



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS EN RELACIÓN A
SALUD BUCAL DE UNA MUESTRA DE PADRES DE
MENORES DISCAPACITADOS.**

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:

SONIA OLVERA SORIANO

TUTOR: Esp. JESÚS MANUEL DÍAZ DE LEÓN AZUARA.



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.



A DIOS

*Sé que una palabra no basta, pero una vez más te agradezco por ese amor incomparable que siempre me has dado, gracias por estar a mi lado a cada momento, gracias por ponerme siempre en el lugar adecuado, gracias por guiar mi camino y mi vida. A ti te debo todo lo que tengo y todo lo que soy
¡GRACIAS!*

A MIS PADRES Y A MI HERMANA

Gracias por ayudarme cada día a cruzar con firmeza camino de la superación porque con su apoyo y aliento hoy he logrado uno de mis más grandes anhelos.

A MI ESPOSO

*Por ayudarme, por acompañarme, por escucharme, por su amor
¡Gracias!*

A MIS HIJOS

Que son la bendición más grande y hermosa de mi vida y que han sido quienes me han impulsado a seguir y lograr mis metas, gracias por su amor.

A MIS AMIGOS

Gracias por su apoyo, por su ayuda y por su confianza.

A LOS AUTORES DE MI FORMACIÓN ACADÉMICA

Gracias a la Máxima casa de Estudios, a la Facultad de Odontología, a los académicos y a mi tutor de tesis.

¡GRACIAS!



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
2. ANTECEDENTES	7
2.1 Parálisis Cerebral	13
2.2 Definición	13
2.3 Sinonimia	13
2.4 Etiología	14
2.5 Factores de riesgo	14
2.6 Manifestaciones sistémicas	15
2.7 Afectaciones asociadas con la Parálisis Cerebral	17
2.8 Manifestaciones Bucales	20
2.9 Clasificación	21
2.10 Diagnóstico	22
2.11 Tratamiento	23
2.12 Pronóstico	25
2.13 Manejo clínico-odontológico de los pacientes con Parálisis Cerebral	26
2.14 Cuidados en relación a Salud Bucal que los padres deben considerar para sus hijos con Parálisis Cerebral	28
2.15 Dispositivos de higiene oral	31
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	34
4. JUSTIFICACIÓN	35
5. OBJETIVOS	36
5.1 General	
5.2 Específicos	
6. METODOLOGÍA	37
6.1 Material y Método	



6.2	Tipo de estudio	40
6.3	Población de estudio y muestra	40
6.4	Criterios de inclusión	40
6.5	Criterios de exclusión	41
6.6	Variables de estudio	41
	6.6.1 Variables dependientes	
	6.6.2 Variables independientes	
6.7	Conceptualización	42
7	Plan de Análisis	43
8	Resultados	44
9	Discusión	62
10	Conclusiones	63
11	Referencias bibliográficas	65
	Anexos	
	Anexo 1	
	Anexo 2	
	Anexo 3	



1. INTRODUCCIÓN

La Parálisis cerebral (PC) no es una enfermedad con una etiología definida, sino un conjunto de alteraciones relacionadas entre sí y las causas son multifactoriales que ocurren durante el embarazo o cerca del momento del nacimiento y que puede interrumpir el desarrollo normal del cerebro. Los avances de los últimos años en la neurología y genética han permitido conocer más a fondo las causas de la parálisis cerebral, sin embargo en el 25% de los casos todavía la etiología es desconocida. Estas causas se pueden dividir en prenatales y posnatales. Entre los principales factores desencadenantes se encuentran las infecciones durante el embarazo, asfixia, 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 requiere de un manejo integral multidisciplinario constituido en primer lugar por sus padres y por los profesionales de la salud.

El propósito de este estudio es evaluar los conocimientos de los padres respecto a la salud bucal de sus hijos, para determinar las deficiencias en el cuidado bucodental de los mismos y de esa manera reorientarlos respecto a las enfermedades bucales más frecuentes y a las que son más susceptibles por su condición y la forma de prevenirlas.



No existen anomalías intraorales específicas de las personas con parálisis cerebral, sin embargo varias patologías orales como caries dental, enfermedad periodontal, maloclusiones son más frecuentes que en la población normal.

Habitualmente podemos observar en este grupo de pacientes una deficiente higiene dental con un elevado índice de placa dental, gingivitis, presencia de cálculo dental, halitosis, y restos de alimentos adheridos a mucosas y dientes debido a las dietas blandas cariogénicas con alto contenido de hidratos de carbono, lo cual provoca que sean más susceptibles a padecer alguna enfermedad bucal como caries dental y enfermedad periodontal.

Por este motivo es fundamental que los padres que se encuentran al cuidado de los niños tengan los conocimientos y la información necesaria para que puedan prevenir y preservar la salud bucal de sus hijos.



2. ANTECEDENTES

En 1884 William John Little describió por primera vez el síndrome de diplejía espástica en un “niño espástico con constantes muecas, saliva en la comisura de los labios y marcha en tijera”, con la rigidez que tenían sus músculos se les dificultaba tomar objetos, caminar y hablar. A medida que iban creciendo su condición no mejoraba. Fue así que por muchos años se le nombró como la enfermedad de Little. Años después se le dio el nombre de “diplejía espástica”, a este trastorno que afectaba el control y movimiento se le conoce ahora como Parálisis Cerebral.¹

En 1897 Sigmund Freud, profesor de neuropatología en la Universidad de Viena, no estuvo de acuerdo. Haciendo notar que los niños con parálisis cerebral a menudo tenían otros problemas neurológicos como retraso mental, trastornos visuales y convulsiones, Freud sugirió que el trastorno podía tener su origen durante el desarrollo del cerebro en el útero. "Los nacimientos difíciles, en ciertos casos," escribió, "son solamente un síntoma de efectos más profundos que influyen sobre el desarrollo del feto." ¹

En la década de 1980, los científicos subvencionados por el Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares (NINDS) analizaron datos extensos de más de 35,000 recién nacidos y sus madres, y descubrieron que las complicaciones durante el nacimiento y el trabajo de parto justificaban sólo una fracción de los bebés nacidos con parálisis cerebral probablemente menos del 10 %. En la mayoría de los casos, no pudieron encontrar una causa única y obvia. ¹



La Parálisis Cerebral no es una sola enfermedad con una sola causa, sino un grupo de trastornos relacionados entre sí que tienen causas diferentes, por lo que las investigaciones se han enfocado en mejorar el tratamiento y la prevención de esta enfermedad. Constituye en la actualidad la principal causa de discapacidad física en la infancia, y pese a los avances en el cuidado de la embarazada y la medicina perinatal, es un problema de salud que mantiene una incidencia estable en las últimas décadas. ¹

En la actualidad existe un gran interés por mejorar la calidad de vida y lograr la integración social de las personas que presentan este tipo de discapacidad.⁶ Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las Naciones Unidas coinciden en que las estadísticas demuestran que el 10% de la población mundial es portadora de discapacidades de distintos tipos y gravedades por lo que medicamente se les denomina pacientes discapacitados.⁷ Se calcula que en los próximos 40 años, el número de personas en este grupo en los países desarrollados se duplicará, mientras que en los países en vías de desarrollo se multiplicará por cuatro. Datos de la OMS, dicen que dos terceras partes de la población con algún tipo de discapacidad no reciben atención bucodental alguna. Los informes demográficos de personas con alguna alteración en el ámbito nacional estiman que entre el 7% y 10% de la población total presenta algún signo de discapacidad, esto significa que de 7 a 10 millones de mexicanos cursan alguna etapa en el proceso, de estos el 53% tienen dificultad motora, el 20% intelectual, el 18% auditiva y el 9% visual.²

La discapacidad no es única, tiene modalidades y grados de severidad, así como alteraciones con diferentes tipos de secuelas.



Éstas pueden ser adquiridas (ocasionadas por accidentes y enfermedades) o problemas congénitos. La sociedad en su conjunto aún no se ha sensibilizado respecto a la gente con discapacidad de modo que se ignoran sus necesidades en materia de salud o educación, pero también su potencial en lo productivo, creativo o afectivo.²

La promoción de la salud se ha convertido para los profesionales de esta área y de las ciencias sociales en una promesa de encuentro a partir de la cual parece ser posible generar respuestas importantes a las muchas necesidades de mejoramiento de calidad de vida de individuos y de la comunidad. A la salud bucal se le ha dado poca importancia en las comunidades rurales, y aún más en las personas con alguna alteración, a pesar del impacto que tiene en el deterioro de su calidad de vida.²La comunicación es un factor crítico en cualquier intento por comprometer al paciente o a la persona que está a cargo del paciente en un cambio de comportamiento, como el que se requiere para mejorar el estado de salud oral.³

Los niños que presentan parálisis cerebral además de su compromiso motor, pueden presentar problemas expresivos y receptivos de la comunicación, bien sea por compromiso del lenguaje, el habla, la voz, o todos estos sistemas que posibilitan la comunicación humana. Estos problemas, si no son aclarados a tiempo, en muchas ocasiones pueden hacer que los niños que los presentan, queden relegados a un segundo plano en los procesos de socialización y de manifestación de sus necesidades básicas; de ahí la importancia de conocer cuáles son las estrategias más convenientes, para abrir canales de comunicación con las personas que presentan parálisis cerebral, para que logren procesos de participación e inclusión más eficaces.



Por ello es muy importante la colaboración de los padres para lograr que el niño tenga la atención bucodental adecuada.⁴

La boca juega un rol fundamental en nuestra salud y bienestar general. Es el primer órgano del aparato digestivo y gracias a ella podemos recibir, triturar y tragar los alimentos. También participa activamente en la percepción del sabor en el sentido del gusto, así como en la respiración.⁵

Los pacientes que presentan Parálisis Cerebral por sus características padecen con mayor frecuencia enfermedades de la cavidad bucal. El desconocimiento de los problemas bucodentales de los pacientes, asociados a sus propias reacciones emocionales y las de sus familiares van a crear con toda seguridad la mayor barrera para acceder a las posibilidades de su atención.⁵

La salud bucal de estos pacientes es significativamente peor que la de la población normal, pues existe una prevalencia universal de la enfermedad periodontal y una higiene bucal más pobre. La incidencia de los dientes cariados y la mayor incidencia de dientes ausentes se observa con frecuencia. Por tanto se impone como deber inminente del presente y del futuro, romper las barreras que hasta hoy han limitado el mejoramiento de la salud bucal del paciente discapacitado para que de esta forma se pueda contribuir a elevar la calidad de vida del mismo.⁵

La mayoría de los niños con parálisis cerebral tienen un índice de ataque carioso más elevado que los niños normales. Este aumento puede atribuirse a su incapacidad de mantener una buena higiene bucal, a la tendencia de sus padres a mimarlos dándoles alimentos blandos y cariogénicos, y a la mayor frecuencia de defectos hipoplásicos del esmalte en los dientes.⁶



La mala higiene bucal y dieta blanda, contribuyen a un aumento importante del número y la gravedad de enfermedades periodontales en pacientes con parálisis cerebral en comparación con niños normales.⁶

La prevalencia de maloclusiones en estos niños puede atribuirse a la relación disonante de los músculos intraorales y periorales, por lo que sus movimientos son incontrolados y sin coordinación.⁷

Los pacientes con parálisis cerebral también pueden presentar desgastes oclusales provocando trastornos en la articulación tempomandibular y son más susceptibles a los traumatismos dentales.⁷

Para lograr el cuidado y una atención bucodental de calidad de las personas que presentan esta discapacidad es necesario contar con la cooperación de los padres o de la persona que esté a cargo del paciente, porque son las personas que más conocen su entorno y podrán brindarles confianza y seguridad.⁴

Las actitudes de los padres y el apoyo de él odontólogo serán fundamentales para lograr que el niño discapacitado goce de una buena salud bucodental.⁷

La salud bucal de los niños que presentan algún tipo de discapacidad es significativamente deficiente, y esto la convierte en un factor de riesgo para la aparición de enfermedades bucales, presentando este un elevado índice de placa, gingivitis, cálculo, en edades muy precoces; en relación a la dieta podemos decir que el 100% de los pacientes consumen alimentos azucarados con mucha frecuencia y que les proporcionan los padres o tutores, si tomamos en cuenta que son pacientes con características diferentes a los cuales se les trata de sobreproteger o complacer por su discapacidad.⁸



Caballero después de realizar un estudio descriptivo de corte transversal en el 2009 que se llevó a cabo con un grupo de 24 niños discapacitados para conocer el estado de salud bucal de los mismos, identificando los principales factores de riesgo y las enfermedades bucales y proponer un plan de acción para mejorar el estado de salud bucal encontrado. Llegó a la conclusión que el factor de riesgo más frecuente fue la dieta cariogénica, las enfermedades de mayor concurrencia fueron las periodontopatías y la caries dental lo antes expuesto demuestra la necesidad de implementar y ejecutar acciones de salud que permitan dar solución a las necesidades de una persona con discapacidad y capacitación a las personas que se encuentran a cargo de ellas.⁸

Asimismo Di Nasso en el 2009 en un estudio de educación para la salud de niños con discapacidad demostró la importancia de la promoción de la salud bucodental como enseñanza que conduzca al individuo y a las personas que se encargan de ellos a un cambio de actitud y de conducta, que parte de una detección de sus necesidades y que intenta redundar en el mejoramiento de las condiciones de salud. Un elemento importante para lograr los objetivos de la misma es conocer las actitudes, pues sobre la base de ellas que se lograrán las modificaciones en los estilos de vida para lo cual es fundamental la motivación que desarrollen los individuos y las poblaciones.⁵

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la discapacidad como la ausencia o restricción para realizar alguna actividad de las consideradas normales en el ser humano. Puede ser por exceso o por defecto, reversible o irreversible y progresiva o regresiva. La discapacidad no es por sí misma una fuente de inadaptación social.⁹



La odontología en pacientes discapacitados es fundamental debido a la alta incidencia de patología bucodental y a la dificultad de manejo clínico en muchos casos. Debido a la gran cantidad de discapacidades que existen nos enfocaremos en la Parálisis Cerebral.⁹

2.1 PARÁLISIS CEREBRAL

El término *cerebral* se refiere a las dos mitades o hemisferios del cerebro, en este caso al área motora de la capa externa del cerebro (llamada corteza cerebral), la parte del cerebro que dirige el movimiento muscular; *parálisis* se refiere a la pérdida o deterioro de la función motora.¹

2.2 DEFINICIÓN

Es un grupo de alteraciones adquiridas de localización encefálica durante un periodo de desarrollo del sistema nervioso central,² que causa limitaciones de la actividad que se atribuyen a los disturbios no progresivos que se produjeron en el desarrollo del cerebro del feto o del recién nacido. Los trastornos motores de la parálisis cerebral son a menudo acompañadas por alteraciones de la sensación, la cognición, la comunicación, la percepción y / o el comportamiento y / o un trastorno convulsivo.¹⁰

Se estima una tasa de 1 a 4 niños de cada 1000 nacidos vivos, aunque uno de cada siete pacientes con Parálisis cerebral muere durante el primer año de vida.⁹

2.3 SINONIMIA

- Parálisis espástica
- Hemiplejía espástica



- Diplejía espástica
- Cuadriplejía espástica.¹¹

2.4 ETIOLOGÍA

La parálisis cerebral es causada por lesiones o anomalías del cerebro, o puede ser de etiología desconocida.⁶ La mayoría de estos problemas se asocian a eventos prenatales, perinatales, o posnatales¹⁰ (factores maternos como: edad avanzada, abortos repetitivos, infecciones como rubéola, citomegalovirus o toxoplasmosis y embriopatías) de causas diferentes.⁹ Las infecciones como meningitis, o encefalitis, anemias, metabopatías como hipoglucemias y encefalopatías bilirrubínicas pueden ser causa de PC.⁹ A medida que el bebé crece en el útero, las lesiones se pueden presentar en cualquier momento durante los primeros dos años de vida, mientras el cerebro del bebé aún se está desarrollando.¹¹

2.5 FACTORES DE RIESGO

Al igual que hay tipos particulares de daño cerebral que causan parálisis cerebral, también hay ciertas enfermedades o eventos que pueden ocurrir durante el embarazo y el parto que aumentarán el riesgo de que un bebé nazca con parálisis cerebral como:

- Bajo peso de nacimiento y nacimiento prematuro.
- Nacimientos múltiples
- Infecciones durante el embarazo.
- Incompatibilidad sanguínea.



- Exposición a sustancias tóxicas.
- Madres con anomalías tiroideas, retraso mental, o convulsiones.
- Trabajo de parto y parto complicados.
- Pequeño para la edad gestacional.
- Puntuación de *Apgar baja*.
- Convulsiones.¹

2.6 MANIFESTACIONES SISTÉMICAS

Los síntomas de parálisis cerebral pueden ser muy diferentes entre personas con este grupo de trastornos. Los síntomas pueden:

- Ser muy leves o muy graves
- Comprometer sólo un lado del cuerpo o ambos lados
- Ser más pronunciados ya sea en los brazos o las piernas o comprometer brazos y piernas.¹¹

Los síntomas por lo regular se observan antes de que un niño cumpla dos años de edad y, algunas veces, empiezan incluso a los 3 meses. Los padres pueden notar que su hijo está retrasado en su capacidad para alcanzar algo y en las fases de desarrollo como sentarse, girar, gatear o caminar.

Hay varios tipos diferentes de parálisis cerebral y algunas personas tienen una mezcla de síntomas.¹¹



Los síntomas de la parálisis cerebral espástica, el tipo más común, abarcan:

- Músculos que están muy tensos y no se estiran. Incluso se pueden tensionar aún más con el tiempo.
- Marcha (caminar) anormal: brazos metidos hacia los costados, rodillas cruzadas o tocándose, piernas que hacen movimientos de "tijeras" y caminar sobre los dedos.
- Articulaciones rígidas y que no se abren por completo (llamado contractura articular)
- Debilidad muscular o pérdida del movimiento en un grupo de músculos (parálisis)
- Los síntomas pueden afectar un brazo o la pierna, un lado del cuerpo, ambas piernas o ambos brazos y piernas.¹¹

Los siguientes síntomas pueden ocurrir en otros tipos de parálisis cerebral:

- Movimientos anormales (torsiones, tirones o contorsiones) de las manos, los pies, los brazos o las piernas estando despierto, lo cual empeora durante períodos de estrés.
- Temblores
- Marcha inestable
- Pérdida de la coordinación
- Músculos flojos, especialmente en reposo, y articulaciones que se mueven demasiado alrededor.

Son comunes la disminución de la inteligencia o las dificultades de aprendizaje, pero la inteligencia puede ser normal.

- Problemas del habla (disartria)
- Problemas de audición o visión.



- Convulsiones
- Dolor, sobre todo en adultos (puede ser difícil de manejar)¹¹

Síntomas digestivos y de la alimentación:

- Dificultad para succionar o alimentarse en los bebés, o masticar y tragar en niños mayores y adultos.
- Problemas para deglutir (en todas las edades)
- Vómitos o estreñimiento

Otros síntomas:

- Aumento del babeo
- Crecimiento más lento de lo normal
- Respiración irregular
- Incontinencia urinaria¹¹

Algunas personas con parálisis cerebral también tienen otros trastornos médicos, como retraso mental, convulsiones, visión o audición deteriorada, y sensaciones o percepciones físicas anormales.¹

2.7 AFECTACIONES ASOCIADAS CON LA PARÁLISIS CEREBRAL.

Muchos individuos con parálisis cerebral no tienen trastornos médicos adicionales. Sin embargo, debido a que la parálisis cerebral implica el cerebro y que éste controla tantas funciones del cuerpo, la parálisis cerebral también puede causar convulsiones, desarrollo intelectual deteriorado, y afectar la visión, la audición y la conducta. Enfrentar estas incapacidades puede ser más desafiante que enfrentar los deterioros motores de la parálisis cerebral.¹



Estas enfermedades adicionales son:

2.7.1 Retraso mental. Dos tercios de los individuos con parálisis cerebral tendrán un daño intelectual. El deterioro mental es más común entre aquellos con cuadriplejía espástica que en aquellos con otros tipos de parálisis cerebral, y los niños que tienen epilepsia y un electroencefalograma (EEG) o un IRM anormal también tienen más probabilidades de tener retraso mental.

2.7.2 Trastornos convulsivos. Aproximadamente la mitad de los niños con parálisis cerebral tiene convulsiones. Las convulsiones pueden tomar la forma clásica de las convulsiones tónico-clónicas como las menos obvias convulsiones focales (parciales) en las cuales los únicos síntomas pueden ser tics musculares o confusión mental.¹

2.7.3 Retraso del crecimiento y desarrollo. Es común un síndrome llamado falla de crecimiento en los niños con parálisis cerebral de moderada a grave, especialmente aquellos con cuadriparesia espástica. La falla de crecimiento es un término general que usan los médicos para describir a los niños que se retrasan en el crecimiento y desarrollo. En los bebés este retraso generalmente toma la forma de muy poco aumento de peso. En los niños pequeños puede aparecer como baja estatura anormal, y en los adolescentes puede aparecer como una combinación de baja estatura y falta de desarrollo sexual.

Además, los músculos y miembros afectados por la parálisis cerebral tienden a ser más pequeños que lo normal. Esto se nota especialmente en los niños con hemiplejía espástica debido a que los miembros del lado afectado del cuerpo pueden no crecer tan rápidos o tan largos como los del lado normal.¹



2.7.4 Deformidades de la columna. Las deformidades de la columna: curvatura (escoliosis), joroba (cifosis), y espalda en montura (*lordosis*), están asociadas con la parálisis cerebral. Las deformidades de la columna pueden dificultar el sentarse, ponerse de pie y caminar y causar dolor de espalda crónico.

2.7.5 Visión, audición y lenguaje deteriorados. Un gran número de niños con parálisis cerebral tiene estrabismo, comúnmente llamado "bizquera," en el cual los ojos están desalineados debido a diferencias entre los músculos oculares derechos e izquierdos. En un adulto, el estrabismo causa visión doble. En los niños, el cerebro se adapta a la afección ignorando las señales de uno de los ojos desalineados. Si no se trata, esto puede llevar a mala visión en un ojo y puede interferir con la capacidad de juzgar la distancia. En algunos casos, los médicos recomendarán la cirugía para realinear los músculos.¹

Los niños con hemiparesia pueden tener hemianopia, que es la visión defectuosa o la ceguera que nubla el campo normal de la visión de un ojo. En la hemianopia homónima, el daño afecta la misma parte del campo visual en ambos ojos.¹

El deterioro auditivo también es más frecuente entre aquellos con parálisis cerebral comparados con la población general. Los trastornos del habla y el lenguaje, como la dificultad para formar palabras y hablar claramente, se encuentran presentes en más de un tercio de aquellos con parálisis cerebral.¹

2.7.6 Babeo. Algunos individuos con parálisis cerebral se babean porque tienen poco control de los músculos del cuello, la boca y la lengua. Babearse



puede causar irritación intensa de la piel. Debido a que no es aceptable socialmente, el babeo también puede aislar a los niños de sus compañeros.

2.7.7. Incontinencia. Una complicación común de la parálisis cerebral es la incontinencia, causada por el poco control de los músculos que mantienen cerrada la vejiga. La incontinencia puede tomar la forma de mojar la cama, micción incontrolada durante actividades físicas, o pérdida lenta de orina durante todo el día.¹

Sensaciones y percepciones anormales. Algunos niños con parálisis cerebral tienen dificultad para sentir sensaciones simples, como el tacto. Pueden tener estereognosia, lo que dificulta la percepción y la identificación de objetos usando solamente el sentido del tacto. Por ejemplo, un niño con estereognosia tendría problema en cerrar los ojos y sentir la diferencia entre una pelota dura y una de esponja colocada en su mano.¹

2.8 MANIFESTACIONES BUCALES

La mayoría de los niños con parálisis cerebral no presentan alteraciones intraorales exclusivas. Sin embargo diversos procesos son más frecuentes o más graves en estos pacientes.

Caries Dental: tienen índice de ataque carioso más elevado,⁴ este aumento puede atribuirse a su incapacidad de mantener buena higiene bucal.⁷

Enfermedad Periodontal: afecta con mayor frecuencia a niños con parálisis cerebral. Éstos son físicamente incapaces de cepillarse los dientes o de utilizar adecuadamente la seda dental. La dieta que suele tener alto contenido de carbohidratos también influye. Los pacientes que toman



fenitoína para el control de la actividad convulsiva suelen presentar algún grado de hiperplasia gingival.⁴

Maloclusiones: La frecuencia en niños con PC es el doble que en niños normales. Entre los trastornos se observan la protrusión de dientes anteriores superiores, la sobremordida y el solapamiento horizontal de los dientes, las mordidas abiertas y las cruzadas unilaterales. La causa principal puede ser la relación disonante entre los músculos intraorales y periorales.

Los movimientos incontrolados y sin coordinación de maxilares, labios y lengua son más frecuentes.⁴

Bruxismo: el paciente puede presentar un desgaste oclusal intenso de los dientes temporales y permanentes con la pérdida resultante de la dimensión vertical entre las arcadas.

Traumatismos: estos pacientes son más susceptibles a los traumatismos por lo general en los dientes superiores anteriores. Esta tendencia se debe a la mayor frecuencia de caídas, a la disminución de los reflejos extensores que permiten amortiguarlas y a la frecuente protrusión de los dientes superiores anteriores.⁴

2.9 CLASIFICACIÓN

Existen varios tipos de parálisis cerebral, que se diferencian según las disfunciones neuromusculares observadas y la extensión de la afectación Anatómica. Algunas personas pueden presentar síntomas casi imperceptibles, otras muestran una incapacidad grave y no presentan una función apreciable en los músculos de los miembros ni en otros músculos voluntarios.⁴



Clasificación según la zona corporal afectada.

- Monoplejía: afectación de un solo miembro del cuerpo.
- Hemiplejía: afectación de un lado del cuerpo.
- Paraplejía: afectación únicamente de ambas piernas.
- Diplejía: afectación de ambas piernas y de forma mínima, de ambos brazos.
- Cuadriplejía: afectación de los 4 miembros.⁴

Clasificación según el tipo de disfunción neuromuscular.

- Espástica: aproximadamente el 70% de los casos, caracterizada por los músculos tensos y contraídos. Falta de control y coordinación de los músculos, por lo que se presentan alteraciones en la masticación y la deglución.
- Discinésica: aproximadamente el 15% de los casos, caracterizada por movimientos constantes e incontrolados de los músculos afectados. Hipotonía de la musculatura perioral con respiración bucal, protrusión de la lengua y babeo excesivo, problemas en la articulación del habla.
- Atáxica: aproximadamente el 5% de los casos, caracterizada por escaso sentido del equilibrio y movimientos sin coordinación, temblores incontenibles los movimientos voluntarios solo se pueden realizar de manera parcial.
- Mixta: aproximadamente 10% de los casos, combinación de las características de más de un tipo de parálisis cerebral.⁴



2.10 DIAGNÓSTICO

Los médicos diagnostican la parálisis cerebral evaluando las habilidades motoras de un niño y observando su historia clínica detenida y minuciosamente. Además de buscar los síntomas más característicos desarrollo lento, tono muscular anormal y postura inusual el médico también debe descartar otros trastornos que pueden causar síntomas similares. Lo más importante, un médico debe determinar que el estado del niño no esté empeorando. Aunque los síntomas pueden cambiar con el tiempo, la parálisis cerebral por definición no evoluciona. Si el niño continuamente pierde habilidades motoras, es probable que el problema comience en otra parte como una enfermedad genética o muscular, un trastorno metabólico, o tumores en el sistema nervioso.

Una historia clínica completa, pruebas especiales de diagnóstico, y, en algunos casos, controles repetidos pueden ayudar a confirmar que otros trastornos no son el problema.¹¹

Un examen neurológico completo es crucial. En las personas mayores, evaluar la función cognitiva también es importante:

Se pueden llevar a cabo los siguientes exámenes:

- Exámenes de sangre
- Tomografía computarizada de la cabeza
- Electroencefalografía (EEG)
- Examen audiométrico
- Resonancia magnética de la cabeza
- Examen oftalmológico
- Ecografía craneana.¹¹



2.11 TRATAMIENTO

No hay ninguna cura para la parálisis cerebral. El objetivo del tratamiento es ayudar a la persona a ser lo más independiente posible.

El tratamiento requiere un abordaje en equipo, incluyendo:

- Un médico de atención primaria
- Un odontólogo (se recomiendan los chequeos dentales más o menos cada 6 meses)
- Un trabajador social
- Enfermeras
- Terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y logopedas.
- Otros especialistas, incluyendo un neurólogo, un médico especialista en rehabilitación, un neumólogo y un gastroenterólogo

El tratamiento se basa en los síntomas de la persona y en la necesidad de prevenir complicaciones.¹¹

Los cuidados personales y en el hogar abarcan:

- Recibir alimento y nutrición suficientes
- Mantener la casa segura
- Llevar a cabo ejercicios recomendados por los médicos
- Practicar el cuidado apropiado del intestino (ablandadores de heces, líquidos, fibra, laxantes, defecaciones regulares)
- Proteger las articulaciones de lesión.



Se recomienda llevar al niño a escuelas regulares, a menos que las discapacidades físicas o el desarrollo mental lo imposibiliten. La educación o adiestramiento especial puede ayudar.¹¹

Lo siguiente puede ayudar con la comunicación y el aprendizaje:

- Gafas
- Audífonos
- Dispositivos ortopédicos para músculos y huesos
- Ayudas para caminar
- Sillas de ruedas

También pueden necesitarse fisioterapia, terapia ocupacional, ayuda ortopédica u otros tratamientos para ayudar con las actividades y el cuidado diarios.

Los medicamentos pueden abarcar:

- Anticonvulsivos para prevenir o reducir la frecuencia de convulsiones (crisis epilépticas)
- Toxina botulínica para ayudar con la espasticidad y el babeo
- Relajantes musculares (baclofeno) para reducir temblores y espasticidad.¹¹

Se puede necesitar cirugía en algunos casos para:

- Controlar el reflujo gastroesofágico
- Cortar ciertos nervios de la médula espinal para ayudar con el dolor y la espasticidad
- Colocar tubos de alimentación



- Aliviar contracturas articulares

El estrés y el desgaste entre los padres y otros cuidadores de pacientes con parálisis cerebral son comunes y se deben vigilar.¹¹

2.12 PRONÓSTICO

La parálisis cerebral es un trastorno de por vida que puede requerir cuidado a largo plazo. El trastorno no afecta la expectativa de vida. La magnitud de la discapacidad varía.

Muchos adultos pueden vivir en la comunidad, ya sea independientemente o con niveles diferentes de ayuda. En casos severos, es posible que sea necesario llevar a la persona a una institución.¹¹

2.13 MANEJO CLÍNICO-ODONTOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON PARÁLISIS.

En la historia clínica de estos pacientes es necesario conocer: sus antecedentes y el origen del proceso, así como la relación o coexistencia con otros procesos sistémicos. Anotar los fármacos que está tomando, su grado de comunicación y las posibles interacciones de las alteraciones sistémicas a la hora de realizar un tratamiento dental.

En cuanto a la exploración dental, se valorará la existencia de malformaciones Orofaciales y la presencia tanto de caries dental o inflamación gingival (gingivitis, periodontitis, agrandamiento gingival), como de algún tipo de maloclusión o disfunción (bruxismo, babeo).⁹



La mayoría de estos pacientes presenta dificultad en la comunicación a causa de sus problemas motores y sensoriales. Será fundamental valorar su capacidad de comprensión y comunicación para crear vías de comunicación recíproca.

Así mismo, valorar el estado de ansiedad o miedo ante el tratamiento dental, y establecer, dependiendo de la capacidad de comprensión, estrategias de manejo de conducta como la desensibilización, el refuerzo positivo ante conductas correctas, la sedación o incluso, anestesia general.⁹

En estos pacientes la sedación englobará desde el uso de premedicación con ansiolíticos, hasta el uso de sedación profunda con un medio adecuado. En el caso de la premedicación serán utilizadas las benzodiazepinas, con una acción ansiolítica-sedante y un efecto relajante muscular, y que pueden ayudar al control del tono muscular ante un aumento del mismo ante la repetición de movimientos involuntarios favorecidos por el estrés.

Una de las más utilizadas ha sido el diacepam por vía oral, del que se administra un comprimido de 5-10 mg. la noche anterior a la cita, y la misma dosis una hora antes de ésta.⁹

También puede ayudar la restricción física para controlar los movimientos inoportunos y evitar accidentes. Para realizar la restricción se deberá mantener la cabeza y los miembros fijos, de forma firme pero suave, solo haciendo fuerza ante los movimientos. Se evitará enderezar los miembros contraídos, situando estratégicamente soportes con almohadillas o cojines debajo de la flexura de los miembros. El cuello se mantendrá algo inclinado hacia delante, aproximadamente 40 grados respecto a la columna vertebral. Existe riesgo de asfixia o aspiración de líquidos debido a las alteraciones deglutorias.⁹



Se valorará la capacidad del paciente para desarrollar una higiene oral aceptable de forma autónoma o asistida. Se adaptará el cepillo dental para que pueda realizar la remoción de placa con los movimientos adecuados, se podrá lograr alargando el mango o engrosándolo y adaptándolo a su mano para que quede sujeto. Cuando se tenga que realizar de manera asistida se formará a un responsable en esas técnicas. Se le indicará de qué manera puede abrir la boca, el uso de objetos que sirvan de abre bocas, las posiciones para realizar el cepillado, que dieta es la más adecuada y cómo utilizar el flúor para prevenir la caries dental.

El tratamiento odontológico deberá comenzar con una valoración del estado de salud bucodental. Planificar sesiones cortas y tratamientos sencillos, evitando restauraciones arriesgadas y complejas. Realizar tratamientos conservadores que no creen problemas por roturas o alteraciones posteriores a las restauraciones y los materiales deberán ser resistentes.⁹



2.14 CUIDADOS QUE LOS PADRES DEBEN CONSIDERAR PARA CON SUS HIJOS CON PARÁLISIS CEREBRAL.

Los padres tienen la responsabilidad inicial de establecer una buena higiene oral en el hogar. No obstante es responsabilidad del odontólogo consultar con los padres del niño discapacitado en aquellos casos en que los pacientes presentes problemas continuos de higiene oral. Es esencial el seguimiento mediante observación por parte de los padres para que tenga éxito el plan terapéutico de prevención dental.⁷

Los cuidados dentales en el hogar deben iniciar desde la infancia, el Cirujano Dentista debe enseñar a los padres a limpiar diariamente y con delicadeza utilizando una gasa o un cepillo dental para lactantes.



Fuente: cuidadoinfantil.net

En los niños de mayor edad que no quieren colaborar, o no pueden hacerlo por motivos físicos, el Odontólogo debe enseñar a los padres las técnicas de cepillado de los dientes que permitan sujetar al niño siempre que sea necesario. Algunas de las posiciones que se utilizan con mayor frecuencia en los niños que requieren ayuda para el cuidado de los dientes son las siguientes:⁷



-El niño de pie o sentado se coloca enfrente del adulto de manera que éste pueda sujetar su cabeza con una mano mientras que utiliza la otra para cepillar los dientes.



Fuente: Lozada



Fuente directa

-El niño se recuesta en un sofá o en la cama con la cabeza inclinada hacia atrás, sobre el regazo del adulto. Con una mano se le sujeta la cabeza y con la otra se cepilla los dientes.

-El niño se sienta en el regazo de uno de sus padres mirándole, al tiempo que su cabeza y hombros se apoyan en las rodillas de otra persona, permitiendo que el primero de ellos cepille.

-Los pacientes extremadamente difíciles deben ser atendidos en una habitación espaciosa, y se deben recostar sobre el regazo de la persona que va a realizar el cepillado. Un ayudante sujeta al niño mientras la otra efectúa las maniobras de higiene adecuadas.⁷



-El niño que puede mantenerse de pie y que presenta resistencia se debe colocar enfrente del adulto que le atiende, de forma que este último pueda rodearle con sus piernas el torso mientras utiliza las manos para sujetar la cabeza y cepillar los dientes.⁷

Los separadores de lengua pueden ser útiles para que mantenga abierta la boca mientras se está eliminando la placa dental.

Los padres deben animar a los niños discapacitados a que asuman la responsabilidad de su propia higiene oral, pero es necesaria la supervisión y complementación de la misma porque en la mayoría de los casos es deficiente y puede ocasionar consecuencia graves.

En los niños que presentan deficiencias motoras leves o severas, limitantes de sus posibilidades para cepillarse los dientes, la técnica de cepillado debe ser eficaz por la persona que va a llevarla a cabo. Si el niño puede realizar el cepillado solo para que no presente dificultad al manipular el cepillo dental se pueda modificar el mango del mismo.⁷



Fuente directa



2.15 DISPOSITIVOS DE HIGIENE ORAL

MODIFICACIÓN DE LOS MANGOS DE LOS CEPILLOS DENTALES

Los principios y técnicas del cepillado dental usados en la población discapacitada son los mismos que para cualquier otra. Sin, embargo en las personas discapacitadas es muy difícil lograr y conservar una buena higiene oral. Cuando se determina que el paciente posee la destreza adecuada para producir los pequeños movimientos para el cepillado apropiado, un cepillo de dientes manual puede dar resultados satisfactorios.³

Hoy en día, los fabricantes de cepillos dentales proporcionan una variedad de formas diferentes de cepillos con dimensiones aumentadas en el mango, mangos modificables con agua caliente, cepillos con cabezas anguladas, cepillos con cabezas múltiples y cerdas curvas, que pueden ser benéficos para las necesidades especiales de los pacientes. Un tipo de cepillo fabricado para niños, está diseñado con una larga asa ovoide que previene una inserción profunda y el potencial de lesiones intraorales cuando un niño comienza a aprender a cepillarse. Dicho accesorio puede tener aplicaciones en un niño mayor comprometido. Incluso si el paciente tiene una prensión manual debilitada o utiliza aparatos ortótico u otras adaptaciones, el cepillo de dientes manual puede modificarse para su empleo.³

En niños con parálisis cerebral que usan cepillos modificados, el retiro de la placa se incrementa entre 28 y 35% sobre los resultados alcanzados con los cepillos convencionales.

Para modificar el tamaño de los mangos de los cepillos dentales se pueden utilizar materiales comunes como: tubos de espuma, charolas de acrílico, o materiales de impresión, el hule de un manubrio de bicicleta, o un bote de



jugo con una pelota en el interior para sostenerlo. La espuma de celdas cerradas y cilíndricas no absorbe el agua y facilita su manipulación.³



Fuente directa

Los mangos con espuma se pueden usar en varias personas discapacitadas. Pueden adaptarse con facilidad a los aparatos ortóticos como las férulas. Sin embargo, los mangos modificados con materiales más pesados, no deben utilizarse en pacientes artríticos o con debilidades neuromusculares. Estos tipos de modificaciones son más apropiados para personas con retraso mental, incluso pacientes con Síndrome de Down y parálisis cerebral que tienen usualmente un agarre fuerte y extremidades musculosas.³

A los pacientes incapaces de flexionar el codo debido a una afección articular se les puede proporcionar un cepillo con un mango extendido, que puede fabricarse al insertar, y poner paralelo a, un rayo de bicicleta no silla de ruedas en el mango original y modelar uno nuevo hecho con acrílico de resina ortodóntica o un material similar.



Otras modificaciones sencillas incluyen corregir el mango de plástico del cepillo mediante calentamiento de agua y doblarlo para dar la forma deseada, o pegar el mango de un cepillo de uñas o de pelo al del cepillo dental.³

Se han desarrollado diversos dispositivos para ayudar a que las personas con limitaciones funcionales alcancen su independencia. A menudo los productos empleados para ayudar a la alimentación, como los manguillos palmares o los manguillos para las actividades de la vida diaria pueden adaptarse para su uso en el cepillado dental.³

Los cepillos eléctricos son auxiliares valiosos para los pacientes discapacitados. Resultan especialmente útiles cuando el paciente posee la fuerza para sostener el mango y colocar el cepillo en la boca, pero no la destreza manual necesaria para realizar los movimientos finos del cepillado.³



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 gran acumulación de placa dentobacteriana (biopelícula), encontrándose así alta susceptibilidad de caries dental, enfermedad periodontal.

Debido a las alteraciones y trastornos motores que a menudo traen como consecuencia la ausencia o la restricción para que el niño realice las actividades cotidianas, los padres muestran mayor interés en ese aspecto y le restan importancia a la atención bucodental que el niño requiere.

Por este motivo los padres y el odontólogo juegan un papel crucial para ayudar a estos pacientes que presentan estas alteraciones puesto que tienen la responsabilidad de lograr que sus hijos tengan una buena salud bucal.

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

¿Qué nivel de conocimientos tiene los padres de menores discapacitados que presentan Parálisis Cerebral con respecto a la salud bucodental de sus hijos?



4. JUSTIFICACIÓN

Debido a la frecuencia y severidad de las enfermedades bucodentales que presentan los niños con discapacidad, los padres no le han dado importancia que requiere en su atención, porque probablemente desconozcan lo que implica y las acciones que deben seguir para lograr que su hijo goce de una buena salud bucal, se valorarán los conocimientos de los padres en relación a la salud bucodental de sus hijos con Parálisis Cerebral antes y después de una plática acerca del cuidado de la boca de sus hijos e instruirlos en el tema, dándoles a conocer porqué se están presentando las enfermedades, qué las están produciendo y qué deben hacer para prevenirlas. Por medio de las encuestas evaluar los conocimientos previos a la plática y los posteriores a ella.

Y de esta manera los padres tomen conciencia de la importancia de la salud bucodental de sus hijos y tomen las acciones adecuadas para lograr mantener en buen estado de la salud integral de sus hijos.



5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los conocimientos en relación a Salud Bucal de una muestra de padres de menores discapacitados en el Centro de Estudios y Atención Psicológica “CEAPAC” en el periodo de Febrero-Marzo del 2011.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el tipo de conocimientos que tienen los padres acerca de la salud bucal de sus hijos, por medio de una encuesta.
- Determinar la frecuencia de niños realizan prácticas de higiene bucal independiente y de forma asistida.
- Implementar una plática de salud bucodental.
- Implementar un taller para que los padres aprendan a realizar un aditamento para el cepillo dental de sus hijos y facilitarles el cepillado dental.



6. METODOLOGÍA

6.1 MATERIAL Y MÉTODO.

-Se estableció comunicación formal con el director Sergio López Ramos de el “Centro de Estudios y Atención Psicológica” CEAPAC, que se encuentra la colonia Carlos Hank González en el municipio de Ecatepec de Morelos, haciendo de su conocimiento cual era el propósito del estudio que se pretendía realizar, y pidiendo su autorización para tener acceso a las instalaciones, a los niños con discapacidad que presentan Parálisis Cerebral y a sus padres por medio de una carta que se expidió por parte de la coordinación de Epidemiología y Salud Pública de la Facultad de Odontología la cual fue firmada por la coordinadora Mtra. Arcelia Meléndez Ocampo (ver anexo 1) para realizar una evaluación acerca de los conocimientos de los padres respecto a la salud bucal de sus hijos, que se llevaría a cabo en cinco sesiones.

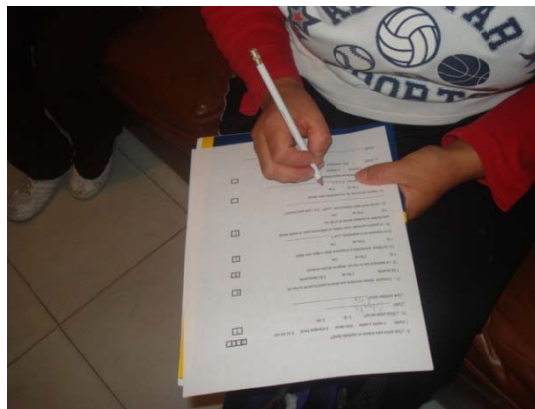


Fuente directa



-Primera sesión: se realizó la selección de 20 niños que presentaban Parálisis Cerebral (PC) los cuales tenía entre 3 a 15 años de edad. Se citaron a sus padres 8 días después informándoles que se realizaría una evaluación de salud bucal.

-Segunda sesión: los padres de familia acudieron a la institución, se les explicó cuál era el propósito de la evaluación y se aplicó la primera encuesta de evaluación. (Ver anexo 2), se les pidió autorización para tomarles fotografías a sus hijos(a) explicándoles el uso que se les daría. Se citó nuevamente a los padres 8 días después para la plática de salud bucal.



Fuente directa

-Tercera sesión: Se dio una plática de salud bucal basada en las preguntas de la encuesta y en las respuestas de la misma a los padres de familia. Para dar a conocer y resolver las dudas que existen acerca del cuidado de la boca de sus hijos y de esa manera fomentar el cambio de actitudes en ellos.



Fuente directa

Dentro de la plática se abordaron los siguientes temas: placa dental, gingivitis, enfermedad periodontal, caries dental, hábitos perniciosos, maloclusiones, técnica de cepillado, cepillado dental asistido, uso del hilo dental, uso de fluoruro, fluorosis, dieta y de las modificaciones de los mangos de los cepillos dentales. Se citó a los padres para el taller de aditamentos de cepillos dentales 8 días después.



Fuente directa



-Cuarta sesión: En el taller se habló de los materiales que pueden ser útiles para modificar los mangos de los cepillo y se les enseñó a los padres a realizar un aditamento especial para el mango del cepillo dental y de esa manera facilitar su manipulación. Nuevamente se citó a los padres 8 días después.



Fuente directa

-Quinta sesión: se aplicó nuevamente la encuesta inicial (ver anexo 2) por segunda ocasión para evaluar si se efectuó algún cambio en la información y el conocimiento de los padres. Se les obsequió un tríptico con información de salud bucal (ver anexo 3) y un cepillo dental.





6.1 TIPO DE ESTUDIO.

- Longitudinal.

6.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA.

- Padres de niños con discapacidad que presentan Parálisis Cerebral entre 3- 15 años de edad.

6.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Padres de niños con Parálisis Cerebral (PC)
- Padres de niños de 3 a 15 años.
- Niños que estén inscritos en CEAPAC y requieran atención especial.

6.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Padres de niños que no presenten Parálisis Cerebral (PC).
- Padres de niños menores de 3 años y mayores de 15 años.

6.5 VARIABLES DE ESTUDIO.

-VARIABLES DEPENDIENTES.

- Caries dental
- Enfermedad periodontal
- Maloclusiones



-VARIABLES INDEPENDIENTES

- Parálisis Cerebral
- Conocimientos y acciones de los padres.
- Falta de atención dental.

6.6 CONCEPTUALIZACIÓN.

-Caries dental: es el resultado de la interacción de las bacterias en la superficie dental, la placa dentobacteriana o biopelícula oral, la dieta y en específico de los componentes de carbohidratos fermentables de la dieta, los cuales son fermentados por la microflora de la placa hasta obtener ácidos orgánicos (ácido láctico y ácido acético), actuando en conjunto con los dientes.¹²

-Enfermedad periodontal: es un trastorno crónico prolongado, lesión degenerativa, no inflamatoria del periodonto que se presenta por acúmulo de cálculo sobre los dientes y conduce a la migración, aflojamiento y exfoliación de los mismos.¹³

-Maloclusiones: malposición y contacto deficiente de los dientes maxilares superiores e inferiores que interfiere con la mayor eficiencia durante los movimientos de desplazamiento del maxilar inferior, que son esenciales para la masticación.¹⁴

-Parálisis cerebral: trastorno del sistema nervioso que se manifiesta en varios tipos de disfunciones neuromusculares, como espasticidad, atetosis, ataxia, rigidez o temblores. Pudieron presentarse en el feto en crecimiento o en la primera infancia.^{15,6}



-Conocimiento: operación intelectual mediante la cual se establece la acción y la relación entre el sujeto y un objeto de forma que el primero dispone y utiliza, en relación con el segundo, técnicas encaminadas a determinar su naturaleza.¹⁶

-Atención: es el comportamiento voluntario o involuntario que adopta el individuo, por el que determinados contenidos constituyen el centro de su vida consiente.¹⁶

7. PLAN DE ANÁLISIS

Para las variables epidemiológicas como caries dental, enfermedad periodontal, maloclusiones, edad, parálisis cerebral, conocimientos y atención dental se reportó por medio de frecuencia y porcentajes.



8. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de la evaluación que se realizó en el Centro de Estudios y Atención Psicológica “CEAPAC” por medio de una encuesta respecto a salud bucal, a una muestra de padres de menores con Parálisis Cerebral, constituida por 18 mamás, 1 papá y 1 tutor.; un total de 20 padres de familia.

La distribución porcentual del género de los niños fue de 65% masculino y 35% femenino.

Las siguientes tablas es el resultado comparativo de la encuesta antes y después de la plática que se impartió respecto a salud bucal.

En la tabla 1 podemos observar la muestra que respondió la primera y segunda encuesta la cual está constituida por un 90% de mamás y sólo un 5% de papás.

Tabla 1. Distribución porcentual de la respuesta: ¿Quién responde la encuesta?		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Mamá	18	90%
Papá	1	5%
Tutor	1	5%
Otro	0	0%
Total	20	100%

Fuente directa



En la tabla 2 observamos que un 70% de padres estuvieron de acuerdo que la higiene bucal de sus hijos era adecuada y sólo un 20% estuvieron en desacuerdo, mientras que en la tabla 2.1 disminuyó a un 50% los padres que estuvieron de acuerdo y se dio un aumento en los padres que estuvieron en desacuerdo a un 35% respecto a la tabla 2.

Tabla 2. Distribución porcentual de la respuesta: la higiene bucal de su hijo (a) es adecuada.		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	14	70%
No sé	2	10%
En desacuerdo	4	20%
Total	20	100%

Fuente directa

Tabla 2.1 Distribución porcentual de la respuesta: la higiene bucal de su hijo (a) es adecuada.		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	10	50%
No sé	3	15%
En desacuerdo	7	35%
Total	20	100%



Tabla 3 encontramos que el 65% de los padres contestaron que sus hijos si tienen caries dental y el 20% respondieron que no tienen caries, mientras que en la tabla 3.1 aumentó a 70% que si tienen caries dental y disminuyó a 10% la respuesta no tiene caries dental. .

Tabla 3. Distribución porcentual de la respuesta: su hijo(a) tiene caries dental.		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	65%
No sé	3	15%
No	4	20%
Total	20	100%

Fuente directa

Tabla 3.1. Distribución porcentual de la respuesta: su hijo(a) tiene caries dental.		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	14	70 %
No sé	4	20%
No	2	10%
Total	20	100%



Tabla 4 Observamos que la respuesta a la pregunta a su hijo le sangran las encías el 65% de los padres respondieron que no y sólo un 30% respondieron que sí, mientras que en la tabla 4.1 sólo un 20% contestó si y aumentando a 70% respondieron que no.

Tabla 4. Distribución porcentual de la respuesta: A su hijo(a) le sangran las encías.		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	30%
No sé	1	5%
No	13	65%
Total	20	100%

Tabla 4.1. Distribución porcentual de la respuesta: A su hijo(a) le sangran las encías.		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	20%
No sé	2	10%
No	14	70%
Total	20	100%

Fuente directa



Tabla 5 Encontramos que el 55% de los padres si ha recibido información acerca del cuidado de la boca de sus hijos(a), mientras que el 40% no, con respecto a la 5.1 el 100% respondió que si le han dado información.

Tabla 5. Distribución porcentual de la respuesta: Le han dado información de cómo cuidar la boca de su hijo(a).		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	55%
No sé	1	5%
No	8	40%
Total	20	100%

Fuente directa

Tabla 5.1. Distribución porcentual de la respuesta: Le han dado información de cómo cuidar la boca de su hijo(a).		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	100%
No sé	0	0%
No	0	0%
Total	20	100%



Tabla 6 Podemos ver que un 45% de los padres consideran que la información que tienen acerca de la salud bucal no ha sido suficiente y un 35% consideran que si ha sido suficiente, mientras que en la tabla 6.1 se obtuvo un aumento de la respuesta si en un 65% y disminuye a un 10% la respuesta no.

Tabla 6. Distribución porcentual de la respuesta: El conocimiento y la información que tiene acerca de la higiene bucal de su hijo(a) ha sido suficiente.		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	7	35%
No sé	4	20%
No	9	45%
Total	20	100%

Fuente directa

Tabla 6.1. Distribución porcentual de la respuesta: El conocimiento y la información que tiene acerca de la higiene bucal de su hijo(a) ha sido suficiente.		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	65%
No sé	5	25%
No	2	10%
Total	20	100%



Tabla 7. Observamos que un 60% de los padres están de acuerdo que la higiene bucal debe realizarse antes de que se presenten los dientes de leche y sólo un 5% están en desacuerdo. En la tabla 7.1 aumentó a 80% de padres que están de acuerdo y 0% en desacuerdo.

Tabla 7. Distribución porcentual de la respuesta: la higiene bucal debe realizarse antes de que se presenten los dientes de leche en la boca.		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	12	60%
No sé	7	35%
En desacuerdo	1	5%
Total	20	100%

Tabla 7.1. Distribución porcentual de la respuesta: la higiene bucal debe realizarse antes de que se presenten los dientes de leche en la boca.		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	16	80%
No sé	4	20%
En desacuerdo	0	0%
Total	20	100%

Fuente directa



Tabla 8. Encontramos que el 50% de los padres realizan el cepillado dental de sus hijos y el 50% de los niños se cepillan solos, respecto a la tabla 8.1 se obtuvo un pequeño aumento a 55% en respuesta mamá y disminuyó a 45% la respuesta de hijo.

Tabla 8 Distribución porcentual de la respuesta: ¿Quién realiza el cepillado dental de su hijo(a)?		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Mamá	10	50%
Papá	0	0%
Hijo	10	50%
Otro	0	0%
Total	20	100%

Tabla 8.1. Distribución porcentual de la respuesta: ¿Quién realiza el cepillado dental de su hijo(a)?		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Mamá	11	55%
Papá	0	0%
Hijo	9	45%
Otro	0	0%
Total	20	100%

Fuente directa



En la tabla 9. Observamos que el 55% de los niños se cepilla los dientes 2 veces al día y sólo el 10% se cepilla 3 veces al día, en la tabla 9.1 observamos un aumento a 75% de la respuesta 2 veces se cepillan los dientes y en la respuesta 3 veces aumentó a 15%.

Tabla 9. Distribución porcentual de la respuesta: ¿Cuántas veces cepilla los dientes de su hijo(a)?		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1 vez	7	35%
2 veces	11	55%
3 veces	2	10%
Ninguna	0	0%
Total	20	100%

Tabla 9.1. Distribución porcentual de la respuesta: ¿Cuántas veces cepilla los dientes de su hijo(a)?		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1 vez	2	10%
2 veces	15	75%
3 veces	3	15%
Ninguna	0	0%
Total	20	100%

Fuente directa



En la Tabla 10. El 90% de los niños utiliza pasta y cepillo para realizar su higiene dental y sólo el 5% utilizan hilo dental y enjuague bucal. Respecto a la tabla 10.1 no se observaron cambios permanecieron los mismos porcentajes.

Tabla 10. Distribución porcentual de la respuesta: ¿Qué utiliza para realizar el cepillado dental?		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
cepillo	0	0%
cepillo y pasta	18	90%
hilo dental	1	5%
enjuague bucal	1	5%
no los uso	0	0%
Total	20	100%

Tabla 10.1 Distribución porcentual de la respuesta: ¿Qué utiliza para realizar el cepillado dental?		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
cepillo	0	0%
cepillo y pasta	18	90%
hilo dental	1	5%
enjuague bucal	1	5%
no los uso	0	0%
Total	20	100%

Fuente directa



Tabla 11. El 100% de los niños utilizan pasta dental para su higiene bucal, en la tabla 11.1 se mantuvo el mismo porcentaje no se registraron cambios.

Tabla 11. Distribución porcentual de la respuesta: ¿Utiliza pasta dental?		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	100%
No	0	0%
Total	20	100%

Tabla 11.1. Distribución porcentual de la respuesta: ¿Utiliza pasta dental?		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	100%
No	0	0%
Total	20	100%

Fuente directa



Tabla 12. El 80% de los padres están de acuerdo que el consumo de dulces afecta la salud bucal de sus hijos y el 20% no saben, mientras que en la tabla 12.1 aumentó a 95% los que están de acuerdo disminuyendo a un 5% que respondió no sé.

Tabla 12. Distribución porcentual de la respuesta: Consumir dulces afecta la salud bucal de su hijo (a).		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	16	80%
No sé	4	20%
En desacuerdo	0	0%
Total	20	100%

Tabla 12.1. Distribución porcentual de la respuesta: Consumir dulces afecta la salud bucal de su hijo (a).		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	19	95%
No sé	1	5%
En desacuerdo	0	0%
Total	20	100%

Fuente directa



Tabla 13. Encontramos que al 95% de los padres si les preocupa que sus hijos tengan los dientes chuecos y sólo a un 5% no les preocupa. En la tabla 13.1 a un 85% le preocupa que su hijo tenga los dientes chuecos disminuyendo con respecto a la anterior que había sido de 95% y 10% no le preocupa aumentando de 5 a 10%.

Tabla 13. Distribución porcentual de la respuesta: Le preocupa que su hijo (a) tenga los dientes chuecos.		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
SI	19	95%
No sé	0	0%
No	1	5%
Total	20	100%

Tabla 13.1 Distribución porcentual de la respuesta: Le preocupa que su hijo (a) tenga los dientes chuecos.		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
SI	17	85%
No sé	1	5%
No	2	10%
Total	20	100%

Fuente directa



Tabla 14. Observamos que un 55% contestó que no tienen hábitos perniciosos mientras que un 45% si los tienen. En la tabla 14.1. Se obtuvo un 50% que afirmaron que su hijo si tiene un hábito pernicioso aumentando respecto a la primera encuesta un 5% y 35% contestaron que no disminuyendo respecto a la primera encuesta.

Tabla 14. Distribución porcentual de la respuesta: Su hijo (a) acostumbra chuparse el dedo o algún otro objeto.		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
SI	9	45%
No sé	0	0%
No	11	55%
Total	20	100%

Tabla 14.1. Distribución porcentual de la respuesta: Su hijo (a) acostumbra chuparse el dedo o algún otro objeto.		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
SI	10	50%
No sé	7	15%
No	3	35%
Total	20	100%

Fuente directa



Tabla 15. A 95% de los padres si les gustaría aprender a realizar un aditamento para el cepillo dental de sus hijos y 5% no sabe. Tabla 15. 1 El 80% de los padres respondieron que si les gustaría aprender a realizar un aditamento para el cepillo dental y sólo el 5% dijo que no. Disminuyendo el porcentaje en los 2 casos respecto a la primera encuesta.

Tabla 15. Distribución porcentual de la respuesta: Le gustaría aprender cómo realizar un aditamento para el cepillo dental y así facilitar el cepillado de su hijo (a).		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
SI	19	95%
No sé	1	5%
No	0	0%
Total	20	100%

Fuente directa

Tabla 15.1 Distribución porcentual de la respuesta: Le gustaría aprender cómo realizar un aditamento para el cepillo dental y así facilitar el cepillado de su hijo (a).		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
SI	16	80%
No sé	3	15%
No	1	5%
Total	20	100%



Tabla 16.El 85% de los niños no toma ningún medicamento mientras que el 15% si toman medicamentos.

Tabla 16.1 Se observa un aumento de la respuesta, toma medicamento su hijo de un 15 a un 30% respondieron que sí y un 70% no, esto debido a que toman el medicamento por periodos lo comentaron sus padres.

Tabla 16.Distribución porcentual de la respuesta: ¿Su hijo (a) toma algún medicamento?		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	15%
No	17	85%
Total	20	100%

Fuente directa

Tabla16.1 Distribución porcentual de la respuesta: ¿Su hijo (a) toma algún medicamento?		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	30%
No	14	70%
Total	20	100%



Tabla 17. El 55% de los niños si ha presentado dolor dental mientras que el 45% no lo ha presentado. Tabla 17.1 Se observó que se mantuvo el 55% de los padres que afirmaron que su hijo si había presentado alguna vez dolor dental, mientras que aumentó de 0 a 10% los que no sabían.

Tabla 17. Distribución porcentual de la respuesta: ¿Alguna vez su hijo(a) ha presentado dolor dental?		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	55%
No sé	0	0%
No	10	45%
Total	20	100%

Tabla 17.1. Distribución porcentual de la respuesta: ¿Alguna vez su hijo(a) ha presentado dolor dental?		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	55%
No sé	2	10%
No	7	35%
Total	20	100%

Fuente directa



En la Tabla 18. El 65% de los niños acuden a atención dental particular y el 25% es derechohabiente del IMSS.

Tabla 18. Distribución porcentual de la respuesta: Es derechohabiente de alguna institución.		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
IMSS	5	25%
ISSSTE	1	5%
SEDENA	0	0%
SALUBRIDAD	0	0%
PARTICULAR	13	65%
Otra	1	5%
Total	20	100%

Fuente directa



9. DISCUSIÓN

Con base a esta evaluación y de acuerdo a los resultados que se presentaron coincidimos con Caballero quién realizó un estudio a niños con discapacidad e identificó los principales factores de riesgo a los que están expuestos y las enfermedades bucales más frecuentes que pueden se presentar como caries dental, enfermedad periodontal, maloclusiones. Debido a su incapacidad de realizar una higiene dental adecuada se manifiestan estas patologías por lo que se requiere la instauración de un programa de salud especial no sólo para las personas que puedan realizar de manera independiente su aseo bucal sino también para los padres y las personas que están a cargo de ellos. Por ello se considera necesario que se implemente un programa de salud bucal en CEAPAC Institución en la que se realizó la evaluación.

Di Nasso propone la necesidad de capacitar a las personas que se encuentren a cargo de las personas con discapacidad para de esta forma se adopten actitudes y se instauren hábitos positivos. Así como hacer conciencia del compromiso que como padres tienen para lograr que sus hijos gocen de una salud bucal integral.



10. CONCLUSIONES

En la actualidad la prevención y la educación de la salud bucal son fundamentales para que el ser humano pueda gozar de una excelente salud en un niño con Parálisis Cerebral (PC) se deben duplicar estas medidas, ya que las características físicas hacen que sean más susceptibles a padecer alguna enfermedad bucal.

La cooperación y el compromiso del Odontólogo y sobre todo de los padres serán la clave para que el niño tenga buenos hábitos de higiene. Por esta razón en este trabajo se realizó un evaluación de los conocimientos que tenían los padres de los niños, porque en muchas ocasiones no se tiene la información necesaria para tomar las medidas de higiene necesarias o si se tiene y no es correcta no vamos a obtener éxito en la higiene bucal de los niños.

Por ello es importante hacer conciencia en los padres de la prevención, de las enfermedades bucales y de las consecuencias que estas nos puedan traer y esta manera se le pueda brindar al niño la atención necesaria, dándoles a conocer que la salud bucal forma parte de nuestra salud integral.

Es necesario que a los padres se les brinde la información necesaria de manera frecuente para que adopten actitudes y cambios positivos, puesto que en la muestra de padres que se evaluó en CEAPAC se observó que los conocimientos que tenían eran deficientes y en algunos casos erróneos, en otros casos aunque los padres contaban con mayor información no lo ponía en práctica por la dificultad que representaba realizar la higiene bucal de sus hijos.



Hoy en día existe una amplia deficiencia en la atención del paciente con discapacidad (PC) debido a la falta de información y conocimiento por parte de los profesionales de la salud.



11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Apoplejía.
<http://www.ninds.nih.gov/>
- 2.- Revista Odontológica Mexicana. El servicio social en las comunidades rurales. Atención a grupos indígenas y personas con discapacidad. Vol. 9 Núm.2 2 de Junio de 2006 pp.107-110.
- 3.- Harris N, Franklin. Odontología Preventiva Primaria 2ª Edición. Edit. Manual Moderno. 2005.
- 4.- Dominick P. de Paola H, Gordon Cheney. Odontología Preventiva. Edit. Mundi Saicy F. 1981.
- 5.- Di Nasso P. Análisis de la educación para la salud bucal en Niños con discapacidad. Un colectivo vulnerable, una propuesta inclusiva. Segunda parte. 2009
- 6.- Sdney B. Finn Odontología Pediátrica. Dr. Editorial Interamericana.1973.
- 7.- Ralph E. Mc Donald R. Avery, Mosby .Odontología Pediátrica y del Adolescente. Sexta edición. Doyma Libros 1995.
- 8.- Caballero H, Salud bucal en niños discapacitados . Odontologia y Estomatologia , Medicina Preventiva y Salud Publica , Medicina Familiar y Atención Primaria.2009.
- 9.- Silvestre FJ, Plaza A. Odontología en pacientes especiales. Universitat de Valencia. 2007.



10.- Zeldin Ari, Bazzano.Parálisis Cerebral: Esperanza en la investigación.Oct 28,2010.

<http://emedicine.medscape.com/article/1179555-overview>

11.- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000716.htm>

12.- Irleand Robert. Higiene dental y tratamiento. Edit. Manual Moderno 2008.

13.- Dorland.Diccionario médico.edt.Interamericana Mc Graw-Hill 23 edició, 1991. Maloclusiones.

14.- Forbes,Charles D.Medicina Interna. Mosby. 1994.

15.- Redacción PAL. Diccionario de Psicología, Edit. Bolsillo Mensajero. 3ra. Edición.1998.

16.- [www.http.cuidadoinfantil.net](http://www.cuidadoinfantil.net)

17- Lozada, M,S. Salud bucodental en pacientes con discapacidad .Universidad de Valencia, España.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
JEFATURA DE ODONTOLOGIA
PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA
Oficio: 02/02/11
Asunto: Solicitud de apoyo

Mtra. Sergio López Ramos
Director CEAPAC (Centro de Estudios y Atención Psicológica)
p r e s e n t e

Por este conducto, la que suscribe Dra. Arcelia Meléndez Ocampo, Jefe del Departamento de Odontología Preventiva y Salud Pública de la Facultad me dirijo a ud para solicitar su apoyo a fin de que la pasante de Odontología Sonia Olvera Soriano quien está inscrita en el Seminario de Titulación en Epidemiología y Salud Pública, pueda realizar su trabajo de tesis en la institución a su digno cargo levantando información sobre diferentes aspectos de autocuidado bucodental y aspectos clínicos de caries.

Asimismo le informo que la citada alumna estaría en la disponibilidad de impartir una plática sobre aspectos clínico preventivos de caries dental dirigida a adultos.

Sin otro particular, agradezco la atención que se sirva prestar a la presente y hago propia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad Universitaria, DF a 3 de febrero del 2011.


Dra. Arcelia Meléndez Ocampo
Jefatura



CENTRO DE ESTUDIOS Y ATENCION
PSICOLOGICA, I. C.
R. F. C. CEA - 870210 C/P 6
CALLE CAPULIN No. 1
COL. HANK GONZALEZ, EDO. DE MEX.
TEL. 569-96-61 C.P. 55520



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

-EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS EN RELACIÓN A SALUD BUCAL DE UNA MUESTRA DE PADRES DE MENORES DISCAPACITADOS-

Sexo: 1. Masculino 2. Femenino Edad: No. de Iden.

¿Quién responde la encuesta?

1 Mamá 2 Papá 3 Tutor 4 Otro _____

1.- Considera que la higiene bucal de su hijo(a) es adecuada.

1 De acuerdo 2 No sé 3 En desacuerdo

2.- Sabe si su hijo(a) tiene caries.

1 Si 2 No sé 3 No

3.- A su hijo(a) le sangran las encías.

1 Si 2 No sé 3 No

4.- Le han dado información de cómo cuidar la boca de su hijo(a).

1 Si 2 No sé 3 No

5.- El conocimiento y la información que tiene acerca de la higiene bucal de su hijo(a)

ha sido suficiente para el cuidado de su boca.

1 De acuerdo 2 No sé 3 En desacuerdo

6.- Considera que la higiene bucal debe realizarse antes de que se presenten los

Dientes de leche en la boca.

1 De acuerdo 2 No sé 3 En desacuerdo

7.- ¿Quién realiza el cepillado dental de su hijo(a)?

1 Mamá 2 Papá 3 Su propio hijo(a) 4 Otra persona especifique _____

8.- ¿Cuántas veces se cepilla los dientes su hijo(a)?

1. 1 vez 2. 2 veces 3. 3 veces 4. Ninguna

9.- ¿Qué utiliza para realizar el cepillado dental?

1 cepillo 2 cepillo y pasta 3hilo dental 4 enjuague bucal 5 no los uso

10.- ¿ Utiliza pasta dental? 1. Si 2.. No

¿cuál? _____

¿Qué cantidad utiliza?_____

11.- Consumir dulces considera que afecta la salud bucal de su hijo (a).

1 De acuerdo 2 No sé 3 En desacuerdo

12.- Le preocupa que su hijo (a) tenga los dientes chuecos.

1 Si 2 No sé 3 No

13.- Su hijo(a) acostumbra a chuparse el dedo o algún otro objeto

1 Si 2 No sé 3 No

Si su respuesta es sí especifique ¿cuál ? _____

14.- Le gustaría aprender cómo realizar un aditamento para el cepillo dental para facilitar el cepillado dental de su hijo (a).

1 Si 2 No sé 3 No

15.- Su hijo toma algún medicamento ¿cuál? y en ¿qué presentación?

16.- Alguna vez su hijo (a) ha presentado dolor dental.

1 Si 2 No sé 3 No

Si es afirmativo que hizo: _____

17.- Es derechohabiente de alguna institución de salud.

1 IMSS 2 ISSSTE 3 SEDENA 4SALUBRIDAD 5 PARTICULAR

6 UNAM 7 Otra, especifique _____

Dudas: _____

CUIDA LA SALUD BUCAL DE TU HIJO (A)



Un niño con capacidades diferentes requiere de un cuidado especial, para que pueda tener una boca sana.

LA SALUD BUCAL ES PARTE INTEGRAL DE LA SALUD GENERAL, POR TANTO SIGNIFICA MUCHO MÁS QUE DIENTES SANOS.

Algunas razones por la que debes cuidar tu salud bucal de tu hijo(a).



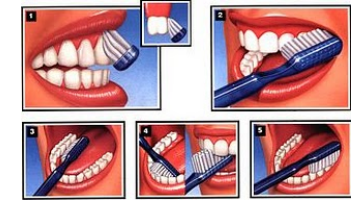
- La caries dental y la enfermedad periodontal son infecciosas y contagiosas. Los niños con una higiene dental deficiente son más susceptibles a padecerlas.
- La evolución y afecciones en dientes y encías genera destrucción y/o pérdida de piezas dentales.
- La pérdida dental produce trastornos en la masticación y en la articulación responsable de la misma.
- La estética se ve perjudicada por afecciones bucales.

Por lo cual la higiene bucal empieza antes de la erupción del primer diente. Con una gasa remover restos de leche y alimento de las encías.



Algunos cuidados para conservar la salud bucal:

Cepillado dental



- Colocarse detrás del niño ya sentado en una silla de respaldo recto, así estabiliza su cabeza y puede realizar el cepillado con facilidad.
- Acostar al niño en el sofá o en la cama con la cabeza sobre las piernas sujetándola.
- Cuando el niño sea de difícil control se recomienda que una persona lo sujete y otra realice el cepillado.
- Es necesarios que los padres supervisen la higiene que su hijo realiza y de no ser la adecuada complementarla.



- El cepillado debe realizarse de 2 a 3 minutos 10 veces por cada dos dientes. Cepílese 3 veces al día después de cada comida o después de tomar algún medicamento (jarabes) ya que contienen alta cantidad de azúcares.
- La cantidad de pasta adecuada que se debe poner al cepillo es una gota del tamaño de un chicharo, vigilar que no se ingiera.

El cepillo dental debe ser de cerdas suaves, cambiarlo cada 3 meses o cuando las cerdas estén abiertas y se debe combinar con la pasta dental que contenga fluoruro y el hilo dental.

Para que el niño pueda manipular el cepillo se puede modificar el mango con una pelota, esponja, manubrio de bicicleta, etc.

Puede utilizar cepillo eléctrico

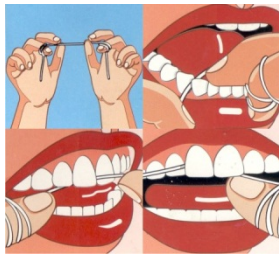


Uso de hilo dental

-Remueve la placa dentobacteriana y los restos de alimento.

-Llega hasta donde el cepillo no alcanza por el grosor de las cerdas.

-Si no se usa hilo dental, se está haciendo sólo la mitad del trabajo para mantener limpios los dientes y encía.



La dieta adecuada es esencial para un buen programa preventivo en los niños con necesidades especiales.

Evitar el consumo de alimentos ricos en azúcares, refrescos, dulces, papas fritas, alimentos pegajosos, etc., sobre todo entre comidas.

Ya que el consumo de estos alimentos hará que los niños sean más susceptibles a padecer caries, gingivitis, periodontitis, maloclusiones, traumatismos, etc.



Sustituirlos por alimentos más saludables (frutas, verduras, yogurt, leche, etc.)



Los padres deben procurar que los niños adquieran hábitos alimenticios y de higiene bucodental adecuados, que les permitan mantener sus dientes sanos en la edad adulta.



Es necesario supervisar a los niños para asegurarse de que realizan adecuadamente las técnicas de higiene.

Visita a tu dentista cada 6 meses.



La boca sana es parte fundamental de la salud integral.

