuncional que puede dificultar la corrección o alineación de los dientes.

- **Aparatología ortodoncica fija o removible.** (Borrás, Salvador; Rosell, Clari; Talens, Toni; Moleón, Cristina, 2011, págs. 23,24,25,26,27)

1.4.2.2.7 Macroglosia

1.4.2.2.7.1 Definición

Es el aumento en el tamaño de la lengua. Esta es común en niños y niñas con Síndrome de Down.



Figura N.° 23

Fuente: revista de la sociedad bolivariana de pediatría v.45 n.2 La Paz abr. 2006

1.4.2.2.7.2 Etiología

Es un trastorno que puede ser congénito o secundario.

- Una macroglosia de origen congénito es en el caso del Síndrome de Down.
- Macroglosia secundaria.- Puede ser consecuencia de la afección difusa de la lengua por tumor, hemangioma, o de la infiltración difusa de la lengua. (Sapp, Philip; Eversole, Levis; Whysocki, George, 2005, pág. 29)

Los niños con Síndrome de Down tienen una macroglosia moderada, debido a la cavidad oral pequeña que caracteriza a este síndrome.

1.4.2.2.7.3 Signos

La principal manifestación clínica de la macroglosia en el recién nacido es la dificultad respiratoria por obstrucción de la hipofaringe.

Otros problema asociado a la macroglosia además de los estéticos, son la dificultad para comer y el babeo continuo.

Algunos recién nacidos con macroglosia requieren traqueotomía temporal para poder respirar.

1.4.2.2.7.4 Tratamiento

La justificación de la cirugía es mejorar la apariencia, la alimentación, el habla.

Es posible una reducción local muy aceptable, pero en algunos casos como los hemangiomas, es aconsejable esperar dada la posibilidad de regresión espontanea. (Uribe, Francisco; Aranco, María; , 2006, pág. 241)

1.4.2.2.8 Respiración Bucal

1.4.2.2.8.1 Definición

Es la que se efectúa a través de la boca, en lugar de hacerlo por la nariz.

Cuando existe algún tipo de obstrucción en las fosas nasales o pasaje aéreo, el individuo se ve obligado a respirar con la boca abierta. Si no existe ningún obstáculo, se refiere a un hábito que debe subsanarse.



Figura N.° 24

Fuente: García, Gloriana (2011) Etiología y diagnóstico de pacientes respiradores bucales desde edades tempranas, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría

1.4.2.2.8.2 Etiología

Las causas que originan la respiración oral puede ser: orgánica o funcionales.



Figura N.° 25

Elaborado por: Fabiola Rodríguez M.

Es necesario el diagnóstico diferencial entre los pacientes respiradores bucales con causas determinadas, y los respiradores bucales por hábitos.

La deficiente oxigenación da a la persona un aspecto poco saludable. Es rasgo principal de estos pacientes la falta de desarrollo del maxilar superior, que crea mordida cruzada, arcada dental superior en forma triangular, encías de aspecto sangrante. (Francois, 2005, págs. 384,385)

1.4.2.2.9 Lesiones endodonticas.

1.4.2.2.9.1 Tipos

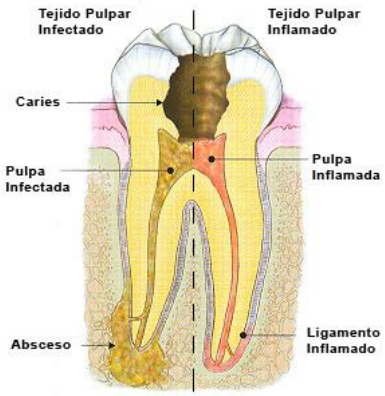


Figura N.° 26

Fuente: CENTRO ODONTOLÓGICO MANQUEHUE NORTE EN CHILE.
http://www.dentistasmanquehuenorte.cl/2009/02/20/endodoncia/

1.4.2.2.9.1.1 Pulpitis Aguda

Es un estado progresivo de hiperemia. El proceso inflamatorio produce un estado seroso, que puede ser seguido de un estado purulento dando lugar a la llamada pulpitis aguda supurativa.

1.4.2.2.9.1.2 Pulpitis crónica

Es un estado que lleva a la muerte pulpar. La sintomatología es duradera, sin crisis muy severas, las células degeneran completamente y hay depósito de tejido fibroso.

1.4.2.2.9.1.3 Necrosis pulpar

Es producto de una inflamación avanzada que desintegra el tejido pulpar, para formar un área cada vez mayor de necrosis. Causa gran irritación de los tejidos adyacentes, con la secuela de periodontitis apical o reabsorción radicular externa. La sintomatología puede ser dolorosa y con signos claros de edema. La necrosis pulpar es parcial o total y es consecuencia de una lesión cariosa no tratada, invaginación del esmalte, exposición pulpar por traumatismo. (Baroni, Odontología pediatrica, 2009, pág. 456)

1.4.2.2.9.2 Diagnostico

Clínico	Radiográfico
• Se basa en signos y sintomas • Observación meticulosa • Estimulos mecánicos y térmicos	• Ayuda a observar la severidad de las lesiones • También a observar la reacción en los tejidos de soporte • Presencia de fracturas, reabsorción apical.

Figura N.° 27

1 **Elaborado por:** Fabiola Rodríguez M.

1.4.2.2.9.3.1 Terapia pulpar vital

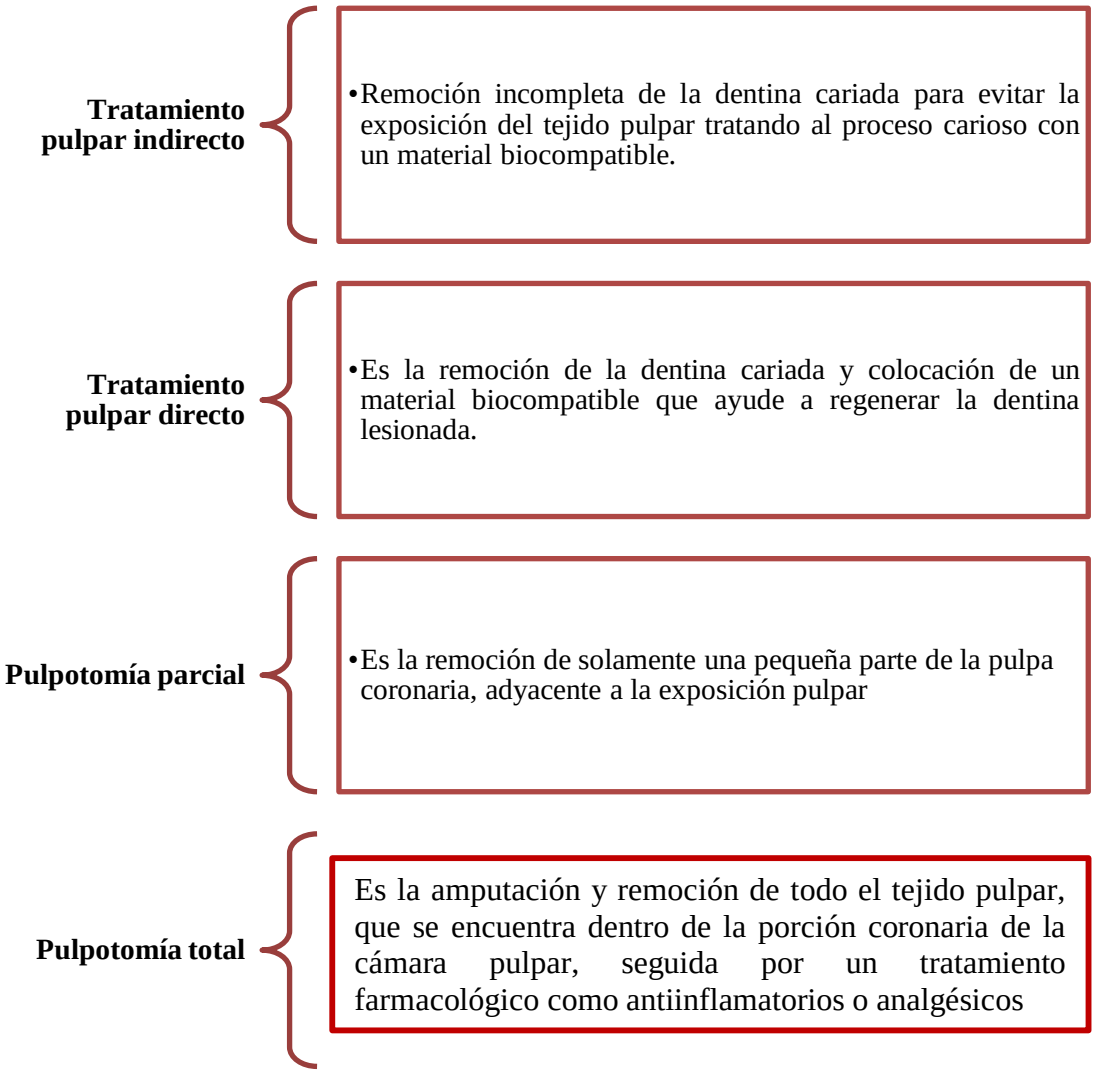


Figura N.° 28

Elaborado por: Fabiola Rodríguez M.

1.4.1 Conceptual

Alergia.- Reacción hipersensible a un alérgeno; una reacción antígeno-anticuerpo.

Antigingivitis.- Compuesto que inhibe, controla o extermina los microorganismos asociados a la formación de gingivitis.

Antiinflamatorio.- Compuestos que contrarrestan o reducen la inflamación

Apical.- Orificio de entrada del ápice radicular del que los vasos sanguíneos y nervios irrigan al resto del diente.

Lingual.- Masa variable de tejido linfoide en la base de la superficie dorsal de la lengua.

Oclusal.- Estudio de las relaciones de las superficies de oclusión de los dientes opuestos y su armonía funcional.

Radicular.- Ángulo formado por la intersección de los ejes largos de la corona.

Removible – fijo.- Restauración artificial fijada a un implante, que solo un odontólogo puede retirar.

Seroso.- Grupo de células serosas que producen secreción serosa como en las glándulas salivales.

CAPÍTULO

II

2 METODOLOGÍA

2.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Diseño cuasi experimental: El presente trabajo utiliza técnicas de recolección de información que por medio de cuadros estadísticos nos permitió cuantificar las patologías bucales más prevalentes en niños y niñas con Síndrome de Down, y también textual teórica

2.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

- **Investigación Bibliográfica:** Para el desarrollo de esta investigación se utilizó libros de odontología relacionados con el tema a investigar, revistas e información de Internet.
- **Investigación de campo:** Dicha investigación es de campo porque la información bibliográfica se la llevó al escenario donde se presentó el problema, utilizando historias clínicas odontológicas, fichas de observación, y encuestas.

2.3 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

Método Descriptivo. Permitió determinar cuáles fueron las características de la prevalencia de patologías bucales en los niños y niñas con Síndrome de Down del Instituto María Buitrón de Zumárraga, cantón Portoviejo, provincia de Manabí.

2.4 TÉCNICAS O INSTRUMENTOS EN INVESTIGACIÓN

Técnicas

- Encuesta realizada a los padres de familia.
- Técnica de Observación.

Instrumentos

- Historia clínica odontológica (Ver Anexo 3)
- Formulario de Encuesta. (Ver Anexo 5)
- Fichas de Observación. (Ver Anexo 4

2.5 POBLACIÓN

La población la constituyó 65 niños y niñas con Síndrome de Down que asisten al Instituto María Buitrón de Zumárraga, cantón Portoviejo, provincia de Manabí, en el periodo 2013, para evaluar los problemas en salud bucal.

2.6 PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Recolección de la información

Información de campo, se obtendrá de los niños y niñas con Síndrome de Down que asisten al Instituto María Buitrón de Zumárraga, cantón Portoviejo, provincia de Manabí, en el periodo 2013, esta se logrará de acuerdo a las encuestas, matriz de observación, examen clínico que se realizarán dentro de la investigación. Información bibliográfica, se la obtendrá de datos, documentos, textos, revistas otros, e información textual que pueda proveer la institución.

Procesamiento de la información

La información de campo se la procesará a través del programa de Microsoft Excel, software que permitirá tener los datos en forma gráfica y con valores precisos dados en porcentajes, la información teórica será procesada con el programa Microsoft

Word en donde se ingresará toda la información teórica fundamental, con lo cual se obtendrá un documento lógico y físico que sustente la investigación realizada.

2.7 Idea a defender.

La idea a defender es como incide el Síndrome de Down por medio de sus manifestaciones congénitas y característica en el desarrollo de las patologías bucales de los niños y niñas con Síndrome de Down.

Por ende se realizó un estudio que consistió en examinar la cavidad bucal de los niños y niñas Down con el empleo de la historia clínica odontológica, la cual nos permitió saber las principales patologías bucales que se presentaron. De la misma formo a raves de la ficha de observación se determinó que la presencia de discapacidades sean intelectual o sensoriales al igual que las características bucales en los niños y niñas con Síndrome de Down influyen en el desarrollo de patologías bucales.

Es también con la realización de encuestas a los padres y madres de familia que se pudo determinar los hábitos bucales que prevalecen en sus hijos al igual que la influencia de los progenitores en el cuidado de la cavidad bucal.

La hipótesis u idea a defender se lleva a cabo mediante investigación bibliográfica y de campo; ya que la información bibliográfica obtenida de libros, revistas o páginas web, se la aplicará al lugar donde se presenta el problema de patologías bucales por la presencia de las manifestaciones del Síndrome de Down; mediante las historias clínicas odontológicas, fichas de observación y las encuestas.

Para luego, aplicar el diseño de investigación, por medio de cuadros estadísticos; permitiéndonos identificar y cuantificar las patologías bucales en los niños y niñas con Síndrome de Down que asisten al Instituto María Buitrón de Zumarraga, del Cantón Portoviejo, Provincia de Manabí.

CAPÍTULO

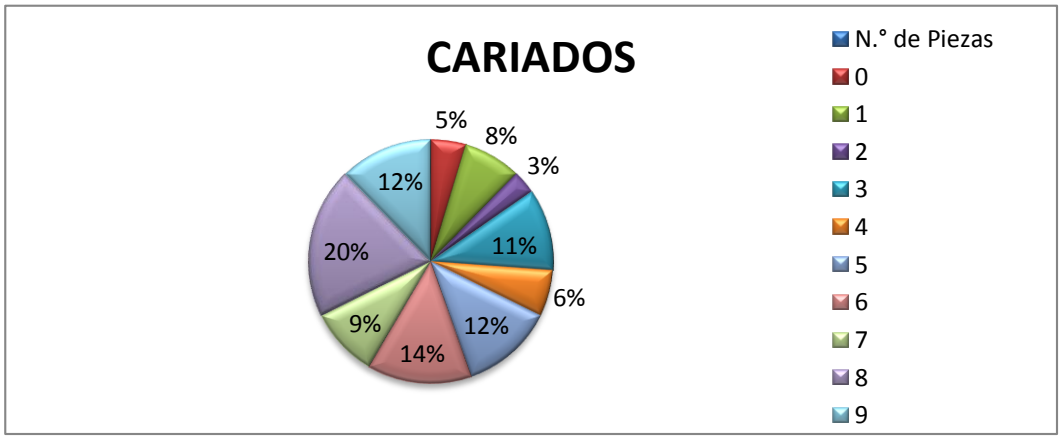
III

HISTORIAS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS REALIZADAS A LOS NIÑOS Y NIÑAS CON SÍNDROME DE DOW

Tabla N.° 1 CARIADOS

CARIADOS		
N.° de Piezas	**F**	**%**
0	3	4,62
1	5	7,69
2	2	3,08
3	7	10,77
4	4	6,15
5	8	12,31
6	9	13,85
7	6	9,23
8	13	20,00
9	8	12,31
TOTAL	65	100

Figura N.° 29



Fuente: Historia Clínica Odontológica
Elaborado por: Fabiola Rodríguez M

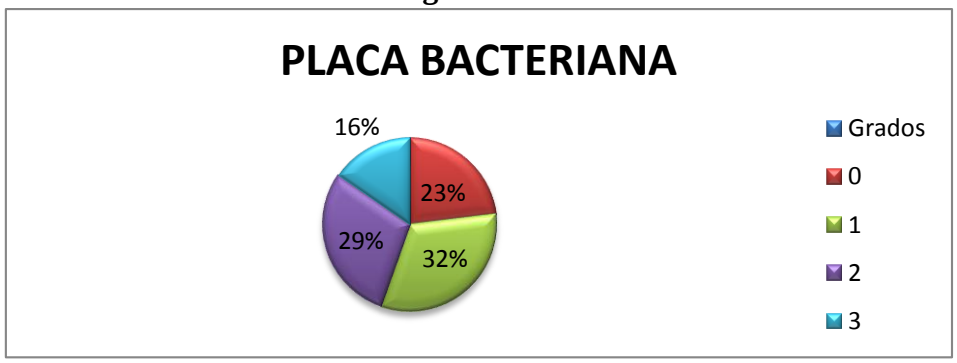
Análisis e Interpretación: En la Tabla N.° 1 se evidendencia que de los 65 niños que se les realizo historia clínica odontológica más del 50% de los niños y niñas presenta caries en más de 6 piezas dentales.

Según lo encuestado se presenta un elevado índice de caries, la cual es una enfermedad infecciosa de naturaleza multifactorial. Es la patología bucal de mayor predominio a nivel odontológico, y la causa frecuente de otras complicaciones que al no ser tratadas ocasionan la pérdida de la pieza dental.

Tabla N.° 2 PLACA BACTERIANA

PLACA BACTERIANA		
Grados	**F**	**%**
0	15	23,08
1	21	32,31
2	19	29,23
3	10	15,38
TOTAL	**65**	**100,00**

Figura N.° 30



Fuente: Historia Clínica Odontológica
Elaborado por: Fabiola Rodríguez M

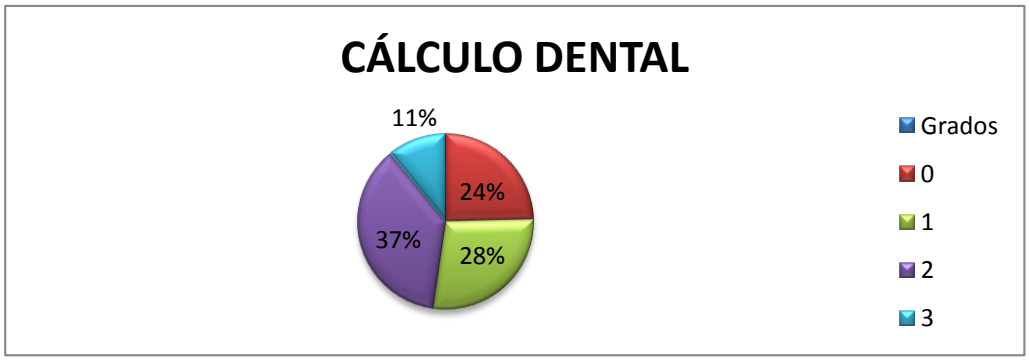
Análisis e Interpretación: En la Tabla N.° 2, según lo encuestado, 15 niños que equivale al 23% no presentan placa bacteriana, 21 que equivale al 32% presenta placa bacteriana grado 1, 19 que equivale al 29% presentan placa bacteriana grado 2, 10 que equivale al 15% presentan placa bacteriana grado 3.

Según lo encuestado el 75% de los niños y niñas presentan placa bacteriana, que es considerada una biopelicula que se adquiere a la superficie del diente. Siendo es sus primeras etapas de formación invisible al diagnóstico clínico y posteriormente esta es notoria pues al no ser removida su evolución va progresando ocasionando complicaciones odontológicas.

Tabla N.° 3 CÁLCULO DENTAL

CÁLCULO DENTAL		
Grados	**F**	**%**
0	16	24,62
1	18	27,69
2	24	36,92
3	7	10,77
TOTAL	**65**	**100,00**

Figura N.° 31



Fuente: Historia Clínica Odontológica
Elaborado por: Fabiola Rodríguez M

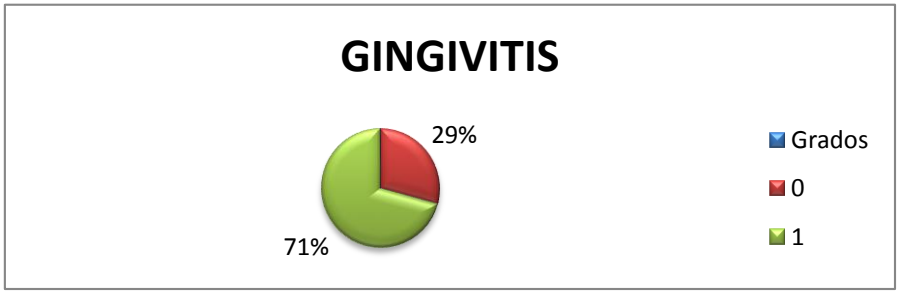
Análisis e Interpretación: En la Tabla N.° 3 se observa que 16 niños que equivale al 25% no presentan cálculo, 18 que equivale al 28% presentan cálculo grado 1, 24 que equivale al 37% presenta cálculo grado 2, 7 que equivale al 11% presentan cálculo grado3.

Se ha evidenciado que el 75% presentan cálculo sea supragingival o subgingival, sobre todo en áreas cercanas a la secreción salival, siendo visible por su color amarillento.

Tabla N.° 4 GINGIVITIS

GINGIVITIS		
Grados	**F**	**%**
0	19	29,23
1	46	70,77
TOTAL	**65**	**100,00**

Figura N.° 32



Fuente: Historia Clínica Odontológica
Elaborado por: Fabiola Rodríguez M

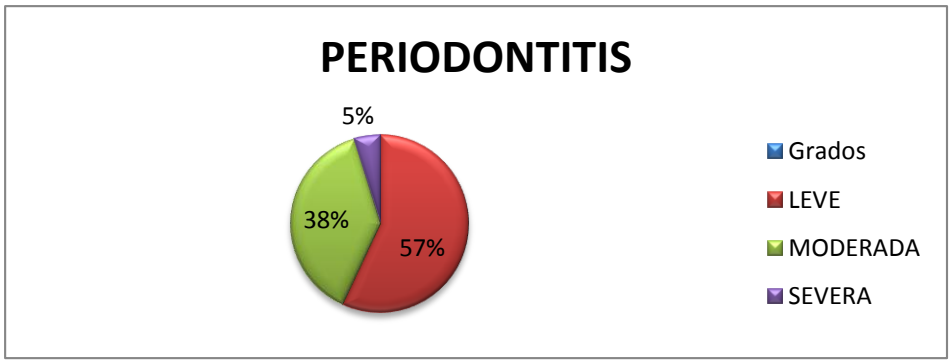
Análisis e Interpretación: En la Tabla N.° 4 muestra que 19 niños que equivale al 29% presentan gingivitis grado 0, mientras que 46 niños que equivale al 71% presentan gingivitis grado 1.

El 46% de los niños y niñas con Síndrome de Down presentan gingivitis grado 1 causada por el acumulo de placa bacteriana, según lo cita Vicente Fernández en su libro Manual de Higiene Bucal "La gingivitis se desarrolla cuando la placa se acumula en las superficies dentales, y desaparece cuando se remueve la placa."

Tabla N.° 5 PERIODONTITIS

PERIODONTITIS		
Grados	**F**	**%**
LEVE	37	56,92
MODERADA	25	38,46
SEVERA	3	4,62
TOTAL	**65**	**100,00**

Figura N.° 33



Fuente: Historia Clínica Odontológica
Elaborado por: Fabiola Rodríguez M

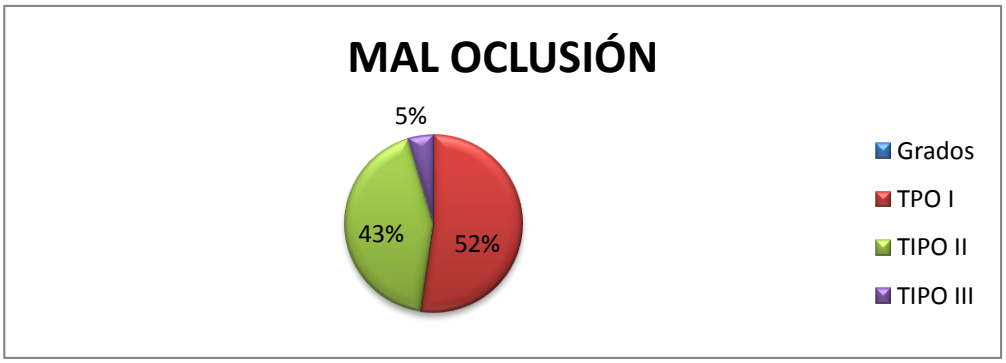
Análisis e Interpretación: En la Tabla N.° 5 muestra que el 95% de los niños presentan periodontitis en grado leve y moderado y solo un 5% desarrolla una enfermedad periodontal grave.

Los niños y niñas con Síndrome de Down presentan periodontitis como secuencia de una gingivitis no tratada, según lo cita Echeverría, José Javier; Carrión, Blanco; Herrero, Manuel en su libro Manual SEPA de periodoncia y terapéutica de implantes "La periodontitis supone la evolución de algunos casos de gingivitis hacia la destrucción del soporte periodontal."

Tabla N.° 6 MAL OCLUSIÓN

MAL OCLUSIÓN		
Grados	**F**	**%**
TPO I	34	52,31
TIPO II	28	43,08
TIPO III	3	4,62
TOTAL	**65**	**100,00**

Figura N.° 34



Fuente: Historia Clínica Odontológica
Elaborado por: Fabiola Rodríguez M

Análisis e Interpretación: En la Tabla N.° 6 ilustra que el 52% presenta oclusión tipo I, que 28 niños que equivale al 43% tienen oclusión tipo II, y el 4% que son 3 niños presentan oclusión tipo III.

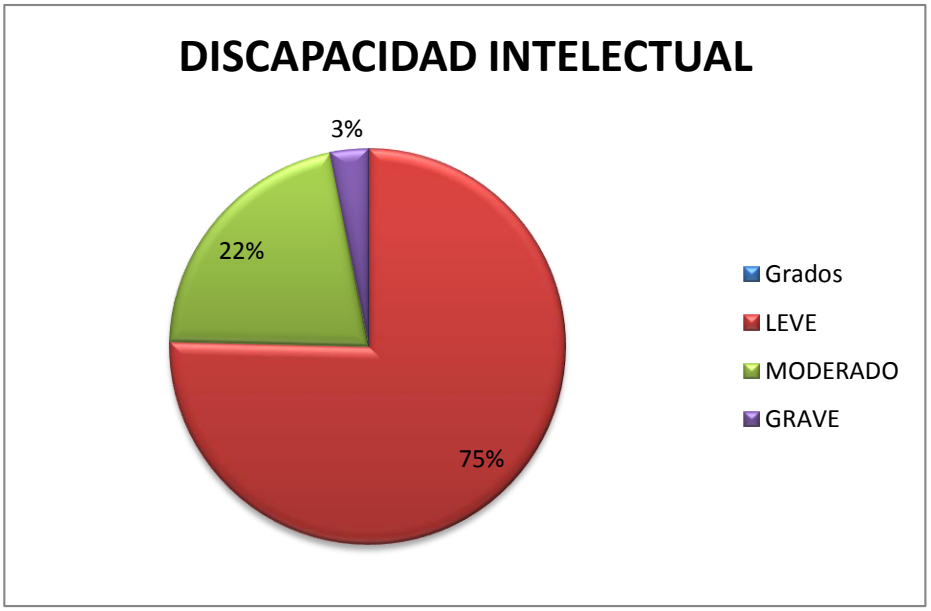
El 45% de los niños presentan maloclusión, la cual no solo afecta a la relación de los dientes sino también al aspecto de la persona, según lo cita Salvador Borrás en su libro Guía para la reducción de la deglución atípica y trastornos asociados "Esta afecta el aspecto de la boca, dificulta los movimientos al hablar, tragar, masticar, puede producir caries y enfermedad periodontal."

MATRIZ DE OBSERVACIÓN REALIZADAS A LOS NIÑOS Y NIÑAS CON SÍNDROME DE DOWN

TABLA N.° 7 DISCAPACIDAD INTELECTUAL

DISCAPACIDAD INTELECTUAL		
Grados	**F**	**%**
LEVE	49	75,38
MODERADO	14	21,54
GRAVE	2	3,08
TOTAL	**65**	**100,00**

Figura N.° 35



Fuente: Matriz de Observación
Elaborado por: Fabiola Rodríguez M

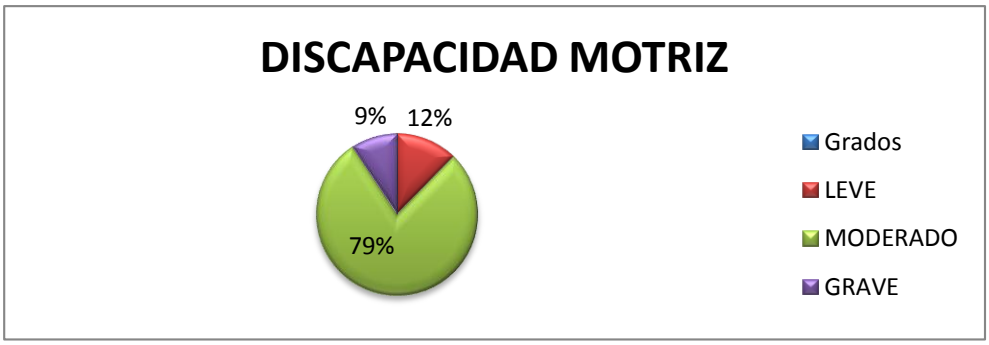
Análisis e Interpretación: En la Tabla N.° 7 muestra que el 75% de los niños y niñas con Síndrome de Down presentan una discapacidad intelectual leve, 14% que es el 22% tienen un grado moderado, y el 3% que es 3 niños la presentan en un grado grave.

El 75% de los niños observados presentan discapacidad intelectual leve, lo que significa que los niños y niñas con Síndrome de Down se desarrollan a ritmo lento, según lo cita Sonia Abarca en su libro Psicología del niño en edad escolar "El ritmo y calidad de desarrollo de un niño deficiente no es el mismo que un niño normal. Las exigencias y características del medio son, en la mayoría de los casos, fuentes de frustración, pues estos niños no responden adecuadamente con la eficacia requerida."

TABLA N.° 8 DISCAPACIDAD MOTRIZ

DISCAPACIDAD MOTRIZ		
Grados	**F**	**%**
LEVE	8	12,31
MODERADO	51	78,46
GRAVE	6	9,23
TOTAL	**65**	**100,00**

Figura N.° 36



Fuente: Matriz de Observación
Elaborado por: Fabiola Rodríguez M

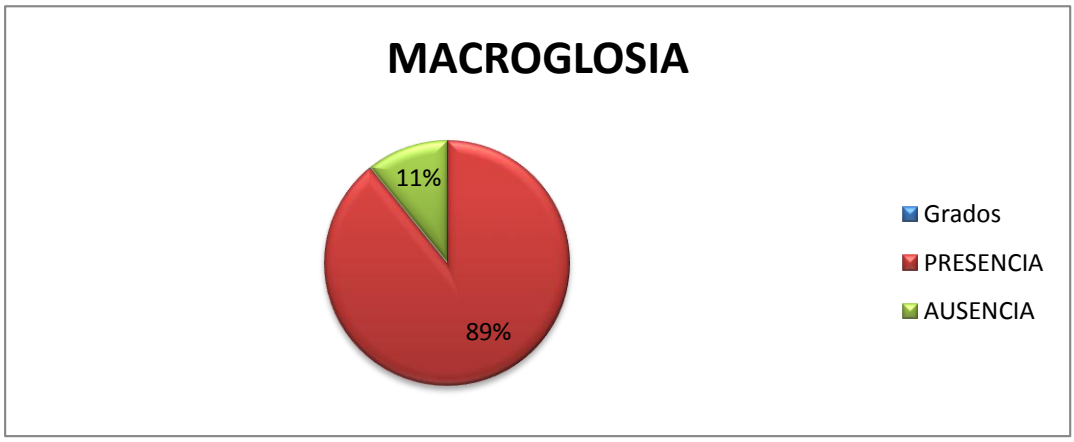
Análisis e Interpretación: En la Tabla N.° 8 muestra que de los 65 niños y niñas observados, el 12% presentan una discapacidad motriz leve, 51 de los niños que es el 78% tienen un grado moderado, y 6 que es el 9% presentan en un grado grave de discapacidad motriz.

De los niños observados 51 de ellos presentan discapacidad motriz moderada, la cual dificulta el desarrollo de sus capacidades, según lo cita María Dolores Requeda en su libro Didáctica de educación infantil "Los problemas motores significativos pueden afectar al niño en la expresión de sus propias capacidades, por lo que, en ocasiones, minusvalora su desarrollo intelectual y social. Facilitándosele en contacto con los objetos, la comunicación y la expresión se reducen la discapacidad a lo estrictamente motor."

TABLA N.° 9 MACROGLOSIA

MACROGLOSIA		
Grados	**F**	**%**
PRESENCIA	58	89,23
AUSENCIA	7	10,77
TOTAL	**65**	**100,00**

Figura N.° 37



Fuente: Matriz de Observación
Elaborado por: Fabiola Rodríguez M

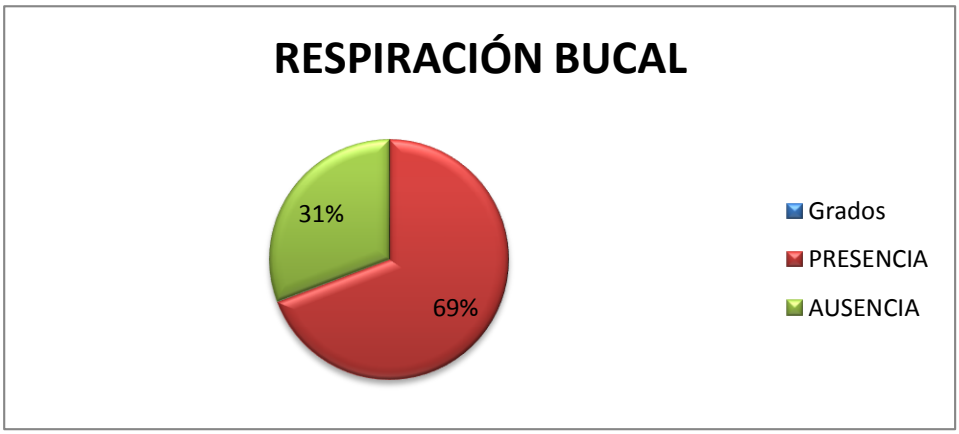
Análisis e Interpretación: En la Tabla N.° 9 muestra que de los 65 niños y niñas observados, 58 de ellos que es el 89% presentan macroglosia, 7 de los niños que es el 11% no presenta una macroglosia significativa.

El 89% de los niños y niñas presentan macroglosia, la cual dificulta no solo a nivel estético sino también tiene otras complicaciones, según lo cita Francisco Luis Uribe Restrepo en su libro Cirugía Pediátrica "Otros problema asociado a la macroglosia además de los estéticos, son la dificultad para comer y el babeo continuo. Algunos recién nacidos con macroglosia requieren traqueotomía temporal para poder respirar."

TABLA N.° 10 RESPIRACIÓN BUCAL

RESPIRADOR BUCAL		
Grados	**F**	**%**
PRESENCIA	45	69,23
AUSENCIA	20	30,77
TOTAL	**65**	**100,00**

Figura N.° 38



Fuente: Matriz de Observación
Elaborado por: Fabiola Rodríguez M

Análisis e Interpretación: En la Tabla N.° 10 se ilustra que de los 65 niños y niñas observados, 45 que es el 69% presentan respiración bucal, 20 de los niños que es el 31% no la presenta.

La respiración bucal se presenta en un 69,23% de los niños y niñas ocasionando en ellos rasgos que repercuten a nivel odontológico, según lo cita Richard Francois en su libro Tratado de Osteopatía craneal. Articulación temporomandibular "Es rasgo principal de estos pacientes la falta de desarrollo del maxilar superior, que crea mordida cruzada, arcada dental superior en forma triangular, encías de aspecto sangrante

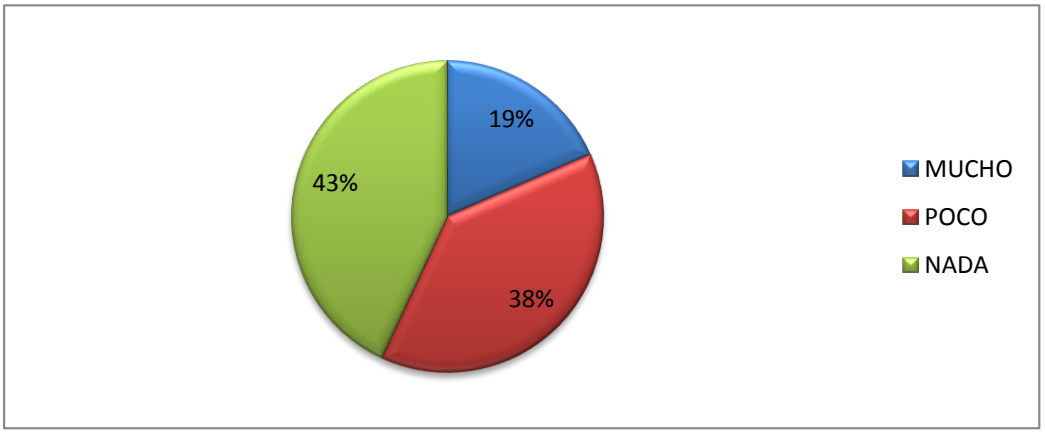
ENCUESTAS REALIZADAS A LOS PADRES Y MADRES DE FAMILIA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON SÍNDROME DE DOWN

TABLA N.° 11

¿Conoce usted sobre el origen y manifestaciones congénitas del Síndrome de Down?

ÍTEMS	F	%
MUCHO	12	18,46
POCO	25	38,46
NADA	28	43,08
TOTAL	**65**	**100,00**

Figura N.° 39



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Fabiola Rodríguez M

Análisis e Interpretación: En la Tabla N.° 11 se ilustra que de los 65 padres y madres encuestados solo 18 de ellos que es el 18% sabe sobre el origen del Síndrome de Down, un 38% sabe poco y un 43% no sabe.

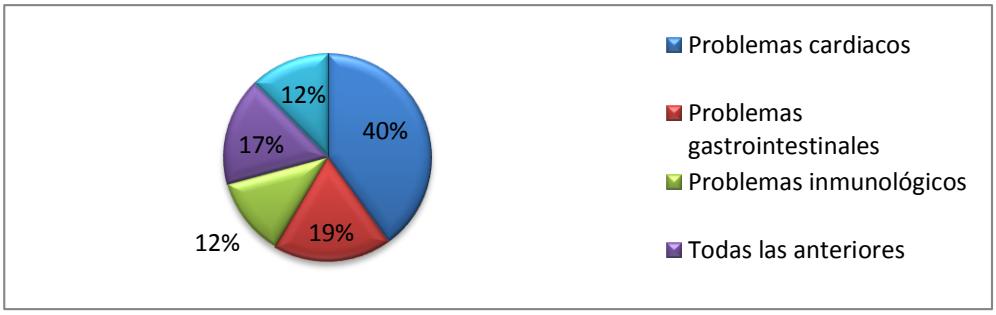
De los 65 padres y madres 12 saben que el origen del síndrome de Down es por un trastorno cromosómico, que incluye una combinación de defectos congénitos, entre ellos, cierto grado de discapacidad intelectual, facciones características y con frecuencia defectos cardíacos y otros problemas de salud

TABLA N.° 12

Su hijo o hija con Síndrome de Down cuál de las siguientes afectaciones posee:

ÍTEMS	F	%
Problemas cardiacos	26	40,00
Problemas gastrointestinales	12	18,46
Problemas inmunológicos	8	12,31
Todas las anteriores	11	16,92
Ninguna de las anteriores	8	12,31
TOTAL	**65**	**100,00**

Figura N.° 40



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Fabiola Rodríguez M

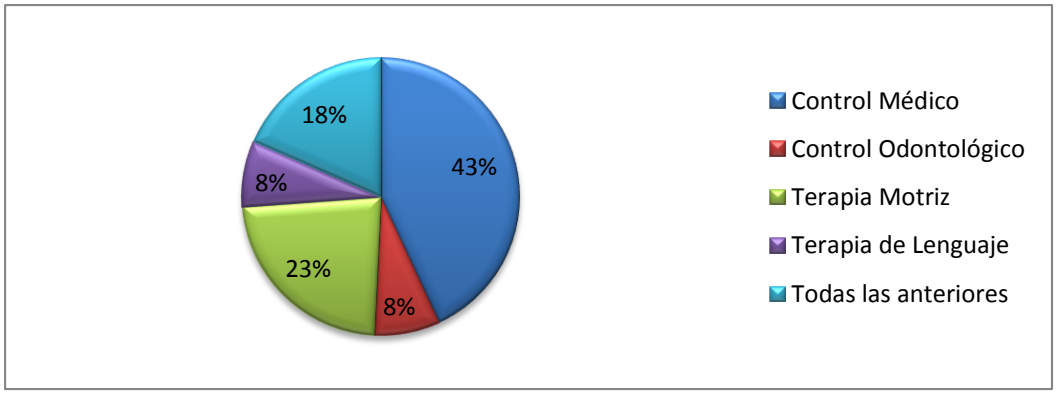
Análisis e Interpretación: En la Tabla N.° 12 muestra que 26 padres que es el 40% conoce que su hijo o hija con Síndrome de Down presenta problemas cardiacos, un 16% desconoce de afecciones tiene su hijo o hija. El 12% de los padres y madres encuestado determino que desconoce de las afecciones que ocasiona el Síndrome de Down en su hijo, según lo cita Rafaela Ruiz en su libro Síndrome de Down y logopedia "Las personas con Síndrome de Down se caracterizan por presentar afecciones como: malformaciones cardiovasculares, gastrointestinales; anomalías inmunológicas, problemas respiratorios"

TABLA N.° 13

Su hijo o hija con síndrome de Down ha recibido:

ÍTEMS	F	%
Control Médico	28	43,08
Control Odontológico	5	7,69
Terapia Motriz	15	23,08
Terapia de Lenguaje	5	7,69
Todas las anteriores	12	18,46
TOTAL	**65**	**100,00**

Figura N.° 41



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Fabiola Rodríguez M

Análisis e Interpretación: En la Tabla N.° 13 muestra que de los 65 padres y madres encuestados el 18% que son 12 padres realizan a sus hijos terapia o control, y que 15 padres ejecutan terapias motriz a sus hijos.

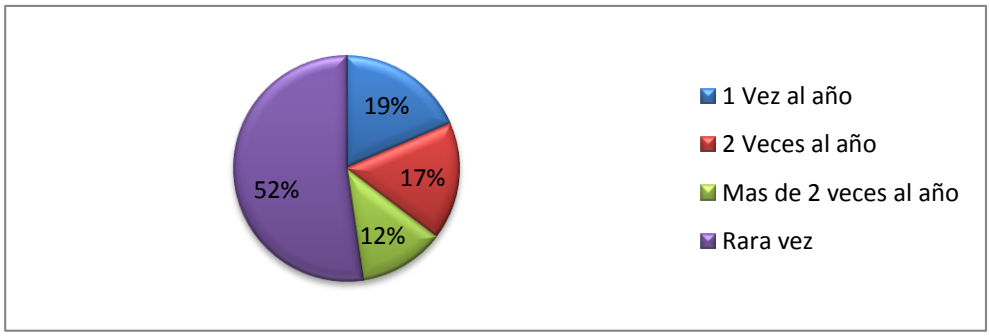
De los 65 niños y niñas apenas 15 de ellos reciben terapia motriz que es fundamental para aprender a controlar su cuerpo, según lo cita Sonia Abarca en su libro Psicología del niño en edad escolar "Los programas de educación psicomotriz son una gran posibilidad para los niños, el aprender a controlar su cuerpo y tener flexibilidad los ayuda a vivir más plenamente y a tener mejores relaciones interpersonales"

TABLA N.° 14

¿Con que frecuencia lleva a su hijo o hija a un control odontológico?

ÍTEMS	F	%
1 Vez al año	12	18,46
2 Veces al año	11	16,92
Más de 2 veces al año	8	12,31
Rara vez	34	52,31
TOTAL	**65**	**100,00**

Figura N.° 42



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Fabiola Rodríguez M

Análisis e Interpretación: En la Tabla N.° 14 se muestra que del total de padres encuestados solo 12 que es el 18% lleva una vez al año a su hijo al odontólogo, 34 que es el 52% lo hace rara vez.

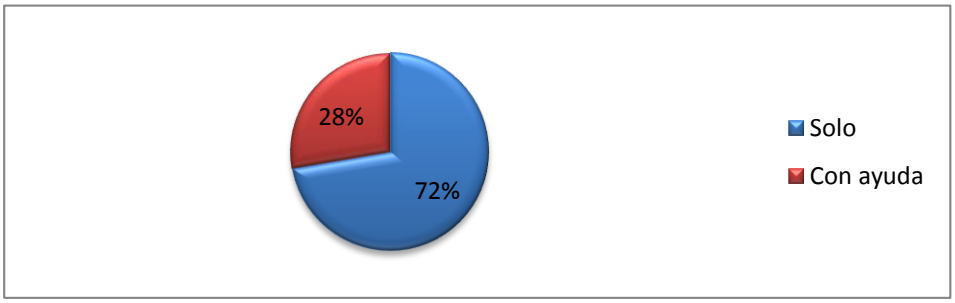
Más del 50% de los padres y madres encuestado determino que rara vez llevan a su hijo a un control odontológico, desconociendo así el objetivo de una atención odontológica oportuna en sus niños y niñas con síndrome de Down, que tiene como objetivo: Eliminación del dolor, control de posibles infecciones, evaluar la necesidad de suprimir o restaurar piezas dentales

TABLA N.° 15

El cepillado dental su hijo o hija lo realiza:

ÍTEMS	F	%
Solo	47	72,31
Con ayuda	18	27,69
TOTAL	**65**	**100,00**

Figura N.° 43



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Fabiola Rodríguez M

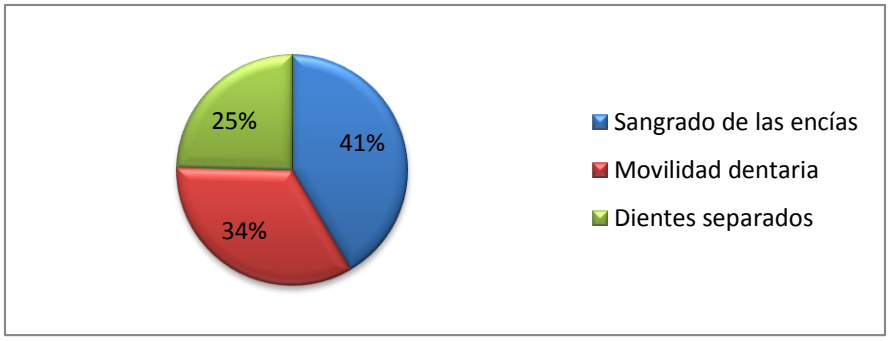
Análisis e Interpretación: En la Tabla N.° 15 determina que 47 que es el 43% de los 65 niños y niñas con Síndrome de Down realizan el cepillado dental solo, y 18 que es el 28% realiza el cepillado con ayuda.

Más del 70% de los niños y niñas realizan el cepillado dental sin ningún tipo de ayuda, se debe de tener en cuenta que un adecuado cepillado es primordial para la eliminación de la placa bacteriana, control y prevención de patologías bucales, según lo cita Luis Silva en su libro Higienistas Dentales "Dentro del objetivo del control sobre la placa bacteriana encontramos: Instaurar hábitos de higiene bucal, Visualizar las zonas donde se acumula la placa bacteriana, para removerla, Mejorar la técnica de cepillado"

TABLA N.° 16

Su hijo o hija ha tenido molestias dentales como:		
ÍTEMS	**F**	**%**
Sangrado de las encías	27	41,54
Movilidad dentaria	22	33,85
Dientes separados	16	24,62
TOTAL	**65**	**100,00**

Figura N.° 44



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Fabiola Rodríguez M

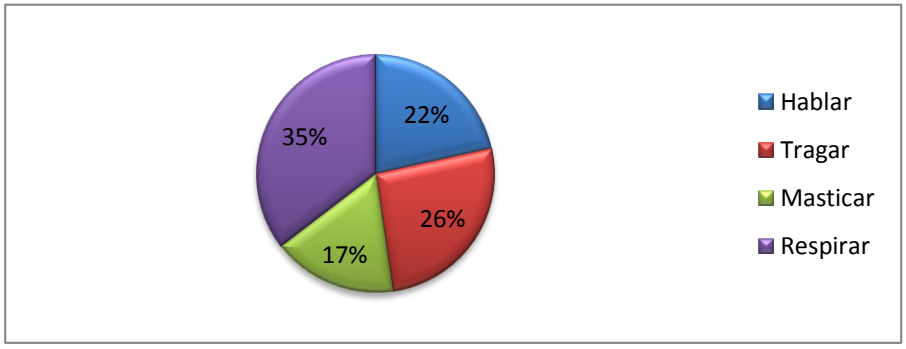
Análisis e Interpretación: En la Tabla N.° 16 se observa que 27 padres que es el 42% dijo que su hijo presenta sangrado de las encías, y16 que es el 25% dijo que sus hijos presentan sus dientes separados.

Según lo encuestado se determina que los niños y niñas presentan tanto sangrado de encías, movilidad y dientes separados, según lo cita José Echeverría en su libro Manual SEPA de periodoncia y terapéutica de implantes "Entre los signos de la periodontitis tenemos: Sangrado de las encías, Movilidad dentaria, Retracción gingival, Diastemas y migración dentaria, Abscesos periodontales"

TABLA N.° 17

Su hijo hija se le dificulta:		
ÍTEMS	**F**	**%**
Hablar	14	21,54
Tragar	17	26,15
Masticar	11	16,92
Respirar	23	35,38
TOTAL	**65**	**100,00**

Figura N.° 45



Fuente: Encuesta

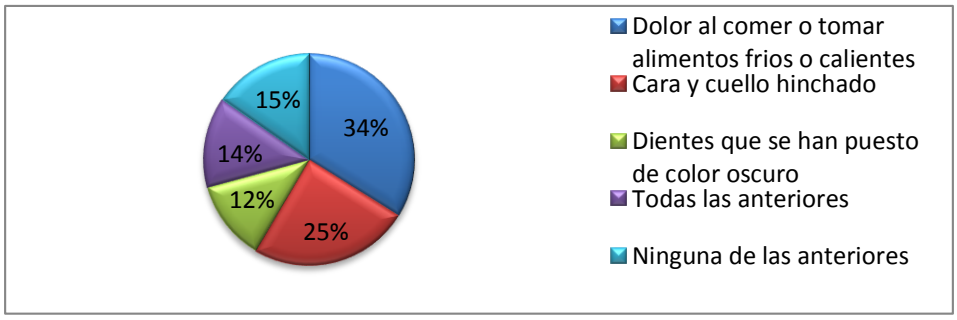
Elaborado por: Fabiola Rodríguez M

Análisis e Interpretación: En la Tabla N.° 17 se observa que de los 65 padres encuestados el 22% dijo que su hijo presenta dificultad para hablar, y entre 40% dificultad para masticar y respirar. En base a los resultados se determina que los niños presentan dificultades que guardar relación con maloclusiones, según lo cita Salvador Borrás en su libro Guía para la reducción de la deglución atípica y trastornos asociados "La maloclusión es una alteración de la oclusión, es decir una deficiente unión entre los dientes superiores e inferiores. Esta afecta el aspecto de la boca, dificulta los movimientos al hablar, tragar, masticar, puede producir caries y enfermedad periodontal"

TABLA N.° 18

Su hijo o hija ha presentado:		
ÍTEMS	**F**	**%**
Dolor al comer o tomar alimentos fríos o calientes	22	33,85
Cara y cuello hinchado	16	24,62
Dientes que se han puesto de color oscuro	8	12,31
Todas las anteriores	9	13,85
Ninguna de las anteriores	10	15,38
TOTAL	**65**	**100,00**

Figura N.° 46



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Fabiola Rodríguez M

Análisis e Interpretación: En la Tabla N.° 18 se observa que de los 65 padres encuestados el 34% dijo que su hijo presenta dolor ante alimentos o bebidas sean frías o calientes, un 25% que se ha presentado edema a nivel de cara o cuello en su hijo, un 12% cambio de color en la dentición. Según lo encuestado el 70% de los niños han presentado signos y síntomas de patologías endodonticas, según lo cita Noemí Baroni en su libro Odontología pediátrica "La sintomatología puede ser dolorosa y con signos claros de edema, cambios de color del diente, sensibilidad ante estímulos mecánicos térmicos"

CONCLUSIONES

- Se determina que los padres y madres de familia del Instituto María Buitrón de Zumarraga posee poca información sobre el Síndrome de Down, sus manifestaciones congénitas, que a su vez ocasionan afecciones bucales que repercuten en el alto índice de patologías bucales.

- Que más del 75% de los niños y niñas con Síndrome de Down presentan discapacidad intelectual y motriz en grado moderado, y solo el 18% recibe control médico, odontológico y terapias motriz y de lenguaje.

- Que dentro de las principales patologías en niños y niñas con Síndrome de Down esta: caries dental, placa bacteria, enfermedades periodontales u endodonticas. El 89% de ellos se caracteriza por presentar manifestaciones orales congénitas como es la macroglosia y un 69% son respiradores bucales.

- Las medidas que emplean los padres y madres de familia en prevención de patologías bucales son insuficientes; ya que solo el 17% de los padres realizan control odontológico dos veces al año a sus hijos, y un 27% solo se involucra en la aplicación de medidas de higiene bucal como lo es el cepillado dental.

RECOMENDACIONES

- Brindar mayor información a los padres y madres de familia respecto al origen y afectaciones congénitas y manifestaciones bucales que ocasiona el Síndrome de Down en sus hijos.

- Concientizar a los padres y madres de familia de la importancia de realizar en sus hijos terapias de lenguaje y motricidad que desarrollar su capacidad y efectuar por si solos un adecuado cepillado dental como medida preventiva bucal, y en el caso de molestias pueden ellos expresarlas al tener un adecuado lenguaje.

- Ejecutar talleres sobre capacitación de salud preventiva bucal dirigida a los padres y madres de familia del Instituto María Buitrón de Zumárraga, disminuyendo así los índices de las principales patologías bucales en niños y niñas con Síndrome de Down, haciendo participes a los padres en el cuidado bucal de sus hijos.

- Fomentar la importancia de efectuar una atención primaria odontología a niños y niñas con Síndrome de Down ya que poseen los mismos derechos a la salud que los demás niños.

CAPÍTULO

IV

4.1 Guía Educativa

"Prevención Bucal, Sonrisas Brillantes"

4.2 Presentación

Una boca sana facilita nuestra relación con el mundo que nos rodea, ya que es uno de los elementos más útiles que tenemos cuando recién nacemos y durante nuestra vida, para descubrir la consistencia y textura de las cosas y además nos permite hablar y realizar distintos gestos y sonidos con los que nos comunicamos con las demás personas.

Sus características externas forman parte de nuestra apariencia física. Por consiguiente, son importantes en la imagen que proyectamos y el tener una boca agradable favorece las relaciones humanas y eleva nuestra autoestima.

Una boca sana es el reflejo de un cuerpo sano y de una persona bien integrada en la sociedad.

Los resultados obtenidos en la investigación, muestran el escaso conocimiento que tienen los padres y madres de familia del Instituto María Buitrón de Zumárraga en cuanto al Síndrome de Down, sus afecciones congénitas y manifestaciones bucales que influyen en el desarrollo de patologías bucales. Por ello es conveniente ofrecer un conjunto de conocimientos fundamentalmente teórico-práctico, a través de un taller sobre la salud bucal.

De tal manera que se cree conciencia en los padres y madres de los niños y niñas con Síndrome de Down, lo cual implica la necesidad de establecer normas para el desarrollo de actividades preventivas que permitan limitar el daño y mejorar las condiciones de salud bucodental.

4.3 Objetivos

4.3.1 Objetivo General

Mejorar la cultura preventiva de los padres y madres de familia del Instituto María Buitrón de Zumárraga, mediante la ejecución de talleres de salud bucal; para disminuir los índices de patologías bucales en niños y niñas con SD.

4.3.2 Objetivos Específicos

- Incentivar a los padres y madres de familia, a través de charlas motivacionales; para que se involucren de manera activa en la higiene bucal de sus hijos.

- Informar a los padres y madres de familia sobre las afecciones congénitas y manifestaciones bucales del SD, por medio de charlas; para que conozcan su repercusión en la salud bucal y general.

- Enseñar a los padres y madres de familia técnicas de cepillado; mediante demostración práctica; para que la aplicarla en sus hijos.

4.4 Fundamentación Teórica

A través de los resultados obtenidos en la investigación se pudo apreciar según la información que el desarrollo de las patologías bucales se da principalmente en base a la presencia de las manifestaciones congénitas que tienen los niños Down tanto en el aspecto medico como el odontología, y a su vez la presencia de las mismas se debe al escaso conocimiento de los padres sobre aspectos generales del Síndrome de Down y su relación en el campo odontológico.

La influencia de un nivel de cultura bajo al igual que el aspecto económico repercute en los hábitos de higiene bucal y tipo de alimentación en los niños Down, a su vez las escasas terapias médicas en ellos y los estilos de vida afectan a que se incremente la presencia de patologías.

Es por ello que a través de esta guía se pretende mejorar e incentivar a los padres en los conocimientos sobre todo lo relacionado con el Síndrome de Down y la parte odontológica.

Para que estos sepan las normas principales de higiene bucal y saber cuándo y cómo actuar en sus hijos de acuerdo a la sintomatología que pueden presentar.

Es fundamental que exista una interacción entre los padres y madres de familia, con sus hijos y personal médico u odontología, para en conjunto ayudar en lo posible a mejorar las condiciones de vida de los niños y niñas con Síndrome de Down.

4.5 Contenido

- **Taller sobre Síndrome de Dow y Odontología**

- Manifestaciones bucales del Síndrome de Down
- Patologías de mayor prevalencia en niños y niñas con Síndrome de Down

- **Taller de cultura preventiva bucal**

- Higiene bucal.- Técnica de cepillado, uso de la seda y enjuague bucal.
- Alimentación.- Dieta cariogénica, alimentos que se deben consumir.

4.6 Cronograma

N.°	ACTIVIDADES	OBJETIVOS	ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS	FECHA	RESPONSABLE	BENEFICIARIOS
1	Planificación y diseño de taller de capacitación Recopilación de contenidos para las charlas. Esquema de dinámicas y debates a realizar Elaboración de las proyecciones a utilizarse en los talleres Invitar a los padres al taller participativo **Desarrollo del taller SD y Odontología** Manifestaciones bucales del SD Patologías de mayor prevalencia en niños y niñas con SD	Coordinar los talleres educativos a desarrollar. Se elaboró el material de apoyo con el fin de brindar los talleres educativos. Tener la presencia de los padres para impartir los talleres Dar a conocer las características que presentan los	Recopilación de información importante, que servirá de guía en la planificación y ejecución de los talleres Empleo de imagen didácticas, información de libros, y conocimientos generadores de nuevos conocimientos Motivar a los padres y madres de los niños y niñas con Síndrome de Down Por medio de la ejecución de este taller lo que se desea es crear conocimiento en los padres de los aspectos más relevantes en cuanto a la patología que sus hijos presentan y la influencia de	**DESDE:** 05-11-13 **HASTA:** 12-11-13 **DESDE:** 18-11-13 **HASTA:** 20-11-1	Dra. Fabiola Rodríguez Moreira.	**BENEFICIAROSS DIRECTOS:** Niñas y niños con Síndrome de Down.
2						

3	**Taller de cultura preventiva bucal** Higiene bucal (Técnica de cepillado, uso de la seda y enjuague bucal) Alimentación (Dieta cariogénica, alimentos que se deben consumir)	niños Down y cuáles son las patologías bucales de mayor prevalencia, para que los padres tengan información de ellas y sepan cómo actuar. Brindar los conocimientos más apropiados a los padres de familia, sobre las medidas de higiene bucal y el beneficio de emplearlas en sus hijos al igual que el llevar una alimentación idónea en ellos.	ellos en el desarrollo de patologías a nivel bucal Inducir al desarrollo de técnicas adecuada de higiene bucal, para mejorar la integridad oral, y desarrollar técnicas propias de higiene considerando la discapacidad de los niños y niñas Down. Al igual que la fomentar una alimentación propia	**DESDE:** 25-11-13 **HASTA:** 28-11-13		**BENEFICIARIOS INDIRECTOS:** Madres y padres de familia. Docentes o educadores

Bibliografias

- Abarca, S. (2007). Psicología del niño en edad escolar. Costa Rica: EUNED.
- Antoranz, Elena; Villalba, José. (2010). Desarrollo cognitivo y motor. Editex.
- Baroni, N. (2009). Odontología pediatrica. Argentina: Panamericana.
- Barranco, J. (2006). Operatoria Dental. Integración Clínica. Capítulo 18. Cariología. Buenos Aires - Argentina: Panamericana.
- Barry, Eley; M, Sorry; J, Manson. (2011). Periodoncia. Barcelona - España: Elseiver España S.L.
- Borrás, Salvador; Rosell, Clari; Talens, Toni; Moleón, Cristina. (2011). Guía para la reducción de la deglución atípica y trastornos asociados. Valencia: Nau Llibres.
- Constitución Política del Ecuador
- Echeverría, José Javier; Carríon, Blanco; Herrero, Manuel. (2005). Manual SEPA de periodoncia y terapéutica de implantes. Buenos Aires: Medica Panamericana.
- Fernández, V. F. (2009). Manual de Higiene Bucal. Buenos Aires - Argentina: Medica Panamericana.
- Francois, R. (2005). Tratado de Osteopatía craneal. Articulación temporomandibular. Buenos Aires - Argentina: Médica Panamericana.
- Hubner, María Eugenia; Ramírez, Rodrigo; Nazer, Julio. (2004). Malformaciones Congénitas. Santiago - Chile: Universitaria.
- Ley Orgánica De Educación Superior
- Mosby. (2009). Diccionario de Odontología. España: Elseiver España.
- Negroni, M. (2009). Microbiología Estomatológica: Fundamentos y guía práctica. Buenos Aires - Aregntina: Editoriaal Medica Panamericana.
- Quirós, Oscar (2003) Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. La orientación psicológica en el manejo de ciertos hábitos en odontología.
- Revista de la Sociedad Bolivariana de Pediatría V.45 N.2 La Paz Abr. 2006
- Requena, M. D. (2009). Didáctica de educación infantil. Madrid: Editex.

- Rodríguez, L. F. (2006). Auxiliar Geriátrico. Atención en la Hospitalización. España: MAD S.L.
- Sapp, Philip; Eversole, Levis; Whysocki, George. (2005). Patología oral y maxilofacial. España: Elseiver España S.A.
- Silva, L. (2006). Higienistas Dentales. MAD-Eduforma.
- Silvestre, F. (2007). Odontología en pacientes especiales. España: Universitat de Valencia .
- Uribe, Francisco; Aranco, María; . (2006). Cirugía Pediátrica. Colombia: Universitaria de Antioquia.

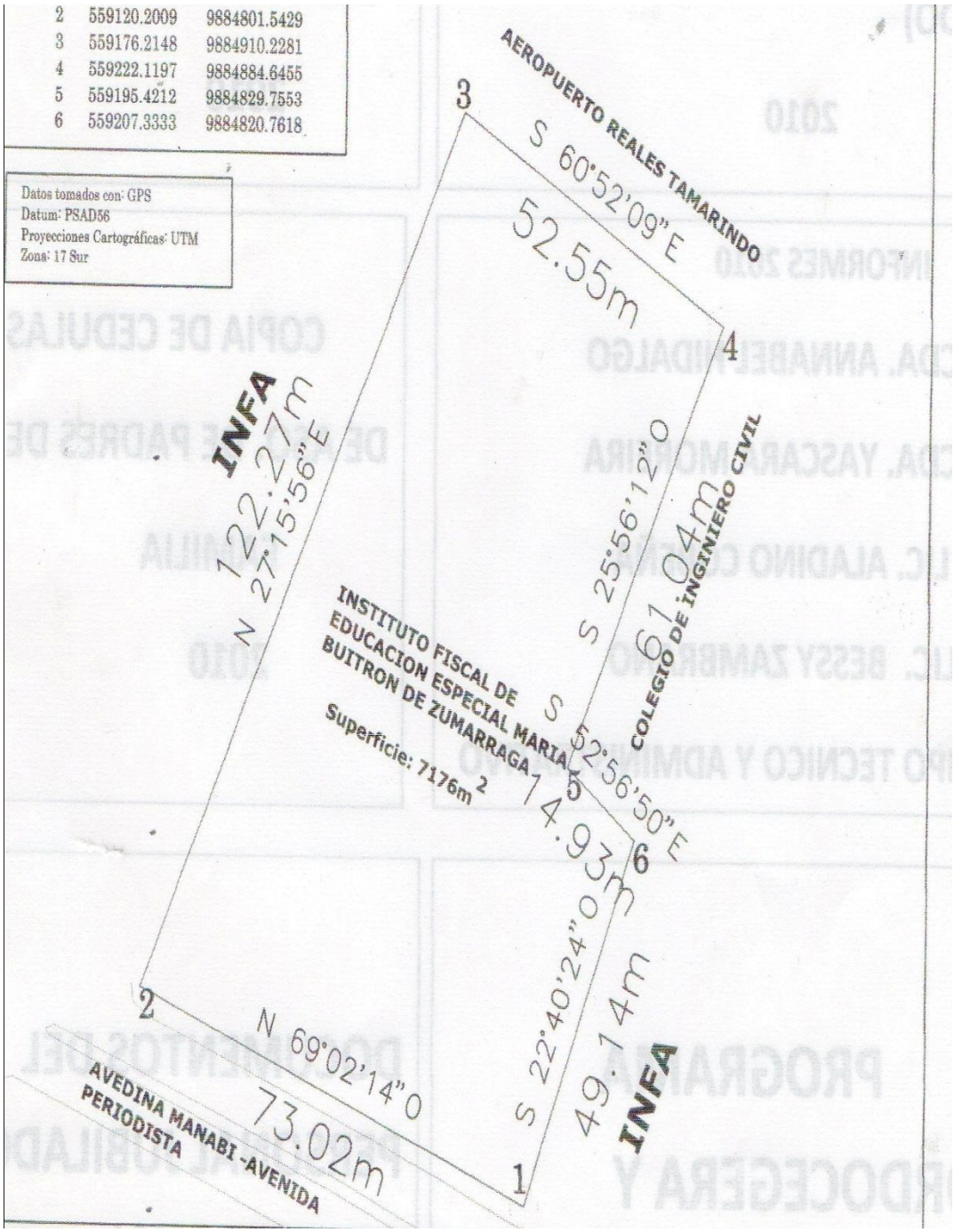
Lincografía

- http://www.lookfordiagnosis.com
- http://odontored.wordpress.com/2011/08/11/%C2%BF-que-sabes-sobre-la-placa-dental/ La red de la odontología. Salud bucal está en tus manos
- http://www.propdental.es/periodontitis/gingivitis-ulceronecrotizante-aguda/
- Imagen Hostep by Tripod. Manifestaciones Orales en pacientes con Síndrome de Down. (s.f.). Recuperado el 18 de 11 de 2013, de http://odontologiaa.mx.tripod.com/sindrome_down.html
- Palomino, Michael. Caries dental (2009)http://www.geschichteinchronologie.ch/med/merk/merkblatt-zahnkaries-ESP.html
- Vasallo Torres, Francisco Javier; 1er global calculo dental. https://www.saluspot.com/temas/5886-calculo-dental

ANEXOS

ANEXO N.° 1

Croquis de la ubicación del Instituto María Buitrón de Zumárraga



ANEXO N.° 2

Instituto María Buitrón de Zumárraga









ANEXO N.° 3 FORMATO DE LA HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

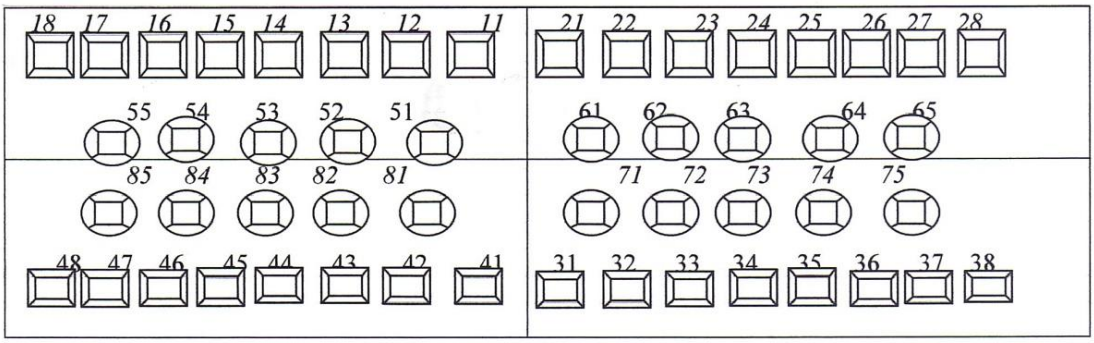
FICHA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Nombre y Apellido:

Edad:

Sexo:

ODONTOGRAMA



INDICADORES EPIDEMIOLOGICOS			
Piezas examinadas	*Placa 0-1-2-3*	*Cálculo 0-1-2-3*	*Gingivitis 0-1*
16/17/55			
11/21/51			
26/27/65			
36/37/75			
31/41/71			
46/47/85			
=			

	INDICE DE CARIES DENTAL
	CPO
C	
P	
O	
=	

	INDICE DE CARIES DENTAL
	ceo
c	
e	
o	
=	

……

Fabiola Rodríguez M.

ODONTOLOGA

ANEXO N.° 4 FORMATO DE LA MATRIZ DE OBSERVACIÓN

NOMINA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON SD	DISCAPACIDAD INTELECTUAL			DISCAPACIDAD MOTRÍZ			MACROGLOSIA		RESPIRACIÓN BUCAL	
	LEVE	MODERADO	GRAVE	LEVE	MODERADA	GRAVE	PRESENCIA	AUSENCIA	PRESENCIA	AUSENCIA
T										

ANEXO N.° 5 FORMATO DE LA ENCUESTA

Universidad Estatal de Bolívar

Departamento de Posgrado

Especialidad en Atención Primaria de la Salud

Formulario de Encuesta

Dirigida a los padres y madres de familia de los niños y niñas con síndrome de Down del Instituto María Buitrón de Zumárraga.

Indicaciones:

- Soy estudiante del Departamento de Posgrado de la Universidad de Estatal de Bolívar, me dirijo a usted muy comedidamente, con el fin de realizarle una encuesta, que ayudara en el proceso de recopilación de información, la cual será empleada en el desarrollo de mi tesina, previo a la obtención del título de cuarto nivel como Especialista en Atención Primaria de la Salud.
- La encuesta es anomina con el fin de darle mayor libertad en sus expresiones.
- Se requiere que responda a todas las preguntas del formulario con la mayor sinceridad del caso.
- Por favor contestar una alternativa en cada pregunta.
- Agradezco su gentileza de haberme proporcionado la información.

1. **¿Conoce usted sobre las principales características físicas que presenta su hijo o hija con Síndrome de Down?**

- Mucho ☐
- Poco ☐
- Nada ☐

2. **Su hijo o hija con Síndrome de Down cuál de las siguientes afectaciones posee:**

- Problemas cardiacos ☐
- Problemas gastrointestinales ☐
- Problemas inmunológicos ☐
- Todas las anteriores ☐
- Ninguna de las anteriores ☐

3. **Su hijo o hija con síndrome de Down ha recibido:**

- Control médico ☐
- Control odontológico ☐
- Terapia motriz ☐
- Terapia de lenguaje ☐

4. **¿Con que frecuencia lleva a su niño a un control odontológico?**

- 1 vez al año. ☐
- 2 veces al año. ☐
- Más de 2 veces al año. ☐
- Rara vez. ☐

5. **El cepillado dental su hijo o hija lo realiza:**

- Solo ☐
- Con ayuda ☐

6. **Su hijo o hija ha tenido molestias dentales como:**

- Sangrado de encías ☐
- Movilidad Dentaria ☐

- Dientes separados ☐

7. Su hijo o hija se le dificulta:

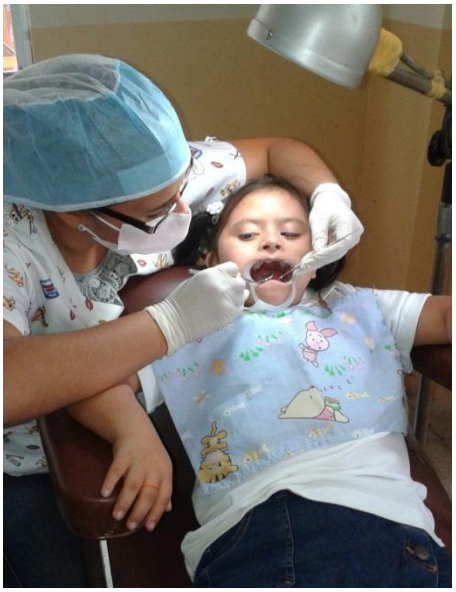
- Hablar ☐
- Tragar ☐
- Masticar ☐
- Respirar ☐

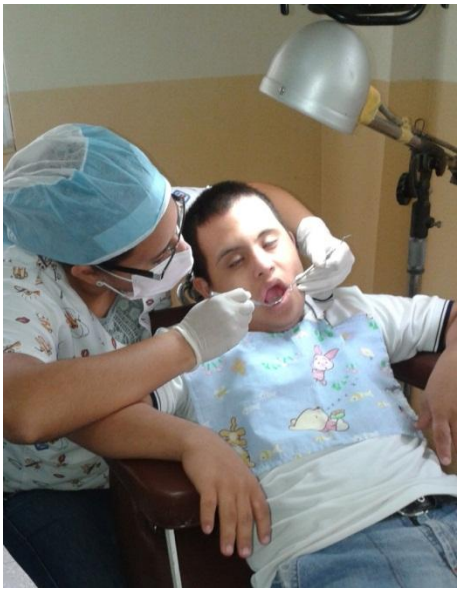
8. Su hijo o hija ha presentado:

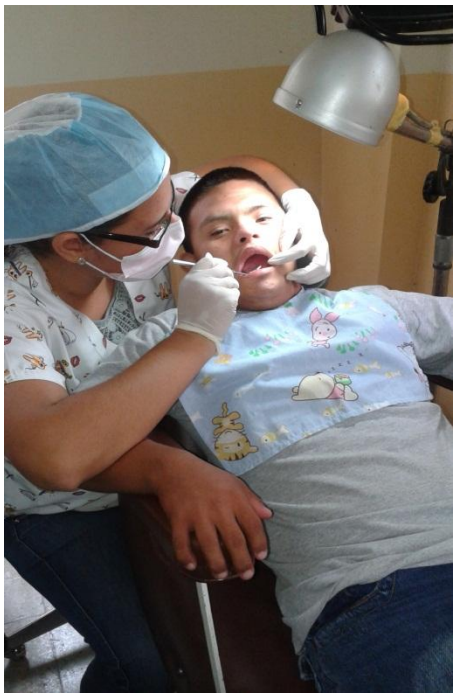
- Dolor al comer o tomar alimentos fríos o calientes ☐
- Cara y cuello hinchado ☐
- Dientes que se han puesto de color oscuro ☐
- Todas las anteriores ☐
- Ninguna de las anteriores ☐

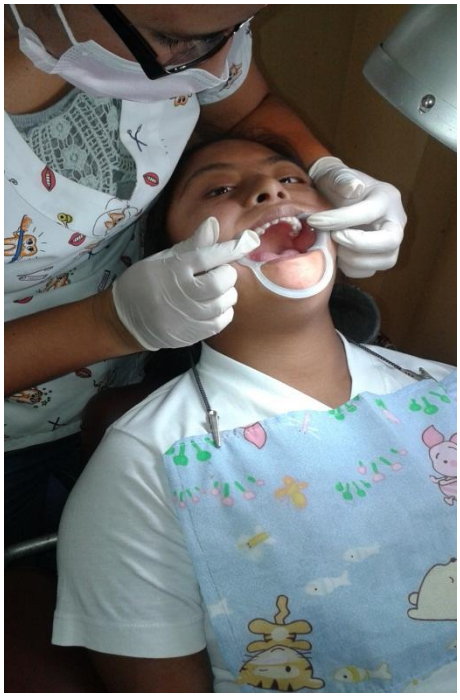
ANEXO N.° 6

HISTORIAS CLINICAS









ANEXO N.° 7

MATRIZ DE OBSERVACIÓN







ANEXO N.° 8

ENCUESTAS









ANEXO N.° 9



Recomendaciones:

- Visitas regulares al odontólogo
- Disminuir el consumo frecuente de azucares y golosinas
- Cepillar los dientes después de cada comida
- Cambiar el cepillo de diente cada 3 meses
- Recuerda comer sano y tendrás dientes sanos







Universidad Estatal De Bolívar

Departamento de Posgrado

Especialidad En Atención Primaria de la Salud

"Prevención bucal, sonrisas brillantes"





Dra. Fabíola Rodríguez M

"Prevención bucal, sonrisas brillantes"

Tener dientes sano no significa simplemente tener dientes lindos. Es necesario cuidar toda la boca para tener una buena higiene.

La higiene bucal

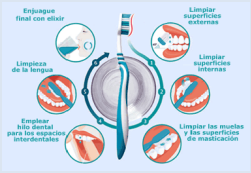
Es la práctica de mantener la boca, los dientes y encías limpias y saludables para prevenir problemas dentales mediante la eliminación de la placa y bacterias.

Se incluye:

- Cepillado de los dientes
- Uso del hilo y enjuague bucal
- Limpieza de la lengua y paladar
- Visita regulares al odontólogo

La importancia del cepillado es evitar las patologías bucales

Ciclo de higiene bucal



El cepillado debe de realizarlo después de cada comida y su duración debe de ser de 3 a 4 minutos

Se debe de emplear para la higiene bucal:

- Cepillo acorde a las necesidades.
- Pastas con flúor
- Enjuagues bucales
- Hilo dental





Alimentación sana

La buena alimentación es necesaria para mantener los dientes en óptimas condiciones

Entre los alimentos que protegen la salud bucal están:

- Leche, yogurt, quesos que aportan proteínas y calcio
- Huevos carnes y hortaliza que aportan vitaminas, hierro, fibra}cebada, arroz integral, pescados que aportan flúor



Se debe de evitar ingerir:

- Azucares: caramelos, chupetes, chicle, etc.
- Carbohidratos: galletas, papas fritas, pan.