



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

Área: Odontopediatria y Periodoncia

Línea: Biología Humana

Temática: Patologías Generales y Bucales

**PREVALENCIA DE ENFERMEDADES BUCO-DENTALES EN NIÑOS
CON SÍNDROME DE DOWN EN LA ESCUELA ACAPANE
NAGUANAGUA-VALENCIA DURANTE EL PERIODO ABRIL - MAYO
2013.**

Tutor de Contenido:

Odont. Elena Zavarce.

Autoras:

Br. Daniella Rodríguez

Br. Lorenzana Rodríguez

Tutor Metodológico:

Marlon Pérez

Naguanagua, 2013.



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

Área: Odontopediatria y Periodoncia

Línea: Biología Humana

Temática: Patologías Generales y Bucales

**PREVALENCIA DE ENFERMEDADES BUCO-DENTALES EN NIÑOS
CON SÍNDROME DE DOWN EN LA ESCUELA ACAPANE
NAGUANAGUA-VALENCIA DURANTE EL PERIODO ABRIL - MAYO
2013.**

Tutor de Contenido:

Odont. Elena Zavarce.

Autoras:

Br. Daniella Rodríguez

Br. Lorenzana Rodríguez

Tutor Metodológico:

Marlon Pérez

Naguanagua, 2013.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
Facultad de Odontología

ACTA DE APROBACIÓN

En nuestro carácter de evaluadores del trabajo de grado presentado por los ciudadanos _____, C.I. _____ y _____, C.I. _____, cuyo título es “ _____”

_____”, consideramos que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos indispensables para su aprobación.

En Valencia, a los 21 días del mes de noviembre de 2013

Prof. Nombre y Apellido
C.I.

Prof. Nombre y Apellido
C.I.



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PREVALENCIA DE ENFERMEDADES BUCO-DENTALES EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN EN LA ESCUELA ACAPANE NAGUANAGUA-VALENCIA DURANTE EL PERIODO ABRIL-MAYO 2013

Autoras:

Daniella Rodríguez

Lorenzana Rodríguez

Fecha: Marzo, 2013.

RESUMEN

La presente investigación está fundamentada en determinar la prevalencia de enfermedades buco-dentales en niños con Síndrome de Down en la Escuela Acapane Naguanagua-Valencia durante el período Abril-Mayo 2013, a fin de determinar la edad y el género más afectados por las enfermedades bucodentales. El cual es un tema importante para odontología y por ende va en beneficio de la salud bucal de las personas y sobretodo de los niños que tienen esta patología, quienes requieren una atención óptima que les garantice buena salud bucal y sin complicaciones. Dicha investigación estuvo fundamentada en un enfoque cuantitativo desde el punto de vista descriptivo y utilizando un diseño no experimental traseccional ya que permitió establecer relaciones entre las variables y los sujetos del estudio, por lo tanto para recolectar la información se utilizó una guía de observación aplicada a las historias clínicas odontológicas de los niños con Síndrome de Down de edades comprendidas entre 3 a 15 años, la cual permitió recolectar la información directa, eficaz y oportuna de las variables en estudio. Dicho instrumento fue validado por juicios de expertos, los resultados que se obtuvieron fueron que el género con mayor prevalencia de enfermedad periodontal fue el género masculino 58.6%, al igual que en la erupción dentaria donde el género masculino fue el mayor prevalencia con 83%, por otra parte el grupo etario predominante resulto ser el de 7-10 años con caries dental, y por último el rango de edad más común con mal oclusión es el de 7-10 años.

Descriptores: Síndrome de Down, Enfermedades buco-dentales y Estudiantes de Odontología.



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**PREVALENCIA DE ENFERMEDADES BUCO-DENTALES EN NIÑOS CON
SÍNDROME DE DOWN EN LA ESCUELA ACAPANE NAGUANAGUA-
VALENCIA DURANTE EL PERIODO ABRIL-MAYO 2013**

Autoras:

Daniella Rodríguez

Lorenzana Rodríguez

Fecha: Marzo, 2013.

ABSTRACT

The present research is based in Acapane Naguanagua-Valencia determined the Prevalencia of Oral Diseases in children with Down's Syndrome in the School during the Period April-May 2013, in order to determine the age and the gender more affected by the oral diseases. Which is an important topic for odontology and therefore goes in benefit of the dental helth of the people and overcoat of the children who have this pathology, who needed an ideal attention that they guarantee good dental helth and without complications. The above mentioned investigation was based on a quantitative approach from the descriptive point of view and using a design not experimental traseccional since it allowed to establish relations between the variables and the subjects of the study, therefore to gather the information there was in use a guide of observation applied to the clinical odontologic histories of the children with Down's Syndrome of ages understood between 3 to 15 years, which allowed to gather the direct, effective and oportune information of the variables in study. The above mentioned instrument was validated by experts' judgments, The results that were obtained were that the kind with major prevalencia of disease periodontal was the masculine kind 58.6 %, as in the eruption dentaria where the masculine kind was the major prevalencia with 83 %, on the other hand the group etario predominant I turn out to be that of 7-10 years with dental decay, and finally the range of the most common age with badly occlusion is that of 7-10 years.

Descriptors: Down's syndrome, illnesses orally, Students of odontology.

DEDICATORIA

Quiero dedicarle y agradecerle principalmente a dios, por darme vida y salud para poder cumplir esta meta.

A mi Madre Rayma Rodríguez, que es mi guía y mi fuerza, gracias por estar siempre presente y brindarme ese apoyo incondicional día a día. A mi tío Arturo Lugo y mi tía Mirna Rodríguez, gracias por ser parte fundamental de este logro.

A toda mi familia, les agradezco por todo ese apoyo brindado en cada etapa de mi carrera, a mi novio Carlos José Hernández, gracias por estar allí siempre de manera incondicional.

A mis tutores Elena Zavarce y Marlon Pérez, gracias por guiarme en cada paso de la tesis. A la señora María Brizuela gracias por toda la ayuda y el apoyo brindado.

DANIELLA RODRIGUEZ

A mi Dios todo poderoso por estar presente en cada día de mi vida por proveerme de salud, fortaleza, luz en los momentos de oscuridad y guía en el éxito de mis metas.

A mis padres Francisco Rodríguez y Reina Brizuela por enseñarme e inculcarme el sentido del estudio para llegar así al camino que me ha conducido al éxito.

A mis hermanos Francisco, Ana y Daniel por estar en cada momento y que siempre voy a tener presente que en la unión esta el amor.

Gracias a todas las personas que han creído en mí, que me han apoyado para así culminar este trabajo, en especial a mi tía María Brizuela por brindarme su apoyo y amor en todo momento.

LORENZANA RODRIGUEZ

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecerle a dios y a la virgen por guiarnos a lo largo de nuestra carrera.

A la universidad de Carabobo, por ser nuestra casa de estudios.

A todos nuestros profesores, por ser excelentes profesionales y darnos todos sus conocimientos y formarnos en nuestra profesión.

A la facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, por ser nuestro segundo hogar.

DANIELLA RODRIGUEZ

A nuestro Dios y el Espíritu Santo; por darme la vida y las herramientas necesarias para no decaer a pesar de que hay momentos resbaladizos y creer en que no puede levantarse y seguir, pero siempre hay una luz a lo largo del camino.

A mi tía María Brizuela le agradezco de corazón por prestarme su ayuda sin esperar nada a cambio, a mi persona ya que siempre estuve segura que el éxito está dentro de uno mismo a pesar de las dificultades.

Quisiera agradecer a nuestra profesora de odontopediatria I Odont. Elena Zavarce, por aceptar ser nuestra tutora de contenido, a nuestro tutor metodológico Marlon Pérez por brindarnos todos sus conocimientos y ayuda a lo largo de nuestra investigación.

Por último y no menos importantes le agradezco a toda mi familia por estar al pendiente de mi y por ayudarme en los que ellos podían.

LORENZANA RODRIGUEZ

TABLA DE CONTENIDO

	Páginas
Portada -----	I
Resumen -----	II
Abstract -----	III
Dedicatoria -----	IV
Agradecimientos -----	V
Tabla de contenido -----	VI- VIII
Lista de cuadros -----	IX
Lista de gráficos -----	X
Introducción -----	1-2
CAPITULO I: EL PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del problema -----	3-7
1.2. Objetivos de la Investigación -----	7
1.2.1. General -----	7
1.2.2. Específicos -----	7-8
1.3 Justificación -----	8-10
CAPITULO II: MARCO TEORICO	
2.1. Antecedentes de la Investigación -----	11-14
2.2. Bases teóricas -----	14-15
2.2.1. Síndrome de Down -----	15
2.2.1.1. Diagnostico -----	16
2.2.1.2. Prevalencia -----	16-17
2.2.1.3. Manejo y Tratamiento -----	17
2.2.2. Enfermedad Periodontal -----	17
2.2.2.1. La Gingivitis -----	17
2.2.2.1.1. Inducidas por Placa Bacteriana -----	17

2.2.2.1.2. Asociada Sólo con Placa Dental -----	18
2.2.2.1.3. Enfermedad Gingival Modificadas por Factores Sistémico -----	18
2.2.2.1.4. Enfermedad Gingival Modificada por Medicamentos -----	18
2.2.2.1.5. Enfermedad Gingival Modificada por Malnutrición -----	18
2.2.2.1.6. No Inducida por Placa Bacteriana -----	18-19
2.2.2.1.7. Tratamiento -----	19
2.2.3. La Periodontitis -----	19
2.2.3.1. Periodontitis Agresiva-----	19
2.2.3.2. Periodontitis Crónica-----	20
2.2.3.3. Tratamiento-----	20
2.2.3.4. Mantenimiento-----	20
2.2.3.5. Índice de O’Leary-----	21
2.2.3.6. Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS)-----	21
2.2.3.7. Índice Papilar, Marginal, Adherida (PMA)-----	21-22
2.2.4. La Mal oclusión-----	22
2.2.4.1. Mal oclusión Clase I-----	22
2.2.4.2. Mal oclusión Clase II-----	22
2.2.4.3. Mal oclusión Clase III-----	23
2.2.4.4. Etiopatogenia de la Mal Oclusión-----	23
2.2.4.5. Tratamiento-----	23-24
2.2.5. Retardo en la Erupción Dentaria-----	24
2.2.5.1 Tratamiento-----	24-25
2.2.6. Caries Dental-----	25
2.2.6.1. Clasificación-----	25
2.2.6.2. Prevalencia de la Caries-----	25-26

2.2.6.3. Factores epidemiológicos que pueden influir en la prevalencia de la caries-----	26
2.2.6.4. Epidemiología de la Caries Dental-----	26
2.3 Sistema de Variables-----	26
2.3.1 Variable-----	26
2.4 Definición Conceptual-----	26-27
2.5 Definición Operacional-----	27

CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO

3.1. Tipo y Diseño de la Investigación-----	29-30
3.2. Población y Muestra-----	30
3.2.1. Población-----	30
3.2.2. Muestra-----	30
3.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos-----	30-31
3.4. Validez del Instrumento-----	31
3.4.1. Validez-----	31
3.4.2. Técnica para el análisis de datos-----	31-32

CAPITULO IV: PRESENTACION DE LOS RESULTADOS CONCLUSIONES Y REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

4.1. Análisis e Interpretación de los Datos -----	34
4.2. Discusión-----	39-40
4.3. Conclusiones -----	41-42
4.4. Recomendaciones -----	42-43
4.5. Referencias Bibliográficas-----	43-44
Anexos -----	45
A. Instrumento Aplicado-----	46
B. Validación del Instrumento-----	47
C. Constancia de Validación-----	48

LISTA DE CUADROS

Página.

CUADRO

1. **Cuadro N° 1:**Operacionalización de Variables ----- 28

2. **Cuadro N° 2:** Distribución de frecuencia y
porcentual del género de mayor prevalencia
de enfermedad periodontal----- 35

3. **Cuadro N° 3:** Distribución de frecuencia y
porcentual del género de mayor prevalencia
de alteración en la erupción dentaria-----36

4. **Cuadro N° 4:** Distribución de frecuencia y
porcentual del rango de edad
con caries dental----- 37

5. **Cuadro N° 5:** Distribución de frecuencia y
porcentual del rango de edad
con enfermedad periodontal-----38

6. **Cuadro N° 6:** Distribución de frecuencia y
porcentual del rango de edad con al
oclusión----- 39

LISTA DE GRÁFICO

GRÁFICO	Página.
1. Gráfico N°1: Determinación del género con mayor prevalencia de enfermedad periodontal-----	35
2. Gráfico N°2: Género de mayor prevalencia de alteración en la erupción dentaria-----	36
3. Gráfico N° 3: Rango de edad con caries dental-----	37
4. Gráfico N° 4: Rango de edad con enfermedad periodontal-----	38
5. Gráfico N° 5: Rango de edad con mal oclusión-----	39

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades buco-dentales son patologías que pueden causar dolor orofacial crónico, enfermedades periodontales de las encías, trastorno como la mal oclusión, el retardo en la erupción dentaria que afectan a la cavidad bucal, los cuales pueden producir en los seres humanos y en especial los niños con Síndrome de Down un desequilibrio en el desarrollo integral del niño(1). Resulta oportuno decir que las enfermedades buco-dentales se le considera un problema de salud pública por sus altas incidencias en la población infantil y en general, la misma no tiene distinción de raza, genero, y ellas son factores de riesgo para cuatro enfermedades importantes: Cardiovasculares, ya que las mismas se ven favorecidas por la mala alimentación, el consumo de alcohol y en los niños la ingesta de dulces.

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

Las enfermedades buco-dentales (enfermedades periodontales en conjunto con la caries), representan un problema de salud de gran relevancia en Venezuela y que la misma a afectado aproximadamente a un 98% de la población, siendo la caries dental una de las patologías más frecuentes en el mundo y América latina, de igual manera estas son una de las patologías características de los niños con Síndrome de Down, por lo que hay que resaltar que esta es considerada la enfermedad de “la civilización”, debido a que la misma está relacionada con una alimentación balanceada e hiperazucarada, propia de las comidas rápidas o chatarras como es conocida en el lenguaje coloquial(2).

Siguiendo el orden de ideas los azúcares producen en los dientes el aumento de la placa bacteriana factor principal de la caries y las enfermedades periodontales

las cuales producen la pérdida del hueso alveolar y en consecuencia la pérdida de diente siendo el factor causante de estas enfermedades la placa bacteriana. Por otra parte se establece que el mejor tratamiento de cualquier enfermedad es su prevención.

Todas las enfermedades pueden prevenirse y diagnosticarse a tiempo para minimizar las consecuencias y plantear el tratamiento adecuado, por lo antes expuesto se plantea que la prevención y el diagnóstico a tiempo son el eje principal de la salud preventiva. La odontología preventiva tiene como finalidad colocar barreras que eviten el desarrollo de las enfermedades buco-dentales y por ende la aparición de diferentes enfermedades o disminuir el riesgo de malignidad o la destrucción de las estructuras dentarias.

Por todo lo planteado podemos decir que esta investigación se orientó a identificar la prevalencia de enfermedades buco-dentales en niños con Síndrome de Down en la Escuela Acapane Naguanagua-Valencia durante el período Abril-Mayo 2013, la cual se divide en los siguientes capítulos:

Capítulo I: Conformación del problema, en donde se hace una breve reseña de la problemática planteada; contiene tanto los objetivos generales como los específicos, y la justificación.

Capítulo II: El Marco Teórico, en donde se presentan los antecedentes de la investigación representados por trabajos seleccionados que manejaron las variables de estudio, las bases teóricas, así como también el sistema de variable plantada en la investigación.

El Marco metodológico, el cual se conforma siguiendo los objetivos planteados en el estudio y comprende diseño de la investigación, población, muestra y técnica e instrumento de recolección de los datos, la validez del instrumento y se presenta la técnica del análisis de los datos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

Las Enfermedades buco-dentales han existidos desde tiempo pasados en donde la solución era la extracción de la pieza dental, pero actualmente estas son consideradas un problema de salud pública, ya que a partir de ellas pueden surgir otras afecciones que desequilibren el bienestar en general de las personas, en especial a los niños de edad escolar, es decir, esta es una coyuntura que enfrenta la población venezolana, en el orden social, económico, político y cultural dentro y fuera del sector salud, por lo que es necesario plantear un fortalecimiento de asistencia a la población sana y así prevenir las patologías buco-dentales que a su vez ocasionen otras enfermedades en el ser humano.

Cabe agregar que uno de los padecimientos crónicos más frecuente de las personas a nivel mundial se presentan en la cavidad buco-dental es la caries, el 98% de la población tiene caries dental, la cual es causada por la alimentación rica en azúcares y una inadecuada higiene bucal (1). En este sentido Ayala y Maestre (2009) cita a la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien considera que la caries es “la enfermedad que constituye el mayor riesgo para la salud bucal y la define como problema de salud público, siendo de tal magnitud que se debe considerar la necesidad de proporcionar educación preventiva para conservar la salud buco-dental”.

En el orden de las ideas anteriores Venezuela para el año 1999 se planteó un eslogan que se hizo público y en donde para el siglo XXI se tendría salud para todos, y a pesar de esta resolución no se logró el objetivo, ya que en Venezuela se ha hecho presente patologías buco-dentales y enfermedades de otra índole que afectan la salud de las personas sanas y con un grado de excepcionalidad, hay patologías que producen dolor orofacial crónico, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental, trastornos como la mal oclusión, y el retardo en la

erupción dentaria que afectan a la cavidad bucal, las cuales pueden ocasionar en los seres humanos y en especial los niños con Síndrome de Down, un desequilibrio en el desarrollo integral del niño.

Cabe destacar que las caries dentales y las parodontopatias (enfermedades de las encías) constituyen las principales afecciones buco-dentales que afectan a los seres humanos, y la misma se presenta a cualquier edad y son la causa de 98% de los dientes perdidos, tal como lo señala Álvarez (2008). Es por ello, que tantos padres y/o representantes de niñas o niños deben ser informados de la condición general de la cavidad bucal y de los procedimientos necesarios para mantener o mejorar su salud bucal.

En el mismo sentido de las ideas planteadas cabe resaltar que las enfermedades periodontales, también afectan a los países desarrollados y son las causas más frecuentes de extracción de piezas en sujetos mayores de 35 años, hasta el 80% de la exodoncia de estos pacientes. Resulta oportuno destacar que las enfermedades periodontales, afectan a la mayoría de la población, en mayor o menor grado, ya sean gingivitis o periodontitis. Por otra parte Echeverría y Col (2002), dicen que “las enfermedades periodontales se observan en un 80% de la población la cual progresa de la gingivitis a la periodontitis, de evolución lenta la cual conducirá a pérdidas dentales en edades generalmente avanzadas”.

Y en relación a la mal oclusión y retardo en la erupción dentaria Bocanegra y Col (2003), refieren que los “niños con Down, presentaron en relación con la población normal una prevalencia similar de clase I y menor de clase II, en donde la mal oclusión más frecuente es la mordida abierta anterior en un 25%, seguida del apiñamiento inferior con un 18%, siendo los niños con síndrome de Down los que presentan estas características y mal oclusiones graves”, la misma autora menciona que estos niños en su mayoría cursan retardo de la erupción dental (temporal y permanente), y erupciones irregulares.(2)

Por otra parte esta situación trae como consecuencia a los niños con Síndrome de Down que ellos realicen una respiración bucal en vez de la nasal, además los

conlleva a una deformación palatina, problema de higiene buco-laríngeo y resequedad de la lengua, premisa anterior que permite mencionar que desde el punto de vista odontológico hay que trabajar para brindarles cuidados y así ellos adquieran funcionalidad bucal y por ende disminuir riesgo de salud.

Por otra parte, Acuña (2003), destaca que:

“La odontología debe asumir la responsabilidad que tiene de velar por la salud oral de la comunidad y por eso debe cumplir con la función que le corresponda para lograr conservar sana a la población, y de igual manera tiene las posibilidades técnicas y científicas, para conservar la salud buco dental de la comunidad, y no tiene disculpa para seguir dependiendo exclusivamente de las enfermedades más frecuentes, como la caries dental y la enfermedad periodontal, para ello debe impulsar todas las actividades preventivas que se puedan aplicar para evitar la presencia de las enfermedades buco-dentales”.

De acuerdo con Acuña, la Odontología debe tomar las riendas para velar con responsabilidad la salud oral de las comunidades, utilizando las herramientas técnica y científicas para mantener sana a la población.

Según se ha visto a nivel mundial las enfermedades buco-dentales son muy elevadas en niños y adolescentes, según la Organización Mundial de la Salud Citada por la Organización panamericana de la Salud (2002). Quien dice: “Recomienda el índice periodontal comunitario, este índice mide la presencia de sangrado y bolsas periodontales, en seis grupos, denominados cuadrantes indicadores (P.205)”.

Además hace referencia que varios países de América Latina y del Caribe se ha informado la presencia de bolsas periodontales en más del 50% de la población entre 12 y 15 años, por otra parte la población de niños con Síndrome de Down no se escapa de esta patología recordando que el Síndrome de Down es un trastorno genético que se presenta en 1 de cada 800 a 1000 recién nacidos vivos, por lo que es considerada una de las trisomía de mayor incidencia, trayendo con esto riesgos o complicaciones a la salud del niño.

Siguiendo el orden de idea entre las complicaciones odontológicas en los niños con Síndrome de Down, resaltan: Erupción dentaria tardía tanto temporal como permanente en un (75%) de hipodoncia y anodoncia, erupción dentaria irregular, menor incidencia de caries, alta incidencia de enfermedad periodontal la cual es causada por higiene bucal deficiente y trastornos asociados como: oclusión y bruxismo.⁽³⁾

Por esta razón en Venezuela 2008⁽¹⁾ se establece un convenio entre el Ministerio del Poder Popular para la Salud y el Ministerio Popular para la Educación, para implementar en las escuelas de educación básica y especial del país, un programa de Educación para la Salud Bucal, dicho programa está dirigido a prevenir afecciones buco-dentarias, en niños y jóvenes que asisten a las escuelas, siendo la responsabilidad de la ejecución del mismo el personal de salud y docente, quienes deba ofrecer información teórica y práctica referente a la salud dental.

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

Cabe destacar que los estudiantes de 5to año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo tratan a los niños con Síndrome de Down, Autista, y niños con trastornos tales como: visuales, auditivos y motrices, por las consideraciones anteriores, permite a las investigadoras, indagar cuales son las causas de enfermedad buco-dentales en los niños con Síndrome de Down de la Escuela Acapane Naguanagua-Valencia.

Debido a las patologías que presentan estos niños es que nace la inquietud de estas investigadoras de lograr que los niños de esta institución sean tomados en cuenta ahora y siempre por el bienestar físico, social, psicológico y sobre todo un bienestar bucal optimo, el cual aumentara su autoestima y por ende tendrán una

mejor presencia en la sociedad. Siguiendo este orden de idea las investigadoras como futuras miembros de salud están en la búsqueda de poner a estos niños como ejemplo de que si se puede lograr lo que se quiere en el bien personal e institucional.

En función a lo planteado se genera las siguientes interrogantes:

¿Cuál será la prevalencia de enfermedad buco-dentales en niños con Síndrome de Down en la escuela Acapane Naguanagua-Valencia durante el periodo Abril-Mayo 2013?

1.2. Objetivos de la Investigación

1.2.1. Objetivo General

Determinar la prevalencia de enfermedades buco-dentales en niños con Síndrome de Down en la Escuela Acapane Naguanagua-Valencia durante el período Abril-Mayo 2013.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Determinar el género con mayor prevalencia de enfermedad periodontal en niños con Síndrome de Down en la Escuela Acapane Naguanagua-Valencia en el año 2013.
- Determinar el género con mayor prevalencia de alteración en la erupción dentaria en niños con Síndrome de Down en la Escuela Acapane Naguanagua-Valencia en el año 2013.
- Identificar el rango de edad con mayor presencia de caries dental en niños con Síndrome de Down en la Escuela Acapane Naguanagua-Valencia en el año 2013.

- Identificar el rango de edad más prevalente con enfermedad periodontal en niños con Síndrome de Down en la Escuela Acapane Naguanagua-Valencia en el año 2013.
- Determinar el rango de edad más común con mal oclusión dental en niños con Síndrome de Down en la Escuela Acapane Naguanagua-Valencia en el año 2013.

1.3. Justificación del Estudio

Esta investigación se considera necesaria por cuanto: permitirá conocer la prevalencia de enfermedades buco-dentales en niños con síndrome de Down en la escuela Acapane Naguanagua-Valencia, cuya alteración buco-dentales se les considera un problema de salud pública por su alto grado de frecuencia en la población. La misma no tiene distinción de: Raza, género, edad y situación económica, las dolencias buco-dentales comparten factores de riesgo con las cuatro enfermedades crónicas más importantes como son: enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes (4), debido a que se ven favorecidas por las dietas malsanas, el tabaquismo y el consumo nocivo de alcohol y en los niños por el consumo de dulces.

En este mismo orden de idea, el otro riesgo es una higiene buco-dental deficiente. Es debido a esto, que han surgido muchas investigaciones que han demostrado que la gingivitis(5), es una de la enfermedades buco dentales más frecuentes, la cual se encuentra casi universal en niños y adolescentes aunque las formas avanzadas y agresiva es muy rara en ellos, pero no se pueden descartar que las mismas se presenten, además no hay que dejar por fuera las otras enfermedades buco-dentales y trastornos dentarios que también afecta a nuestra población infantil y por la cual hay que trabajar en igual condición que las afecciones periodontales.

Antes esta perspectiva, el profesional de odontología está capacitado para impartir educación para la salud referida a la prevención de la enfermedad buco-

dentales, en las instituciones educativas y las comunidades. Por lo planteado anteriormente, este estudio se justifica porque el mismo permitirá; Describir la prevalencia de enfermedades buco-dentales en niños con Síndrome de Down en la Escuela Acapane Naguanagua-Valencia durante el período Abril-Mayo 2013.

De la misma manera, el estudio presenta relevancia profesional, social y educativa, profesional porque permitirá buscar nuevas alternativas para la profesión, por lo que el odontólogo deberá enriquecer y ampliar sus conocimientos y así lograr la conservación de la salud bucal de la población, pues con ella contribuye para que se mantenga la salud total, que es una de las grandes metas del hombre.

Desde el punto de vista social, beneficiará los niños con Síndrome de Down y a la familia, ya que el índice de ausentismo escolar se verá disminuido, pues se establecería un régimen de visitas odontológicas, donde recibirán orientación por parte del profesional de odontología al inicio del año escolar, de manera que de aplicar acciones que motiven al escolar en la prevención de las enfermedades buco-dentales, a través de programas de atención de salud bucal, como se sabe las enfermedades periodontales, caries dental, mal oclusión y retraso en la erupción dentaria son elevados en estos niños.

Sobre la base de las consideraciones anteriores este trabajo en lo económico repercutirá positivamente ya que un niño con una salud bucal sana es un gasto menos para la familia, institución y el estado.

Finalmente la presente investigación se justifica desde el punto de vista metodológico por que ofrecerá resultados que puedan servir de base conceptual para la realización de futuras investigaciones relacionadas con la variable de estudio, tanto en el área educativa como en la de salud dental, también es de gran importancia en la realización de trabajos epidemiológicos y para ayudar en la prevención de estas enfermedades. Premisa anterior que permite tomar como línea de investigación la promoción y prevención de la salud bucal en niños y niñas con Síndrome de Down, ya que al tener una salud bucal optima se disminuye riesgos de enfermedades a nivel de los sistemas respiratorios, gastrointestinales y cardiovasculares.

Por otra parte cabe resaltar que este trabajo de investigación concuerda plenamente con el área y líneas de investigación definida por la Universidad de Carabobo en la carrera de odontología, las cuales hacen referencia que el profesional de odontología se capacita y prepara para brindar especial cuidado de la salud bucal, desde el punto de vista preventivo, curativo y de rehabilitación.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

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

2.1. Antecedentes de la Investigación

Olávez y Cols (2009), ellos refieren que la caries dental es una enfermedad infecciosa, multifactorial, en la que intervienen: huésped, micro flora bucal y sustrato, siendo los carbohidratos, los alimentos cariogénicos por excelencia. El objetivo de esta investigación fue comparar hábitos alimenticios, hábitos Odontológicos y prevalencia de caries dental en estudiantes de la Facultad de odontología y Arquitectura de la Universidad de los Andes, para lo cual se diseñó un estudio de corte transversal, se aplicó una encuesta de preguntas cerradas sobre: hábitos alimenticios, odontológicos y un examen clínico para determinar el índice de caries dental en 57 estudiantes de arquitectura y 56 de odontología seleccionados aleatoriamente. Los resultados se analizaron mediante contraste de media y chi – cuadrado, obteniéndose índice de caries dental (CPOD) de 4,43+- 3,44 en arquitectura y 4,80 +- 4,05 en odontología. Los carbohidratos más ingeridos fueron las pastas, el pan y las golosinas relacionadas con el índice de CPOD en arquitectura, no encontrándose asociación entre consumo de pasta y CPOD en Odontología. No se encontraron diferencias significativas entre los índice caries y hábitos odontológicos en ambos grupos. A pesar de ser grupos homogéneos, la presencia de mejores hábitos odontológicos en los estudiantes de

odontología pudiera deberse a los conocimientos y motivación adquirida durante la carrera.

Cabe señalar que la relación del anterior estudio con la presente investigación radica en que ambas estudian la prevalencia de enfermedades buco dental.

De igual forma Joachin (2007), presentó en la Facultad de Odontología en la Universidad de San Carlos de Guatemala, una investigación que tiene por título: "Prevalencia, severidad, extensión, características clínicas de enfermedad periodontal en jóvenes de 13 a 21 años con Síndrome de Down en la República de Guatemala". La población estuvo conformada por 400 alumnos, tomando una muestra aleatoria de 50 por cada región. En consecuencia el resultado se determinó que el 3,5% de los jóvenes evaluados no manifestaron inflamación gingival y enfermedad periodontal, mientras que el 96,5% de los evaluados presentaron inflamación gingival, por lo tanto los clasifíco como enfermos. Así, el 61,6% mostraron gingivitis y un 38,96% tenían periodontitis.

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

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

Dadas las condiciones que anteceden, se toma a este autor como sustento a esta investigación en vista de que el mismo toca en su trabajo la variable en estudio

“prevalencia”, enfermedades periodontal y los sujetos estudiados fueron niños con síndrome de Down.

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

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

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

El propósito de este estudio fue demostrar la eficacia de una investigación educativa en salud bucal dirigida a las madres, en los cambios de los indicadores de placa dentó bacteriana, gingivitis y caries dental en niños entre dos y cinco años de edad.

Se realizó un estudio casi experimental con un grupo experimental de (46 niños) y un grupo control de 47 niños, en el cual se examinó al mismo individuo antes y después de aplicar una intervención educativa en salud bucal dirigida a sus

madres, encontrándose una disminución en el grupo de intervención en la mancha blanca activa (0,3 + 0 – 0,8; IC 95% 0,1 – 0,5), un aumento en la mancha blanca inactiva (0,9 + 0 – 1,6; IC 95% 0,4 – 1,4); aumento en el índice gingival (5,1 + 0 – 5,4; IC 95% 3,4 – 6,7), el índice de placa no mostró diferencias estadísticamente significativas (p menor a 0,05).

Una intervención educativa en las madres de los niños escolares permite modificar conductas relacionadas con las prácticas de higiene oral, logrando la disminución de los indicadores que evalúan condiciones de salud bucal.

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

Se tomaron estas investigaciones como soporte relevante para el desarrollo del proyecto de estudio, porque tienen relación directa con la propuesta de tesis que está en ejecución, las variables objeto de estudio como la enfermedad periodontal, caries dental, retardo en la erupción dental, mal oclusión dental presente en los jóvenes con Síndrome de Down siendo estas variables el enfoque central de la investigación.

2.2. Bases Teóricas

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

componen las bases teóricas de la investigación y conforman la estipulación de los métodos, procedimientos o teorías expuestas.

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

2.2.1. Síndrome de Down.

Para la Asociación Almeriense del Síndrome de Down (2005) es un trastorno genético causado por la presencia de una copia extra del cromosoma 21 ó una parte del mismo, caracterizado por la presencia de un grado variable de retraso mental y unos rasgos físicos peculiares que le dan un aspecto reconocible. Al mismo tiempo es la causa más frecuente de discapacidad psíquica congénita y su nombre se debe a John Langdon Haydon Down, quien fue el primero en describir esta alteración genética en 1866, aunque nunca llegó a descubrir las causas que la producían.

En julio de 1958, Jérôme Lejeune descubrió que el síndrome era una alteración en el mencionado par de cromosomas.

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

Los niños con Síndrome de Down presentan una serie de características

Rasgo facial: Incluyen contornos redondeados, ojos oblicuos con pronunciados pliegues epicánticos y nariz corta con aplanamiento del puente nasal.

Sistema Orgánico: Casi todos los pacientes presentan significativa pérdida conductora de la audición, presentan trastornos cardiacos congénitos, en el

sistema gastrointestinal presentan anomalías, atresia duodena, ano imperforado y enfermedad Hirschsprung, el retraso mental es una característica constante, pero de grado muy variable. Los pacientes con síndrome de Down presentan envejecimiento prematuro y manifiestan los hitos de la enfermedad de Alzheimer a una edad más temprana que las personas no afectadas.

Y muchas de las manifestaciones ortopédicas del síndrome de down se relacionan con hipotonía generalizada y laxitud de los ligamentos, en la columna vertebral cervical se puede observar aumento del movimiento de traslación o franca inestabilidad de las articulaciones occipitocervical y atlantoaxoidea y además es común la escoliosis. Y a nivel bucodental las características son: denticiones primarias y secundarias retrasadas y asincrónicas, dientes supernumerarios, taurodoncia, dientes hipoplásicos e hipocalcificación.

2.2.1.1. Diagnóstico.

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

2.2.1.2. Prevalencia.

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

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

2.2.1.3. Manejo y Tratamiento.

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

2.2.2. Enfermedad Periodontal.

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

2.2.2.1. La Gingivitis.

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

Según el autor, en relación con la enfermedad gingival la divide en inducida por placa y no inducida por placa:

2.2.2.1.1. Inducidas por Placa Bacteriana.

Entre éstas se encuentra la Gingivitis asociada sólo con placa dental, Enfermedad gingival modificada por factores sistémicos, por medicamentos y por

malnutrición. El mismo autor las clasifica en:

2.2.2.1.2. Asociada Sólo con Placa Dental

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

2.2.2.1.3. Enfermedad Gingival Modificadas por Factores Sistémico

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

2.2.2.1.4. Enfermedad Gingival Modificada por Medicamentos

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

2.2.2.1.5. Enfermedad Gingival Modificada por Malnutrición

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

2.2.2.1.6. No Inducida por Placa Bacteriana

Son manifestaciones bucales de enfermedades sistémicas que producen lesiones en los tejidos del periodonto sin estar asociado a placa bacteriana. Igualmente se clasifica en enfermedad gingival de origen bacteriano, viral,

micótico, genético y sistémico. (Santos 2002)

2.2.2.1.7. Tratamiento.

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

2.2.3. La Periodontitis.

Fernández y Fabregues (2009), definen la periodontitis como el grupo de enfermedades inflamatorias de origen infeccioso que afectan los tejidos de soporte del diente, y que de no ser tratadas adecuadamente puede causar la pérdida de los dientes por destrucción de su aparato de inserción.

Por otra parte según Carranza (2008), la describe aquella enfermedad inflamatoria de los tejidos de soporte del diente, causada por microorganismos que producen la destrucción del ligamento y hueso alveolar con formación de bolsa, recesión o ambas. Se distingue la periodontitis de la gingivitis por la presencia de pérdida ósea detectable. Esta se clasifica en:

2.2.3.1. Periodontitis Agresiva.

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

2.2.3.2. Periodontitis Crónica.

Esta denominación vino a sustituir a la que entonces se denominan periodontitis del adulto, pues se pensó que la edad podía ser un factor diagnóstico. Aun así, esta forma de periodontitis, que es la más frecuente suele darse en

adultos por encima de los 30 años y su progresión es lenta, en la mayoría de los casos. Normalmente se encuentra relación entre la cantidad de irritantes, placa y calculo, el grado de inflamación gingival y la importancia de la pérdida de inserción. Así mismo la progresión también está relacionada con factores de riesgo locales que facilitan la retención de la placa, como puede ser el apiñamiento, las obturaciones desbordantes o poco pulidas, las prótesis sobre contorneado y otros factores iatrogénicos. (Fernández 2009).

De igual forma Carranza (2008), la relaciona como manifestación de las siguientes enfermedades: trastornos hematológicos como leucemia, neutropenia adquirida y trastornos genéticos como Síndrome de Down, neutropenia familiar, síndrome de papillon lefreve, síndrome de cohen.

2.2.3.3. Tratamiento.

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

2.2.3.4. Mantenimiento.

Después de la resolución de la infección periodontal, el paciente debe ser incluido en un programa de mantenimiento diseñado a su medida. El control óptimo de la placa bacteriana por parte del paciente es de suma importancia para conseguir una respuesta favorable clínica y microbiológica a terapia antimicrobiana sistémica.

2.2.3.5. Índice de O'Leary.

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

2.2.3.6. Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS).

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

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

2.2.3.7. Índice Papilar, Marginal, Adherida (PMA).

Según el Manual de Odontología por Masson (2002), es el primer índice diseñado para determinar la severidad de la Gingivitis y fue creado por Schour y Massler. Simultáneamente es un Índice sencillo, económico y fácil de obtener, además de ser aceptado por la población, pero a pesar todo ello es difícil unificar los criterios sobre todo para determinar en qué momento se considera una encía sana o inflamada en una zona o bien para establecer los límites de esa inflamación. Además las causas de esa inflamación se pueden deber a otras razones no asociadas a un proceso patológico gingival, como es la erupción o exfoliación de los dientes o algún traumatismo leve durante el cepillado dental, donde sí esto no se aclara antes del estudio se puede sobreestimar el Índice.

Para su obtención se requiere observar buscando detectar inflamación, sólo con un espejo, alrededor de cada diente, específicamente el tejido gingival mesiovestibular y dividirlo en tres partes: Papilar (la papila interdientaria), Marginal (la encía libre que rodea la corona del diente cerca del cuello), Adherida (comprende a la encía que cubre al hueso de soporte).

2.2.4. La Mal oclusión.

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

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

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

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

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

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

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

2.2.4.4. Etiopatogenia de la Mal Oclusión.

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

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

Factores Generales:

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

Musculares: Los dientes se simún entre las mejillas y labios por un lado y la lengua por el otro. Cualquier modificación de este equilibrio producirá una alteración.

Dentales: Cualquier desproporción entre el tamaño dentario y el de los maxilares producirá una mal oclusión.

2.2.4.5. Tratamiento.

El tratamiento debe ser programado en Fases En la Maloclusión Clase I

Primera Fase General del Plan de Tratamiento: Incluye a la consulta, pre medicación, interconsulta y tratamiento médicos previos que preparen al paciente para una terapéutica odontológica activa.

Segunda Fase o Tratamiento básico de saneamiento: incluye consideraciones preventivas específicas, tratamiento periodontal, cirugía, endodoncia, restauraciones dentales y prótesis.

Tercera Fase: es la correctiva incluye el tratamiento ortodóntico preventivo, interceptivo o correctivo, el cual estará dictado por el cumplimiento exitoso de la fase anterior

La última Fase es la de mantenimiento:

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

2.2.5. Retardo en la Erupción Dentaria.

En relación Retardo dentario el autor Raspall (2007); dice que un diente está retenido cuando su superficie oclusal se encuentra al menos 1 mm del nivel oclusal de los otros dientes a una edad en la que el diente debería estar en oclusión, y se considera que un diente está incluido si además se encuentra dentro del hueso maxilar rodeado de un saco pericoronario intacto. Y de igual manera menciona que las causas pueden ser:

a) Causas locales:

- * Retraso fisiológico de la erupción más frecuente en región canina y premolar
- * Anomalías del folículo dentario de desarrollo, dirección e inserción.
- * Falta de espacio por deformidades dentofaciales mecánicas en los tejidos blandos o duros.

b) Causas Generales:

- * Fibromatosis Congénitas.
- * Disostosis Cleidocraneal.
- * Raquitismo.
- * Hipotiroidismo.
- * Síndrome de Gardner.
- * Displasia ectodérmica anhidrotica.

c) Causas Hereditarias o Familiares: Inclusiones dentarias sin otras anomalías locales o generales acompañantes.

2.2.5.1. Tratamiento.

Los dientes incluidos pueden retenerse en la arcada mediante una combinación de técnicas ortodóncicas y quirúrgicas. El éxito de este procedimiento requiere un

diagnóstico precoz para aprovechar en lo posible la capacidad eruptiva del diente en desarrollo. Solamente en los terceros molares retenidos no se plantea como primera opción la conservación de la pieza en la arcada.

2.2.6. Caries Dental.

La Caries Dental Según Castilla y León (2006), “Una enfermedad microbiológica infecciosa cuyo resultado es la destrucción localizada de los tejidos dentarios(esmalte, dentina y cemento), causada por la producción ácida de bacterias y manifestada por el progresivo oscurecimiento y reblandecimiento de dichos tejidos y su posterior pérdida dejando una cavidad en el seno del diente”(p.20)

2.2.6.1. Clasificación.

Se Clasifican en Tres tipos de Caries:

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

b) Caries de superficie lisas:

Vestibular y Lingual: normalmente es cervical, atacando esmalte, cemento o ambos y progresa rápidamente.

C) Caries interproximal: Se extiende en superficie antes de profundizar en el diente y su progresión suele ser más lenta que la anterior.

Manifestación clínica: transparente desde oclusal a una coloración más oscura a través de la cresta marginal, o bien se deshilacha la seda dental.

2.2.6.2. Prevalencia de la Caries.

La prevalencia de la caries ha aumentado de manera constante con el avance de la civilización; por ejemplo, estudios de cráneos de antiguos griegos muestran que el 10% de la población estaba afectada, en el año mil de nuestra era, era ya un 20% de la población. En la actualidad, en las llamadas civilizaciones occidentales

la cifra se aproxima al 100% aunque gracias a las medidas preventivas esta tasa ha ido disminuyendo en las últimas décadas.

2.2.6.3. Factores epidemiológicos que pueden influir en la prevalencia de la caries

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

2.2.6.4. Epidemiología de la Caries Dental.

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

2.3. Sistema de Variables.

Para Hernández y Colaboradores (2002) “Una variable es una propiedad que puede variar y es susceptible de medirse.” Según esta definición, los elementos que integran la población pueden tomar diferentes valores y distinguirse un aspecto o característica del elemento de estudio de otro. Tales características pueden medirse a través de instrumentos y reflejar cuantitativa o cualitativamente las causas y efectos de los acontecimientos.

Según la investigación es de campo, de naturaleza descriptiva, y con base a lo anterior, en la misma interviene la variable siguiente:

2.3.1. Variable.

Prevalencia de Enfermedades Buco-Dentales en niños con Síndrome de Down

2.4. Definición Conceptual.

Consiste en resaltar los atributos o características reales y objetivas de la variable propiamente dicha (Hernández y Cols, 2002).

En la presente investigación las variables en estudios son prevalencia de enfermedad periodontal, entendiéndose como aquella frecuencia de individuos

que se caracteriza por una inflamación que compromete todo el aparato de soporte del diente. Prevalencia de caries dental, entendiéndose como aquella frecuencia de individuos que se caracteriza por presentar pérdida de la sustancia calcificada del diente ocasionado por microorganismo. Prevalencia de retardo en la erupción, entendiéndose como aquella frecuencia de individuos que presentan retardo en el tiempo de erupción de los dientes. Prevalencia de mal oclusión dental, entendiéndose como aquella frecuencia de individuos que se caracteriza por presentar mal oclusión dental.

2.5. Definición Operacional.

Constituye el conjunto de procedimientos que describen las actividades que un observador debe realizar para recibir las impresiones sensoriales, las cuales indican la existencia de un concepto teórico en mayor o menor grado. En otras palabras, especifica qué actividades se deben llevar a cabo para medir una variable (Hernández y Cols, 2002).

Ya explicadas la variable de la investigación se procede a realizar la operacionalización de la variable, el cual se puede definir como una guía para la redacción de los objetivos, para la elaboración de instrumentos de recolección de información y para la selección de la técnica de análisis de dicha información. Debe partir del objetivo general de la investigación y debe guardar coherencia con la fundamentación teórica. (Orozco 2002).

2.6. Cuadro 1.
Cuadro de Operacionalización de la Variable.

Objetivo de la investigación	Variable	Dimensión	Subdimensión	Indicadores	Criterios
Determinar la prevalencia de enfermedades buco-dentales en niños con Síndrome de Down en la Escuela Acapane Naguanagua-Valencia durante el período Abril-Mayo 2013.	Enfermedades buco-dentales en niños con Síndrome de Down	Genero	Enfermedad Periodontal	Enfermedad periodontal: O'Leary, IHOS y PMA	- . Presencia - . Ausencia
			Alteración en la erupción dentaria	- . Edad	- . Presencia - . Ausencia
			Caries Dental	- . Examen clínico - . Examen radiográfico	- . Presencia - . Ausencia
		Edad	Enfermedad Periodontal	Enfermedad periodontal: O'Leary, IHOS y PMA	- . Presencia - . Ausencia
			Mal Oclusión	- . La herencia - . Factores dentales	- . Presencia - . Ausencia

Fuente: *Rodríguez Daniella (2013)*
Rodríguez Lorenzana (2013)

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

El marco metodológico de la investigación tiene como objetivo fundamental proporcionar un modelo de verificación que permita comprobar los hechos con teorías y su forma es una estrategia o plan general que determine las operaciones necesarias para realizarlos. Es por ello que se plantea una metodología o procedimiento ordenado que se sigue para establecer los significados de los hechos y fenómenos en los cuales está encaminado el interés de la investigación. Así como técnicas conocidas, tales como: metodología de la investigación que va a proporcionar credibilidad al resultado final de la investigación, que no es otra que una solución adecuada.

3.1. Tipo y Diseño de la Investigación

Dentro de este orden de ideas, se señala que la presente investigación estará presentada bajo un enfoque Cuantitativo que según Blaxter y Col. (2008), refieren que “Es aquella investigación empírica en la que los datos adoptan forma numérica” (p.78), el nivel de dicha investigación es Descriptivo que según William y Col. (2008), expresan que una investigación de tipo descriptivo es “Describir las características de objetos, personas, grupos, organizaciones o entornos, es decir tratar de pintar un cuadro de una situación”(p.51).

De Diseño no Experimental Traseccional, que según autores como Hurtado y Toro (2007), expresan que un diseño no Experimental Traseccional “Es aquel que se utiliza para establecer relaciones de causalidad entre variables, comparando grupos de datos pero la variable no es manipulable y solo admite un nivel de selección” (P.102).

Lo anteriormente descrito, hace referencia a que el investigador no ejerce control ni manipulación alguna sobre las variables en estudio y por lo tanto este tipo de

diseño permite recolectar datos en un solo momento, donde su propósito es describir, de igual manera estará enfocada en una investigación.

3.2. Población y Muestra

3.2.1. Población

La población es considerada por Gómez (2006), como “El conjunto total de los objetos de estudios que comparten ciertas características comunes, funcionales a la investigación” (P.110). Siguiendo el orden de ideas la población de esta investigación está representada por 61 historias clínicas-odontológicas de los pacientes con síndrome de down con edades entre 3 y 15 años, en la Escuela Acapane Naguanagua-Valencia durante el periodo Abril-Mayo 2013.

3.2.2. Muestra

La muestra es una parte de la población tomada en consideración para un estudio específico, que permitirá recolectar información necesaria para bases reales, que establezcan mejores resultados. Por otra parte el tipo de muestreo que se utilizará es el No Probabilístico Intencional, también llamadas muestras dirigidas y supone un procedimiento de selección informal, al respecto Gómez (2006), dice “Que la elección de los sujetos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, si no de la decisión del investigador o grupos de encuestadores” (P.117).

En tal sentido, la muestra está representada por las 61 historias clínicas-odontológicas que representan el 100% del objeto de estudio.

3.3. Técnica e Instrumento de recolección de Datos

La técnica que se uso en el estudio es la observación, siendo esta la más usada en las investigaciones cuantitativas y cualitativas. Que de acuerdo a Landeau (2007), “Consiste en examinar un fenómeno para obtener y registrar la información deseada” (p.86). Y el instrumento será una guía de observación, la cual permitirá recolectar la información directa, eficaz y oportuna de las variables

en estudio. Según Rojas (1988), “Una guía de observación y fichas de trabajo es donde se escriben los datos más relevantes de una investigación, el tiempo de la observación es limitado, siendo en muchos casos los fines de semana o días especiales en lo que acontece el evento que quiere observarse” (P.166).

3.4. Validez del Instrumento

3.4.1. Validez

La validez constituye un requisito y unas condiciones que debe reunir el instrumento de investigación según Landeau (2007) “Es el grado en que el instrumento proporciona datos que reflejen realmente los aspectos que interesan estudiar” (p.81).

Con respecto a la validez de la guía de observación, se hará a través de juicios de expertos el cual consistirá en tres ejemplares de los instrumentos que serán enviados a tres especialistas de odontología, los cuales tendrán la responsabilidad de evaluarlo según sus criterios técnicos: Validez de contenido, construcción y constructo, los mismos podrán hacer sugerencias o correcciones del instrumento. Dicho instrumento fue validado por tres profesores, de los cuales uno fue metodológico y los otros dos de contenido.

Instrumento: E= Excelente B= Bueno R= Regular y D= Deficiente

3.4.2. Técnica para el análisis de los Datos

El análisis de los datos es aquel que permite al investigador el registro de los mismos, que obtenidos a través de los instrumentos diseñados; en este sentido los datos recolectados se procesarán para llegar a conclusiones que apunten a esclarecer el problema planteado.

Según Sabino (2000) “El análisis de los datos tiene como objetivo final construir con ellos tablas, cuadros estadísticos, promedios generales y gráficos ilustrados de tal modo que sinteticen valores y a partir de estos establecer enunciados teóricos”(P.192).

Siguiendo el orden de ideas el análisis de los datos serán presentados como parte de la estadística descriptiva y a si obtener de esta manera las proporciones de los resultados.

Cuadro de Gantt

Actividad	Enero-Abril	Mayo-Agosto	Septiembre-Diciembre
Capítulo I	Realización Capitulo I		
Capítulo II		Realización Capitulo II	
Capítulo III			Realización Capítulo III

CAPITULO IV

4.1. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Una vez obtenido los datos a través del instrumento de recolección, se procedió a realizar un análisis donde se ordenó la información para llevar a cabo la interpretación de la misma, con el objetivo Determinar la prevalencia de enfermedades buco-dentales en niños con Síndrome de Down en la Escuela Acapane Naguanagua-Valencia durante el Período Abril-Mayo 2013.

Los datos recolectados se exponen en cuadros y gráficos circulares o sectoriales. Con relación a esta tipo de gráfico, Hurtado y Toro (2007) indican que representan bajo la forma de un círculo dividido en sectores, en el que una vuelta es equivalente a trescientos sesenta (360°) grados donde cada opción tendrá un sector con un ángulo central correspondiente de porcentaje que se debe distribuir” (P.493).

Por lo tanto, el proceso de análisis está dirigido a la interpretación de los datos, que a su vez fundamentan las conclusiones de la investigación, aportando de esta manera su contribución factible y teórica del problema en estudio.

A continuación se presenta el análisis de los resultados obtenidos.

Cuadro 2: Distribución de frecuencia y porcentual del género de mayor prevalencia de enfermedad periodontal.

Alternativas	Frecuencia	(%)
Femenino	12	41,4
Masculino	17	58,6
Totales	29	100

Fuentes: Rodríguez Daniella y Rodríguez Lorenzana 2013.



Gráfico 2. Determinación del género con mayor prevalencia de enfermedad periodontal.

Interpretación: De acuerdo a los datos obtenidos se pudo conocer que el género de mayor prevalencia de enfermedades periodontal en niños con Síndrome de Down es el masculino con un 58,6% que representan 17 niños mientras que el femenino está representado por un 41,4%, con 12 niñas.

Cuadro 3: Distribución de frecuencia y porcentual del género de mayor prevalencia de alteración en la erupción dentaria.

Alternativas	Frecuencia	(%)
Femenino	1	17
Masculino	5	83
Totales	6	100

Fuentes: Rodríguez Daniella y Rodríguez Lorenzana 2013.

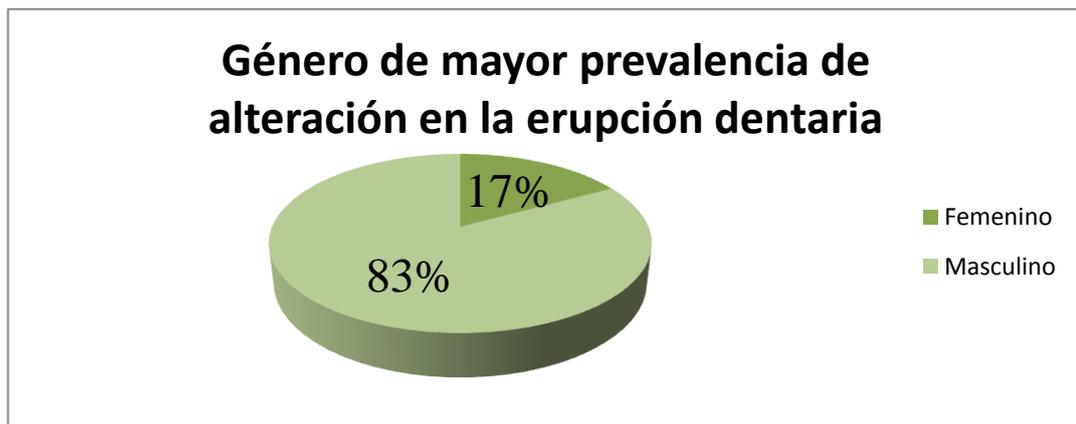


Gráfico 3. Género de mayor prevalencia de alteración en la erupción dentaria.

Interpretación: En el cuadro anterior se detectó que de acuerdo a lo investigado un 83 % de los escolares masculinos que representan 5 niños reportaron alteración en la erupción dentaria y solamente un 17 % que representa 1 niña, presento alteración en la erupción dentaria.

Cuadro 4: Distribución de frecuencia y porcentual del rango de edad con caries dental.

Edades	Frecuencia de Caries Dental	(%)
3 a 6 años	11	22
7 a 10 años	27	53
11 a 15 años	13	25
Totales	51	100

Fuentes: Rodríguez Daniella y Rodríguez Lorenzana 2013.

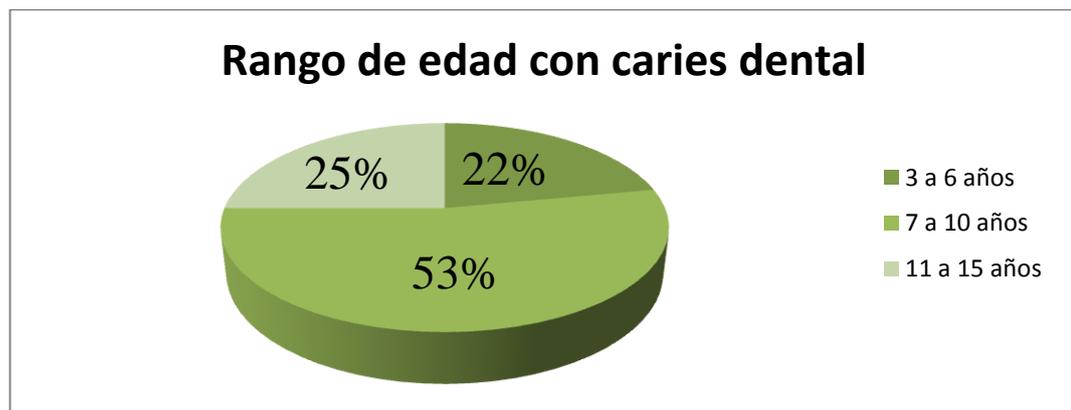


Gráfico 4. Rango de edad con caries dental.

Interpretación: De acuerdo a los datos recabados se pudo conocer que el rango de edad predominante con mayor caries dental es la comprendida entre los 7 y 10 años, es decir 53% de estos niños padecen esta enfermedad, en segundo lugar está representado por las edades de 11 a 15 años con un 25 % y último la de 3 a 6 años con un 22 %.

Cuadro 5: Distribución de frecuencia y porcentual del rango de edad con enfermedad periodontal.

Edades	Frecuencia con Enfermedad Periodontal	(%)
3 a 6 años	6	21
7 a 10 años	10	34
11 a 15 años	13	45
Totales	29	100

Fuentes: Rodríguez Daniella y Rodríguez Lorenzana 2013.

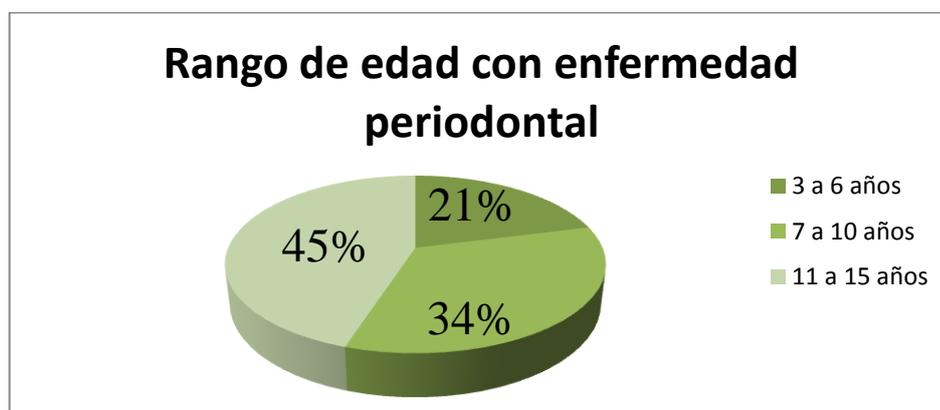


Gráfico 5. Rango de edad con enfermedad periodontal.

Interpretación: El 45% de los niños presentan enfermedades periodontal en las edades de 11 a 15 años, seguidos por el 34% representado por las edades comprendidas entre 7 a 10 años y en último un 21% representado por las edades entre 3 a 6 años.

Cuadro 6: Distribución de frecuencia y porcentual del rango de edad con mal oclusión.

Edades	Frecuencia de Maloclusión	(%)
3 a 6 años	6	27
7 a 10 años	9	41
11 a 15 años	7	32
Totales	22	100

Fuentes: Rodríguez Daniella y Rodríguez Lorenzana 2013.

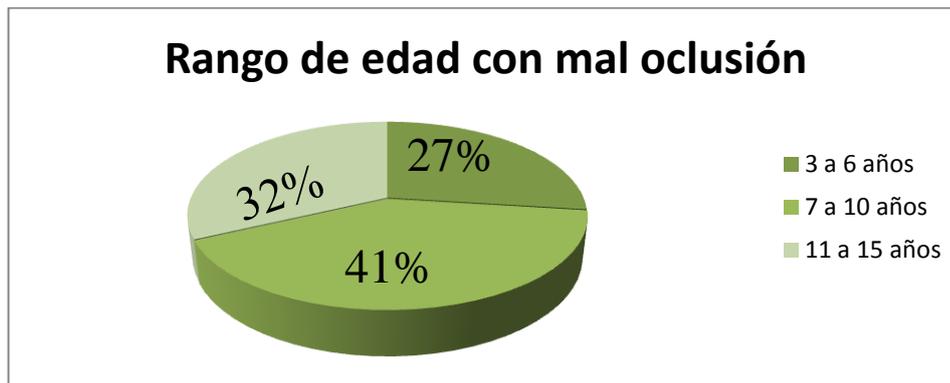


Gráfico 6. Rango de edad con mal oclusión.

Interpretación: Las edades más afectadas por esta patología son las comprendidas entre 7 y 10 años con un 41%, le sigue con un 32% las edades entre 11 a 15 años y último lugar la de 3 a 6 años con un 27%.

4.2. Discusión

Cabe agregar, que uno de los padecimientos crónicos más frecuente de las personas a nivel mundial se presentan en la cavidad buco-dental es la caries, el 98% de la población tiene caries dental, la cual es causada por la alimentación rica en azúcares y una inadecuada higiene bucal (1). En este sentido (1), cita a la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien considera que la caries es “la enfermedad que constituye el mayor riesgo para la salud bucal y la define como problema de salud público, siendo de tal magnitud que se debe considerar la necesidad de proporcionar educación preventiva para conservar la salud buco-dental”.

Por otra parte en la presente investigación se observó una elevada incidencia de caries dental en la población de estudio, donde se detectó que los niños con caries dental fue de un total 51 y con un rango de edad predominante entre los 7 y 10 años, es decir 53% de la población, ambos resultados indican que en Venezuela específicamente en los objetos de estudio el índice de caries dental es menor que el planteado por la OMS y la diferencia entre los dos es de un 64%.

De igual manera (5), dicen que “las enfermedades periodontales se observan en un 80% de la población la cual progresa de la gingivitis a la periodontitis, de evolución lenta la cual conducirá a pérdidas dentales en edades generalmente avanzadas”.

En el estudio realizado se pudo observar la enfermedad periodontal como la segunda patología con prevalencia en los niños con síndrome de down, con una frecuencia de 29, siendo el género masculino el que presentó más esta patología con un 58,6% de la población.

En relación a la mal oclusión y retraso en la erupción dentaria (4), refieren que los “niños con Down, presentaron en relación con la población normal una prevalencia similar de clase I y menor de clase II, en donde la mal oclusión más frecuente es la mordida abierta anterior en un 25%, seguida del apiñamiento inferior con un 18%, siendo los niños con síndrome de Down los que presentan estas características y mal oclusiones graves”, la misma autora menciona que estos niños en su mayoría cursan retraso de la erupción dental (temporal y permanente), y erupciones irregulares(2).

Siguiendo el orden de ideas, se puede decir, que durante el desarrollo del trabajo se observó: 1) en cuanto a la mal oclusión una frecuencia de 22, siendo las edades más afectadas por esta patología las comprendidas entre 7 y 10 años con un 41% de la población, 2) en relación a la alteración de la erupción dentaria es la patología menos frecuente en los niños con síndrome de down, teniendo una frecuencia de 6, y el género masculino el de mayor relevancia con un 83%.

4.3. Conclusiones

Las enfermedades buco–dentales son patologías que han existido desde tiempos pasado.

- En este trabajo de investigación realizado en niños con Síndrome de Down que acuden a la escuela Acapane Naguanagua-Valencia durante el periodo Abril-Mayo 2013, se observó una mayor prevalencia de enfermedad periodontal en el género masculino con un 58,6% de las historias clínicas-odontológicas dando como resultado a unos de los objetivos planteados que era, determinar el género con mayor prevalencia de enfermedad periodontal en niños con Síndrome de Down en la escuela Acapane Naguanagua-Valencia en el año 2013.
- En cuanto a la prevalencia de alteración en la erupción dentaria se obtuvo una mayor frecuencia en el género masculino con 5 niños, lo que representa un 83% de las historias clínicas-odontológicas, obteniendo así un resultado en el objetivo planteado que era, Determinar el género con mayor prevalencia de alteración en la erupción dentaria en niños con síndrome de down en la Escuela Acapane Naguanagua-Valencia en el año 2013.
- En relación a la caries dental se planteó el objetivo de identificar el rango de edad con mayor presencia de caries dental en niños con Síndrome de Down en la Escuela Acapane Naguanagua-Valencia en el año 2013. Se obtuvo una mayor prevalencia en el rango de edad de 7 a 10 años, con una frecuencia de 27 niños lo cual representa un 53% de las historias clínicas-odontológicas, dando un resultado al objetivo planteado.
- Por otra parte, el rango de edad con mayor prevalencia de enfermedad periodontal fue el de 11-15 años con una frecuencia de 13 niños lo que representa un 45%, así da respuesta a uno de los objetivos de la investigación identificar el rango de edad más prevalente con enfermedad periodontal en niños con Síndrome de Down en la Escuela Acapane Naguanagua-Valencia en el año 2013.

- Por último, en cuanto a la mal oclusión dentaria se tenía como objetivo determinar el rango de edad más común con mal oclusión dental en niños con Síndrome de Down en la Escuela Acapane Naguanagua-Valencia en el año 2013, obteniéndose como más frecuente el rango de edad comprendido entre 7 a 10 años, con una frecuencia de 9 niños lo que representa un 41% de las historias clínicas-odontológicas.

4.4. Recomendaciones

A partir de las conclusiones generadas en el análisis de información se plantean las siguientes recomendaciones:

- 1- Los estudiantes de Odontología, deben orientar a pediatras y a estudiantes de pediatría, de manera que participen de forma activa en programas preventivos de salud bucal, así ellos servirán de facilitadores a padres y representantes en el momento que el niño asista a la consulta.
- 2- Debido a que la caries dental afecta a la gran mayoría de la población infantil, se debe implementar un sistema de vigilancia epidemiológica de la población por parte de la Universidad de Carabobo, como por ejemplo evaluar la cantidad de flúor en la sal. Igualmente, se debe monitorear los otros factores de riesgo que intervienen en la formación de la caries.
- 3- El estado, debe fomentar programas preventivos educativos dirigidos a los padres y representantes, donde se les instruya acerca de las enfermedades buco-dentales en niños con síndrome de down, su etiología y la forma de prevenirla.
- 4- Que el estudiante de odontología, al igual que el profesional de la odontología, dedique tiempo a la labor social, en donde incluya una orientación a maestro, padres y cuidadores de estos niños.
- 5- Realizar otras investigaciones posteriores a la implementación de programas preventivos, los cuales, permitan evaluar la efectividad de los mismos.
- 6- Realizar estudios de prevalencia de enfermedades buco-dentales en niños con síndrome de down en otras poblaciones del mismo estado, de manera que se puedan ampliar los resultados en cuanto a la prevalencia de caries dental.
- 7- Al momento de realizar el llenado de la historia clínica-odontológica el

estudiante u odontólogo deberá elaborar un volante de advertencia sobre las patologías asociadas y síndromes que reporten o presenten los niños que asisten a la Escuela Acapane de Naguanagua – Valencia, ya que esto permitirá las estrategias para el abordaje del paciente.

8- Se recomienda a la institución utilizar el archivo para las historias clínicas-odontológicas, además de realizarlo por orden alfabético, eticarlo por patologías asociadas y síndrome.

4.5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Ayala Yamileth y Maestre Maribel: Actividades de Enfermería en la Promoción de la Salud Bucodental en niños cursantes de 2do grado en la unidad Educativa estado Guarico, Trabajo presentado como requisito para optar al título de Licenciada en Enfermería, 2009

Bernal T. Cesar: Metodología de la Investigación para administración económica, humanidad y ciencias sociales. 2da Edición. Editorial Pearson, México 2006.

BlaxterLorraine y Hughes Christina: Como se Investiga. 1era Edición. Editorial GRAO, España Junio 2008.

Bocanegra María y Cols: Medicina Bucal, Odontoestomatología, Editorial MAD. S:R, Primera Edición, Septiembre 2003

Echeverría José y Colaboradores: El manual de odontología. Editorial Masson, S.A. Reimpresión 2002 Madrid-España.

Gómez Marcelo: Introducción a la metodología de la investigación científica. Editorial Brujan, Córdoba 2006.

Herazo A, Benjamín: Clínica del sano en odontología, ECOE Ediciones, 1era Edición. Mayo 2003 (Pág.-47).

Hurtado L, Iván y Toro Josefina: Paradigmas y Métodos de Investigación a tiempos de cambios, Colección Minerva, El Nacional 2007.

Joachin: Prevalencia, severidad, extensión, características clínicas de enfermedades periodontal en jóvenes de 13 a 21 años con síndrome de Down, República de Guatemala.

Landeu Rebeca: Elaboración de trabajo de investigación, editorial Alfa, Primera edición Marzo 2007.

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

Odontomarketing Revista Virtual Odontología Clínica (ISSN 1728-1245).
Odontología Lima – Perú 2003.

Olavez y Cols. Grupo de Investigaciones Biopatológicas, facultad de odontología:
Hábitos alimenticios, hábitos odontológicos y caries dental en estudiante de
Odontología y de Arquitectura de la Universidad de los Andes, Mérida –
Venezuela (2009)

Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas volumen I,
Edición 2002.

Raspell Guillermo: Cirugía Oral e Implantología. 2da Edición, editorial
Panamericana, 1era impresión 2007, Buenos Aires – Argentina.

Zikmud William y Babin Barry J: Investigation de Mercados,
1era edición, 2008.

1 Organización Mundial de la Salud (OMS) 2007.

2 Universidad Central de Venezuela Facultad de Odontología: Periodoncia 2010.

3 Ayala Yamileth- Maestre Maribel Actividades de la Salud Comunitaria en la
promoción de la salud Buco – Dental en niños cursante de 2º grado en la unidad
Educativa Rural – Guárico. 2009.

4 Iglesia Paulina y Manzanares Anomalía Dentarias. 2007.

3 Ministerio del Poder Popular para la Educación: Eje Integrador y Salud
Integral. 2011.

5 Basulto Julio – Mateo María: secreto de la gente sana, 2012.

6 Raúl Rojas Soriano: Investigación Social y Praxis, 1988.

ANEXOS

Título de la investigación:	PREVALENCIA DE ENFERMEDADES BUCODENTALES EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN EN LA ESCUELA ACAPANE NAGUANAGUA-VALENCIA DURANTE EL PERIODO ABRIL – MAYO 2013
Autores:	Daniella Rodríguez. C.I: 20.663.299 Lorenzana Rodríguez. C.I: 19.723.719
Tutor de contenido:	Odont. Elena Zavarce
Fecha:	05/04/2013

Guía de Observación

APELLIDO: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____ **SEXO:** F ___ M ___

Enfermedad Periodontal: Presente _____

Ausente _____

Alteración en la Erupción Dentaria: Presente _____ UD _____

Ausente _____

Caries Dental : Presente _____ UD _____

Ausente _____

Mal Oclusión: Presente _____ Clase _____

Ausente _____

Observaciones: _____



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Cuadro de Validación del Instrumento
Juicio del experto para la pertinencia de instrumento

Instrucciones: Marque con una (X), el reglón cualitativo que usted considere están acorde con los aspectos a investigar.

Datos a Recolectar	REDACCIÓN				PERTINENCIA				RELEVANCIA			
	E	B	R	D	E	B	R	D	E	B	R	D
	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1
Nombre del paciente												
Sexo F: M:												
Edad												
Enfermedad Periodontal												
Alteración en la Erupción Dentaria												
Caries Dental												
Mal Oclusión												

Observaciones y Sugerencias

Avaluado por: Apellido y Nombre: _____
 Cédula de Identidad: _____
 Firma _____
 Fecha _____

E= Excelente B= Bueno R= Regular D= Deficiente



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Valencia, 2013

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, _____, en mi carácter de especialista en Odontología y experta hago constar que he leído y revisado el instrumento para la recolección de datos de la investigación que desarrollan las ciudadanas Daniella Rodríguez C.I: 20.663.299 y Lorenzana Rodríguez C.I: 19.723.719 que lleva por título **PREVALENCIA DE ENFERMEDADES BUCO - DENTALES EN NIÑOS CON SINDROME DE DOWN EN LA ESCUELA ACAPANE NAGUANAGUA-VALENCIA DURANTE EL PERIODO ABRIL – MAYO 2013**, y por consiguiente certifico la validación del instrumento al determinar la adecuada presentación, pertenencia de la variable y congruencia con la misma, lo cual le permitirá la recolección necesaria para la investigación.

Carta de Validación que se expide en Valencia, a los ____ días del mes _____ del 2013.

Atentamente

Firma del Validador

C.I: _____

