



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGO**

TÍTULO DE LA TESINA:

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN BUCO-DENTAL A NIÑOS
CON PARÁLISIS CEREBRAL DEL INSTITUTO DE
EDUCACIÓN ESPECIAL DE DISCAPACIDAD MOTRIZ
DE QUITO EN EL PERÍODO NOVIEMBRE 2013 – ABRIL
2014.**

Autor: José Leonardo Lora Bustos

Tutora: Dra. Kathy Marilou LLori Otero

JULIO 2014

RIOBAMBA - ECUADOR

HOJA DE APROBACIÓN

El tribunal de defensa privada conformada por el Dr. Galo Sánchez, Presidente del tribunal; Dra. Kathy Llory, miembro del tribunal y el Ms. Carlos Vargas, miembro del tribunal; certificamos que el señor José Leonardo Lora Bustos, con cedula de ciudadanía N° 040059078-2, egresado de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH), se encuentra apto para el ejercicio académico de la defensa pública de la tesina previa a la obtención del título de Odontólogo con el tema de investigación: **“PROTOCOLO DE ATENCIÓN BUCODENTAL A NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN ESPECIAL DE DISCAPACIDAD MOTRIZ DE QUITO EN EL PERÍODO NOVIEMBRE 2013 - ABRIL 2014”**.

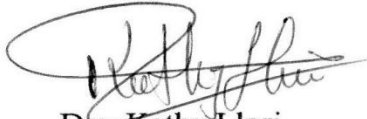
Una vez que han sido realizadas las revisiones periódicas y ediciones correspondientes a la tesina.

Riobamba, 25 de julio de 2014.



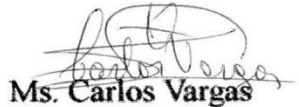
Dr. Galo Sánchez

Presidente del tribunal



Dra. Kathy Llory

Miembro del tribunal



Ms. Carlos Vargas

Miembro del tribunal

ACEPTACIÓN DE LA TUTORA

Por medio de la presente, hago constar que he leído el protocolo del Proyecto de Tesina de Grado presentado por el señor **JOSÉ LEONARDO LORA BUSTOS** para optar al título de **ODONTÓLOGO** y que acepto asesorar a la estudiante en calidad de Tutor, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Riobamba, 10 de Abril de 2014.



Dra. Kathy M. Llori O.

DERECHO DE AUTORÍA

Yo José Leonardo Lora Bustos soy responsable de todo el contenido de este trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.

DEDICATORIA

A todas las personas que
creyeron que la edad no era un
obstáculo para obtener una
carrera universitaria.

José L.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Chimborazo y a sus maestros por habernos dado la oportunidad de continuar y culminar la carrera que ya la creíamos truncada.

A las autoridades del Ministerio de Educación por facilitarme el permiso correspondiente para trasladarme a Riobamba y culminar mis estudios.

Al Instituto de Educación Especial de Discapacidad Motriz, por abrirme las puertas y sus corazones.

A la Directora de la Carrera de Odontología y Tutora, Dra. Kathy M. Llori. O, gracias por todo

José L.

RESUMEN

A partir de los últimos años, el Ecuador ha empezado una nueva era en cuanto a la inclusión de personas con discapacidad, de esto se habla en muchos ámbitos como el educativo, el productivo y el social, y dentro del plano de la salud, son muchas las iniciativas que se han puesto en marcha con el fin de cuidar de sus derechos.

Es indudable que la atención de cada grupo de pacientes es distinta y tiene diversos matices de comportamiento que en general buscan que el trabajo del profesional odontólogo realice un trabajo eficiente, y el presente trabajo promueve resaltar el protocolo de atención buco dental a pacientes con parálisis cerebral, tomando en cuenta que son un conjunto de personas que tienen mayor propensión a sufrir patologías ligadas a su discapacidad.

Es necesario considerar que la promoción del trabajo en este aspecto tiene relación directa con la búsqueda de aplicación de los principios de solidaridad, equidad e inclusión que son parte de la política del buen vivir impulsada por el gobierno, pero en este caso va mucho más allá de eso, pues conjuga lo anterior con los criterios de inclusión a grupos vulnerables de la sociedad, como es el caso de los niños con parálisis cerebral.

Por obvias razones, el grupo humano investigado tiene que contar con un soporte de asistencia familiar que es hacia quien en realidad está dirigido el protocolo de atención buco dental, así mismo es necesario considerar que este protocolo tiene cuatro fases o etapas que cubrir: Promoción, prevención, atención y evaluación.

La tesina que se presenta busca sintetizar procesos y acciones en protocolos que sirvan de base para la atención eficiente a pacientes con parálisis cerebral.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

From recent years, Ecuador has begun a new era in the inclusion of people with disabilities, this is spoken in many areas such as education, productive and social, and within the field of health there have been many implemented initiatives in order to take care of their rights.

Undoubtedly care of patients in each group is different and has different behavior evidence that generally seek that the dental practitioner has done an efficient job, and this study highlights the protocol that promotes oral and dental care for patients with cerebral palsy taking into account that they are a group of people who are more likely to suffer from diseases bounded to their disability.

It is necessary to consider the promotion of the effort in this area is directly related to the pursuit of application of the principles of solidarity, equity and inclusion which are part of the good life policy carried out by the government, but in this case goes far beyond that, it combines this with the inclusion criteria for vulnerable groups in society, such as children with cerebral palsy.

For obvious reasons, the investigated human group has to have a support family assistance is to who is actually directed the oral dental care protocol, so it is necessary to consider that this protocol has four phases or stages that cover: Promotion prevention, care and evaluation.

The thesis seeks to synthesize presented protocols and processes actions which form the basis for efficient care for patients with cerebral palsy.

Reviewed by:

Dra. Fanny Zambrano V. Mgs.

ENGLISH TEACHER AT LANGUAGES CENTER FCS

CENTRO DE IDIOMAS



Riobamba July 25th, 2014

ÍNDICE GENERAL

CERTIFICADO	ii
ACEPTACIÓN DEL TUTOR	iii
RESUMEN	vii
SUMMARY	viii
ÍNDICE GENERAL	ix
ÍNDICE DE TABLAS	xii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	4
1. PROBLEMATIZACIÓN	4
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	6
1.3. OBJETIVOS	6
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	6
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
1.4. JUSTIFICACIÓN	7
CAPÍTULO II	9
2. MARCO TEÓRICO	9
2.1. POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL	9
2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	9
2.2.1. Parálisis cerebral	9

2.2.2. Incidencia de la parálisis cerebral	11
2.2.3. Causas	12
2.2.4. Complicaciones.....	12
2.2.5. Conocimiento de los padres de familia sobre los cuidados al niño con parálisis cerebral.	16
2.2.6. Clasificación de la parálisis cerebral	16
2.2.7. Subtipos de parálisis cerebral.	19
2.2.8. Clasificación funcional.	20
2.2.9. Clasificación pedagógica.	20
2.2.10. Tratamiento.	20
2.2.11. Problemas de Salud Oral.....	23
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.	27
2.3. HIPÓTESIS Y VARIABLES	29
2.3.1. HIPÓTESIS	29
2.3.2 VARIABLES	29
2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	30
CAPÍTULO III.....	31
3. MARCO METODOLÓGICO.....	31
3.1. METODOLOGÍA.....	31
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	31
3.3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	32
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	32

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	34
CAPITULO IV	35
4. ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	35
4.1. RESULTADOS DE LA OBSERVACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS.....	35
4.3. RECOMENDACIONES.....	48
BIBLIOGRAFÍA	50
ANEXOS	51

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Operacionalización de Variables	30
Tabla 2: Distribución poblacional por género	33
Tabla 3: Distribución poblacional por edad.....	33
Tabla 4: Distribución de género de los pacientes	35
Tabla 5: Distribución de edad de los pacientes.....	36
Tabla 6: Distribución de clases de parálisis cerebral de la población	38
Tabla 7: Distribución de patologías en los pacientes.....	39
Tabla 8: Relación entre género y patologías.....	41
Tabla 9: Relación entre edad y patologías	43
Tabla 10: Relación entre clases de parálisis cerebral y patologías	45

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico1: Distribución de género de los pacientes	35
Gráfico2: Distribución de edad de los pacientes	36
Gráfico3: Distribución de clases de parálisis cerebral de la población	38
Gráfico4: Distribución de patologías de los pacientes.....	39
Gráfico5: Relación entre género y patologías.....	41
Gráfico6: Relación entre edad y patologías	44
Gráfico7: Relación entre clases de parálisis cerebral y patologías	45

INTRODUCCIÓN

La odontología, como ciencia médica, no es una ciencia exacta, más bien es social y trabaja en base a los comportamientos de los pacientes, siendo estos grupos humanos por demás heterogéneo, y en cada uno de los que atiende, debe adaptar el conocimiento recibido a las circunstancias que le rodean.

Así pues, el trabajo del odontólogo debe ser asumido de acuerdo al grupo humano que le toque, y sobre esta base desarrollar sus conocimientos en beneficio de los pacientes que tiene a su disposición. Ante eso, se puede decir que cada uno de los tipos de grupo humano que se atiende tiene un comportamiento distinto, y por tanto el protocolo con el que se lo atiende debe ser distinto, tomando en cuenta el tipo de comportamiento, las patologías existentes y los procesos que deben ser desarrollados.

Se conoce como parálisis cerebral al trastorno neuromotor no progresivo debido a una lesión o a la anomalía del desarrollo del cerebro inmaduro. Esta patología no permite la conexión entre el cerebro y los músculos, por lo que el movimiento es sumamente dificultoso. La parálisis cerebral es un problema sumamente complejo, pues en esencia, existe la desconexión entre el cerebro y los músculos, pero además se evidencian problemas en lo sensorial, lo perceptivo, y lo psicológico.

Otro aspecto que se debe tener en cuenta es que la parálisis cerebral no es progresiva, es decir que no se agrava con el paso del tiempo, pero muchos de los síntomas serán más evidentes.

El papel del odontólogo en este tipo de problemas no se reduce únicamente al trabajo exploratorio y curativo, pues por su característica debe enfocar otros momentos en el antes y el después de la consulta mismo, e incluso se debe programar la interacción con

los familiares que serán los portavoces de la comunicación con el paciente y quienes llevarán a cabo las recomendaciones.

Para el odontólogo es fundamental conocer el tipo de trastorno que tiene el niño o niña con parálisis cerebral, y establecer el protocolo de atención buco dental. Para el niño, este protocolo constituirá posiblemente la motivación de aceptación o rechazo de la atención que deberá recibir, por cuanto la habilidad del niño para detectar cualquier signo de indecisión o insinceridad será suficiente para el rechazo total.

Se debe escuchar cuidadosamente al niño aunque tenga problemas de comunicación y mantener secciones cortas en el horario de la mañana. En caso del paciente encontrarse en silla de ruedas es conveniente atenderlo en ella evitando los movimientos bruscos, ruidos y luces sin advertir antes al paciente, para así minimizar las reacciones reflejas por sorpresa.

Hay que estar conscientes de que el tratamiento de personas con parálisis cerebral requiere de la colaboración de un equipo multidisciplinar (social, psicológico, sanitario y educativo) para desarrollar un programa estructurado de tratamiento, que orientará y colaborará con la familia sobre los variados aspectos que será necesario tratar (desde ayudas ortopédicas a centro educativo, adaptaciones personalizadas, logopedia, etc.), pues estos niños ya sabemos que además del trastorno motor suelen tener problemas visuales y auditivos, pueden también tener dificultades en la comunicación y en ocasiones, convulsiones.

La tesina que se desarrolla a continuación busca el desarrollo de este tema, el mismo que ha sido trazado en cuatro capítulos de acuerdo a la siguiente descripción:

- En capítulo I, la problematización, busca describir el problema de investigación tomando en cuenta los antecedentes del mismo y programando los objetivos que la investigación pretende llevar a cabo.

- En el capítulo II se desarrollará el marco teórico de la investigación, esto es el constructo de teorías que se manejan con el fin de sustentar la investigación.
- En el capítulo III se describe la metodología con la que se llevó a cabo este estudio y el diseño investigativo que se asume.
- En el capítulo IV se exponen las conclusiones y recomendaciones a las que se llega al final de esta tesina de grado.

Aspiramos con este trabajo a cubrir las necesidades de un grupo pequeño de pacientes que, a pesar de todo, tiene el derecho a ser atendidos dentro del marco del Buen Vivir, al ser un grupo de personas en situación de riesgo, o grupo de niños vulnerables.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMATIZACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro del campo odontológico, uno de los grandes puntos que se deben enfocar son las labores de prevención que se deben realizar a nivel del paciente y su entorno familiar, sin embargo, en el caso de los niños con parálisis cerebral, este proceso y los de tratamiento y control requieren de la intervención integral obligatoria de la familia, además de la coordinación interdisciplinaria necesaria para evitar contratiempos en el tratamiento del paciente.

Uno de los errores frecuentes en odontología en la atención de pacientes con discapacidad, es el hecho de diagnosticar sin el criterio interdisciplinario respectivo, lo que provoca desperdicio de tiempo y recursos que pueden emplearse de mejor manera. Otro aspecto del problema del trabajo con la parálisis cerebral es la focalización del trabajo odontológico únicamente en el tratamiento de patologías del paciente, sin considerar la etapa de prevención en la cual está incluido su entorno familiar obligatoriamente.

En la actualidad, el niño con parálisis cerebral ya no es considerado como algo que deba mantenerse oculto, el avance de la sociedad en cuanto a sus derechos ha logrado un buen posicionamiento de los mismos, y en general se habla más de la inclusión de este grupo humano y del cambio de orientación odontológico educativo, en este aspecto, es necesario promover un cambio de mentalidad que dirija la atención hacia las actividades de prevención en niños que necesitan el apoyo del círculo familiar y social, como es el caso de la parálisis cerebral.

Esto significa que la prevención es uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta para asegurar una buena salud bucal de cualquier paciente, y mucho más en este grupo humano.

Sin embargo, en la actualidad, a pesar de los avances que se han hecho en este grupo humano, el trabajo odontológico todavía se concentra en la atención de patologías, y no se ha logrado implementar aún las etapas de prevención y control necesarias para mejorar los procesos en este sector poblacional, convirtiéndose en un problema social recurrente y progresivo.

El problema que se describe, tiene un doble origen, por un lado, el núcleo familiar del paciente no asume su papel integrador, y por otro, el profesional odontólogo no genera un protocolo que sistematice estos procesos y logre una mejor socialización en este campo, de ahí la necesidad de contar con un instrumento que se aplique en la estandarización de un proceso permanente y continuo.

Los efectos que se desprenden de este problema pueden sintetizarse en los siguientes: falta de información completa sobre el paciente y sus antecedentes, posible apatía por parte de los integrantes del círculo familiar del niño debido a las necesidades de tiempo y recursos para su integración al sistema de salud buco – dental, falta de conciencia sobre la necesidad de un programa de prevención permanente, falta de coordinación entre el profesional odontólogo y el círculo familiar del paciente.

Se considera, finalmente, que la atención buco – dental a pacientes con parálisis cerebral es más que un diagnóstico y un tratamiento de patologías existentes, es una labor social de gran magnitud que conlleva etapas anteriores y posteriores al tratamiento y cuya carga humanista es sumamente grande tomando en cuenta las características y limitaciones de la población de niños con parálisis cerebral. Lo que se haga en favor de

su bienestar es sin duda alguna un aporte social valioso dentro de la carrera odontológica.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿En qué medida el diseño de un protocolo de atención buco – dental para niños con parálisis cerebral permite un mejor proceso de prevención, atención y seguimiento en los niños del Instituto de Educación Especial de Discapacidad Motriz de la ciudad de Quito en el período noviembre 2013 a abril 2014?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Diseñar un protocolo de atención buco – dental para niños con parálisis cerebral tendiente a mejorar los procesos de prevención, atención y seguimiento para el buen vivir.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar un levantamiento de información y base de datos sobre la parálisis cerebral en relación con la odontología.

- Elaborar un diagnóstico sobre los grados de parálisis cerebral y patologías buco – dentales en los niños del Instituto de Educación Especial de Discapacidad Motriz de la ciudad de Quito en el período noviembre 2013 a abril 2014.

- Diseñar un protocolo de atención buco- dental dirigido a los padres y madres de familia de los niños con Parálisis Cerebral del Instituto de Educación Especial de Discapacidad Motriz de Quito, con el fin de mejorar los procesos de prevención, atención y seguimiento.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Dentro del país, la figura de inclusión ha sido ampliamente publicitada en todos los medios y estratos sociales, de hecho han sido muchos los avances que al respecto se han documentado en los aspectos sociales, educativos, e incluso de salud. Sin embargo, en el plano odontológico apenas se está empezando a poner las bases fundamentales de este proceso, por eso es importante el establecimiento de un protocolo de atención buco – dental en estos pacientes, pues esto permitirá establecer un proceso de salud con las etapas lógicas de prevención, tratamiento y control.

Es evidente que un trabajo de esta naturaleza tiene pertinencia total dentro de la sociedad, pues la labor en la salud de una población será siempre una prioridad y más cuando se trata de grupos vulnerables en los que sus integrantes no tienen la independencia suficiente para actuar por sí mismos.

La presente investigación tiene la importancia de facilitar a los padres y madres de familia de los niños con Parálisis Cerebral del Instituto de Educación Especial de Discapacidad Motriz de Quito, un instrumento técnico de fácil comprensión y aplicación (protocolo de ayuda), que les permita apropiarse de la prevención buco-dental que constituye una parte fundamental para mejorar la calidad de vida que debe tener este tipo de pacientes.

Dios da hijos especiales a padres especiales ya que normalmente, no están preparados para recibir la noticia sobre el diagnóstico de su hijo sobre la enfermedad grave o trastorno grave como puede ser la Parálisis Cerebral, en este sentido no existe información directa por lo que se plantea una serie de interrogantes: qué es lo que pasará?, porqué a mí?, qué pasará mañana?, cómo lo cuido?, como lo visto y alimento, etc.; es muy duro aceptar esta realidad esto supone un crisis emocional, crisis de pareja, tristeza, culpabilidad. Ellos deben hablar sobre esto con un especialista.

Cuando se tiene un hijo con esta patología se deben tener en cuenta sus necesidades y cuidados especiales, como tener un clima de calidez y en referencia a la atención y prevención buco-dental es para minimizar un tratamiento invasivo por caries, enfermedades periodontales, incidencia de mal-oclusión, oclusión traumática, bruxismo, disfagia, sialorrea, con abrasiones e hipersensibilidad que dificultan la masticación como las más sobresalientes en la población de estudio.

En todas la interrogantes los padres y madres de familia necesitan adquirir un conocimiento adecuado sobre la Parálisis Cerebral y los cuidados de prevención buco-dental que deben brindar a su hijo, por lo que, es de mucha importancia el contar con un protocolo de ayuda para este tipo de pacientes. Aceptar la realidad y enfrentar los cambios que esto conlleva, entender que su hijo especial al que deben prodigarle cuidados especiales.

La investigación permitirá obtener información original, suficiente y confiable para facilitar a los profesionales en esta área, docentes, padres y madres de familia y/o “cuidadores, la atención y prevención buco-dental oportuna a esta población, mediante un protocolo de apoyo. El interés profesional es científico y social ya que son pacientes excluidos en la atención integral.

Para poder realizar el presente estudio tengo la factibilidad de contar con los recursos económicos, bibliográficos, técnicos, de talento humano y los conocimientos y capacidades que la universidad me proporcionó a través de los distintos académicos de la Odontología y sumado a la experiencia que tengo por haber trabajado con pacientes en el Ministerio de Educación, por lo que considero que los resultados servirán como línea base para otros estudios posteriores en referencia a la atención integral de los niños con Parálisis Cerebral.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL

La mayoría de estos pacientes presenta dificultad comunicativa a causa de sus problemas motores y sensoriales; por eso, es fundamental valorar su capacidad de comprensión y comunicación para crear vías de comunicación recíproca.

Además, se deben de planificar sesiones cortas y tratamientos sencillos, evitando restauraciones arriesgadas y complejas.

También debemos tener en cuenta, el brindarles una buena calidad de vida, tomando las medidas preventivas para evitar la instauración de patologías en cavidad oral evitando que los pacientes sufran de dolor.

En definitiva, el tratamiento odontológico deberá iniciarse valorando el estado de salud oral del paciente para hacer énfasis en la prevención de aparición de las enfermedades más prevalentes en cavidad oral.

De vital importancia es la participación de los padres y sus familias en el cuidado del paciente con esta patología, lo que se pretende a través del protocolo es brindar una ayuda para que sepan cómo prevenir los problemas de salud buco-dental en su hijo.

2.2.FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.2.1. Parálisis cerebral.

La parálisis cerebral es un trastorno permanente y no progresivo que afecta a la psicomotricidad del paciente. En un nuevo consenso internacional, se propone como definición: “La parálisis cerebral, se describe como un grupo de trastornos del desarrollo

psicomotor, que causa una limitación de la actividad de la persona, atribuida a problemas en el desarrollo cerebral del feto o del niño”.

Para Ruiz y Artega, (2003) “la Parálisis Cerebral es un trastorno global de la persona consiste en un desorden permanente y no inmutable del tono muscular, la postura y el movimiento, debido a una lesión no progresiva en el cerebro antes de que su desarrollo y crecimiento sean completos. Esta lesión puede generar la alteración de otras funciones superiores e inferir en el desarrollo del Sistema Nervioso Central” (p.364)

La Parálisis Cerebral podría compararse con un corto circuito que impide o altera los mensajes enviados por el cerebro a los músculos, dificultando su movilidad de ahí que la mayoría de los afectados adolezcan de movimientos lentos, torpes, vacilantes o involuntarios, rigidez, debilidad y espasmos musculares.

Los desórdenes psicomotrices de la parálisis cerebral están a menudo acompañados de problemas sensitivos, cognitivos, de comunicación y percepción, y en algunas ocasiones, de trastornos del comportamiento. Las lesiones cerebrales de la Parálisis Cerebral ocurren desde el período fetal hasta la edad de 5 años. Los daños cerebrales después de la edad de 5 años hasta el período adulto pueden manifestarse como Parálisis Cerebral, pero, por definición, estas lesiones no son Parálisis Cerebral.

La Parálisis Cerebral no se puede curar pero una atención adecuada que evite tanto la marginación como la innecesaria súper protección de una persona afectada, estimulará su desarrollo intelectual, su capacidad de comunicación y sus relaciones sociales. Es preciso entender que en medio de sus dificultades, las personas con Parálisis Cerebral piensan, sienten y razonan como cualquiera, solo que les cuesta más trabajo expresarse o desenvolverse. No son discapacitados físicos, ni psíquicos, ni sensoriales y su coeficiente intelectual puede ser incluso superior al normal, solo que necesitan de nuestra ayuda. Necesitan que los padres de familia y la sociedad estén bien informados

para darles la oportunidad de llevar la vida digna y plena a la que cualquier humano tiene derecho... (FUNDACIÓN ONCE-Para lo cooperación e integración social para personas con discapacidad de la Unión Europea).

La parálisis cerebral es un término que agrupa un grupo de diferentes condiciones. Hay que tener en cuenta que no hay dos personas con parálisis cerebral con las mismas características o el mismo diagnóstico. La Parálisis Cerebral está dividida en cuatro tipos, que describen los problemas de movilidad que presentan. Esta división refleja el área del cerebro que está dañada. Silvestre F., Plaza A. (2007) Odontología en pacientes especiales. Valencia. Editorial Universitat de Valencia. España.

2.2.2. Incidencia de la parálisis cerebral

Desde que apareció la vacuna de la Poliomiélitis, la Parálisis Cerebral ha pasado a ser la causa más frecuentes de discapacidades motoras, puede afectar a hombres o mujeres cualquiera que sea su raza o condición social.

Paradójicamente cada vez hay más casos en los países occidentales donde los avances médicos permiten prolongar la vida de los afectados más graves al mismo tiempo que aumentan los embarazos de riesgo y los nacimientos prematuros.

La incidencia de esta condición en países desarrollados es de aproximadamente 2-2,5 por cada mil nacimientos. Esta incidencia no ha bajado en los últimos 60 años a pesar de los avances médicos como la monitorización de las constantes vitales de los fetos. Silvestre F., Plaza A. (2007) Odontología en pacientes especiales. Valencia. Editorial Universitat de Valencia. España.

2.2.3. Causas

- Problemas en las áreas del cerebro que controlan las capacidades motoras. Estas áreas pueden desarrollarse anormalmente o sufrir daño, lo cual trastorna la capacidad del cerebro de controlar la postura y el movimiento.
- Falta de oxígeno al bebé
- En el pasado, se creía que una lesión sufrida durante el parto causaba la Parálisis Cerebral. Ahora conocemos que esta puede ocurrir antes del parto, durante el parto o en los primeros meses de vida.
- Los bebés prematuros o los que tienen poco peso al nacer, presentan un alto riesgo de padecer Parálisis Cerebral.
- Los bebés de madres que sufrieron de hemorragia vaginal durante el embarazo
- Lesión cerebral debido a graves accidentes.
- Infecciones del cerebro causadas por meningitis o la infección que rodea el cerebro y la columna vertebral.
- Cuando la madre sufre determinadas infecciones durante el embarazo. Tales infecciones incluyen a la rubeola por lo que, se recomienda a la madre vacunarse antes del embarazo.

2.2.4. Complicaciones

- Las habilidades motoras finas también pueden empeorar, así como el control vesical e intestinal. También pueden aparecer dificultades en la respiración.
- Dificultad con las capacidades motoras para realizar tareas de precisión tales como escribir, alimentarse por sí solo, cepillarse los dientes, bañarse, etc.
- Dificultad para caminar o mantener el equilibrio.
- Debilidad en un brazo o una pierna, o la combinación de ambas extremidades.
- Movimientos involuntarios.

- Babeo excesivo cuando la enfermedad afecta los músculos faciales.
- A los bebés con Parálisis Cerebral les cuesta más tiempo aprender a voltearse, gatear, sentarse, sonreír, hablar o caminar
- Los síntomas varían de persona a persona. Estos pueden ser tan leves que apenas se notan, o tan graves que el paciente tiene que permanecer en cama.
- Algunas personas con Parálisis Cerebral sufren trastornos médicos tales como convulsiones, retraso mental, problemas de la visión, la audición y el habla.
- Los músculos se ponen bien tensos o espásticos, lo que a su vez producen contracturas, haciendo imposible que la articulación se mueva.
- La Parálisis Cerebral puede causar la pérdida del tono muscular. De ser así las articulaciones pueden dislocarse porque los músculos no las estabilizan.
- Los niños con Parálisis Cerebral, experimentan dificultades al tragar por lo que necesitan la ayuda de un nutricionista para asegurar que consuman los nutrientes apropiados

El problema odontológico se lo puede considerar de mucha importancia. Tanto los padres de familia como las personas que atienden a estos pacientes han señalado que los problemas dentales son su primera necesidad. Esta deficiencia en acceso a servicios dentales tiene varias explicaciones que tienen que ver a grandes rasgos con la severidad de la enfermedad, falta de conocimientos adecuados del odontólogo o de seguros dentales que cubran los gastos.

En general, los estudiantes de odontología reciben muy poca información sobre pacientes especiales, Además toda la práctica odontológica en la escuela se hace en pacientes normales de poca complejidad. Esto se traduce en una deficiencia educativa en el área de pacientes especiales.

Creo que debemos actuar urgentemente para enfrentar los problemas odontológicos emergentes en la sociedad que son resultado de los avances de la ciencia y de los

cambios demográficos. No se pueden ignorar los problemas buco-dentales que se presentan en pacientes con necesidades especiales, sean niños, adultos o personas de la tercera edad.

Debemos actuar a diferentes niveles, empezando por los estudiantes de odontología. Se necesita un cambio curricular, es una obligación académica ofrecer una experiencia educativa que incluya los problemas orales que afectan a distintos segmentos de la población. En algunas Escuelas de Odontología de América Latina se han implementado programas que han sido muy bien recibidos por los estudiantes, que han desarrollado no solo un conocimiento sobre el tema sino también una mayor sensibilidad y la confianza personal para tratar a estos pacientes.

A nivel profesional se deben ofrecer cursos de educación continua también para Odontólogos como para su equipo de trabajo. La falta de experiencia educativa se cita en numerosas ocasiones para justificar la renuencia a proveer a atención dental a personas con necesidades especiales de salud. Este tipo de cursos palia en parte esa falta de información.

La Asociación Latinoamericana de Odontología para Personas con Discapacidad-Necesidades Especiales (ALODES) nace de la propuesta de profesionales líderes en sus países, que están comprometidos en mejorar la calidad de vida de estas personas. Este tipo de organizaciones impulsan y fomentan el intercambio de ideas, programas de atención dental, cursos de post grado y actúan como agentes de cambio al ofrecer un foro a iniciativas originales.

¿Existe gran demanda de servicios dentales en esta población?

Efectivamente. Este incremento tiene varias causas que interactúan entre sí y, como resultado, existe una mayor demanda de servicios dentales.

Una de ellas es la desinstitucionalización de los pacientes con discapacidades intelectuales, lo cual sumado a la falta de una estructura de servicios en la comunidad, deja a estos pacientes en precarias condiciones que solo les permite acudir a los servicios dentales gratuitos.

Otra de las causas es el aumento de la longevidad de la población. Según datos de la Organización Panamericana de la Salud, en el último medio siglo la expectativa de vida ha aumentado de 55,2 años a 72,9 años en las Américas. Esta mayor longevidad trae consigo un mayor número de individuos diagnosticados con enfermedad de Alzheimer, demencia senil, artritis, diabetes o cáncer. Estas personas requieren de servicio dentales que los odontólogos no siempre estamos preparados para ofrecer...

La evidencia ha demostrado la interacción existente entre la salud oral y las enfermedades sistémicas. Diversos estudios reconocen que la salud oral es parte integral de la salud general del individuo, de ahí que se haya generado un mayor interés en darle mayor atención a la salud bucal.

Finalmente, la sociedad en general ha evolucionado hacia una mayor aceptación de los individuos con problemas especiales de salud.

En este punto, debo mencionar la gran labor que hace la TELETÓN y las Olimpiadas Especiales. La TELETÓN no solo recauda fondos para crear una muy necesitada infraestructura hospitalaria y ofrecer tratamientos especializados a estos pacientes, sino que además ha tenido la virtud de sensibilizar a la población, y de traer a primer plano el drama humano que viven muchas familias y muchos miembros de la sociedad en que vivimos.

Este programa que llega a 16 países ha hecho reaccionar con muestras de gran solidaridad a la población de naciones enteras y ha educado y transformado su idiosincrasia.

El programa de Olimpiadas Especiales, que existe también en varios países latinoamericanos, tiene como objeto enfatizar la importancia de la salud oral no solo entre atletas que compiten en las olimpiadas especiales, sino también entre sus entrenadores, familiares y al mismo tiempo entre los odontólogos, estudiantes de odontología, higienistas dentales y otros profesionales de la salud. (Dr. Carlos F. Salinas-Presidente de “Academy of Dentistry for Persons with Disabilities”).

2.2.5. Conocimiento de los padres de familia sobre los cuidados al niño con parálisis cerebral.

Se define como conocimiento a todo lo que adquirimos mediante nuestra interacción con el entorno, es el resultado de la experiencia organizada y almacenada en la mente del individuo de una forma que es única para cada persona.

Antes de la aplicación del Protocolo se evidenció que algunas madres y padres de familia mostraban un bajo conocimiento sobre los cuidados adecuados que se deben brindar al niño(a) con Parálisis Cerebral en cuanto a las necesidades básicas, la forma adecuada de comunicarse, el comportamiento y la aceptación del diagnóstico por parte de los padres y demás miembros de la familia. Luego de la aplicación del protocolo hubo un incremento del conocimiento en los diversos aspectos; se puede concluir que el Protocolo de Apoyo buco-dental fue eficaz, lo cual favorece a los niños con Parálisis Cerebral mejorando su calidad de vida.

2.2.6. Clasificación de la parálisis cerebral

Las cuatro clasificaciones son: espástica, atetoide, atáxica, mixta.

- Parálisis cerebral espástica.

Es el tipo más común de Parálisis Cerebral y representa alrededor del 50% de todos los casos. También es llamada Parálisis Cerebral Hipertónica porque predomina un exceso

de tono muscular.

- **Parálisis cerebral atetoide (también llamada discinética).**

En este tipo de Parálisis Cerebral se presentan movimientos involuntarios e incontrolados debidos a un nivel de tono muscular cambiante. Representa aproximadamente al 30 % de los casos de Parálisis Cerebral, y puede ser hipotónica, diskinética o bien una distonía. Esta forma de parálisis corresponde al segundo tipo más frecuente de Parálisis Cerebral. El nombre clínico es Parálisis Cerebral de tipo Diskinético, sin embargo habitualmente se le refiere como Parálisis Cerebral de tipo Atetoide. Silvestre F., Plaza A. (2007) Odontología en pacientes especiales. Valencia. Editorial Universitat de Valencia. España.

El grupo de Parálisis Cerebral de tipo Diskinético presenta alguna o varias de las siguientes alteraciones de movimiento y postura:

- Atetosis: Movimientos involuntarios anormales que son siempre iguales en la misma persona, predominio distal (dedos de manos y pies) y desaparecen durante el sueño. Alternancia continua, lenta y recurrente entre dos posiciones opuestas, tales como pronación y supinación (mano palma arriba y palma abajo).
- Tremor: Es un movimiento involuntario, rítmico, oscilante de cualquier parte del cuerpo, causado por contracciones de músculos antagonistas recíprocamente inervados.
- Distonía: Son contracciones musculares involuntarias permanentes de una o más partes del cuerpo, debido a una disfunción del sistema nervioso. Por ejemplo: torsiones o deformaciones de alguna parte del cuerpo.
- Coreiforme: Procede del termino griego baile, son movimientos arrítmicos rápidos, espasmódicos, vigorosos e incesantes. Se caracterizan por su

irregularidad y variabilidad, afectan cualquier parte del cuerpo, es especial la musculatura bucal, lingual y mandibular.

En este tipo de Parálisis Cerebral la parte del cerebro dañada son los Ganglios Basales o bien puede ser debido a un daño cerebral difuso. Habitualmente no puede establecerse un subtipo de este tipo de parálisis cerebral, a excepción de la afección de los 4 miembros (cuadriplegia) o en un grado extremo, la afección de todo el cuerpo. La fluctuación constante en el tono muscular en estos casos de afección en los cuatro miembros o del cuerpo entero permite llamar cuadriplegia hipotónica a este tipo de parálisis cerebral. Se ha notado que un gran porcentaje de personas con este tipo de parálisis cerebral con atetosis tiene un coeficiente intelectual por arriba de la normalidad. Silvestre F., Plaza A. (2007) Odontología en pacientes especiales. Valencia. Editorial Universitat de Valencia. España.

- **Parálisis cerebral atáxica.**

Este tipo de parálisis ocurre cuando se daña el cerebelo, causando pérdida de la coordinación muscular y movimientos erráticos. Este tipo de parálisis cerebral afecta del 5 al 10 % de los niños. Afecta el sentido de balance y percepción de profundidad. Los niños con este tipo de parálisis cerebral, frecuentemente tienen poca coordinación y un característico tipo de marcha mostrando una separación anormalmente grande entre los pies. Muestran un aumento en esta dificultad para caminar cuando se les apresura o bien cuando intentan precisar sus movimientos, por ejemplo al escribir o intentar abotonar una camisa. Silvestre F., Plaza A. (2007) Odontología en pacientes especiales. Valencia. Editorial Universitat de Valencia. España.

- **Parálisis cerebral mixta.**

Se llama parálisis cerebral mixta, es cuando el tono muscular está muy disminuido en unos grupos musculares y aumentados en otros. Afecta al 25 % de las personas con

parálisis cerebral. Se caracteriza por presentar dos o más tipos de parálisis cerebral están presentes en la misma persona. Por ejemplo Atetoide y Atáxica.

El tipo más común de parálisis cerebral mixta es la Atetoide-Espástica y el tipo más raro es la Atetoide-Atáxica. Sin embargo, cualquier tipo de combinación puede ocurrir, incluso la asociación de 3 tipos, Espástica-Atetoide-Atáxica. Antes se aseguraba que el 10 % de todos los casos de parálisis cerebral eran de tipo mixto, sin embargo actualmente, con mejores métodos diagnósticos, se ha observado un aumento en el número de casos de tipo Mixto. Silvestre F., Plaza A. (2007) Odontología en pacientes especiales. Valencia. Editorial Universitat de Valencia. España.

2.2.7. Subtipos de parálisis cerebral.

- Diplegia. Afecta ya sea ambos brazos o ambas piernas.
- Hemiplegia: Afecta los miembros de un solo lado del cuerpo,
- Cuadriplegia: Afecta los cuatro miembros,
- Monoplegia: Afecta un solo miembro del cuerpo y,
- Triplegia: Afecta tres miembros en forma indistinta.

Cada uno de los tipos principales descritos inicialmente puede afectar diferentes partes del cuerpo, definiendo Subtipos de Parálisis Cerebral. Por ejemplo:

- Parálisis Cerebral Espástica Hemiparésica o,
- Hemiparesia Espástica.

La Monoplegia y la Triplegia son los más raramente encontrados. García J., Martínez V., Minués M., Torres P. (2004) Odontología en pacientes discapacitados. Barcelona, España.

2.2.8. Clasificación funcional.

Desde el punto de vista funcional, también se ha realizado una clasificación arbitraria con la intención de establecer diferencias en el pronóstico y de tratamiento.

- CLASE I: Limitación leve,
- CLASE II: Limitación leve-moderada,
- CLASE III: Limitación moderada-grave y,
- CLASE IV: Incapacidad total.

2.2.9. Clasificación pedagógica.

Desde el punto de vista educativo, se ha establecido una clasificación de acuerdo a su capacidad de aprendizaje:

- Educables: Con posibilidades de tratamiento (Entrenables) y, sin posibilidad de mejoría (De custodia).
- O bien: Adquisición de habilidades para asistir a una escuela, adquisición de habilidades para la vida independiente y, de custodia.

2.2.10. Tratamiento.

La parálisis cerebral no se puede curar (por ahora). Pero la persona afectada podrá llevar una vida plena si recibe una atención adecuada que le ayude a mejorar sus movimientos, que le estimule su desarrollo intelectual, que le permita desarrollar el mejor nivel de comunicación posible y que estimule su relación social. Cuanto antes se detecte la enfermedad, mayor respuesta ofrecerá el paciente al tratamiento. Se aconseja la asistencia a escuelas regulares. García J., Martínez V., Minués M., Torres P. (2004) Odontología en pacientes discapacitados. Barcelona, España.

Tradicionalmente se admite que son cinco los pilares del tratamiento de la parálisis cerebral:

- La neuropsicología,
- La fisioterapia, y dentro de la fisioterapia, estaría indicada la aplicación de la fisioterapia neurológica , concretamente el Concepto Bobath,
- La terapia ocupacional,
- La educación compensatoria y,
- La logopedia.

Como se ha señalado, en este padecimiento intervienen muchos factores tanto en la etiología (causa) como en la evolución y pronóstico, de tal manera que el tratamiento siempre tendrá que ser individualizado. En términos generales el tratamiento incluye 3 elementos básicos:

- 1) Tratamiento conservador: Se trata fundamentalmente de un programa de fisioterapia por medio de técnicas de facilitación neuromuscular y propioceptiva, masoterapia, estimulación temprana, etc. y terapia ocupacional, supervisado por los especialistas en el área y con la activa participación de los padres o la familia del paciente.
- 2) Tratamiento farmacológico: Entre los medicamentos que se indican están los relajantes para disminuir los temblores y la espasticidad, y anticonvulsivantes para prevenir o reducir las convulsiones. La cirugía puede ser necesaria en algunos casos para liberar las contracturas en las articulaciones, las cuales son un problema progresivo asociado con la espasticidad. También puede ser necesaria para colocar tubos de alimentación y controlar el reflujo gastroesofágico.

Se han utilizado históricamente diversos fármacos con la idea de mejorar el tono muscular. Sin embargo en los últimos años ha quedado de manifiesto la importancia de la Toxina Botulínica Tipo A como alternativa eficaz en el tratamiento de la espasticidad, que es la forma más frecuente de expresión de la

parálisis cerebral. García J., Martínez V., Minués M., Torres P. (2004) Odontología en pacientes discapacitados. Barcelona, España.

La Toxina Botulínica Tipo A (TBA) se encuentra actualmente en presentaciones de 100 y 500 U, los mejores resultados se obtienen cuando se inicia el tratamiento en una edad temprana (2 años en adelante). Esta indicación tiene que estar aprobada por el sistema de salud de cada país. García J., Martínez V., Minués M., Torres P. (2004) Odontología en pacientes discapacitados. Barcelona, España.

El uso correcto de este fármaco, logra mejorar significativamente el tono muscular, lo que limita el riesgo de contracturas, mejora postura y a largo plazo evita en la mayoría de los casos la cirugía ortopédica. García J., Martínez V., Minués M., Torres P. (2004) Odontología en pacientes discapacitados. Barcelona, España.

Es importante señalar que la aplicación de este medicamento es por vía intramuscular, tiene una duración de aproximadamente 5 a 6 meses el efecto, por lo que hay que tener un programa de seguimiento puntual por el especialista y lo más importante es que el tratamiento con TBA tiene que estar asociado a un programa de rehabilitación física, lo cual asegura un tratamiento completo para una mejor calidad de vida. García J., Martínez V., Minués M., Torres P. (2004) Odontología en pacientes discapacitados. Barcelona, España.

- 3) Tratamiento quirúrgico: Está orientado principalmente a evitar, prevenir o minimizar las deformaciones articulares. Existen diferentes técnicas más o menos agresivas y con más o menos eficacia. Destaca por muy utilizada las tenotomías en la que se practican cortes en diferentes tendones, dependiendo del resultado a obtener. Es una intervención muy traumática y requiere inmovilización posterior

del paciente con un tiempo de recuperación prolongado. Soto R., Vallejos R., Falconí E., Monzón F. (2007) Patologías bucales en niños con encefalopatía infantil en el Perú. Revista Estomatológica Herediana. Lima, Perú.

Existe una intervención alternativa a la tenotomía con muy buenos resultados y es la fibrotomía gradual por etapas del Dr. Ulzibat. Básicamente se trata de la eliminación de forma percutánea de las contracturas en fibras musculares que están evitando un movimiento correcto de una articulación. García J., Martínez V., Minués M., Torres P. (2004) Odontología en pacientes discapacitados. Barcelona, España.

El objetivo es facilitar ese movimiento, reducir la espasticidad, eliminar el dolor y evitar la deformación articular. Su tiempo de recuperación es corto, es muy poco traumática y es posible intervenir diferentes grupos musculares de una vez. Se lleva a cabo en varios países del mundo aunque en la mayoría de forma privada. García J., Martínez V., Minués M., Torres P. (2004) Odontología en pacientes discapacitados. Barcelona, España.

Tratamiento con células madre: Los resultados de estudios con células madre del cordón umbilical llevan a muchos científicos a sugerir que una infusión de la sangre del cordón umbilical puede aliviar el daño al tejido cerebral, reducir la rigidez muscular y mejorar los síntomas relacionados con la movilidad en pacientes con parálisis cerebral.

2.2.11. Problemas de Salud Oral.

La parálisis cerebral por sí sola no causa anormalidades en la cavidad oral. Sin embargo, muchas condiciones son comunes o más severas en pacientes con parálisis cerebral que en la población en general. Soto R., Vallejos R., Falconí E., Monzón F. (2007)

Patologías bucales en niños con encefalopatía infantil en el Perú. Revista Estomatológica Herediana. Lima, Perú.

- **Enfermedad periodontal.**

La enfermedad periodontal es común en las personas que tienen parálisis cerebral a causa de la pobre higiene oral, la limitación en habilidades físicas que tiene el paciente y la presencia de maloclusión. Otro factor contribuyente es la hiperplasia gingival causada por fármacos. Se deberá alentar la independencia para realizar la higiene oral diaria, cuando el paciente pueda realizarla por sí mismo. García J., Martínez V., Minués M., Torres P. (2004) Odontología en pacientes discapacitados. Barcelona, España.

Se le enseñará al paciente los métodos del cepillado correcto, así como las adaptaciones a realizar al cepillo dental. Se puede alargar el mango del cepillo, así como también engrosarlo para adaptarlo a la maniobralidad del paciente. Algunos pacientes no pueden cepillarse o usar hilo dental independientemente por tener una falta de coordinación de movimientos físicos o por disminución de las habilidades cognitivas. Se deberá dialogar con las personas responsables del cuidado de estos pacientes sobre la importancia de la higiene oral y se les debe instruir en técnicas de higiene oral. Algunos pacientes se benefician con el uso diario de un agente antimicrobiano como la clorhexidina. Se deberá recomendar el método apropiado para el uso de este agente de acuerdo a las habilidades del paciente. Si existe algún fármaco que ocasiona la hiperplasia gingival en estos pacientes, se debe monitorizar al paciente y poner énfasis en la importancia de la higiene oral diaria y la profilaxis dental realizada en el consultorio. Soto R., Vallejos R., Falconí E., Monzón F. (2007) Patologías bucales en niños con encefalopatía infantil en el Perú. Revista Estomatológica Herediana. Lima, Perú.

- **Caries dental.**

La caries dental es prevalente en personas con parálisis cerebral, principalmente por una

higiene oral inadecuada. Otros factores de riesgo incluyen la respiración bucal, los efectos de la medicación, hipoplasia del esmalte y empaquetamiento de comida. Según un estudio realizado en el año 2004, la prevalencia de caries dental fue de 92,3% en dos hospitales de Lima. Soto R., Vallejos R., Falconí E., Monzón F. (2007) Patologías bucales en niños con encefalopatía infantil en el Perú. Revista Estomatológica Herediana. Lima, Perú.

Se debe advertir a los pacientes o a sus cuidadores sobre las medicinas que reducen el flujo salival o que contienen azúcar. Se debe sugerir que los pacientes ingieran agua continuamente, tomar medicinas sin azúcar cuando se pueda y realizar enjuagatorios con agua luego de la toma de medicinas. Además se debe recomendar medidas preventivas como el uso de flúor y la aplicación de sellantes. Se deberá instruir a los cuidadores que verifiquen que no exista empaquetamiento de comida en la boca del paciente luego de cada comida. Soto R., Vallejos R., Falconí E., Monzón F. (2007) Patologías bucales en niños con encefalopatía infantil en el Perú. Revista Estomatológica Herediana. Lima, Perú.

- **Maloclusión.**

Las personas que tienen parálisis cerebral presentan problemas de alineamiento de dientes y problemas músculo-esqueléticos. Es común encontrar una mordida abierta anterior típicamente asociada a la interposición lingual. La falta de sellado labial a causa de la mordida abierta contribuye a que el paciente presente un “babeo” excesivo. Soto R., Vallejos R., Falconí E., Monzón F. (2007) Patologías bucales en niños con encefalopatía infantil en el Perú. Revista Estomatológica Herediana. Lima, Perú.

Al comparar la medida del overjet en niños normales y en pacientes con parálisis cerebral, se determina que los niños con parálisis cerebral tienen valores de overjet aumentados. La tendencia de estos pacientes, es de desarrollar un maloclusión clase II.

Soto R., Vallejos R., Falconí E., Monzón F. (2007) Patologías bucales en niños con encefalopatía infantil en el Perú. Revista Estomatológica Herediana. Lima, Perú.

- **Disfagia.**

La dificultad para deglutir, es un problema común en pacientes con parálisis cerebral. La comida se quedará en la cavidad oral por más tiempo que lo usual, incrementando el riesgo de caries dental. Adicionalmente, las comidas de consistencia blanda se quedarán adheridas al diente. Se debe aconsejar a los padres o cuidadores del paciente, que revisen la cavidad oral luego de la ingesta de alimentos para remover los residuos de comida. Soto R., Vallejos R., Falconí E., Monzón F. (2007) Patologías bucales en niños con encefalopatía infantil en el Perú. Revista Estomatológica Herediana. Lima, Perú.

- **Sialorrea.**

Se estima que el babeo persiste de forma anormal entre el 10 y 38 % de los pacientes con parálisis cerebral. Las consecuencias del babeo incluyen irritación facial, olor desagradable, aumento de infecciones orales y periorales, problemas de higiene y deshidratación. El babeo en pacientes con parálisis cerebral es principalmente a causa de la disfunción motora manifestada como un inadecuado mecanismo de deglución y es un problema que afecta el cuidado oral diario y la relación social ya que una vez instaurado es muy difícil de corregir. Soto R., Vallejos R., Falconí E., Monzón F. (2007) Patologías bucales en niños con encefalopatía infantil en el Perú. Revista Estomatológica Herediana. Lima, Perú.

La hipotonía contribuye al babeo, así como la mordida abierta y la incompetencia labial. Sería importante realizar un tratamiento precoz actuando sobre el tono muscular orofacial intentando lograr un mejor control de esta musculatura y mejorando el control del bolo alimenticio y la deglución de alimentos y saliva. Soto R., Vallejos R., Falconí

E., Monzón F. (2007) Patologías bucales en niños con encefalopatía infantil en el Perú. Revista Estomatológica Herediana. Lima, Perú.

- **Bruxismo.**

Es común en pacientes con parálisis cerebral, especialmente aquellos que tienen la forma severa. El bruxismo puede ser intenso y persistente y causa desgastes prematuros en los dientes. Antes de recomendar el uso de férulas se debe considerar problemas al pasar saliva como reflejos nauseosos que harían que el paciente se sienta incómodo con el uso de dichas férulas. Soto R., Vallejos R., Falconí E., Monzón F. (2007) Patologías bucales en niños con encefalopatía infantil en el Perú. Revista Estomatológica Herediana. Lima, Perú.

- **Traumatismos.**

Los traumatismos y las injurias en la boca debido a caídas o accidentes son comunes en pacientes con parálisis cerebral. Se sugiere hacer énfasis, a los padres o a las personas que cuidan a los pacientes con parálisis cerebral, sobre el tratamiento inmediato que requieren los casos de traumatismos dentales. Holan G., y colaboradores, realizaron un estudio para determinar las características del trauma dental en pacientes con parálisis cerebral. Encontraron que 57 % de los individuos presentaban signos de traumatismos dentarios en los dientes permanentes, siendo más común la fractura de esmalte y dentina. Houlihan C. (2004) Bodily pain and health related quality of life in children with cerebral palsy. Developmental Medicine and Child neurology. U.K.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

- Dentina: Sustancia ebúmea o conocida como marfil (no debe confundirse con el marfil que compone las defensas de los elefantes) es un tejido intermedio, más blando que el esmalte. Es el segundo tejido más duro del cuerpo, y conforma el

mayor volumen del órgano dentario, en la porción coronaria se halla recubierta a manera de casquete por el esmalte, mientras que en la región radicular está tapizada por el cemento.

- Encefalitis: Enfermedades producidas por una inflamación del encéfalo. Son bastante frecuentes, sobre todo en determinadas regiones del mundo, y se producen generalmente por la infección de gran variedad de gérmenes.
- Férula: dispositivo o estructura de metal (normalmente aluminio, por ser muy dúctil), madera, yeso, cartón, tela o termoplástico que se aplica con fines generalmente terapéuticos. Las más usadas son para tratamiento de fracturas o como complemento de cirugías ortopédicas, en rehabilitación como parte de terapia ocupacional y en odontología.
- Hidantoína: Fármaco de carácter básico derivado de la alantoína que posee actividad anticonvulsionante en el tratamiento de la epilepsia.
- Idiopáticos: Adjetivo usado primariamente en medicina, que significa de irrupción espontánea o de causa desconocida. La combinación de raíces del griego significa una enfermedad de etiología desconocida.
- Meningitis: Enfermedad, caracterizada por la inflamación de las meninges. El 80 % de las meningitis está causado por virus, entre el 15 y el 20 % por bacterias, el resto está originado por intoxicaciones, hongos, medicamentos y otras enfermedades. La meningitis es poco frecuente pero potencialmente letal.
- Sacarosa: La sacarosa, o azúcar común, es un disacárido formado por alfa-glucopiranososa y beta-fructofuranosa.
- Psicofármacos: Utilizados en psicofarmacología pueden clasificarse en cinco grupos: Antidepresivos, Ansiolíticos, Antipsicóticos, Antirrecurrenciales, Antiparkinsonianos

2.3. HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.3.1. HIPÓTESIS

El diseño de un protocolo de atención buco – dental para niños con parálisis cerebral permitirá un mejor proceso de prevención, atención y seguimiento en los niños del Instituto de Educación Especial de Discapacidad Motriz de la ciudad de Quito en el período noviembre 2013 a abril 2014.

2.3.2 VARIABLES

Variable Independiente: Protocolo de atención buco - dental

Variable Dependiente: Proceso de prevención, atención y seguimiento en pacientes con parálisis cerebral

2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla N° 1: Operacionalización de Variables.

VARIABLES	DEFINICIONES CONCEPTUALES	CATEGORÍAS	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Protocolo de atención buco – dental	Conjunto de acciones y procedimientos estandarizados de atención buco dental que estandariza los procesos y ahorra recursos y tiempo haciendo más eficientes los procesos.	Acciones Procedimientos Estándares Recursos Tiempo Eficiencia	Prevención Tratamiento Seguimiento	Observación documental de historias clínicas.
Proceso de prevención, atención y seguimiento en pacientes con parálisis cerebral	Etapas de trabajo odontológico especializados en pacientes que presentan parálisis cerebral que buscan una mejor atención a sus patologías.	Etapas Pacientes Parálisis cerebral Atención	Caries Gingivitis Sialorrea Enfermedad periodontal Problemas de oclusión Bruxismo	Observación documental de historias clínicas.

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. METODOLOGÍA

La presente investigación se basa en el método deductivo, tomando en cuenta que se parte de los casos generales a la particularidad de cada uno de los niños con parálisis cerebral, pues el tratamiento es individualizado. Este método nos permitió partir de la teoría existente, para con esos antecedentes concurrir a los hechos, observar, plantear la hipótesis, verificar las consecuencias y deducir las características principales de cada caso.

Acorde con el método anterior, se empleó el método de observación científica, debido a que es imposible recabar información de los pacientes con parálisis cerebral, y era necesario trabajar con las historias clínicas personalizadas de cada uno de ellos.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación que se realizó tuvo el carácter de exploratoria, es decir buscaba sacar a la luz datos que se encuentran registrados y archivados para con ellos tratar de obtener un diagnóstico determinado sobre los pacientes con parálisis cerebral desde el punto de vista odontológico.

Por otro lado fue una investigación mixta, es decir de campo y documental, con predominio de la segunda. Fue documental en dos sentidos, primero en el aspecto bibliográfico, pues se necesitó de una base conceptual concreta y teórica sobre el tema a tratarse; segundo, fue documental de observación al trabajar con las historias clínicas de los pacientes. Finalmente, se complementó con el criterio del profesional odontólogo

sobre el grado de eficiencia de las medidas preventivas, los tratamientos ya el seguimiento a los pacientes con parálisis cerebral.

Finalmente, la investigación fue aplicada, pues toma como base una teoría existente y la aplica a un medio con el fin de solucionar problemas reales y complejos, asumiendo un papel de orientador.

3.3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación presenta un corte exploratorio, pues se trata de dar una visión completa y descriptiva de la realidad sin ir más lejos, es decir, buscamos pintar la realidad tal y como se presenta en la vida diaria.

Por otra parte, de acuerdo al manejo de las variables, fue no exploratoria, es decir se investigaron las variables directamente en el medio en el que se desenvuelven, sin aislarlas y más bien verificando su comportamiento en el mismo sitio de los hechos.

Por el tiempo, se trata de una investigación transversal pues se tomaron datos del momento en el que se dan los hechos, sin recurrir a datos históricos o de evolución del problema, debido a que no interesa para el caso de la investigación presente.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

El trabajo de investigación presente se desarrolló en el Instituto de Educación Especial de Discapacidad Motriz de Quito, una institución dedicada al tratamiento de los casos específicos de discapacidad motriz, entre ellos la parálisis cerebral. Los datos obtenidos son de pacientes tratados en el período noviembre 2013 a abril 2014.

Con el fin de aplicar el método deductivo, y asumiendo las recomendaciones de los tratadistas en investigación, se trabajó censalmente, es decir con todos los casos y no se

tomó muestra de la población, esto quiere decir que se trabajó con todos los 107 casos distribuidos de la siguiente manera:

Tabla 2: Distribución poblacional por género

		Frecuencia	Porcentaje
Género	MASCULINO	61	57,0
	FEMENINO	46	43,0
	Total	107	100,0

Fuente: Secretaría del Instituto de Educación Especial de Discapacidad Motriz de Quito
 Autor: José Lora

El rango de edad de la población oscila entre los 5 y los 18 años, como se puede verificar en la siguiente tabla:

Tabla 3: Distribución poblacional por edad

		Frecuencia	Porcentaje
Edades	5	11	10,3
	6	12	11,2
	7	5	4,7
	8	5	4,7
	9	5	4,7
	10	8	7,5
	11	10	9,3
	12	8	7,5
	13	19	17,8
	14	7	6,5
	15	7	6,5
	16	5	4,7
	17	4	3,7
	18	1	,9
Total	107	100,0	

Fuente: Secretaría del Instituto de Educación Especial de Discapacidad Motriz de Quito
 Autor: José Lora

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la obtención de datos de campo, se trabajó con la observación de historias clínicas odontológicas, las mismas que fueron recabadas de los registros y archivos institucionales y en las que se recoge la información necesaria para los indicadores de cada una de las variables.

CAPITULO IV

4. ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1. RESULTADOS DE LA OBSERVACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

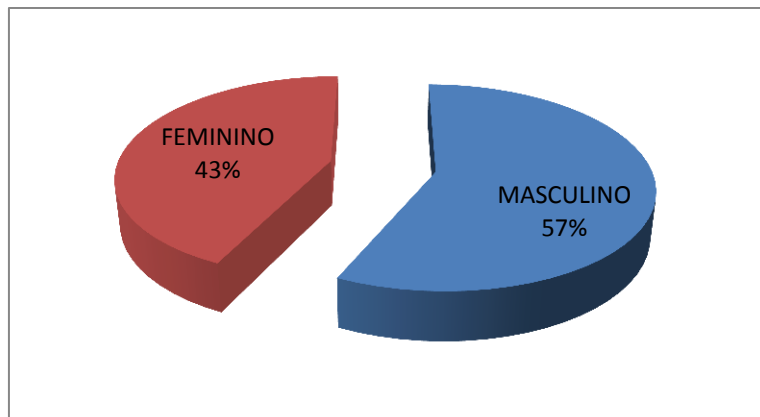
1. Género de los pacientes

Tabla 4: Distribución de género de los pacientes

	Frecuencia	Porcentaje
MASCULINO	61	57,0
FEMENINO	46	43,0
Total	107	100,0

Fuente: Secretaría del Instituto de Educación Especial de Discapacidad Motriz de Quito
Autor: José Lora

Gráfico1: Distribución de género de los pacientes



INTERPRETACIÓN

La población se demuestra equilibrada en cuanto a género, tomando en cuenta que la diferencia entre los hombres (57%) y las mujeres (43%) no es determinante, por lo tanto es un indicador sin relevancia para la investigación, o sea no tiene influencia el género en los resultados obtenidos.

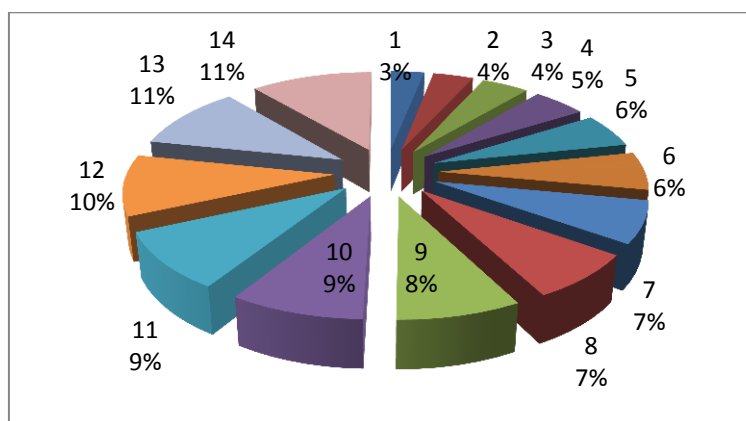
2. Edad de los pacientes

Tabla 5: Distribución de edad de los pacientes

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
5	11	10,3
6	12	11,2
7	5	4,7
8	5	4,7
9	5	4,7
10	8	7,5
11	10	9,3
12	8	7,5
13	19	17,8
14	7	6,5
15	7	6,5
16	5	4,7
17	4	3,7
18	1	,9
Total	107	100,0

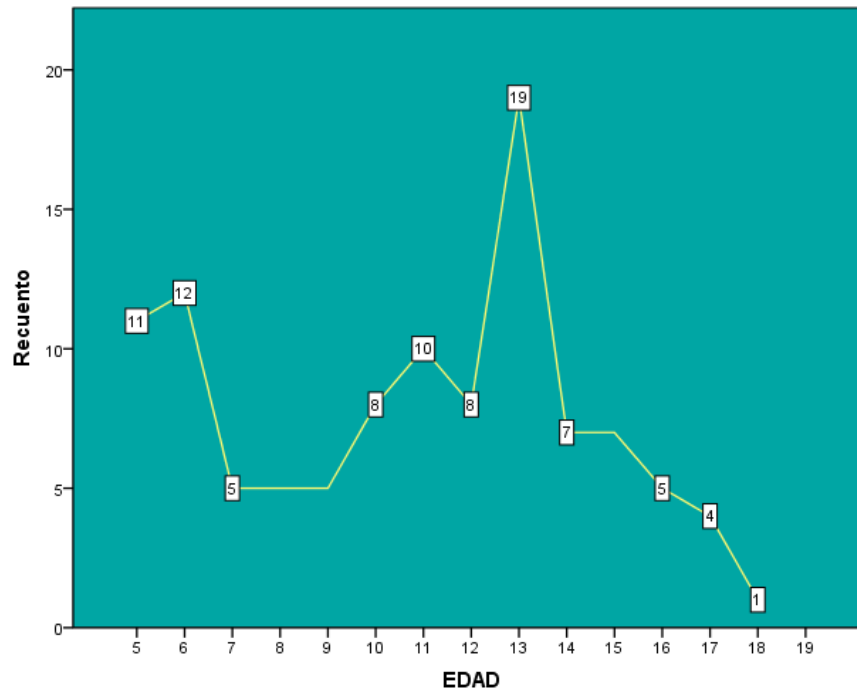
Fuente: Secretaría del Instituto de Educación Especial de Discapacidad Motriz de Quito
Autor: José Lora

Gráfico2: Distribución de edad de los pacientes



INTERPRETACIÓN

El rango de edad, como se dijo antes, es de 5 a 18 años, pero su distribución es completamente irregular, no obedece a una curva normal poblacional, y tiene una doble concentración, entre los 5 y 6 años y a los 13 años. Los puntos más bajos son de 16 a 18 años y entre 7 y 9 años. El promedio de la población es de 13.75 años. Es probable que por la distribución asimétrica de la población tenga cierto grado de incidencia de patologías específicas, las mismas que con las distintas edades tienen distintos comportamientos.



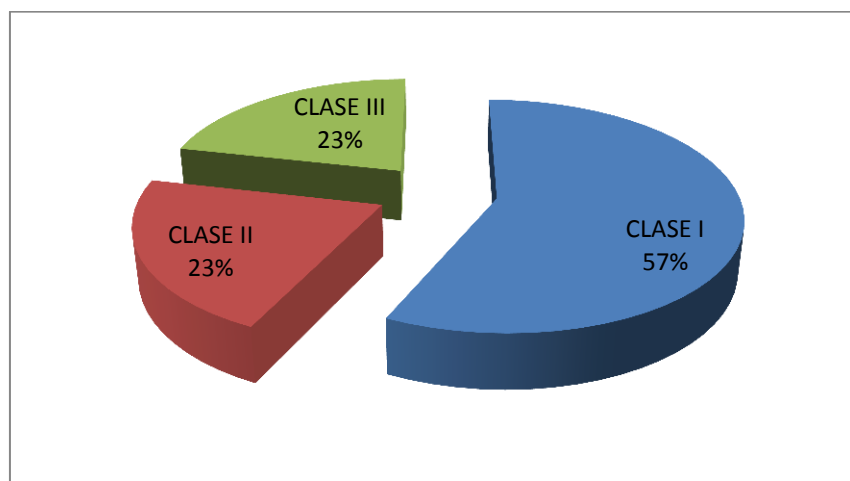
3. Clase de parálisis cerebral

Tabla 6: Distribución de clases de parálisis cerebral de la población

CLASE DE PC	Frecuencia	Porcentaje
CLASE I	61	57,0
CLASE II	23	21,5
CLASE III	23	21,5
Total	107	100,0

Fuente: Secretaría del Instituto de Educación Especial de Discapacidad Motriz de Quito
Autor: José Lora

Gráfico3: Distribución de clases de parálisis cerebral de la población



INTERPRETACIÓN

De la observación documental de las historias clínicas se desprende que la mayoría de pacientes presentan parálisis cerebral clase 1 (57%), es decir casi sin problemas de movilidad e independencia, mientras que casi las dos cuartas partes (23% cada una) presentan clase II y clase III. No existen casos de inmovilidad total, o sea caso IV. Este dato es importante porque orientará el protocolo de atención buco-dental.

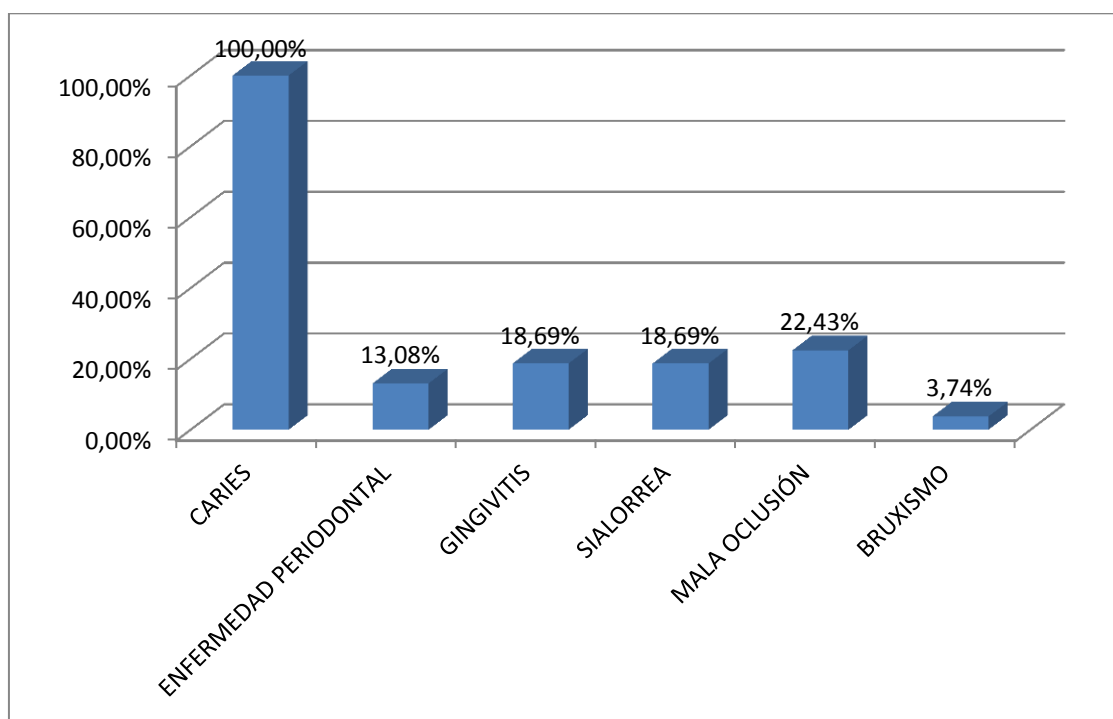
4. Patología de los pacientes

Tabla 7: Distribución de patologías en los pacientes

	Respuestas		Porcentaje de casos
	N°	Porcentaje	
CARIES	107	56,61%	100,00%
ENFERMEDAD PERIODONTAL	14	7,41%	13,08%
GINGIVITIS	20	10,58%	18,69%
SIALORREA	20	10,58%	18,69%
MALA OCLUSIÓN	24	12,70%	22,43%
BRUXISMO	4	2,12%	3,74%

Fuente: Secretaría del Instituto de Educación Especial de Discapacidad Motriz de Quito
Autor: José Lora

Gráfico4: Distribución de patologías de los pacientes



INTERPRETACIÓN

Las historias clínicas estudiadas de los pacientes con parálisis cerebral, se obtiene como dato interesante que el 100% de los pacientes presenta caries dental en distintos grados, por lo que es con mucho la patología dominante de la población investigada, y el punto focal del protocolo de atención. Entre las posibles causas está la falta de atención por parte del círculo familiar del paciente, acelerada por los hábitos alimenticios, la falta de higiene bucal y otros aspectos.

Otro problema que se presenta en la salud oral de los pacientes está relacionado con los problemas de maña oclusión de distintos tipos, estos son el segundo tipo de patologías presentada, aunque alcanza únicamente un 22.4%.

Los problemas de sialorrea, gingivitis y enfermedad periodontal tienen un impacto bajo dentro de la población, no se cuentan sino entre 13 y 18%, y el bruxismo es más bien raro en la población investigada, alcanzando únicamente un 3.74%.

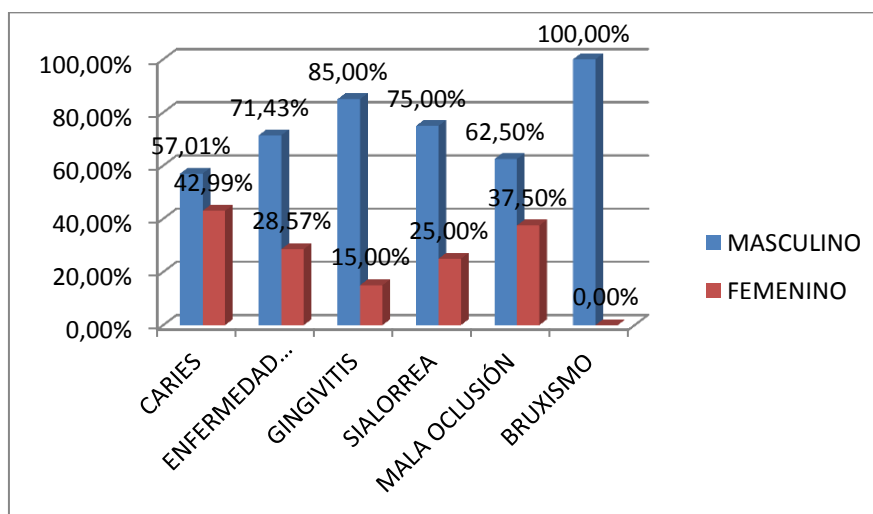
5. Relación entre género y patologías

Tabla 8: Relación entre género y patologías

		PATOLOGÍAS							Total
		CARIES	ENFERMEDAD PERIODONT	GINGIVITIS	SIALORREA	MALA OCLUSIÓN	BRUXISMO		
GENERO	MASCULINO	Recuento	61	10	17	15	15	4	61
	%	57,01%	71,43%	85,00%	75,00%	62,50%	100,00%		
FEMENINO	Recuento	46	4	3	5	9	0	46	
	%	42,99%	28,57%	15,00%	25,00%	37,50%	0,00%		
Total		Recuento	107	14	20	20	24	4	107

Fuente: Secretaría del Instituto de Educación Especial de Discapacidad Motriz de Quito
 Autor: José Lora

Gráfico5: Relación entre género y patologías



INTERPRETACIÓN

De la información obtenida en las historias clínicas de los pacientes se desprende que las patologías son más recurrentes en los varones que en las mujeres, pues siempre presentan índices más altos, a excepción de las caries, en las cuales toda la población está inmersa.

Cabe mencionar, además, que la patología de mayor contraste en cuanto al género es la gingivitis, en la misma que se produce una distancia del 50%, siendo el género masculino el de mayor cantidad de casos.

Otro dato interesante es saber que la afección que más frecuencia tiene en varones, luego de la caries, es la gingivitis, con un 80%, mientras que en mujeres, con un 62.50% se encuentran los problemas derivados de mala oclusión dentaria, generalmente de mordida abierta.

6. Relación entre edad y patologías

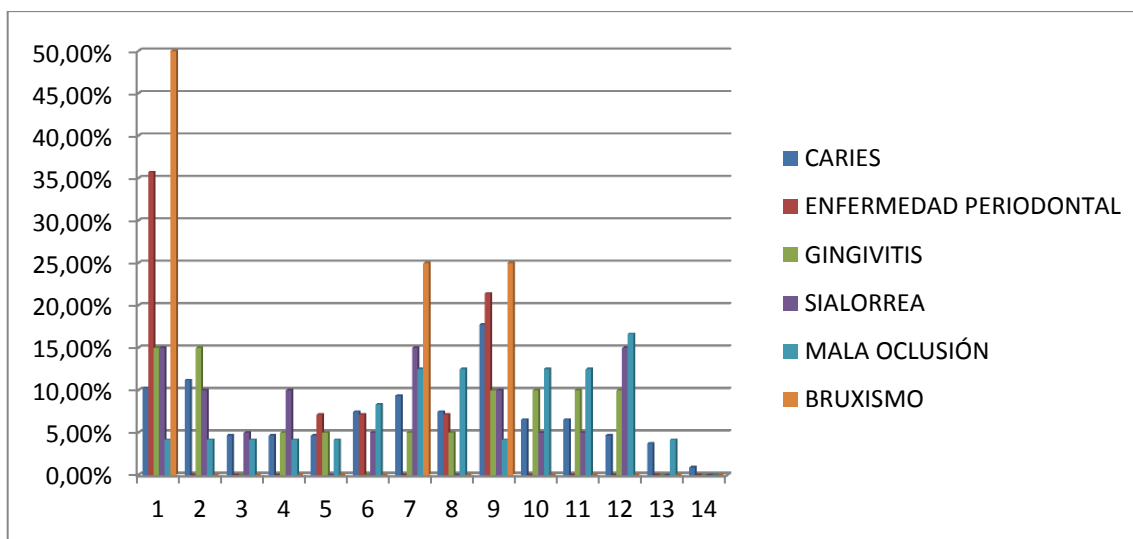
Tabla 9: Relación entre edad y patologías

		PATOLOGÍAS						Total	
		CARIES	ENFERMEDAD PERIODONTAL	GINGIVITIS	SIALORREA	MALA OCLUSIÓN	BRUXISMO		
EDAD	5	Recuento	11	5	3	3	1	2	11
		%	10,28%	35,71%	15,00%	15,00%	4,17%	50,00%	
	6	Recuento	12	0	3	2	1	0	12
		%	11,21%	0,00%	15,00%	10,00%	4,17%	0,00%	
	7	Recuento	5	0	0	1	1	0	5
		%	4,67%	0,00%	0,00%	5,00%	4,17%	0,00%	
	8	Recuento	5	0	1	2	1	0	5
		%	4,67%	0,00%	5,00%	10,00%	4,17%	0,00%	
	9	Recuento	5	1	1	0	1	0	5
		%	4,67%	7,14%	5,00%	0,00%	4,17%	0,00%	
	10	Recuento	8	1	0	1	2	0	8
		%	7,48%	7,14%	0,00%	5,00%	8,33%	0,00%	
	11	Recuento	10	0	1	3	3	1	10
		%	9,35%	0,00%	5,00%	15,00%	12,50%	25,00%	
	12	Recuento	8	1	1	0	3	0	8
		%	7,48%	7,14%	5,00%	0,00%	12,50%	0,00%	
	13	Recuento	19	3	2	2	1	1	19
		%	17,76%	21,43%	10,00%	10,00%	4,17%	25,00%	
14	Recuento	7	3	4	2	2	0	7	
	%	6,54%	21,43%	20,00%	10,00%	8,33%	0,00%		
15	Recuento	7	0	2	1	3	0	7	
	%	6,54%	0,00%	10,00%	5,00%	12,50%	0,00%		
16	Recuento	5	0	2	3	4	0	5	

	%	4,67%	0,00%	10,00%	15,00%	16,67%	0,00%	
17	Recuento	4	0	0	0	1	0	4
	%	3,74%	0,00%	0,00%	0,00%	4,17%	0,00%	
18	Recuento	1	0	0	0	0	0	1
	%	0,93%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
Total	Recuento	107	14	20	20	24	4	107

Fuente: Secretaría del Instituto de Educación Especial de Discapacidad Motriz de Quito
 Autor: José Lora

Gráfico6: Relación entre edad y patologías



INTERPRETACIÓN

De los datos observados, se puede deducir que entre los 7 y 9 años se encuentran las frecuencias más dominantes de la serie, destacándose el bruxismo en las edades tempranas y entre los 7 y 9 años como prevalente. La distribución es similar a las anteriores, por lo que se puede decir que no hay relación entre las patologías y la edad de los pacientes, aunque se nota cierta concentración en la edad descrita al inicio.

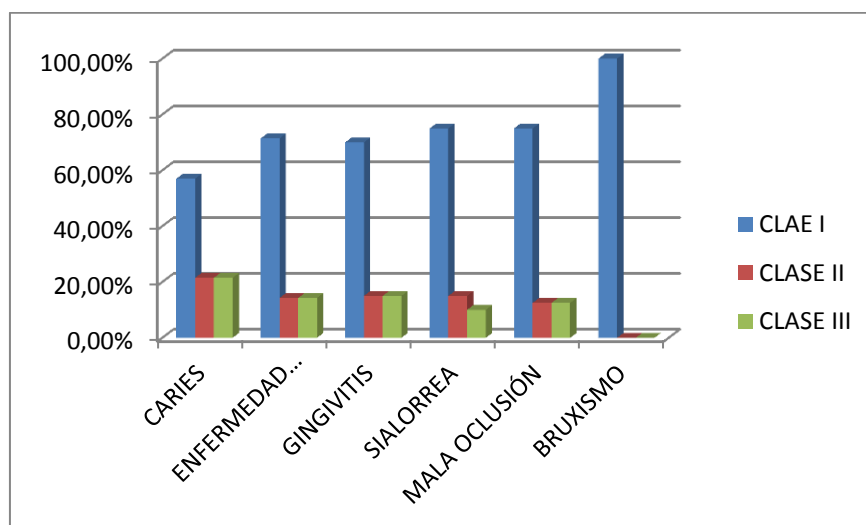
7. Relación clase de parálisis cerebral y patología

Tabla 10: Relación entre clases de parálisis cerebral y patologías

			PATOLOGÍAS						Total
			CARIES	ENFERMEDAD PERIODONTAL	GINGIVITIS	SIALORREA	MALA OCLUSIÓN	BRUXISMO	
CLASE DE PC	CLASE I	Recuento	61	10	14	15	18	4	61
		%	57,01%	71,43%	70,00%	75,00%	75,00%	100,00%	
	CLASE II	Recuento	23	2	3	3	3	0	23
		%	21,50%	14,29%	15,00%	15,00%	12,50%	0,00%	
	CLASE III	Recuento	23	2	3	2	3	0	23
		%	21,50%	14,29%	15,00%	10,00%	12,50%	0,00%	
Total		Recuento	107	14	20	20	24	4	107

Fuente: Secretaría del Instituto de Educación Especial de Discapacidad Motriz de Quito
 Autor: José Lora

Gráfico7: Relación entre clases de parálisis cerebral y patologías



INTERPRETACIÓN

Se puede observar que existe un incremento en relación con las patologías distintas a la caries mientras menos clase tengan los pacientes, sin embargo no se puede asociar las patologías con el tipo de parálisis cerebral que presentan los pacientes debido a que el 100% de los casos presenta caries, lo que nos demuestra que la presencia de dolencias no tiene relación con el tipo de parálisis cerebral.

4.2. CONCLUSIONES

- Si bien la relación entre las afecciones buco – dentales y la parálisis cerebral no es específica, en general se puede decir que este tipo de dolencia a nivel cerebral provoca el descuido personal en la higiene dental lo que desencadena principalmente caries y otras patologías observadas. La mayoría de problemas buco – dentales en el Instituto de Educación Especial de Discapacidad Motriz de Quito, aparte de la caries que es total, se concentra en problemas de mala oclusión, esto debido a las características propias de la dolencia de los niños.
- Se determinaron tres clases de parálisis cerebral en el Instituto de Educación Especial de Discapacidad Motriz de Quito, de las cuales el 50% corresponden a clase I, es decir pacientes con buena movilidad física y con poco apoyo o tratamiento; el 23% son de clase 2, niños que requieren de terapia relativa pero que no tienen una limitación significativa; el 23% restante son de clase III, es decir niños que requieren de ayuda por su falta de movilidad y requieren de apoyo y ayuda externa; no se encontraron casos de clase IV, es decir con total inmovilidad y necesidad de acompañante permanente y terapia constante además de la medicación correspondiente.
- Respecto a las patologías determinadas en el Instituto de Educación Especial de Discapacidad Motriz de Quito, se tuvo como resultado un 100% de presencia de caries, 22.43% de problemas de oclusión, 18.69% de sialorrea, 18.69% de gingivitis, 13.08% de enfermedad periodontal y 3.74% de bruxismo. La diferencia entre la caries que es la dolencia que ocupa el 100% de los casos y las demás es muy grande, casi de las tres cuartas partes de los casos, por lo que el problema a atacar es la caries dental.

- No se registra un protocolo de atención buco – dental para este tipo de pacientes, y las labores de prevención no se han activado en forma adecuada en el Instituto de Educación Especial de Discapacidad Motriz de Quito, por lo que se nota la presencia de caries, debido a la poca ciencia e intervención del círculo familiar del paciente.

4.3. RECOMENDACIONES

- La caries dental es la patología más común y total que presentan los niños con parálisis cerebral, por lo que se recomienda un mejor nivel de cuidado buco – dental por parte de los familiares, y un constante seguimiento.
- De acuerdo con los datos proporcionados por el equipo interdisciplinario, la participación del círculo familiar en el cuidado de los niños con parálisis cerebral estudiados no es demasiado complicada en cuanto a tiempo y esfuerzo, pues no presentan problemas totales respecto al movimiento, es necesario, sin embargo, trabajar a nivel de conciencia del niño y sus familiares con respecto a los cuidados buco – dentales especiales que debe tener este tipo de pacientes.
- Se debe recomendar un cuidado más exhaustivo de la salud buco – dental en los niños con parálisis cerebral pues la presencia de caries es frecuente en este tipo de problemas, debido a factores como la respiración bucal, el exceso de saliva, los hábitos alimenticios y la falta de cuidado y aseo. Se puede además decir que los otros problemas son subsecuentes al problema del aseo dental, a excepción de los relacionados con la mala oclusión.
- Es importante la creación de un protocolo de atención para los pacientes con parálisis cerebral del Instituto de Educación Especial de Discapacidad Motriz de

Quito, pues esto ayudará a mejorar el nivel de participación y compromiso del círculo familiar que rodea al niño para prevenir afecciones buco – dentales.

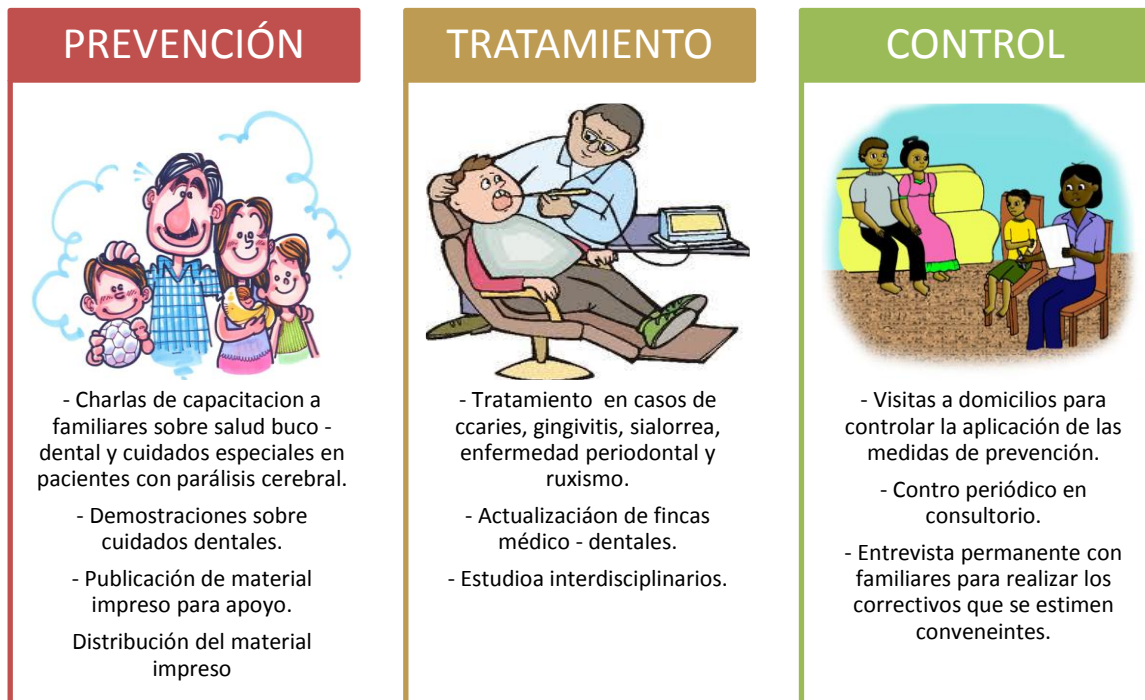
BIBLIOGRAFÍA

- 1) García J., Martínez V., Minués M., Torres P. (2004) Odontología en pacientes discapacitados. Barcelona, España.
- 2) Houlihan C. (2004) Bodily pain and health related quality of life in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child neurology*. U.K.
- 3) Silvestre F., Plaza A. (2007) Odontología en pacientes especiales. Valencia. Editorial Universitat de Valencia. España.
- 4) Soto R., Vallejos R., Falconí E., Monzón F. (2007) Patologías bucales en niños con encefalopatía infantil en el Perú. *Revista Estomatológica Herediana*. Lima, Perú.

ANEXOS

Anexo 1: Protocolo de atención a niños con parálisis cerebral.

FLUJOGRAMA DE ETAPAS



NORMAS GENERALES SOBRE LA PARÁLISIS CEREBRAL

- Aprenda más sobre parálisis cerebral, mientras más sepa más puede ayudarse a usted mismo y a su niño.
- Demuéstrele cariño a su niño y juegue con él. Trate a su hijo o hija igual como lo haría con un niño sin discapacidad.
- Lleve a su niño a diferentes lugares, lean juntos y diviértanse.
- Aprenda de los profesionales y de otros padres como cumplir con las necesidades especiales de su niño, pero trate de no volver su vida una ronda de terapia tras terapia.

- Pida ayuda de su familia y amigos. Cuidar a un niño con parálisis cerebral es trabajo duro, enséñele a otras personas lo que deben hacer y deles diversas oportunidades para practicarlo mientras usted toma un descanso.
- Manténgase informado sobre nuevos tratamientos y tecnologías que puedan ayudar.
- Infórmese sobre tecnologías asistenciales que pueden ayudar a su niño. Esto podría incluir un simple tablero de comunicación para ayudar a su niño a expresar sus necesidades y deseos. Su niño, al igual que cualquier niño, tiene una vida entera para aprender y crecer.
- Trabaje con profesionales en intervenciones tempranas o en su escuela para desarrollar un plan individualizado de servicios para la familia y un programa educativo individualizado que refleje las necesidades de su niño. Asegúrese de incluir servicios relacionados, tales como terapia del habla y lenguaje, terapia física y terapia ocupacional.

Debe aplicar una serie de medidas y cuidados generales para realizar en casa:

- Mantener al niño en posición funcional.
- Mantenerlo limpio y confortable.
- Ayudar al niño para que logre la posición de sentado si es necesario con aditamentos especiales para las sillas convencionales o de ruedas.
- Impedir que durante el periodo convulsivo se lesione alguna parte del cuerpo.
- Lograr que el niño pueda succionar, masticar y tragar.
- Verificar que no exista empaquetamiento de comida en la boca del niño luego de cada comida.
- Facilitar el proceso de alimentación vigilando siempre su estado de nutrición.
- Iniciar educación de la vejiga e intestino.
- Facilitar la comunicación.

- Estimular el desarrollo del niño.
- Evitar la completa inmovilidad.
- Facilitar la circulación de la sangre con cambios frecuentes de postura.

Con respecto a la higiene bucal debemos realizarla como a continuación se sugiere:

- El padre de familia y el paciente tienen que adoptar una posición cómoda, que permita la accesibilidad a todas las partes de la boca.
- Ambos deben protegerse para evitar accidentes como consecuencia de movimientos incontrolados.
- Es imprescindible una correcta iluminación.
- Si el niño va en silla de ruedas, el padre de familia se situará detrás de la silla, inclinando ligeramente hacia atrás la cabeza del paciente. Con la mano izquierda se sujeta la cabeza y se mantiene la boca abierta con los dedos o con la ayuda del abrebocas. Con la mano derecha se cepillan los dientes.
- Con el niño sentado en el suelo, el padre de familia se sentará en la silla detrás de él sujetándole entre las piernas. El niño inclinará la cabeza hacia atrás y se procederá de la misma forma que la anterior.
- Si el niño permanece en la cama, el padre de familia se situará en la cabecera o en el borde lateral y procederá como en la forma anterior.
- Primero, lavarse las manos y ponerse unos guantes desechables.
- Asegúrese de que el paciente esté cómodo y su cabeza bien apoyada.
- Cepille las piezas dentales con movimientos cortos, prestando especial atención a los márgenes de las encías.
- Debe seguirse un orden de cepillado, para garantizar que todas las superficies dentales queden limpias.
- Intente cepillar las superficies masticatorias y el interior de todos los dientes, asegurándose de que se remueven por completo los restos de comida y de placa.

- No interrumpa el cepillado si las encías sangran, ya que el acumulo de placa favorecerá aún más el sangrado.
- Si es posible, sujete con delicadeza la lengua y cepille su superficie.
- Ayude al paciente a enjuagarse con agua o en su defecto utilice una gasa húmeda.

Anexo 2: Historia Clínica (Modelo)

12

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	EDAD	Nº HISTORIA CLÍNICA		
INSFIDIM	Damian	Palacios Jimbo	M	6	CASE I		
MENOR DE 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-9 AÑOS PROGRAMADO	5-14 AÑOS NO PROGRAMADO	10-14 AÑOS PROGRAMADO	15-19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA

1 MOTIVO DE CONSULTA ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE
CONTROL GENERAL ODONTOLÓGICO Y PREVENCIÓN

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL REGISTRAR SÍNTOMAS, CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL.
Caries, dolorosa

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMO RRAJAS	4. VIHUSIDA	5. TUBER CULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPER TENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
<i>no existen antecedentes</i>									

4 SIGNOS VITALES

PRENSION ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA min.	TEMPERATURA °C	F. RESPIRAT. min.

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NÚMERO.

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS
9. GLANDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A. T. M.	12. GANGLIOS				
<i>sin patologías aparentes</i>							

6 ODONTOGRAMA PINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL. MOVILIDAD Y RECECIÓN: MARCAR "X" (1, 2 ó 3), SI APLICA.

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES				LEVE	ANGLE I	LEVE
16	17	55	X	MODERADA	ANGLE II	MODERADA
11	21	51	X	SEVERA	ANGLE III	SEVERA
26	27	55	X			
36	37	75	X			
31	41	71	X			
46	47	85	X			
TOTALES						

8 ÍNDICES CPO-ceo

C	P	O	TOTAL	
D				
d	c	e	O	TOTAL
	12			12

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

* ₀₁	SELLANTE NECESARIO	⊙	PERDIDA (OTRA CAUSA)	≡	PRÓTESIS TOTAL
* ₂₃	SELLANTE REALIZADO	△	ENDODONCIA	□	CORCHA
X ₁₀₀	EXTRACCIÓN INDICADA	□	PRÓTESIS Fija	○ azul	OSTURADO
X ₂₃	PERDIDA POR CARIES	(---)	PRÓTESIS REMOVIBLE	○ rojo	CARIES

SNS-MSP / HCU-form.033/ 2008 ODONTOLOGÍA (1)

Anexo 3: Fotografías



Fuente: Instituto de Educación Especial de Discapacidad Motriz
Elaborado por: José L. Lora B.



Fuente: Instituto de Educación Especial de Discapacidad Motriz
Elaborado por: José L. Lora B.



Fuente: Instituto de Educación Especial de Discapacidad Motriz
Elaborado por: José L. Lora B.



Fuente: Instituto de Educación Especial de Discapacidad Motriz
Elaborado por: José L. Lora B.



Fuente: Instituto de Educación Especial de Discapacidad Motriz
Elaborado por: José L. Lora B.



Fuente: Instituto de Educación Especial de Discapacidad Motriz
Elaborado por: José L. Lora B.



Fuente: Instituto de Educación Especial de Discapacidad Motriz
Elaborado por: José L. Lora B.

Anexo 4: Material impreso

