



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**Tratamiento dental en niños con
parálisis cerebral**

T E S I N A

Que para obtener el Título de:

CIRUJANA DENTISTA

Presenta:

BEATRIZ ALEJALDRE GARCÉS

DIRECTORA: C.D. PATRICIA HENONÍN PALACIO.

ASESORES: C.D. EDUARDO DE LA TEJA ANGELES.

C.D. BLANCA S. OBREGÓN CASTELLANOS.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

DEDICATORIAS.

A DIOS .

Por darme la fortaleza para seguir adelante, por haber logrado esta faceta tan importante de mi vida.

A MI PADRE.

(En memoria).

Espero que compartas esta alegría de mi vida y, que te sientas orgulloso de mí en el lugar donde te encuentres. Lamento mucho que no estés aquí, siempre estarás en mi corazón.

A MI MADRE.

Gracias por todo el apoyo que me diste, ya que sin ti no hubiera podido culminar este sueño y sin ti no sería lo que ahora soy. Gracias.

A MIS HERMANOS.

Luis, Lorenza, José, Margarita, Irene, Arturo, Víctor, Miguel, Teresa, Elena.
Gracias por haberme impulsado a seguir adelante.

AGRADECIMIENTOS.

C.D PATRICIA.

Por su paciencia, tiempo y dedicación para la realización de esta tesina.

A LUILLY.

Por su tiempo y ayuda para la elaboración de esta tesina.

ANIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO.

Que me dio la oportunidad para mi realización como profesionista y que me abrió sus puertas en la PREPARATORIA #5, y en la FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.

ÍNDICE.

1. Introducción	
2. Antecedentes.....	1
2.1 Definiciones de la Parálisis Cerebral.....	5
2.2 Clasificación.....	6
2.3 Etiología.....	6
2.4 Manifestaciones clínicas en general.....	8
2.5 Efectos de la parálisis cerebral.....	8
2.6 Trastornos relacionados con la parálisis cerebral.....	8
2.7 Tratamiento dental.....	10
2.7.1 Caries dental.....	13
2.7.2 Enfermedad periodontal.....	16
2.7.3 Maloclusiones.	16
2.8 Características de enfermedad bucal en niños con parálisis cerebral.....	19
2.9 Manejo de la conducta.....	21
2.10 Lenguaje.....	22
2.11 Tratamiento bajo anestesia local.....	26
2.12 Tratamiento bajo anestesia general.....	26
3. Planteamiento del problema.....	28
4. Justificación.....	29
5. Objetivos.....	30
5.1 Objetivo General.....	30
5.2 Objetivo Específico.....	30
6. Metodología.....	31
6.1 Material y método.....	31
6.2 Tipo de estudio.....	31
6.3 Población de estudio.....	31
6.4 Criterios de inclusión.....	31
6.5 Criterios de exclusión.....	31

6.6 Variables.....	32
6.6.1 Variables dependiente.....	32
6.6.2 Variables independientes.....	32
6.8 Recursos.....	32
6.8.1 Humanos.....	32
6.8.2 Materiales.....	32
6.8.3 Financieros.....	33
6.9 Cronograma.....	33
7. Resultados.....	34
8. Conclusiones.....	40
9. Referencias Bibliográficas.....	41
10. Anexos.....	42

1.-INTRODUCCIÓN.

La parálisis cerebral (PC), no es una enfermedad con etiología única, es más bien, un grupo de trastornos relacionados entre sí que tienen causas distintas, que ocurren durante el embarazo o cerca del momento del nacimiento y que puede interrumpir el desarrollo normal del cerebro. Avances en neuroradiología, genética y bioquímica molecular han ayudado a esclarecer cada vez más las causas de la parálisis cerebral, sin embargo, en el 25% de los casos todavía es desconocida. Estas causas se pueden dividir en prenatales y posnatales. Entre los principales factores desencadenantes se encuentran infecciones durante el embarazo, asfixia perinatal, parto prematuro, complicaciones durante el parto y nacimiento, hemorragia intracraneal, infecciones cerebrales, malformaciones del sistema nervioso y accidentes, entre otras.

La parálisis cerebral, se clasifica generalmente por el tipo de trastorno del movimiento que predomina.

El niño con parálisis cerebral tiene tal diversidad de problemas que requiere de un manejo integral multidisciplinario constituido por profesionales de la salud. Es importante involucrar a la familia desde el principio y a las diferentes personas que llevarán a cabo el manejo integral del paciente.

El objetivo de este trabajo es conocer lo concerniente a los tratamientos dentales establecidos que se llevan a cabo en los niños con parálisis cerebral.

No existen anomalías intraorales exclusivas de personas con parálisis cerebral, sin embargo varias patologías orales son más frecuentes que en la población normal.

Habitualmente podemos observar en este grupo de pacientes una deficiente higiene dental con elevado índice de placa, gingivitis, presencia de cálculo, halitosis y restos de alimentos adheridos a mucosas y dientes, debido a dietas blandas, cariogénicas, ricas en hidratos de carbono presentando una alta prevalencia de caries, enfermedad periodontal, y una mayor incidencia de maloclusiones que la población en general.

Las deficiencias y discapacidades pueden acarrear enfermedades estomatológicas o aumentar las necesidades asistenciales a nivel bucal, ya que todos los pacientes especiales, sin lugar a dudas, son los que mayor necesidad odontológica tienen.

Muchos dentistas o estomatólogos se muestran aprehensivos o renuentes a tratar a pacientes con parálisis cerebral, debido a los movimientos o estímulos que son impredecibles o incontrolables y que la comunicación es difícil. Por lo tanto, para tratar a niños con capacidad diferenciada, es relevante que el estomatólogo conozca las necesidades de dichos pacientes y considerar el tratamiento dental adecuado.

2.-ANTECEDENTES

Durante los años 1860, el cirujano inglés de nombre William Little, escribió las primeras descripciones médicas de un trastorno enigmático que afligía a los niños en los primeros años de vida causando rigidez y epasticidad de los músculos de las piernas y en menor grado de los brazos. Estos niños tenían dificultades al tomar objetos, gatear y caminar. A medida que crecían, su condición no mejoraba. Esta condición, la cual se nombró, por muchos años como la enfermedad de Little, es ahora conocida como diplejía epástica. Esta es uno de los varios trastornos que afectan al control del movimiento y que colectivamente se agrupan bajo el término parálisis (perlesía) cerebral.^{1,2}

En 1987, el famoso médico Sigmund Freud no estuvo de acuerdo, al notar que los niños con parálisis cerebral a menudo tenían otros problemas como retraso mental, disturbios visuales y convulsiones, Freud sugirió, que a veces el trastorno puede tener sus raíces más temprano en la vida, durante el desarrollo del feto, en biomédica ha conducido a técnicas diagnósticas mejores tales como imagen cerebral avanzada y el análisis moderno del modo de andar. Ciertas condiciones conocidas como causantes de la parálisis cerebral, tales como rubéola e ictericia, actualmente pueden ser prevenidas o tratadas.

Mucha de la investigación para mejorar el conocimiento médico de la parálisis cerebral ha sido apoyada por el NINDS, uno de los Institutos Nacionales de Salud del gobierno federal. El NINDS es el promotor más importante en Norteamérica de la investigación biomédica de la parálisis cerebral, y otros trastornos neurológicos.^{1,2}

Los investigadores de muchas áreas de la medicina y salud están utilizando su experiencia para ayudar a mejorar el tratamiento y la prevención de la parálisis cerebral. Mucho de su trabajo esta apoyado por el NINDS, el Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano, otras agencias dentro del Gobierno Federal y grupos no comerciales tal como la Fundación Unida de Educación e Investigación de la Parálisis Cerebral, entre otras.

La esperanza final de superar la parálisis cerebral esta en la prevención. Para prevenir la parálisis cerebral, sin embargo, los científicos deben primero comprender el proceso complejo del desarrollo normal del cerebro y qué puede desencadenar este proceso.¹

Una gran cantidad de evidencia ha dirigido a los investigadores a la búsqueda de pistas sobre la parálisis cerebral hacia el proceso intrincado que ocurre en el vientre. Por ejemplo, un grupo de investigadores ha observado recientemente que a más de un tercio de los niños con parálisis cerebral les falta esmalte en ciertos dientes. Este déficit dental puede rastrearse a problemas en los primeros meses de desarrollo fetal, lo que sugiere que una interrupción en este período de desarrollo pueda estar ligada a este defecto dental y a la parálisis cerebral.

Como resultado de estas y otras investigaciones, muchos científicos ahora creen que un número significativo que muchos niños desarrollan parálisis cerebral debido a accidentes muy tempranos en el desarrollo del cerebro. Ellos están examinando como las células del cerebro se especializan, emigran y forman las conexiones correctas y buscan factores prevenibles que pueden interrumpir este proceso antes y después del parto.

En investigaciones relacionadas ya se están realizando estudios para conocer si ciertos fármacos pueden ayudar a prevenir la apoplejía neonatal. Varios de estos fármacos son prometedores por haber demostrado que reducen la reproducción excesiva de productos químicos potencialmente peligrosos en el cerebro y pueden ayudar a controlar el flujo y volumen de sangre cerebral. Investigaciones anteriores han ligado repentinos cambios de flujo de sangre y volumen a la apoplejía en los recién nacidos.

Mientras que esta investigación nos brinda la esperanza de poder prevenir la parálisis cerebral en el futuro, las investigaciones en progreso para mejorar los tratamientos ofrecen una visión más positiva para quienes tienen que enfrentarse hoy con los desafíos de la parálisis cerebral. Un propósito importante de tal investigación es la valoración de tratamientos que ya están en uso para que los médicos y padres tengan a la mano información que necesitan seleccionar la mejor terapia.¹

Como parte de este esfuerzo, los científicos están trabajando en la creación de nuevas medidas para juzgar la efectividad de los tratamientos, tal como la investigación en progreso que busca identificar con precisión las áreas específicas del cerebro responsables del movimiento. Usando técnicas tal como pulsos magnéticos, los investigadores pueden localizar las áreas cerebrales que controlan acciones específicas como levantar la mano o pierna, para luego construir un mapa detallado. Comparando mapas de los niños con parálisis cerebral hechos antes y después de la terapia, los investigadores pueden obtener nuevos conocimientos de cómo la terapia afecta la organización del cerebro y datos nuevos sobre la eficacia de la terapia.

También se está trabajando en el desarrollo de fármacos nuevos, y en nuevas formas de usar los fármacos existentes, para ayudar a aliviar los síntomas de la parálisis cerebral.¹

Los científicos especulan que el magnesio puede jugar un papel en el desarrollo del cerebro y probablemente previene en el sangramiento en el cerebro de los niños muy prematuros. estudios realizados en animales han demostrado que el magnesio administrado luego de un trauma en el cerebro puede reducir la severidad del daño al cerebro.

A pesar de estos resultados de investigación alentadores, las mujeres embarazadas no deben alterar su consumo de magnesio porque los efectos de dosis altas, no han sido estudiados todavía y los posibles riesgos y beneficios no son conocidos.¹

PARÁLISIS CEREBRAL.

2.1-DEFINICIÓN.

Es un trastorno progresivo de la movilidad o de la postura, que se debe a una lesión o anomalía del desarrollo del cerebro inmaduro.³

También se le puede definir, como un trastorno del tronco postural y del movimiento, de carácter persistente (pero no invariable), secundario a una lesión progresiva a un cerebro inmaduro.²

Es un grupo de incapacidades motoras producidas por un daño en el cerebro del niño que pueden ocurrir en el periodo prenatal , perinatal y posnatal.

El sufijo plejía, significa ausencia del movimiento, cuando hay algún tipo de movilidad se utiliza el sufijo paresia (cuadriparesias, tetraparesias, hemiparesias y monoparesias).³

El termino "cerebral" se refiere a los hemisferios cerebrales afectados y "parálisis" describe cualquier trastorno que limite el control del movimiento.

La parálisis cerebral es un conjunto de trastornos en el movimiento y la postura que comparten las siguientes características .

- ❖ La lesión ocurre en las etapas más importantes en el desarrollo cerebral del niño, generalmente en los últimos meses del embarazo, hasta los primeros 2 o 3 años de vida.
- ❖ Afecta a los centros cerebrales que afecta el movimiento.
- ❖ No es progresiva, una vez que se produce, no avanza ni agrava.
- ❖ No desaparece ni se quita, pero su manifestación si puede modificarse.
- ❖ La causa que produce la lesión es variada.
- ❖ Además del trastorno del movimiento, suele acompañarse de otros problemas menos importantes como alteraciones en la visión, audición, comprensión, atención, convulsiones, etc.²

2.2- CLASIFICACIÓN DE LA PARÁLISIS CEREBRAL

La Parálisis Cerebral se clasifica de acuerdo a la o las extremidades afectadas en:

Cuadriplejía.- Están afectados los cuatro miembros.

Teraplejía.- Afectación global incluyendo tronco y las cuatro extremidades, con predominio de afectación de extremidades superiores.

Hemiplejía.- Está tomado un solo lado del cuerpo (hemicuerpo) y dentro de este el más afectado es el miembro superior.

Paraplejía.- Son muy pocos frecuentes, se afectan solo los miembros inferiores.

Monoplejía.- Se afecta un solo miembro (brazo o pierna) estos casos son poco comunes.⁶

2.3-ETIOLOGÍA

Se clasifica de acuerdo a la etapa en que ha ocurrido el daño en el cerebro que se está formando, creciendo y desarrollando. Se clasifica de acuerdo en la etapa en que se presenta como son: Etapa prenatal, perinatal y posnatal.^{4,5}

CAUSAS PRENATALES.

- 1.- Anoxia prenatal. (circulares al cuello, patologías placentarias o del cordón).
- 2.- Hemorragia cerebral prenatal.
- 3.- Infección prenatal. (toxoplasmosis, rubéola, etc).
- 4.- Factor Rh (incompatibilidad madre-feto).
- 5.- Exposición a radiaciones.
- 6.- Ingestión de drogas o tóxicos durante el embarazo.
- 7.- Desnutrición materna (anemia).
- 8.- Amenaza de aborto.

- 9.- Tomar medicamentos contraindicados por el médico.
- 10.- Madre añosa o demasiado joven.^{4,5}

CAUSAS PERINATALES.

Son las más conocidas y de mayor incidencia, afectan al 90% de los casos.

- 1.- Prematuridad.
- 2.- Bajo peso al nacer.
- 3.- Hipoxia perinatal.
- 4.- Trauma físico durante el parto.
- 5.- Mal uso y aplicación de instrumentos (fórceps).
- 6.- Placenta previa o desprendimiento.
- 7.- Parto prolongado y/o difícil.
- 8.-Presentación pelviana con retención de cabeza.
- 9.- Asfixia por circulares al cuello (anoxia).
- 10- Cianosis al nacer.
- 11.-Broncoaspiración.^{4,5}

CAUSAS POSNATALES.

- 1.- Traumatismos craneales.
- 2.- Infecciones (meningitis, meningoencefalitis, etc).
- 3.- Intoxicaciones (plomo, arsénico).
- 4.- Accidentes vasculares.
- 5.- Epilepsia.
- 6.- Fiebres altas con convulsiones
- 7.-Accidentes por descargas eléctricas.
- 8.- Encefalopatía por anoxia.^{4,5}

2.4-MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN GENERAL.

- ❖ Lesión en el sistema nervioso central.
- ❖ Lesión no progresiva aunque permanente.
- ❖ Afecta la postura, el tono y el movimiento.
- ❖ Se puede producir durante los primeros meses del embarazo (vía intrauterina), en el parto o en la primera infancia.
- ❖ Puede o no coexistir, trastornos asociados de tipo sensorial, intelectual, perceptivo.^{4,6}

2.5-EFECTOS DE LA PARÁLISIS CEREBRAL.

Un niño con parálisis cerebral puede presentar alguna ó casi todas las características en mayor ó menor grado.^{4,6}

- ❖ Rigidez de los músculos.
- ❖ Movimientos involuntarios de los músculos.
- ❖ Espasmos musculares.
- ❖ Flacidez.
- ❖ Movimientos lentos, burdos o intercutados.

..

2.6-TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA PARÁLISIS CEREBRAL.

En la Parálisis Cerebral pueden presentarse ciertos trastornos como son:

- ❖ Alteraciones en la Visión.
- ❖ Alteraciones en la Percepción espacial.
- ❖ Alteraciones en la Audición.

- ❖ Problemas de Lenguaje.
- ❖ Problemas en el Aprendizaje.

VISIÓN.

El problema más común es el estrabismo (ojos bizcos), que se puede corregir con lentes y terapia visual ó en casos muy severos, con cirugía. El 90% de niños con parálisis cerebral tienen alteraciones visuales.^{8,9}

EPILEPSIA.

Afecta a uno de tres niños con parálisis cerebral, pero es imposible predecir si el niño convulsionará y cuando. Algunos empiezan a convulsionar desde bebés o solo cuando llegan a adultos.^{8,9}

PERCEPCIÓN ESPACIAL.

Algunos niños con parálisis cerebral no pueden percibir el espacio y relación con su propio cuerpo (no pueden evaluar las distancias) o pensar en todas las espaciales (visualizar una construcción tridimensional) ya que ello requiere la coordinación de ambos ojos, esto se debe a una lesión cerebral y no está relacionada con la inteligencia.^{8,9}

AUDICIÓN.

Los niños con parálisis cerebral atetósica presentan dificultades muy severas con más frecuencia que en otros niños, sin embargo, también pueden presentarse en otros tipos de parálisis cerebral^{8,9}

LENGUAJE.

Depende de una buena respiración y de la habilidad de controlar los pequeños músculos de la boca, lengua, paladar y laringe. Las dificultades del masticar y tragar frecuentemente van de la mano con los niños con parálisis

cerebral. La terapia orofacial y la del lenguaje pueden llegar a superar las dificultades.^{8,9}

APRENDIZAJE.

Frecuentemente se asumen que aquellas personas que no pueden controlar ninguno de sus movimientos, ó no pueden hablar adecuadamente, tienen deficiencia, algunas personas con parálisis cerebral tienen problemas de aprendizaje este no es siempre el caso, otras tienen una inteligencia superior a la normal inteligencia promedio.⁹

2.7-TRATAMIENTO DENTAL.

El estomatólogo al tratar a estos pacientes, deberá de determinar el tipo de alteración neuromuscular presente, ya que cada una plantea diferentes problemas de tratamiento.

El odontólogo debe diferenciar entre los movimientos bruscos causados por el dolor y los originados en los movimientos incontrolados, como estos niños no pueden comunicar sus molestias o sensaciones, al dentista le suele resultar difícil saber cuando ha establecido relación con el niño, ya que los niños convulsivos pueden ser mal interpretados, el ruido y las vibraciones de la pieza de mano pueden desencadenar el llanto o temblores incontrolados incluso cuando el niño no está incómodo, la ausencia o presencia de padres pueden dar paso a una conducta negativa.^{9,10}

- ❖ Las lesiones dentales de estos pacientes son mayores, como consecuencia de la mala higiene bucal en pacientes con parálisis cerebral no hay enfermedades dentales específicas. Las

modificaciones de la prevalencia de las enfermedades son resultado de patrones dentofaciales de desarrollo alterados.

- ❖ Las deficiencias y las discapacidades pueden acarrear enfermedades estomatológicas o aumentar las necesidades asistenciales a nivel bucal.
- ❖ Los tratamientos medicamentosos a los que están sometidos muchos de estos pacientes pueden aumentar el riesgo de patología bucodentaria .
- ❖ La enfermedad bucal puede agravar un proceso invalidante. Muchas minusvalías implican una disminución en la motivación o imposibilidad de solicitar asistencia estomatológica, así como mantener una buena higiene oral.
- ❖ Ciertos tratamientos bucales complicados, prótesis u ortodoncia, son incompatibles con determinados pacientes.
- ❖ Hay minusválidos que no cooperan en el sillón dental y son rechazados en los consultorios dentales.
- ❖ El grado de deterioro dental y gingival en ocasiones implica tiempos prolongados de tratamiento, por lo que la familia los rehúsa.^{9, 10}

CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS DIENTES.

En un solo estudio se mencionan anomalías de la erupción . Magnuson afirmó que los niños con parálisis cerebral, presentaban una incidencia más elevada de pérdida temprana de los dientes temporales y erupción temprana de premolares y caninos permanentes, sin embargo cabe señalar que la pérdida temprana de los dientes temporales es debido a caries extensas pueden adelantar la erupción de los dientes permanentes. No se ha registrado diferencias significativas en la incidencia de los dientes supernumerarios o agnesia congénita de dientes.

DEFECTOS DE LOS DIENTES.

Se han observado defectos hipocalcificados o hipoplásicos, siendo mayores cuando la lesión cerebral está asociada con la incompatibilidad del factor RH. El tratamiento dental de un niño impedido, se encuentra dentro del ámbito de toda práctica general y especialista que desea aportar comprensión y paciencia. Estos niños deben ser considerados como pacientes con problemas dentales y bucales que además tienen un impedimento o enfermedad complementaria.^{9,10}

ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD DENTAL.

La causa principal de la enfermedad dental de los niños impedidos es la misma que la de un paciente normal, sin embargo en niños impedidos hay algunas influencias modificadoras importantes.^{9,10}

- 1- La incapacidad de eliminar placa.
- 2- Influencia muscular anormal.
- 3- Efectos colaterales del tratamiento de drogas.
- 4- Pérdida de la estimulación funcional.
- 5- Trastornos nutricionales.
- 6- Influencias genéticas

TRATAMIENTO.

El odontólogo debe estar equipado técnicamente, tener comprensión desde el punto de vista emocional y un conocimiento sólido de la afección del paciente. Al establecer un plan de tratamiento hay que considerar:

- 1- Estado físico del paciente.
- 2- Capacidad mental del paciente para comprender la situación odontológica.
- 3- Contexto emocional del paciente.

La decisión básica que es necesario tomar, es sí tratar al paciente en el consultorio dental o no, o hacerlo bajo anestesia general en el hospital. Para tratarlos en el consultorio se debe tener el conocimiento en el uso de la premedicación balanceada para abarcar temores, elevar el umbral del dolor, inhibir secreciones excesivas y arcadas, y reducir la actividad neuromuscular. Además la premedicación, se necesita disponer de elementos auxiliares como sujetadores extrabucales e intrabucales (cinturones, ligaduras para manos), así como abre bocas, protectores de dedos.^{9,10}

- ❖ Ciertos problemas comunes en el manejo del paciente con parálisis cerebral en el tratamiento dental.
- ❖ Posición postural.
- ❖ Tensiones musculares esqueléticas, bucales y faciales.
- ❖ Movimientos incontrolados y voluntarios.

2.7.1-CARIES DENTAL.

La caries dental es una enfermedad que se caracteriza por una serie de complejas reacciones químicas y microbiológicas que traen como resultado la destrucción final del diente si el proceso avanza sin restricción.

Clínicamente la caries dental se caracteriza por cambio de color, pérdida de la translucidez y descalcificación de los tejidos afectados. A medida que el proceso carioso progresa destruyen los tejidos y se forman cavidades.^{12, 13}

Se ha registrado una alta incidencia de caries dental, sin embargo hallazgos más recientes indican que la prevalencia de caries es similar en parálíticos cerebrales que en niños normales. Tampoco hay diferencia en el patrón de ataque de la caries en cualquiera de los grupos y controles normales. La mayor cantidad de dientes ausentes registrada en la población de parálíticos cerebrales refleja meramente el tipo de tratamiento recibido (es decir menos dientes obturados y más dientes extraídos).

CONCEPTOS ACTUALES DE ETIOLOGÍA DE LA CARIES.

La caries dental es una enfermedad multifactorial en la que existen interacción de 3 factores principales: el huésped (particularmente la saliva y los dientes), la microflora (microorganismos), y el sustrato o medio ambiente (dieta), además de estos tres factores debe tomarse en cuenta uno o mas, el tiempo, el cual debe considerarse en toda exposición acerca de la etiología de la caries.^{12, 13}

CLASIFICACIÓN DE LA CARIES.

Clasificación de Black. (según la profundidad y en caso de restauraciones con amalgamas)

Primer grado.

La caries abarca esmalte. Se caracteriza porque no hay dolor, el esmalte se ve de brillo o de color uniforme, pero donde se nota una destrucción de los prismas del esmalte da un aspecto de manchas blanquecinas, granulosas o de color café.

Segundo grado.

La caries abarca esmalte y dentina. Cuando la dentina es penetrada, el proceso evoluciona con mayor rapidez ya que las vías de entrada son más

amplias por los túbulos dentinarios. Los gérmenes y toxinas penetran con mayor facilidad.

Tercer grado.

Abarca esmalte, dentina y pulpa. En éste grado se ha penetrado en la pulpa produciendo inflamación e infección de dicho órgano pero conservando su vitalidad. El síntoma de éste grado es de dolor espontáneo y provocado.

Cuarto grado.

Abarca todos los tejidos causando necrosis pulpar. La pulpa ya ha sido destruida y pueden existir varias complicaciones.

Clasificación según la duración.

CARIES AGUDA. Es un proceso rápido que involucra un gran número de dientes. Estas lesiones están coloreadas de modo mas ligero que otros tipos, son de color café claro o gris y su consistencia hacen más difícil su limpieza^{12, 13}

CARIES CRÓNICA. Estas lesiones son una afección a largo plazo, envuelve pocos dientes y son más pequeñas que las caries agudas, la dentina descalcificada es correosa y de color café oscuro.

Los niños con parálisis cerebral, presentan una mayor incidencia de "caries dental" la cual se atribuye a varios factores como son.^{12, 13}

- ❖ Dieta blanda.
- ❖ Mala higiene bucal.
- ❖ Mal posición dentaria.
- ❖ Hipoplasia del esmalte.
- ❖ Bruxismo.

2.7.2-ENFERMEDAD PERIODONTAL

La enfermedad periodontal afecta con mayor frecuencia a estos pacientes debido a la falta de higiene, pues son incapaces de cepillarse los dientes y a esto se agregan los medicamentos que toman.

La gingivitis es una inflamación que abarca solamente los tejidos gingivales próximos al diente. Se caracteriza por la presencia de un exudado inflamatorio y edema, cierta destrucción de fibras colágenas gingivales. Se presenta después de inflamaciones dentales leves en niños, aumentando en los adolescentes y adultos jóvenes o frecuentemente progresión a la pérdida parcial o completa de la dentición en la madurez o vejez.¹¹

Se ha registrado que la incidencia de enfermedad gingival en niños con parálisis cerebral, es tres veces mayor que la de un niño normal. En un estudio realizado en 253 pacientes con parálisis cerebral entre 6 y 8 años la incidencia la incidencia de gingivitis es de 80%. El tipo de parálisis cerebral no influye sobre el grado de gingivitis, otra investigación registro completamente diferentes. Los cálculos y la materia alba estaban dentro de lo normal, las diferencias de los diferentes investigadores dependen de distintos factores.¹¹

2.7.3- MALOCLUSIONES.

Varios investigadores han registrado una alta incidencia de oclusiones cruzadas de clase II, división 1, oclusiones cruzadas, mordidas abiertas, pérdida prematura de dientes temporales, contracciones anormales y hábitos bucales perniciosos como el empuje lingual, el mordisqueo del labio y bruxismo. Sin embargo, estudios más recientes han corroborado tales afirmaciones. Ahora se cree que tienen patrones esquelétales y dentales normales, según se aprecia en análisis cefalométricos. Las maloclusiones y

factores que afectan la oclusión no se encuentran con frecuencia en niños con parálisis cerebral. El bruxismo sin embargo, es prevalente y ha sido confirmado por todos los investigadores.

La prevalencia de maloclusiones es aproximadamente el doble que en la población general.¹⁴

Entre otros trastornos observamos con mayor frecuencia:

- ❖ Protrusión de los dientes anterosuperiores (posición protuida de la lengua sobre los procesos alveolares de los incisivos inferiores).
- ❖ Mordida abierta y cruzada unilateral. Las fuerzas intraorales.
- ❖ Respiración bucal.
- ❖ Deglución atípica.

La prevalencia de maloclusiones puede explicarse por la adaptación postural craneocervical, que responde a la necesidad de mantener el suficiente espacio nasofaríngeo para el desarrollo de las funciones básicas estomatológicas como:

Respiración, deglución, fonarticulación.

BRUXISMO

Es más común en el tipo atetoide. Su etiología podría deberse a una función muscular imperfecta o a problemas emocionales propios en estos niños sus consecuencias pueden ser: la afección de todos los dientes y la pérdida de la dimensión vertical. El uso de guardas nocturnas esta contraindicado debido a los movimientos involuntarios y crisis convulsivas que presentan.

Algunos pacientes presentan bruxismo severo ocasionando:

- ❖ Pérdida de la dimensión vertical y oclusal.
- ❖ Problemas de ATM.

- ❖ Hipoplasia del esmalte.
- ❖ Retraso en la erupción de los dientes.

TRAUMATISMOS.

Los niños con parálisis cerebral presentan problemas en su estado dental, desde lesiones en los tejidos blandos hasta fracturas de dientes musculares debido a las múltiples caídas que sufren por su falta de coordinación motora, así como por las crisis convulsivas que puedan presentar.¹⁴

TRATAMIENTO.

La única manera satisfactoria de tratamiento de la enfermedad dental en niños con parálisis cerebral es insistir en la prevención lo antes posible. El primer procedimiento terapéutico es iniciar suplementos dietéticos de fluoruro junto con el tratamiento multivitamínico para los niños pequeños, es prudente administrar las sustancias en formas de gotas. Más tarde con el desarrollo de la dentición, el niño deberá masticar tabletas de fluoruro. Esta forma de administración proporciona efecto tópico y sistémico y puede ser usada hasta que el niño tenga unos 10 años de edad.

ASESORAMIENTO HACIA LOS PADRES.

Es aconsejable asesorar a los padres acerca del régimen alimenticio adecuado para el niño. También es conveniente asesorarlos antes de establecer un programa de control de placa.

En algunos casos, el uso de mangos especiales de cepillos dentales especialmente diseñados ayudarán al paciente.

Algunos autores observaron resultados favorables con cepillos eléctricos manejados por el paciente, por el padre o la madre. Es necesario tomar en cuenta que este cepillo es particularmente un programa preventivo para

pacientes con destreza manual limitada, independientemente si los manejan los mismos pacientes o son auxiliados por un adulto responsable.

2.8-CARACTERÍSTICAS DE ENFERMEDAD BUCAL EN NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL.

PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL.

Patológicamente pueden presentar hemiplejía, paraplejía, cuadriplejía, más de dos tercios de estos pacientes padecen retraso mental, a lo cual se suman afecciones bucales específicas de estos pacientes.

Las manifestaciones bucales que aparecen, son varias, entre las que se han encontrado mayor prevalencia son caries y enfermedad periodontal, en relación con la población general.^{15,16}

Así como se ha evidenciado que la musculatura estomatognática tiene un marcado efecto sobre el desarrollo y estabilidad de la oclusión , ya que cualquier modificación del equilibrio dinámico en el que se encuentra la dentición en personas con parálisis cerebral, puede provocar no solo el cambio de posición u orientación de las piezas dentales sino también del desarrollo esquelético maxilar mandibular, dificultando así funciones básicas como la deglución , la masticación, la fonación y la interacción social. De igual manera, se pueden presentar los cambios de oclusión como consecuencia de la interacción del equilibrio propio de las alteraciones motrices, ello conlleva a diferentes tipos de oclusión en estas personas. En la literatura se encuentra reportada la tendencia en los pacientes con parálisis cerebral, a presentar maloclusión clase II, mordidas abiertas, así como un overjet aumentado.^{15,16}

La odontología ocupan un papel importante en el campo de la rehabilitación de los pacientes, tanto en calidad como en cantidad.

La atención bucodental es la única necesidad aún no cubierta en el la mayoría de los casos de parálisis cerebral no encontrándose causa alguna. En estas conclusiones del estudio perinatal del Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Apoplejía (NINDS) han alterado profundamente las teorías médicas sobre la parálisis cerebral y ha motivado a los investigadores de hoy a explorar causas alternas.

Al mismo tiempo, la investigación biomédica también ha conducido a cambios significativos en el conocimiento, diagnóstico y tratamiento de personas con parálisis cerebral. La identificación de bebés con parálisis cerebral, les da a estos la mejor oportunidad de desarrollarse al máximo de sus capacidades. La investigación tratamiento y rehabilitación de los pacientes especiales, tanto en calidad como en cantidad.⁷

De todas las personas que acuden a la consulta odontológica muchos son pacientes médicamente comprometidos o que presentan patologías sistémicas que exigen un conocimiento exacto de ellas y de sus implicaciones e interacciones en el área odontológica.

Los niños médicamente discapacitados en el ámbito odontológico pueden definirse, como aquellos cuyo estado médico es tal, que su salud general corre mas riesgo aún si sufren una enfermedad bucodental o si requieren un tratamiento bucal de rutina, debido a que puede correr riesgo para la salud o un riesgo para la vida, por lo cual su atención bucal es de vital importancia.

La enfermedad bucodental y su tratamiento presentan varios problemas en este grupo de niños. Primero la sepsis como secuelas de caries dental, o la infección de los tejidos gingivales, pueden constituir un peligro. Segundo, los procedimientos dentales como el tratamiento conservador o endodóntico pueden acarrear un serio riesgo, y tercero, cualquier forma de cirugía puede crear problemas.⁷

Habitualmente, podemos observar en pacientes con parálisis cerebral una deficiente higiene bucodentaria con elevado índice de placa o gingivitis, presencia de cálculo en edades muy precoces, intensa halitosis y restos alimenticios adheridos a mucosas y dientes y predominio de dietas blandas, cariogénicas, ricas en hidratos de carbono y con un alto contenido de sacarosa, alta prevalencia de caries y enfermedad periodontal, una mayor incidencia de maloclusiones que la población general, oclusión traumática y bruxismo frecuente, con absorciones e hipersensibilidad dentarias.

2.9-MANEJO DE LA CONDUCTA.

El control de conducta del paciente odontopediátrico, es más un arte que una ciencia, el adecuado cuidado de los pacientes para superar conductas difíciles y problemas de ansiedad constituyendo un constante reto para la habilidad y la experiencia del profesional.

Los problemas de comunicación constituyen una de las mayores barreras existentes para proporcionar el adecuado cuidado dental a este grupo de pacientes. El temor de los niños todavía es patente en nuestra sociedad.

El cuidado con éxito del niño no sólo es esencial para completar los procedimientos dentales, sino también para establecer una buena base para la futura aceptación de los servicios dentales por parte del paciente durante su vida.

En algunos de los problemas de la conducta será necesario el uso de fármacos con los que podremos conseguir diferentes estados sedativos en pacientes consientes hasta llegar a la anestesia general.¹⁴

OBJETOS DEL CONTROL DE LA CONDUCTA.

- 1- Establecer una buena comunicación con el niño y los padres.
- 2- Ganar la confianza del niño y los padres, y su aceptación del tratamiento dental.
- 3- Explicar al niño y a los padres los aspectos positivos del cuidado dental preventivo.
- 4- Proporcionar un ambiente relacionado y cómodo para el personal del consultorio durante el trabajo con el niño.
- 5.-Llevar a cabo el tratamiento necesario de la mejor manera posible para el joven paciente.¹⁴

2.10 LENGUAJE.

Cuando el niño tiene un impedimento motor, los utensilios del lenguaje, la respiración, la voz, la articulación, las expresiones faciales y los ademanes también estarán frecuentemente afectados. Cuando un padre habla a un niño que es epástico, el niño tarda en hacer algún sonido o asumir una expresión facial, el niño atetóide en cambio mostrará casi un exceso de expresiones faciales, muecas y a menudo su voz tendrá un tono alto y agudo. Es probable que desistamos de tratar de comunicarnos con el niño y reduzcamos nuestras palabras al mínimo, pensando que el bebé no parece entendernos de ninguna manera, con esta reacción estamos privando al niño de algunos de los estímulos más importantes, sin los cuáles no puede desarrollar su habilidad para hablar, la que incluye patrones del pensamiento, habla y lenguaje.

Si el niño no muestra signos de reaccionar a los sonidos ni a los ruidos y empieza a dudar de su capacidad para oír, no dude de llevarlo con un médico. Hay casos raros en donde hay posibilidad de defecto de audición, el diagnóstico temprano y el tratamiento son de la mayor importancia para el

desarrollo del lenguaje. Como en muchas otras actividades el niño con parálisis cerebral debe estar en una posición estable que evite patrones francamente normales. Debemos dar al niño incapacitado muchas oportunidades de expresarse, no importando que tan fragmentarios o ineficaces sean sus primeros intentos. Si seguimos cada necesidad o deseo del niño a través de la expresión de sus ojos o de sus gestos, si contestamos por el a todas las preguntas, si somos nosotros los que siempre le hablamos, no tendrá ninguna necesidad ni incentivo para hablar y se desperdiciará un momento clave para el desarrollo del lenguaje. Haga al niño algunas preguntas sencillas dándole a entender por la entonación y expresión de su cara que espera usted una respuesta que este dentro de sus capacidades mentales y verbales. Ignore sus gestos y movimientos de cabeza cada vez más, y lo que es muy importante, que tenga mucha paciencia para esperar sus respuesta, que a menudo tardarán mucho en llegar.

La importancia acerca del contacto estrecho entre usted y su hijo para ayudarlo a construir un " lenguaje interior ", que es tan necesario para el futuro desarrollo del habla. La televisión, la radio, los discos, las cintas grabadas, por excelentes que sean, tienen un valor muy limitado en el desarrollo del lenguaje del niño a formar su vocabulario.⁸

La capacidad para comunicarse de desarrollar de manera natural y espontáneamente y el llanto es el primer medio de comunicación, después, se comunican con los sonidos que al ser repetitivos llegan a pronunciar sílabas y después frases con oraciones completas y la mejor manera de estimular el desarrollo del lenguaje es por repetición.

La adquisición del lenguaje puede estar retardada en el paralítico cerebral. Chevrije Muller dice: "en cuanto se refiere a la comprensión solo se puede hablar de afasia si existe una discordancia entre la edad de comprensión

verbal del niño y su edad mental, y si la situación es normal.” En cuanto a la expresión del lenguaje es también sumamente difícil saber si se trata de un trastorno motor que impide la formación y la articulación o se trata de una afasia motora o de una inhibición afectiva o emotiva.

Algunas veces, los padres justifican al niño con una atención exagerada y equivocada, intentan adelantarse a sus necesidades y deseos colmándolos de atenciones y cuidados, mientras que otros exigen del niño, para que aparezca normal, un esfuerzo que el niño no es capaz de hacer, este desconcertado termina por renunciar al habla.^{8,9}

Eláter realizó un estudio en 600 niños con parálisis cerebral y los clasificó en doce apartados las logopatías observadas.

- 1- Agnesia epástica del lenguaje
- 2- Disartria epástica
- 3- Agnesia atetósica
- 4- Disartria atetósica
- 5- Agnesia atáxica del lenguaje
- 6- Disartria atáxica
- 7- Disfonia atetósica
- 8- Disfonía atetósica
- 9-Tartamudez
- 10- Dislalia
- 11- Retraso del habla por sordera
- 12- Disfacia.

La parálisis cerebral, presenta una serie de trastornos los cuales, influyen en el alto grado de rendimiento escolar como: percepción visual, y auditiva, trastornos de organización espaciotemporal y trastornos de lenguaje.

Otros síntomas.

SIALORREA.

Es el escape de la saliva por la boca, es un síntoma muy frecuente en el niño con parálisis cerebral y estorba en la correcta articulación. El babeo puede ser consecuencia de una deglución infantil.

La deformación de la cara y boca es muy frecuente en estos niños. La forma de los maxilares depende en alto grado de las presiones musculares que sufren. Estas deben de ser equilibradas entre los músculos de la lengua y los músculos de los labios y las mejillas, si un grupo muscular predominase produce una deformación de los maxilares.

MASTICACIÓN Y DEGLUCIÓN.

Son llamadas actividades prefónicas, pues estas funciones sirven para la fonación, con ello preparan la coordinación, la fuerza y la agilidad necesaria para hablar.

Siempre que sea posible se harán ejercicios de succión, deglución y masticación, pues preparan la musculatura fonatoria. El primer alimento debe ser triturado y dado con una cuchara pequeña, cuyo mango ha de ser curvado, de manera que el niño este obligado a tragar al menos una pequeña cantidad y abrir y cerrar la boca. En realidad muchas veces la masticación y la deglución están impedidas o dificultadas. Si el niño puede masticar, se empieza por ejercicios de succión a través de tubo, los labios deben de aprender a apretar el tubo, luego se colocan trocitos de pan entre los molares y se cierran sus labios, con los dedos se ayuda a los movimientos de la masticación.

2.11 TRATAMIENTO CONVENCIONAL BAJO ANESTESIA LOCAL.

La aplicación de anestesia local asegura la obtención de una buena analgesia, lo cual es imprescindible para realizar tratamientos odontológicos en nuestros pacientes.

Es necesario tener el conocimiento preciso sobre anestésicos locales el modo de acción de dichos agentes y su técnica de administración, así como la aplicación de conocimientos de psicología infantil y técnicas de la conducta que deben seguirse.

Es importante conocer las causas de fracaso de la anestesia, así como el tratamiento y la prevención de posibles complicaciones.^{7, 14}

2.12 TRATAMIENTO CONVENCIONAL BAJO ANESTESIA GENERAL.

La anestesia general es un estado controlado de pérdida de la conciencia que se caracteriza por hipnosis, analgesia y relajación muscular. Por ello siempre debe realizarse siempre en un centro hospitalario y por profesionales especializados.

Aunque infrecuente, ésta es la única opción segura para un grupo de pacientes que de otro modo no podrían recibir tratamiento dental; no hay que olvidar nunca informar a los padres de la importancia del cuidado diario de los dientes.

Así, el tratamiento dental bajo anestesia general estaría indicado en los siguientes casos: intolerancia a la anestesia local y niños con discapacidad física o mental, lo que les imposibilita su cooperación en tratamientos dentales largos o complejos.

Para un mejor análisis de conductas interruptivas y de su control, haremos una clasificación del paciente odontológico en los siguientes tipos.^{7,14}

- 1- Cooperativo
- 2- Cooperativo tenso
- 3- Tímido
- 4- Aprensivo, altamente aprensivo
- 5- Temeroso o ansioso. Terco o desafiante
- 6- Hiperemotivo
- 7- Impedido
- 8- Emocionalmente inmaduro.

3.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Un problema de salud común en la población con parálisis cerebral es la salud bucal, se puede observar una deficiente higiene bucodental con elevada incidencia de placa, encontrándose alta prevalencia de enfermedad periodontal, maloclusiones y caries.

También debido a la ingesta de fármacos se pueden presentar pérdidas importantes en el flujo salival durante largos periodos de tiempo favoreciendo la aparición de caries y enfermedad periodontal.

Actualmente no se tienen los conocimientos o las habilidades en el manejo clínico-odontológico de estos pacientes.

Por todo lo anteriormente expuesto surge la siguiente pregunta de investigación:

¿El odontólogo de práctica general conoce el manejo y tratamiento dental adecuado en niños con parálisis cerebral.?

4-JUSTIFICACIÓN.

Siendo la parálisis cerebral un grupo de incapacidades motoras producidas por un daño en el cerebro del niño que pueden ocurrir en el periodo: prenatal, perinatal y posnatal, es importante señalar que la profesión odontológica tiene una gran responsabilidad en la atención de dichos pacientes.

Debido a la falta de preparación y de conocimiento en dichos pacientes es necesario conocer las deficiencias y alteraciones que se presentan en estos pacientes, para poder establecer un tratamiento y atención dental adecuado. El identificar las manifestaciones bucales de los pacientes con parálisis cerebral nos permitirá poder brindar una mejor atención dental a estos pacientes con discapacidades.

Será conveniente establecer programas preventivos relacionados con dichos trastornos relacionados entre sí para poder llevar una mejor calidad de vida.

5-OBJETIVOS.

5.1-OBJETIVO GENERAL.

- ❖ Conocer las manifestaciones bucales más frecuentes que se presentan en los niños con parálisis cerebral, que acuden para su atención al servicio de Estomatología en el Instituto Nacional de Pediatría.

5.2- OBJETIVO ESPECÍFICO.

- ❖ Conocer las necesidades de tratamiento dental que se presentan en los niños con parálisis cerebral.
- ❖ Conocer el tipo de anestesia utilizada en cada tratamiento dental.
- ❖ Determinar la prevalencia de caries dental, enfermedad periodontal y maloclusiones, en la población de niños con parálisis cerebral, por edad y sexo.

6-METODOLOGÍA.

6.1-MATERIAL Y MÉTODO..

Se pidió autorización al coordinador del servicio de Estomatología del Instituto Nacional de Pediatría, para tener acceso a los expedientes de los pacientes entre 1-15 años con parálisis cerebral que demandaron servicio de atención dental en el período comprendido de mayo-agosto del 2004 para llevar a cabo un estudio de investigación sobre las alteraciones bucales que se presentan en estos pacientes.

6.2-TIPO DE ESTUDIO.

- ❖ Observacional, Descriptivo, Retrospectivo.

6.3-POBLACIÓN DE ESTUDIO.

- ❖ Expedientes clínicos de pacientes con parálisis cerebral entre 1-15 años de edad.

6.4-CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- ❖ Expedientes clínicos que están completos.
- ❖ Expedientes clínicos con diagnóstico clínico dental.

6.5-CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- ❖ Expedientes clínicos con información dental incompleta.

6.6-VARIABLES.

6.6.1- VARIABLES DEPENDIENTES.

- ❖ Caries.
- ❖ Enfermedad periodontal.
- ❖ Maloclusiones.
- ❖ Tipo de anestesia.

6.6.2- VARIABLES INDEPENDIENTES.

- ❖ Parálisis cerebral.
- ❖ Sexo.
- ❖ Edad.

6.7.-ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

Se realizó la captura de datos por medio del programa SPSS V. 11 para las estadísticas descriptivas y así poder establecer prevalencia de caries dental, enfermedad periodontal, maloclusiones y tipo de anestesia.

6.8- RECURSOS.

6.8.1-HUMANOS.

- ❖ Directora de tesina.
- ❖ Dos asesores de tesina.
- ❖ Pasante de la facultad de Odontología.

6.8.2-MATERIALES.

- ❖ Expedientes clínicos.

6.8.3-FINANCIEROS.

- ❖ Propios de la tesista.

6.9 CRONOGRAMA.

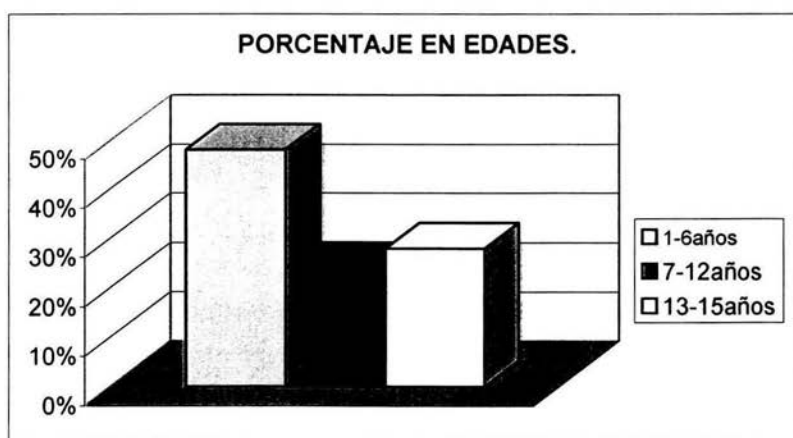
Actividad	Mayo	Junio	Julio	Agosto
Revisión de la literatura.	X	X	X	
Revisión de expedientes.	X	X	X	
Captura de datos.		x	X	X
Análisis de datos.				X
Elaboración e impresión de la tesina				X

7.- RESULTADOS.

1. Distribución de la población por grupo de edad.

La población de estudio estuvo conformada por 21 expedientes clínicos, de los cuales el 48% corresponden a la edad de 1 a 6 años, el 24% de 7 a 12 años y el 28% de 13 a 15 años.

Gráfica 1. Distribución de la población por edad. INP, 2004.

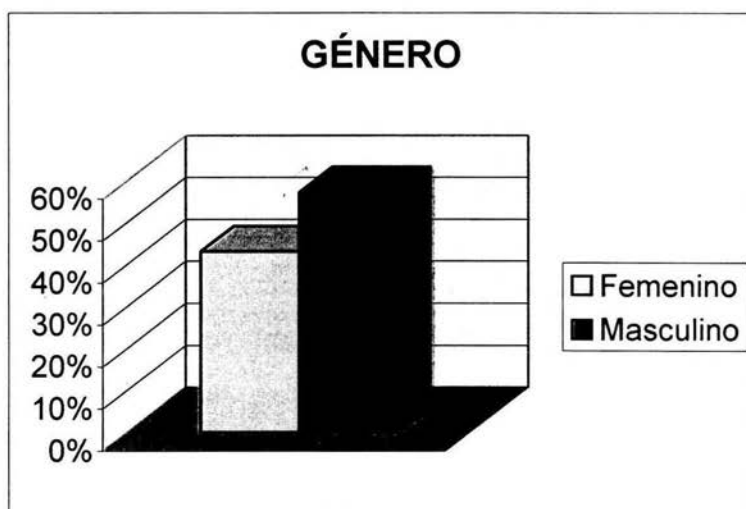


Fuente directa.

2. Distribución de la población por sexo.

De acuerdo al género el 57% correspondió al sexo masculino, y el 43% al sexo femenino.

Gráfica 2. Distribución de la población por género. INP 2004.

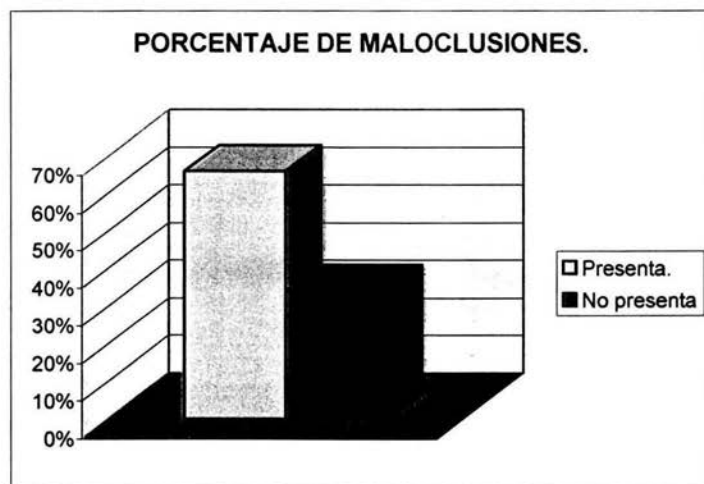


Fuente directa

5. Distribución de la población que presentó maloclusiones.

De los 21 expedientes estudiados el 66% presentó maloclusiones.

Gráfica 5 Distribución de la población con maloclusiones INP 2004.

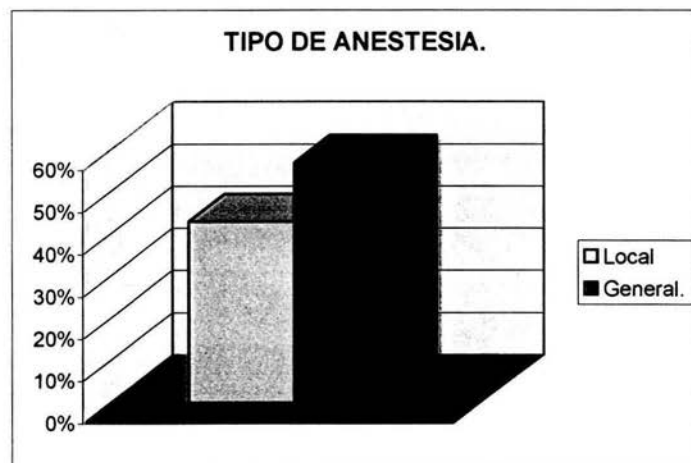


Fuente directa.

6. Distribución de la población que utilizó anestésico local y general para la atención dental.

La población de estudio estuvo conformada por 21 expedientes clínicos de los cuales el 43% utilizó anestesia local y 57% anestesia general.

Gráfica 6. Distribución de la población que utilizó anestésico local y general INP 2004.

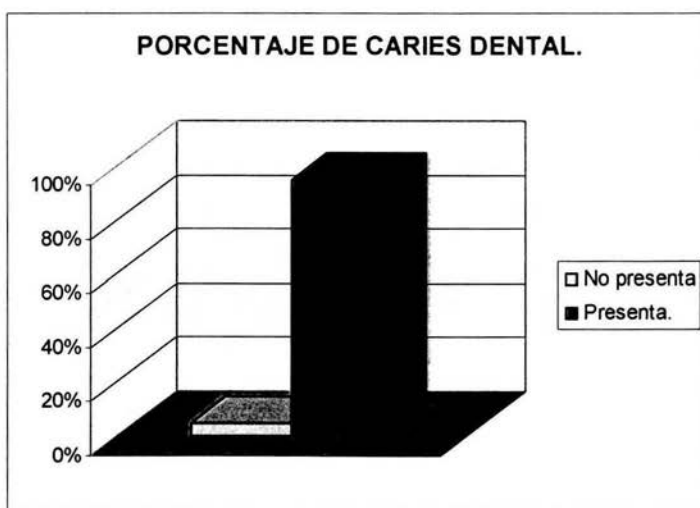


Fuente directa.

3. Distribución de la población que presentó caries dental.

El 95% de la población que se estudio presentó caries dental.

Gráfica 3. Distribución de la población con caries dental. INP 2004

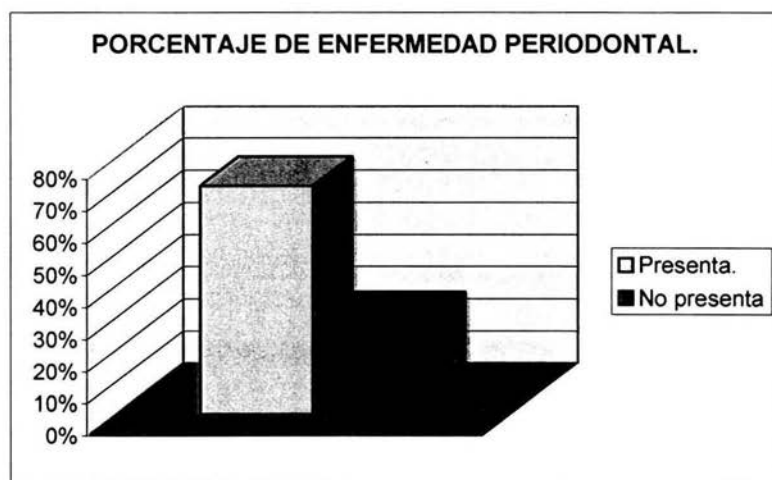


Fuente directa.

4. Distribución de la población que presentó enfermedad periodontal.

De los 21 expedientes consultados el 71% presentó enfermedad periodontal.

Gráfica 4. Distribución de la población con enfermedad periodontal INP 2004.



Fuente directa.

8.-CONCLUSIONES.

Hoy en día se ha observado el aumento de pacientes con discapacidades y/o especiales con compromisos serios de salud bucal que acuden a la consulta diaria solicitando tratamiento estomatológico. Esto nos lleva a afirmar que la salud bucal de estos pacientes es más deficiente que la población en general, pues existe una prevalencia universal de la enfermedad periodontal y por lo tanto una higiene bucal más pobre.

El grado de higiene bucal depende de la comprensión que tenga el niño, y de la información que se le proporcione, esto dependerá del tipo de parálisis que padezca y del interés que muestren los padres o tutores. La prevención debe ser orientada al control de dieta, el control de higiene y los tratamientos preventivos.

Finalmente la labor del odontólogo es de suma importancia, pues el mantener una óptima salud oral, permitirá al paciente obtener un mejor nivel de nutrición que lo llevará a un mejor desarrollo y desempeño en sus diversas terapias y actividades.

Por tanto, es importante destacar que los odontólogos de práctica general deben ampliar su habilidad y destreza en el manejo de estos pacientes. Para que pueda dar soluciones, mediante atenciones y cuidados especiales, elevando la seguridad de estos y teniendo éxito en sus tratamientos.

Esta investigación me deja con una inquietud para seguir realizando estudios sobre el tema y poder llevar a cabo programas educativos y preventivos para así poder aumentar los conocimientos de salud bucodental en este tipo de pacientes.

9.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1- Vasal J. La maladie de Little, Actualites Parálisis 1959 (1):181-204.
- 2- Deaver, G. Métodos de valoración y tratamiento, parálisis cerebral, International society for the welfare of cripples, Estados Unidos. 1995
- 3- Bobath, K. Base Neurofisiológica para el tratamiento de la Parálisis Cerebral. Editorial Médica Panamericana, Argentina. 1992
- 4- Roser,B. Valoración neuropsicológica de la Parálisis Cerebral. Doc. del Departamento de Investigación Psicobiológica Clínica de la Universidad de Barcelona. 1998
- 5- Peña J. Manual de Logopedia, Ed. Masson. Barcelona, España. 1999
- 6- Grinberg S, First encounter of child and dentist. An analysis of the introductory session. J Dent child 1984;51: 438-40
- 7- Habson P. Tratamiento de niños medicamente discapacitados. Rev Odontol Bonaerense 1984;(7):20-40
- 8- Finnie, R. Ediciones científicas La prensa Medica Mexicana. México. 1986.
- 9- Perello J. Trastornos del habla Editorial Científico Médica. 1984
- 10.-Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Apoplejía.<http://www.ninds.gov> (consulta 12 de julio). 2000
- 11,- Baer. N. Enfermedad periodontal en niños y adolescenesc. Ed. Mundi. 1998.
- 12.- Gilmore E. Operatoria dental Ed. Interamericana. 1985
13. <http://www.odocan.com/caries/htm>.
- 14.-Barbería E. Odontopediatría Ed. Mundi. 1984
- 15.-Revaglia C El problema de la salud buco-dental en los pacientes discapacitados, REV. FOLA ORAL 1997;3 (9):162-5.
- 16.- Ros M. Atención odontológica del niño discapacitado. Rev. Odontol Bonaerense 1984;7(20):40.

10.-ANEXOS.



Instituto Nacional de Pediatría

SERVICIO DE ESTOMATOLOGIA

HISTORIA CLINICA

00200

NOMBRE: _____ Fecha: _____
 DIMINUTIVO: _____ Cama: _____
 DOMICILIO: _____ Tel: _____
 Nombre del Padre o tutor: _____ Servicio: _____
 Escolaridad del niño: _____ Edad: _____
DIAGNOSTICO DE BASE: _____ Sexo: M F Talla: _____ cm
 Motivo de la consulta: _____ Peso: _____ kg.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

1 _____
 2 _____
 3 _____
 4 _____
 5 _____
 6 _____
 7 _____
 8 _____

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Nacimiento: Normal Sí () No () Causa: _____ Peso: _____ Kg _____
 Seno materno: Sí () No () Tiempo: _____
 Utilizó Biberón: Sí () No () Tiempo: _____
 Utilizó Chupón: Sí () No () Tiempo: _____
 Alimentación: _____ Toxicomanías: _____
 Higiene: _____ Habitación: _____

CUADRO DE INMUNIZACIONES:

VACUNA	1a Dosis	2a Dosis	3ra Dosis	Refuerzo
SABIN	2 meses	4 meses	6 meses	*
D P T	2 meses	4 meses	6 meses	2 Y 4 Años
ANTISARAMPION	3 meses			6 años
H C G	Desde recién nacido a 5 años			

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Enfermedades propias de la infancia: _____
 Transfusionales: Fecha: _____ Causa: _____
 Quirúrgicos: Fecha: _____ Causa: _____
 Hospitalarios: Fecha: _____ Causa: _____
 Neoplásicos: Fecha: _____
 Alérgicos: _____ Alimentos: _____ Fármacos: _____
 Tiene alguna enfermedad: Sí () No () Fecha: _____ Dx: _____
 Tiene tratamiento médico: Sí () No ()

INSPECCION GENERAL

Facies: _____ Constitución: _____
 Marcha: N _____ Fonación: _____
 Estado de atención: _____ Higiene: _____

CABEZA Y CUELLO

Tipo de cráneo: _____ Patrón crecimiento: _____
 Implantación cabello: _____ Cejas: _____
 Implantación orejas: _____ Pestañas: _____
 Ojos: _____ Nariz: _____
 Cuello: Tamaño: _____ Forma: _____ Rigidez: _____
 Tráquea central: _____ Tiroides: _____
 Ganglios: Cervicales SI NO Submandibulares SI NO Occipitales SI NO

ATM

Apertura Bucal: _____ Mavilidad: _____ Ruidos: _____
 Brincos: _____ Simetría: _____

CAVIDAD BUCAL

Labios: Forma: _____ Volumen: _____ Coloración: _____
 Hidratación: _____ Integridad: _____

MUCOSA EN GENERAL

Revestimiento: _____
 Masticatoria: _____
 Especializada (LENGUA): _____ Frenillos: _____
 Saliva: _____
 Cantidad y calidad: _____
 Glándulas salivales: Volumen _____ Permeabilidad _____
 Parodonto: _____
 Paladar duro: _____ Paladar Blando: _____

Oclusión:

C	Angle/P	Terminal	Der.	Izq.	Sobremordida vertical	mm
I		Recto			Sobremordida horizontal	mm
II		Oxistal			Forma del arco sup.	
III		Mesial			Forma del arco inf.	
		Mesial E				
Mordida cruzada	Anterior	Posterior	Derecha	Izquierda	Osea	Dental
Mordida abierta	Anterior	Posterior	Derecha	Izquierda		
Hábitos bucales nacivos	Dedo	Lengua	Bruxismo	Resp. Oral	Otros	
Ortopantomografía	Fecha: _____					
Cefalograma lateral	Fecha: _____					
Anomalías dentarias:	_____					
Fístulas	Dehiscencias		Fenestraciones			

