

Participación de los padres en el cuidado de la salud bucal de los niños y adolescentes con síndrome de Down

Rita Navas P.^{1} y Joalis Mogollón²*

¹Licenciada en Trabajo Social, Magíster en Admón. de salud. Profesora titular de la Universidad del Zulia. Facultad de odontología. Instituto de Investigaciones. Área de Epidemiología y Práctica Odontológica

²Odontopediatra. Servicio de Odontopediatria. Hospital Dr. Manuel Noriega Trigo. IVSS. Maracaibo.

E-mail: ritaminp@yahoo.com

Resumen

Objetivo: Promover la participación de los padres en los cuidados de salud bucal de niños y adolescentes con síndrome de Down del Instituto de Educación Especial El Zulia del municipio Maracaibo (estado Zulia), Venezuela. **Pacientes y métodos:** Se seleccionaron 35 padres y a sus niños con síndrome de Down. Se determinaron las condiciones de salud bucal de los niños mediante la evaluación del estado de la dentición, necesidades de tratamientos, índice de placa e índice gingival. Se efectuaron talleres para impulsar la participación de padres y docentes en la implementación de acciones conducentes a mejorar la salud bucal de los niños. **Resultados:** El 62,6% de los niños y adolescentes tenían caries dental. El índice CPOD fue de 5,5 y el de ceod fue de 3,6. El porcentaje más elevado de placa grado 1 (22,8) se reportó en el grupo de 11 a 14 años. El índice gingival fue de 3,72. Los padres participaron en reflexiones y análisis sobre la salud bucal, identificando, caracterizando y definiendo estrategias y operaciones para enfrentar los inadecuados cuidados de salud bucal de estos niños. **Conclusión:** Los padres de los niños de este estudio participaron activamente en la búsqueda de propuestas efectivas para mejorar la salud bucal de los niños y adolescentes con síndrome de Down.

Palabras clave: Padres, cuidados, salud bucal, síndrome de Down.

* Autor para correspondencia: Telf. 0261 7597346. Fax. 0261 7597347

The Participation of Parents in Oral Health Care for Children and Adolescents with Down Syndrome

Abstract

Objective: To promote the participation of parents in the oral health care of children and adolescents with Down syndrome at the Zulia Special Education Institute, in the Municipality of Maracaibo, (Zulia, Venezuela). **Patients and Methods:** 35 parents and their children with Down syndrome were selected. The oral health of the children was determined evaluating the status of the dentition, need for treatments, dental plaque and gingival indexes. Workshops were carried out to promote the participation of parents and teachers in implementing steps to improve the oral health of the children. **Results:** The DMFT index was 5.5 and the dmft index was 3.6. The highest percentage of dental plaque grade 1 (22.8%) was reported in the age group 11 to 14 years. The gingival index was 3.72. Parents and teachers participated in reflections and analysis about oral health, identifying, characterizing and defining strategies and operations to improve the inadequate care of their children's oral health. **Conclusion:** Parents participated actively in the search for effective proposals to improve the oral health of the children and adolescents with Down syndrome in this study.

Key word: Parents, oral health care, Down syndrome.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁽¹⁾ plantea que unos 600 millones de personas viven con discapacidades de diversos tipos. El 80% de ellas vive en países de bajos ingresos, la mayoría son pobres y no tienen acceso a servicios básicos ni a servicios de rehabilitación. Según esta organización, los estados deben asegurar la prestación de atención médica y servicios de rehabilitación a las personas con discapacidad, para que éstas logren alcanzar y mantener un nivel óptimo de autonomía y movilidad.

Según datos de la OMS², dos terceras partes de la población con discapacidades no reciben atención bucodental alguna y, aunque los porcentajes estimados de población con discapacidad varían de una localidad a otra, los aspectos de salud integral para este grupo

poblacional no incluyen su rehabilitación bucodental.

En Venezuela, el censo 2001 del Instituto Nacional de Estadística³ estableció que, del total de la población venezolana de 24.765.581 personas, 907.694 (3,67%) presentaban alguna discapacidad. Según el Consejo Nacional para la Integración de Personas con Discapacidad (CONAPDIS)⁴ existen en nuestro territorio 1.600.000 personas con discapacidad (lo que representa el 6% del total de la población). En el estado Zulia, la Dirección Regional de Educación⁵ registró un total de 9.595 alumnos matriculados en las instituciones de educación especial para el período 2003-2004.

Se han efectuado diversas investigaciones que indagan las condiciones de salud bucal de estos pacientes. Un estudio efectuado por Morinushi⁶ en 41 niños y adolescentes con síndrome de Down reportó un incremento en

la severidad de la inflamación gingival en estos niños.

Un trabajo realizado por Pomarico⁷ evaluó el conocimiento que sobre salud bucal tenían los padres de niños con y sin discapacidades en instituciones públicas de Río de Janeiro. Sus hallazgos mostraron que el 71,6% de los padres consideraron que la salud bucal desempeña un papel importante en la salud general.

La OMS² sostiene que el desconocimiento de los problemas bucodentales de los pacientes especiales, asociados a sus propias reacciones emocionales, las de sus familiares, así como las del profesional, crean e incrementan las barreras en el acceso a los servicios de atención.

Una investigación realizada por Allison⁸ reportó que los padres de niños con síndrome de Down manifestaron que frecuentemente encontraban problemas para tener acceso a la atención de salud bucal de sus hijos, y que estos pacientes tenían menos probabilidades de recibir servicios odontológicos que aquellos individuos sanos.

Agili⁹ indagó sobre la percepción de los padres con respecto al acceso a cuidados de salud bucal de niños con necesidades especiales, sus resultados reportaron que la mayoría de los padres accedían a servicios odontológicos para el cuidado bucal de sus niños, pero manifestaban tener problemas para encontrar personal preparado para atenderlos.

Adiwoyo¹⁰ evaluó un programa de educación en salud bucal e higiene para niños con discapacidad de una institución de Indonesia, dirigido no solamente a los niños sino también a sus padres, maestros y el personal paramédico de la institución. Según el estudio, el programa fue bien aceptado y tuvo un significado clínico efectivo.

Esta investigación se planteó como objetivo promover la participación de los padres en los cuidados de salud bucal de niños y adolescentes con síndrome de Down.

Pacientes y Métodos

La población en estudio estuvo constituida por 90 niños y adolescentes con síndrome de Down inscritos en el Colegio Zulia de la parroquia Juana de Ávila del municipio Maraicao, estado Zulia. Del total de niños y adolescentes matriculados en la institución, 35 cumplieron con los criterios de inclusión referidos a:

- Ser niños o adolescentes con síndrome de Down moderado según los criterios de The American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. Estos criterios son aplicados en la institución por los psicólogos que los atienden.
- Tener una edad comprendida entre los 3 y 18 años.
- Tener padres dispuestos a participar en el estudio.

La muestra definitiva fue no probabilística, de conveniencia y estuvo constituida por 35 niños y adolescentes y sus padres.

Se realizó una investigación epidemiológica, descriptiva y transversal para determinar las condiciones de salud bucal de los niños y adolescentes con síndrome de Down.

Para promover la participación de los padres se utilizó el método de investigación-acción.

Aspectos Éticos

A todos los participantes se les explicó el propósito, naturaleza y beneficios del estudio, después de lo cual aceptaron participar firmando el consentimiento informado. Éste fue elaborado de acuerdo con los principios éticos de la Declaración de Helsinki de 2004.¹² Se protegió la confidencialidad de los participantes mediante la asignación de un número o código establecido para la historia socio-clínica del estudio. La investigación fue aprobada por

el Instituto de Investigaciones de la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia.

Evaluación Clínica

Las evaluaciones clínicas fueron realizadas por una odontóloga, previamente entrenada para el manejo de los criterios de estado de la dentición y necesidades de tratamiento, según lineamientos de la Organización Mundial de la Salud¹³, el índice de placa de Silness y Loe¹⁴ y el índice gingival de Loe y Silness¹⁵. La determinación del error intraexaminador se obtuvo al aplicar el coeficiente Kappa, que arrojó un valor de concordancia de 0,87 para los criterios de caries y de 0,92 para la gingivitis y placa.

Al inicio del estudio se elaboró una historia clínica a cada paciente. Los niños y adolescentes fueron examinados bajo luz natural, usando un espejo bucal plano y una sonda periodontal OMS. Para el índice de placa e índice gingival se evaluaron los dientes primarios 54-64-74-84-81-71 y los dientes permanentes 16-26-36-46-31-41. En los casos de dentición mixta en el sector anterior se sustituyeron por el permanente sucesivo y en el sector posterior se evaluaron los primeros molares permanentes.

Participación de los Padres

Para propiciar la participación de los padres y representantes se emplearon diversas estrategias, tales como la técnica expositiva y la dinámica grupal, para explicar los hallazgos clínicos y las condiciones de salud bucal de los niños y adolescentes seleccionados. También se realizaron discusiones guiadas que, propiciaron procesos de reflexión y análisis sobre la salud general y la salud bucal en particular de los niños y adolescentes con síndrome de Down y la propensión de su padecimiento debido a sus condiciones sistémicas.

Para el registro de la información sobre la participación de los padres, se aplicó una guía de observación que contenía dos aspectos: el primero de ellos consistía en listar las manifestaciones de la conducta observadas en los padres durante las reuniones programadas (asistencia, número de intervenciones en las discusiones, puntualidad) y en segundo lugar, clasificar las manifestaciones observables de la conducta (tipo de intervenciones, propuestas de resolución y proactividad, considerada ésta en términos de iniciativa y decisión de lo que se quisiera hacer y cómo hacerlo). La observación fue continua en cada una de las reuniones efectuadas hasta la aparición del evento por observar y registrar.

Análisis Estadístico

Los datos fueron procesados utilizando el paquete estadístico *Statists*, versión 11.0. Para los resultados se efectuó el análisis descriptivo, la distribución de frecuencias, promedios y desviación estándar.

Resultados

Del total de niños examinados 22 (62.8%) eran del género masculino y 13 (37.1%) del género femenino. Con un promedio de edad de 103 años. La edad promedio de los padres fue de 29.4 años.

Estado de la dentición Índices ceod y CPOD

El promedio más alto del ceod se reportó en el grupo de 7 a 10 años de edad ($7,4 \pm 8,5$). Sin embargo, el total del índice ceod fue de $3,6 \pm 4,1$ esto indica que, en promedio, los niños y adolescentes con dentición primaria de este estudio presentaron 3,6 dientes cariados, extraídos y obturados.

En cuanto al índice CPOD, el grupo de 15 a 18 años de edad mostró un promedio más elevado ($5,3 \pm 6,2$). No obstante, el total del índice CPOD fue de $5,5 \pm 6,6$. Ello indica que, en promedio, los niños y adolescentes con dentición permanente presentaron 5,5 dientes cariados, perdidos y obturados (Tabla 1).

En relación con los componentes de los índices, la Tabla 2 muestra que el componente cariado en la dentición primaria presentó el promedio más alto ($2,7 \pm 3,4$) en el grupo de 7 a 10 años de edad, en contraste con el componente obturado que mostró una media de $0,62 \pm 1,68$.

En cuanto a la dentición permanente (Tabla 3), el grupo de 11 a 14 años de edad registró un promedio de $4,2 \pm 4,7$ en el componente cariado, siendo éste el mayor valor en todos los grupos estudiados. El componente obturado se observó más alto ($0,57 \pm 1,51$) en el grupo de 15 a 18 años de edad, mientras que no se observaron casos de dientes perdidos en ninguno de los grupos.

Severidad de la caries

El grupo de 3 a 6 años de edad reportó más niños libres de caries (14,2%), mientras que el grupo que evidenció mayor severidad (5 a más dientes cariados) fue el de 11 a 14 años de edad (14,2%).

Necesidades de tratamiento

El grupo de 7 a 10 años de edad fue el que reportó el mayor porcentaje de individuos (17,1%) con necesidades de tratamiento con sellante, seguido del grupo de 11 a 14 años, con 11,4%, y el grupo de 15 a 18 años de edad, con 8,5%. En cuanto a las necesidades de obturación de una superficie, los adolescentes de los grupos de 11 a 14 y 15 a 18 años de edad reportaron el mayor porcentaje (17,1%).

En relación con la obturación de dos o más superficies, el grupo con mayor necesidad de este tipo de tratamiento fue el de 11 a 14 años de edad, con 14,2%, seguido del grupo de 15 a 18 años de edad, con un 8,5%.

Placa bacteriana

Todos los grupos mostraron placa dental grado 1. El porcentaje más elevado se ubicó en el grupo de 11 a 14 años de edad (22,8%), seguido del grupo de 15 a 18 años con un porcentaje de 11,4%. Con respecto a la placa grado 2, ésta solo se reportó en los adolescentes de 15 a 18 años de edad (11,4%). No hubo hallazgos de placa bacteriana grado 3. En cuanto al total del índice de placa bacteriana en los grupos estudiados, éste se ubicó en $2,65 \pm 3,15$, es decir, que el grupo de niños estudiado presentaba en promedio 2,6 dientes con algún grado de intensidad de acumulo de placa dental.

Tabla 1. Índice CPOD y ceod de niños y adolescentes con síndrome de Down. Instituto de Educación Especial El Zulia. Año 2004.

Grupos de edades	CPOD		ceod	
	\tilde{x}	SD	\tilde{x}	SD
3 a 6 años	0,0	0,0	2,00	1,97
7 a 10 años	2,6	3,32	7,40	8,56
11 a 14 años	6,2	4,57	2,64	2,85
15 a 18 años	5,3	6,23	2,00	3,67

Fuente: Instrumento clínico.

Tabla 2. Estado de la dentición primaria de niños y adolescentes con síndrome de Down. Instituto de Educación Especial El Zulia.

Componentes del índice ceod	Grupos							
	3 a 6 años		7 a 10 años		11 a 14 años		15 a 18 años	
	\tilde{x}	SD	\tilde{x}	SD	\tilde{x}	SD	\tilde{x}	SD
Cariado	0,90	1,44	2,75	3,49	1,30	1,94	0,57	0,97
Extraído	0,00	0,0	0,00	00,0	0,00	0,0	0,00	0,0
Obturado	0,20	0,63	0,62	1,18	0,00	0,0	0,00	0,0
Total	1,10	2,07	3,37	4,67	1,30	1,94	0,57	0,97

Fuente: Instrumento clínico.

Tabla 3. Estado de la dentición permanente de niños y adolescentes con síndrome de Down. Instituto de Educación Especial El Zulia.

Componentes del índice CPOD	Grupos					
	7 a 10 años		11 a 14 años		15 a 18 años	
	\tilde{x}	SD	\tilde{x}	SD	\tilde{x}	SD
Cariado	0,87	1,80	4,20	4,70	4,00	4,04
Perdido	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Obturado	0,12	0,12	0,20	0,42	0,57	1,51
Total	0,99	1,92	4,40	5,12	4,57	5,55

Fuente: Instrumento clínico.

Tabla 4. Severidad de la caries dental de niños y adolescentes con síndrome de Down. Instituto de Educación Especial El Zulia.

Grupos de edades	Libres de caries		1 a 2 dientes cariados		3 a 4 dientes cariados		5 y más dientes cariados	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	3 a 6 años	5	14,2	5,7		1	2,8	2
7 a 10 años	3	8,5	5,7		0	0,0	2	5,7
11 a 14 años	3	8,5	0,8		2	5,7	5	14,2
15 a 18 años	1	2,8	5,7		2	5,7	2	5,7

Fuente: Instrumento clínico.

Índice gingival

El porcentaje más alto de individuos sin gingivitis se ubicó en el grupo de niños de 3 a 6 años de edad, con un 17,1%.

Respecto a la inflamación gingival grado 1, el grupo de 7 a 10 años de edad y el de 11 a 14 reportaron similares porcentajes (17,1%). La gingivitis grado 2 mostró su valor más elevado en el grupo de 15 a 18 años de edad

(14,2%), seguido del grupo de 11 a 14 años de edad (8,5%). No se reportaron casos de gingivitis de grado 3.

En cuanto al total de índice gingival, éste se ubicó en $3,72 \pm 4,23$, lo que revela la severidad de la inflamación gingival en el conjunto de los individuos en estudio.

Participación de los padres

Después de establecer las condiciones de salud bucal de los niños y adolescentes del estudio, se efectuaron reuniones con los padres y representantes para darles a conocer los resultados colectivos e individuales de las evaluaciones odontológicas realizadas.

La participación y el compromiso de los padres fue medida cuali-cuantitativamente al comprobarse, en los registros de la guía de observación, la asistencia (89%) de los participantes a las reuniones programadas, la puntualidad (73%) de su llegada a las horas prefijadas, así como el número de intervenciones orales (78%) efectuadas en cada uno de los talleres o reuniones. El 74% de los participantes hizo intervenciones de tipo analítico sobre las causas de la problemática de salud bucal, el 83% efectuó propuestas de resolución, y el 63% mantuvo una actitud proactiva.

Aun cuando el 100% de los padres y representantes manifestaron reconocer la importancia de la salud bucal de los niños y adolescentes con síndrome de Down, también expresaron: *“Desconocíamos muchas cosas sobre la salud bucal y sobre todo en niños Down, pero ahora que hemos discutido y conocido muchas informaciones nos damos cuenta de que las causas van más allá, que no sólo es un problema del niño y sus padres sino del grupo familiar, escuelas, odontólogos, pediatras y docentes...”*.

Al inicio de los talleres, los padres y representantes empezaron a aportar ideas y explicaciones para precisar el problema, identificado por ellos como *deficientes cuidados de salud bucal*

de los niños y adolescentes con síndrome de Down que asisten al Instituto de Educación Especial El Zulia. Para abordar el problema, los padres discutieron cuáles eran los nudos críticos que consideraron determinantes y sobre los cuales ellos pudieran tener capacidad de intervenir. Después de este proceso de reflexión y análisis, acordaron, por consenso, seleccionar los siguientes nudos críticos:

1. Carencia de información sobre las técnicas adecuadas de cepillado dental.
2. Inadecuado uso de la técnica de cepillado por parte de los padres, niños y adolescentes.
3. Ausencia de supervisión y ayuda de los padres durante el cepillado dental de los niños y adolescentes.
4. Desconocimiento de los padres sobre los problemas bucodentales más frecuentes en niños con síndrome de Down.
5. La caries dental y la gingivitis no estaban consideradas por los padres como enfermedades que afectaban la salud general.
6. Falta de incentivo de los padres hacia los niños para que colaboren en su higiene bucal.
7. Desconocimiento de las posturas corporales usadas para facilitar o controlar al niño con síndrome de Down durante el cepillado dental.
8. Falta de conocimiento del personal docente del colegio para promocionar la salud bucal en niños especiales.
9. Carencia en la institución de material didáctico sobre salud bucal.
10. Elevado número de niños y adolescentes que necesitaban atención odontológica curativa.

Después de la identificación de los nudos críticos, los padres, bajo la conducción de la investigadora que fungió como monitorea del proceso, procedieron a enumerar una serie de operaciones y acciones para disolver los nudos críticos (Figura 1).

Figura 1. Diseño de operaciones y designación de responsables.

Nudo crítico	¿Qué hacer? (Operación)	¿Quién hace?	¿Quién coopera?
Inadecuado uso de la técnica de cepillado por parte de los padres, niños y adolescentes.	Op₁ Entrenar a los padres en la aplicación de técnicas de cepillado dental con el uso de un modelador. Op₂ Elaborar carteleros con dibujos para ilustrar a padres y niños sobre la forma de efectuar adecuadamente el cepillado dental. Op₃ Prácticas guiadas con padres, niños y adolescentes sobre posturas corporales, agarre y cepillado dental.	Odontólogo Padres, niños y adolescentes Odontopediatra Personal docente de LUZ	Maestros Trabajadora social y otros familiares.
Ausencia de supervisión y ayuda de los padres durante el cepillado dental de los niños.	Op₄ Supervisión diaria de la técnica de cepillado del niño y ayuda permanente.	Padres	Otros familiares
Desconocimiento de los padres sobre los problemas bucales más frecuentes en niños con síndrome de Down.	Op₅ Establecer contactos con personal especializado de la Facultad de Odontología para el dictado de charlas informativas. Op₆ Elaborar boletines y trípticos con la información obtenida.	Padres y Trabajadora social Padres y Trabajadora social	Personal especializado de la Universidad del Zulia. Maestros del Instituto Especial El Zulia.
Falta de incentivo de los padres hacia los niños para que colaboren en realizar su higiene bucal.	Op₇ Efectuar actividades recreativas y de aprendizaje referente a la higiene bucal de los niños y adolescentes en el instituto (juegos, títeres, premios).	Maestros, padres y Trabajadora social	Otros familiares Odontopediatra
La caries y gingivitis no son consideradas como enfermedades que afectan la salud general.	Op₈ Dar charlas sobre caries dental y gingivitis, informando las consecuencias que acarrearán estas enfermedades sobre la salud general del niño con síndrome de Down.	Odontopediatra, Asistente dental y Personal del IIFO	Maestros del Instituto Especial El Zulia.
Desconocimiento de las posturas corporales adecuadas para facilitar o controlar al niño con síndrome Down durante el cepillado dental.	Op₉ Dar charlas ilustrativas sobre las diferentes posturas corporales usadas durante la técnica de cepillado. Op₁₀ Elaborar trípticos con figuras ilustrativas sobre las posturas corporales adecuadas.	Odontopediatra, Asistentes dentales personal del IIFO.	Maestros del Instituto especial El Zulia.
Falta de conocimientos del personal docente del colegio para promocionar la salud bucal.	Op₁₁ Entrenar y guiar a los padres en el uso de las diferentes posturas corporales. Op₁₂ Dictado de charlas y talleres a docentes.	Odontopediatra Personal de la Universidad del Zulia	Padres, Niños adolescentes y Docentes Trabajadora social
Carencia de material didáctico sobre salud bucal en la institución.	Op₁₃ Dotación de material didáctico para resaltar la importancia de la salud bucal en niños con síndrome de Down.	Compañías Personal de biblioteca.	Personal docente Trabajadora social
NC₁₀ Elevado número de niños que necesitan atención odontológica curativa.	Op₁₄ Ubicar y contactar a los odontólogos de los servicios públicos que cuenten con odontopediatras que atienden a niños con síndrome Down. Op₁₅ Llevar a los niños a las citas odontológicas.	Padres, odontopediatra Padres y otros familiares	Maestros del Instituto Especial El Zulia y Trabajadora social

Discusión

En este estudio, la caries se observó en el 62,6% de los niños y adolescentes con síndrome de Down, lo que difiere de lo reportado por Dávila y col.¹⁶, quienes encontraron valores más elevados en niños con retardo mental moderado.

El valor del índice CPOD (5,5) difiere del encontrado por Shyama¹⁷ y Rao¹⁸, cuyos resultados son mayores. Por otra parte, al analizar el índice CPOD por componentes, la contribución del componente cariado obtenido en este estudio fue similar a la obtenida por Rao¹⁷.

Asimismo, el valor del índice CPOD (5,5) y el ceod (3,6) resultó más elevado que el reportado por León¹⁹ en niños con deficiencias auditivas en dos escuelas del área metropolitana de la ciudad de Caracas.

En cuanto al componente obturado, éste sólo se encontró en el grupo de 7 a 10 años, mientras que se mostró totalmente ausente en los otros grupos de edades, esto contrasta con el estudio de Bradley²⁰, que reportó mayores porcentajes de restauraciones en un grupo de adolescentes con síndrome de Down en Irlanda, pero coincide con León¹⁹, quien halló muy bajos porcentajes de obturaciones en su estudio.

Respecto a los casos de placa dental, el 71,2% de los sujetos mostraron placa dental, siendo el grado 1 (leve) el más frecuente. El total del índice de placa bacteriana de este estudio fue de 2,65, lo cual contrasta con Shyama²¹, que reportó un índice de placa bacteriana de 1,93 en pacientes con síndrome de Down residentes en Kuwait.

Del mismo modo, la gingivitis de grado 1 fue la que se observó con mayor frecuencia, lo que contrasta con el resultado de López²² en su estudio *Higiene oral, gingivitis y periodontitis en personas con síndrome de Down*, donde se registró mayor presencia de gingivitis de grado

2 (moderado). También difiere del estudio efectuado por Shyama²¹, donde se encontró una media de 2,00 de índice gingival, mientras que en nuestra investigación se reportó una media de 3,72.

Con respecto a la participación de los padres, se pudo detectar que ellos no sólo identificaron las relaciones causales de los problemas bucales de sus hijos y la propensión de su padecimiento debido a sus condiciones sistémicas, sino que mostraron el interés, la responsabilidad y el compromiso de establecer estrategias para desarrollar actividades de fomento y prevención en la institución educativa y para ser reforzadas en el hogar.

El conocimiento de las complicaciones orales, su tratamiento y prevención por parte de los padres de los niños con síndrome de Down contribuirá a mejorar las condiciones generales de salud de esta población especial, por lo que resulta esencial instaurar programas que involucren la participación activa y comprometida de los padres.

Por otra parte, si el esfuerzo de los padres, docentes y niños con esta condición especial se integra con la del odontólogo en un programa preventivo de salud bucal, pueden lograrse altos niveles de éxito en la prevención de las enfermedades bucales más frecuentes en esta población. Aún más, si estos programas propician la participación activa de los padres en un proceso de discusión y análisis sobre conceptos y prácticas de salud bucal, se puede producir su resignificación, logrando incidir significativamente en los hábitos y cuidados dispensados a los niños con síndrome de Down.

Considerar la participación de los padres en la elaboración de cualquier programa es de vital importancia si se pretenden mejorar las condiciones de salud bucal de los pacientes con necesidades especiales.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Discapacidad incluida la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. 58ª Asamblea Mundial de la Salud, 2005. Disponible en: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_23-sp.pdf. Consultado el 24 de febrero de 2007.
2. La salud bucodental de los pacientes discapacitados y/o especiales. Boletín Epidemiológico 2001; 3(21). Consultado en abril de 2007. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/oral-health.htm>.
3. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.ine.gov.ve>. Consultado el 24 de febrero de 2007
4. Consejo Nacional para la Integración de Personas con Discapacidad. Consultado el 16 de marzo de 2007. Disponible en: <http://www.conapdis.gob.ve/normasuniformes.htm>.
5. Dirección Regional de Educación del Estado Zulia. Consultado el 16 de marzo de 2007. Disponible en: <http://zulia.me.gob.ve/>.
6. Morinushi T, Lopatin D, Nakao R, Kinjyo SA. Comparison of the gingival health of children with Down syndrome to healthy children residing in an institution. *Spec Care Dentist* 2006; 26(1):13-19.
7. Pomarico L, Souza I, Tura L, Magnani M. Oral health and attitudes of parents of handicapped children. *Journal of dental research* 2002; (18) special issue A (San Diego). Abstract N. 2098. Consultado el 12 de marzo. Disponible en: http://iadr.confex.com/iadr/2002SanDiego/techprogram/abstract_14290.htm.
8. Allison P, Hennequin M, Faulks D. Dental care access among individual with Down syndrome in France. *Spec Care Dentist* 2000; 20(1): 28-34.
9. Agile D, Roseman J, Pass J, Thornton, L. Parent's perception of access to dental care for children with special health needs. *Journal of dental research* 2002; (18) special issue A (San Diego). Abstract N. 3569. Disponible en: http://iadr.confex.com/iadr/2002SanDiego/techprogram/abstract_14290.htm. Consultado el 12 de marzo.
10. Adiwoso A, Pilot T. Results of oral health and hygiene education in an institution for multiple handicapped children in Indonesia. *Int Dent J*. 1999; 49(2): 82-9.
11. Grossman, H. *Manual of terminology and classification in mental retardation*. AAMD. Washington; 1983.
12. World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects, WMA General Assembly, Tokio, October 2004. Disponible en: <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>. Consultado el 28 de mayo de 2006
13. Organización Mundial de la Salud. Encuesta de salud bucodental. Métodos Básicos. 4ª ed. Ginebra; 1997.
14. Silness J, Loe H. Periodontal Disease in Prognancy. *Acta Odontol Scand* 1964; 22(4): 122-128.
15. Loe H, Silness J. Periodontal disease in pregnancy. Response to local treatment. *Acta Odontol Scand* 1966; 24(6): 747-59.
16. Davila M, Gil M, Daza D, Bullones X, Ugel E. Caries dental en personas con síndrome de Down. *Rev Salud Publica* 2006; 8(3): 207-213.
17. Shyama M, Al-Mutawa S, Morris R, Sugathan, Honkala E. Dental Caries Experience of Disabled Children and Young Adults In Kuwait. *Community Dent Health* 2001; 18(3): 181-6.

18. Rao D, Hegde A, Munshi AK. Caries prevalence amongst handicapped children of South Canara district, Karnataka. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2001; 19(2): 67-73.
19. León N. Experiencia de caries dental en niños con deficiencias auditivas en dos escuelas del área metropolitana de Caracas, Venezuela. 2001. *Acta odontol. Venez* 2003; 41(1): 4-8.
20. Bradley C, Mc Alistert. The Oral Health of Children with Down syndrome In Ireland. *Spec Care Dentist* 2004; 24 (2): 55-60.
21. Shyama M, Al-Mutawa S, Honkala S, Honkala E. Supervised toothbrushing and oral health education program in Kuwait for children and young adults with Down syndrome. *Spec Care Dentist*. 2003; 23(3): 94-9.
22. López-Pérez R, Borges-Yáñez S, Jiménez-García G, Maupomé G. Oral hygiene, gingivitis, and periodontitis in persons with Down syndrome. *Spec Care Dentist* 2002; 22(6): 214-20.