

UNIVERSIDAD MAYOR REAL Y PONTIFICIA DE SAN FRANCISCO

XAVIER DE CHUQUISACA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

UNIDAD DE POSTGRADO



**“PATOLOGÍAS BUCALES PREVALENTES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS
CON SINDROME DE DOWN”**

POSTULANTE: IVONNE NINOSKA CARTAGENA MIASHIRO

TUTOR: M.Sc. MARCO ANTONIO PADILLA SUBIETA

**Trabajo de Monografía presentado para optar al título de Diplomado en
Odontopediatría en pacientes medicamente comprometidos y con habilidades especiales**

Sucre - Bolivia

2023

CESIÓN DE DERECHOS

Al presentar este trabajo como requisito previo para la obtención del Título del DIPLOMA EN ODONTOPEDIATRIA EN PACIENTES MEDICAMENTE COMPROMETIDOS Y CON HABILIDADES ESPECIALES de la Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca, autorizo al Centro de Estudios de Posgrado e Investigación o a la Biblioteca de la Universidad, para que se haga de este trabajo un documento disponible para su lectura, según normas de la Universidad.

También cedo a la Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca, los derechos de publicación de este trabajo o parte de él, manteniendo mis derechos de autor hasta un periodo de 30 meses posterior a su aprobación.



Ivonne Ninoska Cartagena Miashiro

Riberalta, noviembre de 2023

DEDICATORIA. -

El presente trabajo está realizado con esmero, dedicado a mi querido padre Alfredo Cartagena Batte (+), a mi madre, Naida Miashiro Telleria, a mi esposo, a mis hermanos y en especial a mi hija Hanna Génesis Pérez Cartagena, puesto que gracias a su apoyo incondicional y sus deseos de superación, amor y compromiso para conmigo he logrado realizar este proyecto monográfico y a “Dios ante todo”.

AGRADECIMIENTO. -

Con el presente trabajo monográfico quiero dispensar mi eterno agradecimiento a aquellas personas que de manera desinteresada me brindaron apoyo e información para la realización de este proyecto.

Al personal del “Centro de Rehabilitación Nuevos Horizontes” dependiente del Vicariato Apostólico de Pando y a la guía que me ofreció mi tutor del curso M.Sc. Marco Antonio Padilla Zubieta, cuyos conocimientos y recomendaciones me fueron indispensables para una mejor realización y presentación de este trabajo investigativo.

A: “Dios” quien es mi principal guía en este camino y darme sabiduría para mejorar día a día.

ÍNDICE

	Pág.
CESIÓN DE DERECHOS	I
DEDICATORIA. -	III
AGRADECIMIENTO. -	IIII
PARTE I	
INTRODUCCIÓN	1
1.1 PRESENTACIÓN	1
1.2 FORMULACION DEL TEMA	1
1.2.1 SITUACIÓN PROBLÉMICA	1
1.2.2.- PROBLEMA CIENTÍFICO	2
1.2.3.- JUSTIFICACIÓN	2
1.3.-OBJETIVOS	3
1.3.1.- OBJETIVO GENERAL	3
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
1.4.- DISEÑO METODOLOGICO	4
1.4.1.-METODOLOGÍA	4
1.4.2 CRONOGRAMA	4
PARTE II	
2.- DESCRIPCIÓN Y DESARROLLO DEL TEMA	5
2.1 MARCO TEÓRICO	5
2.1.1 ANTECEDENTES	6
2.1.2 BASE TEÓRICA	7
2.1.3.- PRINCIPALES PATOLOGIAS DENTALES	8

2.2 PRESENTACIÓN DE GRÁFICOS SEGÚN ENCUESTA	23
2.2.1.- GRAFICO N°1	24
2.2.2.- GRAFICO N° 2	25
2.2.3.- GRAFICO N° 3	26
2.2.4.- GRAFICO N° 4	27
2.2.5.- GRAFICO N° 5	28
PARTE III	
3.1.- ANÁLISIS DE RESULTADOS DE ENCUESTA	29
3.2.- CONCLUSIONES	30
3.3.- RECOMENDACIONES.....	31
3.4.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32

PARTE I

INTRODUCCIÓN

1.1 PRESENTACIÓN

El síndrome de Down, también conocida como trisomía 21, es una anomalía genética investigada y descrita por primera vez en el año 1.866 por John Langdon Down dentro de su “Propuesta De Clasificación De Pacientes Con Discapacidad Intelectual”¹

La Trisomía 21 es la condición genética más frecuente entre los niños de (2 – 5), es decir de 5 niños con anomalías genéticas, 2 de ellos padecerán de trisomía 21. ²

El factor clave para la aparición de la Trisomía 21 es la “no” disyunción meiótica de uno de los padres³ y la razón de este cambio aún se desconoce, pero es posible que ocurra de tres maneras diferentes: La trisomía del cromosoma 21, que es la más común, el Mosaicismo y la translocación.⁴

En el campo de la odontología, el cuidado de la salud oral debe ser llevada siempre de un modo específico y disciplinado debido a las particularidades físicas, mentales y sociales que poseen los pacientes con síndrome de Down. ⁵

1.2 FORMULACION DEL TEMA

1.2.1 SITUACIÓN PROBLÉMICA

La trisomía 21 tiene una incidencia de 1 por cada 1000 niños nacidos vivos, lo cual produce una variedad de problemas médicos y manifestaciones buco-dentales que afectan el modo y la calidad de vida, además de la salud oral, de éstos pacientes.⁶

Además, se ha establecido que la poca o nula atención por parte de los padres en la higiene bucal en niños con SD, acentúa la malformación y alteración de la salud oral en ellos, elevando así la prevalencia e incidencia de placa bacteriana y enfermedad periodontal en pacientes pediátricos con SD.⁷

Por tanto, es esencial conocer las necesidades y condiciones individuales de los pacientes con SD, porque durante su vida presentan distintas patologías bucales, como ser: mal posición dentaria, disfunción lingual, subdesarrollo de los maxilares, retraso en la erupción dentaria, cambios en las características cúspides, dientes cónicos, mientras que los dientes permanentes comúnmente poseen coronas más pequeñas. ⁸

La trisomía 21 es una malformación congénita producto de la alteración del cromosoma 21, que viene acompañado de retraso mental leve, moderado o grave.

Según los datos arrojados por las investigaciones realizadas en este campo, las personas que poseen trisomía 21 no poseen la capacidad suficiente para realizar una buena higiene dental por cuenta propia, lo que trae consigo una mayor incidencia de sufrir caries, gingivitis y enfermedades periodontal.⁹

1.2.2.- PROBLEMA CIENTÍFICO

Debido a la “no” disyunción meiótica del cromosoma 21 se generan alteraciones psicosomáticas en quienes padecen estas alteraciones creando anormalidades en el comportamiento y conducta del individuo que se pueden catalogar como “discapacidades intelectuales” y también en la fisonomía y funcionalidad del organismo de aquellos que sufren esta anomalía genética.

En lo mental la patología iría desde el retraso mental leve, pasando por el retraso moderado y hasta a veces llegar al retraso mental grave y por la parte fisonómica¹⁰ y en especial la que estamos estudiando, la maxilofacial y la dental, se pueden presentar: Paladar pequeño y estrecho, lengua fisurada, movimiento incorrecto de la lengua, hipotonía, implantación irregular de los dientes, agenesia o anodoncia, dientes supernumerarios, alta frecuencia de mordida abierta anterior y mordidas cruzadas posterior y una anormal forma de los dientes (cónica).

Aunque científicamente se conoce que uno de los padres es quien provoca la “no” disyunción meiótica del cromosoma 21, aun no se ha podido determinar porque es que sucede esto, puesto que es muy difícil encontrar dos hijos de los mismos padres que sufran esta anomalía, es decir, que generalmente si en una familia de 5 hijos uno de ellos padece SD el resto estarán completamente sanos de esta anomalía y ahí radica el no poder identificar la razón de la “no” disyunción meiótica en los padres.

¿Es necesario Actualizarnos en el estudio del manejo de pacientes con SD a nosotros como personal de salud, a los responsables (tutores) o ambos?

1.2.3.- JUSTIFICACIÓN

Debido a la mala o nula información que se tiene sobre los problemas bucales que traen consigo la poca higiene oral y que es acentuada por el SD; es preciso crear y fomentar una

metodología eficaz para la atención y ayuda a pacientes con SD y que puedan asistir no solo a centros de salud sino también a clínicas dentales y que tengan la capacidad de atender eficazmente a las exigencias que presenta esta anomalía en las personas que la padecen.

En resumen la principal motivación para la realización de este trabajo es el de preparar un mejor camino hacia la atención optima de pacientes con SD tanto en el aspecto humano y social (sensibilidad, calidez, empatía, etc.) como en lo profesional (atención en clínica, preparación en el campo de SD, investigar nuevas y mejores técnicas de investigación y descubrimiento de terapias de tratamiento de la salud oral en SD), y esto debido al deseo de ampliar conocimientos para llegar a la excelencia en la atención profesional que anhela todo profesional en salud.

Todo el conjunto de conocimientos que busco adquirir me ayudara a cumplir una meta básica y fundamental, el cual es tratar de lograr un desarrollo pleno de los pacientes con SD, dicho desarrollo va enmarcado en llegar hasta el pleno funcionamiento físico, cognitivo y conductual a pesar de las diferencias que la genética provoca en los pacientes con SD y en efecto me valdría mucho decir que gran parte de este desarrollo dependerá de cómo tratemos nosotros, como profesionales, a esas personas y ello se traducirá en mejores resultados con respecto a la salud oral en los pacientes con SD.

Trataremos de entender mejor y a la vez explicar mejor el SD, llevar los conocimientos científicos que adquiramos l campo de la salud oral y así mismo estructurar un mejor tratamiento personal y profesional para estos pacientes, muchas veces incomprendidos.

1.3.-OBJETIVOS

1.3.1.- OBJETIVO GENERAL

Determinar las alteraciones bucales en niños con trisomía 21, en forma general, para generar conciencia en las personas acompañantes (padres, médicos, odontólogos) de adquirir y establecer hábitos de higiene Buco-dental saludables.¹

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el síndrome de Down y las repercusiones que emite a nivel de las estructuras estomatológicas
- Cuantificar los datos de los pacientes que asistan a consultas y que padecen de SD.

- Determinar que estudios específicos sobre el tema debo llevar para poder atender mejor a los pacientes con SD.
- Diseñar una estrategia para poder educar y Orientar a las personas responsables de pacientes (tutores, padres o apoderado) con trisomía 21 que asistan a los centros de rehabilitación para personas con capacidades diferentes.

1.4.- DISEÑO METODOLOGICO

1.4.1.-METODOLOGÍA

Paso 1.- Realizar entrevistas a las personas encargadas del centro de atención para personas con capacidades diferentes para tener el número de personas con SD que están registradas en él.

Paso 2.- Realizar encuestas a las personas encargadas de los pacientes con SD que asistan al centro de atención para personas con capacidades diferentes.

Paso 3.- Realizar encuestas a las personas encargadas de los pacientes con SD para averiguar Cuántas de ellas asisten a centros odontológicos.

1.4.2 CRONOGRAMA

- Primer Semana después de la aprobación del perfil de monografía; realizar encuesta sobre los pacientes con Síndrome de Down que están registrados y asisten al “Centro de Rehabilitación Nuevos Horizontes” de la ciudad de Riberalta, dependiente del Vicariato Apostólico de Pando, tomando en cuenta los días asignados para la visita al centro de Rehabilitación de cada uno de ellos.
- Segunda Semana después de la aprobación del perfil de monografía; realizar encuesta sobre los pacientes con Síndrome de Down que están registrados y asisten al “Centro de Rehabilitación Nuevos Horizontes” de la ciudad de Riberalta, dependiente del Vicariato Apostólico de Pando, tomando en cuenta los días asignados para la visita al centro de Rehabilitación de cada uno de ellos.
- Tercer Semana después de la aprobación del perfil de monografía; realizar encuesta sobre los pacientes con Síndrome de Down que están registrados y asisten al “Centro de Rehabilitación Nuevos Horizontes” de la ciudad de Riberalta, dependiente del Vicariato Apostólico de Pando, tomando en cuenta los días asignados para la visita al centro de Rehabilitación de cada uno de ellos.

PARTE II

2.- DESCRIPCIÓN Y DESARROLLO DEL TEMA

2.1 MARCO TEÓRICO

El motivo que impulsa la realización de este trabajo es el de dar mayor luz e información sobre los efectos que produce el Síndrome de Down, en la salud oral de quienes lo padecen y el posible tratamiento que puede efectuarse dentro de los centros de atención odontológicos. Ahora bien, el desarrollo de este proyecto abordará como objetivo también, el de aportar con un poco más de conocimiento acerca del tema, teniendo como base la propia investigación realizada en el área geográfica y social de la que se dispone.

El primer científico en describir esta patología ha sido el doctor Landon Down, en el año 1866, citándola en su obra “Propuesta de clasificación de pacientes con discapacidad intelectual” y debido a la descripción que se realizó en la obra y el parecido leve que los niños con SD tienen con personas asiáticas, propiamente con los del país Asiático Mongolia, que antiguamente se acuñó el término “Mongolismo” o “Mongoloide” para referirse a esta patología y a quienes la padecen.

Cuando se ha detectado el síndrome de Down en el medio intrauterino, es ya, desde entonces, imposible prevenir o revertir esta patología y sus efectos. El diagnóstico del SD, cuando se da, es confirmado por la presencia en el cariotipo de la porción de un fragmento de banda adicional 21 q 22.¹¹

El cariotipo es el conjunto de cromosomas de un individuo. El ser humano posee 23 pares de cromosomas, es decir 46 cromosomas, por lo que al existir un fragmento adicional en el cromosoma 21 (también llamado trisomía 21) los individuos con Síndrome de Down tienen 47 cromosomas en su cariotipo secuencial o una parte adicional de un cromosoma.

La parte adicional del cromosoma 21 (por lo que se llama trisomía 21) o bien el cromosoma número 47 es el culpable del cambio en el desarrollo del cuerpo y el cerebro de un bebé.

El Síndrome de Down no se hereda, más bien, según estudios científicos, ocurre por casualidad debido a un error en la división de las células durante el desarrollo temprano del feto.

En el año 2012 la Asamblea General de Naciones Unidas decretó el 21 de marzo como el “Día Mundial del Síndrome de Down”, ya que esta afección está presente en todas las

regiones habitadas del mundo. En este sentido y a fuerza de los cambios que se producen en los estilos de aprendizaje, en las características físicas y de salud de los afectados es que buscamos un medio adecuado para la mejor atención en la salud bucal de los pacientes con SD, y no se encuentra otro medio mejor que la información.

Las personas con Síndrome de Down tienen una baja incidencia de caries dental contrastado con una mayor elevación en los casos de enfermedad periodontal o de las encías. En las personas con SD las características vocales predominantes son: Macroglosia, retraso en la erupción dental, superposición de dientes, respiración bucal, hipotonía bucal y Sialorrea.

2.1.1 ANTECEDENTES

Las primeras descripciones del fenotipo de la trisomía 21 fueron hechas por los Franceses Jean Dominique Esquirol en 1833 y Edward Seguin en 1846. Fenotipo en todo aquello que identifica a un individuo como resultado de su genotipo y del medio en el que se desarrolla, es decir, son las características morfológicas, fisiológicas, sociales y mentales que son propias de los individuos propiciados por su genética y el medio ambiente en el que se desarrolla.

Esquirol en su primer libro describió una nueva categoría de pacientes que estaban caracterizados por mostrar hendiduras palpebrales ascendentes, pliegues epicánticos, puente nasal plano y profusión lingual además de talla corporal baja, cuello corto, alteraciones a nivel de las extremidades y “Retraso mental” descripción propiamente fenotípica de la trisomía 21.¹²

Posteriormente, en 1866 el científico, aun John Langdon Haydon Down, pudo lograr describir un raro tipo de retraso mental que afectaba a un 10% del total de sus pacientes. Down acuñó el término “Mongolian Idiocy” debido al parecido fenotipo que presentaban esos pacientes con los grupos étnicos Mongoles.¹³

Este término fue ampliamente utilizado hasta 1961 momento en el que un cierto grupo de expertos sugirieron a la revista LANCET, cuatro denominaciones alternativas: anomalía Langdon Down, Síndrome de Down, trisomía 21 y acromicria congénita.¹⁴

En 1956, Joe Hin Tjio y Albert Levan dieron a conocer lo errado que estaba el conocimiento genético humano hasta ese entonces, ya que hasta aquella época se tenía la certeza errónea que decía que el cariotipo Humano poseía 48 cromosomas.¹⁵

Ellos dieron luz a la conclusión científica de los 46 cromosomas de la genética humana. Ya en 1959 Jerome Lejeune, Marthe Gautier y Raymond Turpin descubrieron que el Síndrome de Down era producto de un tercer cromosoma 21 descubriendo sea así la primer cromosopatía identificable.

En el año 1965 el término síndrome de down fue aceptado por el editor de la revista y confirmada por la Organización Mundial de la Salud ante lo cual una delegación de Mongolia pidió enfáticamente que se evitara el término “Mongolismo” al referirse a esta patología clínica.¹⁶

2.1.2 BASE TEÓRICA

En base a los antecedentes y a mi propia investigación he logrado deducir que el SD a pesar de poseer un fenotipo característico bien demarcado, cada individuo que lo padece ha adquirido su propia personalidad y funcionalidad ante su familia y la sociedad.

Por ello es sumamente importante obtener un acceso adecuado y viable a programas de atención temprana en salud oral, incentivar la enseñanza inclusiva y fomentar tareas de investigación adecuada para poder desarrollar mejor el tema de la salud bucal en pacientes con SD. Con ello se plantea poder prevenir enfermedades bucales realizando controles dentales y permitiendo así llegar hasta la detección y un diagnóstico precoz de patologías orales y determinar su tratamiento oportuno.

Es menester asegurar, debido a propia experiencia, que los pacientes con síndrome de Down son en extremo afectivos y muy colaboradores cuando se les eleva un tratamiento dental, de ahí es que se conoce que a nivel mundial es muy bajo el porcentaje de pacientes con caries.

La salud bucodental es una parte esencial en la vida de todas las personas. Así mismo existen una cierta cantidad de grupos de población de personas a las que es necesario brindarles una mayor atención, si es posible; tal es el caso de los pacientes con SD y esto es motivado por las anormalidades fisiológicas, anatómicas, mentales y genéticas que poseen.

Las anormalidades genéticas que implica el SD, influye significativamente en la salud bucodental de quienes lo padecen; anormalidades que van desde algunas anomalías en la erupción y morfología de los dientes, pasando por desafíos en la coordinación motora (principalmente por la hipotonía que padecen) hasta llegar a la edad mental que pueden representar, todo ello coadyuva a que el cuidado bucodental en estas personas sea de vital relevancia.

Un objetivo claro, como profesionales en la salud, debería ser a base de estudios y adquisición de conocimientos, el de poder reconocer y comprender estas anomalías, buscando garantizar una correcta atención odontológica.

Por ello sería ideal que los pacientes con SD reciban una atención bucodental regular, promoviendo una higiene oral aceptable desde la infancia, debido a que los pacientes con SD, muy seguido, presentan anomalías dentales como la microdoncia, (dientes más pequeños de lo normal) hipodoncia (ausencia de algunos dientes) hasta maloclusiones.

2.1.3.- PRINCIPALES PATOLOGIAS DENTALES

2.1.3.1.- DATOS Y CIFRAS

- ✓ Las enfermedades bucodentales, pese a ser en su mayoría prevenibles, suponen una importante carga para el sector de la salud de muchos países y afectan a la población durante su vida, causando dolor, molestias, deformaciones e incluso la muerte.
- ✓ Se estima que estas enfermedades afectan a casi 3500 millones de personas.
- ✓ Según el estudio sobre la carga mundial de morbilidad 2019 (The Global Burden of Disease Study 2019), la caries dental no tratada en dientes permanentes es el trastorno de salud más frecuente.
- ✓ El tratamiento de las afecciones de salud bucodental es caro y no suele estar incluido en la cobertura sanitaria universal (CSU).
- ✓ La mayoría de países de ingresos bajos y medianos no dispone de suficientes servicios de prevención y tratamiento de las afecciones de salud bucodental.
- ✓ Las enfermedades bucodentales son el producto de diversos factores de riesgo modificables que son comunes a muchas enfermedades no transmisibles (ENT), como la ingesta de azúcar, el consumo de tabaco y de alcohol y una higiene deficiente, así como sus determinantes sociales y comerciales subyacentes.

En su informe mundial sobre el estado de la salud bucodental (2022, en inglés), la OMS estimó que las enfermedades bucodentales afectan a cerca de 3500 millones de personas en todo el mundo, y que 3 de cada 4 de estas personas viven en países de ingresos medios. En todo el mundo, se calcula que 2000 millones de personas padecen caries en dientes permanentes, mientras que 514 millones de niños sufren de caries en los dientes de leche.

La prevalencia de las principales enfermedades bucodentales sigue aumentando a nivel mundial a causa de la creciente urbanización y de los cambios en las condiciones de vida. Esto se debe fundamentalmente a la exposición insuficiente al flúor (en el suministro de agua y en productos de higiene bucodental como el dentífrico), la disponibilidad y asequibilidad de alimentos ricos en azúcar y el acceso insuficiente a servicios de atención de salud bucodental en la comunidad. La comercialización de bebidas y alimentos ricos en azúcar, así como el tabaco y el alcohol, han dado lugar a un consumo creciente de productos que contribuyen a la aparición de afecciones de salud bucodental y otras ENT.

2.1.3.2.- CARIES DENTAL

La caries dental se produce cuando la placa bacteriana que se forma en la superficie de los dientes convierte los azúcares libres que contienen los alimentos y las bebidas (todos los azúcares añadidos a los alimentos por los fabricantes, los cocineros o los propios consumidores, más los azúcares presentes de forma natural en la miel, los siropes y los jugos de frutas) en ácidos que destruyen el diente con el tiempo. La ingesta abundante y continua de azúcares libres, la exposición insuficiente al flúor y la deficiente eliminación de la placa bacteriana con el cepillado de los dientes pueden provocar caries, dolor y, en ocasiones, pérdida de dientes e infección.¹⁷

Esto puede resultar en un pequeño agujero en el diente, al que se le llama caries. Si la caries dental no se trata, puede causar dolor, una infección e incluso la pérdida del diente. Una vez que les hayan salido los dientes, las personas de todas las edades, desde los niños hasta las personas mayores, pueden tener caries.

Los niños pequeños corren el riesgo de tener “caries de la primera infancia”, algunas veces llamada caries del biberón, que es la caries dental grave en los dientes de leche. Muchas personas mayores tienen las encías retraídas. Esto permite que las bacterias que causan caries, que se encuentran en la boca, tengan contacto con la raíz del diente. Esto puede causar caries en las superficies expuestas de las raíces dentales.

Cuando las bacterias que causan las caries entran en contacto con los azúcares y los almidones de los alimentos y las bebidas, forman un ácido. Este ácido puede atacar el esmalte del diente, lo que causa que este pierda minerales.

Esto puede suceder si come o bebe a menudo, sobre todo alimentos y bebidas que contienen azúcar y almidones. Los ciclos repetidos de estos "ataques de ácido" harán que el esmalte

continúe perdiendo minerales. Con el tiempo, el esmalte se debilita y luego se destruye, y esto resulta en una caries.

En general, la caries dental no provoca síntomas si está en sus inicios. A medida que avanza, puede causar dolor en el diente o sensibilidad en este a los dulces, al calor o al frío. Si el diente se infecta, se puede formar un absceso o bolsa de pus que puede causar dolor, hinchazón de la cara y fiebre.

La caries se puede detectar durante un chequeo dental de rutina. Cuando recién se forma, puede parecer una mancha blanca en el diente. Si la caries está más avanzada, puede parecer una mancha más oscura o un agujero en el diente. El dentista también puede revisar los dientes en busca de áreas suaves o pegajosas o puede tomar una radiografía, con la que se puede detectar una caries.

Por lo general, los dentistas tratan las caries rellenándolas. El dentista elimina el tejido dental cariado y luego restaura el diente, rellenándolo con un material de empaste.

2.1.3.3.- GINGIVITIS Y PERIODONTITIS

Estas enfermedades afectan a los tejidos que rodean y sostienen los dientes. Se caracterizan por sangrado o hinchazón de las encías (gingivitis), dolor y, en ocasiones, halitosis. En su forma más grave, las encías pueden separarse de los dientes y el hueso de sostén, lo que provoca que los dientes se aflojen y, a veces, caigan. Se estima que las periodontopatías graves afectan aproximadamente al 19% de los adultos, lo que representa más de mil millones de casos en todo el mundo. Sus principales factores de riesgo son la mala higiene bucodental y el consumo de tabaco.

2.1.3.4.- GINGIVITIS

La gingivitis es una forma frecuente y leve de enfermedad de las encías (enfermedad periodontal), que causa irritación, enrojecimiento e hinchazón (inflamación) de la parte de las encías que rodea la base de los dientes. Es importante tomar la gingivitis en serio y tratarla rápidamente. La gingivitis puede llevar a una enfermedad de las encías mucho más grave, llamada «periodontitis», y a la pérdida de dientes¹⁹.

La causa más frecuente de la gingivitis es una mala higiene bucal. Los buenos hábitos de higiene bucal, como cepillarse los dientes al menos dos veces al día, usar hilo dental a diario y realizarse controles dentales periódicos, pueden ayudar a evitar o revertir la gingivitis.

Las encías sanas son firmes y de color rosa pálido, y están bien sujetadas alrededor de los dientes. Los signos y síntomas de la gingivitis comprenden:

- Encías inflamadas o hinchadas
- Encías de color rojo oscuro o violáceo
- Encías que sangran fácilmente cuando te cepillas los dientes o usas hilo dental
- Mal aliento
- Encías retraídas
- Encías sensibles

La causa más frecuente de la gingivitis es una higiene bucal deficiente que favorece la formación de placa en los dientes, lo que causa inflamación del tejido de las encías que los rodean. Así es cómo la placa puede causar gingivitis:

La placa es una película pegajosa invisible que está compuesta mayormente por bacterias y que se forma en los dientes cuando los almidones y los azúcares de la comida interactúan con las bacterias que normalmente se encuentran en la boca. La placa requiere una eliminación diaria porque se vuelve a formar rápidamente.

La placa que queda en los dientes puede endurecerse debajo de la línea de la encía y transformarse en sarro, el cual acumula bacterias. El sarro dificulta la eliminación de la placa, crea una protección para las bacterias y causa irritación a lo largo de la línea de la encía. Para eliminar el sarro, necesitas realizarte una limpieza dental con un profesional.

Cuanto más tiempo permanezcan la placa y el sarro en los dientes, mayor será la irritación de la parte de la encía que rodea la base de los dientes, lo que causa inflamación. Con el

tiempo, las encías se hinchan y sangran con facilidad. También se pueden producir caries dentales. Si no se trata, la gingivitis puede transformarse en periodontitis y, con el tiempo, puede causar la pérdida de dientes.

La gingivitis es común: cualquiera puede padecerla. Algunos de los factores que pueden aumentar el riesgo de sufrir gingivitis son:

- Malos hábitos de cuidado bucal
- Fumar o mascar tabaco
- Edad avanzada
- Boca seca
- Mala alimentación, lo que incluye falta de vitamina C
- Restauraciones dentales que no están bien ajustadas o dientes torcidos que son difíciles de limpiar
- Enfermedades que disminuyen la inmunidad, como la leucemia, el VIH/sida o el tratamiento oncológico
- Determinados medicamentos, como la fenitoína (Dilantin, Phenytek) utilizada para las convulsiones epilépticas, y algunos bloqueantes de los canales de calcio utilizados para la angina de pecho, la presión arterial alta y otras enfermedades
- Cambios hormonales; por ejemplo, aquellos relacionados con el embarazo, el ciclo menstrual o el uso de píldoras anticonceptivas
- Genética
- Enfermedades tales como ciertas infecciones virales o por hongos

La gingivitis sin tratar puede transformarse en enfermedad de las encías y extenderse al tejido y el hueso subyacentes (periodontitis), una enfermedad mucho más grave que puede llevar a la pérdida de dientes.

- Se ha considerado que la inflamación crónica de las encías está asociada a algunas enfermedades sistémicas, como la enfermedad respiratoria, la diabetes, la enfermedad de las arterias coronarias, los accidentes cerebrovasculares y la artritis reumatoide. Algunos estudios sugieren que las bacterias responsables de la periodontitis pueden ingresar en el torrente sanguíneo a través del tejido de las encías y pueden afectar el

corazón, los pulmones y otras partes del cuerpo. No obstante, se necesitan más estudios para confirmar esta asociación.

- La boca de trinchera, también conocida como «gingivitis ulcerativa necrotizante», es una forma grave de gingivitis que causa úlceras y sangrado en las encías, con infecciones y dolor. Si bien la boca de trinchera hoy en día es poco común en los países desarrollados, sí es frecuente en los países en desarrollo que tienen mala alimentación y malas condiciones de vida.

2.1.3.5.- PERIODONTITIS

La periodontitis, que también se conoce como enfermedad de las encías, es una infección grave de las encías que daña el tejido blando alrededor de los dientes¹⁹. Si no se la trata, puede destruir el hueso en el que se apoyan los dientes. Esto puede causar que los dientes se aflojen o se caigan.

La periodontitis es común, pero, por lo general, se puede prevenir. Suele ser el resultado de no cuidar de la boca ni de los dientes. Para ayudar a prevenir la periodontitis o aumentar las probabilidades de que el tratamiento sea exitoso, cepíllate los dientes por lo menos dos veces al día, usa hilo dental a diario y asiste con regularidad a controles dentales.

Las encías sanas son firmes y encajan perfectamente alrededor de los dientes. El color de las encías sanas puede variar. Puede ir de rosa claro en algunas personas a rosa oscuro y marrón en otras.

Los síntomas de la periodontitis pueden comprender los siguientes:

- Encías inflamadas o hinchadas
- Encías de color rojo brillante, rojo oscuro o violeta oscuro
- Encías sensibles al tacto
- Encías que sangran fácilmente
- Color rosa en el cepillo de dientes después de cepillarse
- Escupir sangre al cepillarse los dientes o al usar el hilo dental
- Mal aliento que no desaparece
- Pus entre los dientes y las encías
- Dientes flojos o pérdida de dientes
- Dolor al masticar

- Nuevos espacios que se crean entre los dientes similares a triángulos negros
- Encías que se retraen, lo que hace que los dientes se vean más largos de lo normal, conocido como encías que se reabsorben
- Cambio en la manera en que se unen los dientes al morder

En la mayoría de los casos, el desarrollo de la periodontitis comienza con la placa. La placa es una capa pegajosa compuesta principalmente por bacterias. Si no se trata, con el tiempo la placa puede provocar periodontitis de la siguiente manera:

- La placa se forma en los dientes cuando los almidones y los azúcares de la comida interactúan con las bacterias que se encuentran frecuentemente en la boca. Cepillarse los dientes dos veces al día y usar hilo dental una vez al día extrae la placa, pero esta regresa rápidamente.
- La placa puede endurecerse bajo la línea de la encía y convertirse en sarro dental si queda en los dientes. El sarro dental es más difícil de extraer. No puedes deshacerte del sarro cepillándote los dientes y usando hilo dental, necesitas que un profesional realice una limpieza dental para extraerlo. Debido a que la placa y el sarro dental están llenos de bacterias, cuanto más tiempo permanezcan en los dientes, más daño pueden hacer.
- La placa puede causar gingivitis, el tipo más leve de enfermedad de las encías. La gingivitis es la irritación e inflamación del tejido de la encía que rodea la base de los dientes. Tejido gingival es otra palabra para referirse al tejido de la encía. La gingivitis puede revertirse con un tratamiento profesional y un buen cuidado bucal en casa, pero solo si se trata antes de tener pérdida ósea.
- La irritación y la hinchazón constantes de las encías, lo que se conoce como inflamación, puede causar periodontitis. Con el tiempo, esto hace que se formen bolsas de mayor profundidad entre las encías y los dientes. Estas bolsas se llenan de placa, sarro dental y bacterias y se vuelven más profundas con el tiempo. Si no se tratan, estas infecciones profundas causan pérdida de tejido y hueso. Con el tiempo, es posible que pierdas uno o más dientes. Además, la inflamación continua puede sobrecargar tu sistema inmunitario, lo que causa otros problemas de salud.

Estos son algunos de los factores que aumentan el riesgo de periodontitis:

- Gingivitis

- Hábitos de cuidado de la salud bucal deficientes
- Fumar o usar tabaco de mascar
- Cambios hormonales, como aquellos relacionados con el embarazo o la menopausia
- Consumo de drogas ilícitas recreativas, como fumar marihuana o vapear
- Obesidad
- Mala alimentación, lo que incluye un nivel bajo de vitamina C.
- Genética
- Ciertos medicamentos que provocan sequedad en la boca o cambios en las encías
- Afecciones que disminuyen la inmunidad, como la leucemia, el VIH o el SIDA y el tratamiento contra el cáncer
- Ciertas enfermedades, como la diabetes, la artritis reumatoide y la enfermedad de Crohn

La periodontitis puede causar la pérdida de dientes. La bacteria que provoca la periodontitis puede entrar en el torrente sanguíneo a través del tejido de las encías, y de esa manera posiblemente afectar otras partes del cuerpo. Por ejemplo, la periodontitis está relacionada con las enfermedades respiratorias, la artritis reumatoide, la enfermedad de las arterias coronarias, el nacimiento prematuro y el bajo peso al nacer, y los problemas de control de la glucosa en la sangre en la diabetes.

2.1.3.6.- MICRODONCIA

La microdoncia se produce cuando los dientes tienen un tamaño más pequeño de lo normal. Es posible encontrar a personas adultas que tienen algún diente más pequeño que el resto, en estos casos, es probable que no se trate de microdoncia, sino que por el contrario conserve algún diente de leche. Esta anomalía se suele solucionar mediante la extracción y posterior colocación de un implante dental.

Existen varios tipos de microdoncia:

“Microdoncia parcial” Es la más común, y solo afecta a una pieza dental. Suele darse en los incisivos centrales superiores, premolares o terceros molares.

“Microdoncia generalizada” Nos referimos a cuando todos los dientes tienen un tamaño más pequeño de lo habitual, normalmente se produce debido a ciertas enfermedades como el enanismo hipofisario y otro tipo de trastornos genéticos.

“Microdoncia relativa” Se da en aquellos casos en los que el tamaño del maxilar hace que las piezas dentales parezcan más pequeñas.

2.1.3.7.- HIPOTONÍA

La hipotonía es una falta de tono muscular que resulta de una debilidad de los músculos²¹. En la mayor parte de los niños, la hipotonia es causada por una falta de estimulación y de ejercicio o de una alimentación pobre.

La hipotonía a veces se asocia a otros problemas médicos como el Síndrome de Down, la parálisis cerebral, la hipotiroides congénita, la distrofia muscular y las infecciones (por ejemplo: el botulismo infantil, la septicemia). La toma de alcohol o de droga durante el embarazo, un traumatismo durante el parto y antecedentes familiares de hipotonía son otros factores que pueden contribuir al desarrollo de la hipotonía.

En algunos casos, no hay ninguna causa subyacente. Es lo que se llama hipotonia benigna.

2.1.3.8.- SUPERPOSICIÓN DE DIENTES

El apiñamiento o superposición de los dientes permanentes ocurre cuando el tamaño de los dientes permanentes excede la longitud del hueso de la mandíbula que va a sostener los dientes. Naturalmente, debe haber espacios entre los dientes primarios en la parte delantera para permitir que los dientes frontales permanentes más anchos tengan suficiente espacio para erupcionar. En la parte posterior de la boca, los molares primarios suelen ser más anchos que los premolares permanentes que los reemplazan. Sin embargo, cuando hay un desajuste entre el tamaño de los dientes y el espacio disponible para ellos, los dientes permanentes erupcionan en una posición incorrecta o, en casos severos, se atascan (es decir - impactado) en el hueso²².

“Apiñamiento” El apiñamiento dental se puede manejar en diversas formas. En los niños, el apiñamiento se puede controlar mediante el uso de un mantenedor de espacio para preservar el espacio, la extracción de dientes a medida que salen los dientes o la expansión del hueso de la mandíbula superior. En los adultos, el apiñamiento se puede tratar con la extracción de uno o más dientes, la expansión quirúrgica de la mandíbula, la expansión del arco dentario o el adelgazamiento de los dientes.

“Mantenedor de espacio” Es muy importante cuidar los dientes temporales y repararlos si tienen caries. La pérdida temprana de los dientes temporales o la pérdida de su ancho debido

a caries o fracturas puede provocar la pérdida de espacio para los dientes permanentes. Su ortodoncista utilizará mantenedores de espacio para preservar el espacio de los dientes de leche faltantes hasta que salgan los dientes permanentes.

“Extracción temprana en serie” Su ortodoncista puede medir el espacio disponible en las mandíbulas y estimar el tamaño de los dientes permanentes para determinar si habrá suficiente espacio para que salgan todos los dientes. En casos de apiñamiento severo (falta de espacio de 8-10 mm por lado), su ortodoncista puede optar por extraer algunos de los dientes temporales en secuencia para guiar la erupción de los dientes permanentes. Cuando se extraen los dientes de leche (los dientes marcados con una "x"), los dientes adultos se enderezan naturalmente con el espacio extra que se obtiene de la extracción de los dientes de leche.

“Extracción en serie tardía” En este caso, la secuencia de erupción significó que los primeros dientes premolares se extrajeron secuencialmente para evitar la impactación de los caninos permanentes y permitir que erupcionen naturalmente en una ubicación adecuada. En el caso anterior, se extrajeron al mismo tiempo los dientes de leche y de adulto. Generalmente, la extracción de los dientes premolares únicamente se puede realizar en el consultorio dental con anestesia local. La extracción de dientes de leche y de adultos es más complicada y puede ser una cirugía menor. Sin embargo, el valor de las extracciones supera con creces el desafío de extraer los dientes y, a veces, se recomienda que el niño se vaya a dormir y le extraigan los dientes.

“Expansión de la mandíbula superior” El uso de un expansor de la mandíbula superior para ensanchar el hueso de la mandíbula superior puede ayudar a crear más espacio para que los dientes salgan en el momento adecuado. A completo Se necesita una evaluación del tamaño de la mandíbula superior e inferior. La mandíbula superior solo se puede expandir tanto como lo permita la mandíbula inferior. El hueso de la mandíbula inferior es la base del ancho de las arcadas dentales. El hueso de la mandíbula inferior no se puede expandir ya que no hay áreas de crecimiento. Los dientes inferiores pueden inclinarse hacia afuera, pero en general, esto no se recomienda ya que puede causar pérdida de encías y hueso y no es un cambio estable en la posición de los dientes y los dientes. Es más probable que los dientes se apiñen de nuevo rápidamente si el retenedor no se usa juiciosamente.

“Afeitado de los dientes” El apiñamiento y la superposición de dientes menores se pueden corregir con aparatos ortopédicos o Invisalign ensanchando los dientes frontales hacia adelante o reduciendo su ancho (reducción interproximal o IPR para abreviar).

Cuando hay demasiado apiñamiento dental y se han explorado todas las demás opciones, se indicarán las extracciones. Si se recomiendan extracciones, hay razones por las que se han recetado.

Es simplemente que los huesos de la mandíbula no son lo suficientemente grandes para acomodar los dientes.

La mandíbula inferior no se puede expandir ni aumentar de tamaño. Si los dientes no encajan en la mandíbula inferior, se indicarán extracciones. Si le dicen que la mandíbula inferior se expandirá, esto solo se puede hacer quirúrgicamente y en casos muy raros. Expansión de la mandíbula inferior está inclinando los dientes hacia afuera y no está ensanchando el hueso de la mandíbula. En algunos casos, se puede justificar una expansión dental más baja, cuando los dientes están inclinados hacia adentro. Sin embargo, si los dientes no están inclinados adentro, la expansión dentaria en el arco inferior es notoriamente inestable y conduce a remplazar y puede causar una recesión significativa.

La expansión de la mandíbula superior se puede realizar sin cirugía y en realidad está ensanchando el hueso de la mandíbula. Este tipo de expansión si es mucho más estable y un medio eficaz es hacer espacio. Pero no lo olvide: la mandíbula inferior es el límite de la mandíbula superior. ampliación. Las mandíbulas deben coincidir y es por eso que el apiñamiento en el arco inferior indicará extracciones.

Extracción del incisivo inferior: a veces, la extracción de un diente es todo lo que se necesita para ayudar en la alineación de los dientes. En este caso se extrajo un incisivo inferior e Invisalign se utilizó para alinear los dientes.

2.1.3.9.- ERUPCIÓN DENTAL

La erupción dental es un motivo de frecuentes consultas tanto a pediatras como a odontoestomatólogos de Atención Primaria de Salud. Su conocimiento preciso, tanto en su fisiología como en su patología, es imprescindible para estos profesionales²³.

“Erupción tardía” El retraso eruptivo de la dentición temporal suele corresponder a factores generales, mientras que cuando solo afecta a la dentición permanente las causas suelen ser locales²⁴. Un niño que “se retrasa” en la erupción de sus dientes temporales en algún mes, lo hará también en la dentición definitiva, sin que produzca menoscabo alguno.

La patología focal de la erupción puede ser: gingivitis marginal, gingivitis y estomatitis necrotizantes, manchas azuladas, quistes de erupción, hematoma de erupción, opérculo gingival, secuestros óseos y foliculitis. En la cronopatología de la erupción, debemos vigilar más las asimetrías eruptivas entre dientes que un curso equilibrado, aunque más lento.

2.1.3.10.- RESPIRACIÓN BUCAL

La respiración oral o bucal hace referencia al hábito de respirar por la boca²⁵. El patrón de respiración normal se realiza a través de la nariz, aunque algunos niños mantienen la boca abierta de manera constante ya que respiran por ella.

Lo normal es respirar por la nariz. La respiración nasal nos mantiene sanos de muchas formas: Las vías aéreas nasales calientan y humedecen el aire que respiramos, lo cual mejora nuestra salud respiratoria.

Los vellos que recubren nuestros conductos nasales por dentro constituyen una primera línea de defensa contra patógenos como virus, bacterias, hongos o esporas.

Además, al respirar por la nariz los senos paranasales producen óxido nítrico, lo que facilita la circulación de oxígeno por todo el cuerpo. El óxido nítrico también ayuda a las defensas del organismo contra las infecciones.

Si la respiración nasal no es posible, lo más probable es que exista alguna obstrucción que dificulte el paso del aire desde la nariz al aparato respiratorio. Las causas más frecuentes en los niños son la hipertrofia (aumento del tamaño) de las amígdalas o de los adenoides (vegetaciones) y las infecciones respiratorias. Otras causas menos habituales son: rinitis alérgica, desviación del tabique nasal, hipotonía muscular, etc.

Los siguientes factores pueden indicar la existencia del hábito de respiración bucal:

- Roncar por las noches.
- Dormir o permanecer gran parte del día con la boca abierta.
- Rasgos faciales como ojeras y aplanamiento en la zona de los pómulos.
- Hábitos parafuncionales como la deglución atípica (meter la lengua entre los dientes para tragar).
- Tendencia a levantar la barbilla y adelantar el cuello para respirar mejor.
- Padecer cuadros clínicos como otitis de repetición.

Las principales consecuencias del hábito de respirar por la boca, cuando se mantiene en el tiempo son:

La respiración constante por la boca altera el desarrollo facial en crecimiento de los niños pequeños. Estos cambios característicos se conocen como facies adenoidea: cara alargada y aplanada, nariz estrecha, la barbilla retraída, ojeras, el paladar estrecho, sonrisa gingival y los dientes torcidos.

se producen cuando el aire que respiramos tiene dificultades para pasar por la vía aérea. Los ronquidos constantes en la etapa infantil no se deben normalizar, ya que el sueño es una de las partes más importantes del crecimiento saludable en la infancia. A veces, se asocian episodios de apnea (el niño deja de respirar), lo que interfiere con una correcta oxigenación (una de las principales funciones de la respiración) del organismo y con el sueño.

Cuando un niño no respira bien no duerme bien, no oxigena adecuadamente y entra en un ciclo de cansancio, irritabilidad y más cansancio. Los respiradores bucales en general están más irritables, enojados, somnolientos y fatigados.

Al tener la boca abierta constantemente, el flujo de saliva en la boca se reduce, con propensión a padecer caries, mal aliento y acumulación de bacterias, además de una sensación de boca seca. La respiración bucal está relacionada también con maloclusiones dentales como la mordida abierta, el paladar estrecho y la mandíbula retraída.

No es raro tampoco encontrar problemas de audición y otitis asociados a este tipo de respiración. Depende de cuál sea la causa. Si cree que su hijo no respira bien por la nariz, dígaselo a su pediatra para que valore cuál es la causa, el tratamiento más adecuado y si es necesario derivarlo a un especialista: Otorrinolaringólogo; Ortodoncista; Logopeda

2.1.3.11.- NOMA

La noma es una grave enfermedad gangrenosa de la boca y la cara que afecta principalmente a los niños de dos a seis años que padecen malnutrición, enfermedades infecciosas y viven en condiciones de pobreza extrema, con una higiene bucodental deficiente y un sistema inmunitario debilitado.¹⁷

Aunque la enfermedad se da, sobre todo, en el África subsahariana, se han notificado también algunos casos en América Latina y Asia. La noma comienza como una lesión de los tejidos blandos (una llaga) de las encías. Posteriormente, evoluciona y se convierte en gingivitis necrotizante aguda, que progresa rápidamente y destruye los tejidos blandos y, posteriormente, los tejidos duros y la piel de la cara.

De acuerdo con las estimaciones más recientes (1998), cada año se producen 140 000 nuevos casos de noma. Si no se trata, la enfermedad es mortal en el 90% de los casos. Los supervivientes padecen desfiguración facial grave, tienen dificultades para hablar y comer, sufren estigmatización social y necesitan cirugía compleja y rehabilitación. Cuando la enfermedad se detecta en una fase temprana, su evolución se puede frenar rápidamente con medidas básicas de higiene, antibióticos y mejora de la nutrición.

2.1.3.12.- LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO

La prevalencia a escala mundial del labio leporino o el paladar hendido, las anomalías congénitas craneofaciales más comunes, es de un caso por cada 1000 o 1500 nacimientos, aunque se observan variaciones considerables en distintos estudios y poblaciones (1). Una de sus principales causas es la predisposición genética¹⁸, si bien también influyen la nutrición materna deficiente, el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas y la obesidad durante el embarazo. En entornos de ingresos bajos, se observa una elevada tasa de mortalidad en el periodo neonatal. Si estas afecciones se tratan debidamente mediante intervención quirúrgica, la rehabilitación total es posible.

La mayoría de las enfermedades y afecciones bucodentales comparten factores de riesgo modificables (como el consumo de tabaco y de alcohol y las dietas malsanas ricas en azúcares libres) que son comunes a las cuatro principales ENT (enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes).

Además, se ha establecido una relación recíproca entre la diabetes y el desarrollo y el avance de la periodontitis (2). Asimismo, existe un vínculo causal entre el consumo elevado de azúcar y la diabetes, la obesidad y la caries dental.

Las enfermedades bucodentales afectan de forma desproporcionada a las personas pobres y socialmente desfavorecidas. Existe una relación muy fuerte y coherente entre la situación socioeconómica (ingresos, ocupación y nivel de educación) y la prevalencia y gravedad de las enfermedades bucodentales. Esta asociación existe desde la infancia hasta la vejez, y en todos los grupos de población, ya sean de países de ingresos bajos, medianos o altos.

La carga de morbilidad por enfermedades bucodentales y otras enfermedades no transmisibles puede reducirse mediante intervenciones de salud pública dirigidas a los factores de riesgo más comunes.

Entre esas intervenciones cabe citar:

- El fomento de una dieta equilibrada baja en azúcares libres, que incluya muchas frutas y hortalizas y en la que la bebida principal sea el agua;
- La interrupción del consumo de tabaco en todas sus formas, en particular la mascada de nuez de areca;
- La reducción del consumo de alcohol, y
- Una exposición suficiente al flúor es fundamental para prevenir la caries.

Debería alentarse el cepillado con dentífrico fluorado (de 1000 a 1500 ppm) dos veces al día.

La distribución desigual de los profesionales de la salud bucodental y la falta de centros de salud adecuados en la mayoría de los países para dar respuesta a las necesidades de la población implican que el acceso a los servicios de atención primaria de salud bucodental suele ser bajo. Los gastos por cuenta propia en atención sanitaria bucodental pueden ser un importante obstáculo a la hora de acceder a ella. El costo de estos servicios necesarios es uno de los principales motivos que generan gastos catastróficos en atención de salud, lo que conlleva un mayor riesgo de empobrecimiento y dificultades económicas.

En 2021, la 74.^a Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución sobre salud bucodental en la que se recomendó abandonar la tradicional lógica curativa y adoptar una lógica de promoción preventiva, incluida la promoción de la salud bucodental en la familia, la escuela y el lugar de trabajo, y que incluya una atención oportuna, integral e inclusiva dentro del sistema de atención primaria. La resolución afirma que la salud bucodental debe estar sólidamente anclada en la lucha contra las ENT y que las intervenciones en esta esfera deben incluirse en los programas relacionados con la cobertura sanitaria universal.

En 2022, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó la estrategia mundial sobre salud bucodental, cuya visión es la cobertura sanitaria universal para la salud bucodental de todas las personas y comunidades para 2030. A fin de ayudar a los países a llevar a la práctica la estrategia mundial, se está elaborando un plan de acción detallado, que incluirá un marco de seguimiento de los progresos realizados, con metas cuantificables que deberán alcanzarse para 2030.

2.2 PRESENTACIÓN DE GRÁFICOS SEGÚN ENCUESTA

La presente encuesta y entrevista ha sido realizada en el “centro de Rehabilitación Nuevos Horizontes” entrevistando a funcionarios del mismo centro, padres, tutores y/o apoderados de los pacientes con Síndrome de Down

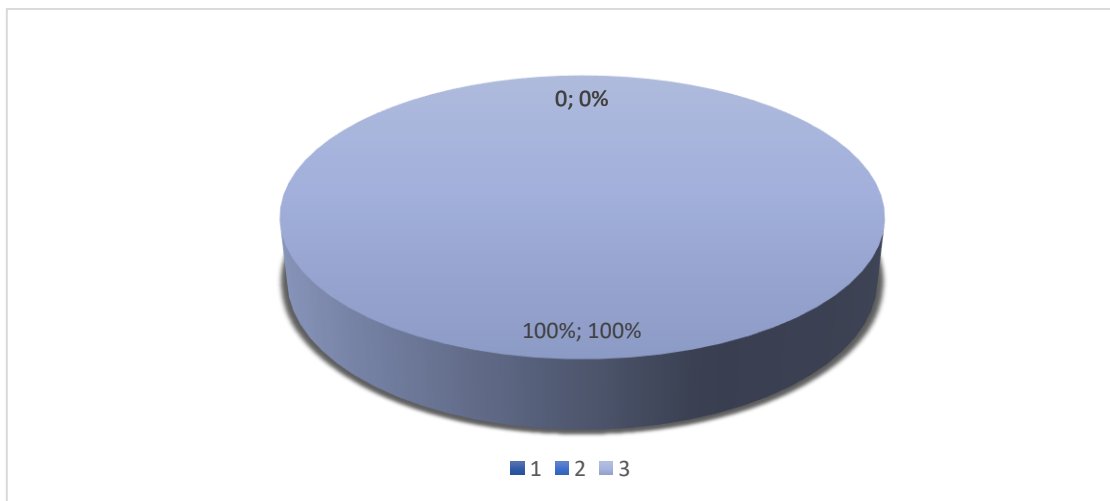
2.2.1.- GRAFICO N°1

PREGUNTA REALIZADA A LOS FUNCIONARIOS DEL CENTRO

Grafico 1 ¿Cuántos pacientes están registrados y asisten al Centro de Rehabilitación?

R.- Están registrados 19 pacientes, de los cuales asisten todos, ósea 19 pacientes.

Gráfico N° 1 el 100% de los pacientes con SD inscritos asisten al centro de rehabilitación.



Al observar el resultado de la encuesta, es posible asegurar que existe un gran compromiso, por parte de los apoderados de pacientes con SD, en tratar de ofrecer la mejor ayuda posible a sus apoderados, ofreciéndoles la oportunidad de ser atendidas en un centro especializado que se acomode mejor a los retos que plantea esta patología.

Que el 100% de pacientes registrados asista al centro de rehabilitación es un gran impulso para hacer más fácil y llevadero el procedimiento de esta enfermedad. Puesto que el tratamiento y las terapias que se lleven en estos casos, por lo general, no suele estar incluidas en los seguros de cobertura sanitaria universal y aún más los tratamientos para salud buco-dental, caros por sí mismos, son escasos.

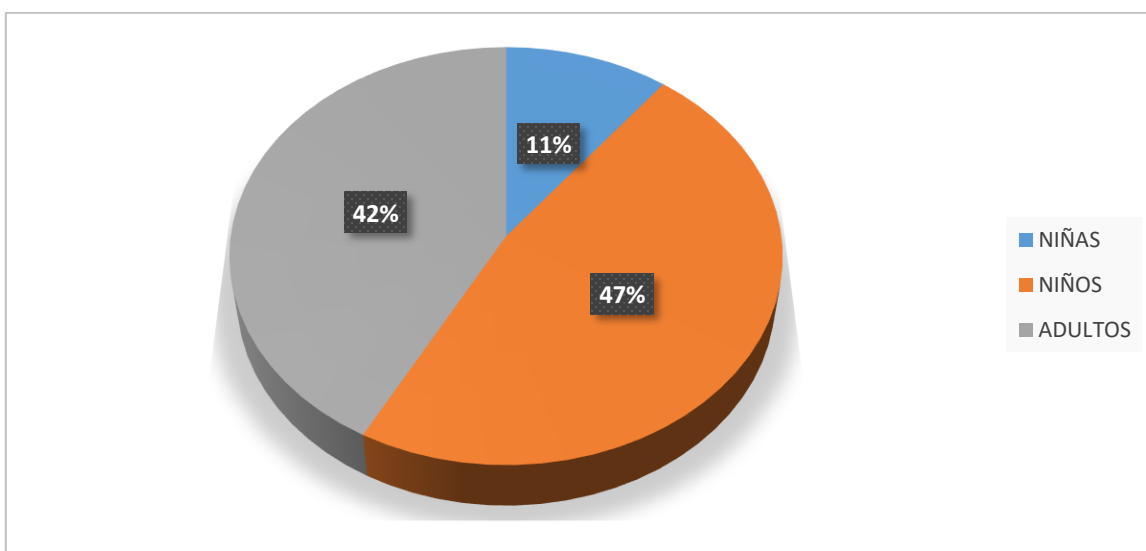
2.2.2.- GRAFICO N° 2

2. Pregunta realizada a los funcionarios del centro, de todos los pacientes, ¿cuántos son niños comprendidos en la edad de 0 a 13 años, cuantos son varones y cuántos son mujeres?

R.- De los 19 pacientes que asisten al Centro de Rehabilitación 11 son niños comprendidos hasta los 13 años, de los cuales 9 son varones y 2 mujeres.

GRÁFICO N° 2

- **DE LOS 19 PACIENTES CON SD 11 SON NIÑOS Y 8 ADULTOS, LOS CUALES 9 SON NIÑOS Y 2 SON NIÑAS**



Analizando los resultados de la 2 da. Pregunta, nos encontramos con un dato revelador para esta zona del mundo y es que el 0,2 nacido con SD por cada mil es muy lejano a los 1,96 nacidos, con SD, por 1000 del resto de Latinoamérica, y el mismo puede que haga una gran heterogeneidad de factores que influyen en este dato, como la edad madre (Que aumenta el riesgo de SD después de los 35 años) posando por factores de etnias y medio ambiente.

Así mismo, según estudios, a partir de los 35 años se inicia un incremento progresivo que elija a ser hasta 10 veces superior, llegando a registrarse hasta 8 por cada 1000 nacimientos. En Riberalta de 19 pacientes registradas (100%), 11 son niños (63, 1%) y 8 ser adultos (36,9%), lo que es una muestra clara del incremento en casos de SD debido a la mayor edad de las madres para procrear.

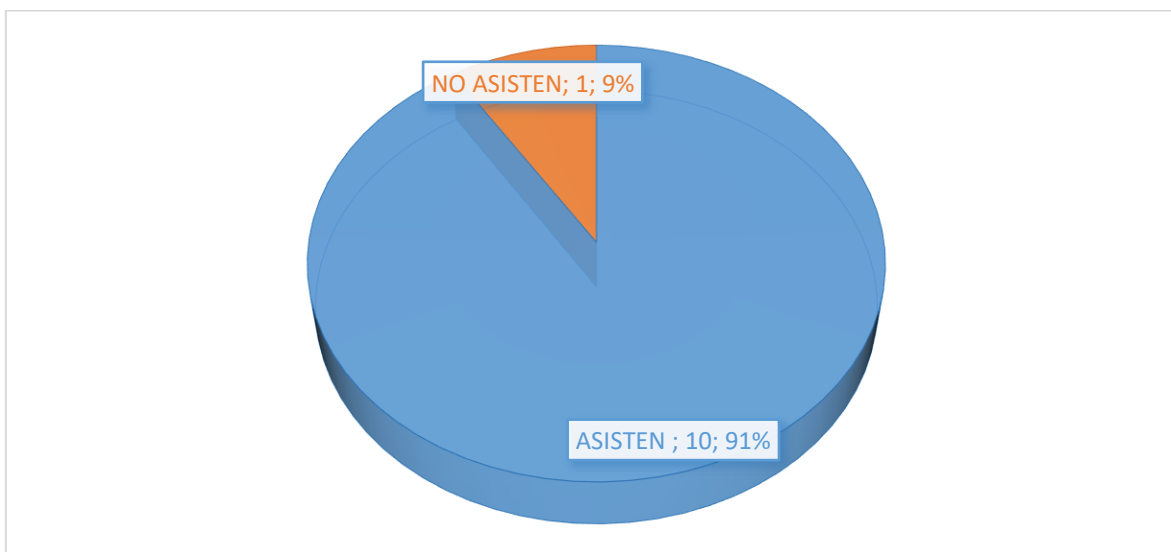
2.2.3.- GRAFICO N° 3

3.- Pregunta realizada a los padres o tutores y/o apoderados de los pacientes niños con Síndrome de Down. ¿Recibe él o ella atención clínica odontológica en algún centro de salud dental?

R.- Si= 10 No=1

GRAFICO N° 3

- **DE LOS 11 PACIENTES CON SD, 10 ASISTEN A CENTROS DE SALUD DENTAL Y 1 NO ASISTE A NINGUN CENTRO DENTAL**



Algo alentador, que nos trae las respuestas de la pregunta 3, es la gran mayoría de los tutores y/o apoderados de pacientes niños con SD, hacen asistir a centros de salud bucodental especializados; ese 90.9% es un paso enorme en tratar de brindar una mejor calidad de vida a estos pacientes.

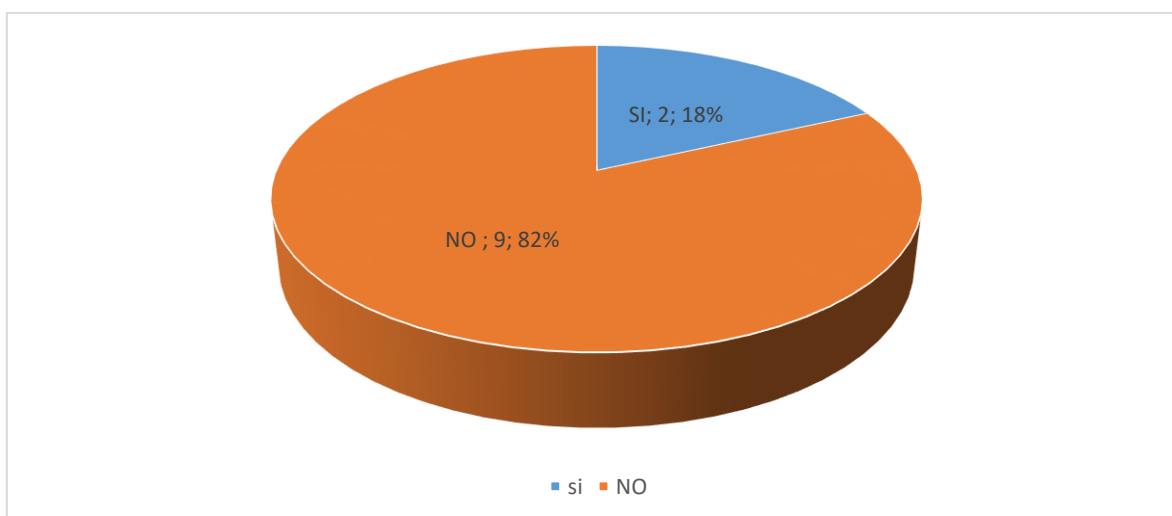
2.2.4.- GRAFICO N° 4

4.- Pregunta realizada a los padres o tutores y/o apoderados de los pacientes niños con Síndrome de Down. ¿Cree usted que ha recibido la suficiente información sobre higiene bucodental en niños con Síndrome de Down?

R.- Si=2 No=9

GRÁFICO N° 4

- DE LOS 11 PADRES DE LOS NIÑOS CON SD, 2 CONSIDERAN QUE RECIBIERON LA SUFICIENTE INFORMACIÓN SOBRE HIGIENE BUCODENTAL Y 9 DE ELLOS NO LO CONSIDERAN SUFICIENTE.



Aquí surge una gran contradicción y es que la mayoría de pacientes con SD asisten a centros odontológicos, esa misma gran mayoría (los apoderados) no ha recibido una buena información sobre la higiene buco dental que debería tener cada paciente.

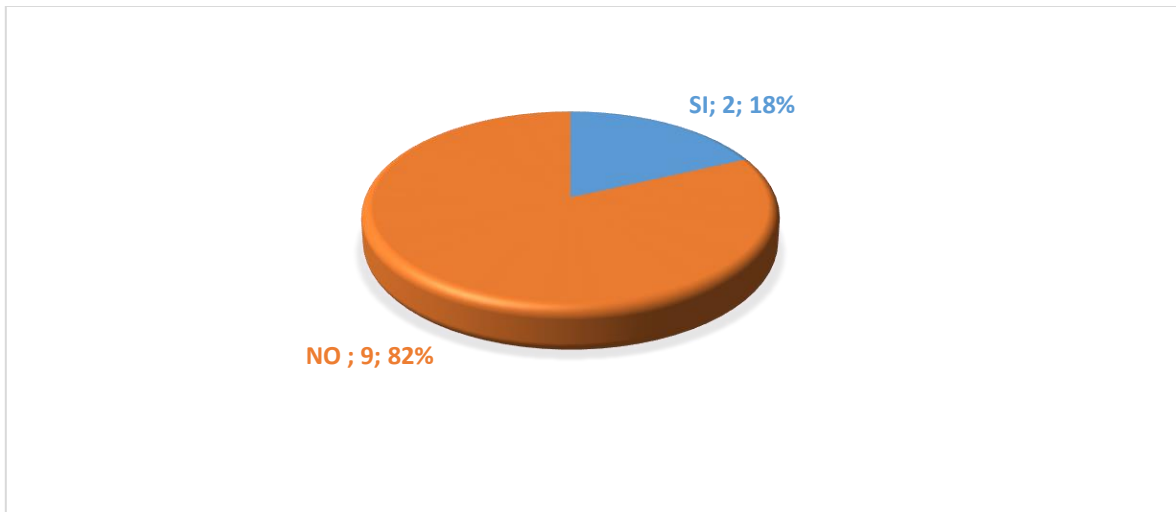
2.2.5.- GRAFICO N° 5

5.- Pregunta realizada a los padres o tutores y/o apoderados de los pacientes niños con Síndrome de Down. ¿Cree usted que ha recibido suficiente información sobre las características bucodentales de los pacientes con Síndrome de Down?

R.- Si=2 No=9

GRAFICO N°5

- DE LOS 11 PADRES DE LOS NIÑOS CON SD, 2 CONSIDERAN QUE RECIBIERON LA SUFICIENTE INFORMACIÓN SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS BUCODENTALES Y 9 DE ELLOS NO LO CONSIDERAN SUFICIENTE**



Las respuestas obtenidos en ésta parte, van de la mano con la de la pregunta anterior, y esto debido a la mala o nula información que brindan los profesionales en salud bucodental que los atienden, por ello es difícil identificar, cuantificar y priorizar los métodos preventivos y curativos necesarios para tratar las afecciones bucodentales que afectan a los pacientes con SD son particulares y especiales; los cuidados y la información sobre ello deben ser adaptados a este grupo.

PARTE III

3.1.- ANÁLISIS DE RESULTADOS DE ENCUESTA

El campo de acción tomado para la realización del proyecto abarca a toda la población urbana y rural de la ciudad de Riberalta; es decir, que se investigó los lugares donde se realiza la atención integral a personas con Síndrome de Down de toda el área poblacional de Riberalta. Dando como resultado que se cuenta con 2 Centros en específico para la atención de personas con habilidades diferentes, siendo ellos “Arca Maranatha” dependiente de la Iglesia Evangélica “Maranatha” y el “Centro de Rehabilitación Nuevos Horizontes” dependiente del Vicariato Apostólico de Pando.

Para la realización de mi trabajo se preguntó en cuales centros de atención si albergaban a personas con Síndrome de Down, obteniendo como respuesta que solamente se los atendía en el “Centro de Rehabilitación Nuevos Horizontes” puesto que “Arca Maranatha” también atiende a pacientes con habilidades diferentes, pero solo se enfoca en personas “sordo, mudas y/o sordomudos”.

Ahora bien, en base a las entrevistas realizadas al personal que trabaja en el Centro de Rehabilitación Nuevos Horizontes” se concluye que de los 37 pacientes que existen registrados en el departamento del Beni, 19 pertenecen a la Ciudad de Riberalta, lo cual no sería un dato nada anecdótico ya que, aunque Riberalta no es la capital del departamento posee una mayor cantidad poblacional que la propia capital “Trinidad”, de ahí resulta el dato que la población de Riberalta tiene la mayor cantidad de personas con Síndrome de Down, incluso supera al resto del total de pacientes del departamento, representando en 51,3% del total de todos ellos.

Entonces tomando en cuenta los resultados de la Gráfico 1, se evidencia que, de todos los pacientes registrados en la población, todos asisten al “Centro de Rehabilitación Nuevos Horizontes” y todos cumplen con la Norma de Asistencia para ser considerados con todos los beneficios que le otorga el centro.

Según el gráfico 2, de los 19 pacientes que el centro atiende en sus instalaciones 11 son niños, que es lo que interesa al proyecto, las patologías bucales prevalentes en pacientes pediátricos con síndrome de Down, mientras que, de los 11 pacientes, 9 son varones y 2 son mujeres.

Es preciso tomar muy preponderantemente los resultados del gráfico 3, que arroja como resultado el dato que dice que 10 de los 11 pacientes con síndrome de Down asisten con

regularidad a algún Centro Odontológico y solo 1 no lo hace, este dato contrasta mucho con lo ofrecido con los gráficos 4 y 5, que nos dicen que los padres, tutores y/o apoderados no han recibido la suficiente información sobre las características bucodentales y sobre la higiene bucodental necesario para personas con síndrome de Down, lo que nos lleva a concluir que al momento de ser atendidos en los respectivos centros odontológicos al que asisten, no son asesorados correctamente, sobre los problemas bucodentales que de por sí, trae consigo el síndrome de Down; es decir que los pacientes son atendidos como si fuese un paciente normal al cual padece alguna patología común de la ciencia odontológica.

Por consiguiente, es válido asegurar que los profesionales en odontología carecen de los conocimientos básicos para tratar a pacientes con síndrome de Down, atreviéndome a formular la hipótesis de que se necesita mucha más información sobre el tema y actualización para atender mejor a dichos pacientes.

3.2.- CONCLUSIONES

El síndrome de Down es la patología genética más conocida y de mayor número de casos en toda la población mundial al presenta una anomalía genética condiciona cambios en la morfología y la fisonomía de quienes lo padecen; eso o la poca información que se tiene a nivel general sobre ella, hacen que sean complicado tratar a los pacientes que la sufren. Aunque no se conocen las causas específicas para que se de esta anomalía, en factor que la predispone es la edad de la madre, pues según los últimos estudios el incremento de casos de síndrome de Down está íntimamente ligado a la maternidad en la mujer después de los 35 años.

Estos estudios se ven limitados por la poca frecuencia con la que se realiza, ya sea por presupuesto o por la importancia de la materia a estudiar. En la presente monografía se concluye que en el marco geográfico y poblacional de la investigación; toda Riberalta es dado que los casos de Síndrome de Down son mínimos comparados a los datos de resto del mundo, puestos que los casos para las otras regiones son de 1,96 casos por cada 1000 nacidos vivos, en esta región es de 0,2 por cada 1000 nacidos vivos; algo que alienta a los sistemas de salud de la región que no están especializados en el tema y quienes a su vez no optan tomar mayor conciencia e información sobre la patología, algo que es visible al analizar las respuestas de la entrevista y encuentra realizada, puesto que más del 90% de los tutores no

conocen o no tienen la suficiente información y las características buco- dentales y la higienes buco dental que tiene que recibir un paciente con Síndrome de Down.

Ahora, si se toman los datos de las patologías que padecen las personas comúnmente, se tiene que las afecciones buco dentales prevalentes, no son las mismas para ambos casos. En efecto, la caries dental es prevalente en pacientes comunes, lo que no ocurre con pacientes con SD donde la caries no es patología pediátrica prevalente; la sialorrea es patología prevalente en pacientes con SD y no ocurre lo mismo en paciente normales. Esto es debido en gran parte a la morfología que se presenta en los pacientes con SD.

Por lo que es necesario confirmar que actualizarnos con información sobre el SD es vital para tender a nuestros pacientes de manera eficaz.

3.3.- RECOMENDACIONES.

Tomando en cuenta que el Síndrome de Down es la anomalía genética más común entre las patologías de este tipo, es factible recomendar a los profesionales en salud, obtener una mayor información que ayude a tratar de manera más adecuada y eficaz a quienes padecen esta anomalía.

Es recomendable, también que se propongan nuevas políticas públicas destinadas a ofrecer una mejor calidad de vida para los pacientes con Síndrome de Down.

En el marco de la propuesta de nuevas políticas públicas, estas se deben acercar hacia la obtención de información y sobre todo la actualización de la información sobre la patología propiamente dicha.

También hacer énfasis en el estudio de las patologías prevalentes en niños con Síndrome de Down, ya que las patologías prevalentes no son las mismas que en los niños que no sufren la patología.

Priorizar la realización de nuevas investigaciones sobre el tema.

3.4.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shore s, Lightfoot T, Ansell P. Oral disease in children with DS: causes and prevention. *Community Pract* 2010; 83(2): 18-21.
2. Andrade DJ. Trissomia 21- Estudo Dento-Maxilo – Facial (tesis doctoral). Porto: FMD-UP; 2000.
3. Moura CP, Vales F, Andrade D, Cunha LM, Barros H, Pueschel SM, et al. Rapid maxillary expansion and nasal patency in children with Down Syndrome. *Rhinology* Jun 2005; 43(2): 138-42.
4. Klug WS, Cummings MR, Spencer CA. *Concepts of Genetics*. Pearson Education Internacional 2006: 191-3.
5. Macho V. Caracterização de uma população pediátrica com Trissomia 21 (master tesis). Porto: FMD-UP; 2007.
6. Areais C, Sampaio – Maia B, Guimaraes H, Melo P, Andrade D. Caries in Portuguese Down Syndrome Children. *Clinics* 2011; 66(7): 1183-6.
7. Areias C, Sampaio- Maia B, Pereira L, Teieira A, Andrade D, S mutans and caries in Portuguese Down Syndrome Children. *Clinics* 2012; 67 (9): 1007-11.
8. Macho V, Seabra M, Pinto A, Soares D, Andrede A. Alteracoes craniofacial e particularidades orais na trissomia 21. *Acta Pediatr Port* 2008; 39(5): 821-31.
9. Mouradian WE, The face of a child: Children’s oral health and dental education .*J Dent Educ* Sep 2001; 65(9): 821-31.
10. Moura CP. Trissomia 21 – Perspectiva Otorrinolaringologica. *Arquivos de medicina* 2004.
11. Olivio Yopez A, Linarez Marquez P, Suarez Guerrero AI, Aguirre Guzman AM. Estatuto Ontologico del embrión humano como persona: Una perspectiva desde la investigación biológica en America Latina. *Acta bioeth* 2016; 22(2).
12. De la Torrez Santos ME, Herrera Martinez M. Mecanismos relacionados con el origen de la aneuploidias humanas en la avanzada edad materna. *Medicentro Electronica* 2018; 22(4): 359- 363.
13. Luna Barron Beatriz, Taboada Lopez Gonzalo, Queiroz de Tejerina Maria Salete, Aillon Lopez Valeria, Arce Quint Irma, Barreda Lujan Eunice Monica et al. Comrbilidades en

- personas con Síndrome de Down, habitantes de la Paz- Bolivia, 2016. Rev. La Paz 2017; 23(1); 5-11.
14. Diaz – Veliz JP, Vidal – Hernández B, Gonzales- Santana I, Portero – Cabrera D, Sosa Aguila LM. Diagnóstico Prenatal de atresia Duodenal en fetos con síndrome de Down. Sobre un Caso. Medisur 2020; 18(2) 272-278.
 15. Ugalde – Hernandez F, Martinez- Grecia V, Blanco – Pereira ME, Perez- Garcia A, Rocha- Hernandez K, El Preembrion Humano; ¿destrucción o vida? Rev. Med. Electron. 2019; 41(3): 770- 774.
 16. Rubio Gonzales T, Norbert Vazquez L, Garcia Gonzales DC. Evaluación del Crecimiento y desarrollo de pacientes con síndrome Down en Santiago de Cuba. MEDISAN. 2018. 22 (1): 19-26.
 17. Salari N, Darvishi N, Heydari M, Bokaei S, Darvishi F, Mohammadi M. Global prevalence of cleft palate, cleft lip and cleft palate and lip: A comprehensive systematic review and meta-analysis. J Stomatol Oral Maxillofac Surg. 2021;S2468-7855(21)00118X. doi:10.1016/j.jormas.2021.05.008.
 18. Wu, Cz., Yuan, Yh., Liu, Hh. et al. Epidemiologic relationship between periodontitis and type 2 diabetes mellitus. BMC Oral Health 20, 204 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12903-020-01180-w>.
 19. Mayo Clinic Family Health Book (Libro de Salud Familiar de Mayo Clinic) 5ª. Edición.
 20. 1. da. Silva, L.A.B., & Assed, S. (2008). Tratado de Odontopediatria, Brasil, Amolca. 1328.
 21. J.B. Bodensteiner. The Evaluation of the Hypotonic Infant. Semin Pediatr Neurol., 15(2008), pp. 10-20
 22. Proffit WR, Fields HW, Sarver DM, Ortodoncia contemporánea. 5a ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
 23. Canut JA. Fisiología de la erupción, En: Ortodoncia Clínica. Barcelona: Salvat 1988.
 24. Mendoza Mendoza A, Solano Reina E. Manejo del Espacio. En Barberia Leache, E, Odontopediatria. Barcelona. Masson; 2001.
 25. 1992. Diccionario Ilustrado de Odontología, Argentina, Editorial Medica Panamericana S.A.