



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE CON
PARÁLISIS CEREBRAL.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

MIREYA BEATRIZ IRETA MARROQUIN

TUTORA: Mtra. LEONOR OCHOA GARCÍA

ASESOR: Mtro. SAÚL DUFOO OLVERA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TEMAS
MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE
CON PARÁLISIS CEREBRAL.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1-OBJETIVO

2-JUSTIFICACIÓN

3.-ANTECEDENTES

4-MARCO TEÓRICO

4.1 Discapacidad.....	12
4.2 Parálisis cerebral.....	14
4.2.1 Descripción.....	14
4.2.2 Clasificación.....	15
• 4.2.3 Parálisis Cerebral Espástica.....	15
• 4.2.4 Parálisis Cerebral Disquinetica o Atetoide.....	21
• 4.2.5 Parálisis Cerebral Atáxica.....	22
• 4.2.6 Parálisis Cerebral Mixta.....	22
4.3 Prevalencia.....	24
4.4 Factores de riesgo.....	28
4.5 Prevención para la Parálisis Cerebral.....	31
4.6 Manifestaciones orales.....	33
4.7 Manejo estomatológico.....	36
4.8 Historia clínica.....	38
4.9 Guía de atención odontológica.....	40
4.10 Aspecto social o discriminación.....	42
• Discriminación en pacientes con Parálisis Cerebral.....	43

4.11 Asociaciones donde brindan apoyo a pacientes con Parálisis Cerebral	44
5.- Conclusiones	46
6.- Referencias	47

∞ *A ti Beatriz*

Por ayudarme cada día a crecer no solo como persona o mamá, sino también como profesionalista. Gracias por todas y cada una de esas noches que te quedabas conmigo en vela, en trabajos escolares y con Meli. Gracias por ayudarme a hacer este sueño realidad. ¡É amo mamá, y este logro no es solo mío si no tuyo también. ¡si pudimos!

∞ *A ti mi hermosa Meli:*

Gracias amor por toda esa paciencia que me has tenido y esa comprensión que me has brindado, por sacrificar esas noches sola en la cama para que yo realizara mis actividades, te amo bebe y tú eres mi fuente de motivación. Soy la mujer más feliz del mundo por ser tu mamá, nunca lo olvides.

∞ *Papi:*

Gracias por todos esos sacrificios que realizaste por mí, por tu comprensión, apoyo y protección que me has dado y por nunca haberme dejado sola te amo mucho pa, ¡y al fin ya terminamos!

∞ *A mi tío que siempre ha sido como mi ángel guardián, gracias por todos esos consejos y ese apoyo inmenso que me has brindado te adoro tío.*

∞ *A mis hermanos y sobrinos que siempre estuvieron aquí siendo mis consejeros de indias y que siempre creyeron en mí, aunque muchas veces yo ya no quería seguir. Gracias por siempre motivarme.*

∞ *Gracias a ti compañero de ideas locas, tenemos un camino que emprender y lo haremos con todo. Te amo Diego y gracias por haberme enseñado a reconocer de nuevo que es lo realmente importante en la vida y haberme sanado de algunas heridas. Recorramos juntos este camino que nos espera.*

∞ *A ti Hugo mi mejor amigo y confidente, gracias por estar siempre conmigo en las buenas y las malas, nos espera un largo camino por recorrer, pero estoy segura que la vida nunca nos dejara de sonreír. Vamos con todo amigo.*

A mi tutora que siempre estuvo pendiente de este trabajo, la cual fue muy comprensible y muy profesional, gracias Dra. para mí es un ejemplo a seguir.

INTRODUCCION

En México existen aproximadamente 500 mil personas con Parálisis Cerebral y cada año se reportan cerca de 12 mil nuevos casos.

Esta enfermedad es un trastorno del cerebro que afecta el tono muscular y la capacidad para coordinar movimientos del cuerpo de las personas que padecen dicha discapacidad.

Se desconoce la causa que origina tal enfermedad pero un 20% se asocia a la condición prematura que se presenta al momento del nacimiento.

El 60% de los casos corresponde a una Parálisis Cerebral de tipo espástica porque conlleva a un daño neurológico en la corteza cerebral.

Estos pacientes tienen dificultad para moverse con rapidez o de manera coordinada, puede que el paciente al querer alcanzar un objeto y hacer el movimiento para tomarlo presente movimientos involuntarios conforme se acerque al objetivo.

Sus movimientos pueden ser lentos y rítmicos o rápidos y bruscos, que cuando afectan los músculos de la cara y la lengua, las personas tendrán dificultades para hablar, masticar y deglutir los alimentos.

El tratamiento dental en pacientes con Parálisis Cerebral requiere de la promoción de la salud para poder brindarles la necesidad de dependencia para que puedan llevar a cabo un cuidado oral diario, específico y adaptado a sus condiciones.

Este sector de pacientes precisa de una atención odontológica interdisciplinaria con un equipo de profesionales con experiencia y destreza para poder brindarles una mejor atención, sin dejar de tomar en cuenta, que cada individuo es diferente.

En esta revisión bibliográfica se desea brindar las opciones que hay para el manejo de un paciente con Parálisis Cerebral, apoyándose en las diferentes profesiones a las cuales les incumbe estos pacientes y así realizar un plan de tratamiento adecuado a la situación que presente cada uno.

Aunque no existen anomalías orales exclusivas de estos pacientes, por el tipo de dificultades que tiene, desarrollan un mayor riesgo de presentar algunos signos como:

- Maloclusiones
- Caries
- Bruxismo

- Traumatismos
- Enfermedad periodontal
- Trastornos en la ATM

1-OBJETIVO

Describir el manejo odontológico del paciente con parálisis cerebral.

Distinguir las principales alteraciones orales en pacientes con parálisis cerebral así como las alternativas de tratamiento dental

2-JUSTIFICACIÓN

Ante la limitación en la cantidad de información disponible en nuestro país sobre el manejo odontológico en el paciente con Parálisis Cerebral resulta fundamental el establecer material que ayude al cirujano dentista como poder brindar una mejor atención y servicio a pacientes que presenten tal problemática.

Aunque este tipo de pacientes no es muy común que llegue a nuestros consultorios, el profesional de la salud debe de estar preparado para realizar un manejo adecuado del paciente, saber qué tipo de anomalías orales presenta.

Así como proporcionar algunas opciones de donde remitir dichos casos a instituciones donde puedan brindarles una mejor opción de tratamiento.

3.-ANTECEDENTES

La necesidad de contar con información estadística sobre la población con discapacidad se ha incrementado notablemente, razón por la cual, a partir de 1981, año designado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) como el “Año Internacional de las Personas con Discapacidad”, comienzan a divulgarse ampliamente algunas recomendaciones sobre la forma de captar información de este grupo de la población.⁽¹⁾

Las recomendaciones aparecen en documentos como: “Elaboración de Estadísticas sobre Impedidos: Estudio de Casos, 1986”; “Elaboración de Conceptos y Métodos Estadísticos sobre Impedidos para su Utilización en Encuestas por Hogares, 1988”; etc. y más recientemente el “Manual de Elaboración de Información Estadística para Políticas y Programas relativos a Personas con Discapacidad, 1997”.⁽²⁾

En 1980 surge la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), con el fin de facilitar la recopilación de información estadística de las personas con discapacidad, para la elaboración y evaluación de políticas y programas encaminados a este grupo de la población.⁽¹⁾

En 1983 aparece la versión en español de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIDDM), que facilita instituir en países de habla hispana un conjunto de definiciones comunes y una terminología precisa y reconocida internacionalmente.⁽¹⁾

En nuestro país se han realizado diferentes esfuerzos para determinar el número de personas con discapacidad y sus características: a través de los intentos de medición efectuados, entre otros, en las boletas censales de la primera mitad de siglo (en los censos de 1895, 1900, 1910, 1921, 1930 y 1940); en la Encuesta Nacional de Inválidos 1982, de la Secretaría de Salud (SSA); en el Censo de Población y Vivienda 1995; y en el Registro Nacional de Menores con Discapacidad 1995 realizado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y la Secretaría de Educación Pública (SEP).⁽¹⁾

A pesar de estos avances se reconocen ciertas limitaciones en la información disponible, y alguna falta de homogeneidad en los criterios para clasificar y captar a esta población.

El tema se incluyó en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000 por la necesidad de contar con información detallada sobre la población con discapacidad, que sirviera de base para el estudio de la incidencia.⁽¹⁾

Menkes y Rubio citan en sus publicaciones que en el Siglo XIX la Parálisis Cerebral fue investigada por Cazauvielh (1827) con sus trabajos sobre Hemiplejia Congénita. Luego Little en 1861 describió la Diplejia Espástica en su monografía Paresis Cerebral. Lorente reporta el estudio de Hamond sobre Atetosis en 1871. Según Legido y Poo en 1888 y 1889 Burgess y Osler introdujeron los términos de Parálisis Cerebral y Parálisis Cerebral Infantil. ⁽³⁾

A Freud en 1893 se le adjudica la relación entre anomalías cerebrales y dificultades perinatales. Adams afirma que Batten en 1905 describió la Parálisis Cerebral Atáxica. Keith y Gage revisaron los estudios de PC entre 1930 y 1960 concluyendo que ni la asfixia ni el parto anormal ni la depresión respiratoria al nacer causaban daño neurológico en los que sobrevivían los primeros meses de vida. ⁽³⁾

En 1957 Phelps publicó generalidades sobre el abordaje del niño con Parálisis Cerebral. Los autores Novoa y Nelson enfatizan los resultados del Proyecto Perinatal Nacional Colaborativo. A partir de 2002 se publica la Encuesta de Parálisis Cerebral (PC) en Europa sobre registros de Parálisis Cerebral con fines epidemiológicos. Kacvic y Vodusek en 2005 revisaron la Parálisis Cerebral Infantil como concepto y diagnóstico desde un perfil histórico. Camacho-Salas en 2008 publicó Registros Poblacionales de Parálisis Cerebral. Han transcurrido casi dos siglos de investigaciones en Parálisis Cerebral Infantil. ⁽²⁾

Definición. La Parálisis Cerebral Infantil (PCI) o encefalopatía estática son una serie de trastornos del control motor que producen anomalías de la postura, tono muscular y coordinación motora, debido a una lesión congénita que afecta al cerebro inmaduro y de naturaleza no progresiva, persistente (pero no invariable), estática (no evolutiva) con tendencia, en los casos leves y transitorios, a mejorar, o permanecer toda la vida. Es controversial a tal punto, que desde 1960 al 2007 se han propuesto hasta 15 definiciones por diferentes autores y todavía no está clara ni unánimemente aceptada. ⁽³⁾

La definición actual es: trastorno del desarrollo del tono postural y del movimiento de carácter persistente (aunque no invariable), que condiciona una limitación en la actividad, secundario a una agresión no progresiva, a un cerebro inmaduro. En esta definición, se incluye el concepto, fundamental de que: en la Parálisis Cerebral el trastorno motor estará acompañado frecuentemente de otros trastornos (sensitivos, cognitivos, lenguaje, perceptivos, conducta, epilepsia, musculoesqueléticos) cuya existencia o no, condicionará de manera importante el pronóstico individual de estos niños. ⁽²⁾

4.1 DISCAPACIDAD

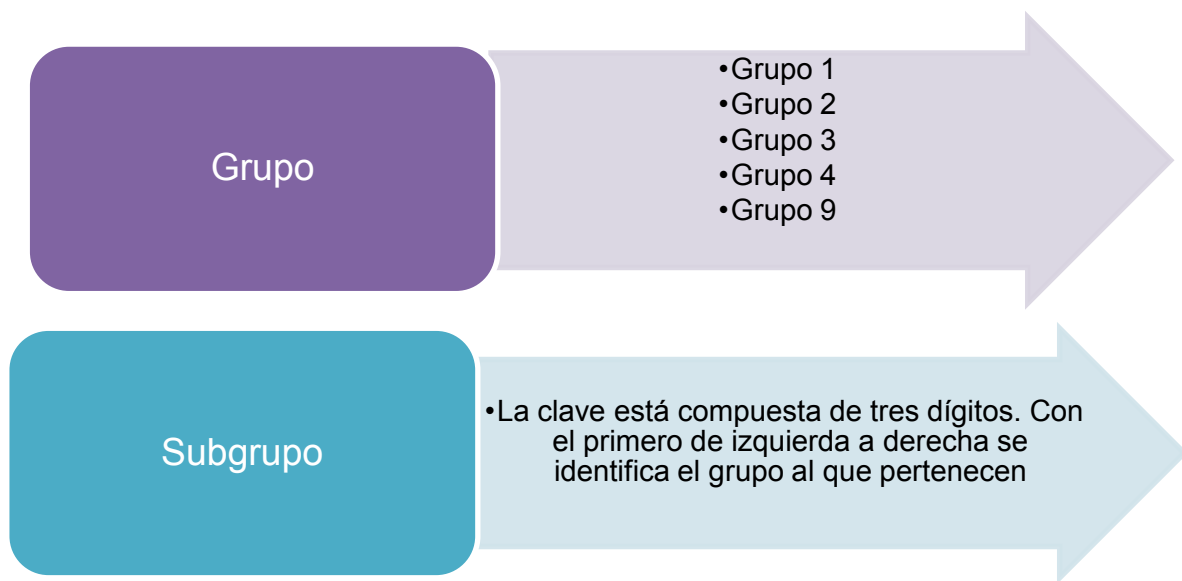
La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad. ⁽²⁾

Las discapacidades se refieren a la consecuencia de la deficiencia en la persona afectada, por ejemplo, limitaciones para aprender, hablar, caminar u otra actividad.

La clasificación está organizada en dos niveles, tal y como lo podemos ver en la imagen 1. ⁽⁴⁾

Imagen 1

Mostrando los niveles de discapacidad



(3)

Como se ha mencionado las discapacidades se dividen en dos niveles, pero no solo es en un grupo y subgrupo, si no también se dividen dependiendo de sus características, tal y como se muestra en la tabla 1. ⁽²⁾

Tabla 1

GRUPO	DISCAPACIDAD	CARACTERISTICA	SUBGRUPOS	DISCAPACIDAD
Grupo 1	Sensoriales y de la comunicación	Este grupo comprende las discapacidades para ver, oír y hablar.	110	Discapacidades para ver
			120	Discapacidades para oír
			130	Discapacidades para hablar (mudez)
			131	Discapacidades de la comunicación y comprensión del lenguaje
Grupo 2	Motrices	Comprende a las personas que presentan discapacidades para caminar, manipular objetos y de coordinación de movimientos para realizar actividades de la vida cotidiana.	210	Discapacidades de las extremidades inferiores
			220	Discapacidades de las extremidades superiores
			299	Insuficientemente especificadas del grupo discapacidades motrices.
Grupo 3	Mentales	En este grupo se incluye a las personas que presentan discapacidades para aprender y para comportarse, tanto en actividades de la vida diaria como en su relación con otras personas.	310	Discapacidades intelectuales (retraso mental)
			320	Discapacidades conductuales y otras mentales
			399	Insuficientemente especificadas del grupo discapacidades mentales
Grupo 4	Discapacidades múltiples y otras	El grupo tiene como finalidad identificar a la población que manifiesta en forma conjunta más de una discapacidad, así como a la que presenta alguna	401-422	Discapacidades múltiples
			430	Otro tipo de discapacidades

		discapacidad diferente a las consideradas en los grupos anteriores.	499	Insuficientemente especificadas del grupo discapacidades múltiples y otras
Grupo 9	Claves especiales	Tiene el objetivo de delimitar el universo de estudio y depurar aquellas descripciones recabadas en campo que no corresponden al concepto de discapacidad.	960	Tipo de discapacidad no especificada

(2)

4.2 PARALISIS CEREBRAL

La Parálisis Cerebral abarca un conjunto de trastornos crónicos debidos a una lesión o defecto en el desarrollo del cerebro inmaduro (trastorno neuromotor), no evolutiva.⁽³⁾

4.2.1 DESCRIPCION

Para poder hablar de Parálisis Cerebral, la lesión tiene que ocurrir en el período comprendido entre los primeros días de gestación y los 3 ó 5 años de vida. El término Parálisis hace referencia a una debilidad o problema en la utilización de los músculos, que se manifiesta con alteraciones en el control del movimiento, el tono muscular y la postura. Mientras que el término Cerebral quiere resaltar que la causa de la parálisis cerebral radica en una lesión (herida y posterior cicatriz) en las áreas motoras del cerebro que controlan el movimiento y la postura. La Parálisis Cerebral puede sobrevenir antes del nacimiento por factores perinatales, durante el parto (anoxia o falta de oxígeno en el cerebro, bajo peso al nacer, compresión de la cabeza, etc.) o con posterioridad por factores postnatales

(anoxia, traumatismos, infecciones, etc.). Estas discapacidades físicas son permanentes, pero no suelen empeorar con el tiempo. ⁽³⁾

Puede generar la alteración de otras funciones superiores (atención, percepción, memoria, lenguaje y razonamiento) en función del tipo, localización, amplitud y disfunción de la lesión neurológica y el nivel de maduración anatómico en que se encuentra el encéfalo cuando esta lesión se produce, e interferir en el desarrollo del Sistema Nervioso Central (va a repercutir en el proceso madurativo del cerebro y por lo tanto en el desarrollo del niño). A estos problemas se pueden asociar otros de diversa índole y no menos importantes. Se trata de problemas clínicos, sensoriales, perceptivos y de comunicación. Esto hace que exista una enorme variedad de situaciones personales, no generalizables, que dependen del tipo, localización, amplitud y difusión de la lesión neurológica. Así, en algunas personas la Parálisis Cerebral es apenas apreciable, mientras que otras pueden estar muy afectadas y necesitar de terceras personas para su vida diaria. ⁽⁵⁾

4.2.2 CLASIFICACION

La Parálisis Cerebral se caracteriza por dificultar la transmisión de los mensajes enviados por el cerebro a los músculos. Atendiendo a este hecho, Eric Denhoff EN 1951 realizó la siguiente clasificación (atendiendo al tono y la postura de la persona). Tabla 2 ⁽⁴⁾

Tabla 2

PCI ESPASTICA	PCI DISQUINETICA O ATENOIDE	PCI ATAXICA	PCI MIXTA
Dificultad para controlar uno o todos los músculos	Movimientos lentos, involuntarios y descoordinados	Dificultades para controlar el equilibrio	Reúne características de los anteriores tipos

(4)

4.2.3 PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA

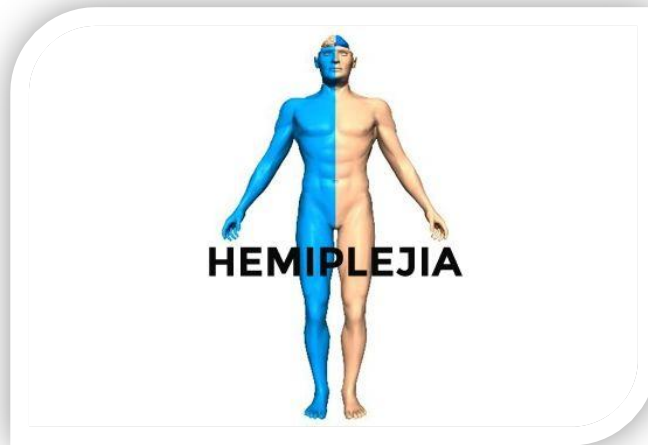
Este tipo es la forma más común del trastorno. Las personas con Parálisis Cerebral espástica tienen los músculos rígidos, lo que causa movimientos abruptos o repetidos. Existen distintas formas de Parálisis Cerebral Espástica, dependiendo de las partes del cuerpo afectadas. ⁽⁶⁾

Hemiplejía

Es la parálisis completa o incompleta que afecta a una mitad del cuerpo, en su totalidad o parcialmente. En forma general es la afección de la mitad del organismo. También se conoce comúnmente por accidente cerebro vascular. ⁽⁷⁾

Hay mayor afección en miembro superior que inferior. Hay una discreta prevalencia de afección del lado derecho. En estudios de resonancia magnética nuclear, generalmente se observa un infarto vascular de la arteria cerebral media. En niños a término, es muy probable que se presente de fondo una causa prenatal. En la imagen 2 se puede observar la zona que afecta la hemiplejía. ⁽⁸⁾

Imagen 2
Mostrando zona anatómica afectada por la Hemiplejía



(9)

El cuadro clínico de una persona a otra varía. Los problemas pueden incluir:

- alteraciones asociadas como déficit visual en 25%
- retraso cognitivo en 28%
- episodios convulsivos en 33%.
- Dificultad con la marcha.
- Dificultad con el equilibrio mientras se encuentra quieto o caminando.
- Dificultad con las actividades motoras, como sujetar, agarrar o pellizcar.
- Rigidez aumentada de los músculos.
- Afasia
- Disfagia

- Retraso significativo en las etapas del desarrollo como permanecer en pie, sonreír, gatear o hablar.
- Problemas en el comportamiento como ansiedad, ira, irritabilidad, falta de concentración o comprensión.
- Depresión
- Dolor en el hombro, a veces asociada con la pérdida de la rotación externa de la articulación glenohumeral debido al tono aumentado del músculo subescapular y el músculo pectoral mayor.
- Subluxación del hombro. ⁽¹⁰⁾ se muestran algunos signos en forma visual en la imagen 3.

Imagen 3
Mostrando alguna características de pacientes con Hemiplejia.



(11)

El tratamiento quirúrgico va encaminado a mejorar el mecanismo de la marcha y la utilización más funcional de la mano o miembro torácico en conjunto. ⁽⁸⁾

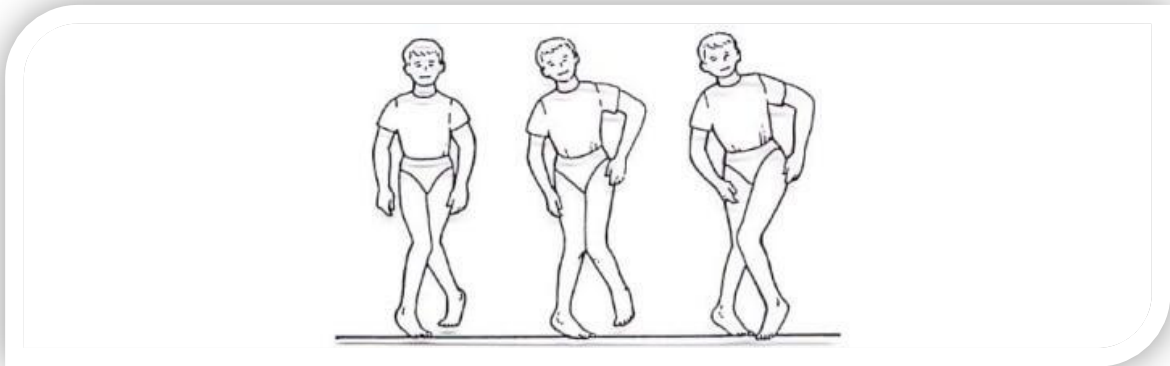
Diplejía

El término Diplejía se ha utilizado para diagnosticar a aquellos pacientes que presentan alteraciones motoras, principalmente en las dos piernas y las manos, con dificultades sobre todo en la destreza manual o la manipulación final⁽¹²⁾

Actualmente este término se está sustituyendo por el termino Parálisis Cerebral bilateral.

El diagnostico de diplejía habitualmente va acompañado de la característica “espástica” porque estos niños presentan espasticidad que pueden afectar a mas o menos músculos de las piernas (entre ellos los gemelos y algunos del muslo, como los abductores). Este hecho provoca que muchos niños con Diplejía caminen con las piernas juntas, giradas hacia adentro y con los pies de puntilla, lo que se conoce como “marcha en tijera”. Para una mayor comprensión observar la imagen 4.⁽¹²⁾

Imagen 4
Marcha en pacientes con Diplejía



(13)

En la mayoría de los casos se puede presentar alguna alteración asociada, como:

- Estrabismo en el 50%
- Déficit visual en el 68%
- Crisis convulsivas en 20 a 25%
- Retraso cognitivo en el 30%

Dichas características se pueden observar en la imagen 5.

Imagen 5 Paciente con Diplejía



(13)

La Diplejía se correlaciona con una hemorragia intraventricular entre las semanas 28 a 32 de gestación. ⁽⁸⁾

Los estudios de imagen por resonancia magnética muestran lesiones paraventriculares o en algunas ocasiones hemorragias proencefálicas. Usualmente existe una historia de hipotonía generalizada que precede a la espasticidad. ⁽⁸⁾

El tratamiento quirúrgico se encamina en mitigar las contracturas musculares y favorecer con ello un mejor patrón de marcha. ⁽¹²⁾

Cuadriplejía

Es la afección más grave de todas.

Se describe como una alteración por compromiso de las cuatro extremidades pero siempre en compañía de una hipotonía del tronco e hipertonia apendicular. No existe y no logra el control cefálico y por lo tanto del tronco. ⁽⁸⁾

Generalmente se cuenta con el antecedente de complicaciones y asfixia perinatal. El 50% tienen origen prenatal, 30% perinatal y 20% postnatal. ⁽⁸⁾

Imagen 6

Paciente representando signos de cuadriplejia



(14)

Frecuentemente se pueden observar opistótonos que pueden llegar a mantenerse durante largos periodos.

Se observa importante alteración en la deglución y alimentación secundaria a un compromiso pseudobulbar. ⁽⁸⁾

Se presenta compromiso cognitivo importante en más del 85% de los casos. Como se muestra en la imagen 6.

Se consideran pacientes de custodia y en estos casos el tratamiento quirúrgico va encaminado a facilitar la higiene del paciente por parte del cuidador. ⁽⁸⁾

4.2.4 PARALISIS CEREBRAL DISQUINÉTICA O ATETOIDE

Cursa con afectación de los núcleos basales. Es el resultado de que la parte central del cerebro no funciona adecuadamente. Se caracteriza, principalmente, por movimientos lentos, involuntarios (que se agravan con la fatiga y las emociones y se atenúan en reposo, desapareciendo con el sueño) y descoordinados, que dificultan la actividad voluntaria. Es común el aumento (hipertonía) y disminución (hipotonía) del tono muscular, así como la afectación de los músculos faciales, de la zona oral, aparato respiratorio y de la voz. Tal y como se muestra en la imagen 7. ⁽³⁾

Imagen 7
Paciente con Parálisis Cerebral Disquinetica



(9)

4.2.5 PARÁLISIS CEREBRAL ATÁXICA

Esta forma del trastorno afecta el equilibrio y la percepción de la profundidad. Las personas con parálisis cerebral atáxica caminan de manera inestable y tienen dificultad para realizar movimientos rápidos o precisos como escribir, abotonarse una camisa o extender el brazo para tomar un libro. ⁽¹⁵⁾

4.2.6 PARALISIS CEREBRAL MIXTA

Afectación de varias estructuras cerebrales de las antes mencionadas (corteza, cerebelo, núcleos basales etc...). Es frecuente que no se presenten los tipos con sus características puras, sino que existen combinaciones en su forma clínica. Se muestra imagen 8 para su comprensión clínica. ⁽¹⁶⁾

Imagen 8

Paciente con diversas combinaciones de parálisis en forma clínica



(17)

También podemos diferenciar la parálisis cerebral en función de la parte del cuerpo en que se encuentra afectada, teniendo así una clasificación por criterios topográficos. Tal y como se muestra en la tabla 3.

Tabla 3

Clasificación de la Parálisis Cerebral por criterios topográficos	
Hemiplejia	Se produce cuando la discapacidad se presenta únicamente en la mitad izquierda o derecha del cuerpo
Paraplejia	Afectación sobre todos los miembros inferiores.
Tetraplejia	Están afectados los dos brazos y las dos piernas.
Diplejia	Afecta a las dos piernas, estando los brazos nada o ligeramente afectados.
Monoplejia	Únicamente está afectado un miembro del cuerpo.

(4)

En función de la severidad con la que se manifiesta la parálisis cerebral, se divide en: observar imagen 9.

Imagen 9

Severidad de Parálisis Cerebral.

Parálisis leve	Parálisis cerebral moderada	Parálisis cerebral severa
<ul style="list-style-type: none">• Se produce cuando la persona no está limitado en las actividades de la vida diaria, aunque presente alguna alteración física.	<ul style="list-style-type: none">• El individuo tiene dificultades para realizar actividades diarias y necesita medios de asistencia o apoyos.	<ul style="list-style-type: none">• La persona requiere de apoyos para todas las actividades.

(4)

4.3 PREVALENCIA

La Parálisis Cerebral afecta entre 2 a 3 niños por cada 1,000 nacidos vivos, los países en desarrollo tienen una prevalencia más elevada, que puede llegar hasta 5 casos por 1,000 nacidos; sin que se evidencie una 1-4 tendencia a disminuir a través de los años. No existe ninguna clasificación etiológica consensuada internacionalmente. ⁽¹⁸⁾ Como se muestra en el grafico 1.

GRAFICO 1



La Parálisis Cerebral no respeta países, grupos étnicos, ni edades ya que puede debutar desde la edad fetoneonatal hasta la edad adulta, si bien pueden existir diferencias mediadas por la prevalencia de bajo peso al nacer, factores maternos y obstétricos y consanguinidad. ⁽¹⁵⁾

La evolución de la prevalencia de Parálisis Cerebral a través de los años ha sido muy bien estudiada, la tabla 4 muestra las investigaciones que se han realizado al respecto: ⁽¹⁵⁾

Tabla 4

Estudios sobre la Parálisis Cerebral

Investigador	País	Periodo
Hagberg	Suecia	1954-1962
Stanley y Watson	Australia	1956-1975
O'shea	Desconocido	1982-1994

(15)

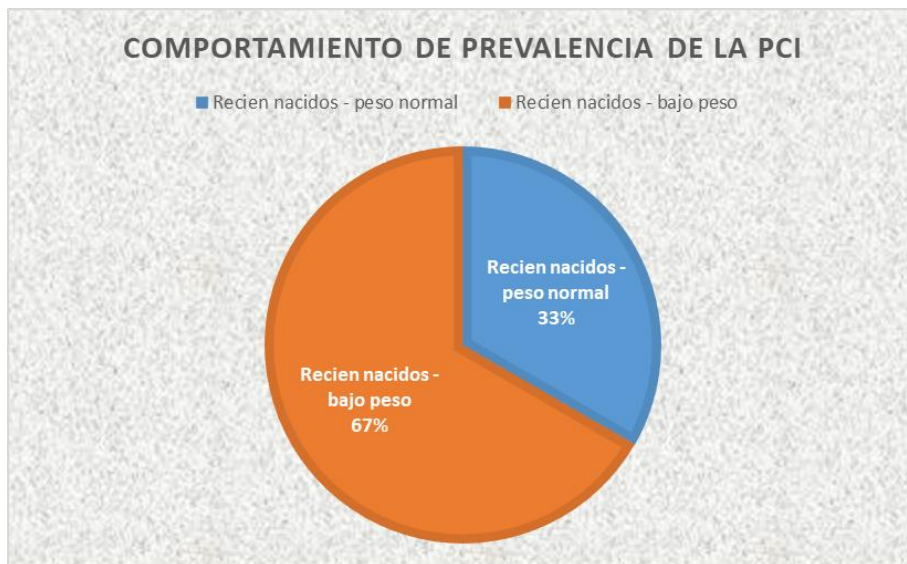
La prevalencia de la Parálisis Cerebral Infantil se incrementó en los nacidos con muy bajo peso, en los años 80, sin embargo, la encuesta de parálisis cerebral en Europa ha encontrado una tendencia a la baja desde 1980 a 1996. El avance en la asistencia perinatal se acompaña en la actualidad de una reducción de la morbi-mortalidad. Los resultados del registro Europeo de la Parálisis Cerebral Infantil confirman este descenso, incluso en los recién nacidos menores de 1,000 ⁽¹⁶⁾

En Venezuela no hay estadísticas poblacionales sólo las citadas para Caracas de 5,6 % y Maracaibo de 6,7% Peña, 1989. Recientes trabajos epidemiológicos reportan una incidencia de 3.6/1000 recién nacidos vivos y una prevalencia de 2 a 4 casos/1,000 niños escolares. El riesgo es mayor en recién nacidos de muy bajo peso (< 800 g.) y de muy baja edad gestacional (< 26 semanas), así, la prevalencia de Parálisis Cerebral en una población determinada también depende de las tasas de prematuridad y sobrevida de estos niños. ⁽¹⁶⁾

Para una mejor comprensión se muestra en el grafico 2.

Grafico 2

Se muestra una alta probabilidad de padecer Parálisis Cerebral en pequeños con bajo peso al nacer



(16)

La Parálisis Cerebral Infantil no es solo un problema de tipo médico, sino es también una condición social, económica y humana. Se considera un síndrome social por la frecuencia y las dificultades de adaptación. ⁽¹⁸⁾

En la Ciudad de México el 2 de octubre del 2015 se reportó por el médico Salvador Martínez Caire, médico en Rehabilitación de la Clínica Cerebro, que existe alrededor de 500 mil personas con parálisis cerebral y cada año se reportan cerca de 12 mil nuevos casos. ⁽¹⁸⁾

En el 40% de los casos se desconoce la causa que la origina, mientras que un 20 por ciento se asocia con la prematurez, que se presenta al momento del nacimiento. ⁽¹⁸⁾

En cambio, el 60% de los casos corresponden a una parálisis cerebral de tipo espástica porque conlleva un daño neurológico en la corteza cerebral.

El médico Salvador Martínez Caire expuso que en el mundo hay 17 millones de personas con parálisis cerebral. ⁽¹⁸⁾

Martínez Caire señaló que el impacto en la vida de las personas depende de la afectación cerebral, por lo que 40% de los casos presentará discapacidad intelectual; 15%, discapacidad visual y 10%, discapacidad auditiva. Como se muestra en el grafico 3. ⁽¹⁸⁾

Grafico 3

Porcentaje de afectaciones que presentan los pacientes con Parálisis Cerebral



(18)

El 75% de los pacientes que logren caminar requerirán algún auxiliar para hacerlo; 35% presentará epilepsia; 25% tendrá dificultad para controlar sus esfínteres y 25% presentará alteraciones de conducta.⁽¹⁸⁾

Agregó que el costo promedio de la atención de un pequeño con esta condición oscila entre cinco mil pesos y 36 mil 270 pesos al año en promedio en México.⁽¹⁸⁾

4.4 FACTORES DE RIESGO

La parálisis cerebral ocurre cuando se produce un daño en el cerebro que está en desarrollo. El área afectada es la corteza motora, que es la encargada de controlar el tono muscular. En algunos casos, puede no existir un daño como tal, simplemente que la corteza motora no se ha desarrollado correctamente durante el embarazo. Dependiendo del daño cerebral y de la parte afectada, afectará a las personas de diferentes maneras y en diferentes grados.⁽¹⁾

Los investigadores científicos han evaluado a millones de madres embarazadas, las han seguido a través del parto y han observado el desarrollo neurológico temprano de sus niños. Como resultado, ellos han descubierto ciertas características, llamadas factores de riesgo, que aumentan la posibilidad de que un niño se diagnostique más tarde con Parálisis Cerebral.⁽²⁰⁾

Algunos de los factores de riesgo más comunes para que se produzca parálisis cerebral, son:

- Parto complicado

Problemas vasculares o respiratorios en el bebé durante el parto puede ser la primera indicación de que el bebé ha sufrido daño cerebral o que su cerebro no se desarrolló normalmente durante el embarazo. Tales complicaciones pueden causar daño cerebral permanente.⁽²⁰⁾

- Malformaciones congénitas fuera del sistema nervioso.

Los bebés con defectos físicos al nacer, incluyendo la malformación de los huesos de la espina dorsal, o hernia en el área de la ingle o una mandíbula anormalmente pequeña, tienen un riesgo más alto para la parálisis cerebral.⁽²⁰⁾ Imagen 10.

Imagen 10

Paciente con microcefalia



(21)

- Peso bajo al nacer

Los bebés que pesan menos de 2500 gramos al nacer, y especialmente los que pesan menos de 1500 gramos están en mayor riesgo de presentar parálisis cerebral. ⁽²²⁾

- Nacimiento prematuro

Los bebés que nacieron antes de la semana 37 de embarazo, especialmente si nacieron antes de la semana 32, están en mayor riesgo de presentar parálisis cerebral. Los cuidados intensivos para los bebés prematuros han mejorado mucho en las últimas décadas. Los bebés que nacen mucho antes de tiempo tienen ahora muchas más probabilidades de vivir; sin embargo, muchos tienen problemas médicos que pueden ponerlos en riesgo de presentar parálisis cerebral. ⁽²²⁾

- Tratamiento para la infertilidad por medio de tecnología de reproducción asistida (ART, por sus siglas en inglés).

Los bebés que nacen como resultado del uso de algunos tratamientos para la infertilidad están en mayor riesgo de presentar parálisis cerebral. Este aumento en el riesgo se debe mayormente a partos prematuros, múltiples, o ambos, porque son más comunes entre los bebés concebidos mediante el uso de tratamientos para la infertilidad con ART. ⁽²²⁾

- Infecciones durante el embarazo.

Las infecciones pueden provocar un aumento de ciertas proteínas llamadas *citocinas* que circulan en el cerebro y la sangre del bebé durante el embarazo. Las citocinas causan inflamación, lo cual puede dañar el cerebro del bebé. También puede producirse este problema si la madre tiene fiebre durante el embarazo o el parto. Algunos tipos de infección que se han vinculado a la parálisis cerebral infantil incluyen infecciones virales, como la varicela, la rubéola (sarampión alemán) y el citomegalovirus (CMV), e infecciones bacterianas, como las infecciones de la placenta o de las membranas fetales, o las infecciones pélvicas maternas. ⁽²²⁾

- Ictericia y kernícterus

Cuando la ictericia grave se deja sin tratar durante demasiado tiempo, puede provocar una afección llamada kernícterus. Esto puede causar parálisis cerebral y otras afecciones. A veces, el kernícterus es causado porque el factor Rh de la sangre de la madre y el bebé son diferentes. Esto hace que los glóbulos rojos de la sangre del bebé se descompongan demasiado rápido y provoquen ictericia grave. ⁽²²⁾

- Complicaciones durante el parto

El desprendimiento de la placenta, la rotura del útero o los problemas con el cordón umbilical durante el parto pueden interrumpir el suministro de oxígeno al bebé y provocar parálisis cerebral. ⁽²²⁾

- Hemorragia materna o proteinuria en el embarazo

Hemorragia vaginal durante el sexto hasta el noveno mes del embarazo y proteinuria severa (la presencia de proteínas excesivas en la orina) están asociadas a un riesgo más alto de dar a luz a un bebé con parálisis cerebral. ⁽²²⁾

- Hipertiroidismo materno, retraso mental o convulsiones

Es un poco más probable que las madres con alguna de estas condiciones tengan niños con parálisis cerebral. ⁽²²⁾

- Convulsiones en el recién nacido

Un niño que padece de convulsiones tiene un riesgo mayor de ser diagnosticado más tarde en su niñez con parálisis cerebral. ⁽²⁰⁾

El conocer estas señales de advertencia ayudan a los médicos a mantener una vigilancia cercana a aquellos niños que presentan un alto riesgo para problemas en el sistema nervioso. Sin embargo, los padres de familia no deben alarmarse si su niño presenta uno o más de estos factores de riesgo. No todos estos niños tienen o desarrollan Parálisis Cerebral. ⁽¹⁷⁾

4.5 PREVENCIÓN PARA LA PARÁLISIS CEREBRAL

En muchos casos, no se sabe bien qué es lo que causa la parálisis cerebral congénita y, por consiguiente, es poco lo que se puede hacer para prevenirla. Los casos de parálisis cerebral relacionados con causas genéticas no son prevenibles. Sin embargo, se pueden tomar ciertas medidas antes y durante el embarazo, así como después del nacimiento del bebé para ayudar a reducir el riesgo de que tenga problemas del desarrollo. ⁽²³⁾

Varias de las causas de la Parálisis Cerebral que han sido identificadas a través de la investigación son prevenibles y tratables, como:

- Trauma en la cabeza

Se puede evitar el daño a la cabeza usando los asientos infantiles de seguridad en el automóvil y los cascos de seguridad al manejar bicicletas. Además, cuidados en el hogar como supervisar a los niños al bañarse y guardar productos tóxicos fuera de su alcance. ⁽²³⁾

- Ictericia

Se puede tratar la ictericia en recién nacidos con fototerapia.

En la fototerapia, los bebés son expuestos a luces azules especiales que descomponen los pigmentos biliares, previniendo su aumento y amenaza al cerebro. En los pocos casos donde este tratamiento no es suficiente, los médicos pueden corregir la condición con una forma especial de transfusión de sangre. ⁽²³⁾

- Incompatibilidad del Rh

Se puede identificar fácilmente la incompatibilidad del Rh mediante una prueba rutinaria de sangre a las madres, y si es necesario, a los padres también. Esta

incompatibilidad de tipos de sangre no causa usualmente problemas durante el primer embarazo ya que el cuerpo de la madre generalmente no produce los anticuerpos indeseables hasta después del parto. En la mayoría de los casos, un suero especial dado después de cada parto puede prevenir la producción indeseable de estos anticuerpos. ⁽²⁴⁾

En casos poco usuales, como cuando una mujer embarazada desarrolla los anticuerpos durante su primer embarazo o la producción de anticuerpos no se evita, los médicos puede ayudar a disminuir problemas observando de cerca al niño en desarrollo y cuando sea necesario, administrando una transfusión al niño todavía en el vientre o una transfusión de intercambio después del parto (en la cual se reemplaza una gran cantidad de la sangre del recién nacido). ⁽²⁴⁾

- Rubéola

Puede prevenirse si las mujeres son vacunadas en contra de esta enfermedad antes de quedar embarazadas.

Además de una buena nutrición, dejando de fumar, consumir alcohol y uso de drogas. Imagen 11

Imagen 11

Malos hábitos durante el embarazo



(25)

A pesar de los mejores esfuerzos de los padres y médicos, algunos niños nacerán con parálisis cerebral. Ya que en la mayoría de los casos la causa de la parálisis

cerebral se desconoce, poco puede hacerse actualmente para prevenirla. A medida que los investigadores aprenden más sobre las causas de la parálisis cerebral a través de la investigación básica y clínica, los médicos y padres estarán mejor preparados para prevenir este trastorno.⁽²⁰⁾

4.6 MANIFESTACIONES ORALES

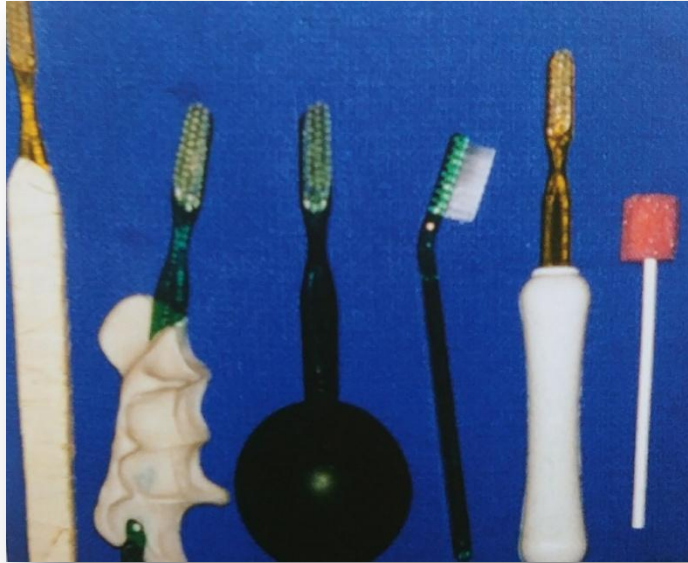
No existen manifestaciones orales específicas que guarden relación directa con la lesión cerebral, pero sí podremos observar defectos de mineralización. Tienen dificultad para mantener una correcta higiene bucal y muchos de ellos no pueden deglutir de forma refleja provocándose el babeo. Los tratamientos dentales en un paciente con Parálisis Cerebral muchas veces son los últimos en atenderse dado el cuadro florido de la enfermedad, que exige dar prioridad a otros problemas.⁽²²⁾

Para la odontología es de suma importancia conocer las repercusiones orofaciales visibles y detectarlas a tiempo.

- Parálisis espástica:
 - ✓ A nivel de la región orofacial la rigidez de los músculos provoca sobremordida o mordida cruzada (maloclusiones que son muy difíciles de tratar con aparatos de ortodoncia)
 - ✓ Empuje de la lengua hacia delante
 - ✓ Múltiples caries debido a problemas de deglución los alimentos permanecen mucho tiempo en boca antes de ser tragados lo que lleva a que la placa bacteriana desmineralice el esmalte dental.
 - ✓ Los trastornos en el tono muscular hacen que les resulte muy difícil la higiene bucal con los cepillos dentales convencionales por lo cual el dentista debe adaptar el mango de ellos para que puedan ser bien tomados por el niño y estimular la autoestima y la autonomía. Imagen 12. Esto no asegura una correcta técnica de higiene por lo cual debemos recurrir a los padres para que la completen. Algo muy importante es el uso de pastas dentales. En estos casos es preferible recurrir al uso de enjuagatorios fluorados o antisépticos para humedecer el cepillo, no se recomiendan los dentífricos cuya espuma o sabor fuerte provoquen arcadas o sensación de ahogo en el niño por no poder salivar o enjuagarse debidamente.⁽²⁶⁾

Imagen 12

Diversas modificaciones del mango del cepillo dental.



(27)

Cuando la parálisis cerebral va acompañada de trastornos convulsivos y el niño ingiere anticonvulsivantes, con frecuencia tienen agregados azucarados para que puedan ser tolerados por el niño y si no se realiza el cepillado posterior provocará caries futura. Por otro lado estos medicamentos generalmente producen agrandamiento de las encías (hiperplasia gingival por dilantina) que desde el principio hay que controlar con cepillado, masajes gingivales y el uso de antisépticos (clorhexidina) para evitar o demorar la cirugía ya que al no poder evitar los anticonvulsivos las encías pueden volver a crecer. ⁽²⁸⁾

- Atenosis

Presentan trastornos de la deglución (dificultad al tragar) y del control de la saliva (incontinencia salival). El control inadecuado de los músculos de la garganta, la boca y la lengua conduce a veces al problema de babeo. ⁽²⁸⁾

El babear puede causar irritación grave de la piel, lesiones en los labios (paspaduras), y por ser socialmente inaceptable, puede conducir al aislamiento de los niños afectados. Los fármacos llamados anticolinérgicos disminuyen el flujo de

la saliva pero pueden causar efectos secundarios significativos como sequedad de la boca y digestión inadecuada. Por otra parte al disminuir la secreción salival provocan la eliminación de ella como un factor de protección importantísimo contra las caries. ⁽²⁸⁾Imagen 13.

Imagen 13

Paciente con Parálisis Cerebral representando babeo



(27)

- Ataxica

Generalmente concurren a la consulta odontológica cuando por su desequilibrio, caen y se producen traumatismos, especialmente en los dientes anteriores. Como medida preventiva se puede recurrir a protectores bucales como los que usan los deportistas. Por otra parte, en general estas disfunciones neuromusculares pueden provocar que el niño rechine los dientes (bruxismo) que de acuerdo a la fuerza se escuche como fricción, en estos casos puede recurrirse a placas de relajación que deberán cambiarse periódicamente ya que son perforadas después de un tiempo. Se muestra en la imagen 14. ⁽²⁸⁾

Imagen 14

Férula moldeada al vacío para prevenir automutilaciones en un niño con Parálisis Cerebral. (Observe el cálculo)



(27)

4.7 MANEJO ESTOMATOLÓGICO

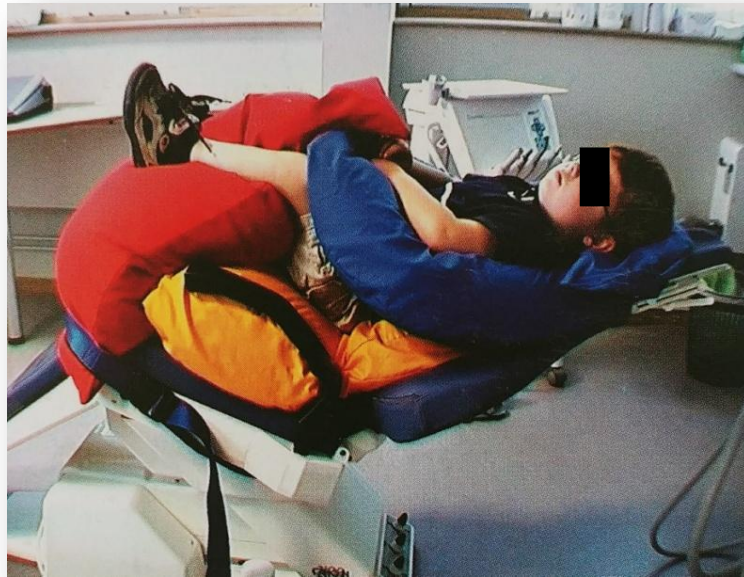
Para brindar una mejor atención, a este sector de la población, es necesario contar con un protocolo, como pudiere ser:

- 1) Contar con historia clínica con documentación acerca de medicación, severidad de la disfunción motora y desórdenes asociados.
- 2) Posicionamiento del paciente utilizando almohadones, pequeños flotadores colocación de almohadillas en tronco y extremidades para controlar el movimiento involuntario y confortar al paciente.
- 3) Mantener al paciente semisentado para disminuir la dificultad en la deglución, sí el paciente tiene silla de ruedas y prefiere que el tratamiento se realice allí, se le puede complacer.⁽²⁹⁾

Tales indicaciones se pueden mostrar en la imagen 15.

Imagen 15

Almohadas para dar soporte al niño y posición adecuada durante el tratamiento.



(27)

- 4) Mantener al paciente en el centro del sillón con brazos y piernas tan cerca del cuerpo como sea posible. ⁽³⁰⁾
- 5) Citar en horas de la mañana cuando el paciente no esté fatigado.
- 6) Utilizar abre bocas y cuñas digitales siempre sujetadas con seda dental.
- 7) Introducir lentamente los estímulos orales para disminuir el reflejo nauseoso. ⁽³⁰⁾
- 8) Utilizar succión potente.
- 9) Establecer programas preventivos y de tratamiento individualizados incluyendo modificaciones en los cepillos, portasedas, enjuagues antiplaca y modificación de la dieta en la medida que sea posible. Como se puede apreciar en la imagen 16 ⁽³⁰⁾

Imagen 16 Dando técnica de cepillado



(31)

4.8 HISTORIA CLINICA

La elaboración de la historia clínica es de suma importancia para conocer el tratamiento que se está ejecutando con el paciente. Es importante realizar dicha historia con la información adecuada y marcar énfasis en cada pregunta al padre o tutor que es responsable del paciente con Parálisis Cerebral. ⁽³⁰⁾

La historia clínica debe contar con la siguiente información.

1. El diagnóstico del daño, cómo lo conoce el paciente, padres o el encargado de cuidarlo.
2. Nivel educativo: nivel de inteligencia, grado en escuela privada o pública, problemas generales en función y comunicación, si tuviera alguno.
3. Daño en el habla.

4. Daño en la vista
5. Daño en el oído.
6. Si tiene alguna deformidad dental u orofacial
7. Si tiene alguna deformidad faríngea.
8. Hábitos orales como respiración bucal o bruxismo.
9. Dieta
10. Higiene oral.
11. Preferencia en el control y apoyo en el tiempo que está en el sillón dental.
12. Tipos de reflejos que el paciente tiene y consecuencias que puede desencadenar.
13. ¿Puede el paciente ser reclinado en el sillón dental?
14. Si el paciente no puede comunicarse bien, preguntar si puede hacer algún ruido o movimiento que pueda indicar su opinión. Hay comunicación por tableros, que presenta grases, palabras, letras y números distribuidos en un tablero; el paciente puede comunicarse por señalamiento con los dedos o moviendo la cabeza cuando se señala en el lugar apropiado en el tablero.
15. Preguntar si el paciente tiene temores especiales por su visita al consultorio dental.⁽³²⁾

4. 9 GUIA DE ATENCION

La primera visita con el estomatólogo.

La primera entrevista con el paciente con parálisis cerebral, como con otros pacientes es muy importante. Debe emplearse un tiempo adecuado para relacionarse con el niño y para darle tranquilidad y tener oportunidad de realizar un buen examen médico. El trato amistoso, con voz baja y dulce, el acceso delicado va a facilitar la realización del examen. Si el estomatólogo o dentista no logra establecer una relación amistosa pero determina que es muy importante proseguir con el examen, deberá hacerlo en una forma ordenada y sistemática con la esperanza de que el niño logre aceptarlo. Para atender niños con parálisis cerebral, es imperativo que el odontólogo evalúe integralmente cada paciente en cuanto a características personales, síntomas y conducta, para luego proceder según lo indique la situación y las necesidades.⁽³²⁾

El odontólogo nunca debe suponer el grado de afección mental o física de un niño sin asegurarse primero en los hechos. Es muy importante contar con una historia médica y odontológica completa y el padre o tutor debe de ser entrevistado antes de iniciar cualquier tratamiento. Sólo mediante esa comunicación personal pueden obtenerse datos valiosos acerca de las características físicas y de conductas particulares del paciente. También puede ser conveniente consultar al médico del paciente con respecto al estado general de éste. Debemos tener en consideración en la primera consulta estomatológica lo siguiente⁽³²⁾

1) Observar al paciente para tener indicio acerca de su condición que nos ayudará a tomar decisiones para el manejo estomatológico.

2) Obtener una historia clínica completa del paciente, de su condición y antecedentes, incluyendo motivación y nivel de independencia.

3) Comentar al paciente, padres y/o quien se encarga de su cuidado, de la importancia de cepillado, hilo dental y dieta. Esto puede incluir un asesoramiento del cuidado en casa y una demostración de higiene oral.

4) El paciente relatará todo lo que le pasa. Se le debe explicar la función de cada instrumento. Todas las explicaciones deben ser simples y de acuerdo al nivel de inteligencia del paciente (Recordar que no todos los pacientes con PC tienen bajo nivel intelectual). Permitir al paciente tener en sus manos el espejo y el explorador.

Demostrar la unidad radiológica. Evitar sorprender al paciente por movimientos o ruidos repentinos. ⁽³⁰⁾

5) Sentar al paciente en el sillón dental y asegurar su cabeza, antes de que el paciente tenga algún instrumento en su boca, se le debe de mostrar la luz, movimientos y ruidos del tratamiento dental producido por la pieza de mano, el eyector, jeringa triples, reclinar y levantar lentamente el sillón. Esto será para prevenir inesperados movimientos involuntarios en el paciente. ⁽³⁰⁾

Cuando se valore al paciente, se debe de considerar el tipo de parálisis cerebral que tiene y el control que debe ser necesario para el manejo estomatológico. Una simple observación de lo siguiente puede orientar. Se muestra en la imagen 17. ⁽²⁰⁾

- a. Posición de su cabeza y tronco.
- b. Si él está en silla de ruedas. Si es así, si usa silla de ruedas eléctrica. Si él la empuja, esto denota más control en las extremidades superiores. Si está atado en la silla de ruedas, si es así, cómo (en las rodillas o en el pecho).
- c. Si camina en el consultorio, usa muletas, tiene un apoyo. Cuánto apoyo necesita, cuánto apoyo requiere él. Imagen 17.

Imagen 17

Mostrando técnica de cepillado a madre de paciente con Parálisis Cerebral.



(33)

4.10 ASPECTO SOCIAL O DISCRIMINACION ABANDONO EN ESTOS PACIENTES

Fue en el 2001 cuando se reformó la constitución y se introdujo un párrafo tercero, donde se prohíbe la discriminación; en ese entonces se incluía el término capacidades diferentes:

... Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las capacidades diferentes... (Diario Oficial de la Federación, martes 14 de agosto de 2001)

Algunos ejemplos de términos que se han utilizado, pero que no dignifican a las personas con discapacidad, y que por lo tanto son incorrectos: ⁽³⁴⁾

- Deficiente
- Lisiado, lisiada
- Incapacitado, incapacitada
- Disminuido, disminuida
- Tullido, tullida
- Defectuoso, defectuosa
- Personas especiales
- Inválido, inválida
- Minusválido, minusválida

4.10.1 DISCRIMINACIÓN EN PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL

El 80% de las personas que viven con parálisis cerebral y otras discapacidades afines tienen grandes necesidades de apoyo. Y todas se enfrentan a un entorno que les excluye porque sus necesidades no han sido tenidas en cuenta en el diseño de nuestra sociedad. ⁽³⁵⁾

Así, la discriminación hacia las personas con parálisis cerebral tiene dos caras: primero por su pluridiscapacidad no comprendida y, en segundo lugar, por precisar grandes necesidades de apoyo que no son atendidas. ⁽³⁴⁾

Entre los derechos más vulnerados destacan la discriminación social arbitraria, la imposibilidad de participar en actividades culturales y de ocio, la falta de apoyo en entornos educativos ordinarios, la falta de accesibilidad universal, las dificultades de movilidad y la invasión de su intimidad personal. ⁽³⁴⁾

Se debe exigir para este grupo de personas

- Atención interdisciplinaria y universal a la parálisis cerebral a lo largo del desarrollo vital de las personas con parálisis cerebral, sin importar su lugar de residencia y desarrollando los recursos necesarios para ello. ⁽³⁴⁾

- Establecer sistemas de coordinación entre los servicios sanitarios y los de atención social reconociendo los perfiles profesionales que participan en la atención a la parálisis cerebral y creando redes de derivación hacia las asociaciones específicas como fuentes de atención, orientación y asesoramiento. ⁽³⁴⁾

- Realizar investigaciones sociales para establecer la dimensión de las necesidades del colectivo y facilitar recursos de atención suficientes financiados de forma adecuada en todas las Comunidades Autónomas. ⁽³⁰⁾

- Promover el acompañamiento social para la toma de decisiones y la curatela como alternativas a las incapacitaciones judiciales; sensibilizando y formando a familias, personas con parálisis cerebral y profesionales de derecho; fomentando así el empoderamiento y el autogobierno de las personas con parálisis cerebral. ⁽³⁰⁾
En el caso de la curatela, los operadores jurídicos deben detallar su alcance, ya que de otra manera se pueden producir situaciones de indefensión. ⁽³⁴⁾

- Ofrecer una especial protección a la mujer con parálisis cerebral, que se enfrenta a las situaciones de vulneración más graves; como las esterilizaciones forzosas, la

violencia de género o la intromisión en su vida íntima. Es necesario promover la participación de las mujeres con parálisis cerebral en sociedad para que puedan involucrarse del mismo modo que los hombres. ⁽³⁴⁾

Las vidas de las mujeres y los hombres con parálisis cerebral pueden ser contadas con voz propia e ir más allá de las barreras que afrontan hoy en día.⁽³⁴⁾ Es hora de dar la vuelta a su situación de vulnerabilidad y de apoyar su derecho a ejercer una ciudadanía activa.⁽³³⁾

4.11 ASOCIACIONES QUE BRINDAN APOYO A PACIENTES QUE SUFREN PARALISIS CEREBRAL

Existen diversas asociaciones que brindan atención a este grupo de personas en todos o la mayoría de signos. ⁽³⁵⁾

Algunas de ellas son las que se muestran a continuación ⁽³⁵⁾

Asociaciones para Discapacitados

- La Red Iberoamericana De Entidades De Personas Con Discapacidad Física

Página Web: www.larediberoamericana.com

- APAC QUERÉTARO, I.A.P.

Página Web: apacqueretaro.com

Asociaciones para pacientes con Parálisis Cerebral

- Parálisis Cerebral APAC, I.A.P. Asociación Pro Personas Con Parálisis Cerebral

Página Web: apac.mx

- ASOCIACIÓN DE PARALÍTICOS CEREBRALES DE ALICANTE

Página Web: <https://www.apcalicante.com>

- CENTRO ITARI, A.C

Página Web: www.centroitari.com

- Confederación ASpace
Teléfono: 91 561 40 90
administracion@confederacionaspace.org

5.- CONCLUSIONES

Aunque ha empezado a disminuir la tasa de incidencia de la Parálisis Cerebral, es indispensable saber manejar a este sector de pacientes. El manejo de ellos depende fundamentalmente de:

- La capacidad del odontólogo para establecer una relación y formar vínculos con el paciente y la familia.
- Entender y conocer en profundidad la condición del paciente que se está tratando.
- El uso apropiado de la técnica de manejo de conducta, basado en el nivel de comprensión del paciente.

Así como también poder ser un buen promotor de la salud con el paciente para brindar técnicas de prevención.

Y conocer de instituciones que pueden brindarle un mejor plan de tratamiento y cuidado para atender de forma generalizada al paciente.

7. REFERENCIAS

1. OMS, Resumen Mundial sobre Discapacidad, 2011 disponible en <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/discapacidad.aspx>, consultado el 21 de Agosto del 2019.
2. INEGI, Clasificación de Tipo de Discapacidad – Histórica, disponible en https://www.inegi.org.mx/contenidos/clasificadoresycatalogos/doc/clasificacion_de_tipo_de_discapacidad.pdf, consultado el 21 de Agosto del 2019.
3. CONFEDERACIÓN ASPACE, Descubriendo la parálisis cerebral, , disponible en <https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/726a6-descubriendo-p.-cerebral.pdf>, consultado el 3 de Septiembre del 2019
4. ASPACE, Tipos de parálisis cerebral, disponible en <https://aspace.org/tipos-de-paralisis-cerebral>, consultado el 3 de Septiembre del 2019.
5. ANA MADRIGAL MUÑOZ, Observatorio de la Discapacidad Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), La parálisis cerebral, disponible en http://sid.usal.es/docs/F8/FDO8993/paralisis_cerebral.pdf, consultado el 3 de Septiembre del 2019.
6. KENNEDY Eunice Shriver national Institute of child health and ruman development (NICDH), disponible en <https://www1.nichd.nih.gov/espanol/salud/temas/cerebral-palsy/informacion/Pages/tipos.aspx>, consultado 2 de Septiembre del 2019.
7. ECURED, Hemiplejia, disponible en <https://www.ecured.cu/index.php?title=Hemiplejia&action=edit>, consultado el 10 de Octubre del 2019.
8. REVISTA MEXICANA DE ORTOPEDIA PEDIÁTRICA, 2014, Parálisis cerebral infantil: definición y clasificación a través de la historia, disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/opediatria/op-2014/op141b.pdf>, consultado el 29 de Agosto del 2019.
9. Imagen de tipos de Parálisis Cerebral, <https://saludaio.com/hemiplejia-vs-hemiparesia/>, consultado el 8 de septiembre del 2019.

10. BOBATH, Berta (1993), Hemiplejia del adulto: Evaluación y tratamiento, Médica Panamericana. pp. 80-81.
11. Imagen de Hemiplejia, <https://centrocreser.com.ar/fisioterapia/f/hemiplejia>, consultado el 18 de octubre del 2019 ELFISIOPEIATRIC, ¿Qué es la diplejía?, disponible en <https://efisiopediatric.com/que-es-la-diplejia/>, consultado el 10 de octubre de 2019
12. ELFISIOPEIATRIC, ¿Qué es la diplejía?, disponible en <https://efisiopediatric.com/que-es-la-diplejia/>, consultado el 10 de octubre de 2019.
13. Imagen de paciente con Diplejia, <https://www.efisioterapia.net/articulos/metodo-bobath-paralisis-cerebral-infantil>, consultado el 20 de Octubre del 2019.
14. Imagen de paciente con cuadriplejia, <https://revistadiscover.com/profiles/blogs/que-es-la-cuadriplejia>, consultado el 19 de octubre del 2019.
15. GÓMEZ-LÓPEZ, Simon, Jaimes, Victor Hugo, Palencia Gutierrez, Cervia Margarita, Hernández, Martha y Guerrero, Alba PARALISIS CEREBRAL INFANTIL. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría. 2013;76(1):undefined-undefined, consultado 4 de Septiembre del 2019, disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3679/367937046008>
16. TABOADA-LUGO, NOEL., Quintero- Escobar, Katia., Casamajor, Mavis., Gonzalez-Torres, Keiler., Marrero-Infante Juan., Cruz Ubeda, Soleidy., Diaz- Robles, Evelyn., Epidemiologia de la parálisis cerebral en el Estado Pluricnacional de Bolivia, 2009- 2012., Revista Peruana de Epidemiologia (en línea). 2013, 17(2), 1-7, consultado 4 de Septiembre del 2019, disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203129458006>
17. Imagen de paciente con parálisis mixta, http://www.apamp.org/tipos_paralisiscerebral.html, consultado el 18 de octubre del 2019.

18. INFORMADOR.MX, México registra 12 mil casos de parálisis cerebral al año, 2015, disponible en <https://www.informador.mx/Suplementos/Mexico-registra-12-mil-casos-de-paralisis-cerebral-al-ano-20151002-0131.html>, consultado el 4 de septiembre del 2019.
19. NEURAL, Parálisis Cerebral: Factores de riesgo, disponible en <https://neural.es/paralisis-cerebral-factores-de-riesgo-y-tipos/>, consultado el 13 de Octubre del 2019.
20. MARTÍNEZ Martínez Adela, Matamoras Botello Miguel A., Manejo estomatológico del paciente con Parálisis Cerebral, Facultad de Estomatología, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Edición Especial No. 7-2003.
21. Imagen de paciente con microcefalea, <https://www.lavanguardia.com/ciencia/20160322/40622993714/zika-microcefalia-oms-america.html>, consultado el 22 de octubre del 2019.
22. JIMÉNEZ Pascual Lesbia María, Ramón Leiva Eduardo Lázaro, Vergara Rodríguez Roberto Asunción, Aplicación de las técnicas de Bobath en la rehabilitación del paciente hemipléjico espástico, Newyork- Presbyterian, consultado en <https://www.efdeportes.com/efd145/rehabilitacion-del-paciente-hemiplejico-espastico.htm> el 18 de octubre del 2019
23. ELFISIOPEDIATRIC, ¿Qué es la diplejía?, disponible en <https://efisiopediatric.com/que-es-la-diplejia/>, consultado el 10 de octubre de 2019.
24. CDC, Causas y factores de riesgo de parálisis cerebral infantil, Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo de los CDC disponible en <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/cp/causes.html>, consultado el 8 de Octubre del 2019.
25. Imagen de malos hábitos durante el embarazo, <https://www.periodistadigital.com/ciencia/salud/medicina/20180313/fumar-beber-embarazada-peligroso-noticia-689400586547/>, consultado el 18 de octubre del 2019.

26. ORES M. Giol Domínguez, J. R. Boj Quesada y A. Jiménez Ruiz, El paciente con parálisis cerebral y su tratamiento odontoestomatológico, Facultad de Odontología Universidad de Barcelona, disponible en <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/25976/1/120445.pdf> consultado el 16 de Octubre del 2019.
27. GORAN Koch, Sven Poulsen, Odontopediatría abordaje clínico, Amolca segunda edición, pp 265, 269, 278.315.
28. DI-NASSO, PATRICIA., Parálisis Cerebral: Su Impacto En La Cavidad Oral., Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo., consultado 23 de Septiembre de 2019., Disponible en https://fci.uib.es/digitalAssets/177/177935_8.pdf.
29. ROJAS Castro Nora Elena, Guía de manejo paciente con Parálisis Cerebral pt – 2005233-09, Fundación HOMI Hospital de la Misericordia, http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion_homi/Guia%20de%20Manejo%20de%20Paralisis%20Cerebral.pdf consultado el 16 de Octubre del 2019.
30. CASTELLANOS José Luis y col, Manejo de Pacientes con Enfermedades sistémicas, Medicina en Odontología , manual moderno, 2da ed. 2002.
31. Imagen de doctor dando técnica de cepillado, <https://www.elmundo.es/comunidad-valenciana/2014/04/11/53480c8ee2704e54568b457d.html>, consultado el 17 de octubre del 2019.
32. CÁRDENAS Jaramillo Darío, Fundamentos de Odontología, Odontología Pediátrica, 2da ed., Corporación Para Investigaciones Biológicas de Medellín, 2000.
33. Imagen dando técnica de cepillado a encargado de paciente con Parálisis Cerebral, <https://www.teleton.cl/noticias/teleton-desarrolla-programa-de-salud-bucal-para-ninos-con-discapacidad/>, consultado el 19 de Octubre del 2019.
34. COPRED, manual lenguaje incluyente y no discriminatorio en la actuación de la administración pública de la ciudad de México, consultado el día 29

DE Septiembre del 2019. Disponible en <http://data.copred.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/2017/01/Lenguaje-incluyente-y-no-discriminatorio-13092016.pdf>.

35.LA COMUNIDAD DE ASOCIACIONES DE PACIENTES, SOMOS PACIENTES, Personas con Parálisis Cerebral: defender sus derechos protegiendo su libertad, <https://www.somospacientes.com/noticias/opinion/personas-con-paralisis-cerebral-defender-sus-derechos-protegiendo-su-libertad/>, consultado el 20 de octubre del 2019.