

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TÍTULO

"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE SALUD BUCODENTAL DE PADRES DE NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL, EN EL CENTRO DE DESARROLLO Y EDUCACIÓN ESPECIAL "EL ÁNGEL" (CADE) PERÍODO MARZO-JULIO 2016".

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE ODONTÓLOGA

AUTORA:

Tannya Estefanía Romero Mogrovejo

DIRECTOR DE TESIS:

Dra. Deisy Patricia Saraguro Ortega, Mg. Sc.

Loja – Ecuador 2016 **CERTIFICACIÓN**

Loja, 08 de Septiembre de 2016

Dra. Deisy Patricia Saraguro Ortega, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICO:

Que la presente tesis titulada: "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE SALUD BUCODENTAL DE PADRES DE NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL, EN EL CENTRO DE DESARROLLO Y EDUCACIÓN ESPECIAL "EL ÁNGEL" (CADE) PERÍODO MARZO-JULIO 2016", elaborada por la Srta. Tannya Estefania Romero Mogrovejo, ha sido dirigida y ejecutada bajo mi dirección y supervisión, por tanto apruebo su estructura y contenido, la misma que reúne los requisitos que exige el régimen académico de la Universidad Nacional de Loja, certificando su autenticidad y autorizo su presentación,

Dra. Deisy Patricia Saraguro Ortega, Mg. Sc.

sustentación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.

DIRECTORA DE TESIS

ii

AUTORÍA

Yo, Tannya Estefania Romero Mogrovejo, declaro ser autora del presente trabajo de tesis

y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja, a sus representantes jurídicos de

reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi

tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

AUTORA: Tannya Estefanía Romero Mogrovejo

FIRMA: Jannya homero

CÉDULA: 1104752694

FECHA: 08 de Septiembre de 2016

iii

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Tannya Estefania Romero Mogrovejo, declaro ser autor de la tesis titulada, "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE SALUD BUCODENTAL DE PADRES DE NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL, EN EL CENTRO DE DESARROLLO Y EDUCACIÓN ESPECIAL "EL ÁNGEL" (CADE) PERÍODO MARZO-JULIO 2016"; como requisito para optar al grado de Odontólogo; autorizamos al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con los cuales tenga convenio la Universidad Nacional de Loja.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, mes de Julio del dos mil dieciséis, firma de la autora.

FIRMA:

AUTORA: Tannya Estefania Romero Mogrovejo

CEDULA: 1104752694

DIRECCIÓN: Loja, Cdla. La Pradera

CORREO ELECTRÓNICO: pepita_0808@hotmail.com TELÉFONO: 2101025 CELULAR: 0987507972

DATOS COMPLEMENTARIOS

DIRECTORA DE TESIS: Dra. Deisy Patricia Saraguro Ortega, Mg. Sc.

TRIBUNAL DE GRADO:

Dra. Esp. Ana María Granda Loaiza.

Odont. Esp. Zulema de la Nube Castillo Guarnizo.

Odont. Esp. María Rosa Morales Campana.

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico con mucho orgullo y satisfacción a Dios, escritor principal de mis logros; a mis padres Tannya y Marco, que han sido los autores de mis alegrías, gracias por darme una carrera para mi futuro y por creer en mí; siempre de la mano de Dios han estado apoyándome y guiándome brindándome todo su amor, los amo con todo mi corazón y este trabajo es para ustedes fruto de la confianza que me brindaron; a mis hermanos: Rubén, Marco, Jhon, Stalin, y Bagner, que han sido mi compañía y apoyo en cada paso de mi vida; a mi cuñada Gabriela y mis sobrinos: Valentina, Joaquín, Sara, Marco, Salomé y Ana Victoria, que alegran mi existencia con su cariño, apoyo y comprensión. Sin olvidar a mí mejor amiga Verónica Alexandra, eres esa hermana de vida que se ha convertido en mi mano derecha, siempre has estado a mi lado en cada momento con voz de aliento cuando más lo he necesitado. Y a todos mis compañeros de aula que han llegado a ser mis hermanos de vida.

Tannya Estefanía Romero Mogrovejo

AUTORA

AGRADECIMIENTO

Inicialmente le agradezco a Dios, por concederme el don del discernimiento, sabiduría, pero sobre todo el de la perseverancia, que con cada tropiezo me ha dado la fuerza para seguir adelante y no desfallecer.

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy. A mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos. A mis hermanos por estar siempre presentes, acompañándome para poderme realizar. No puedo dejar de agradecerle a mi cuñada por sus consejos y sabiduría compartida conmigo desde el momento que formó parte de mi vida, y gracias a ella soy la tía de seis hermosos angelitos, que han llegado a iluminar de tal manera mi existencia que una vida sin ellos no fuera vida, y sin duda alguna les agradezco por ser parte de mis triunfos.

Mi agradecimiento muy especial a la Dra. Deisy Saraguro, por su asesoría constante durante todo el desarrollo de la tesis, más que una docente ha sabido ser una amiga incondicional, gracias por sus consejos apoyo y la confianza depositada.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, quiero darles las gracias por formar parte de mis logros, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

LA AUTORA

INDICE

TÍTULO	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA I	₋ A
CONSULTA, REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACION	
ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO	iv
DEDICATORIA	v
INDICE	vii
a. TÍTULO	1
b. RESUMEN	2
SUMMARY	3
c. INTRODUCCION	4
d. REVISIÓN DE LITERATURA	7
ANTECEDENTES	7
Historia	7
CAPÍTULO I.	9
1.1 BASES TEÓRICAS	9
1.1.1. Nivel De Conocimiento	9
1.1.2. Parálisis Cerebral Infantil (PCI)	9
1.1.2.1. Clasificación de la PCI e Impacto en el Complejo Orofacial	10
1.1.3. PCI y la Salud Oral	15

	1.1.3.1.	Placa Bacteriana	. 15
	1.1.3.2.	Caries	.16
	1.1.3.3.	Enfermedad Periodontal	17
	1.1.4.	Factores De Riesgo en la Salud Bucodentaria en Niños con PCI	18
	1.1.5.	Prevención de Enfermedades Bucales en Niños con PCI	19
CAPÍT	ULO II.		.21
	2.1 A	Actitudes de Padres en la Salud Oral	.21
	2.1.1.	Actitud en Salud Oral	.21
	2.1.2.	Actitud y Atención en Salud Oral	.21
	2.1.3.	Importancia de la Salud Oral en Niños con PCI	.22
	2.1.3.1.	Reemplazo del Cepillo Dental	.22
	2.1.3.2.	Importancia De La Visita Al Odontólogo	.22
CAPÍT	ULO III.		.25
	3.1 P	Prácticas de Salud Oral de los Padres de Niños con PCI	.25
	3.1.1.	Práctica	.25
	3.1.2.	Hábitos de Higiene Oral de Padres de Niños con PCI	.25
	3.1.2.1.	Tiempo y Frecuencia del Cepillado Dental	.25
	3.1.2.2.	Alimentación en Niños con PCI	.26
	3.1.2.3.	Recomendaciones Dietéticas para Niños con PCI	.28
	3.1.3.	Higiene Bucal en Niños con PCI	.30
	3.1.4.	Elementos Para la Higiene Dental para Niños con Parálisis Cerebral	.31
	3.1.4.1.	Cepillo Dental	.31
	3.1.4.2. Cerebra	Pasta Dental, Enjuagues y Uso del Hilo Dental Para Niños con Parálisis 1.36	
	3.1.5.	Suplementos de Prevención para la Salud Oral en Niños con PCI	.38
	3.1.6. cerebral	Consideraciones de los Padres para Cepillado Dental en Niños con Paráli . 39	sis
	3.1.7.	Técnica de Cepillado Dental para Niños Con Parálisis Cerebral	.41
	3.1.8.	Cepillado De Dientes Según El Grado De Ayuda	.42
	3.1.9.	Problemas que Pueden Ocurrir Durante el Cepillado en un Niño con PCI	•
	- como s	uperarlos	.46

e.	MATERIALES Y MÉTODOS	50
f.	RESULTADOS	50
g.	DISCUSIÓN	53
h.	CONCLUSIONES	56
i.	RECOMENDACIONES	57
j.	REFERECIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
k.	ANEXOS	63

a. TÍTULO

"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE SALUD BUCODENTAL DE PADRES DE NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL, EN EL CENTRO DE DESARROLLO Y EDUCACIÓN ESPECIAL "EL ÁNGEL" (CADE) PERÍODO MARZO-JULIO 2016".

b. RESUMEN

El nivel de conocimientos de salud oral de padres de niños con parálisis cerebral, es

importante debido a que estos niños requieren ser apoyados para realizar la higiene bucal,

ya que sus necesidades especiales limitan la adecuada remoción de placa dentobacteriana,

llevando consigo el desarrollo de enfermedades orales de alta prevalencia en esta

población, caries dental y enfermedad periodontal.

Por tal motivo en la presente investigación se propuso identificar los conocimientos,

actitudes y prácticas de salud bucodental de padres de niños con parálisis cerebral, en el

Centro de Desarrollo y educación Especial "El Ángel". Se realizó un estudio de tipo

descriptivo-transversal, con la aplicación de una encuesta. La muestra estuvo conformada

por 50 padres, tutores y/o cuidadores de niños (as) con parálisis cerebral.

Este estudio determinó que el 33.33% de la población total presentó un nivel de

conocimiento entre aceptable y muy bueno en cuanto a la importancia de la salud oral; el

45.05% fué excelente en cuanto a las actitudes en salud oral; y el 57.01% aceptable en

cuanto a la práctica en salud oral.

Palabras Claves: parálisis cerebral, conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral.

2

SUMMARY

The level of knowledge about oral health in parents whose children suffer of cerebral

palsy, is important due to the fact that those children require help to do their mouth

hygiene because their special needs limit the appropriate cleaning of the dental bacterial

plaque, which brings the development of oral diseases of a large presence in this

population, like the dental cavities and the periodontal disease.

For that reason the proposal in this research is to identify knowledge, attitudes and

practices of oral health of parents with children with cerebral palsy; in the Development

Center of Special Education "El Angel" a descriptive-transversal study was done through

the application of a survey. The sample was composed of 45 parents, tutors and/or

childcare staff of children with cerebral palsy.

This study determined 33.33 of the total of the studied population showed an acceptable

level of knowledge referring to the importance of oral health; 45.05% was excellent talking

about the attitudes toward health care; and 57.01% was acceptable speaking about the

practice of oral health.

KEY WORDS: cerebral palsy, knowledge, attitudes and oral health practices.

3

c. INTRODUCCION

La OMS define la discapacidad como toda restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad, debido a una deficiencia en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. (Organización Mundial de la Salud, 2012)

Parálisis Cerebral Infantil, es un término usado para describir un grupo de trastornos crónicos que aparecen durante los primeros años de vida, relacionados con el control del movimiento y la postura, debido al daño de una o más partes del cerebro que controlan el movimiento y que por lo general, no empeora con el tiempo. El término "cerebral" se refiere a los hemisferios cerebrales afectados y "parálisis" describe cualquier trastorno que limite el control del movimiento. (García Z. L., 2010)

Los niños con parálisis cerebral, son un grupo vulnerable que depende de la atención de sus padres o de tener un familiar o una persona cerca de ellos, debido a sus limitaciones requieren cuidados en su alimentación, vestimenta, educación e higiene personal. La familia se constituye en una institución base de la sociedad, un ecosistema, el medio natural para el desarrollo de sus miembros y el contexto universal para todas las comunidades. (Serrano, Posse, & Feijoo, 2012)

La prestación de la atención bucodental para los niños con parálisis cerebral requiere conocimientos especializados, una mayor conciencia, y atención. Los proveedores de salud pueden empezar a motivarse y a crear una práctica orientada a atender a niños con parálisis cerebral a través de la aplicación de una filosofía de práctica, la misma que se adquiere una vez que el padre, tutor o encargado de estos niños/as tenga una comprensión clara de las áreas donde puede haber obstáculos para la adecuada práctica de salud oral. (Serrano, P. 2012).

El presente estudio de investigación, fué de suma importancia, considerando la disminución en el desarrollo motriz y mental de los niños/as con parálisis cerebral, que constituyen un grupo vulnerable, requiriendo de la intervención multidisciplinaria, no sólo de profesionales, si no de sus padres, tutores o cuidadores, quiénes son los responsables directos de mantener su salud bucodental, proporcionando las condiciones de higiene bucal adecuadas manteniendo y/o mejorando la calidad de vida de estos niños/as, siendo este grupo de atención el mayor beneficiario del presente estudio.

Con todo lo expuesto anteriormente la presente investigación planteó como objetivo identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucodental de padres de niños con parálisis cerebral en el Centro de Desarrollo y educación Especial "El Ángel"; de la misma forma por medio de los objetivos específicos se planteó identificar el nivel de conocimiento de los padres de niños con parálisis cerebral, en técnicas y herramientas de salud bucodental; conocer las actitudes y prácticas de salud bucodental de padres de niños(as), con parálisis cerebral; y se vió la necesidad de construir un protocolo de atención de salud bucodental, dirigido a padres de niños (as) con parálisis cerebral en el Centro de Desarrollo y educación Especial "El Ángel". El estudio fue de tipo descriptivo-transversal, prospectivo, y bibliográfico.

El estudio fue de tipo descriptivo-transversal, prospectivo, y bibliográfico.

Con estos resultados se concluyó que el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucodental de padres de niños con parálisis cerebral, estuvo entre excelente, aceptable y muy bueno; existiendo la necesidad de abordaje en las diferentes estrategias y métodos que deben realizar los padres para poder mantener la salud oral de sus hijos, específicamente cuando nos referimos a técnicas de cepillado de acuerdo al grado de

discapacidad, se trata de la selección de la técnica adecuada de acuerdo al tipo de Parálisis Cerebral que presente su hijo/a.

La realización de esta investigación pretende contribuir a reforzar los conocimientos y desarrollo de adecuadas técnicas para la práctica de la higiene oral, encaminada a la conservación y mejoramiento de la calidad de vida en este grupo vulnerable, efectuando un proceso de aprendizaje acorde a las capacidades de los mismos y con ello poder reducir la prevalencia de las enfermedades bucodentales.

d. REVISIÓN DE LITERATURA

ANTECEDENTES

Historia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), dos terceras partes de la población con discapacidad no reciben atención bucodental alguna; a pesar de la mayor prevalencia que tienen estas personas de padecer enfermedades bucodentales. Debido a que la higiene bucal es deficiente, por las alteraciones físicas y psíquicas que impiden realizar un cepillado eficaz, a las dietas que suelen ser blandas y pegajosas, a la ingesta de fármacos y a las pocas visitas de control odontológico; la incidencia de caries, enfermedad periodontal y maloclusiones; es mayor que en el resto de la población. (OMS, 2012). Es importante cambiar los paradigmas de la odontología actual y tener una capacitación adecuada que permita la salud bucodental de estos pacientes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud oral como la ausencia de enfermedades y trastornos que afectan: boca, cavidad bucal y dientes, como cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental, dolor orofacial crónico, entre otros. (OMS, 2012)

La causa más frecuente de discapacidad motora y principal motivo de discapacidad física grave en los niños es la Parálisis Cerebral. Se estima que afecta de 2 a 3 de cada 1000 niños nacidos vivos. (OMS, 2012)

La Parálisis Cerebral es una enfermedad crónica del sistema neuromuscular, resultado de un temprano daño cerebral. Con el término Parálisis Cerebral nos referimos a una

alteración donde aparece: perturbación del tono muscular, la postura y el movimiento, pudiéndose asociar: problemas clínicos, sensoriales, perceptivos y de comunicación (Costa de Souza, 2013).

Tal es la magnitud y el impacto de los signos y síntomas que van presentando los niños con Parálisis Cerebral que normalmente la región bucal o mejor dicho el área orofacial no son tenidas en cuenta en un primer momento. Por otro lado, la odontología no ha dado respuesta a las patologías orales que acompañan al niño paralítico cerebral y lamentablemente el impacto visual que se produce hace que se ofrezca como única solución a los problemas odontológicos: la anestesia general, las extracciones dentarias múltiples y en definitiva un niño, futuro adulto desdentado que tendrá, dificultades para comer, hablar, sonreír, etc (Loaiza, A, 2012).

La educación para la salud bucal es fundamental en la construcción de la calidad de vida de los niños. Actuaciones en este sentido están ausentes o podrían incrementarse en calidad, cantidad y pertinencia cuando se trata de niños con discapacidad. Las Escuelas Educativas Especiales, padres, tutores o cuidadores en vinculación con la ciencia odontológica podrían vincularse para impartir promoción de la salud bucal con estrategias, contenidos y metodologías adecuados, trabajando en estrecha relación compartiendo los saberes de ambos (Loaiza, A, 2012). Analizar las condiciones permite evaluar los métodos y proponer mejoras educativas teniendo en cuenta el enfoque de derechos humanos, género, interculturalidad y discapacidad. (OMS, 2012).

CAPÍTULO I.

1.1 BASES TEÓRICAS

1.1.1. Nivel De Conocimiento

"El nivel de conocimiento es la cuantificación por medio de una escala, de los conceptos aprendidos". (Izaguirre, 2012)

"El conocimiento es el acto o efecto de conocer. Es la capacidad del hombre para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas". (Villoro, 2013)

1.1.2. Parálisis Cerebral Infantil (PCI)

Trastorno no progresivo de la movilidad o de la postura que se debe a una lesión o anomalía del desarrollo del cerebro inmaduro. (Ricard, 2010)

La parálisis cerebral es la expresión más común para describir a niños con problemas posturales y del movimiento que normalmente se hacen evidentes en la primera infancia. Describe una secuela resultante de una encefalopatía no progresiva en un cerebro inmaduro, cuya causa puede ser pre, peri o postnatal. (Parálisis cerebral, 2012)

La parálisis cerebral infantil se caracteriza por alteraciones de los sistemas neuromusculares, musculo esqueléticos y sensoriales que son el resultado inmediato de una fisiopatología o consecuencias indirectas desarrolladas para compensar los trastornos. (Arroyo & Fejerman, 2013).

La manifestación del trastorno y la discapacidad resultante cambian a medida que el niño crece, se desarrolla e intenta compensar las dificultades posturales y del movimiento. (Arroyo, J. 2013).

Aunque la denominación "parálisis cerebral infantil" implica un trastorno de la postura y del movimiento, a menudo se puede asociar con retraso mental o dificultades del aprendizaje, alteraciones del lenguaje, trastornos de la audición, epilepsia o alteraciones visuales. (Arroyo, J. 2013).

1.1.2.1. Clasificación de la PCI e Impacto en el Complejo Orofacial

Padres, tutores o cuidadores de niños con PCI deben estar prestos a identificar tempranamente este grado de compromiso y las posibles alteraciones que se presentarán de manera consecuente en la salud dental; estos hallazgos son frecuentes en estos pacientes, y son producto de las frecuentes dificultades para deglutir (sobretodo masticar de manera eficiente y a una velocidad normal) y lo costoso que les resulta efectuar un procedimiento de higiene bucal que asegure la ausencia de patologías, aumentando considerablemente la susceptibilidad a que se presenten lesiones de caries y que se instauren a temprana edad, procesos inflamatorio de encías y tejidos blandos en la cavidad oral (Alisio, 2013).

Espástica:

Aumento excesivo del tono muscular (hipertonía), acompañado de un elevado grado de rigidez muscular (espasticidad), que provoca movimientos exagerados y poco coordinados o armoniosos, especialmente en las piernas, los brazos y/o la espalda. (Arguelles, 2008)

Según (Ricard, 2010) aumento exagerado del tono muscular (hipertonía), movimientos exagerados y poco coordinados. Afecta al 70%-80% de los pacientes.

Es la forma más común y corresponde al 70-80% de los casos de parálisis cerebral. Estos pacientes que en un principio son hipotónicos, con el tiempo desarrollan espasticidad, entendiéndose como tal a la resistencia muscular dependiente de la velocidad del estiramiento pasivo del musculo. (Arroyo, 2013)

A nivel de la región orofacial la rigidez de los músculos provoca: (Alisio, 2013).

- ✓ Sobremordida o mordida cruzada.
- ✓ Interposición lingual o empuje de la lengua hacia adelante.
- ✓ Múltiples lesiones de caries.
- ✓ Hiperplasia gingival
- ✓ Fármacos con gran cantidad de azúcares (anticonvulsivantes).



Figura 1. Parálisis Cerebral Espástica.

Fuente: Http://Atendiendonecesidades.Blogspot.Com/2012/11/Trastornos-Asociados-Discapacidad-Motora.Html

Discinética o Atetósica

Afecta, principalmente, al tono muscular, pasando de estados de hipertonía (elevado tono muscular) a hipotonía (bajo tono muscular). Las alteraciones del tono muscular provocan descoordinación y falta de control de los movimientos, que son retorcidos y lentos. (Arguelles, 2008)

Pasa de hipertonía a hipotonía, movimiento incoordinados, lentos, no controlables. Estos movimientos afectan a las manos, pies, brazos, piernas, en algunos casos músculos de la cara y la lengua, lo que provoca hacer muecas o babear. (Ricard, 2010)

A nivel de la región orofacial la rigidez de los músculos provoca: (Alisio, 2013).

- ✓ Trastornos deglutorios.
- ✓ Dificultad para contener la saliva.
- ✓ Sequedad de la boca (fármacos anticolinérgicos).
- ✓ Procesos de lesiones de caries por disminución de la secreción salival.



Figura 2. Parálisis cerebral Discinética **Fuente:** http://es.slideshare.net/Legnica/parlisis-cerebral-infantil-1042976

Atáxica:

Se caracteriza por una marcha defectuosa, con problemas del equilibrio, y por la descoordinación de la motricidad fina, que dificultan los movimientos rápidos y precisos (por ejemplo, abrocharse un botón). Caminan de forma inestable, separando mucho los pies. Las personas pueden sufrir temblores de intención, es decir, al comenzar algún movimiento voluntario, como coger un libro, se produce un temblor en la parte del cuerpo implicada, en este caso la mano. (Arguelles, 2008)

Sentido defectuoso de la marcha y descoordinación motora tanto fina como gruesa. Forma rara en la que los pacientes caminan inestablemente, poniendo los pies muy separados uno del otro. (Ricard, 2010)

Corresponde al 4% de los casos de parálisis cerebral y ocurre en O, O9 cada mil recién nacidos vivos, se manifiesta con una pérdida del equilibrio, de la coordinación y del control motor fino y suele estar asociado con hipotonía durante los dos primeros años de vida. A partir de entonces el tono muscular comienza a normalizarse. Los niños que alcanzan la marcha caminan aumentando la base de sustentación y tienen algún grado de dismetría. El control motor fino es pobre. Como parte de esta entidad debe mencionarse una variante que es el síndrome del desequilibrio cuyo diagnóstico se elabora a medida que transcurre el tiempo. (Arroyo, 2013)

A nivel de la región orofacial la rigidez de los músculos provoca: (Alisio, 2013).

- Caídas y traumatismos dentoalveolares por alteraciones en su equilibrio.
- Disfunciones neuromusculares.
- Bruxismo.



Figura 3. Parálisis cerebral Atáxica

Mixta:

Lo más frecuente es que las personas con parálisis cerebral presenten una combinación de algunos de los tres tipos anteriores, especialmente, de la espástica y la atetósica. (Ricard, 2010)

Esta entidad se caracteriza por la afectación de la vía piramidal como extrapiramidal. Los pacientes que la padecen pueden tener espasticidad junto con movimientos involuntarios de tipo distónico. También se puede ver pacientes que presentan espasticidad y ataxia. (Beaino & Kaminski, 2010)

Manifiestan diferentes características de los anteriores tipos. La combinación más frecuente es la espasticidad y movimientos atetoides. (Arroyo, J. 2013).



Figura 4. Parálisis cerebral Mixta **Fuente:** http://todossomosuno.com.mx/portal/index.php/tipos-de-paralisis-cerebral/

Según la Parte del Cuerpo Afectada. (Ricard, 2010)

- Hemiplejía o Hemiparesia: Se encuentra afectado uno de los lados del cuerpo.
- **Diplejía o Diparesia.** Se encuentra más afectada la mitad inferior del cuerpo.

Monoplejía o Monoparesia. Se encuentra afectado un solo miembro.

Triplejía o Triparesia. Se encuentran afectados tres miembros.

Cuadriplejía o Cuadriparesia. Se encuentran afectados los cuatro miembros.

Según el Grado de Dependencia. El grado de afectación está determinado por la extensión

de la lesión cerebral: (Ricard, 2010)

Grave: Carece de autonomía para la realización de todas o casi todas las actividades de

la vida diaria (vestirse, comer, asearse), por lo que precisa de la ayuda de otra persona para

poder vivir. Necesitará una silla de ruedas o un equipo especial.

Moderada: Necesita apoyo de una tercera persona para determinadas actividades y/o

ayudas técnicas u ortopédicas como un bastón.

Leve: Es totalmente independiente, aunque parece torpe cuando realiza alguna

actividad.

Según el tono: (Ricard, 2010)

Isotónico: tono normal.

• **Hipertónico:** aumento del tono.

• **Hipotónico:** tono disminuido.

Variable.

1.1.3. PCI y la Salud Oral

1.1.3.1. Placa Bacteriana

Película blanda, pegajosa que se acumula sobre la superficie dental, especialmente en la

parte cervical de los dientes. Se inicia con el depósito inicial de una capa de proteína

salival en la superficie dentaria, a esta película se adhieren los microorganismos presentes

15

en la saliva; es por eso que se habla de la formación de la placa en dos etapas, una etapa inicial que puede comprender un depósito no bacteriano y una segunda que comprenda la fijación de las bacterias. (Sánchez & Romero, 2012)



Figura 5. Placa bacteriana **Fuente:** http://www.odontologiaparabebes.com/pacientesEspeciales.html

1.1.3.2. Caries

La caries es una enfermedad crónica, multifactorial, casi siempre de progreso lento. No es una enfermedad autolimitante, ocasionalmente se detiene (inactiva) y de no intervenirse oportunamente, destruye por completo los dientes. (Bordoni, Escobar, & Castillo, 2010)



Figura 6. Caries.

Fuente: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2015000100016

Las personas con discapacidad severa suelen presentar un elevado número de caries, que en este colectivo puede estar particularmente relacionado con las dificultades de provisión del cuidado de salud oral y de acceso al tratamiento odontológico, y en ocasiones con el contexto socio-económico. (Pérez, Limeres, & Javier, 2012)

1.1.3.3. Enfermedad Periodontal

El grado de incidencia de la enfermedad periodontal (llámese gingivitis y o periodontitis) en los pacientes con parálisis cerebral, es medianamente alto, o al menos sobre la media. Las razones que determinan esta situación tienen relación a la deficiente higiene oral que obedece a las limitaciones físico-motoras de este tipo de pacientes, la presencia de maloclusiones y alteraciones en la posición de dientes, y además, se considera como un factor promotor de las enfermedades periodontales para estos casos, la terapia farmacológica indicada para ellos, que en gran medida, pueden producir como reacción adversa una hiperplasia gingival (por ejemplo, la denitoína, un anticonvulsionante) (García F., 2012).



Figura 7. Enfermedad Periodontal. **Fuente:** http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2015000100016

1.1.4. Factores De Riesgo en la Salud Bucodentaria en Niños con PCI

De manera inherente a la condición de parálisis cerebral infantil, existen ciertas características propias de este cuadro que aumentarán la posibilidad de padecer ciertas patologías orales o aumentarán su gravedad en comparación a la población general. El hecho de conocerlas, ayudará a los padres, tutores o cuidadores a prever la aparición de cuadros patológicos o disminuir en la medida de lo posibles consecuencias. Entre ellas podemos nombrar: (Di Nassio, Patricia., 2012)

- La Actividad neuromuscular provoca problemas al higienizar los dientes, masticar el alimento, formar un bolo alimenticio adecuado en tamaño y consistencia, la salivación y contención de la saliva, la retención alimenticia y el control salival de la caries mediante su capacidad buffer, puede verse afectada por las alteraciones musculares e hipotonías que con frecuencia se presentan en las parálisis cerebrales. Además, un aumento de su función puede contribuir a la formación de facetas de desgaste en pacientes con bruxismo (parálisis cerebral espástica).
- En relación con este aspecto, la marcada limitación motora y dificultades en el control de la motilidad hacen muy complicada la realización de una técnica de cepillado bien realizada y un control eficiente del biofilm mediante la utilización de seda dental u otros elementos auxiliares.
- En relación con la dieta las discapacidades intelectuales, la disfunción neuromuscular, y la hipotonía influyen negativamente en lograr un proceso de alimentación libre de complicaciones, debido a las dificultades que presentar los pacientes a la horade succionar o masticar el alimento. En este sentido, se extiende de sobremanera el tiempo dedicado a la alimentación y el tiempo de

exposición a alimentos cariogénicos, puesto que se mantienen durante largo tiempo en la boca antes de deglutirla (incluso una vez finalizada la comida, por los problemas de cepillado.

• Los edulcorantes presentes en los medicamentos utilizados en la terapia de algunos pacientes con parálisis cerebral, especialmente anticonvulsivantes, incrementan la potencialidad de daño en procesos de instauración de lesiones cariosas y evolución de su gravedad. Además, otro grupo de medicamentos, tales como la fenitoína, estimulan la aparición de cuadros de hiperplasia gingival, aumentando la prevalencia de enfermedades periodontales en los pacientes de parálisis cerebral.

1.1.5. Prevención de Enfermedades Bucales en Niños con PCI

En casa o en el centro educativo, los niños con PCI requieren de una ayuda extra por parte de sus padres, tutores o cuidadores para lograr y mantener una buena salud oral. La atención del niño con PCI está íntimamente relacionada con su patología y su conducta.

La capacidad de comunicarse con un niño es crucial para lograr el éxito del tratamiento dental, ya que necesitan técnicas especializadas para la realización de su higiene oral (Sánchez, A. 2012).

La prevención de enfermedades orales en los niños con parálisis cerebral se basa en los siguientes pilares básicos: (Sánchez, A. 2012)

 Higiene oral desde la erupción del primer diente de leche, dos veces al día. Los padres y/o tutores deben ser capaces de llevar a cabo la higiene bucal de forma rutinaria.

- Capacitación de padres, educadores, monitores y demás profesionales para realizar una adecuada higiene bucal y crear consciencia del impacto de los azúcares en la salud oral del niño.
- Reducir, en la medida de lo posible, la ingesta de alimentos cariogénicos entre comidas. Desaconsejamos enérgicamente el consumo de dulces refinados (chucherías), chocolates, galletas, bollería y zumos industriales por parte de estos niños.
- Solicitar al médico del niño/a la prescripción de medicamentos con el menor contenido posible de sacarosa. De ser posible, tomar los medicamentos con las comidas, y no entre comidas.
- En caso de inhalación de corticosteroides (para niños asmáticos), valorar los beneficios de los enjuagues de flúor posteriores a la toma de los medicamentos.
- Realizar la primera visita al odontopediatra durante el primer año de vida para valorar el riesgo individual tanto de caries como de enfermedad de las encías.
- Someter al niño a una prevención temprana: revisiones periódicas por parte del odontopediatra; enjuagues de flúor (para reforzar el esmalte) o de clorhexidina (antibacterianos); colocación de sellantes de fisuras en superficies dentales susceptibles a la caries, etc.
- Tener a mano el número de urgencias del odontopediatra en caso de algún traumatismo dental.

CAPÍTULO II.

2.1 Actitudes de Padres en la Salud Oral.

2.1.1. Actitud en Salud Oral

La Actitud ha sido definida como la "posición que se asume en una situación, un sentimiento relativamente constante, predisposición y conjunto de creencias en relación con un objeto, persona, comportamiento o situación. (Harris N. O., Odontología Preventiva Primaria, 2011).

2.1.2. Actitud y Atención en Salud Oral

El paciente con PCI presenta diversidad de problemas que requieren un manejo integral interdisciplinario y orientado a la familia. Por ello es necesario mantener el vínculo de prevención y mantenimiento de salir oral por parte de padres, tutores o cuidadores de estos niños de la mano con el odontólogo: (Sánchez, A. 2012)

- Interconsulta con el equipo interdisciplinario
- Motivación reiterativa
- Manejo de la postura al momento del cepillado.
- Tratamiento de la hiperplasia gingival
- Análisis de laboratorio (anemia por aplasia medular por anticonvulsivantes)
- El énfasis del manejo odontológico consiste en lograr la salud bucal del paciente, estado que ayudara a mejorar la función global del mismo, permitiéndole desarrollar estrategias compensatorias y promoviendo su independencia.

2.1.3. Importancia de la Salud Oral en Niños con PCI

El cepillado dental es la principal herramienta para evitar las enfermedades bucales en niños con PCI. Sin embargo, cuando se ve mermada su capacidad para poder realizar la higiene oral, esta se convierte en una tarea difícil (Arranguiz, G.Consuelo, 2014). Por otro lado, sin una adecuada higiene bucal, el niño es vulnerable a la caries y a la enfermedad de las encías (gingivitis), lo cual agrava su cuadro de salud general.

2.1.3.1. Reemplazo del Cepillo Dental

El reemplazo de su cepillo debe realizarse cuando sus cerdas se desgasten o bien cada tres meses. Es importante cambiar el cepillo dental después de un resfriado puesto que las cerdas acumulan gérmenes que pueden provocar una nueva infección (Arranguiz G,Consuelo, 2014).

2.1.3.2. Importancia De La Visita Al Odontólogo

En la consulta dental, la atención del niño con PCI está íntimamente relacionada con su patología y su conducta; ya que el cuidado, y el mantenimiento de la salud bucal de estos depende del diagnóstico precoz para determinar qué tipo de tratamiento se requiere. A pesar de que muchos niños con PC no requieren de un manejo de conducta particular, otros necesitan técnicas más especializadas, anestesia general en algunos casos; es necesario un control permanente y debe ser realizado en intervalos de 6 meses de acuerdo a las necesidades específica de cada uno (Matamaros, M., 2013)



Figura 8. Visita al Odontólogo **Fuente:** http://www.metodoessentis.com/info.php?id=22&idioma=es&sec=144

Es totalmente necesario que exista una primera cita en la cual, el profesional odontólogo y el paciente con PCI, se conozcan, interactúen entre sí, se estudien, se establezcan lazos de confianza con lenguaje físico no oral, se conformen lazos emocionales y se le dé tranquilidad al paciente frente a lo nuevo con el fin de disminuir su ansiedad y miedo y siente las bases para lograr una buena cooperación del paciente que permita un correcto y exhaustivo examen bucal. En este sentido, el trato del profesional hacia el paciente debe tener matices amistosos y respetuosos, de manera sistemática y paulatina con un tono de voz dulce y de baja intensidad, sin parecer impetuoso ni demasiado estricto en su evaluación. Además, el profesional odontólogo debe tener siempre presente que cada uno de estos pacientes tiene sus características particulares, evaluando de manera íntegra las reacciones conductuales, condiciones personales y disposición del paciente frente a la posibilidad de ser examinado y tratado. (Matamaros, M., 2013).

La manera de conocer fehacientemente las capacidades y las limitaciones de cada paciente con PCI en particular, es mediante una entrevista previa con su tutor, médico tratante o sus padres, de modo que nos relaten en forma objetiva y ojalá sucesiva de los logros que ha ido presentando su rehabilitación. La confección de un historial o ficha

médica previa ayudará, sin lugar a duda, el proceso de abordaje del paciente para su examen odontológico y el establecimiento de relaciones cercanas con el paciente. En el proceso de confección de la ficha clínica e historia médica, se debe tener en cuenta la importancia que implica conocer información y antecedentes relacionados al origen de la discapacidad, su severidad, las complicaciones que ha producido en su vida, sus logros alcanzados en terapia, la existencia de otros síndromes o cuadros patológicos y los fármacos que pudiesen estar indicándose leen su rehabilitación. (Matamaros, M., 2013).

CAPÍTULO III.

3.1 Prácticas de Salud Oral de los Padres de Niños con PCI

3.1.1. Práctica

La Práctica, es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos. (García L. A., La Ciencia y la Práctica, 2010)

3.1.2. Hábitos de Higiene Oral de Padres de Niños con PCI

La higiene bucal en conjunto con una dieta saludable y visitas periódicas al dentista nos ayudan a prevenir enfermedades como la caries y problemas de las encías que pueden llevar a nuestros hijos a tener dolor, inflamación y sangrado en sus dientes y encías (Harris N., 2008)

Estas recomendaciones están dirigidas a los padres, tutores o cuidadores de niños con PCI que requieren apoyo total al momento del cepillado de dientes y tienen el propósito de facilitar los cuidados de salud bucal en el hogar, entregando consejos para mantener una buena higiene bucal de estos niños (López Chicharro, 2011)

3.1.2.1. Tiempo y Frecuencia del Cepillado Dental

El cepillado dental debe realizarse tres veces al día, mínimo dos, aplicando la regla después de cada comida esperando media hora más tarde para realizar el cepillado dental. La duración del cepillado dental debe ser como mínimo 5 minutos. (Harris N., 2008).

El cepillado dental debe hacerse de una manera dinámica por ejemplo: (López Chicharro, 2011) (Harris N., 2008).

- Realizar el cepillado de dientes a la misma hora y de la misma manera todos los días para que se transforme en parte de la rutina diaria. Preferible los horarios habituales dedicados a la higiene personal para realizar el cepillado.
- Puede utilizar una canción o melodía que sea del gusto del niño para hacer más agradable el momento de cepillado. Utilizando la creatividad, en relación a las imágenes, colores, sonidos, olores.

3.1.2.2. Alimentación en Niños con PCI

Las personas con PCI, requieren a menudo modificaciones dietéticas, que pueden acrecentar el riesgo de aparición de patología oral. Los problemas masticatorios pueden comportar una baja ingesta de frutas verduras y carnes y muchas comidas trituradas incorporan una gran cantidad de azúcares libres, aumentando en consecuencia su potencial cariogénico. La reducción de la producción de saliva, generalmente de origen medicamentoso, también compromete el proceso de deglución e incrementa el riesgo de caries. Por otra parte, el dolor de origen dental en un paciente con dificultades de comunicación, puede exagerar un comportamiento negativo y comprometer la ingesta. (Pérez, L. 2012)



Figura 9. Alimentación en Niños con PCI **Fuente:** http://www.quiminet.com/articulos/los-beneficios-de-la-fisioterapia-en-el-tratamiento-de-la-paralisis-cerebral-infantil-3678002.htm

Según Puyuelo, Póo, Basil y Le Métayer (2010) las dificultades funcionales de la alimentación que se pueden observar en los niños que tienen parálisis cerebral infantil son:

- Dificultades En La Succión,
- Dificultades para la masticación y la mezcla de los alimentos,
- Dificultades para el movimiento en la boca del bolo alimenticio, y
- Dificultad para la ingesta de líquidos.

La deglución en Niños con PCI

Los líquidos son difíciles de manejar en la boca cuando la capacidad deglutoria esta alterada. Una alternativa para alcanzar la adecuada ingesta de líquidos es consumir alimentos ricos en agua entre las comidas, frutas, compotas, yogures y queso fresco.

El reflujo gastroesofágico, induce el vómito y provoca una acidificación del pH oral que puede ser atribuida cuando el paciente recibe medicación anticonvulsionante aumentando el riesgo de erosión dental. (Pérez, L. 2012)



Figura 10. Alimentación en Niños con PCI **Fuente:** https://paralisiacerebral.wordpress.com/2015/12/02/el-reflujo-gastroesofagico-en-ninos-con-paralisis-cerebral-lo-que-esta-y-que-precauciones-tomar/

Según Cabrera (2009) las características que tienen en la deglución los niños con necesidades educativas especiales, entre los que nos encontramos con niños que tienen parálisis cerebral infantil, son las siguientes:

- Posición inhabitual de la cabeza.
- Deglución más lenta.
- Menor fuerza muscular facial y musculatura de la masticación.
- Reducción de la presión lingual y reflejo tusígeno débil.

3.1.2.3. Recomendaciones Dietéticas para Niños con PCI

En el contexto de la educación en salud oral, el consejo dietético dirigido a padres, tutores o cuidadores de niños con PCI, es prioritario para reducir la incidencia de caries dental, y debe recoger al menos las siguientes propuestas: (Pérez, L. 2012)

- Reducir el número de ingesta de zumos u otros alimentos azucarados, limitándolas si es posible a las comidas principales.
- Promover el consumo de alimentos no cariogénicos.
- Después de una comida con alto contenido de azúcar se debe remover los restos de la cavidad oral, mediante el cepillado dental.
- Restringir el azúcar evitando especialmente los productos en los que el tiempo de permanencia en la boca es prologado como los caramelos.

Alimento	Incluir	Evitar	
Líquidos	Jugos espesos, helados, batidos,	Agua, jugos ligeros, leche,	
	gelatinas.	café	
Carne y pescado	Carnes picadas, pescados sin espinas	Carnes enteras, pescado con	
		espinas	
Huevos	Escalfados, revueltos, tortilla, natillas.	Cocidos	
Frutas	Enlatadas sin semillas, huesos, y	Frutas crudas	
	peladas; frutas en puré, frutas en		
	gelatina.		
Sopas	Sopas espesas	Sopas ligeras o con	
		tropezones	
Postres	Batidos de fruta, gelatinas, natillas,	Pasteles y postres con frutos	
	helados.	secos	

Figura 11. Parálisis Cerebral y alimentación

Fuente: Revista de Educación Especial. Universidad de Almería

Según los siguientes autores, Aranceta, Pérez y García (2012: 188), las recomendaciones energéticas para niños con parálisis cerebral infantil son las siguientes:

- Los niños y niñas con parálisis cerebral necesitan una dieta balanceada que sea especialmente alta en energía, la que viene de la grasa y el aceite. Si sigue esta dieta, su niño o niña estará más fuerte, sano y feliz y podrá hacer más cosas.
- Estos niños y niñas se cansan muy fácilmente, por lo que necesitan pequeñas comidas con más frecuencia; por ejemplo, comer cinco veces al día.
- Como beber es muy difícil, estos niños y niñas necesitan tragos de agua dados a lo largo de todo el día; el equivalente a por lo menos cinco vasos altos. Esto reducirá su constipación y les dará más energía. Consistencia de la comida
- Mientras más sólida sea la comida, más nutritiva es. Sin embargo, como sabemos que estos niños y niñas tienen dificultades para masticar pues no tienen la suficiente

fuerza muscular, necesitamos preparar comida un poco más húmeda y suave, para que ellos y ellas puedan manejarla.

- También necesitamos que toda la comida tenga una misma consistencia, ya que ellos y ellas no pueden manejar una mezcla de distintas cosas en su boca a la vez.
- Tal como la comida sólida les es difícil, los líquidos demasiado espesos también son difíciles para estos niños y niñas, ya que bajan demasiado rápido y pueden irse por el lado equivocado, hacia los pulmones. Los líquidos espesos, por lo tanto, deben ser dados con muchísimo cuidado.
- Comience con comida de consistencia suave no demasiado líquida, no demasiado sólida y nunca mezclando sólidos con líquidos (como sopas con trozos). Cuando su niño o niña vaya desarrollando un mejor control de su lengua y de su boca, puede incrementar el espesor de la comida. Esto los ayudará a aprender a masticar y, luego, quizá pueda ya manejar comidas más sólidas. (Facultad de Odontología de Londres, 2011) (Aranceta, Pérez y García, 2012: 188)

3.1.3. Higiene Bucal en Niños con PCI

Los padres, tutores o cuidadores juegan un papel vital en la salud oral de los niños con PCI. Pero poco se sabe acerca de los métodos de atención orales eficaces en casa; para estos niños que no pueden realizar las prácticas preventivas personales a sí mismos (Asociación Dental Americana, 2016).

El comportamiento y en consecuencia el grado de colaboración, pueden constituir un problema importante a la hora de cepillarse los dientes. De entre las técnicas para la modificación de conducta, la denominada Decir-Mostrar-Hacer se considera la más indicada para instruir en higiene bucodental a los niños con PCI, y en general cualquier

persona con alguna discapacidad que conserve en cierta medida sus habilidades. (Asociación Dental Americana, 2016) (ADA. 2016)

La higiene de la boca se debe iniciar desde el nacimiento, antes de que aparezcan los primeros dientes. Limpie las mucosas y encías con una gasa, pasándola por todo el interior de la boca y la lengua después que el niño tome leche o coma. (ADA. 2016)



Figura 12. Higiene Oral en Niños con PCI **Fuente:** http://iadh.org/wp-content/uploads/2014/06/manual_higiene_oral.pdf

3.1.4. Elementos Para la Higiene Dental para Niños con Parálisis Cerebral

3.1.4.1. Cepillo Dental

Si bien existen diversos instrumentos para la remoción mecánica de la placa bacteriana el más efectivo es el cepillo de dientes. El cepillo ideal debe ser eficaz en la eliminación de la placa, pero sin dañar los tejidos orales blandos ni duros. El cepillo dental es el instrumento más eficaz para la eliminación de la placa bacteriana. Los factores que intervienen en la eficacia del cepillado son la habilidad manual, el tiempo y sobre todo la motivación. (Pérez, L. 2012)

Es importante comprender las implicaciones de la discapacidad y, discutirla con el dentista con el objetivo de identificar qué tipo de cepillo puede utilizar el padre, tutor o cuidador, para el cepillado dental del niño/a con PCI. Es por ello que se han estudiado realizado estudios sobre tipos de cepillos dentales eficaces en la remoción de la placa bacteriana para niños con PCI, que se describen en: (Colgate Palmolive Company, 2011)



Figura 13. Higiene Oral en Niños con PCI **Fuente:** http://iadh.org/wp-content/uploads/2014/06/manual_higiene_oral.pdf

Existen cepillos especialmente diseñados para personas con discapacidad, pero también podemos encontrar fórmulas para adaptar cepillos convencionales. Se han comercializado algunos cabezales con morfologías particulares, para facilitar un mayor arrastre de la placa bacteriana en un menor tiempo. Por ejemplo, las cerdas de los cepillos Collis-Curve® y Dr. Barman's Superbrush® recorren simultáneamente las superficies dentarias oclusal, lingual y vestibular. Ambos están especialmente indicados cuando los cuidadores tienen problemas para el acceso y limpieza de las superficies dentarias con un cepillo de dientes convencional, y para personas con discapacidades físicas bien por limitaciones de los movimientos de las manos o bien porque se fatigan pronto como ocurre en pacientes con esclerosis múltiple o enfermedad de Parkinson. (Pérez, L. 2012).

Cepillos Manuales: Marulanda, realizó un estudio en el que evaluó la eficacia de
los diferentes cepillos dentales para la higiene oral de niños con PCI; y, encontró
que los cepillos de doble y triple cabeza mejoran su eficacia, además que las
cerdas no paralelas presentan mayor acceso, para la remoción de placa
dentobacteriana interproximal. (Marulanda, Juliana, 2013)



Figura 14. Cepillos Manuales

Fuente: https://spanish.alibaba.com/product-detail-img/dr-barman-del-cepillo-de-dientes-109378018.html

• Cepillos Eléctricos: Fitchie, evaluó la efectividad de un dispositivo automático de cepillado para niños con PC; comparado con los hábitos de cepillado rutinario, encontrando que a corto plazo este dispositivo reduce de forma significativa los índices de inflamación gingival e índice de placa, hecho que favorece el control independiente de su higiene oral casera. Este dato es consistente con el estudio de (Doga, Luis, 2011), que demuestra que en pacientes con PC, el cepillo eléctrico Braun 3D de Oral-B® es el más eficaz para la remoción de placa.

Existen varios tipos de cepillos eléctricos. Al igual que en los manuales, también tienen diferentes cabezales y formas. Existen tres grandes familias de cepillos en función del tipo de movimiento:

- Oscilante Rotacional: movimientos circulares.
- Oscilante Rotacional 3D: movimiento circular y pulsátil.
- Sónico: altas vibraciones horizontales". (Mejía, Wilson, 2014)



Figura 15. Cepillos Manuales
Fuente: http://higiene.dental/limpieza-dental/cepillos-de-dientes/cepillos-dientes-sonicos

Según Gratzer (2012) estudios como el de Bozkurt, Gratzer y Nanning demuestran que el cepillo dental eléctrico es el aditamento mecánico más fácil de usar para una persona con limitaciones físicas y cognitivas; especialmente parálisis cerebral, por lo tanto, es el método más efectivo para la remoción de placa dentobacteriana.

Características del Cepillo dental para Niños con PCI

La forma y tamaño adecuado de un cepillo dental para niños con PC, dependerá del tamaño de la boca y del grado de discapacidad que presenten; debido a su falta de destreza motriz el padre, tutor o cuidador es el encargado de su higiene bucal; por ende, es importante conocer las características y técnicas del cepillado dental. (Rosales, Carvajal, & Del valle, 2013)

Cabeza del cepillo:

Su tamaño dependerá del tamaño de la boca y de la capacidad del niño para poder abrirla. La cabeza del cepillo no debe ser más larga que el ancho de los dos dientes incisivos centrales superiores. En él se insertan las cerdas, se utilizan con más frecuencia las de consistencia mediana, de nylon y con las puntas redondeadas para evitar lesionar los tejidos orales; el tamaño y morfología del cabezal se selecciona de acuerdo a la edad y tamaño de la boca del paciente. (Rosales, C.2013)

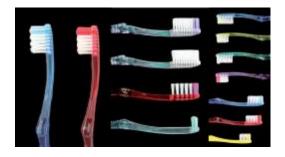


Figura 16. Cabeza del Cepillo

Fuente: https://clinicadentalmurcia.com/2013/08/29/cual-es-el-mejor-cepillo-de-dientes-electrico/

Mango del cepillo:

Se recomienda un mango firme y ancho que permita sujetarlo bien, de tal forma que el padre, tutor o cuidador del niño con PC pueda tomar y mover el cepillo; el mango puede adaptarse según la necesidad del niño/a, haciéndolo más largo y ancho utilizando elementos caseros como: cucharas adheridas en su extremo al cepillo dental, o con formas

de pelotas o figuras de animales para hacer su manipulación más cómoda y didáctica. (Rosales, C. 2013)





Figura 16. Aditamentos especiales para el cepillado dental. **Fuente:** Manual de Higiene Oral para personas con Discapacidad http://iadh.org/wp-content/uploads/2014/06/manual_higiene_oral.pdf

3.1.4.2. Pasta Dental, Enjuagues y Uso del Hilo Dental Para Niños con Parálisis Cerebral.

Pasta Dental

Si la persona puede controlar lo que traga y eliminar totalmente los excesos de pasta después del cepillado, utilice pasta de dientes con flúor. El flúor ayuda a prevenir las caries. Se recomienda el uso de pastas dentales: (Rosales, C. 2013)

- En niños menores de 6 años, utilice pasta infantil de 450-500 ppm de flúor. Aplique una pequeña cantidad sobre el cepillo, menor al tamaño de una arveja.
- A partir de los 6 años, utilice pasta de adulto con 1000-1500 ppm de flúor. Aplique sobre el cepillo una cantidad equivalente al tamaño de una arveja.
- Si no puede usar pasta de dientes, converse con su dentista sobre la posibilidad y forma de usar enjuagatorio que contenga flúor.

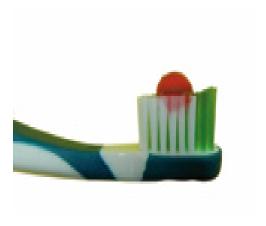


Figura 17. Pasta Dental **Fuente:** http://www.imujer.com/salud/2011/03/12/como-elegir-la-pasta-dental-apropiada

Enjuagues Bucales

En estos casos es preferible recurrir al uso de enjuagatorios fluorados o antisépticos para humedecer el cepillo, no se recomiendan los enjuagues cuya espuma o sabor fuerte provoquen sensación de ahogo en el niño por no poder salivar o enjuagarse debidamente, se puede humedecer una gasa con el enjuagatorio. (Rosales, C. 2013)

El uso de colutorios de Triclosán-zinc y de sprays de Clorhexidina ha demostrado ser eficaces como métodos coadyuvantes al cepillado dental para el control de placa y gingivitis en los niños con PCI. (Rosales, C. 2013)

Hilo dental

Como el cepillo dental no llega a limpiar las zonas entre diente y diente, es importante el uso del hilo dental, sobretodo en niños con déficits motores. Esta tarea se ve facilitada con el uso de sujetadores de hilo, arcos dentales o flossers. Los flossers se deben pasar suavemente entre los molares hasta llegar a la encía, apoyándose siempre sobre el diente. Idealmente, se deben pasar cada noche después de la cena y antes del cepillado dental, para que el niño duerma con la boca limpia. (Palma, Camila., 2012)

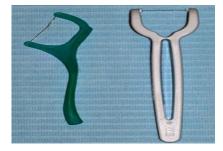


Figura 18. Posicionadores de hilo (flossers) para facilitar a los padres pasar el hilo dental entre dientes, cada noche

Fuente: http://iadh.org/wp-content/uploads/2014/06/manual_higiene_oral.pdf

3.1.5. Suplementos de Prevención para la Salud Oral en Niños con PCI

Se los utiliza como complemento a los métodos mecánicos de limpieza de superficies lisas e interproximales, utilizado en la población discapacitada debido a las dificultades motrices y comportamentales que las acompañan. Un programa preventivo de salud dental es muy importante para el paciente con PCI. Un programa preventivo básico debe integrar: (Martínez, Adela, 2013)

- Educación para la salud
- Control de placa microbiana
- Consejo dietario
- Terapia florada y remineralizante
- Terapia antimicrobiana
- Selladores oclusales
- Evaluación
- Controles periódicos

3.1.6. Consideraciones de los Padres para Cepillado Dental en Niños con Parálisis cerebral.

Las técnicas de higiene bucal para niños con PCI deben ser discutidas con el profesional, para ser instruidos sobre las formas correctas en que los padres, tutores o cuidadores deben realizarlos en casa; para limpiar y remover la placa bacteriana y residuos de alimento (Colgate Palmolive Company, 2011)

Los dientes deben ser cepillados por lo menos dos veces por día, con una crema dental con flúor que contenga ingredientes antibacterianos. La limpieza interdental debe ser hecha por lo menos una vez por día para mantener la placa bacteriana bajo control y evitar la gingivitis. Dependiendo de la necesidad del paciente, se puede recomendar un enjuague bucal antimicrobiano y/o con flúor para reducir la placa bacteriana y la gingivitis, así como las caries. Tras la consulta, la persona responsable por el paciente debe discutir esas informaciones con el dentista y su equipo. (Colgate Palmolive Company, 2011)

El momento del cepillado de dientes

Para realizar una adecuada higiene bucal, los padres, tutores o cuidadores deben seguir los siguientes pasos: (Colgate Palmolive Company, 2011)

- Identificar un lugar cómodo e iluminado donde realizar la higiene bucal,
 adaptándolo a los requerimientos de la persona (silla, cama, cojines, elementos
 para contener, etc.). Puede utilizar una lámpara portátil.
- Lavarse las manos antes de comenzar y si el niño/a con PCI puede colaborar con el cepillado, lave también sus manos.
- Prepare los elementos para realizar la higiene bucal y póngalos a su alcance.
- Agregue pasta de dientes en el cepillo, siguiendo las recomendaciones anteriores.
- Limpiar todas las superficies de todos los dientes
- Utilice la técnica indicada por su dentista, considerando que lo importante es
 que todas las superficies de los dientes queden limpias. Considere hacer pausas
 durante el cepillado.
- Limpiar la lengua con el cepillo o con una gasa.
- Si utilizó pasta de dientes, asegúrese que la persona elimine los excesos de pasta. Mire al interior de la boca para comprobarlo.
- Seque los labios y la cara.
- Lave el cepillo de dientes con agua, sacúdalo para eliminar los excesos y guárdelo en posición vertical para permitir el secado al aire.

Posiciones para el cepillado dental: (Colgate Palmolive Company, 2011)

- a) Silla de ruedas: colocarse detrás de la silla, sujetar la cabeza del niño y presionarla suavemente contra tu cuerpo o contra la propia silla de ruedas. Asimismo, te puedes sentar tras la silla de ruedas, colocar el freno e inclinar la silla sobre tu regazo.
- b) Sentados en el suelo: con el niño en el suelo, colócate detrás de él e inclina la cabeza contra tus rodillas. Si no coopera, puedes sentarte con las piernas estiradas y colocar tus piernas alrededor de sus brazos para inmovilizarlos.
- c) Acostados en el suelo: acuesta al niño en el suelo con su cabeza sobre una almohada, arrodíllate por detrás de su cabeza y sosténsela.
- d) Sobre una cama: coloca al niño acostado con la cabeza sobre tu regazo, sujétasela. Si el niño no coopera, otra persona puede sujetar sus brazos y piernas.

3.1.7. Técnica de Cepillado Dental para Niños Con Parálisis Cerebral

Colocar las cerdas del cepillo en un ángulo de 45° con respecto a la encía. Hacer presión moderada y realizar pequeños movimientos circulares sobre la encía, como un masaje. Recolocar el cepillo verticalmente y cepillar los dientes superiores hacia abajo y los inferiores hacia arriba en un movimiento de barrido; por dentro y por fuera. Terminar por las superficies masticatorias, con diez pasadas por cada zona. Por último, cepillar la lengua. Para niños que no cooperan para abrir la boca se puede colocar un abrebocas, que debe ser de un material flexible, preferentemente silicona. (Higiene bucal en personas en Situación de Discapacidad, 2013)

A menudo, el niño puede participar en la adaptación creativa de las herramientas. Existen varias formas de adaptar un cepillo para mejorar la técnica y fomentar la participación del niño, en caso de que quiera colaborar: (Higiene bucal en personas en Situación de Discapacidad, 2013)

- Sujetar el cepillo a la mano del niño mediante una banda elástica.
- Doblar el mango del cepillo (con agua caliente del grifo sobre el mango).
- Para niños incapaces de levantar manos o brazos, se puede alargar el mango del cepillo con una regla o una cuchara de madera.

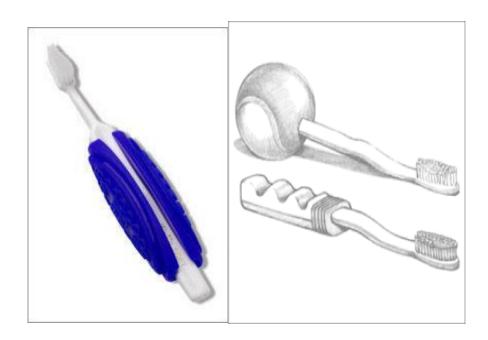


Figura 19 Cepillado Dental **Fuente:** Manual de Higiene Oral para personas con Discapacidad http://www.odontologiaparabebes.com/pacientesEspeciales.html

3.1.8. Cepillado De Dientes Según El Grado De Ayuda.

Cepillado con ayuda parcial:

Incluye a personas con discapacidad psíquica moderada-grave o con una limitación motora importante (dependencia de grado II). Generalmente estos pacientes no logran cepillar sus dientes de forma eficaz, y los que lo intentan en el mejor de los casos,

consiguen eliminar la placa de las caras vestibulares de los dientes anteriores. (Pérez, L. 2012)

Requieren una vigilancia muy estrecha y ayuda directa para realizar un cepillado correcto; lo mismo les sucede con el resto de las tareas cotidianas y para satisfacer las necesidades más elementales. El período de instrucción es prolongado y muchas veces los resultados son escasos. Es importante ser conscientes en todo momento de las limitaciones de estos pacientes y reforzar positivamente los pequeños progresos. Durante el período de aprendizaje e incluso en el de mantenimiento, es muy recomendable llevar a cabo demostraciones por parte del cuidador, tanto en su propia boca como en la del paciente, para que éste pueda observar e imitar sus movimientos. (Pérez, L. 2012)



Figura 20. Cepillado con Ayuda Parcial **Fuente:** Manual de Higiene Oral para personas con Discapacidad http://iadh.org/wp-content/uploads/2014/06/manual_higiene_oral.pdf.

Instrucciones para el cepillado en grupo

Las sesiones de cepillado también pueden realizarse en grupo, siempre que no se exceda de 3 o 4 personas.

- a) Todos los pacientes del grupo acompañados por el cuidador se dirigirán hacia el lugar acordado y se colocarán de forma adecuada para que puedan prestar atención a sus explicaciones.
- b) En la fase de instrucción, después de preparar los cepillos con el dentífrico, el cuidador le entregará a cada uno el suyo y hará una demostración práctica, pudiendo en algunos casos recurrir para ello al paciente más aventajado. Esta demostración constará de las siguientes fases:
 - cómo sujetar el cepillo
 - cómo colocarlo en la boca
 - qué movimientos se deben realizar

Se invitará a cada paciente a repetir todos los pasos del proceso de forma individual, mientras los demás observan a su compañero.

- a) A continuación se procederá al cepillado en grupo y si no es posible de forma individual. El cuidador procurará que mientras él ayuda a cada integrante del grupo, los demás mantengan la atención.
- b) Una vez terminado el proceso, el cuidador proporcionará un revelador de placa a todos los pacientes y los revisará mostrándoles las zonas teñidas, insistiendo con el cepillo en esas zonas.
- c) Este proceso suele ser largo y laborioso, y una de las claves del éxito radica en que el paciente con una discapacidad psico-física importante, pueda llegar a interpretar el cepillado dental como una expresión de autosuficiencia para satisfacer una de sus necesidades básicas. (Pérez, L. 2012)

Cepillado Con Ayuda Total:

En este grupo se incluyen pacientes con discapacidad física o psíquica grave (dependencia de Grado III), o con una limitación motora importante de las extremidades superiores. Muchos de ellos están permanentemente en silla de ruedas, necesitan ayuda para efectuar cualquier procedimiento de higiene oral y en este sentido, salvo raras excepciones, no podrán asumir ningún tipo de responsabilidad. (Perez, 2012)



Figura 21. Cepillado con Ayuda Total **Fuente:** Manual de Higiene Oral para personas con Discapacidad http://iadh.org/wp-content/uploads/2014/06/manual_higiene_oral.pdf

Cepillado en personas con sonda gástrica:

En el caso de aquellas personas que se alimentan por sonda gástrica, es importante limpiar su boca todos los días.

3.1.9. Problemas que Pueden Ocurrir Durante el Cepillado en un Niño con PCI y Cómo Superarlos

Morder el cepillo:

Si la persona muerde el cepillo, utilice otro para continuar con el cepillado. No la fuerce a soltar el cepillo, porque lo hará espontáneamente después de un rato.

Un "apoya mordida" puede ayudar a la persona a abrir la boca y no morder el cepillo. Indique a la persona que muerda el "apoya mordida" con los dientes de atrás para tener la boca más abierta y permitir limpiar los dientes. Existen distintos tipos de "apoya mordida". Una alternativa es hacer uno con palitos de helado y gasa, como se muestra continuación. (Higiene bucal en personas en Situación de Discapacidad, 2013)

Otra alternativa es utilizar un "apoya mordida" de material plástico lavable, como se muestra a continuación. Debe tener al menos 20 cm de largo para que usted pueda tomarlo firmemente mientras realiza el cepillado. Palma, (2010).



Figura 21. Higiene Oral en Niños con PCI **Fuente:** Manual de Higiene Oral para personas con Discapacidad http://iadh.org/wp-content/uploads/2014/06/manual_higiene_oral.pdf



Figura 22. Higiene Oral en Niños con PCI

Fuente: Manual de Higiene Oral para personas con Discapacidad http://iadh.org/wp-content/uploads/2014/06/manual_higiene_oral.pdf

Movimientos de la lengua:

La lengua y los labios pueden empujar el cepillo fuera de la boca. Para controlar estos movimientos, utilice el "apoya mordida" para mover la lengua o el labio durante el cepillado. Se requiere paciencia y perseverancia para lograrlo. (Higiene bucal en personas en Situación de Discapacidad, 2013)

Es importante que usted proteja sus dedos para evitar mordeduras accidentales.



Figura 23. Higiene Oral en Niños con PCI **Fuente:** Manual de Higiene Oral para personas con Discapacidad http://iadh.org/wp-content/uploads/2014/06/manual_higiene_oral.pdf

Náuseas o vómitos:

Para reducir las náuseas y vómitos durante el cepillado, comience por masajear las encías, lengua y mejillas para ir preparando a la persona a las sensaciones del cepillado, empezando siempre por fuera de los dientes. (Higiene bucal en personas en Situación de Discapacidad, 2013)

Resistencia al cepillado:

Para disminuir la ansiedad que puede provocar el cepillado, permita que la persona se familiarice con el cepillo, lo toque, juegue con él, lo lleve a su boca. También puede masajear las encías con su dedo, gasa o esponja para imitar la sensación del cepillado. Proteja sus dedos de posibles mordidas. (Higiene bucal en personas en Situación de Discapacidad, 2013)

Cuando la persona esté más familiarizada con el cepillo, comience a cepillarle los dientes suavemente. Aumente de a poco la duración del cepillado hasta lograr limpiar

todos los dientes. Realice el proceso suavemente, respetando las necesidades de la otra persona. (Higiene bucal en personas en Situación de Discapacidad, 2013)

Relacione el cepillado con estímulos agradables, horarios y lugares cómodos.

Sangrado de las encías: (Higiene bucal en personas en Situación de Discapacidad, 2013)

- Cepille los dientes, incluso si las encías sangran al hacerlo.
- Hágalo de manera suave y podrá observar como disminuye el sangrado en el tiempo.
- Si las encías continúan sangrando a pesar de realizar el cepillado suave, consulte a su dentista. Lo normal es que, con un cepillo en buen estado, un cepillado suave y constante en
- el tiempo, las encías recuperen su color rosado y disminuya el sangrado.
- Si usted continúa teniendo dificultades para mantener una buena higiene bucal en el hogar, converse con su dentista. El podrá entregarle consejos específicos para sus necesidades.

e. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio denominado "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE SALUD BUCODENTAL DE PADRES DE NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL, EN EL CENTRO DE DESARROLLO Y EDUCACIÓN ESPECIAL "EL ÁNGEL" (CADE) PERÍODO MARZO-JULIO 2016", corresponde a un estudio de carácter prospectivo, descriptivo, transversal, y bibliográfico.

Se la efectuó a todos los padres, tutores o personas encargadas del cuidado de los niños con parálisis cerebral del Centro De Desarrollo Y Educación Especial "El Ángel" (CADE), en la cuidad de Loja-Ecuador. La muestra estuvo conformada por 50 padres, tutores o personas encargadas del cuidado de estos niños.

Los métodos e instrumentos principales para llevar a cabo la presente investigación fueron: la encuesta (Anexo 5), y el consentimiento informado (Anexo 4).

Luego de haber obtenido las autorizaciones pertinentes se seleccionó a los padres, tutores o personas encargadas del cuidado de la salud bucodental de los niños/as con parálisis cerebral del centro "El Ángel", de acuerdo a los criterios de inclusión; antes de realizar cualquier procedimiento, los padres firmaron el consentimiento Informado (Anexo Nº 4). Posteriormente se aplicó la encuesta, misma que nos sirvió para identificar: el nivel de conocimientos e importancia, de salud bucodental, que tienen los padres, tutores o personas encargadas del cuidado de los niños/as con parálisis cerebral, acerca de salud oral, así como las enfermedades periodontales y su prevención. Actitudes, sobre el recambio del cepillo dental, así como las visitas periódicas, motivos de visitas al odontólogo, y la importancia de la edad en que se debe iniciar el cepillado dental. Hábitos

de higiene oral que practican con sus hijos/as, indicando a qué edad comenzó a cepillar los dientes a su hijo/a, cuáles son los instrumentos que usa durante la higiene de sus hijos/as.

De acuerdo al tipo de estudio y a los objetivos planteados se utilizó la Escala de Likert para la medición de las variables, que abarcó: 7 ítems sobre conocimientos, 5 ítems sobre actitudes, y 5 ítems sobre prácticas en salud oral de padres de niños con parálisis cerebral, bajo la forma de afirmaciones. Donde los puntajes fueron los valores que se les asignó a los indicadores constitutivos como opciones de respuesta. Cada reactivo tuvo un valor que oscila de 1 a 5 puntos, se consideró: 1 punto si respondió totalmente en desacuerdo, 2 puntos si la respuesta fue en desacuerdo, 3 puntos si contestó ni de acuerdo ni desacuerdo, 4 y 5 puntos en respuestas de acuerdo y totalmente de acuerdo.

Valores que se obtuvieron sumados y divididos para el numero de ítems, dónde el porcentaje más alto y el más bajo correspondieron según la Escala de Likert.

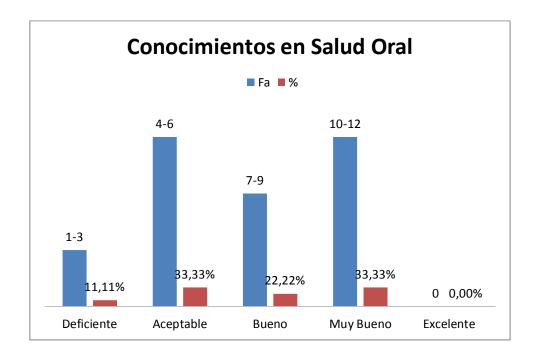
Luego se los categorizó con una tabla previamente elaborada en la que se le asignaron valores a la Escala de Likert, que corresponden: del 1 al 15.

Totalmente En Desacuerdo	Deficiente	1-3
En Desacuerdo	Aceptable	4-6
Ni De Acuerdo Ni Desacuerdo	Bueno	7-9
De Acuerdo	Muy Bueno	10-12
Totalmente De Acuerdo	Excelente	13-15

Una vez obtenidos los datos fueron ingresados en el programan Excel en el cual se elaboró una base de datos, los resultados fueron presentados en diagramas de barras para sus respectivos análisis.

f. RESULTADOS

Tabla 1. Nivel de Conocimientos de salud bucodental de padres de niños con parálisis cerebral.



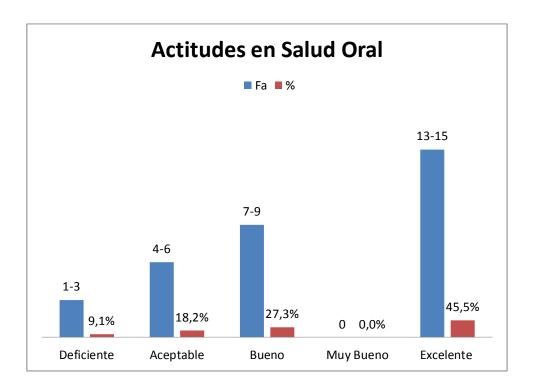
Fuente: Encuesta sobre Nivel de Conocimiento

Autor: Tannya Romero

Interpretación

El nivel de conocimiento de los padres de niños con parálisis cerebral, sobre la importancia de la higiene bucodental, es aceptable y muy bueno en un 33.33%.

Tabla 2. Actitudes de salud bucodental de padres de niños con parálisis cerebral.



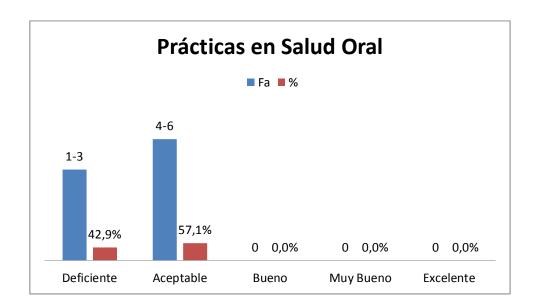
Fuente: Encuesta sobre Actitudes en Salud Oral.

Autor: Tannya Romero

Interpretación

La Actitud de los padres de niños con parálisis cerebral en cuanto a la importancia de acudir al odontólogo y de cambiar el cepillo dental es excelente en un 45.05%.

Tabla 3. Prácticas de salud bucodental de padres de niños con parálisis cerebral.



Fuente: Encuesta sobre Prácticas en Salud Oral.

Autor: Tannya Romero

Interpretación

La práctica de los padres de niños con parálisis cerebral con respecto a los elementos y técnicas del cepillado dental es aceptable en un 57.01%.

g. DISCUSIÓN

De acuerdo al análisis de los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación, el nivel de conocimiento de los padres de niños con parálisis cerebral, en cuanto a: Importancia de la higiene bucodental; placa bacteriana, caries dental; causas que las producen, así como, las enfermedades de las encías y su prevencion, según la escala Likert, es aceptable en un 33.33%; y deficiente en un 11.11 %; de esta manera los hallazgos no tienen relación con las investigaciones de (Serrano, L., 2011), (Cabellos Alfaro, A., 2012), (Rodríguez, M., 2012) y (Anglas, R, 2012) ya que en las mismas se obtuvo un regular conocimiento de los padres de niños con paralisis cerebral, sobre la salud bucodental.

Un estudio realizado por (Rodríguez, M., 2012), evaluó que el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene bucal fue bueno, en contraposición con otro artículo realizado por la (OMS, 2012), dónde se obtuvo un nivel de conocimiento regular.

Estos hallasgos se podrían interpretar como que los padres de niños con este tipo de afecciones congénitas, están concientes que la higiene bucal es importante para mantener un equilibrio entre la salud bucal, y el estado de salud integral del niño/a, brindando a este grupo de atención prioritaria una mejor calidad de vida

En cuanto a las actitudes sobre la salud bucodental de los padres de niños/as con parálisis cerebral, según la escala de Likert es excelente en un 45.05%; y deficiente en un 9.01%; datos que concuerdan con los hallazgos encontrados en las investigaciones de (Serran, P. 2011); (Torrelles, A. 2013); (Simancas, J 2012); dónde el mayor porcentaje

de la población estudiada, nos indica que los padres están conscientes de la importancia de cambiar el cepillo dental cada tres meses, así como llevar a su hijo/a al odontólogo desde que aparece el primer diente en boca y realizar controles cada seis meses por prevención, aunque no lo consideran al cepillo dental como portador de microorganismos, siendo estos los causantes de las enfermedades bucodentales. (Actitudes de salud bucodental de la escala de Likert).

El estudio de (Heredia, J.M, 2010) refiere que el nivel de conocimiento en relación a desde cuando una persona debe comenzar a cepillarse los dientes, donde se muestra que hubo un predominio del nivel de conocimiento malo 62.0% del total de la población encuestada, donde el 45.3% refirió que desde que nace, y solo el 16.0% reconoció que había que comenzar a cepillar los dientes desde que aparece el primero en la cavidad bucal.

Al contrario, con los hallazgos en las investigaciones de (Perez, 2012), y (Ochoa, A. 2011); en los cuales las actitudes frente a la salud bucodental están dentro de la categoría de regular.

En cuanto al nivel de conocimiento de los elementos que utilizan los padres de niños con parálisis cerebral para mantener la higiene con respecto a los elementos y técnicas del cepillado dental es aceptable en un 57.01%; y deficiente en un 42.09%, en relación con otras investigaciones como las de: (Reyes, J. 2011); lo cual se interpretaría como que la mayoría de padres tiene el conocimiento sobre hábitos de higiene bucal porque consideran que deben cepillarse los dientes después de cada comida, así como los elementos de higiene oral que deben que son: pasta dental, cepillo, seda, y enjuague bucal, siendo el cepillo dental pequeño de cerdas suaves adecuado para su hijo/a, y el tiempo en que se lo debe realizar es de 5 minutos como mínimo, apoyándose en una

técnica eficaz de cepillado, porque están conscientes de que la salud bucodental solo se puede lograr con todos los elementos de higiene oral necesarios.

En relación al conocimiento de padres, tutores o cuidadores de niños con parálisis cerebral acerca de la salud oral y medidas preventivas que podemos aplicar con ellos, en el estudio de (Barro de Carvalho, R., 2011), sólo el 23% de los participantes tenían algún conocimiento sobre técnicas correctas de cepillado; del total de los participantes de la investigación el 61.05% cepillan sus dientes una vez al día; y el 24.05% registraron conocimiento sobre la importancia de una salud bucal adecuada en comparación con este estudio donde los resultados fueron

La importancia de elevar el conocimiento, las actitudes y fomentar las prácticas de salud bucodental, se inicia a partir de conocimientos básicos como: diente, caries, enfermedad periodontal, técnicas de cepillado que en el presente trabajo de investigación obtuvieron niveles altos, como lo demuestra (Pacheco S, 2011), donde su estudio permitió observar que existe una mayor cantidad de factores de riesgo de problemas dentales en la población discapacitada, debido a la escasa o nula educación de higiene oral.

Por lo que se ve necesario implementar programas de enseñanza del proceso saludenfermedad, ligado a programas de instrucción sobre higiene bucal tanto en padres de niños discapacitados como en educadores ya que ellos figuran un rol muy importante en la vida de los niños/as con "capacidades diferentes".

h. CONCLUSIONES

- Se identificó que el nivel de conocimiento de los padres de niños(as) con parálisis cerebral, en técnicas y herramientas de salud bucodental, es aceptable en un 33.33%; y deficiente en un 11.11 %.
- Se determinó que las actitudes sobre la salud bucodental de los padres de niños(as), con parálisis cerebral, es excelente en un 45.05%; y deficiente en un 9.01%. Y la práctica sobre la salud bucodental de los padres de niños(as), con parálisis cerebral, es aceptable en un 57.01%; y deficiente en un 42.09%.
- Se elaboró un protocolo de atención y salud bucodental, que permitió aportar en el conocimiento, actitudes y prácticas de padres de niños (as) con parálisis cerebral en el centro de Desarrollo y educación Especial "El ángel".

i. RECOMENDACIONES

- Desarrollar programas educativo-preventivos sobre salud bucal en Padres de niños con necesidades educativas especiales.
- Preparar Odontólogos en la atención de pacientes con necesidades educativas especiales.
- Promover programas de motivación sobre higiene bucal en Padres de niños con necesidades educativas especiales.

j. REFERECIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alisio, A. A. (2013). Paralisis cerebral y su Impacto en el complejo orofacial. *Patología Clínica y Bucodental*, 16-17.
- Anglas, R. (2012). Conocimientos, actitudes y Prácticas en Salud Oral. http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2012_n1/pdf/a05v15n1.pdf, 1-2.
- Arguelles, P. (2008). Parálisis Cerebral (Vol. I Edición). Medica Panamericana.
- Arranguiz G,Consuelo. (2014). Higiene Dental Infantil para Niños con PC. *Artículos Académicos*, 6.
- Arranguiz, G.Consuelo. (2014). Higiene Dental Infantil. Artículos Académicos, 6.
- Arroyo, H. &. (2013). Trastornos Motores Crònicos en Niños y Niñas adolescentes.

 Médica Panamericana.
- Asociación Dental Americana. (2016). Centro del cuidado Bucal. Salud oral para Niños con capacidades diferentes. *Asociación Dental americana*, 1-2.
- Barro de Carvalho, R. . (2011). Oral Health and Oral Motor Function in children with cerebral palsy. *Special Care in dentistry*, 58-62.
- Cabellos Alfaro, A. (2012). Relación entre el Nivel de Conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el Centro Sulivan. (Tesis Doctoral. Universidad Mayor de San Marcos. Perú- lima). .

 Recuperado

 de:

http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/326/Tes_Cabellos AlfaroDA_RelacionNivelConocimiento_2006.pdf?sequence=1, 1-10.

Colgate Palmolive Company. (2011). Higiene Oral. Centro del Cuidado Bucal Para Niños con PC, 1.

Costa de Souza, A. (2013). *Parálisis Cerebral: aspectos prácticos*. Brazil: Memnon Ediciones científicas.

Di Nassio, Patricia. (2012). La Salud Bucal de los Niños con discapacidad. *Disponible* en Línea: http://www.politicaspublicas.uncu.edu.ar/upload/Di_Nasso.pdf.

Di Nasso, P. (2010). La salud bucal de los niños con discapacidad.

Di Nasso, Patricia. (2010). La salud bucal de los niños con discapacidad.

Doga, Luis. (2011). Higiene Oral en Niños con Discpacidades Especiales.

Facultad de Odontología de Londres. (2011). Parálisis cerebral. Capacitación de Padres y Madres y Cuidadores. Alimentación. *Capacitación de Padres y Madres y Cuidadores*.

Flores, C. (2009). Actitudes y Cambios de Actitudes. Barcelona. Toray.

Flores, C. (2009). Actitudes y Cambios de Actitudes. Barcelona. Toray.

García, F. (2012). Caries Dental. Quito- Ecuador: CEBBE.

García, F. (2012). Caries Dental. Quito- Ecuador: CEBBE.

García, L. A. (2010). La Ciencia y la Práctica (Vol. II). Barcelona, España: MASSON.

García, L. A. (2010). La Ciencia y la Práctica (Vol. II). Barcelona, España: MASSON.

- García, L. A. (2010). La Ciencia y la Práctica (Vol. II). Barcelona, España: MASSON.
- García, Z. L. (2010). Niño con parálisis cerebral un reto para el nutricionista dietista.

 Madrid: Santos.
- Harris, N. (2008). Hábitos de Higiene Oral. México: MASSON.
- Harris, N. O. (2008). Odontología Preventiva Primaria, Cepillos Dentales y Métodos de Cepillado. México: El Manual Moderno S.A. de C.V.
- Harris, N. O. (2011). Odontología Preventiva Primaria. México: El Manual Moderno.
- Heredia, J.M. (2010). Nivel de conocimiento sobre salud bucal en Padres o cuidadores d eNiños con Discapacidad. *Revista de Ciencias odontológicas*, 1-4.
- Hernández, P. A. (2010). *Discapacidades: Físicas y Motoras. Parálisis Cerebral.*México: Masson.
- Higiene bucal en personas en Situación de Discapacidad. (2013). Departamento de Salud Bucal, División de Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud, 110-111.
- Izaguirre, P. (2012). El conocimiento concepto. Venezuela.
- Loaiza, A. (2012). Educación para la salud en niños con parálisis cerebral. *Salud Oral* en Niños Discapacitados, 1-2.
- Londres, Facultad de Higiene y Medicina de. (2011). Parálisis cerebral. Capacitación de Padres y Madres y Cuidadores. Alimentación.
- López Chicharro, J. y. (2011). *Hábitos de Higiene Oral en Niños con PCI*. Madrid: Editorial médica Panamericana S.A.

- Martínez, Adela. (2013). MANEJO ESTOMTOLOGICO DEL PACIENTE CON PARALISIS CEREBRAL. Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición, 4-6.
- Marulanda, Juliana. (2013). La Higiene Oral en Niños con Parálisis Cerebral. Cepillo dental. 73.
- Mataix Verdú, J. (2009). Parálisis Cerebral y Alimentación. Tratado de nutrición y alimentación. Barcelona: Océano.
- Matamaros, M. . (2013). Manejo estomatológico del paciente conparálisis cerebral. *III*Congreso nacional y II Internacional Temático de Estomatología Integral.
- Mejía, J. (2014). Placa Bacteriana. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718381X2015000100016.
- Mejía, Wilson. (2014). Cepillos Dentales. *Revista del Consumidor*, http://www.uv.mx/personal/abarranca/files/2011/06/Manual-de-tecnicas-de-Hiegiene-Oral.pdf.
- OMS. (2012). La Salud Oral y la Discapacidad. Artículos de la OMS, 1-5.

Organización Mundial de la Salud. (2012). Discapacidad. OMS, 2.

Organización Mundial de la Salud. (2012). Discapacidad. OMS, 2.

Palma, Camila. (2012). Técnicas de Cepilado. Salud Oral en discapacitados, 2-3.

Palma, R. (2012). Parálisis cerebral. http://www.neurorhb.com/blog-dano-cerebral/paralisis-cerebral-infantil-concepto-y-clasificacion/.

- Perez, M. L. (2012). *Manual de Higiene Oral para Personas con Discapacidad*.

 Santiago de Compostela: Idea Grafica Profesional.
- Ricard, F. M. (2010). Osteopatía y Pediatría. Madrid, España: Panamericana.
- Rodríguez, M. (2012). nivel de conocimiento en padres sobre salud oral. Lima.
- Rosales, J., Carvajal, C., & Del valle, C. (2013). Higiene Bucal en Personas en Situación de Discapacidad. Consejos para los cuidadores. En D. d. Departamento de Salud Bucal. Chile.
- Sáchez, A. F., & Romero, G. E. (2012). Conceptos Básicos de odontoestomatología para el médico de atención primaria. Barcelona, España.: MASSON.
- Sánchez, A. F., & Romero, G. E. (2012). *Conceptos Básicos de odontoestomatología* para el médico de atención primaria. Barcelona, España.: MASSON.
- Serrano, L. (2011). Conocimientos, actitudes y prácticas en salud . http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53n3/a09v53n3.pdf, 1-5.
- Serrano, M. E., Posse, L. J., & Feijoo, J. (2012). *Manual de Higiene Oral para Personas con Discapacidad*. Santiago de Compostela: SERGAS.
- Vega, L. (2013). Visita al odontólogo.

 http://www.metodoessentis.com/info.php?id=22&idioma=es&sec=144, 2.
- Villoro, E. (2013). El conocimiento. Enciclopedia Iberoamericana de Filosofía.
 Madrid: Ed. Trotta, CSIC,.

k. ANEXOS

ANEXO 1

Loja, 17 de Diciembre del 2015

Dra. Susana González

COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA DE LA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

Ciudad. -

De mis consideraciones:

Con un atento saludo me dirijo a usted, con la finalidad de hacerle llegar el presente. Después de haber tratado algunas temáticas del trabajo de titulación y con el propósito de desarrollar el proyecto de investigación con fines de graduación. Se tiene como resultado un tema de investigación que es "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, Y PRÁCTICAS, DE SALUD BUCODENTAL DE LOS PADRES DE NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL, EN EL CENTRO DE DESARROLLO Y EDUCACIÓN ESPECIAL "EL ÁNGEL", (CADE); PERÍODO MARZO-JULIO DEL 2016", de la autoría de la Srta. Tannya Estefanía Romero Mogrovejo, estudiante de IX módulo de la Carrera de Odontología.

Por lo que solicito a su autoridad la aprobación del tema de investigación ya mencionado, así como también delegar un docente que me ayude con la tutoría, requiriendo en lo posible que sea la Dra. Susana González.

Por la atención que se digne a dar al presente le antelo mis agradecimientos más cordiales.

Atentamente.

Tannya Estefanía Romero Mogrovejo CI. 1104752694 Estudiante de IX Módulo



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA ÁREA DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE ODONTOLOGIA

Of. No. 255-CCO-ASH-UNL Loja, 13 de mayo de 2016

Abogada Mayda Carrión Coronel COORDINADORA DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIORITARIA "MATILDE HIDALGO" Ciudad.-

De mi consideración:

Con un cordial y atento saludo, me dirijo por medio del presente para solicitar de la manera más comedida, se autorice el desarrollo del tema de tesis titulado "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE SALUD BUCODENTAL DE PADRES DE NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL EN EL CENTRO DE DESARROLLO Y EDUCACION ESPECIAL "EL ANGEL" (CADE) PERIODO MARZO - JULIO DEL 2016", en la Institución que Usted muy acertadamente dirige, para lo cual se requerirá aplicar las herramientas adecuadas acordes al mencionado tema de investigación. Dicho proyecto será elaborado por la señorita TANNYA ESTEFANIA ROMERO MOGROVEJO, con número de cédula 1104752694, estudiante del X Módulo de la Carrera de Odontología.

Segura de contar con su favorable acogida, le anticipo mi sincero agradecimiento.

Atentamente,

EN LOS TESOROS DE LA SABIDURÍA ESTA LA GLORIFICACIÓN DE LA VIDA

Od. Esp. Susana González Eras

COORDINADORA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

cc. Archivo

SPGE/mleb

CENTRO DE ACCION SOCIAL MATILDE HIDALCO Mocak i -02-16 10414

Dirección: Av. "Manuel I. Monteros V."

Teléfono: 2571379 EXT. 118 Loja-Ecuador

COORDINAC



Centro de Acción Social "Matilde Hidalgo"

Loja, 02 de junio de 2016 Oficio N° 052 CASMH-GPL-2016

Od. Esp. Susana González Eras **COORDINADORA CARRERA DE ADONTOLOGIA** Ciudad.

Señora Coordinadora

Reciba un cordial saludo a nombre de quienes hacemos el Centro de Acción Social "Matilde Hidalgo"

Para su conocimiento y fines pertinentes me permito informarle que fue aceptada en el Centro de Acción Social "Matilde Hidalgo" para que realice el Proyecto de Tesis titulado "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE SALUD BUCODENTAL DE PADRES DE NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL EN EL CENTRO DE DESARROLLO Y EDUCACION ESPECIAL "EL ANGEL" (CADE) PERIODO MARZO- JULIO 2016" la señorita Tannya Estefanía Romero Mogrovejo.

Particular que informo para los fines pertinentes.

Atentamente.

Abg. Mayda Carrión Coronel

COORDINADORA GENERAL DEL CASMH (E)

CC: CASMH



CARRERA DE COONTOLOGIA

RECUENTO - 2016

HORA 9.50

José Antonio Eguiguren y Bernardo Valdivieso Loja-Ecuador Teléfono: (593) 07-2570234 Ext. 3109 info@prefecturaloja.gob.ec / www.prefecturaloja.gob.ec



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA ÁREA DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA ÁREA DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD BUCODENTAL

Lea y marque cuidadosamente cada pregunta. Por favor conteste solo una respuesta.

- A. La higiene bucal es importante porque nos permite mantener a nuestras encías sanas, con lo que nuestros dientes se mantendrán saludables y podrán cumplir su función. Además, podremos evitar otras enfermedades y complicaciones de salud.
- **h.** Totalmente en desacuerdo.
- i. En desacuerdo.
- j. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- **k.** De acuerdo.
- **l.** Totalmente de acuerdo.
- B. La placa Bacteriana es una película incolora y pegajosa que se genera y aglutina sobre todas las superficies de la boca, como dientes y encías.
 - 1. Totalmente en desacuerdo.
 - **2.** En desacuerdo.
 - **3.** Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 - **4.** De acuerdo.
 - **5.** Totalmente de acuerdo

- C. Las enfermedades que producen una mala higiene bucal principalmente son: caries dental, y enfermedad periodontal (sangrado e inflamación de las encías).
 - 1. Totalmente en desacuerdo.
 - 2. En desacuerdo.
 - 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 - **4.** De acuerdo.
 - **5.** Totalmente de acuerdo
- D. La caries dental es una enfermedad progresiva multifactorial que ocurre por la acción de los ácidos generados por las bacterias que producen la desmineralización y destrucción de los tejidos duros del diente.
 - 1. Totalmente en desacuerdo.
 - **2.** En desacuerdo.
 - 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 - **4.** De acuerdo.
 - **5.** Totalmente de acuerdo
- E. Las principales causas de caries dental son los microorganismos, dieta inadecuada (alimentos azucarados), no lavarse los dientes.
 - 1. Totalmente en desacuerdo.
 - 2. En desacuerdo.
 - 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 - **4.** De acuerdo.
 - 5. Totalmente de acuerdo
- F. Las causas de las enfermedades en las encías es cepillarse muy duro los dientes, usar cepillos con cerdas duras, el cigarrillo, el alcohol, y no lavarse los dientes.

- 1. Totalmente en desacuerdo.
- 2. En desacuerdo.
- 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- **4.** De acuerdo.
- **5.** Totalmente de acuerdo
- G. Se puede prevenir la caries y las enfermedades de las encías: lavándose los dientes después de cada comida, alimentándose sanamente, cambiando el cepillo dental periódicamente, acudiendo al odontólogo cada 6 meses.
 - 1. Totalmente en desacuerdo.
 - **2.** En desacuerdo.
 - 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 - **4.** De acuerdo.
 - **5.** Totalmente de acuerdo

ACTITUDES EN SALUD BUCODENTAL

- A. El cepillo dental es portador de microorganismos dañinos para la salud bucodental.
- 1. De acuerdo.
- **2.** En desacuerdo.
- **3.** Totalmente en desacuerdo.
- **4.** Totalmente de acuerdo.
- **5.** Ni acuerdo ni en desacuerdo.
- B. El cepillo dental debe cambiarse:
- 1. cada 3 meses
- 2. cada 6 meses

3.	cada año.
4.	Cuando el cepillo este viejo.
5.	Nunca.
C.	Es necesario llevar a su hijo/a al odontólogo:
1.	Cada 3 meses
2.	Cada 6 meses
3.	Cada año.
4.	Cada 2 años.
5.	Nunca.
D.	La razón por la que debe llevar a su hijo/a al odontólogo es:
1.	Inflamación.
2.	Dolor.
3.	Urgencia.
4.	Control.
5.	Prevención.
Ε.	La edad en la que se debe empezar a realizar la higiene oral a su hijo(a) es
	desde el momento en que aparece el primer diente de leche.
1.	Totalmente en desacuerdo.
2.	En desacuerdo.
3.	Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
4.	De acuerdo.
5.	Totalmente de acuerdo

PRÁCTICAS DE SALUD BUCODENTAL

- A. El tiempo de cepillado dental adecuado para mantener la salud oral es después de cada comida.
 - 1. Totalmente en desacuerdo.
 - 2. En desacuerdo.
 - 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 - 4. De acuerdo.
 - **5.** Totalmente de acuerdo
- B. Los elementos que debe usa para realizar la higiene oral a su hijo/a son: pasta dental, cepillo dental, seda dental, y enjuague bucal.
 - 1. Totalmente en desacuerdo.
 - **2.** En desacuerdo.
 - 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 - **4.** De acuerdo.
 - **5.** Totalmente de acuerdo
- C. El tipo de cepillo dental que se debe utilizar para la higiene oral de su hijo/a es pequeño de cerdas suaves.
 - 1. Totalmente en desacuerdo.
 - 2. En desacuerdo.
 - 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 - **4.** De acuerdo.
 - 5. Totalmente de acuerdo
- D. El tiempo de cepillado dental para una correcta higiene oral es de 5 minutos.
 - 1. Totalmente en desacuerdo.
 - **2.** En desacuerdo.

- 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- **4.** De acuerdo.
- **5.** Totalmente de acuerdo
- E. La técnica de cepillado más eficaz que debe utilizar para los dientes a su hijo/a es: colocar el cepillo en la región de las mejillas, con las cerdas literalmente apoyadas en las encías, se realizan movimientos vibratorios y de desplazamiento del cepillo sobre las superficies dentarias
 - 1. Totalmente en desacuerdo.
 - **2.** En desacuerdo.
 - 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 - **4.** De acuerdo.
 - 5. Totalmente de acuerdo

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucodental de padres de niños con parálisis cerebral, en el Centro de Desarrollo y educación Especial "El Ángel" (CADE). Período Marzo-Julio 2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar el nivel de conocimiento de los padres de niños con parálisis cerebral, en técnicas y herramientas de salud bucodental.
- Conocer las actitudes y prácticas de salud bucodental de padres de niños(as), con parálisis cerebral.
- Construir un protocolo de atención de salud bucodental, dirigido a padres de niños
 (a) con parálisis cerebral, en el Centro de Desarrollo y educación Especial "El Ángel" (CADE).

VARABLES

VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Dimension	Indicador	Escala
Independie		es		
nte	"El conocimiento es el acto o	Conocimien	Importancia da	Escala de Likert
NIVEL DE CONOCIMIENT O DE LOS PADRES	efecto de conocer. Es la capacidad del hombre para comprender por medio de la razón, la naturaleza,	to sobre Salud Bucodental	Importancia de Higiene Bucal	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ni de acuerdo ni en
SOBRE SALUD BUCODENTAL	cualidades y relaciones de las cosas". (Villoro 2013)			desacuerdo. 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.
			Conocimiento sobre que es la placa Bacteriana	Escala de Likert 1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo.
				 Ni de acuerdo ni en desacuerdo. De acuerdo.
				5. Totalmente de acuerdo.
			Conocimiento	Escala de Likert
			sobre que es la caries Dental.	Totalmente en desacuerdo.
				 En desacuerdo. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
				 De acuerdo. Totalmente de acuerdo.
			Causas de la caries Dental.	Escala de Likert 1. Totalmente en desacuerdo.
				 En desacuerdo. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
				De acuerdo. Totalmente de acuerdo.
			Enfermedad Periodontal.	Escala de Likert 1. Totalmente en desacuerdo.
				 En desacuerdo. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
				 De acuerdo. Totalmente de acuerdo.

Г			· ·	
			Formas de	Escala de Likert
			prevención.	1. Totalmente en
				desacuerdo.
				En desacuerdo.
				3. Ni de acuerdo ni en
				desacuerdo.
				4. De acuerdo.
				5. Totalmente de
				acuerdo.
Variables	Definición conceptual	Dimension	Indicador	Escala
Dependient		es		
е				
	La Actitud , "posición que se	Comportam	Cepillo dental	Escala de Likert
	asume en una situación,	iento sobre	como portador de	1. Totalmente en
ACTITUDES	predisposición y conjunto de	Salud	microorganismos.	desacuerdo.
DE LOS	creencias en relación con un	Bucodental.		En desacuerdo.
PADRES	objeto, persona,			3. Ni de acuerdo ni en
SOBRE	comportamiento o situación".			desacuerdo.
SALUD	(H.C 1974)			4. De acuerdo.
BUCODENT				5. Totalmente de
AL				acuerdo.
			Recambio del	Escala Likert.
			Cepillo Dental	1. cada 3 meses
				2. cada 6 meses
				3. cada año.
				4. Cuando el cepillo
				este viejo.
			\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	5. Nunca.
			Visita periódica al	Escala Likert.
			dentista.	1. Cada 3 meses
				2. Cada 6 meses
				3. Cada año.
				4. Cada 2 años. 5. Nunca.
			Motivo de la visita	5. Nunca. Escala Likert.
			al Odontólogo.	1. Inflamación.
			ai Odoniologo.	2. Dolor.
				3. Urgencia.
				4. Control.
				5. Prevención.
			Inicio del	Escala Likert.
			Cepillado dental	1. Totalmente en
			Jopinado donial	desacuerdo.
				2. En desacuerdo.
				3. Ni de acuerdo ni en
				desacuerdo.
				4. De acuerdo.
				5. Totalmente de
				acuerdo.
_	"La Práctica, es	Elementos	Pasta dental, cepillo	Escala Likert.
PRÁCTICAS	la acción que	y Hábitos	dental, seda dental, y	1. Totalmente en
DE LOS	se desarrolla con la	de higiene	enjuague dental.	desacuerdo.
PADRES	aplicación de ciertos	bucal.		En desacuerdo.
SOBRE	conocimientos".			3. Ni de acuerdo ni en
SALUD	(GARCÍA L. A., 2010)			desacuerdo.
BUCODENT				4. De acuerdo.
AL				5. Totalmente de
				acuerdo.

Tipo de Cepillo que	Escala Likert.
utiliza para la higiene	1. Totalmente en
bucal de si hijo/a	desacuerdo.
,	2. En desacuerdo.
	3. Ni de acuerdo ni en
	desacuerdo.
	4. De acuerdo.
	5. Totalmente de
	acuerdo.
Frecuencia de	Escala Likert.
cepillado dental	1. Totalmente en
para su hijo (a) al	desacuerdo.
día.	En desacuerdo.
	3. Ni de acuerdo ni en
	desacuerdo.
	4. De acuerdo.
	5. Totalmente de
	acuerdo
Tiempo de	Escala Likert.
cepillado dental	1. Totalmente en
para su hijo/a.	desacuerdo. 2. En desacuerdo.
	3. Ni de acuerdo ni en
	desacuerdo.
	4. De acuerdo.
	5. Totalmente de
	acuerdo
Técnica de	Escala Likert.
Cepillado	1. Totalmente en
	desacuerdo.
	En desacuerdo.
	3. Ni de acuerdo ni en
	desacuerdo.
	4. De acuerdo.
	5. Totalmente de
	acuerdo



Lic. Milton Ramos Correa
DIRECTOR DE "BRENTWOOD LANGUAGE CENTER"

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen para el trabajo de titulación denominado: "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE SALUD BUCODENTAL DE PADRES DE NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL, EN EL CENTRO DE DESARROLLO Y EDUCACIÓN ESPECIAL "EL ÁNGEL" (CADE) PERÍODO MARZO-JULIO 2016", de la estudiante TANNYA ESTEFANÍA ROMERO MOGROVEJO, egresada de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autoriza a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 16 de Agosto de 2016

DIRECTOR DE BLC

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE SALUD BUCODENTAL

Dirigido a Padres de Niños (a) con Parti la la Gene brail, en el Centro de Desarrol lo y educ ación Especia l^o El Ánge i

Tannya Estefanta Rome ro Miogrove jo





PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE SALUD BUCODENTAL PARA PADRES, TUTORES O CUIDADORES DE NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL

INTRODUCCIÓN

Parálisis Cerebral Infantil, es un término usado para describir un grupo de trastornos crónicos que aparecen durante los primeros años de vida, relacionados con el control del movimiento y la postura, debido al daño de una o más partes del cerebro que controlan el movimiento y que por lo general, no empeora con el tiempo. El término "cerebral" se refiere a los hemisferios cerebrales afectados y "parálisis" describe cualquier trastorno que limite el control del movimiento. (García Zapata, 2010)

Los niños con parálisis cerebral, son un grupo vulnerable que depende de la atención de sus padres o de tener un familiar o una persona cerca de ellos, ya que debido a sus limitaciones requieren cuidados en su alimentación, vestimenta, educación, e higiene personal. La familia se constituye en una institución base de la sociedad, un ecosistema, el medio natural para el desarrollo de sus miembros y el contexto universal para todas las comunidades. (Serrano, Posse, & Feijoo, 2012)

La prestación de la atención bucodental para los niños con parálisis cerebral requiere conocimientos especializados, una mayor conciencia, atención y acomodaciones. Los proveedores de salud pueden empezar a motivarse y a crear una práctica orientada a atender a niños con parálisis cerebral a través de la aplicación de una filosofía de práctica, la misma que se adquiere una vez que el padre, tutor o encargado de estos niños/as tenga una comprensión clara de las áreas donde puede haber obstáculos para la adecuada práctica de salud oral. (Serrano, Posse, & Feijoo, 2012)

La realización del presente protocolo, es de suma importancia, considerando la disminución en el desarrollo motriz y mental de los niños/as con parálisis cerebral, que constituyen un grupo vulnerable, requiriendo de la intervención multidisciplinaria, no sólo de profesionales, si no de sus padres, tutores o cuidadores, quiénes son los responsables

directos de mantener su salud bucodental; proporcionando las condiciones de higiene bucal adecuadas, manteniendo y/o mejorando la calidad de vida de estos niños/as, siendo este grupo de atención el mayor beneficiario.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	79
ÍNDICE	81
ANTECEDENTES	83
1. CAPÍTULO I	85
1.1 Parálisis Cerebral Infantil (PCI)	85
1.1.1 Clasificación de la PCI e Impacto en el Complejo Orofacial	86
2. CAPÍTULO II	91
2.1 PCI y la Salud Oral	91
2.1.1. Placa Bacteriana	91
2.1.2. Caries	92
2.2 Factores De Riesgo en la Salud Bucodentaria en Niños con PCI	93
2.3 Prevención de Enfermedades Bucales en Niños con PCI	95
3. CAPÍTULO III	97
3.1 Actitudes de Padres en la Salud Oral.	97
3.1.1 Actitud y Atención en Salud Oral	97
3.2 Importancia de la Salud Oral en Niños con PCI	98
4. CAPÍTULO IV	101
4.1 Hábitos de Higiene Oral de Padres de Niños con PCI	101
4.1.1 Tiempo y Frecuencia del Cepillado Dental	101
4.1.2 Alimentación en Niños con PCI	102
4.2 Higiene Bucal en Niños con PCI	106
4.3 Elementos Para la Higiene Dental para Niños con Parálisis Cerebral	107
4.3.1 Cepillo Dental	107
4.3.2 Pasta Dental, Enjuagues y Uso del Hilo Dental Para Niños con Parálisis Ce	erebral.
4.3.3 Suplementos de Prevención para la Salud Oral en Niños con PCI	114
4.3.4 Consideraciones de los Padres para Cepillado Dental en Niños concerebral.	n Parálisis 114
4.3.5 Técnica de Cepillado Dental para Niños Con Parálisis Cerebral	117

4.3.6 Problemas que Pueden Ocurrir Durante el Cepillado en un Niño con PCI y	Cómo
Superarlos	121
BIBLIOGRAFÍA	125

ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud oral como la ausencia de enfermedades y trastornos que afectan: boca, cavidad bucal y dientes, como cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental, dolor orofacial crónico, entre otros. (OMS, 2012)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), dos terceras partes de la población con discapacidad no reciben atención bucodental alguna; a pesar de la mayor prevalencia que tienen estas personas de padecer enfermedades bucodentales. Debido a que la higiene bucal es deficiente, por las alteraciones físicas y psíquicas que impiden realizar un cepillado eficaz, a las dietas que suelen ser blandas y pegajosas, a la ingesta de fármacos y a las pocas visitas de control odontológico; la incidencia de caries, enfermedad periodontal y maloclusiones; es mayor que en el resto de la población. (OMS, 2012). Es importante cambiar los paradigmas de la odontología actual y tener una capacitación adecuada que permita la salud bucodental de estos pacientes.

(Di Nasso, 2010) Refiere que la problemática de la discapacidad se ha incrementado en el mundo entero, alrededor del 15% de las personas a nivel mundial tiene una deficiencia física, cognitiva o sensorial, la odontología como ciencia de la salud no puede mantenerse al margen de esta realidad.

La causa más frecuente de discapacidad motora y principal motivo de discapacidad física grave en los niños es la Parálisis Cerebral. Se estima que afecta de 2 a 3 de cada 1000 niños nacidos vivos. (OMS, 2012)

La Parálisis Cerebral es una enfermedad crónica del sistema neuromuscular, resultado de un temprano daño cerebral. Con el término Parálisis Cerebral nos referimos a una alteración donde aparece: perturbación del tono muscular, la postura y el movimiento, pudiéndose asociar: problemas clínicos, sensoriales, perceptivos y de comunicación (Costa de Souza, 2013).

Tal es la magnitud y el impacto de los signos y síntomas que van presentando los niños con Parálisis Cerebral que normalmente la región bucal o mejor dicho el área orofacial no son tenidas en cuenta en un primer momento. Por otro lado, la odontología no ha dado respuesta a las patologías orales que acompañan al niño paralítico cerebral y lamentablemente el impacto visual que se produce hace que se ofrezca como única solución a los problemas odontológicos: la anestesia general, las extracciones dentarias múltiples y en definitiva un niño, futuro adulto desdentado que tendrá, dificultades para comer, hablar, sonreír, etc (Loaiza, A, 2012).

La educación para la salud bucal es fundamental en la construcción de la calidad de vida de los niños. Actuaciones en este sentido están ausentes o podrían incrementarse en calidad, cantidad y pertinencia cuando se trata de niños con discapacidad. Las Escuelas Educativas Especiales, padres, tutores o cuidadores en vinculación con la ciencia odontológica podrían vincularse para impartir promoción de la salud bucal con estrategias, contenidos y metodologías adecuados, trabajando en estrecha relación compartiendo los saberes de ambos (Loaiza, A, 2012). Analizar las condiciones permite evaluar los métodos y proponer mejoras educativas teniendo en cuenta el enfoque de derechos humanos, género, interculturalidad y discapacidad. (OMS, 2012).

1 PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL

3.2 Parálisis Cerebral Infantil (PCI)

Es un trastorno no progresivo de la movilidad o de la postura que se debe a una lesión o anomalía del desarrollo del cerebro inmaduro. (Ricard, 2010)

La parálisis cerebral es la expresión más común para describir a niños con problemas posturales y del movimiento que normalmente se hacen evidentes en la primera infancia. Describe una secuela resultante de una encefalopatía no progresiva en un cerebro inmaduro, cuya causa puede ser pre, peri o postnatal. (Parálisis cerebral, 2012)

La parálisis cerebral infantil se caracteriza por alteraciones de los sistemas neuromusculares, musculo esqueléticos y sensoriales que son el resultado inmediato de una fisiopatología o consecuencias indirectas desarrolladas para compensar los trastornos. (Arroyo & Fejerman, 2013)

AUNQUE LA DENOMINACIÓN "PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL" IMPLICA
UN TRASTORNO DE LA POSTURA Y DEL MOVIMIENTO, A MENUDO SE PUEDE
ASOCIAR CON RETRASO MENTAL O DIFICULTADES DEL APRENDIZAJE,
ALTERACIONES DEL LENGUAJE, TRASTORNOS DE LA AUDICIÓN, EPILEPSIA O
ALTERACIONES VISUALES. (ARROYO & FEJERMAN, 2013)

1.1.1 Clasificación de la PCI e Impacto en el Complejo Orofacial

Padres, tutores o cuidadores de niños con PCI deben estar prestos a identificar tempranamente este grado de compromiso y las posibles alteraciones que se presentarán de manera consecuente en la salud dental; estos hallazgos son frecuentes en estos pacientes, y son producto de las frecuentes dificultades para deglutir (sobretodo masticar de manera eficiente y a una velocidad normal) y lo costoso que les resulta efectuar un procedimiento de higiene bucal que asegure la ausencia de patologías, aumentando considerablemente la susceptibilidad a que se presenten lesiones de caries y que se instauren a temprana edad, procesos inflamatorio de encías y tejidos blandos en la cavidad oral (Alisio, 2013).

ESPÁSTICA:

Es la forma más común y corresponde al 70-80% de los casos de parálisis cerebral. Estos pacientes que en un principio son hipotónicos, con el tiempo desarrollan espasticidad, entendiéndose como tal a la resistencia muscular dependiente de la velocidad del estiramiento pasivo del musculo. (Arroyo, 2013)

A nivel de la región orofacial la rigidez de los músculos provoca: (Alisio, 2013).

- ✓ Sobremordida o mordida cruzada.
- ✓ Interposición lingual o empuje de la lengua hacia adelante.
- ✓ Múltiples lesiones de caries.
- ✓ Hiperplasia gingival
- ✓ Fármacos con gran cantidad de azúcares (anticonvulsivantes).



Figura 1. Parálisis Cerebral Espástica.

DISCINÉTICA O ATETÓSICA

Pasa de hipertonía a hipotonía, movimiento incoordinados, lentos, no controlables. Estos movimientos afectan a las manos, pies, brazos, piernas, en algunos casos músculos de la cara y la lengua, lo que provoca hacer muecas o babear. (Ricard, 2010)

A nivel de la región orofacial la rigidez de los músculos provoca: (Alisio, 2013).

- ✓ Trastornos deglutorios.
- ✓ Dificultad para contener la saliva.
- ✓ Sequedad de la boca (fármacos anticolinérgicos).
- ✓ Procesos de lesiones de caries por disminución de la secreción salival.



Figura 2. Parálisis cerebral Discinética

ATÁXICA:

Corresponde al 4% de los casos de parálisis cerebral y ocurre en O, O9 cada mil recién nacidos vivos, se manifiesta con una pérdida del equilibrio, de la coordinación y del control motor fino y suele estar asociado con hipotonía durante los dos primeros años de vida. A partir de entonces el tono muscular comienza a normalizarse. Los niños que alcanzan la marc

ha caminan aumentando la base de sustentación y tienen algún grado de dismetría. El control motor fino es pobre. Como parte d esta entidad debe mencionarse una variante que es el síndrome del desequilibrio cuyo diagnóstico se elabora a medida que transcurre el tiempo. (Arroyo, 2013)

A nivel de la región orofacial la rigidez de los músculos provoca: (Alisio, 2013).

- ✓ Caídas y traumatismos dentoalveolares por alteraciones en su equilibrio.
- ✓ Disfunciones neuromusculares.
- ✓ Bruxismo.



Figura 3. Parálisis cerebral Atáxica

MIXTA:

Lo más frecuente es que las personas con parálisis cerebral presenten una combinación de algunos de los tres tipos anteriores, especialmente, de la espástica y la atetósica. (Ricard, 2010)



Figura 4. Parálisis cerebral Mixta

Según la Parte del Cuerpo Afectada. (Ricard, 2010)

- Hemiplejía o Hemiparesia: Se encuentra afectado uno de los lados del cuerpo.
- **Diplejía o Diparesia.** Se encuentra más afectada la mitad inferior del cuerpo.
- Monoplejía o Monoparesia. Se encuentra afectado un solo miembro.
- **Triplejía o Triparesia**. Se encuentran afectados tres miembros.
- Cuadriplejía o Cuadriparesia. Se encuentran afectados los cuatro miembros.

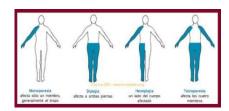


Figura 5. Clasificación según la parte del cuerpo afectada.

Según el Grado de Dependencia. El grado de afectación está determinado por la extensión de la lesión cerebral: (Ricard, 2010)

- Grave: Carece de autonomía para la realización de todas o casi todas las
 actividades de la vida diaria (vestirse, comer, asearse), por lo que precisa de la
 ayuda de otra persona para poder vivir. Necesitará una silla de ruedas o un
 equipo especial.
- Moderada: Necesita apoyo de una tercera persona para determinadas actividades y/o ayudas técnicas u ortopédicas como un bastón.
- Leve: Es totalmente independiente, aunque parece torpe cuando realiza alguna actividad.

Según el tono: (Ricard, 2010)

- **Isotónico:** tono normal.
- **Hipertónico:** aumento del tono.
- **Hipotónico:** tono disminuido.
- Variable.

PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL
Y LA SALUD ORAL

2.1 PCI y la Salud Oral

2.1.1. Placa Bacteriana

Película blanda, pegajosa que se acumula sobre la superficie dental, especialmente en la parte cervical de los dientes. Se inicia con el depósito inicial de una capa de proteína salival en la superficie dentaria, a esta película se adhieren los microorganismos presentes en la saliva; es por eso que se habla de la formación de la placa en dos etapas, una etapa inicial que puede comprender un depósito no bacteriano y una segunda que comprenda la fijación de las bacterias. (Sánchez & Romero, 2012)



Figura 6. Placa bacteriana

2.1.2. Caries

La caries es una enfermedad crónica, multifactorial, casi siempre de progreso lento. No es una enfermedad autolimitante, ocasionalmente se detiene (inactiva) y de no intervenirse oportunamente, destruye por completo los dientes. (Bordoni, Escobar, & Castillo, 2010)



Figura 7. Caries.

4.1.3 Enfermedad Periodontal

El grado de incidencia de la enfermedad periodontal (llámese gingivitis y (o periodontitis) en los pacientes con parálisis cerebral, es medianamente alto, o al menos sobre la media. Las razones que determinan esta situación tienen relación a la deficiente higiene oral que obedece a las limitaciones físico-motoras de este tipo de pacientes, la presencia de maloclusiones y alteraciones en la posición de dientes, y además, se considera como un factor promotor de las enfermedades periodontales para estos casos, la terapia farmacológica indicada para ellos, que en gran medida, pueden producir como reacción adversa una hiperplasia gingival (por ejemplo, la denitoína, un anticonvulsionante) (García F., 2012).



Figura 8. Enfermedad Periodontal.

4.2 Factores De Riesgo en la Salud Bucodentaria en Niños con PCI

De manera inherente a la condición de parálisis cerebral infantil, existen ciertas características propias de este cuadro que aumentarán la posibilidad de padecer ciertas patologías orales o aumentarán su gravedad en comparación a la población general. El hecho de conocerlas, ayudará a los padres, tutores o cuidadores a prever la aparición de cuadros patológicos o disminuir en la medida de lo posibles consecuencias. Entre ellas podemos nombrar: (Di Nassio, Patricia., 2012)



Figura 9. Factores de Riesgo en la salud bucodentaria

 La Actividad neuromuscular provoca problemas al higienizar los dientes, masticar el alimento, formar un bolo alimenticio adecuado en tamaño y consistencia, la salivación y contención de la saliva, la retención alimenticia y el control salival de la caries mediante su capacidad buffer, puede verse afectada por las alteraciones musculares e hipotonías que con frecuencia se presentan en las parálisis cerebrales. Además, un aumento de su función puede contribuir a la formación de facetas de desgaste en pacientes con bruxismo (parálisis cerebral espástica).

- En relación con este aspecto, la marcada limitación motora y dificultades en el control de la motilidad hacen muy complicada la realización de una técnica de cepillado bien realizada y un control eficiente del biofilm mediante la utilización de seda dental u otros elementos auxiliares.
- En relación con la dieta las discapacidades intelectuales, la disfunción neuromuscular, y la hipotonía influyen negativamente en lograr un proceso de alimentación libre de complicaciones, debido a las dificultades que presentar los pacientes a la horade succionar o masticar el alimento. En este sentido, se extiende de sobremanera el tiempo dedicado a la alimentación y el tiempo de exposición a alimentos cariogénicos, puesto que se mantienen durante largo tiempo en la boca antes de deglutirla (incluso una vez finalizada la comida, por los problemas de cepillado.
- Los edulcorantes presentes en los medicamentos utilizados en la terapia de algunos pacientes con parálisis cerebral, especialmente anticonvulsivantes, incrementan la potencialidad de daño en procesos de instauración de lesiones cariosas y evolución de su gravedad. Además, otro grupo de medicamentos, tales como la fenitoína, estimulan la aparición de cuadros de hiperplasia gingival, aumentando la prevalencia de enfermedades periodontales en los pacientes de parálisis cerebral.

4.3 Prevención de Enfermedades Bucales en Niños con PCI

En casa o en el centro educativo, los niños con PCI requieren de una ayuda extra por parte de sus padres, tutores o cuidadores para lograr y mantener una buena salud oral. La atención del niño con PCI está íntimamente relacionada con su patología y su conducta.

La capacidad de comunicarse con un niño es crucial para lograr el éxito del tratamiento dental, ya que necesitan técnicas especializadas para la realización de su higiene oral (Sánchez & Romero, 2012).

La prevención de enfermedades orales en los niños con parálisis cerebral se basa en los siguientes pilares básicos: (Sánchez & Romero, 2012)

 Higiene oral desde la erupción del primer diente de leche, dos veces al día. Los padres y/o tutores deben ser capaces de llevar a cabo la higiene bucal de forma rutinaria.



Figura 10. Higiene Oral

- Capacitación de padres, educadores, monitores y demás profesionales para realizar una adecuada higiene bucal y crear consciencia del impacto de los azúcares en la salud oral del niño.
- Reducir, en la medida de lo posible, la ingesta de alimentos cariogénicos entre comidas. Desaconsejamos enérgicamente el consumo de dulces refinados

(chucherías), chocolates, galletas, bollería y zumos industriales por parte de estos niños.

- Solicitar al médico del niño/a la prescripción de medicamentos con el menor contenido posible de sacarosa. De ser posible, tomar los medicamentos con las comidas, y no entre comidas.
- En caso de inhalación de corticosteroides (para niños asmáticos), valorar los beneficios de los enjuagues de flúor posteriores a la toma de los medicamentos.
- Realizar la primera visita al odontopediatra durante el primer año de vida para valorar el riesgo individual tanto de caries como de enfermedad de las encías.
- Someter al niño a una prevención temprana: revisiones periódicas por parte del odontopediatra; enjuagues de flúor (para reforzar el esmalte) o de clorhexidina (antibacterianos); colocación de sellantes de fisuras en superficies dentales susceptibles a la caries, etc.
- Tener a mano el número de urgencias del odontopediatra en caso de algún traumatismo dental.

5.1 Actitudes de Padres en la Salud Oral.

3.1.1 Actitud y Atención en Salud Oral

El paciente con PCI presenta diversidad de problemas que requieren un manejo integral interdisciplinario y orientado a la familia. Por ello es necesario mantener el vínculo de prevención y mantenimiento de salir oral por parte de padres, tutores o cuidadores de estos niños de la mano con el odontólogo: (Sánchez & Romero, 2012)

- Interconsulta con el equipo interdisciplinario
- Motivación reiterativa
- Manejo de la postura al momento del cepillado.
- Tratamiento de la hiperplasia gingival
- Análisis de laboratorio (anemia por aplasia medular por anticonvulsivantes)
- El énfasis del manejo odontológico consiste en lograr la salud bucal del paciente, estado que ayudara a mejorar la función global del mismo, permitiéndole desarrollar estrategias compensatorias y promoviendo su independencia.

5.2 Importancia de la Salud Oral en Niños con PCI

El cepillado dental es la principal herramienta para evitar las enfermedades bucales en niños con PCI. Sin embargo, cuando se ve mermada su capacidad para poder realizar la higiene oral, esta se convierte en una tarea difícil (Arranguiz, G.Consuelo, 2014). Por otro lado, sin una adecuada higiene bucal, el niño es vulnerable a la caries y a la enfermedad de las encías (gingivitis), lo cual agrava su cuadro de salud general.

REEMPLAZO DEL CEPILLO DENTAL

El reemplazo de su cepillo debe realizarse cuando sus cerdas se desgasten o bien cada tres meses. Es importante cambiar el cepillo dental después de un resfriado puesto que las cerdas acumulan gérmenes que pueden provocar una nueva infección (Arranguiz G,Consuelo, 2014).



Figura 11. Cepillo Dental

IMPORTANCIA DE LA VISITA AL ODONTÓLOGO

En la consulta dental, la atención del niño con PCI está íntimamente relacionada con su patología y su conducta; ya que el cuidado, y el mantenimiento de la salud bucal de estos depende del diagnóstico precoz para determinar qué tipo de tratamiento se requiere. A

pesar de que muchos niños con PC no requieren de un manejo de conducta particular, otros necesitan técnicas más especializadas, incluyendo la anestesia general en algunos casos; por ello es necesario un control permanente y debe ser realizado en intervalos de 6 meses de acuerdo a las necesidades específica de cada uno (Matamaros, M., 2013).



Figura 12. Visita al Odontólogo

Es totalmente necesario que exista una primera cita en la cual, el profesional odontólogo y el paciente con PCI, se conozcan, interactúen entre sí, se estudien, se establezcan lazos de confianza con lenguaje físico no oral, se conformen lazos emocionales y se le dé tranquilidad al paciente frente a lo nuevo con el fin de disminuir su ansiedad y miedo y siente las bases para lograr una buena cooperación del paciente que permita un correcto y exhaustivo examen bucal. En este sentido, el trato del profesional hacia el paciente debe tener matices amistosos y respetuosos, de manera sistemática y paulatina con un tono de voz dulce y de baja intensidad, sin parecer impetuoso ni demasiado estricto en su evaluación. Además, el profesional odontólogo debe tener siempre presente que cada uno de estos pacientes tiene sus características particulares, evaluando de manera íntegra las reacciones conductuales, condiciones personales y disposición del paciente frente a la posibilidad de ser examinado y tratado. (Matamaros, M., 2013).

La manera de conocer fehacientemente las capacidades y las limitaciones de cada paciente con PCI en particular, es mediante una entrevista previa con su tutor, médico tratante o sus padres, de modo que nos relaten en forma objetiva y ojalá sucesiva de los logros que ha ido presentando su rehabilitación. La confección de un historial o ficha médica previa ayudará, sin lugar a duda, el proceso de abordaje del paciente para su examen odontológico y el establecimiento de relaciones cercanas con el paciente. En el proceso de confección de la ficha clínica e historia médica, se debe tener en cuenta la importancia que implica conocer información y antecedentes relacionados al origen de la discapacidad, su severidad, las complicaciones que ha producido en su vida, sus logros alcanzados en terapia, la existencia de otros síndromes o cuadros patológicos y los fármacos que pudiesen estar indicándose leen su rehabilitación. (Matamaros, M., 2013).



6.1 Hábitos de Higiene Oral de Padres de Niños con PCI

4.1.1 Tiempo y Frecuencia del Cepillado Dental

El cepillado dental debe realizarse tres veces al día, mínimo dos, aplicando la regla después de cada comida esperando media hora más tarde para realizar el cepillado dental. La duración del cepillado dental debe ser como mínimo 5 minutos. (Harris N., 2008).



Figura 13. Cepillado Dental

El cepillado dental debe hacerse de una manera dinámica por ejemplo: (López Chicharro, Hábitos de Higiene Oral en Niños con PCI, 2008) (Harris N., 2008).

- Realizar el cepillado de dientes a la misma hora y de la misma manera todos los días para que se transforme en parte de la rutina diaria. Preferible los horarios habituales dedicados a la higiene personal para realizar el cepillado.
- Puede utilizar una canción o melodía que sea del gusto del niño para hacer más agradable el momento de cepillado. Utilizando la creatividad, en relación a las imágenes, colores, sonidos, olores.



Figura 14. Cepillado Dental

4.1.2 Alimentación en Niños con PCI

Las personas con PCI, requieren a menudo modificaciones dietéticas, que pueden acrecentar el riesgo de aparición de patología oral. Los problemas masticatorios pueden comportar una baja ingesta de frutas verduras y carnes y muchas comidas trituradas incorporan una gran cantidad de azúcares libres, aumentando en consecuencia su potencial cariogénico. La reducción de la producción de saliva, generalmente de origen medicamentoso, también compromete el proceso de deglución e incrementa el riesgo de caries. Por otra parte, el dolor de origen dental en un paciente con dificultades de comunicación, puede exagerar un comportamiento negativo y comprometer la ingesta. (Pérez, Limeres, & Javier, 2012)



Figura 15. Alimentación en Niños con PCI

LA DEGLUCIÓN EN NIÑOS CON PCI

Los líquidos son difíciles de manejar en la boca cuando la capacidad deglutoria esta alterada. Una alternativa para alcanzar la adecuada ingesta de líquidos es consumir alimentos ricos en agua entre las comidas, frutas, compotas, yogures y queso fresco.

El reflujo gastroesofágico, induce el vómito y provoca una acidificación del pH oral que puede ser atribuida cuando el paciente recibe medicación anticonvulsionante aumentando el riesgo de erosión dental. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

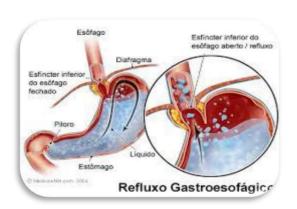
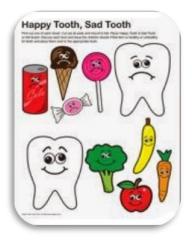


Figura 16. Deglución en Niños con PCI

Según Cabrera (2009) las características que tienen en la deglución los niños con necesidades educativas especiales, entre los que nos encontramos con niños que tienen parálisis cerebral infantil, son las siguientes:

- Posición inhabitual de la cabeza.
- Deglución más lenta.
- Menor fuerza muscular facial y musculatura de la masticación.
- Reducción de la presión lingual y reflejo tusígeno débil.

RECOMENDACIONES DIETÉTICAS PARA NIÑOS CON PCI



En el contexto de la educación en salud oral, el consejo dietético dirigido a padres, tutores o cuidadores de niños con PCI, es prioritario para reducir la incidencia de caries dental, y debe recoger al menos las siguientes propuestas: (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

- Reducir el número de ingesta de zumos u otros alimentos azucarados, limitándolas si es posible a las comidas principales.
- Promover el consumo de alimentos no cariogénicos.
- Después de una comida con alto contenido de azúcar se debe remover los restos de la cavidad oral, mediantes el cepillado dental.

 Restringir el azúcar evitando especialmente los productos en los que el tiempo de permanencia en la boca es prologado como los caramelos.

	Incluir	Evitar
Alimento		
Líquidos	Jugos espesos, helados,	Agua, jugos ligeros, leche, café
	batidos, gelatinas.	
Carne y	Carnes picadas, pescados sin	Carnes enteras, pescado con
pescado	espinas	espinas
Huevos	Escalfados, revueltos, tortilla,	Cocidos
	natillas.	
Frutas	Enlatadas sin semillas, huesos,	Frutas crudas
	y peladas; frutas en puré,	
	frutas en gelatina.	
Sopas	Sopas espesas	Sopas ligeras o con tropezones
Postres	Batidos de fruta, gelatinas,	Pasteles y postres con frutos secos
	natillas, helados.	

Figura 17. Parálisis Cerebral y alimentación

Fuente: Revista de Educación Especial. Universidad de Almeria

Según los siguientes autores, Aranceta, Pérez y García (2012: 188), las recomendaciones energéticas para niños con parálisis cerebral infantil son las siguientes:

- Los niños y niñas con parálisis cerebral necesitan una dieta balanceada que sea especialmente alta en energía, la que viene de la grasa y el aceite. Si sigue esta dieta, su niño o niña estará más fuerte, sano y feliz y podrá hacer más cosas.
- Estos niños y niñas se cansan muy fácilmente, por lo que necesitan pequeñas comidas con más frecuencia; por ejemplo, comer cinco veces al día.

- Como beber es muy difícil, estos niños y niñas necesitan tragos de agua dados a lo largo de todo el día; el equivalente a por lo menos cinco vasos altos. Esto reducirá su constipación y les dará más energía. Consistencia de la comida
- Mientras más sólida sea la comida, más nutritiva es. Sin embargo, como sabemos
 que estos niños y niñas tienen dificultades para masticar pues no tienen la suficiente
 fuerza muscular, necesitamos preparar comida un poco más húmeda y suave, para
 que ellos y ellas puedan manejarla.
- También necesitamos que toda la comida tenga una misma consistencia, ya que ellos y ellas no pueden manejar una mezcla de distintas cosas en su boca a la vez.
- Tal como la comida sólida les es difícil, los líquidos demasiado espesos también son difíciles para estos niños y niñas, ya que bajan demasiado rápido y pueden irse por el lado equivocado, hacia los pulmones. Los líquidos espesos, por lo tanto, deben ser dados con muchísimo cuidado.
- Comience con comida de consistencia suave no demasiado líquida, no demasiado sólida y nunca mezclando sólidos con líquidos (como sopas con trozos). Cuando su niño o niña vaya desarrollando un mejor control de su lengua y de su boca, puede incrementar el espesor de la comida. Esto los ayudará a aprender a masticar y, luego, quizá pueda ya manejar comidas más sólidas. (Facultad de Odontología de Londres, 2011) (Aranceta, Pérez y García, 2012: 188)

6.2 Higiene Bucal en Niños con PCI

Los padres, tutores o cuidadores juegan un papel vital en la salud oral de los niños con PCI. Pero poco se sabe acerca de los métodos de atención orales eficaces en casa; para estos niños que no pueden realizar las prácticas preventivas personales a sí mismos (ADA, 2016).

El comportamiento y en consecuencia el grado de colaboración, pueden constituir un problema importante a la hora de cepillarse los dientes. De entre las técnicas para la modificación de conducta, la denominada Decir-Mostrar-Hacer se considera la más indicada para instruir en higiene bucodental a los niños con PCI, y en general cualquier persona con alguna discapacidad que conserve en cierta medida sus habilidades. (ADA, 2016)

La higiene de la boca se debe iniciar desde el nacimiento, antes de que aparezcan los primeros dientes. Limpie las mucosas y encías con una gasa, pasándola por todo el interior de la boca y la lengua después que el niño tome leche o coma. (ADA, 2016)



Figura 18. Higiene Oral en Niños con PCI

6.3 Elementos Para la Higiene Dental para Niños con Parálisis Cerebral

4.3.1 Cepillo Dental

Si bien existen diversos instrumentos para la remoción mecánica de la placa bacteriana el más efectivo es el cepillo de dientes. El cepillo ideal debe ser eficaz en la eliminación de la placa, pero sin dañar los tejidos orales blandos ni duros. El cepillo dental es el instrumento más eficaz para la eliminación de la placa bacteriana. Los factores que intervienen en la eficacia del cepillado son la habilidad manual, el tiempo y sobre todo la motivación. (Pérez, Limeres, & Javier, 2012)



Figura 19. Higiene Oral en Niños con PCI

Existen cepillos especialmente diseñados para personas con discapacidad, pero también podemos encontrar fórmulas para adaptar cepillos convencionales. Se han comercializado algunos cabezales con morfologías particulares, para facilitar un mayor arrastre de la placa bacteriana en un menor tiempo. Por ejemplo, las cerdas de los cepillos Collis-Curve® y Dr.Barman's Superbrush® recorren simultáneamente las superficies dentarias oclusal, lingual y vestibular.

Ambos están especialmente indicados cuando los cuidadores tienen problemas para el acceso y limpieza de las superficies dentarias con un cepillo de dientes convencional, y para personas con discapacidades físicas bien por limitaciones de los movimientos de las manos o bien porque se fatigan pronto como ocurre en pacientes con esclerosis múltiple o enfermedad de Parkinson. (Perez, Limeres, & Javier, 2012).

CEPILLOS MANUALES:

Marulanda, realizó un estudio en el que evaluó la eficacia de los diferentes cepillos dentales para la higiene oral de niños con PCI; y, encontró que los cepillos de doble y triple

cabeza mejoran su eficacia, además que las cerdas no paralelas presentan mayor acceso, para la remoción de placa dentobacteriana interproximal. (Marulanda, Juliana, 2013)



Figura 20. Cepillos Manuales

CEPILLOS ELÉCTRICOS:

Fitchie, evaluó la efectividad de un dispositivo automático de cepillado para niños con PC; comparado con los hábitos de cepillado rutinario, encontrando que a corto plazo este dispositivo reduce de forma significativa los índices de inflamación gingival e índice de placa, hecho que favorece el control independiente de su higiene oral casera. Este dato es consistente con el estudio de (Doga, Luis, 2011), que demuestra que en pacientes con PC, el cepillo eléctrico Braun 3D de Oral-B® es el más eficaz para la remoción de placa.

Existen varios tipos de cepillos eléctricos. Al igual que en los manuales, también tienen diferentes cabezales y formas. Existen tres grandes familias de cepillos en función del tipo de movimiento:

- Oscilante Rotacional: movimientos circulares.
- o Oscilante Rotacional 3D: movimiento circular y pulsátil.
- Sónico: altas vibraciones horizontales". (Mejía, Wilson, 2014)



Figura 21. Cepillos Manuales

Según Gratzer (2012) estudios como el de Bozkurt, Gratzer y Nanning demuestran que el cepillo dental eléctrico es el aditamento mecánico más fácil de usar para una persona con limitaciones físicas y cognitivas; especialmente parálisis cerebral, por lo tanto, es el método más efectivo para la remoción de placa dentobacteriana.

CARACTERÍSTICAS DEL CEPILLO DENTAL PARA NIÑOS CON PCI

La forma y tamaño adecuado de un cepillo dental para niños con PC, dependerá del tamaño de la boca y del grado de discapacidad que presenten; debido a su falta de destreza motriz el padre, tutor o cuidador es el encargado de su higiene bucal; por ende, es

importante conocer las características y técnicas del cepillado dental". (Rosales, Carvajal, & Del valle, 2013)

Cabeza del cepillo:

Su tamaño dependerá del tamaño de la boca y de la capacidad del niño para poder abrirla. La cabeza del cepillo no debe ser más larga que el ancho de los dos dientes incisivos centrales superiores. En él se insertan las cerdas, se utilizan con más frecuencia las de consistencia mediana, de nylon y con las puntas redondeadas para evitar lesionar los tejidos orales; el tamaño y morfología del cabezal se selecciona de acuerdo a la edad y tamaño de la boca del paciente. (Rosales, Carvajal, & Del valle, 2013)

Mango del cepillo:

Se recomienda un mango firme y ancho que permita sujetarlo bien, de tal forma que el padre, tutor o cuidador del niño con PC pueda tomar y mover el cepillo; el mango puede adaptarse según la necesidad del niño/a, haciéndolo más largo y ancho utilizando elementos caseros como: cucharas adheridas en su extremo al



cepillo dental, o con formas de pelotas o figuras de animales para hacer su manipulación más cómoda y didáctica". (Rosales, Carvajal, & Del valle, 2013)





Figura 22. Aditamentos especiales para el cepillado dental.

4.3.2 Pasta Dental, Enjuagues y Uso del Hilo Dental Para Niños con Parálisis Cerebral.

PASTA DENTAL

Si la persona puede controlar lo que traga y eliminar totalmente los excesos de pasta después del cepillado, utilice pasta de dientes con flúor. El flúor ayuda a prevenir las caries. Se recomienda el uso de pastas dentales: (Rosales, Carvajal, & Del valle, 2013)

- En niños menores de 6 años, utilice pasta infantil de 450-500 ppm de flúor. Aplique una pequeña cantidad sobre el cepillo, menor al tamaño de una arveja.
- A partir de los 6 años, utilice pasta de adulto con 1000-1500 ppm de flúor. Aplique sobre el cepillo una cantidad equivalente al tamaño de una arveja.
- Si no puede usar pasta de dientes, converse con su dentista sobre la posibilidad y forma de usar enjuagatorio que contenga flúor.



Figura 23. Pasta Dental

ENJUAGUES BUCALES

En estos casos es preferible recurrir al uso de enjuagatorios fluorados o antisépticos para humedecer el cepillo, no se recomiendan los enjuagues cuya espuma o sabor fuerte provoquen sensación de ahogo en el niño por no poder salivar o enjuagarse debidamente, se puede humedecer una gasa con el enjuagatorio. (Rosales, Carvajal, & Del valle, 2013)

El uso de colutorios de Triclosán-zinc y de sprays de Clorhexidina ha demostrado ser eficaces como métodos coadyuvantes al cepillado dental para el control de placa y gingivitis en los niños con PC (Rosales, Carvajal, & Del valle, 2013)

HILO DENTAL

Como el cepillo dental no llega a limpiar las zonas entre diente y diente, es importante el uso del hilo dental, sobretodo en niños con déficits motores. Esta tarea se ve facilitada con el uso de sujetadores de hilo, arcos dentales o flossers. Los flossers se deben pasar suavemente entre los molares hasta llegar a la encía, apoyándose siempre sobre el diente. Idealmente, se deben pasar cada noche después de la cena y antes del cepillado dental, para que el niño duerma con la boca limpia". (Palma, Camila., 2012)



Figura 24. Posicionadores de hilo (flossers) para facilitar a los padres pasar el hilo dental entre dientes, cada noche

4.3.3 Suplementos de Prevención para la Salud Oral en Niños con PCI

Se los utiliza como complemento a los métodos mecánicos de limpieza de superficies lisas e interproximales, utilizado en la población discapacitada debido a las dificultades motrices y comportamentales que las acompañan. Un programa preventivo de salud dental es muy importante para el paciente con PCI. Un programa preventivo básico debe integrar: (Martínez, Adela, 2013)

- Educación para la salud
- Control de placa microbiana
- Consejo dietario
- Terapia florada y remineralizante
- Terapia antimicrobiana
- Selladores oclusales
- Evaluación
- Controles periódicos

4.3.4 Consideraciones de los Padres para Cepillado Dental en Niños con Parálisis cerebral.

Las técnicas de higiene bucal para niños con PCI deben ser discutidas con el profesional, para ser instruidos sobre las formas correctas en que los padres, tutores o cuidadores deben realizarlos en casa; para limpiar y remover la placa bacteriana y residuos de alimento (Colgate Palmolive Company, 2011)



Figura 25. Técnicas De Higiene Bucal Para Niños con PCI

Los dientes deben ser cepillados por lo menos dos veces por día, con una crema dental con flúor que contenga ingredientes antibacterianos. La limpieza interdental debe ser hecha por lo menos una vez por día para mantener la placa bacteriana bajo control y evitar la gingivitis. Dependiendo de la necesidad del paciente, se puede recomendar un enjuague bucal antimicrobiano y/o con flúor para reducir la placa bacteriana y la gingivitis, así como las caries. Tras la consulta, la persona responsable por el paciente debe discutir esas informaciones con el dentista y su equipo. (Colgate Palmolive Company, 2011)

EL MOMENTO DEL CEPILLADO DE DIENTES

Para realizar una adecuada higiene bucal, los padres, tutores o cuidadores deben seguir los siguientes pasos: (Colgate Palmolive Company, 2011)

- Identificar un lugar cómodo e iluminado donde realizar la higiene bucal, adaptándolo a los requerimientos de la persona (silla, cama, cojines, elementos para contener, etc.). Puede utilizar una lámpara portátil.
- Lavarse las manos antes de comenzar y si el niño/a con PCI puede colaborar con el cepillado, lave también sus manos.
- Prepare los elementos para realizar la higiene bucal y póngalos a su alcance.

- Agregue pasta de dientes en el cepillo, siguiendo las recomendaciones anteriores.
- Limpiar todas las superficies de todos los dientes
- Utilice la técnica indicada por su dentista, considerando que lo importante es que todas las superficies de los dientes queden limpias. Considere hacer pausas durante el cepillado.
- Limpiar la lengua con el cepillo o con una gasa.
- Si utilizó pasta de dientes, asegúrese que la persona elimine los excesos de pasta. Mire al interior de la boca para comprobarlo.
- Seque los labios y la cara.
- Lave el cepillo de dientes con agua, sacúdalo para eliminar los excesos y guárdelo en posición vertical para permitir el secado al aire.

POSICIONES PARA EL CEPILLADO DENTAL: (Colgate Palmolive Company, 2011)

- e) **Silla de ruedas:** colocarse detrás de la silla, sujetar la cabeza del niño y presionarla suavemente contra tu cuerpo o contra la propia silla de ruedas. Asimismo, te puedes sentar tras la silla de ruedas, colocar el freno e inclinar la silla sobre tu regazo.
- f) Sentados en el suelo: con el niño en el suelo, colócate detrás de él e inclina la cabeza contra tus rodillas. Si no coopera, puedes sentarte con las piernas estiradas y colocar tus piernas alrededor de sus brazos para inmovilizarlos.
- g) Acostados en el suelo: acuesta al niño en el suelo con su cabeza sobre una almohada, arrodíllate por detrás de su cabeza y sosténsela.

 h) Sobre una cama: coloca al niño acostado con la cabeza sobre tu regazo, sujétasela. Si el niño no coopera, otra persona puede sujetar sus brazos y piernas.

4.3.5 Técnica de Cepillado Dental para Niños Con Parálisis Cerebral

Colocar las cerdas del cepillo en un ángulo de 45° con respecto a la encía. Hacer presión moderada y realizar pequeños movimientos circulares sobre la encía, como un masaje. Recolocar el cepillo verticalmente y cepillar los dientes superiores hacia abajo y los inferiores hacia arriba en un movimiento de barrido; por dentro y por fuera. Terminar por las superficies masticatorias, con diez pasadas por cada zona. Por último, cepillar la lengua. Para niños que no cooperan para abrir la boca se puede colocar un abrebocas, que debe ser de un material flexible, preferentemente silicona. (Higiene bucal en personas en Situación de Discapacidad, 2013)

A menudo, el niño puede participar en la adaptación creativa de las herramientas. Existen varias formas de adaptar un cepillo para mejorar la técnica y fomentar la participación del niño, en caso de que quiera colaborar: (Higiene bucal en personas en Situación de Discapacidad, 2013)

- Sujetar el cepillo a la mano del niño mediante una banda elástica.
- Doblar el mango del cepillo (con agua caliente del grifo sobre el mango).
- Para niños incapaces de levantar manos o brazos, se puede alargar el mango del cepillo con una regla o una cuchara de madera.

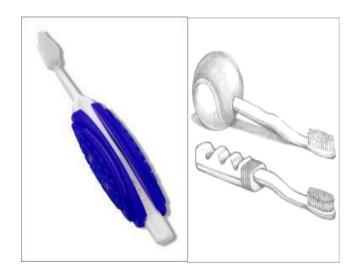


Figura 26. Cepillado Dental

CEPILLADO DE DIENTES SEGÚN EL GRADO DE AYUDA.

Cepillado con ayuda parcial:

Incluye a personas con discapacidad psíquica moderada-grave o con una limitación motora importante (dependencia de grado II). Generalmente estos pacientes no logran cepillar sus dientes de forma eficaz, y los que lo intentan en el mejor de los casos, consiguen eliminar la placa de las caras vestibulares de los dientes anteriores. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

Requieren una vigilancia muy estrecha y ayuda directa para realizar un cepillado correcto; lo mismo les sucede con el resto de las tareas cotidianas y para satisfacer las necesidades más elementales. El período de instrucción es prolongado y muchas veces los resultados son escasos. Es importante ser conscientes en todo momento de las limitaciones de estos pacientes y reforzar positivamente los pequeños progresos. Durante el período de aprendizaje e incluso en el de mantenimiento, es muy recomendable llevar a cabo demostraciones por parte del cuidador, tanto en su propia boca como en la del paciente, para que éste pueda observar e imitar sus movimientos. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)



Figura 27. Cepillado con ayuda parcial

Instrucciones para el cepillado en grupo

Las sesiones de cepillado también pueden realizarse en grupo, siempre que no se exceda de 3 o 4 personas.

- a) Todos los pacientes del grupo acompañados por el cuidador se dirigirán hacia el lugar acordado y se colocarán de forma adecuada para que puedan prestar atención a sus explicaciones.
- b) En la fase de instrucción, después de preparar los cepillos con el dentífrico, el cuidador le entregará a cada uno el suyo y hará una demostración práctica, pudiendo en algunos casos recurrir para ello al paciente más aventajado. Esta demostración constará de las siguientes fases:
 - cómo sujetar el cepillo
 - cómo colocarlo en la boca
 - qué movimientos se deben realizar

Se invitará a cada paciente a repetir todos los pasos del proceso de forma individual, mientras los demás observan a su compañero.

- a) A continuación se procederá al cepillado en grupo y si no es posible de forma individual. El cuidador procurará que mientras él ayuda a cada integrante del grupo, los demás mantengan la atención.
- b) Una vez terminado el proceso, el cuidador proporcionará un revelador de placa a todos los pacientes y los revisará mostrándoles las zonas teñidas, insistiendo con el cepillo en esas zonas.
- c) Este proceso suele ser largo y laborioso, y una de las claves del éxito radica en que el paciente con una discapacidad psico-física importante, pueda llegar a interpretar el cepillado dental como una expresión de autosuficiencia para satisfacer una de sus necesidades básicas. (Pérez, Limeres, & Javier, 2012)

Cepillado Con Ayuda Total:

En este grupo se incluyen pacientes con discapacidad física o psíquica grave (dependencia de Grado III), o con una limitación motora importante de las extremidades superiores. Muchos de ellos están permanentemente en silla de ruedas, necesitan ayuda para efectuar cualquier procedimiento de higiene oral y en este sentido, salvo raras excepciones, no podrán asumir ningún tipo de responsabilidad. (Perez, 2012)



Figura 28. Cepillado con ayuda total.

Cepillado en personas con sonda gástrica:

En el caso de aquellas personas que se alimentan por sonda gástrica, es importante limpiar su boca todos los días.

4.3.6 Problemas que Pueden Ocurrir Durante el Cepillado en un Niño con PCI y Cómo Superarlos

Morder el cepillo:

Si la persona muerde el cepillo, utilice otro para continuar con el cepillado. No la fuerce a soltar el cepillo, porque lo hará espontáneamente después de un rato.

Un "apoya mordida" puede ayudar a la persona a abrir la boca y no morder el cepillo. Indique a la persona que muerda el "apoya mordida" con los dientes de atrás para tener la boca más abierta y permitir limpiar los dientes. Existen distintos tipos de "apoya mordida". Una alternativa es hacer uno con palitos de helado y gasa, como se muestra continuación. (Higiene bucal en personas en Situación de Discapacidad, 2013)

Otra alternativa es utilizar un "apoya mordida" de material plástico lavable, como se muestra a continuación. Debe tener al menos 20 cm de largo para que usted pueda tomarlo firmemente mientras realiza el cepillado. Palma (2010).







Figura 21. Aditamentos para la Higiene Oral en Niños con PCI



Figura 30. Aditamentos para la Higiene Oral en Niños con PCI

Movimientos de la lengua:

La lengua y los labios pueden empujar el cepillo fuera de la boca. Para controlar estos movimientos, utilice el "apoya mordida" para mover la lengua o el labio durante el cepillado. Se requiere paciencia y perseverancia para lograrlo. (Higiene bucal en personas en Situación de Discapacidad, 2013)

Es importante que usted proteja sus dedos para evitar mordeduras accidentales.



Figura 23. Higiene Oral en Niños con PCI

Náuseas o vómitos:

Para reducir las náuseas y vómitos durante el cepillado, comience por masajear las encías, lengua y mejillas para ir preparando a la persona a las sensaciones del cepillado, empezando siempre por fuera de los dientes. (Higiene bucal en personas en Situación de Discapacidad, 2013)

Resistencia al cepillado:

Para disminuir la ansiedad que puede provocar el cepillado, permita que la persona se familiarice con el cepillo, lo toque, juegue con él, lo lleve a su boca. También puede masajear las encías con su dedo, gasa o esponja para imitar la sensación del cepillado. Proteja sus dedos de posibles mordidas. (Higiene bucal en personas en Situación de Discapacidad, 2013)

Cuando la persona esté más familiarizada con el cepillo, comience a cepillarle los dientes suavemente. Aumente de a poco la duración del cepillado hasta lograr limpiar todos los dientes. Realice el proceso suavemente, respetando las necesidades de la otra persona. (Higiene bucal en personas en Situación de Discapacidad, 2013)

Relacione el cepillado con estímulos agradables, horarios y lugares cómodos.

Sangrado de las encías

- Cepille los dientes, incluso si las encías sangran al hacerlo.
- Hágalo de manera suave y podrá observar como disminuye el sangrado en el tiempo.
- Si las encías continúan sangrando a pesar de realizar el cepillado suave, consulte a su dentista. Lo normal es que, con un cepillo en buen estado, un cepillado suave y constante en
- el tiempo, las encías recuperen su color rosado y disminuya el sangrado.
- Si usted continúa teniendo dificultades para mantener una buena higiene bucal en el hogar, converse con su dentista. El podrá entregarle consejos específicos para sus necesidades.

BIBLIOGRAFÍA

- ADA. (2016). Centro del cuidado Bucal. Salud oral para Niños con capacidades diferentes.

 Asociación Dental americana, 1-2.
- Alisio, A. A. (2013). Paralisis cerebral y su Impacto en el complejo orofacial. *Patología Clínica y Bucodental*, 16-17.
- Arguelles, P. (2008). Parálisis Cerebral (Vol. I Edición). Medica Panamericana.
- Arranguiz G,Consuelo. (2014). Higiene Dental Infantil para Niños con PC. *Artículos Académicos*, 6.
- Arranguiz, G.Consuelo. (2014). Higiene Dental Infantil. Artículos Académicos, 6.
- Arroyo, H. &. (2013). Trastornos Motores Crònicos en Niños y Niñas adolescentes.

 Médica Panamericana.
- Colgate Palmolive Company. (2011). Higiene Oral. *Centro del Cuidado Bucal Para Niños* con PC, 1.
- Costa de Souza, A. (2013). *Parálisis Cerebral: aspectos prácticos*. Brazil: Memnon Ediciones científicas.
- Di Nassio, Patricia. (2012). La Salud Bucal de los Niños con discapacidad. *Disponible en Línea: http://www.politicaspublicas.uncu.edu.ar/upload/Di_Nasso.pdf*.
- Di Nasso, P. (2010). La salud bucal de los niños con discapacidad.
- Doga, Luis. (2011). Higiene Oral en Niños con Discpacidades Especiales.

- Facultad de Odontología de Londres. (2011). Parálisis cerebral. Capacitación de Padres y Madres y Cuidadores. Alimentación. *Capacitación de Padres y Madres y Cuidadores*.
- García Zapata, L. F. (2010). Niño con parálisis cerebral un reto para el nutricionista dietista. Madrid: Santos.
- García, F. (2012). Caries Dental. Quito- Ecuador: CEBBE.
- García, L. A. (2010). La Ciencia y la Práctica (Vol. II). Barcelona, España: MASSON.
- Harris, N. (2008). Hábitos de Higiene Oral. México: MASSON.
- Harris, N. O. (2011). Odontología Preventiva Primaria. México: El Manual Moderno.
- Higiene bucal en personas en Situación de Discapacidad. (2013). Departamento de Salud Bucal, División de Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud, 110-111.
- Loaiza, A. (2012). Educación para la salud en niños con parálisis cerebral. Salud Oral en Niños Discapacitados, 1-2.
- López Chicharro, J. y. (2008). *Hábitos de Higiene Oral en Niños con PCI*. Mdrid: Editorial médica Panamericana S.A.
- Martínez, Adela. (2013). MANEJO ESTOMTOLOGICO DEL PACIENTE CON PARALISIS CEREBRAL. Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición, 4-6.
- Marulanda, Juliana. (2013). La Higiene Oral en Niños con Parálisis Cerebral. Cepillo dental. 73.

- Matamaros, M. . (2013). Manejo estomatológico del paciente conparálisis cerebral. III

 Congreso nacional y II Internacional Temático de Estomatología Integral.
- Mejía, Wilson. (2014). Cepillos Dentales. *Revista del Consumidor*, http://www.uv.mx/personal/abarranca/files/2011/06/Manual-de-tecnicas-de-Hiegiene-Oral.pdf.
- OMS. (2012). Discapacidad. OMS, 2.
- OMS. (2012). La Salud Oral y la Discapacidad. Artículos de la OMS, 1-5.
- Palma, Camila. (2012). Técnicas de Cepilado. Salud Oral en discapacitados, 2-3.
- Perez, M. L. (2012). *Manual de Higiene Oral para Personas con Discapacidad*. Santiago de Compostela: Idea Grafica Profesional.
- Ricard, F. M. (2010). Osteopatía y Pediatría. Madrid, España: Panamericana.
- Rosales, J., Carvajal, C., & Del valle, C. (2013). Higiene Bucal en Personas en Situación de Discapacidad. Consejos para los cuidadores. En D. d. Departamento de Salud Bucal. Chile.
- Sánchez, A. F., & Romero, G. E. (2012). Conceptos Básicos de odontoestomatología para el médico de atención primaria. Barcelona, España.: MASSON.
- Serrano, M. E., Posse, L. J., & F, F. J. (2012). *Manual de Higiene Oral para Personas con Discapacidad*. Santiago de Compostela: SERGAS.

ANEXO 10 FOTOGRAFÍAS



Ilustración 1. Presentación e información sobre el estudio que se va a realizar.



Ilustración 2. Aplicación de la encuesta.



Ilustración 3. Aplicación de la encuesta



Ilustración 4. Aplicación de la encuesta



Ilustración 5. Preguntas por parte de los padres de familia



Ilustración 6. Debate con los padres de familia.



Ilustración 7. Entrega de kits Colgate infantiles.



Ilustración 8. Entrega de kits Colgate infantiles.