

ÍNDICE

Editorial.....	1
Afecciones dermatológicas en el síndrome de Down.....	2
Discapacidad y Derechos Humanos	7
La Salud de la Personas con Síndrome de Down.....	15
Nuevos Paradigmas en el Manejo de la Salud Bucal en Personas con Síndrome de Down.....	18

Editorial

Luego de la tempestad viene la calma. En cierta medida, pues la verdad es que septiembre es en Venezuela una época de correrías donde los padres, y muy especialmente las madres no nos damos a basto con la búsqueda de los materiales escolares y la organización de horarios de actividades de nuestros hijos. Las actividades extra curriculares nos agobian nuevamente...

En AVESID sucede lo mismo en esta época pues, en esta recta final del año es precisamente cuando soplan vientos de tormenta... Congresos- con todos los detalles para los preparativos- la preparación del **video clip AVESID 2007**, evaluación de los logros obtenidos en el año, preparación de proyectos para el año venidero, y una larga lista de etcéteras.

Y es que hemos recorrido prácticamente toda la geografía nacional para ofrecerles un trabajo realmente espectacular, como siempre de la mano de extraordinarios colaboradores como son la gente de Cine Materiales y Kassabe Productions y de un generoso amigo como es el señor Roque Valero, quien ha cedido su tema musical "*Mi mundo Paralelo*" para la elaboración de este trabajo que lleva este mismo título.

También les comentamos que esta ya por salir de la imprenta la ***Guía de Sexualidad para las personas con discapacidad intelectual***, gracias a la colaboración de nuestros colegas de la Canadian Down Syndrome Association y de la Fundación Catalana de síndrome de Down quienes han autorizado la reproducción del material. Nuestro agradecimiento muy especial a las señoras Carol Johnson, Katy Trías y Beatriz Garvía por las gestiones de autorización.

Aprovechamos nuevamente la oportunidad de informarles que **desde el mes de Julio se ha iniciado el proceso de inscripción para el XI Congreso Internacional sobre Síndrome de Down "La igualdad de oportunidades" que se llevará a cabo los días 3 y 4 de Noviembre en Caracas** y en el que contaremos con la presencia de invitados de excepción como son el Doctor Alberto Rasore-Quartino, importante genetista y Presidente de la European Down Syndrome Association EDSA, la Profesora Cora Halder, quien preside la Asociación Alemana de Síndrome de Down y a su vez Vicepresidente de EDSA, el Profesor Juan Perera, Director del Centro Príncipe de Asturias de la Universidad de las Islas Baleares y Presidente de ASNIMO, la Profesora Rosa Borbonés, Psicólogo Clínico del Equipo de Fundación Catalana de Síndrome de Down y el Profesor Joan Jordi Muntaner, Catedrático de la Universidad de las Islas Baleares, aunado a un muy destacado grupo de profesionales venezolanos. Toda la información sobre este evento- Programa de congreso, conferenciantes, información sobre el proceso de inscripción y planillas- , aparece en nuestra página Web por lo que no dejen de consultarla con antelación, pues el cupo es limitado y de acuerdo a las experiencias de años anteriores, siempre queda una enorme cantidad de personas sin cupo por dejar los trámites para última hora. Ya son muchos los inscritos, de Venezuela y del exterior, por ello tomen sus previsiones para tramitar con tiempo.

Contamos con verles a todos en este nuevo encuentro para y por el síndrome de Down.

Hasta pronto, siempre amigos

MARIA SUSANA PADRON DE GRASSO
PRESIDENTE
AVESID

Afecciones dermatológicas en el síndrome de Down

La piel es el reflejo de otras condiciones del cuerpo humano, y es por ello que no es de sorprender que en los niños y adultos con síndrome de Down estén presentes ciertos problemas dermatológicos. Muchas enfermedades internas comienzan a manifestarse en la piel, por ello debemos prestar especial cuidado a las afecciones dermatológicas de las personas con síndrome de Down. Los médicos que trabajan con pacientes con síndrome de Down, y en particular aquellos que tratan adultos con esta condición observan a menudo que algunos de sus pacientes parecen “mayores” para la edad que tienen, a juzgar por la resequeidad de la piel, la pérdida prematura de cabello o la aparición prematura de canas. En los niños la piel seca es también un problema médico frecuente. Aunque ciertamente las manifestaciones dermatológicas en las personas con síndrome de Down en su mayoría de las veces son consecuencia de la resequeidad de su piel, otras son características de la edad, como es el caso del acné, agravadas por su misma condición genética u otras patologías asociadas, como el hipotiroidismo. La autoinmunidad puede ser responsable de algunos de los problemas dermatológicos observados con mayor frecuencia en este grupo de pacientes. Este artículo nos orientara hacia esas condiciones y desordenes de piel que son más comunes en las personas con síndrome de Down que en el resto de la población, entre ellas el vitíligo, la dermatitis atópica, la resequeidad cutánea, siringomas, alopecia, lengua fisurada, acrocianosis, elastosis serpigínea, entre otras.

Características de la piel del recién nacido

Los recién nacidos con Síndrome de Down (SD) generalmente presentan manos y pies ligeramente azulados cuando nacen y por varios días después. Esta característica es conocida médicamente como **acrocianosis**, y es asociado a una inestabilidad circulatoria periférica, debida a las patologías cardíacas congénitas presentes en un porcentaje importante de estos pacientes. Esta condición no es peligrosa. Otra característica de la piel de los recién nacidos con síndrome de Down es un moteado amoratado de su piel, conocido como **cutis marmorata** (marmoleada). El cutis marmorata se presenta en los recién nacidos cuando sienten frío. Esta condición puede perdurar largo tiempo en los bebés con Síndrome de Down.

Algunas condiciones crónicas de la piel.

Los niños con síndrome de Down suelen tener la piel seca y áspera. Este constituye un problema médico frecuente que está presente en un elevado porcentaje. Esta condición es conocida como Xerosis. Mientras esta es asociada a la deficiencia de vitamina A en los demás niños, esta no es la causa de la xerosis en los chicos con síndrome de Down. Esta condición puede ser mejorada con el uso de jabones cremosos, añadiendo algunas gotas de aceite al agua del baño y el uso de hidratantes.



Celitis es la presencia de pequeñas fisuras, enrojecimientos y escaras en la zona de los labios. Esto generalmente es asociado a la misma resequeidad de la piel, en algunos la saliva y en ocasiones puede complicarse con infección bacteriana o candida. La aplicación de un labial hidratante puede resultar útil siempre y cuando no exista infección presente.



Dermatitis atópica es la presencia de la piel enrojecida, escaldada y con escozor. Esta presente en el 50% de los casos, asociada a xerosis y escozor. Es muy común su aparición en las mejillas, detrás de las orejas detrás de los talones, rodillas y en la zona de los codos. Esta condición suele mejorar con el uso de cremas con esteroides y el uso de antihistamínicos orales. Esto se presenta principalmente durante los primeros años de vida. La seborrea es una condición similar pero usualmente grasosa y escamosa, y aparece en el cuero cabelludo y en los párpados. El uso de shampoo anticaspa suele mejorar esta condición. En algunos casos suele ser útil las preparaciones para combatir los hongos.

Dermatitis seborreica La incidencia de dermatitis seborreica en las personas con síndrome de Down es más alta, comparada con el resto de la población general. Se ha encontrado una incidencia de un 36% con predominio en la población femenina con SD. La psoriasis es también mas frecuente, se presenta en la mayoría de las ocasiones como placas hiperqueratósicas.

Las hiperqueratosis se caracterizan por ser una piel muy gruesa. En las personas con síndrome de Down pueden aparecer en las palmas de las manos y plantas de los pies. Solo se aplica tratamiento si resulta molesta para la persona y consiste en cremas a base de ácido salicílico y piedra pómez. La hiperqueratosis en los pies puede reducirse con el uso de calzado cómodo.



Siringomas son tumores benignos de las glándulas sudoríparas. Se asemejan a nódulos muy pequeños de color amarillento. Cuando aparecen suelen estar presentes en cuello, pecho y párpados. Su incidencia es mayor en las mujeres que en los hombres. No requieren de tratamiento, pero pueden ser removidos con láser o extraídos con curetas.



El **vitiligo** consiste en la despigmentación de la piel en áreas bien definidas. Puede aparecer en cualquier parte del cuerpo y a cualquier edad. El vitiligo no es un problema dermatológico común en las personas con síndrome de Down, pero tiene mayor incidencia que en el resto de la población. La causa real es desconocida sospechándose que podría deberse a ciertos anticuerpos que destruyen los melanocitos, que son las células que dan coloración a la piel.

Elastosis dermica serpiginosa es un desorden que afecta la elasticidad de la piel caracterizada por pápulas hiperqueratísticas de origen desconocido, asociada a algunos desordenes genéticos como es el caso del síndrome de Down. Generalmente aparece en la segunda década de la vida. Tienen a aparecer en la zona de la espalda y a los lados del cuello, también en la barbilla, cachetes, brazos y rodillas. Tiene una frecuencia 1:4 de los hombres en relación a las mujeres. La aplicación de nitrógeno líquido es el tratamiento más adecuado pero esta condición tiene una alta posibilidad de recurrencia.

Acantosis nigricans consiste en un incremento en la zona de la piel que se oscurece se eleva ligeramente. La acantosis nigricans se caracteriza clásicamente por la presencia de placas hiperpigmentadas aterciopeladas en los pliegues corporales. También puede haber afectación de otras zonas. Aun cuando esta condición suele asociarse con la diabetes mellitas tipo II, en las personas con síndrome de Down no necesariamente el trastorno de la hiperinsulinemia está presente para que la acantosis nigricans aparezca. Se espera un incremento de la prevalencia de acantosis nigricans paralelo al aumento de la obesidad.



Calcicosis cutis milia-like se caracteriza porque se presentan como pápulas asintomáticas no inflamatorias, blanquecinas, suaves y firmes que se ubican en el dorso de las manos, muñecas, codos, rodillas, cuello, caderas y algunas veces en las manos. Algunos autores defienden la postura de que la misma puede deberse a la alta concentración de calcio en el sudor y otros lo atribuyen a una calcificación distrófica en quistes preexistentes.

Manifestaciones orales

Mientras que en la población general la lengua fisurada se presenta en el 3-5% de los casos, en las personas con síndrome de Down esta condición esta presente en el 80% de los casos. Hay también una alta incidencia de queilitis angular y labios figurados asociados a infección crónica ó a traumatismos locales.

Infecciones de la piel

Como consecuencia de la disminución de linfocitos T e inmunoglobulinas y a la intensa xerosis, estas personas presentan una alta predisposición a infecciones de la piel. Es frecuente encontrar infecciones de origen bacteriano a repetición, foliculitis, furúnculos y abscesos cutáneos, entre otros.



Foliculitis: Es la inflamación o/infección de los folículos de los velos de la piel y aparece como pequeñas elevaciones rojas que pueden contener pústulas amarillentas. La mayoría de las infecciones suelen estar asociadas a la bacteria staphylococcus. En los adultos con síndrome de Down también pueden

aparecer por infecciones por hongos. La foliculitis usualmente responde al tratamiento con antibióticos tópicos u orales y a una buena higiene con jabones antibacteriales. La foliculitis por hongos suele ceder con tratamientos fungicidas (itraconazol) o selenio tópico. Cuando la infección por staphylococcus es severa ocasiona furúnculos y abscesos que requieren de antibiótico terapia oral. Otras infecciones por hongos pueden aparecer en la zona de la ingle, los pies, uñas de manos o pies y responden a las preparaciones fungicidas comunes.

La **escabiosis**, también conocida como *sarna crustosa* (de Noruega) es una infección de la piel causada por un acaro microscópico. Por razones desconocidas esta infección es un problema común en adolescentes y adultos con síndrome de Down y tiende a ser mayor la incidencia que en el resto de la población general. El acaro se transmite por el contacto de piel a piel. Produce mucho escozor y suelen aparecer puntos rojizos en la piel. Estos puntos pueden aparecer entre los dedos, alrededor de la cintura, en las mujeres alrededor de la línea del sostén, cuero cabelludo, orejas, codos, rodillas, palmas de las manos, plantas de los pies y nalgas. Si la persona infectada se rasca las lesiones esto puede dar lugar a una segunda infección. La sarna es muy contagiosa, inclusive en contactos casuales, debido a la enorme cantidad de ácaridos que hay en las escamas exfoliadas. Esta enfermedad aparece sobre todo en personas con inmunodeficiencia, incluyendo a los pacientes con síndrome de Down.



Alopecia areata es un término empleado para describir la pérdida del pelo en zonas determinadas y no es asociada a infecciones o medicamentos. La creencia lo asocia a procesos auto inmune que implica que el organismo produce anticuerpos que destruyen los folículos pilosos. Las personas con síndrome de Down son las propensas a los procesos auto inmunes, tales como la diabetes, hipotiroidismo y enfermedad celiaca. La alopecia areata es una afección más común en



las personas con síndrome de Down que en el resto de la población, su incidencia en las personas con SD es de 5 al 9% siendo en el resto de la población entre un 1 y un 2%. Se encontró un gen asociado con la alopecia areata en el cromosoma 21. (Www- ds-health.com/abs./a0008.htm). La aparición de la alopecia es impredecible. Las personas con alopecia pueden tener varios episodios de pérdida y recrecida del pelo durante la vida. El recrecimiento del pelo puede ser parcial o completo o jamás reaparecer. En la mayoría de las personas, el pelo reaparece en el lapso aproximado de un año. No obstante, un pequeño porcentaje de personas puede presentar una alopecia crónica, en algunos casos la pérdida de cabello será completa (alopecia total). En un pequeño porcentaje la pérdida de pelo puede apreciarse en todo el cuerpo, lo que se conoce como alopecia universal.

Actualmente no existe cura para la alopecia. Algunos productos para recrecimiento del pelo pueden ser de alguna utilidad. El tratamiento de elección para adolescentes y adultos con síndrome de Down es la inyección de corticosteroides en el folículo piloso para tratar de suprimir la reacción auto inmune que ocasiona la pérdida del pelo. Este tratamiento no se aplica en niños debido a lo doloroso del procedimiento. El recrecimiento del pelo suele verse en las subsiguientes 6/8 semanas.

El tratamiento se repite cada 4/6 semanas hasta un máximo de 6 meses. La aplicación de cremas esteroideas no es efectiva. Se ha reportado cierto éxito con la utilización de productos como el minoxidil y anthralin. También ha habido algunas pruebas con productos que aun no están disponibles en el mercado como diphenylcyclopropenone y dinitrochlorobenzene,

Algunos consejos prácticos

- Visita al dermatólogo, al menos una revisión inicial y periódica según lo indique el mismo especialista y dependiendo de los problemas de la piel que surjan.
- Uso regular de protección solar. Mientras más blanca sea la piel, más elevado el factor de protección que debe emplearse.
- Utilización de jabones grasos en pastillas (glicerina, coco, avena) y/o aceites de baño para pieles extremadamente secas.
- Evitar jabones bajo la presentación de gel, especialmente si son perfumados.
- Evitar el roce o fricción de la piel, los ambientes secos, con polvo, etc.
- Uso regular de cremas hidratantes después del baño (avena, glicerina, aloe vera, etc.)

Fuentes:

1. **www. Ds-health.com**
2. **Síndrome de Down. Aspectos médicos actuales.** Fundación Catalana de Síndrome de Down.
3. **Atención médica en el síndrome de Down.**
4. **FEISD.** Programa español de salud para personas con síndrome de Down.

DISCAPACIDAD Y DERECHOS HUMANOS

María S. Padrón de Grasso
Abogado. Universidad Católica Andrés Bello
Caracas- Venezuela



Entendemos como Derechos Humanos a las facultades que tenemos las personas, que son inherentes a ellas y que le permiten vivir y desarrollarse en condiciones de dignidad. Todas las personas, por el hecho de serlo, gozan *teóricamente* de esos derechos. Por ende los gobiernos tienen la obligación de velar y garantizar el pleno cumplimiento de estos derechos.

Las personas con discapacidad son, ante todo, personas, *seres humanos* que por diversas circunstancias (accidentes, enfermedades o causas naturales) presentan temporal o permanentemente de una desventaja física, mental o sensorial, lo cual les dificulta realizar con toda plenitud ciertas actividades. La discapacidad "resume una gran cantidad de diferentes limitaciones funcionales que ocurren en cualquier población, de cualquier país del mundo".

Los Derechos Humanos se fundamentan en valores elementales como la vida, la igualdad, la libertad, la seguridad, el desarrollo y la paz, entre otros.

Desde que el ser humano existe, ha tenido que luchar por el reconocimiento de estos derechos. La historia de estas luchas nos demuestra que la idea de ser humano se ha modificado, se han ido incluyendo grupos que originalmente no habían sido contemplados en el goce de los derechos más elementales, por ejemplo, el derecho a la vida, del que solo gozaban las personas libres, toda vez que los esclavos podían ser privados de ella a juicio de sus dueños; claro de esta afirmación han sido las luchas independentistas en diversos países, las primera leyes que protegían la libertad, la igualdad, la justicia, la participación política y el trabajo digno no beneficiaban a todas las personas, pues dejaban desprotegidas, por ejemplo, a las mujeres, minorías étnicas, presos, *personas con discapacidad*, los grupos marginados y las personas adultas mayores, entre otros.

La Constitución venezolana y los Tratados Internacionales reconocen derechos a todas las personas, sin importar su raza, sexo, religión, edad, condición social, orientación

política, ideológica y sexual o cualquier otra característica. Estas Legislaciones parten de la idea de que todos somos iguales y por tanto poseemos los mismos derechos.

Sin embargo, y pese a los grandes acontecimientos sociales la realidad demuestra que no todos los pueblos pueden garantizarlos *en la práctica* para sus hombres, mujeres, niños y sus ancianos. Y aún en las comunidades más desarrolladas socioeconómicamente existen grupos en situación de vulnerabilidad, entre ellos se encuentran, sin duda, las personas con capacidades diferentes. Es justamente cuando los derechos fundamentales no se cumplen cuando esa diferencia en las capacidades se transforma en *discapacidad*. Una expresión bastante poco feliz pero real a la hora de evaluar la equidad en las oportunidades. La sociedad también sufre, porque la pérdida del enorme potencial de las personas con discapacidad empobrece a la humanidad. Para cambiar la percepción y el concepto de discapacidad se necesitan cambios de los valores y más comprensión en todos los niveles de la sociedad.

De acuerdo con datos actuales de la ONU, ***existen en el mundo alrededor de 600 millones de personas con discapacidad. Más de las dos terceras partes de esas personas vive en países en desarrollo.*** Sólo el 2 % de los niños con discapacidad del mundo en desarrollo recibe algún tipo de educación o rehabilitación. La mayor parte de estas personas a nivel mundial padecen desigualdad, despojo y marginación, son discriminadas, sufren pobreza e ignorancia. Ello es consecuencia de una falta de cultura hacia este segmento de la población por parte de la sociedad asociadas a las casi inexistentes políticas públicas que han de regir la materia..

Afortunadamente, aunque aun con ciertas dificultades, en las últimas décadas se ha podido percibir un acertado cambio de visión, contando con el respaldo de las Naciones Unidas, y muestra de ello es la Convención Interamericana de los Derechos de las personas con discapacidad, pues ya no es la caridad sino los derechos humanos el criterio que se aplica al analizar la discapacidad. En tal sentido, esto equivale a considerar a las personas con discapacidad como sujetos y no como objetos. En consecuencia, ya estas personas no deben considerarse como problemas sino considerarlas como poseedoras de derechos. Es evidente la voluntad y el esfuerzo que todos los Estados signatarios han hecho en este sentido. Es de destacar la responsabilidad que tienen los Estados de velar por este cumplimiento.

Los grupos o comunidades en situación de vulnerabilidad son aquellos que, por circunstancias de pobreza, origen étnico, estado de salud, edad, género o discapacidad se encuentran en una situación de mayor indefensión para hacer frente a los problemas que plantea la vida y no cuentan con los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas. La vulnerabilidad coloca a quien la vive en una situación de desventaja en el ejercicio pleno de sus derechos y libertades.

No existen personas *discapacitadas* y personas *capacitadas*. Todos los seres humanos, absolutamente todos, valemos por el simple hecho de haber nacido en esta condición, y de ella derivan los derechos fundamentales. Una igualdad básica y universal nos engloba y nos dignifica, más allá de las diferencias que entre los miles de



millones de seres humanos puedan existir. Diferencias de raza, sexo, edad, condición económica, estado civil, habilidades profesionales o artísticas, conocimiento intelectual... así podríamos seguir hasta el infinito. No existen dos personas que sean idénticas, pero tampoco y al mismo tiempo, no existe una persona que sea más digna que otra. Nuestras diferencias no son esenciales, es decir, *no afectan a nuestra esencia como personas*. Hacen a la riquísima diversidad de la raza humana, pero no deberían ser tomadas en cuenta a la hora de valorar a nuestros congéneres. Tampoco a la hora de posibilitarles acceder a sus derechos más fundamentales.

Poner el énfasis en lo que tenemos de diferente para excluir, olvidar, maltratar, denigrar, causar un sufrimiento personal y social: eso es discriminar. Lo hacemos, en general, porque la diferencia nos espanta, nos atemoriza. Esa diferencia que nos interpela, que nos propone flexibilizar nuestra manera de pensar y hacer cambios en nuestras actitudes. Discriminamos por ignorancia, por pereza mental y por temor. Y al discriminar conculcamos los derechos del otro, que son los mismos que los nuestros.

Existen muchas *diferencias* entre las personas, y algunas de ellas llevan a un sufrimiento social de quienes conviven con ellas. Las de género. Las geográficas. Las de condición económica. Las de elección sexual o política. Las diferencias físicas...

De todas las dimensiones del ser humano, compuesto integrado por su cuerpo, su psiquis y su espiritualidad, las diferencias que hacen al cuerpo deberían ser las menos tenidas en cuenta. Sin embargo la experiencia práctica demuestra lo contrario. Personas que no se ajustan a una supuesta "normalidad" estructural y funcional se cuentan por millones en todo el mundo. Cada uno de nosotros podría ser una de esas personas en cualquier momento, mediante un proceso de enfermedad o un accidente de tránsito o laboral. Ellas se clasifican para la ciencia médica dentro de las discapacidades: discapacidad mental, visual, auditiva, motora, etc., etc. Todas ellas proponen un estilo de vida adaptado que, en una sociedad tolerante e inclusiva, no tendría por qué ser doloroso en absoluto. Muchos ejemplos demuestran que algunas diferencias pueden convertirse en oportunidades, y no sólo en la actualidad. En la antigua China las personas ciegas eran muy apreciadas por los demás: ellas estaban adiestradas en el arte del *Anma*, un tipo de masaje terapéutico muy efectivo, y sólo los "discapacitados" visuales podían ejercerlo como manera de ganarse la vida.

La falta de un miembro o de una función orgánica o mental no nos transforma en menos *humanos*. Es la falta de inteligencia y tolerancia la que nos vuelve más parecidos a especies menos evolucionadas. Lo que nos distingue de ellas es nuestra infinita capacidad creativa para poder encontrar en cada situación de la vida un espacio de expansión de la conciencia. Este ejercicio, que tan dolorosamente tienen que transitar a veces las llamadas *personas con capacidades diferentes*, está en la base de nuestra excelencia dentro de la escala biológica

La vulnerabilidad fracciona y, por lo tanto anula el conjunto de garantías y libertades fundamentales, de tal forma que las personas, grupos y comunidades en esta situación tienen derechos únicamente a nivel formal, ya que en los hechos no se dan las condiciones necesarias para su ejercicio. Esta circunstancia viola los derechos de los miembros más débiles de la sociedad y los margina, razón por la cual el Estado tiene la responsabilidad de proteger a estas personas, quienes frecuentemente desconocen cuáles son sus derechos, ignoran los medios para hacerlos valer y carecen de los recursos necesarios para acudir ante los sistemas de justicia.

Las personas con discapacidad se enfrentan diariamente a barreras físicas culturales y sociales, que las ubican en una situación de desventaja. Esta desventaja se ve agravada por actitudes discriminatorias que la sociedad en general realiza a través de prácticas administrativas o de normas excluyentes, así como de patrones culturales, prejuicios e ideales racistas, todos ellos basados en estereotipos conformados por la ignorancia, la insensibilidad o la indiferencia de ciertos sectores sociales.

La discriminación hacia las personas con discapacidad generalmente tiene como consecuencia la exclusión social y la violación de sus derechos humanos. Esta forma de discriminación, de hecho y de derecho, se manifiesta de diferentes maneras. Los efectos de la discriminación hacia las personas con discapacidad han sido especialmente graves en áreas como la educación, salud, empleo, vivienda, transporte, vida cultural y el acceso a los servicios y lugares públicos, afectando de esta manera la vida cotidiana de los miembros de este grupo.

Las personas con discapacidades pueden ejercer sus derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales de la misma manera que las demás personas. El reconocimiento y garantía de los derechos humanos ha sido motivo de consenso o acuerdo internacional, por lo que éstos se ordenan en documentos internacionales, así como nacionales. Nuestro país ha participado en diversas reuniones que han tenido como resultado Declaraciones, Acuerdos, Convenios y Tratados que se han aceptado a través de su firma y ratificación, mismos que le obligan a respetar los derechos de cualquier persona, incluidos los extranjeros que hacen vida en nuestro país.

No nos hace más humanos el marcar las diferencias, sino el saber absorberlas comunitariamente y transformarlas en oportunidades sociales de inclusión. El horizonte siempre debe ser -es, en realidad- nuestra igualdad básica, esencial. Las diferencias son secundarias, aleatorias, y cualquiera podría presentar una de un día para el otro. Aun si pensáramos más egoísta pero inteligentemente, estaríamos preparando una estructura social que pudiera contenernos en caso de que pudiéramos sufrir nosotros mismos un daño o una pérdida funcional en el futuro.

Como en casi todas las problemáticas, alrededor de una persona "diferente" se crea un espacio de comprensión familiar, grupal, que luego se va extendiendo a la sociedad. Gracias a estas personas, que saben aportar tanto a la riqueza del conjunto, las sociedades vamos ganando en tolerancia y humanización. Y de a poco se irá garantizando el acceso a los derechos humanos básicos y universales

Instrumentos de protecciones regionales e internacionales

Los instrumentos jurídicos internacionales toman la forma de *tratados* (también conocidos como acuerdos, convenios o protocolos) que obligan a los Estados contratantes. Cuando se termina de negociar, el texto de un tratado tiene el carácter de auténtico y definitivo, para lo cual los representantes de los Estados lo "firman". Existen varias formas por medio de las cuales un Estado manifiesta su consentimiento y acepta las obligaciones de un tratado. Las más comunes son la ratificación y la adhesión. Un nuevo tratado es "ratificado" por aquellos Estados que negociaron el instrumento. Un estado que no haya participado en las negociaciones puede, en una etapa posterior,

"adherirse" al tratado. El tratado *entra en vigor* cuando un número predeterminado de Estados ratifica o adhiere al tratado.

Cuando un Estado ratifica o adhiere al tratado, dicho Estado puede realizar *reservas* a uno o más de los artículos del tratado, a no ser que el tratado las prohíba. Las reservas normalmente se pueden retirar en cualquier momento. En algunos países, los tratados internacionales priman sobre las leyes nacionales; mientras que en otros, se requiere de un proceso interno para dar al tratado internacional --a pesar de haber sido ratificado o adherido-- el carácter de ley nacional. Prácticamente todos los Estados que han ratificado o adherido a un tratado internacional deben expedir decretos, reformar la legislación existente o presentar nuevas leyes con el fin de que el tratado tenga efectos plenos dentro del territorio.

Los siguientes son algunos instrumentos internacionales que protegen los derechos de las personas con discapacidades. Éstos se concentran principalmente en proteger a las personas discapacitadas de la discriminación y les crean igualdad de oportunidades de participar en la sociedad:

[NACIONES UNIDAS](#)

[Declaración Universal de los Derechos Humanos](#) (1948) (artículos 3, 21, 23, 25)
La Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) fue adoptada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en 1948, y establece normas uniformes de derechos humanos aceptados por los Estados miembros. La DUDH contiene las bases normativas que guían la formulación de estándares que existen hasta hoy y que se refieren a las personas con discapacidades. En el artículo 25 (1) la DUDH menciona específicamente los derechos socio-económicos de las personas con discapacidades: el derecho a un nivel de vida adecuado, incluyendo comida, vestido, habitación y servicios médicos y sociales, y el derecho a servicios sociales en el caso de desempleo, enfermedad, discapacidad, viudez, vejez. El artículo 7 garantiza la igualdad ante la ley y la protección por igual de la ley para todas las personas, incluso en contra de la discriminación.

[Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos](#) (1966) (artículo 26)
Este tratado lista algunos derechos relevantes en cuanto a la discapacidad. El artículo 26 establece que todas las personas son iguales ante la ley y tienen el derecho a la protección por igual de ésta.

[Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales](#) (PIDESC) (1966) (artículo 2)
Este convenio no se refiere específicamente a la discapacidad. Sin embargo, la discapacidad puede ser incluida en "de otra índole" en el artículo 2 (2), el cual se refiere a la no discriminación basada en la raza, color, y "de otra índole".

Para profundizar en las estrategias de implementación de los derechos establecidos en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el [Comité sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales](#) - el organismo de supervisión de la Convención - decretó:

El [Observación general 5](#) (1994)

Este Comentario General hecho por el Comité sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales crea obligaciones para los Estados a fin de eliminar la discriminación de las personas con discapacidades en cuanto a la igualdad de derechos entre hombres y mujeres (doble discriminación) (artículo 3 PIDESC), trabajo (PIDESC artículos 6-8), seguridad social (artículo 9), protección de la familia (artículo 10), condiciones de vida adecuadas (artículo 11), derecho a atención física y mental (artículo 12), derecho a la educación (artículos 13 y 14) y el derecho a formar parte de la vida cultural y disfrutar de los beneficios del progreso científico (artículo 15).

[Declaración de los Derechos del Retrasado Mental](#) (1971)

Esta declaración fue proclamada por la Asamblea General de la ONU y establece que: "El retrasado mental debe gozar, hasta el máximo grado de viabilidad, de los mismos derechos que los demás seres humanos."

[Declaración de los Derechos de los Impedidos](#) (1975)

Esta declaración adoptada por la Asamblea General de la ONU es el primer documento que trató de definir el término "discapacidad". La Declaración incluye tanto una serie de derechos económicos y sociales, como derechos civiles y políticos.

[Declaración de los Derechos de la Persona Sorda y Ciega](#) (1977)

El Artículo 1 de esta Declaración establece que "...toda persona sorda y ciega tiene el derecho a disfrutar los derechos universales garantizados a todos los individuos por la Declaración Universal de los Derechos Humanos, así como los derechos establecidos para todas las personas discapacitadas por la Declaración de los Derechos de las Personas con Discapacidad."

[Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer](#) (CEDAW) (1981) (artículo 3)

La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, generalmente abreviada en inglés CEDAW, no incluye artículos específicos sobre los derechos de los discapacitados, pero su fin es el de proteger los derechos de toda mujer, ya sean discapacitadas o no. Las Mujeres Discapacitadas enfrentan una doble discriminación basada en su género, y en su discapacidad. En el [Observación general 18](#), el Consejo de la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, organismo supervisor de la CEDAW, enfatiza que las mujeres discapacitadas enfrentan una doble discriminación y son un grupo particularmente vulnerable. Recomienda que los gobiernos provean información sobre las mujeres discapacitadas en sus reportes de período y sobre las medidas especiales que hayan tomado para asegurar que las mujeres con discapacidades "tengan igual acceso a la educación y empleo, servicios médicos y de seguridad social, y asegurarse que puedan participar en todos los ámbitos sociales y culturales."

El mayor resultado del Año Internacional de las Personas con Discapacidad (1981) fue la creación del [Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad](#) (1982). La Programa de Acción Mundial es una estrategia global para estimular la prevención de la discapacidad, la readaptación y la igualdad de oportunidades, la cual se refiere a la participación total de las personas con discapacidades en la vida social y el avance nacional. La Programa de Acción Mundial también enfatiza la necesidad de comenzar a ver la discapacidad desde la perspectiva de los derechos humanos.

[Convenio \(N. 159\) sobre la readaptación profesional y el empleo \(personas inválidas\)](#)
(1983)

Este tratado de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), organismo especializado de la ONU, obliga a los Estados a "formulará, aplicará y revisará periódicamente la política nacional sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas" (artículo 2). Este tratado también enfatiza el principio de igualdad de oportunidades: "medidas positivas especiales encaminadas a lograr la igualdad efectiva de oportunidades y de trato entre los trabajadores inválidos y los demás trabajadores no deberán considerarse discriminatorias respecto de estos últimos" (artículo 4).

[Convención sobre los Derechos del Niño](#) (1989) (artículos 2, 6, 12, 23, 28)

Este tratado se refiere a la discapacidad como una causal prohibitiva de discriminación (artículo 2). Asimismo, el artículo 23 trata sobre los derechos de los niños con discapacidad y establece que éstos gozarán de "una vida plena y decente" con dignidad y participación en la comunidad.

[Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental](#) (1991)

Este documento fue adoptado por la Asamblea General de la ONU y establece normas uniformes para la protección de personas con discapacidad mental. Asimismo enfatiza que todas las personas tienen el derecho al mejor servicio médico mental disponible y que esas personas con enfermedades mentales, deberán ser tratadas con humanidad y respeto por la dignidad inherente del ser humano. Las personas con discapacidad mental también tienen el derecho a la protección en contra de la explotación económica, sexual y otras, del abuso físico u otro, y al trato degradante. Los principios estipulan que no debe haber discriminación a causa de enfermedad mental y que una persona con una enfermedad mental debe tener el derecho de ejercer todos sus derechos civiles y políticos. En el caso de que una persona no goce de capacidad legal debido a su enfermedad mental, cualquier decisión relacionada con el bienestar de esta persona deberá hacerse después de una audiencia hecha por un tribunal independiente e imparcial establecido por el derecho doméstico.

[Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad](#) (1993)

Adoptadas por la Asamblea General en 1994 después de la Década de las Personas Discapacitadas, las Normas Uniformes no constituyen un documento legalmente obligatorio para los Estados miembros. Sin embargo, las Normas Uniformes son el conjunto de normas de derechos humanos más completo en lo que se refiere a normas sobre discapacidad hasta hoy, y representan "el firme compromiso moral y político de los Estados de adoptar medidas para lograr la igualdad de oportunidades." El documento establece precondiciones de igualdad de participación, áreas específicas de igualdad de participación, disposiciones de ejecución y mecanismos de supervisión.

La aplicación de las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad es supervisada por un [Relator Especial sobre Discapacidad](#). El primer Relator Especial, Bengt Lindqvist (sueco), fue designado en 1994, y su mandato fue renovado dos veces, en 1997 y 2000. En el año 2003, Sheikha Hessa Khalifa bin Ahmed al-Thani (Qatar) fue designada Relator Especial por el período de 2003-2005.

[Declaración de Beijing sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad](#) (2000)
Esta declaración fue adoptada en la Conferencia Cumbre Mundial de ONGs sobre Discapacidad, y hace un llamado para mejorar los estándares de vida, la igualdad de participación y la eliminación de actitudes y prácticas discriminatorias.

ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS (OEA)

[Convención Americana sobre Derechos Humanos](#) (1969) (artículo 24)
La Convención no refiere específicamente el tema de la discapacidad, pero contiene las típicas garantías de los derechos humanos. Por ejemplo, el Artículo 24 establece el derecho a la igualdad de protección.

[Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre los derechos humanos en la área de los derechos económicos, sociales y culturales \(Protocolo de San Salvador\)](#) (1988) (artículo 18)

Este tratado establece específicamente que las personas con discapacidades tienen el derecho de recibir atención especial a fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad. Asimismo, obliga a los Estados a implementar medidas especiales para facilitar la integración total de las personas con discapacidades.

[Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad](#) (1999)

Esta Convención fue hecha con el propósito de prevenir y eliminar todas las formas de discriminación en contra de las Personas Discapacitadas y de promover su integración total en la sociedad.

MARIA SUSANA PADRON DE GRASSO

Fuentes consultadas

1. **Derechos humanos de las personas con discapacidad**
Violeta Montiel. Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH)
(México)
2. www.latinsalud.com
3. Derechos humanos y Discapacidad. UNESCO. Anna Bruce, Christine Burke, Dr. Joshua Castellino, Padraic Kenna, Dra. Ursula Kilkelly, Shivaun Quinlivan
4. Documentos de Naciones Unidas.
5. Pagina de la Oficina de Derecho Internacional. OEA. Washington D.C

LA SALUD DE LAS PERSONAS CON SÍNDROME DE DOWN

Como consecuencia del desequilibrio cromosómico presente en las personas con síndrome de Down, pueden aparecer alteraciones en los distintos órganos y sistemas de una persona con síndrome de Down a lo largo de la vida. Esto quiere decir que esa persona puede presentar, y de hecho presenta, una serie de anomalías muchas de las cuales son previsibles y evitables, o al menos tratables.

La actitud de base

El primer principio es aceptar el derecho que la persona con síndrome de Down tiene a gozar de la mejor salud posible. Primero, porque es derecho de toda persona, ampliamente reconocido por todas las legislaciones. Segundo, porque tanto mayor será el avance en sus adquisiciones mentales y en su aprendizaje, cuanto mejores sean su salud física y su bienestar corporal. Aprenderá más cuanto menos cansado se sienta, cuanto mejor vea y oiga, cuanto mejor alimentado esté, cuanto mejor evite las infecciones a través de un programa reglado de vacunaciones. Una buena predisposición hacia el aprendizaje requiere una buena salud.

No podemos aceptar, por tanto, una actitud que algunos médicos adoptan de abstenerse a tomar decisiones que puedan mejorar la salud física de una persona con síndrome de Down, porque "Total, ¿para qué?" Tengámoslo bien claro: Nuestra actitud como padres ha de ser exactamente la contraria: "Porque este niño o niña tiene síndrome de Down, necesita con más urgencia, es más vital para su futuro, que se corrija la anomalía cardíaca, o se le controle el tiroides, o se mejore su visión y audición". En efecto, si tiene una deficiencia mental, necesita mucho más sentirse bien, ver bien, oír bien, mantener una buena función endocrina, etc.

El segundo principio es comprender que resulta más beneficioso para el individuo evitar que aparezca una alteración o una enfermedad, o aliviarla en cuanto aparece, que hacerlo cuando esté ya en fase avanzada. Éste es el motivo de que se establezca un programa de medicina preventiva, que ha de estar basado en el análisis y exploración de los cuadros patológicos que suelen ser más frecuentes según la edad; bien para impedir que aparezcan o para tratarlos cuando lo hacen. (Ver el "Programa de Salud" **). Pero prevenir no significa que los padres tengamos que desarrollar ansiedad, o temores infundados; es tener una actitud racionalmente vigilante y atenta.

Frente a la incompreensión que podamos encontrar a veces en algunos profesionales sanitarios, debida fundamentalmente a su ignorancia sobre lo que es la persona con síndrome de Down, debemos reaccionar con suave firmeza, proporcionándole la documentación de que disponemos, si es necesario. Nunca se debe negar a una persona con síndrome de Down un tratamiento que sea razonablemente justificado para otra persona que no lo tiene.

El primer acto terapéutico

Sin lugar a dudas, el primer acto terapéutico debe ser la adecuada comunicación a los padres de la noticia de que el bebé que acaba de nacer tiene síndrome de Down. Con independencia de cómo nos la hayan dado a nosotros, tenemos que conseguir entre todos que los profesionales sanitarios aprendan a hacerlo bien. Quienes han analizado con detalle el ambiente en que se da la noticia y las reacciones que ocasiona, proponen una serie de recomendaciones que a continuación resumimos:

1. Debe dar la noticia un pediatra con experiencia y sentido de la responsabilidad.
2. Tan pronto como sea posible, salvo en casos en que la madre se encuentre enferma y sea conveniente esperar a que se reponga.
3. Debe darse la noticia conjuntamente a ambos padres, en un sitio privado y sin otros testigos (enfermeras, estudiantes) que puedan perturbar o distraer.
4. Es conveniente que esté presente el propio bebé, salvo que esté muy enfermo o en cuidados intensivos. De hecho, lo mejor es sea el propio pediatra el que lo tenga, lo toque y lo maneje con una mezcla de naturalidad y de afecto.
5. El enfoque ha de ser directo, dando el tiempo que sea necesario. Se pondrá más énfasis en una exposición global y equilibrada del problema, en lugar de plantear un catálogo exhaustivo de posibles problemas presente o futuros.
6. Debe dejar se la puerta abierta para que pueda haber más entrevistas, bien con él o con otras personas (no necesariamente médicos), más especializadas en el trato posterior de los niños con síndrome de Down quienes, por tanto, puede aconsejar de manera más práctica y concreta.
7. Inmediatamente después de esta primera entrevista, los padres deben disponer de un sitio privado en donde puedan compartir sus sentimientos sin que nadie les moleste.
8. El pediatra debe cuidar de que, una vez los padres estén en casa, sean atendidos psicológica y educativamente. En este sentido, el mejor servicio que les puede prestar es ponerles contacto con instituciones locales dirigidas a trabajar en el campo del síndrome de Down. **(1 Consultar a las asociaciones de Síndrome de Down especializadas en su país").**

La conservación de la salud

Al igual que con cualquier otra persona, la conservación de la salud en la persona con síndrome de Down pretende conseguir su máximo bienestar físico y mental. Con ello no se intenta alcanzar lo inalcanzable, pero sí conseguir lo conseguible, y no renunciar a lo que se puede obtener en beneficio de la persona con síndrome de Down. No más, pero tampoco menos.

La aplicación de un buen programa de salud se basa en las siguientes consideraciones:

1. Tienen importancia los servicios "rutinarios" de sanidad, como son las vacunaciones y los cuidados comunes de bienestar infantil. Aunque estos servicios son obvios y se dan por sabidos para cualquier otro niño, deben ser tenidos en cuenta y recordados en un programa integrado de conservación de la salud para los niños con síndrome de Down.
2. Ya que en las personas con síndrome de Down aparecen con mayor frecuencia las anomalías congénitas y ciertos problemas médicos, deben realizarse exámenes y exploraciones específicos para poderlos identificar y tratar adecuadamente, antes de que lleguen a dañar excesivamente la salud del individuo. Para ello es preciso conocer qué enfermedades pueden aparecer a cada edad, y cuáles son las que hay que vigilar más. Pero algunas aparecen a cualquier edad.
3. La salud integral no sólo comprende el bienestar físico sino que abarca también el mental y el social. Por eso un buen programa ha de atender a la persona "en su conjunto", no en aspectos parciales.
4. Para que tenga éxito, un programa de salud ha de saber atraer la participación activa de todos los implicados: el propio interesado, sus padres, los profesionales de las ciencias sanitarias y sociales.

¿Etiquetados?...

En Venezuela, aun en el siglo XXI, la inmensa mayoría de las familias de personas con síndrome de Down nos encontramos ante una asombrosa situación discriminatoria, en virtud de que las compañías de seguros tienen la costumbre no asegurar a este colectivo, y esto, por lo visto, se ha hecho una práctica habitual en el sector. Lo más grave lo constituye el estado de indefensión ante el que nos encontramos dado a que no existe aun ningún tipo de legislación que regule ó exija solventar esta patética irregularidad, atentatoria a los Derechos Humanos fundamentales, que entre otros, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en los diversos tratados de carácter internacional y convenciones suscritos por nuestro país, y que a efectos de la Legislación Venezolana tienen fuerza de Ley, encontramos consagrado el derecho y la igualdad en la atención a la salud para las personas sin distingo alguno. El sentido que ha de darse a este precepto es precisamente que *a problemas iguales, tratamiento equitativo para todos. Adicionalmente, entendemos que la inversión hecha para la atención sanitaria debe ser exactamente igual para las personas, con y sin discapacidad.* En el **Proyecto de Ley** de protección de las personas con discapacidad, legislación recientemente sancionada, se tocaba con profundidad el tema de la asistencia sanitaria y los seguros de las personas con discapacidad, sin embargo, luego de varias “consultas” y “derechos de palabra” al que fueron invitados los miembros de la Federación Venezolana de las personas con Discapacidad y sus familiares FEVEDI, Federación que agrupa a las diversas Organizaciones que trabajamos el área de la discapacidad, observamos con estupor que estos tópicos han sido excluidos del mencionado texto legal una vez que este fue sancionado.

Quisiera permitirme resaltar el hecho de que el grado de desarrollo de una sociedad se mide precisamente por el trato que se da a sus ancianos, a sus niños y a las personas con discapacidad.

Debemos trabajar en conjunto para, por y hacia el *progreso*. Para las familias de las personas con discapacidad, el progreso no significa únicamente las grandes inversiones. Para nosotros el “progreso” no tiene sentido si éste no toca a nuestra puerta y nos beneficia directamente. Pese a que trabajamos muy duro para sacar adelante a nuestros hijos. Por cierto legislador... *continuamos esperando por “el progreso”...*

(1)Para una información completa y bibliografía sobre temas de salud, ver **Programa de Salud (disponible en AVESID)**

Fuentes consultadas:

1.- Canal Down21. Agradecimiento muy especial al Dr. Jesus Flórez por su autorización de publicación.

2.- Maria Susana Padrón de Grasso. Asociación Venezolana para el síndrome de Down

Nuevos paradigmas en el manejo de la Salud Bucal en Personas con Síndrome de Down

Dra. Mariana C. Morales Ch.

Odontopediatra – Magister en Pacientes Especiales

macamocha@hotmail.com

Introducción

El Síndrome de Down (SD), descrito por primera vez por el médico Inglés John Langdon Down en 1866, representa la anomalía congénita autosómica más frecuente, así como la causa más común de retraso mental y en el 95% de los casos es debido a una trisomía en el cromosoma 21. El resto, son causados por un mosaicismo o una traslocación. Nieburhr (1974) planteó que el fenotipo y el retardo mental en el SD pueden ser producidos por una duplicación limitada a la zona 21q22, llamando a ese segmento crítico “Región Síndrome de Down”. Muchas investigaciones indican que la sobreproducción de ciertas proteínas codificadas por genes en el cromosoma 21 altera el balance de algunos procesos bioquímicos, importantes para el desarrollo y función de diversos órganos afectados en los pacientes con Síndrome de Down. Los genes involucrados en la patogénesis del SD son aún desconocidos. (Bodil et al, 1996; Forrester et al, 2002)

La prevalencia de SD es de 1 por cada 700 nacidos vivos, constituyendo una alta frecuencia en la población que oscila alrededor del 5 – 6%. Igualmente el SD representa el 10% de todos los casos de retraso mental. La edad materna juega un rol muy importante, sobre 35 años el riesgo aumenta a 1 x 300 y sobre 40 años a 1 x 150.

El incremento de los embarazos en mujeres mayores durante las últimas décadas ha hecho que la prevalencia del SD aumente considerablemente. Sin embargo, el uso del diagnóstico ecográfico prenatal y otros exámenes como la amniocentésis o el estudio de las vellosidades coriónicas permiten un diagnóstico prenatal así como la interrupción electiva del embarazo. (Forrester, Merz, 2002)

Alteraciones Médicas:

Las personas con Síndrome de Down desarrollan un sin fin de alteraciones médicas como patologías cardíacas que se presentan en un 40% de los casos; los problemas endocrinos caracterizados principalmente por el déficit de la hormona de crecimiento o el desarrollo de hiper o hipotiroidismo. El sistema gastrointestinal también se ve afectado, siendo la incidencia de estos desórdenes 200 veces mayor que en el resto de la población. Por otro lado, Roizen (2001) afirma que los pacientes con SD tienen mayor tendencia a padecer obesidad, tomando en consideración los

valores de Índice de Masa Corporal que tienden a ser mayores que los del resto de la población; incluso teniendo un menor consumo de calorías y micro nutrientes. Por último y no menos importante las afecciones otorrinolaringológicas son igualmente frecuentes.

Alteraciones Odontológicas:

Los maxilares en estos pacientes tienden a ser hipoplásicos, con la consecuente disminución en el desarrollo del paladar, el cual suele ser profundo. El maxilar superior por lo general es más pequeño que el inferior, el cual se encuentra en una posición relativamente más avanzada con respecto a la base del cráneo en sentido anteroposterior (Jiménez y cols, 1998). Estos cambios dan origen a ciertas maloclusiones dentales, siendo la más común la Clase III de Angle, donde la mandíbula se ubica por delante del maxilar superior.



Estas personas suelen presentar una macroglosia (aumento en el tamaño de la lengua) absoluta o relativa, debida al tamaño disminuido del maxilar. Igualmente se observa que el 44% presenta lengua figurada lo que favorece la acumulación de placa bacteriana, la cual solo se observa en el 2 a 5% de la población normal. Aunado a esta condición, el 96% de los

pacientes tiene una respiración bucal que favorece la sequedad de mucosa y labios, originando queilitis angular. (Jiménez, 1998)



Respecto a las estructuras dentales se observan alteraciones en la morfología de las coronas, dientes cónicos o concavidades en la superficie anterior de los incisivos inferiores. Igualmente pueden presentar hipoplasia del esmalte, hipocalcificación e hipodoncia, así como reducción en la longitud radicular o taurodontismo (aumento del tamaño de la cámara pulpar). Los dientes permanentes suelen tener coronas más pequeñas con una reducción del esmalte (Bell et al, 2001).

La prevalencia de caries en pacientes con SD ha sido un tema en discusión durante décadas. Ciertos autores han afirmado que los índices de caries son menores a los del resto de la población. En contraposición, otros afirman que la prevalencia es igual. Algunas de las razones que pueden explicar unos índices más bajos pueden ser las alteraciones de forma de los dientes, los diastemas que disminuyen la prevalencia de caries interproximales, el retraso en la erupción que puede ser hasta de dos años, cambios en la composición química de la saliva como concentraciones elevadas de sodio y aumento del pH. Sin embargo, el tipo de dieta, la calidad de la higiene y las posibilidades de atención odontológica, dependiendo el grado de retraso y la capacidad de colaboración del paciente, pueden favorecer la aparición de caries. (Silvestre, 2004; Jiménez, 1998)

El principal problema bucodental de las personas con Síndrome de Down son las enfermedades periodontales. El principal agente causal de esta enfermedad es la placa dental. Sin embargo, el desarrollo y evolución de esta, depende en gran parte, de la respuesta defensiva del huésped, es

decir de la acción del Sistema Inmunológico e inclusive, de los factores hormonales y nutricionales. En el caso del Síndrome de Down, la respuesta de ciertas células inmunológicas se ve alterada lo cual origina una respuesta agresiva que se traduce en destrucción severa de los tejidos.



Bibliografía Consultada:

- Bell, Emma; TOWNSEND, Grant; WILSON, David; KIESER, Jules; HUGUES, Toby: Effect of Down syndrome on the Dimensions of Dental Crowns and Tissues. *American Journal of Human Biology*. 2001; 13: 690-698.
- Edman, Bodil ; Goetz, Peter ; Korenberg, Julie ; Pettersson, Ulf, Seemanova, Eva ; Wadelius, Claes et al: Molecular Analysis of Chromosome 21 in a Patient with a Phenotype of Down Syndrome and Apparently Normal Karyotype. *American Journal of Medical Genetics* 1996; 63: 566 – 572.
- Forrester, Mathias; Merz, Ruth: Epidemiology of Down syndrome (Trisomy 21), Hawaii, 1986 – 97. *Teratology*. 2002; 65: 207 – 212.
- Jiménez MJ, López J, Alio JJ. Limitaciones en el tratamiento de las maloclusiones en el Síndrome de Down. *Revista Iberoamericana de Ortodoncia* 1998; 17: 59-65.
- López J, Boj JR, Jiménez MJ, Bratos M. Estudio epidemiológico de la maloclusión dental en el síndrome de down. *Ortodoncia Española* 1997; 37/1: 30-7.
- Nualart-Grollmus ZC, Morales-Chávez MC, Silvestre-Donat FJ: periodontal disease associated to systemic genetic disorders. *MED Oral Patol Oral Cir Bucal* 2007; 12: E2 11-5.

- Pirela A, Salazar C, Manzano M. Patología bucal prevalente em niños excepcionales. Acta Odont Venez 1999; 37: 193-8.
- Silvestre, FJ: Odontología en Pacientes Discapacitados. Laboratorios Kin, S.A. Valencia, 2004.