

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
PLANTEL XOCHIMILCO

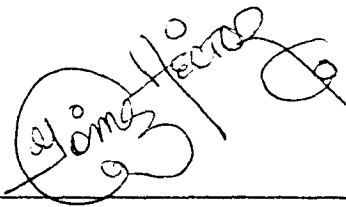
INFORME ANUAL DEL SERVICIO SOCIAL
REALIZADO EN LA ASOCIACION
PRO-PERSONAS CON PARALISIS
CEREBRAL

O.P.S.S. MARISOL PADILLA AYALA
AGOSTO DE 1996 - JULIO 1997
GENERACION 1992 - 1996



DRA. PATRICIA ALFARO MOCTEZUMA

ASESORA DEL SERVICIO SOCIAL.

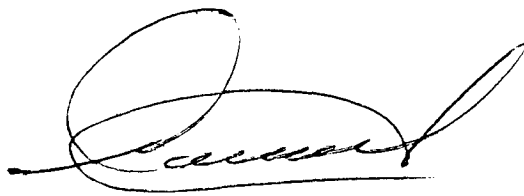


DR. HECTOR CASPETA GOMEZ

DIRECTOR DEL PROGRAMA DE ESTOMATOLOGIA

EN LA ASOCIACION PRO-PERSONAS CON PARALISIS

CEREBRAL



Vo.Bo. M. en C. MARIA DEL CARMEN OSORNO ESCAREÑO.
RESPONSABLE DEL SERVICIO SOCIAL DE LA LICENCIATURA
EN ESTOMATOLOGIA.

INDICE

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ATENCION A DISCAPACITADOS	2
LAS PERSONAS MINUSVALIDAS Y LA SOCIEDAD	6
PARALISIS CEREBRAL	8
FACTORES ETIOLOGICOS DE LA PARALISIS CEREBRAL	8
FACTORES PRENATALES	9
FACTORES PERINATALES	10
FACTORES POSNATALES	11
CLASIFICACION DE LA PARALISIS CEREBRAL	11
CLASIFICACION FISIOLOGICA O MOTORA	12
PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA	13
PARALISIS CEREBRAL ATETOSICA	14
PARALISIS CEREBRAL ATAXICA	15
SIGNOS OROFACIALES DE LA ESPASTICIDAD	16
CLASIFICACION ANATOMICA O TOPOGRAFICA	16
CLASIFICACION FUNCIONAL	18
ALTERACIONES BUCALES EN PERSONAS CON PARALISIS CEREBRAL	19
HIPOPLASIA DEL ESMALTE	19
CARIES DENTAL	20
ENFERMEDAD PARODONTAL	21
MALOCLUSIONES	22
BRUXISMO	23

SALIVACION	23
PANORAMA GENERAL DE LA ATENCION ODONTOLOGICA A NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL	25
BARRERAS DE ACTITUDES	26
BARRERAS FINANCIERAS	26
BARRERAS MOTIVACIONALES	26
MANEJO DEL NIÑO IMPEDIDO FISICO Y MENTAL EN LA PRACTICA ESTOMATOLOGICA	28
ENFOQUE PSICOLOGICO	29
ENFOQUE FISICO	30
PRINCIPIOS MULTIPLES DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL	32
HIGIENE ORAL	32
FLUORUROS	33
CONSEJOS DIETETICOS	33
ANTECEDENTES DE LA UNIDAD DONDE SE PRESTA EL SERVICIO	34
NIVEL DE ATENCION Y SERVICIOS QUE OFRECE	35
ANTECEDENTES DEL SERVICIO DE ESTOMATOLOGIA	44
ACTIVIDADES QUE SE LLEVAN ACABO EN EL SERVICIO SOCIAL	46

INFORME NUMERICO NARRATIVO	48
CONCLUSIONES	75
SUGERENCIAS	77
BIBLIOGRAFIA	78

INTRODUCCION

En la actualidad dentro de la sociedad en la que nos desarrollamos, encontramos una gran cantidad de personas que padecen algún tipo de discapacidad, por lo cual, para ellas no es fácil integrarse a la sociedad, es por esto que nos corresponde prepararnos tanto en el ámbito personal, como en el profesional, para brindarles ayuda y poder así integrar a estas personas a la sociedad. (2)

En muchas ocasiones nos enfrentamos con odontólogos que niegan la atención odontológica a pacientes con discapacidad. Esto se da principalmente, porque el odontólogo no está capacitado para brindar la atención adecuada a estos pacientes.

Aún cuando es un trabajo no fácil, se debe realizar con un gran esfuerzo y tener voluntad, cariño, paciencia y un trato muy especial con estos pacientes. (16)

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ATENCIÓN A DISCAPACITADOS

Las primeras referencias que describen anomalías mentales fueron encontradas en el año 3000 a.c., en la historia de Babilonia. En esos tiempos los métodos de tratamiento que tenían los egipcios eran en sus templos usando la concentración, relajación y sueño.

En el año 400 a.c., Hipócrates verificó daños cerebrales en epilépticos por trepanación y examen del cráneo de cadáveres.

El primer escritor médico que dedicó un trabajo a la deficiencia mental fue el médico y filósofo suizo Paracelso, en su tratado "De Generatione Stultorum" escrito alrededor de 1530, planteó el problema genético, y se preguntó cómo era posible para un hombre "cuerdo" engendrar o procrear un "tonto", y para los "tontos" engendrar hombres "cuerdos".

Un contemporáneo de Paracelso, el médico suizo Felix Platter, también proporcionó una excelente descripción del cretinismo, incluyendo sus manifestaciones orales; y en 1614 describió la deficiencia mental en términos que aún son válidos en nuestros días. (16)

En 1853 William John Little, cirujano ortopedista inglés, fue el primero en descubrir medicamente la afección llamada ahora parálisis cerebral. Little hizo énfasis en el trauma del nacimiento como factor etiológico, por lo que la parálisis de

origen cerebral fue llamada consecuentemente enfermedad de Little.

(4)

En 1944, la National Easter Seal Society formó una división de Parálisis Cerebral, y dos años más tarde un consejo de padres, incluyendo a muchos médicos prominentes. Así, fue fundada por estos profesionales la Academia Americana para Parálisis Cerebral en 1947. (4)(14)

La odontología americana, en la primera mitad del siglo XX, se preocupó por el desarrollo de habilidades técnicas con intenciones de aplicarlas en la atención dental a población discapacitada. Los pediatras y los médicos que en primera instancia tenían que ver con los trastornos neurológicos, metabólicos y otras alteraciones no fueron particularmente sensibles a la importancia de la salud dental en enfermedades sistémicas en general, y la consideraron poco importante en relación con la discapacidad total del niño neurológicamente afectado. (4)

En aquel entonces, antes de la llegada de los antibióticos y otras medidas que permiten salvar la vida, la atención de estos niños fue considerada una indulgencia impracticable, los padres agobiados por los problemas sociales, por las tensiones económicas y por las discapacidades crónicas de los niños, dieron a la salud dental poca prioridad y buscaron atender únicamente las emergencias.

Fue hasta el movimiento de la postguerra a fines de los cuarentas, cuando se empezó a notar la importancia de la

odontología para el niño discapacitado, como una subespecialidad organizada de la profesión. (4)(16)

A través de los años el "Consejo de Guía Dental para la Parálisis Cerebral", Por medio de sus conferencias, exhibiciones, literaturas científicas y otras actividades, han jugado un papel consistente en la expansión de los conceptos de odontología para el discapacitado. Como consecuencia de sus esfuerzos, se organizó un seminario en 1976 del cual resultó la Organización de la Primera Sociedad de Odontología para el discapacitado en Venezuela, un evento de gran importancia para América Latina. (4)(16)

El primer programa de entrenamiento interdisciplinario de posgrado en retraso mental fue organizado por el Hospital "Flower Fifth Avenue" en la ciudad de Nueva York, en 1956, con un dentista como profesor y dos participantes como estudiantes.

Una mayor contribución para el avance de la odontología para el discapacitado ha sido el "Journal of the Academy of Dentistry for Handicapped", el cual apareció a principios de 1975, esta publicación ofrece un foro para presentaciones científicas y permite un intercambio de ideas e información. (4)(16)

Durante el último cuarto de siglo se han dado grandes pasos en el dominio de los avances tecnológicos para el tratamiento de los impedidos. Cuando surgió el lema "A ningún niño impedido le deben ser negados los beneficios de la atención dental" (1973), la única alternativa para el manejo clínico rutinario, era la anestesia

general; y a los pacientes en su mayoría sólo se les realizaban procedimientos de emergencia con extracciones. Con los desarrollos recientes, la odontología ha adquirido ayuda quimioterapéutica, avances en las técnicas para la modificación de la conducta, lo cual permitirá al dentista tratar a muchos paciente física y mentalmente impedidos de unamnera adecuada realizando tratamientos preventivos y restaurativos completos, con el uso de la anestesia general, solamente limitada a casos excepcionales.

La odontología para todos los discapacitados, es un área a la cual le ha llegado su momento. Esta idea ha tardado en surgir, pero con la participación de profesionales adecuadamente capacitados puede y debe desarrollarse. La magnitud del problema es enorme; las necesidades de estos pacientes impostergable; el reto es muy grande, pero la satisfacción es mucho mayor. (4)(16)

LAS PERSONAS MINUSVALIDAS Y LA SOCIEDAD

DEFINICIONES PRELIMINARES.

Lesión-lisiado: Es el daño corporal causado por una herida, golpe o enfermedad ya sea física o mental. (1)

Impedimento-impedido: Obstáculo, circunstancia o estorbo que impida la ejecución de un acto y causa su mutilidad o licitud. (2)

El individuo disminuido o impedido se ha definido por la OMS (Organización Mundial de la Salud) como aquel que por largos períodos de tiempo, por condiciones físicas o mentales, está limitado de una participación completa en las actividades normales de su grupo etario, incluyendo aquellos de naturaleza social, recreacional, educacional y vocacional. (3)

Deficiencia-deficiente: Defecto o imperfección, falta o incompleto. (1)

De acuerdo con la clasificación internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) publicada por la OMS, una deficiencia es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. (2)

Discapacidad-discapacitado: Según la OMS, la discapacidad se define como toda restricción (limitación) o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano. (2)

Incapacidad-incapacitado: Falta de capacidad para hacer, recibir o aprender una cosa, carencia de actitud para realizar u obtener algo. (1)

Invalidez-invalido: Término cada vez menos usual que se utiliza para referirse a las personas que tienen un defecto físico o mental, congénito o adquirido, invalidez significa la carencia total de valor. Por eso se ha optado desde 1970 por utilizar los términos "minusvalía" y "minusválido". (1)

Minusvalía-minusválido: De acuerdo con la clasificación internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM) de la OMS "Una minusvalía es la situación de desventaja de un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad que le limite o impida al desempeño del papel que sería normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales)".

La minusvalía es sólo una situación de desventaja del individuo con respecto al contexto social, cultural, económico, laboral, educativo, ambiental, etc., en cuyo origen está la enfermedad o accidentes y a la cual se ha llegado por la deficiencia y la discapacidad generada por aquéllos. (2)

PARALISIS CEREBRAL

La parálisis cerebral la definiremos como una disfunción del Sistema Nervioso Central permanente, no progresiva, que condiciona alteraciones importantes en la postura y el movimiento y en ocasiones se acompaña de deficiencia mental. (8)

Estos daños cerebrales pudieron haber ocurrido en el período prenatal, durante el nacimiento o en el período posnatal, antes de que el sistema nervioso alcanzara su madurez.(4)

La mayoría de los individuos con parálisis cerebral tienen, además de su incapacidad motora, otros síntomas de daños cerebrales orgánicos, como trastornos convulsivos y retardo mental; trastornos sensoriales como problemas de audición o visión, problemas de lenguaje. A menudo también se presentan trastornos emocionales, así como problemas de conducta. (4)

FACTORES ETIOLOGICOS DE LA PARALISIS CEREBRAL.

En el embrión humano, desde la formación de la placa neural (alrededor de los 17 días) hasta el nacimiento, el crecimiento y desarrollo del Sistema Nervioso Central (SNC) pasa por diversas etapas.

En los primeros meses de vida el flujo sanguíneo cerebral y el consumo de oxígeno representan dos veces el valor que el de los adultos, indicando así la actividad metabólica del SNC alrededor del nacimiento y por lo tanto muy susceptible a las lesiones por

cambios en la circulación sanguínea cerebral y por la presión de oxígeno.

Todos los factores que intervienen en la disminución de oxígeno al cerebro en desarrollo pueden ser responsables de un daño cerebral. (9)

Los síndromes de disfunción cerebral no sólo comparten los síntomas, sino también las causas que los originan; éstas se clasifican en perinatales, natales y posnatales. (4)(10)(11)(12)

FACTORES PRENATALES.

1.- Factores hereditarios.

La patología genética transmitida, principia desarrollando defectos en los núcleos basales con síntomas presentes en el momento del nacimiento, o poco después, atetosis familiar o atetosis hereditaria, temblores congénitos, rigidez familiar.

2.- Adquiridos durante la gestación en el útero.

a) Radiación durante el primer trimestre.

b) Padecimientos infecciosos de la madre entre el segundo y cuarto mes, infección prenatal como varisela, herpes zoster y sífilis.

c) Anoxia prenatal.

- Anoxia de la madre.
- Anomalías del cordón.
- Hipotensión severa materna.

- Anemia materna grave.
 - Aspiración de monóxido de carbono por la madre.
 - Infarto placentario.
 - Patología y anormalidad de la placenta.
- d) Hemorragia durante el embarazo en las primeras 20 semanas.
- e) Hemorragia cerebral fetal producida por:
- Toxemia gravídica del embarazo.
 - Traumatismo.
 - Anoxia prolongada.

3.- Factor Rh causa de Kernikterus, enfermedad hemolítica del recién nacido. Hiperbilirrubinemia, incompatibilidad sanguínea.

- Diabetes mellitus materna.
- Prematurez.
- Predisposición al aborto.
- Toxemia materna.
- Desnutrición materna. (4)(2)

FACTORES PERINATALES.

Desde el comienzo del parto hasta la viabilidad del feto, se han encontrado lesiones perinatales ocasionadas por:

- Parto prematuro.
- Trabajo de parto prolongado con sufrimiento fetal.
- Traumatismo en el nacimiento.
- Uso inadecuado de fórceps.

- Falta de oxígeno durante el parto (anoxia) o paro respiratorio neonatal.
 - Alumbramiento con desprendimiento previo de la placenta.
 - Mal uso de anestésicos a la madre.
- Posición del niño al nacimiento (nalgas o pies).
- Hiperbilirrubinemia.
 - Infecciones neonatales.
 - Cardiopatía congénita. (2)(4)

FACTORES POSNATALES.

- Traumatismos craneanos.
- Infecciones neonatales, encefalitis, meningitis, etc.
- Intoxicación por plomo o arsénico.
- Anomalías del desarrollo.
- Sangrado o tumores cerebrales.
- Malos tratos o golpes.
- Accidentes vasculares con hemorragias, embolias, trombosis.
- Anoxia. (2)(4)(13)

CLASIFICACION DE LA PARALISIS CEREBRAL.

Existen diferentes tipos de parálisis cerebral:

- a) Según la ubicación de las lesiones en determinadas estructuras nerviosas motoras.

b) Según su topografía, es decir, según las partes del cuerpo más afectadas.

c) Según las limitaciones funcionales que se presenten.

Frecuentemente los tipos de parálisis cerebrales no se presentan con sus características en forma pura, sino que existen combinaciones de éstas con predominio de uno de los componentes, por ejemplo: espasticidad con atetosis. (2)

CLASIFICACION FISIOLOGICA O MOTORA.

La clasificación sueca que ha sido sugerida por Hagberg y Alberman ha sido la más aceptada mundialmente y es la siguiente:

- Espástica.
- Atetósica.
- Atáxica.
- Mixtos. (13)

Según se localiza la lesión cerebral se determina el tipo de disfunción neuromuscular por medio de la cual se manifiesta el trastorno. (2)

Las lesiones de la corteza cerebral se manifiestan por espasticidad, la lesión del ganglio basal da por resultado atetosis y la ataxia es causada por lesiones del cerebelo. (4)(2)

La más frecuente dentro de esta clasificación es: la espasticidad seguida por la atetosis.

PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA.

Dentro de éstas se encuentran un 70 % de los pacientes y suele asociarse con prematurez o anoxia y resulta del daño o defecto dentro de la zona motora cortical del cerebro, del cual salen las neuronas del área motora de la corteza cerebral y sus axones que forman parte de la materia blanca del cerebro, continuando hacia la médula espinal, hasta las células de los cuernos anteriores; resultando en impedimentos para controlar los movimientos voluntarios.(4)

Los principales signos de espasticidad son:

- 1.- Hiperirritabilidad de los músculos afectados que resultan de una exagerada contracción involuntaria del músculo cuando es estimulado.
- 2.- Músculos tensos con presencia de contracturas.
- 3.- Presencia de reflejos patológicos.
- 4.- Control limitado de los músculos del cuello.
- 5.- Dificultad y falta de control de los músculos que sustentan el tronco y dificultad para mantener la postura derecha. (4)

El niño presenta un desarrollo y crecimiento anormal debido a la presión de los músculos tensos sobre los huesos y articulaciones, se les dificulta mucho o no pueden enderezar la cabeza o sentarse, tienen una postura anormal de los miembros, falta de coordinación de la musculatura intraoral, perioral y masticatoria, dificultad para la deglución, babeo excesivo, el

lenguaje casi imposible, su mímica es rígida.

En los primeros meses, los problemas musculares no son muy claros, se empiezan a manifestar después del segundo mes de vida.(4)

PARALISIS CEREBRAL ATETOSICA.

Esta clasificación se presenta aproximadamente en un 15 % de los casos. (12)

La parálisis cerebral atetósica, llamada también Parálisis Cerebral Extrapiramidal que afecta a la materia gris del cerebro.(4)

Se manifiesta por falta de equilibrio y coordinación. El niño atetósico presenta reflejos normales, hipotonía con cambios bruscos y rápidos de tensión y relajación, movimientos involuntarios incontrolables, lentos, incoordinados o realizados con rigidez o tensión asociados a los movimientos voluntarios, movimientos involuntarios ausentes o mínimos en reposo y se presentan o aumentan durante el movimiento voluntario, movimientos involuntarios de todo el cuerpo cuando el estado de ánimo es de gran alegría o mucho agrado.

En posición supina (boca arriba) tienden a estirarse; en posición prona (boca abajo), tienden a doblarse; abertura e hiperextensión de los dedos, palmas hacia abajo y dorso arriba; formación de muecas; gestos y expresiones faciales que no

corresponden al estado de ánimo o con falsa apariencia de deficiencia mental; trastornos respiratorios, de alimentación y de lenguaje.

El nivel de inteligencia es normal o alto, rara vez bajo. (2)

PARALISIS CEREBRAL ATAXICA.

Aproximadamente es afectado un 5 % de los casos, esta lesión afecta al cerebelo. Se manifiesta por falta de coordinación muscular debido a trastornos de los sentidos cinestésicos y del equilibrio; puede ir acompañado de hipotonía y de fluctuaciones tónicas, no es posible contraer los músculos que se encuentran afectados, de manera que los movimientos involuntarios se realizan parcialmente.

Debido a la pérdida de coordinación muscular existe falta de equilibrio postural, marcha insegura, dificultad para asir objetos o sentarse derecho, es imposible realizar un trabajo utilizando primero una mano y luego la otra, tampoco pueden realizar movimientos complicados, no hay dirección en sus movimientos ni calculan la amplitud de éstos.

Sus movimientos voluntarios son amplios, sin ritmo e irregulares y tienen posibilidad de temblor o estremecimiento, existen trastornos en la succión, deglución y respiración.

La ataxia se puede observar de una manera más clara cuando el bebé inicia movimientos voluntarios, aunque en el recién nacido se

puede notar un llanto anormal que puede ser suave y sin fuerza o en forma de grito agudo que molesta a quien los escucha.

SIGNOS OROFACIALES DE LA ESPASTICIDAD.

- 1.- Labio superior en forma de triángulo presionando superiormente.
- 2.- Labio inferior evertido.
- 3.- Comisuras presionadas hacia abajo.
- 4.- Lengua grande y protruida.
- 5.- Reclinación tensa de la cabeza. (3)

Mixtos: Son casos en los cuales existen más de un tipo de trastornos y es difícil realizar un diagnóstico bien definido, presentándose en individuos con daño cerebral más difuso; generalmente predomina una forma de parálisis cerebral. (13)

CLASIFICACION ANATOMICA O TOPOGRAFICA.

En esta clasificación se describe el área afectada en las extremidades que sufren algunas alteraciones y se clasifican como:

- Monoplejia.
- Hemiplejia.
- Paraplejia.
- Cuadriplejia.
- Diplejia. (4)

MONOPLEJIA. Es cuando se encuentra afectada únicamente una extremidad. Es muy raro que se presente ya que en ocasiones resulta ser una hemiplejia mal diagnosticada. Aquí es afectado un solo brazo o con menos frecuencia una sola extremidad inferior.

HEMIPLEJIA. Se encuentra afectado un solo lado del cuerpo y es la forma más común.

PARAPLEJIA. Se encuentran afectadas las extremidades inferiores únicamente. Es muy rara en la parálisis cerebral. Muy pocos niños no presentan compromiso por encima de la cintura y suelen presentar convulsiones con frecuencia.

CUADRIOPLEJIA. Están afectadas las cuatro extremidades. En los cuadripléjicos atetoides suelen participar más las extremidades superiores y el tronco que las extremidades inferiores. En los cuadripléjicos espásticos y en algunos casos mixtos, las extremidades inferiores pueden estar comprometidas en las mismas medidas que las superiores.

El control de la cabeza es malo y suele haber trastorno de lenguaje y de la coordinación muscular.

DIPLEJIA. Se encuentra afectado todo el cuerpo, pero las piernas más que los brazos. La distribución de la diplejia suele ser más o menos simétrica. En general los niños controlan bien la cabeza y presentan un compromiso moderado o leve de las extremidades superiores. No es común que afecte el habla. Todos los niños con diplejia pertenecen al grupo espástico. (2)(4)

CLASIFICACION FUNCIONAL.

La clasificación funcional se divide en:

1.- LEVE. En la actualidad existen limitaciones para realizar las actividades de la vida, pero no afecta su escolaridad.

2.- MODERADA. Se encuentran limitaciones para realizar las actividades diarias y parcialmente afectada su escolaridad.

3.- SEVERA. Están incapacitados para realizar las actividades de la vida diaria y por tanto su escolaridad esta afectada totalmente, convirtiéndose en personas absolutamente dependientes.

Es necesario tomar en cuenta algunas otras manifestaciones que pueda presentar el individuo con parálisis cerebral para lograr una adecuada rehabilitación, estas manifestaciones son entre otras; trastornos convulsivos, retardo mental, trastornos sensoriales y de aprendizaje, trastornos de conducta y emocionales. También presentan problemas de percepción, audición, deficiencia de agudeza visual. (4)

El tipo de alteración motora en un niño varía con la edad y alcanza un patrón de adulto típico cuando el Sistema Nervioso Central madura.

La parálisis cerebral es un estado no fatal e incurable que se beneficia con el tratamiento oportuno.

El diagnóstico precoz de la lesión cerebral es importante para el niño y su familia, ya que muchas de las complicaciones físicas y psicológicas pueden reducirse o evitarse, si los padres reciben ayuda y guía profesional durante los dos primeros años de la vida del niño. (4)

ALTERACIONES BUCALES EN PERSONAS CON PARALISIS CEREBRAL.

Existen diversos estudios realizados con el fin de encontrar la relación que existe entre la parálisis cerebral y las principales alteraciones orales; anomalías en el desarrollo dentario, caries, enfermedad paradontal, maloclusiones y alteraciones en el desarrollo orofacial.

De acuerdo con los resultados de algunos estudios se indica que los individuos con parálisis cerebral suelen tener índices más elevados de problemas dentales que los que prevalecen en la población en general. (4)

HIPOPLASIA DEL ESMALTE.

Se presenta una incidencia más elevada de hipoplasia del

esmalte en los órganos dentarios primarios. Este defecto en el esmalte puede estar relacionado con el momento en el cual se produjo el daño o lesión cerebral en el feto en desarrollo.

El periodo formativo de las piezas dentarias puede dividirse en tres segmentos: formación de la matriz, calcificación de la madurez preeruptiva, ya que la formación de la matriz es el paso preliminar para la formación dental, los trastornos en esta etapa pueden manifestarse como formaciones imperfectas del esmalte, estas lesiones son encontradas en áreas de los dientes donde el esmalte se estaba formando cuando se produjo el disturbio sistémico. (2)(4)(7)(14)

CARIES DENTAL.

La caries dental se define como la destrucción localizada de los tejidos duros del diente y es resultado de la confluencia de bacterias, dieta (sacarosa) composición y cantidad del flujo salival, así como del tiempo de exposición del órgano dentario a estos elementos.

Debido a que las personas con discapacidad presentan mayor incidencia de caries dental en comparación con niños normales, se han realizado diversos estudios al respecto, en los cuales se han encontrado varios factores a los que se atribuye esta incidencia

como son:

- Apiñamiento.
- Dieta blanda.
- Deficiencia en la higiene bucal.
- Atrición de dientes por bruxismo.
- Mal posición dentaria y presencia de hipoplasia del esmalte.
- Abandono de los padres.
- Dieta alta en carbohidratos. (15)

Estos factores, sumados a la susceptibilidad que presentan los dientes con hipoplasia y la limitación que presentan estos pacientes para realizar sus funciones de autolimpieza, producen una gran disposición al proceso cerioso. (4)

ENFERMEDAD PARODONTAL.

Probablemente la enfermedad parodontal es uno de los problemas orales más serios en personas con parálisis cerebral. Más de la mitad de estos pacientes presentan algún tipo de gingivitis.

Existe una alta incidencia de hábitos orales perniciosos, que incluye protrusión lingual, bruxismo y respiración bucal, contribuye también al riesgo de enfermedades parodontales. La excesiva salivación, debido a la hipotonicidad de los músculos

labiales, y el predominio de respiración bucal provocan aumento en la producción de cálculo e inflamación gingival.

Los pacientes que toman algún tipo de anticonvulsivo, aunado a la presencia de placa dentobacteriana provoca gingivitis hipertrófica o hiperplasia gingival.

El tejido fibroso puede llegar a crecer tanto que cubre al diente, lo cual retrasa la exfoliación de los dientes temporales y la erupción de los dientes permanentes.

Los estudios realizados han demostrado que la higiene oral no soluciona el sobrecrecimiento, pero si retarda este proceso, y en algunos casos se indica la intervención quirúrgica. (4)

MALOCCLUSIONES.

Existen factores etiológicos a los cuales se les atribuyen las maloclusiones como son: la función anormal de la musculatura, asociada con las diversas condiciones específicas de los diferentes tipos de parálisis cerebral.

La prevalencia de la maloclusión en estos pacientes es aproximadamente el doble de la población general, debido a que hay una incompetencia muscular de la cabeza y el cuello, existe una falta de armonía entre músculos intraorales y periorales.

Los movimientos anormales de la lengua, músculos faciales y

respiración oral inducen dimensiones anormales de maxilares y mandíbula.

Las causas pueden ser hereditarias, congénitas, ambientales o funcionales, relacionadas con factores generales que incluyen: tamaño, forma y posición de maxilar y mandíbula, forma y función de los músculos que rodean la dentición y tamaño de los maxilares y mandíbula en relación al tamaño de los dientes.(4)

BRUXISMO.

El bruxismo es de etiología desconocida, se presenta comunmente en pacientes atetoides y con más intensidad en espásticos.

El bruxismo podría deberse a la existencia de estrés, problemas emocionales, psicológicos, de tensión, mala función muscular o interferencias oclusales.

El bruxismo ocasiona desgaste de las superficies dentales debido al contacto excesivo de diente con diente, por lo cual existe pérdida de dimensión vertical o cierre de mordida, puede ocasionar trastornos en la articulación temporomandibular.
(15)(16)

SALIVACION

Loa pacientes con parálisis cerebral en su mayoría, presentan el problema del babeo, el cual provoca una disminución en su autoestima. Se han realizado en diversos estudios los cuales

sugieren que la incontinencia salival se relaciona con factores como son: deficiencia en la deglución, posición flácida de la cabeza combinada con una musculatura débil del cuello, boca abierta con empuje lingual y debilidad labial, y no con un aumento en el flujo salival. (5)

Existen algunos métodos para solucionar el problema como son: terapia física de retroalimentación, radioterapia, farmacoterapia y cirugía, incluyendo diversos procedimientos de recesión del nervio, transferencia quirúrgica de los conductos salivales de las glándulas parótidas a la faringe y la extirpación de las glándulas. (5) (7)

PANORAMA GENERAL DE LA ATENCION ODONTOLOGICA A NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL

Ya que la parálisis cerebral la presentan una gran parte de personas que sufren discapacidad, se le debe dar un lugar primordial de atención en los centros de rehabilitación.

Existen algunas instituciones las cuales brindan servicio de rehabilitación a personas con discapacidad, como son: DIF (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia), IMSS, ISSSTE, Hospital Militar, Hospital de la Marina, pero lamentablemente no todos cuentan con el servicio odontológico.

Existen también algunas asociaciones de beneficencia a nivel privado, como la Asociación Pro-personas con Parálisis Cerebral (APAC), en las cuales se cuenta con el servicio dental.

Desafortunadamente en México no existen lugares suficientes que puedan brindar el servicio odontológico a personas con discapacidad.

La atención dental ha tomado un lugar secundario y muy descuidado, al no ser considerado como un factor necesario en la rehabilitación.

Los pacientes comunmente se enfrentan a barreras que se interponen para recibir la atención dental, algunas de ellas son:

barreras de actitudes, barreras financieras y barreras motivacionales.

BARRERAS DE ACTITUDES.

Un paciente discapacitado depende tanto de su familia ya sea por sus actividades hospitalarias, terapias y educación especial.

(4)

BARRERAS FINANCIERAS.

Los recursos económicos de familias en las que existe algún individuo con discapacidad son una barrera importante ya que realizan gastos adicionales como médicos, escolares y otros que se encuentran frecuentemente fuera de su alcance. (4)(5)(6)

BARRERAS MOTIVACIONALES.

Las personas con discapacidad no pueden realizar por sí solos la tarea de su propia higiene bucal, por lo tanto, necesitan de otras personas, que en la mayoría de los casos no están motivadas lo suficiente para lograr un buen cuidado bucal del paciente.

Una buena forma de contrarrestar esta barrera, es explicando y motivando a los padres sobre la gran importancia de los cuidados bucales y las prácticas adecuadas de la higiene bucal. (4)(5)

Las personas con parálisis cerebral son muy cooperadoras y entusiastas ya que dentro de su mundo se esfuerzan lo máximo para mejorar su calidad de vida.

Como pacientes dentales, ellos son atentos, esforzados y verdaderamente representan una experiencia satisfactoria para aquel que se toma tiempo y paciencia para trabajar con ellos.

(4)(5)(7)

MANEJO DEL NIÑO IMPEDIDO FISICO Y MENTAL EN LA PRACTICA ESTOMATOLOGICA

A) ASPECTOS GENERALES.

Es importante tener conocimiento del diagnóstico médico del paciente antes de iniciar cualquier tratamiento odontológico, ya que de esta forma el odontólogo tendrá los datos primordiales del estado en el que se encuentra su futuro paciente.

Como primer paso el odontólogo debe realizar una minuciosa historia clínica del paciente; en la primera cita tendrá la oportunidad de tener un acercamiento con los padres o tutores del paciente para establecer una buena comunicación y así juntos conocer las características del paciente.

El odontólogo debe establecer una comunicación de confianza con el paciente para que coopere positivamente y exprese sus necesidades, debe también establecer una forma de comunicación con el paciente por medio de la cual, ambos se podrán comunicar.

Algunos aspectos importantes que debe tomar en cuenta el odontólogo para el mejor manejo del niño con parálisis cerebral son:

- Conocer perfectamente la historia clínica del paciente.
- Establecer una relación de confianza entre los padres del paciente y el odontólogo.
- Establecer una relación de confianza y seguridad con el paciente.

La actitud de los padres durante el desarrollo de todo el procedimiento es muy importante, padres muy aprensivos provocan reacciones negativas en el niño.

La ansiedad de los padres acerca del tratamiento odontológico de los hijos, debe ser bien manejada, de tal manera que una vez que se han superado las barreras iniciales y se ha ganado la confianza, los padres representan un apoyo valioso para la realización de los servicios odontológicos.

El odontólogo y su personal deberán aprender de los padres los métodos más efectivos para lograr la cooperación del paciente. Los padres pueden ayudar al odontólogo explicando los cambios de actitud del niño, o bien sirviendo como interpretes, si el niño no se puede expresar perfectamente. (4)

B) ENFOQUE PSICOLÓGICO.

Los niños que padecen además de parálisis cerebral otras deficiencias como: retraso mental, sordera y ceguera, poseen la habilidad para sentir si el odontólogo los trata con cariño y

respeto.

Se debe tener en cuenta que los niños con deficiencia mental no entienden con palabras, es más posible que imiten los hechos del operador.

Los niños con sordera aprenden a conocer los instrumentos manipulándolos y jugando un poco con ellos para familiarizarse con la forma de utilización de cada uno de ellos.

Los pacientes con problemas visuales deberán confiar en la explicación del odontólogo, el oído de los niños parcialmente ciegos es generalmente muy agudo, muchas veces escucha la voz del dentista en busca de aprobación para su conducta.

PRIMERA CITA.

Dentro de esta primera cita nos enfocaremos principalmente a recolectar datos acerca del estado en el cual se encuentra el paciente, sin dedicarnos al tratamiento, sólo en caso de emergencia. (17)

C) ENFOQUE FISICO.

Se le explicará al paciente y a los padres que el sujetarlo con vendas o sábanas es por seguridad de ellos y del operador, ya que esto ayuda al paciente. Más aún, cuando no controla sus movimientos, así tendrá una posición segura para no causarle algún daño.

De igual forma el odontólogo y su equipo deberán tener control sobre su cabeza, ya que algún movimiento inadecuado podría provocar alguna lesión al paciente.

El odontólogo debe mantener firmemente la cabeza del paciente entre su pecho y su brazo, de tal forma que quede libre su mano para sujetar el espejo y retraer la mejilla.

PRINCIPIOS MÚLTIPLES DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA EN PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL.

La mejor forma de asegurar una buena salud bucal a todos los pacientes, es la prevención de las enfermedades orales antes de que éstas den inicio.

El odontólogo debe evitar lo más posible la pérdida de órganos dentarios principalmente en personas con discapacidad.

se requiere una explicación amplia por parte del odontólogo hacia el paciente, y a los padres o responsables sobre las medidas necesarias para realizar odontología preventiva.(4)

Los componentes de un programa preventivo son:

- Higiene oral.
- Aplicación de fluoruros.
- Selladores de fosetas y fisuras.
- Dieta balanceada.
- Supervisión profesional periódica.

HIGIENE ORAL.

El odontólogo debe tomar en cuenta las técnicas especiales de postura del paciente para el cepillado diario y cuidado de la boca.

Es responsabilidad del odontólogo enseñar a los pacientes la técnica correcta para el cepillado dental de los pacientes.

Deberán tener apoyo firme de la cabeza para controlar al niño, así como una buena visibilidad y comodidad del adulto.

Alguna sugerencia sería utilizar los abatelenguas, tres o cuatro unidos y forrados con gasa, esto ayudará a mantener la boca abierta mientras se elimina la placa dentobacteriana. El cepillo eléctrico ayuda a realizar una buena higiene y da masaje a las encías. (4)

FLUORUROS.

La aplicación o ingesta de fluoruros ayuda a dar mayor resistencia a los dientes y los mantiene en buen estado. (15)

SELLADORES DE FOSETAS Y FISURAS.

Estos barnices reducen la caries de la superficie oclusal. (1)

CONSEJOS DIETETICOS.

Darle a conocer al paciente que dentro de su alimentación debe evitar los alimentos ricos en carbohidratos, no realizar comidas fuera de horarios, disminuir bebidas dulces.

SUPERVISION PROFESIONAL PERIODICA.

Es importante estar en contacto con el odontólogo para una revisión periódica, ya que esto ayudará a detectar cualquier problema a tiempo.

ANTECEDENTES DE LA UNIDAD DONDE SE PRESTA EL SERVICIO.

Fecha en que inicio sus servicios sociales en esta área.

Asociación pro-personas con parálisis cerebral (APAC) Institución de asistencia privada, que fue fundada en 1970 por un grupo de madres preocupadas porque sus hijos tuvieran un lugar donde estudiar, capacitarse y relacionarse con personas en condiciones similares y con intereses comunes. (17)

APAC esta conformado por diferentes programas, cada uno para realizar diferentes actividades que abarcan desde la edad temprana del niño con discapacidad, hasta un programa donde se les capacita para realizar algún oficio.

Los centros de capacitación son:

- 1.- Escuela primaria Carmen Garay de Ortíz Monasterio.
- 2.- Centro de casa.
- 3.- Centro de provincia.
- 4.- Centro de unidad móvil.
- 5.- Centro el girasol.
- 6.- Centro de motivación.
- 7.- Centro de integración de adultos.
- 8.- Centro de artes y oficios.
- 9.- Area médica de rehabilitación.

10.- Centro cultural y de convivencia familiar.

11.- Centro de estomatología.

NIVEL DE ATENCION Y SERVICIOS QUE OFRECE.

A) La escuela primaria Carmen Garay de Ortíz Monasterio ofrece escolaridad de nivel preescolar, primaria e introducción a la computación.

Los objetivos que este centro persigue son:

Brindar escolaridad a niños con requerimientos especiales y niños de desarrollo normal, con la finalidad de que se dé una adecuada integración entre ambos y se logre una profunda sensibilización. La población de APAC que cubre este centro es de 135 niños de entre 6 y 15 años de edad.

Los recursos materiales con los que cuenta para brindar sus servicios son:

Un área de terapia física adaptada con colchonetas, barras paralelas, pelotas, equipo complementario de terapia, así como pizarrones y mobiliario adaptado a las necesidades de los alumnos, también cuenta con material didáctico de apoyo.

Los recursos humanos con los que cuenta son:

Directora, diez maestras normalistas, psicóloga, pedagoga, terapeuta físico, trabajadora social, técnico en puericultura, dos auxiliares y dos asistentes.

Este centro brinda a su población, rehabilitación integral, terapia de lenguaje, terapia física, terapia ocupacional, apoyo psicológico individual en caso de que se requiera y servicio de comedor a los niños de turno completo.

B) El centro de terapia integral e intensiva de casa ofrece los servicios de estimulación en diferentes niveles, principalmente a las primeras etapas de desarrollo de la vida del individuo, así como canalizar a las personas de los diferentes servicios que APAC ofrece.

Los objetivos que este centro persigue son:

Brindar atención de primera vez por medio de una valoración integral para ubicar a las personas en el centro correspondiente, teniendo en cuenta su diagnóstico y edad cronológica. También brinda servicios de estancia infantil para hijos del personal y niños de la comunidad, con la finalidad de estimularlos para favorecer su desarrollo.

Brinda servicio de estimulación temprana en la cual se da rehabilitación integral a menores de cuatro años, con la participación de los padres de familia, a quienes se les capacita para que sean ellos mismos los rehabilitadores de sus hijos.

La población total de APAC que cubre este centro es:

En el programa de estimulación temprana 85 niños, el programa de estancia infantil 35 niños y el programa de casa 110 niños, dichos

están concentrados en terapia integral e intensiva.

Los recursos materiales con los que cuenta son:

Directora, psicóloga, pedagoga, trabajadora social, terapeuta de lenguaje, técnico en puericultura, coordinadora general, cinco auxiliares y una persona de mantenimiento.

C) El centro de provincia brinda atención y rehabilitación adecuada, asilo a personas con parálisis cerebral y/o daño neurológico que residen en diversos lugares de la provincia en México.

Los objetivos que persigue son:

a) Asesorar a padres de familia para la formación de centros en el interior de la República.

b) Brinda asesoría de tipo administrativa, docente y clínico-asistencial a los centros de provincia, siguiendo la filosofía de APAC.

c) Realizar visitas periódicas a los centros de provincia, para dar capacitación al personal, alumnos y padres de familia.

d) Atender, orientar y capacitar a personas interesadas del interior de la República, en todo lo referente a la educación y rehabilitación de las personas con parálisis cerebral.

e) Promover la formación de nuevos centros y atender sus demandas, para que cada vez sea mayor el número de niños y adultos que puedan recibir atención y rehabilitación en cualquier parte de la República.

f) Capacitar a la comunidad del interior de la República sobre el conocimiento, prevención y rehabilitación de la parálisis cerebral.

Los recursos materiales con los que cuenta este centro es básicamente el albergue de APAC.

Los recursos humanos con los que cuenta son:

Directora, psicóloga, pedagoga, trabajadora social, terapeuta de lenguaje, técnico en puericultura, coordinadora general, auxiliares y personal de mantenimiento.

La población que cubre es amplia e indefinida, ya que se trata de zonas rurales en provincia.

Actualmente se da asesoría a los siguientes centros afiliados.

APAC San Luis Potosí, APAC Celaya, APAC Morelos, APAC Zacatecas, APAC Culiacán, APAC Guadalajara, APAC La Paz, APAC Yucatán, APAC Fresnillo, APAC Sonora, APAC tequisquiapan, APAC Tapachula y APAC Morelia.

D) El centro de unidad móvil ofrece servicios de pedagogía, psicología, comunicación y lenguaje.

Los objetivos que persigue este centro son:

Brindar una atención integral a personas con discapacidades múltiples en la periferia del Distrito federal, otro objetivo es dar asesoría para la formación de lugares de atención.

La población total de APAC que cubre es de 650 alumnos los cuales se encuentran en el Estado de México.

Los recursos materiales con los que cuenta para brindar sus servicios son:

Recursos materiales que aporta la misma comunidad, mobiliario necesario, en la oficina se cuenta con escritorio y material administrativo con el que trabaja el personal, así como una camioneta para transportarse.

Los recursos humanos con los que cuenta son:

Directora, coordinadora escolar, terapeuta de lenguaje, dos psicólogas, dos maestras, trabajadora social, secretaria y chofer.

E) El centro el girasol ofrece servicios de terapia física, terapia de lenguaje, comunicación, psicología y pedagogía.

El objetivo que persigue es dar atención a niños con y sin discapacidad a nivel de estimulación temprana y jardín de niños.

El porcentaje total de la población que cubre es de 60 alumnos.

Los recursos humanos con los que cuenta son:

Directora, trabajadora social, seis maestras y cinco auxiliares.

F) El centro de motivación ofrece los servicios de terapia física, comunicación, musicoterapia, capacitación al trabajo, danza y teatro.

El objetivo de este centro es brindar atención a adolescentes, adultos y ancianos con discapacidad severa.

El porcentaje total de población que cubre es de 100 alumnos.

Los recursos materiales con los que cuenta son:

Un edificio independiente en el cual existen ocho aulas pequeñas, ocho baños, comedor, cocina, la dirección y un arenero.

Los recursos humanos con los que cuenta son:

Directora, terapeuta físico, trabajadora social, psicóloga, terapeuta de comunicación, diez maestras, diez auxiliares, dos masoterapeutas, dos personas de mantenimiento.

G) El centro de integración de adultos ofrece los servicios de terapia física, escolaridad, actividades culturales, psicología, preparatoria abierta y comedor.

Los objetivos que persigue este centro son la rehabilitación de jóvenes con parálisis cerebral y otras discapacidades.

El porcentaje total de población que cubre es de 107 alumnos de los turnos matutino y vespertino.

Los recursos materiales con los que cuenta son:

Un edificio independiente, aulas, baños, rampas, comedor y cocina.

Los recursos humanos con los que cuenta son:

Directora, subdirectora, quince maestras de grupo, dos secretarias, trabajadora social, diez auxiliares y dos ayudantes de cocina.

H) El centro de artes y oficios brinda los servicios de capacitación en diversos talleres como son: carpintería, computación, taquigrafía, rehabilitación integral, psicología,

pedagogía, terapia física, terapia ocupacional, danza y teatro.

El objetivo de este centro es proporcionar a los alumnos orientación vocacional para que de acuerdo a sus capacidades, habilidades e intereses puedan elegir el oficio en el cual se podrán desenvolver, así como brindar a los alumnos la capacitación adecuada para que puedan integrarse activamente a la sociedad, desempeñando un trabajo productivo que les permita sentirse útiles, así mismo, a quienes los rodean.

La población que cubre es de 80 alumnos.

Los recursos materiales con los que cuenta son:

Quince talleres acondicionados para proporcionar la capacitación a los alumnos, los talleres son: artes plásticas, carpintería, computación, creativities y teatro de movimiento, danza folklórica, elaboración de mermeladas, invernadero, juguetería, laminados plásticos, mecanografía, ortesis, propedeúticos y cerigrafía.

Los recursos humanos con los que cuenta son:

Cincuenta y nueve miembros del personal, directora, cinco coordinadores de departamento, quince maestros de taller, doce auxiliares, cuatro diseñadores, maestra de comunicación, ocho asistentes, doce personas laborando en el taller de producción de juguetes, secretaria, chofer y recepcionista.

I) El área médica y de rehabilitación ofrece servicios de prevención médica general, psiquiatría, rehabilitación

interconsulta.

El objetivo es restablecer la autonomía e independencia de aquellas personas que presentan parálisis cerebral al máximo de lo que se puede realizar.

La población total que cubre es de 300 personas.

Los recursos materiales con los que cuenta son:

Elaboración de aditamentos, hidroterapia, ortesis, material adecuado para elaborar el diagnóstico de los pacientes.

Los recursos humanos con los que cuenta son:

Cuatro médicos generales, psicólogo, oftalmólogo y secretaria.

J) El centro cultural y de convivencia de APAC ofrece los servicios de talleres, primaria y secundaria abierta.

El objetivo es integrar a la comunidad a las actividades culturales, artísticas, recreativas y manuales que fomentan el desarrollo de la comunidad.

La población que cubre es de 120 personas.

Los recursos materiales con los que cuenta son:

Espacio físico, mesas, sillas y colchonetas.

Los recursos humanos con los que cuenta son:

seis maestras base, cuatro maestras de horas, apoyo de personal de otros centros de APAC y cuatro maestras voluntarias.

K) El área de estomatología brinda servicios de rehabilitación integral a nivel odontológico, operatoria, cirugía y ortodoncia.

El objetivo es brindar al manejo adecuado del paciente con discapacidad, la rehabilitación integral del aparato estomatognático.

En esta área se atiende aproximadamente de 15 a 20 pacientes por día.

Los recursos materiales con los que cuenta son:

Un consultorio en el cual existen dos unidades dentales, un aparato de rayos X, cuatro esterilizadores de calor seco, un esterilizador tipo autoclave, un mueble para colocar medicamentos, material de curación odontológica, instrumental necesario para odontología, un librero, una computadora y materiales diversos para odontología.

Los recursos humanos con los que cuenta son:

Ocho pasantes de odontología, dos odontólogos encargados de esta área y una supervisora.

ANTECEDENTES DEL SERVICIO DE ESTOMATOLOGIA .

APAC esta conformado por un conjunto de programas, dentro de los cuales se encuentra el área de estomatología, tiene como objetivo la rehabilitación integral odontológica de personas con parálisis cerebral, es por ello que se realizan diversas actividades como son:

- Brindar educación para la salud bucal a alumnos y padres de familia, así como al personal de APAC.
- Brindar atención especial a pacientes con parálisis cerebral.
- Formación de pasantes dentro del servicio social para la atención odontológica de personas con parálisis cerebral.

Dentro del servicio social existe una organización, por medio de la cual se llevan a cabo las actividades.

Existen dos turnos, matutino que es de 8:00 a.m. a 2:00 p.m. y el turno vespertino que es de 1:00 p.m. a 5:00 p.m.

El director y un odontólogo auxiliar están a cargo de supervisar a ocho pasantes de los cuales cuatro laboran en el turno matutino y cuatro en el vespertino.

Los pasantes deben desempeñar su servicio durante un año, deben realizar actividades en las cuales los responsables del servicio los consideren aptos.

El número de pacientes que se atiende a diario son

aproximadamente de 15 a 20; a estos pacientes se les cita cada ocho días para su atención odontológica. El número de altas mensual es aproximadamente de 12 a 15 pacientes, debido a que los pacientes con parálisis cerebral no lleva un seguimiento en su tratamiento dental.

ACTIVIDADES QUE SE LLEVAN ACABO EN EL SERVICIO SOCIAL.

ACTIVIDADES PREVENTIVAS.

Técnica de cepillado.

Profilaxis.

Aplicación de flúor.

Selladores de fosetas y fisuras.

Curetaje.

ACTIVIDADES CURATIVAS.

Amalgamas.

Resinas.

Coronas.

Ionómeros.

Endodoncias.

Odontectomías.

Incrustaciones.

Puentes fijos y removibles.

Placas totales y parciales.

Endopostes.

ACTIVIDADES INTERMEDIAS.

Ficha dental.

Toma de impresiones.

Provisionales.

Obturación temporal.

Recibrimiento pulpar.

Drenado de abcesos.

INFORME NUMERICO NARRATIVO.

Durante el año de servicio se realizaron diferentes actividades, las cuales se representan en los siguientes cuadros y gráficas.

CUADRO 1

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE AGOSTO DE 1996

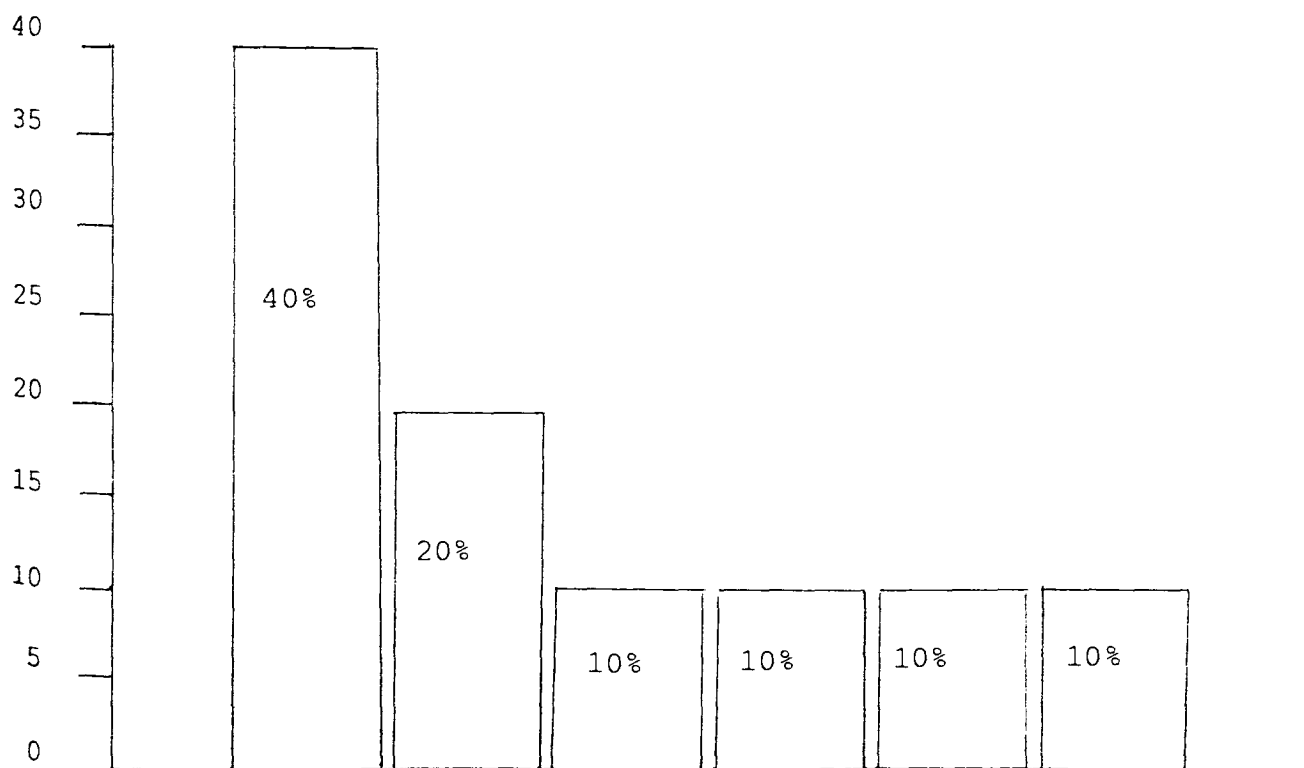
ACTIVIDADES		No.	%
PREVENTIVAS	PROFILAXIS	2	20
	APLICACION DE FLUOR	1	10
CURATIVAS	AMALGAMAS	4	40
	ODONTECTOMIAS	1	10
INTERMEDIAS	OBTURACION PROVISIONAL	1	10
	FICHA DENTAL	1	10
	TOTAL	10	100

FUENTE: FICHAS DENTALES DE PACIENTES CONTROL

GRAFICA 1

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE AGOSTO DE 1996

PROFILAXIS	20%
APLICACION DE FLUOR	10%
AMALGAMAS	40%
OBTURACION PROVISIONAL	10%
ODONTECTOMIAS	10%
FICHA DENTAL	10%



FUENTE: CUADRO 1

CUADRO 2

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE DE 1996

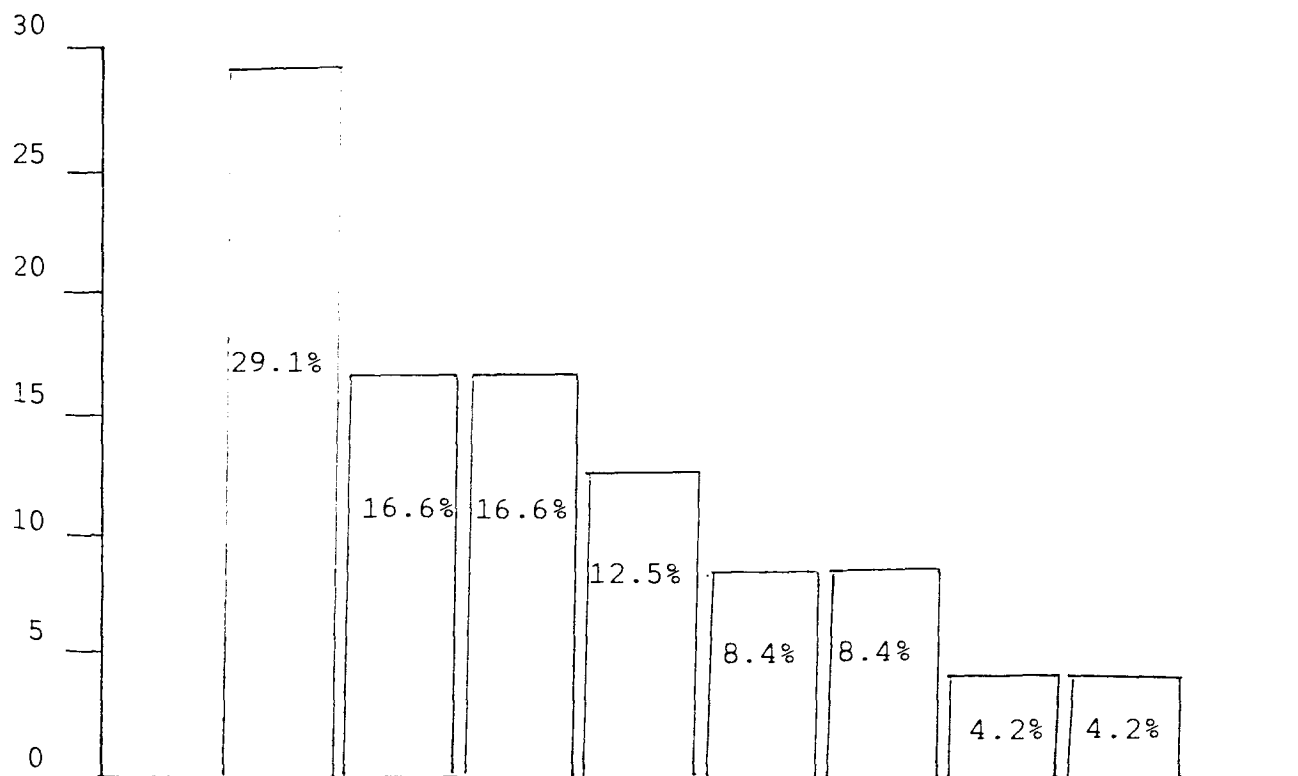
ACTIVIDADES		No.	%
PREVENTIVAS	PROFILAXIS	7	29.1
	CURETAJE	1	4.2
	APLICACION DE FLUOR	1	4.2
CURATIVAS	RESINAS	3	12.5
	AMALGAMAS	3	16.6
INTERMEDIAS	FICHA DENTAL	2	8.4
	OBTURACION PROVISIONAL	4	16.6
	PREPARACION DE INCRUSTACION	2	8.4
	TOTAL	24	100

FUENTE: FICHAS DENTALES DE PACIENTES CONTROL

GRAFICA 2

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE DE 1996

PROFILAXIS	29.1%
CURETAJE	4.2%
APLICACION DE FLUOR	4.2%
RESINAS	12.5%
AMALGAMAS	16.6%
OBTURACION PROVISIONAL	16.6%
PREPARACION PARA INCRUSTACION	8.4%
FICHA DENTAL	8.4%



FUENTE: CUADRO2

CUADRO 3

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE OCTUBRE DE 1996

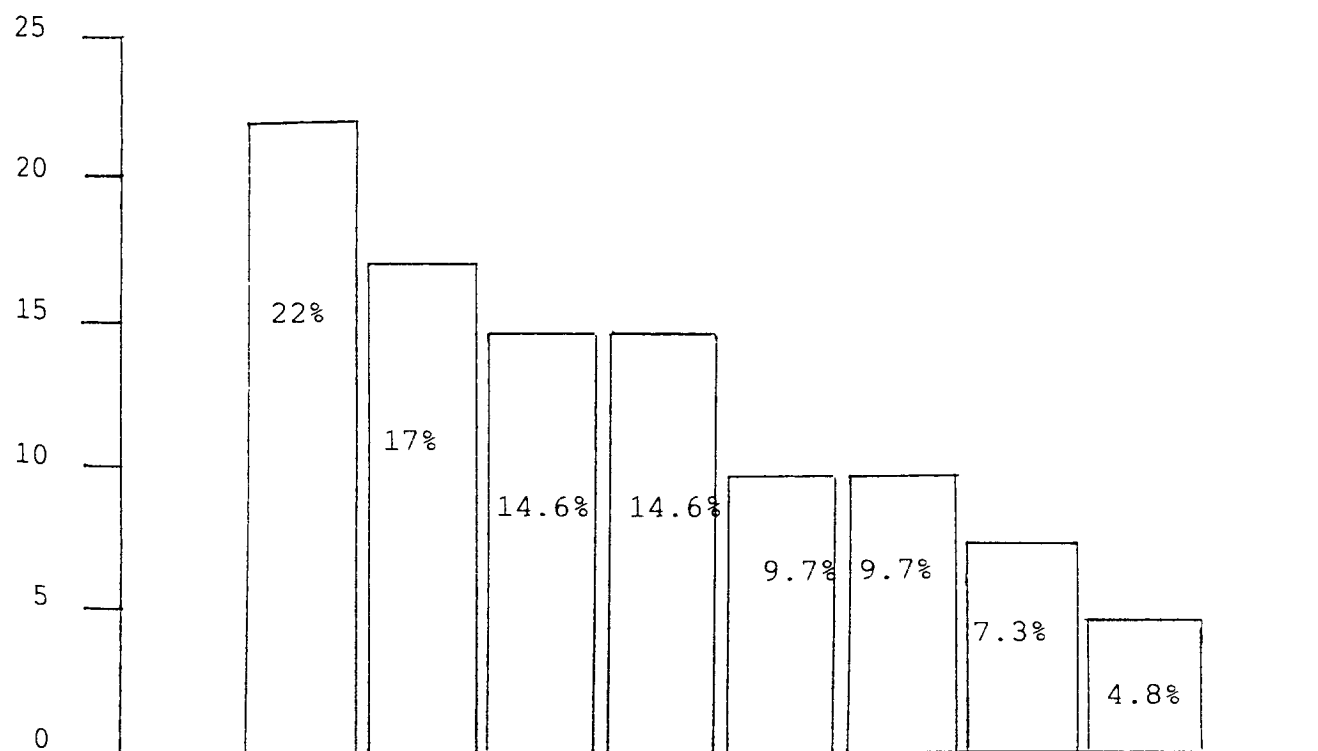
ACTIVIDADES		NO.	%
PREVENTIVAS	PROFILAXIS	7	17.0
CURATIVAS	TRATAMIENTO DE CONDUCTOS	6	14.6
	RESINAS	4	9.7
	AMALGAMAS	4	9.7
	ODONTECTOMIAS	6	14.8
	IONOMEROS	2	4.8
INTERMEDIAS	FICHA DENTAL	3	7.3
	OBTURACION TEMPORAL	9	22.0
	TOTAL	41	99.7

FUENTE: FICHAS DENTALES DE PACIENTES CONTROL

GRAFICA 3

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE OCTUBRE DE 1996

PROFILAXIS	17.0%
TRATAMIENTO DE CONDUCTOS	14.6%
RESINAS	9.7%
AMALGAMAS	9.7%
ODONTECTOMIAS	14.6%
OBTURACION TEMPORAL	22.0%
IONOMEROS	4.8%
FICHA DENTAL	7.3%



FUENTE: CUADRO 3

CUADRO 4

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE DE 1996

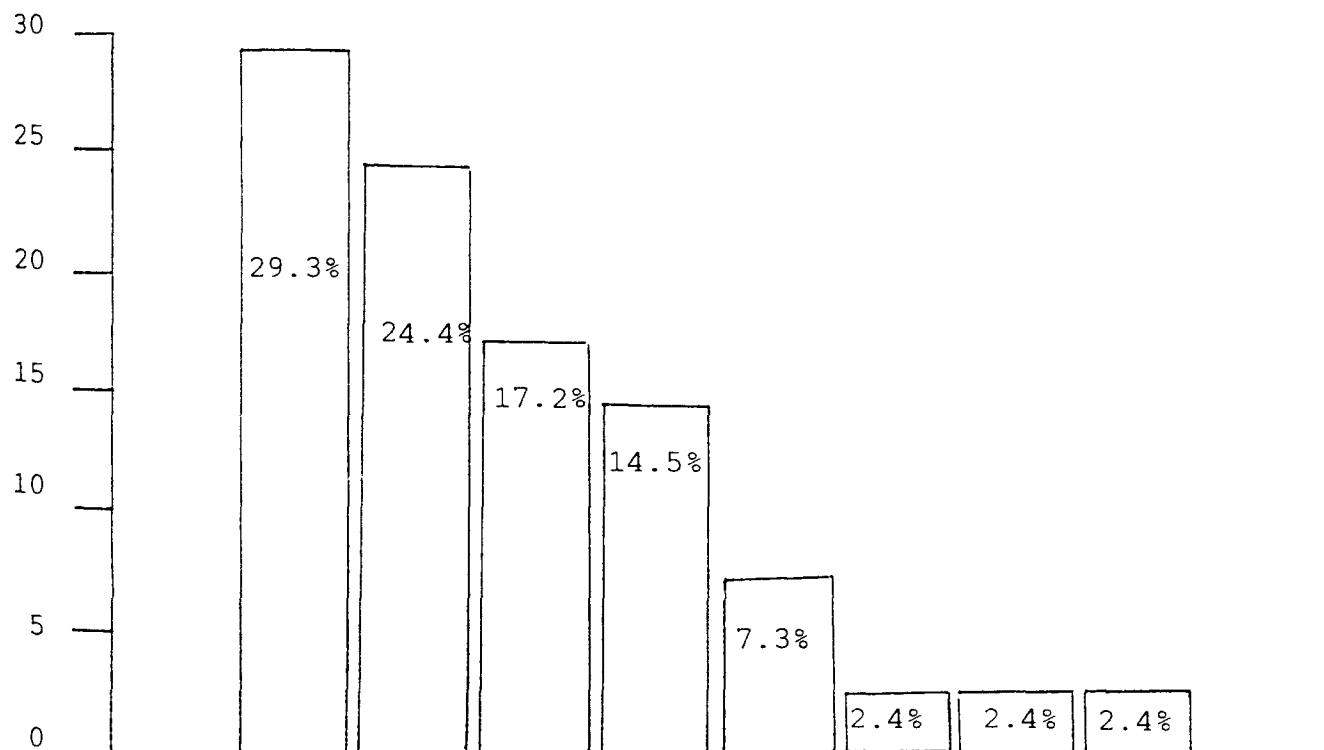
ACTIVIDADES		NO.	%
PREVENTIVAS	PROFILAXIS	12	29.3
	APLICACION DE FLUOR	1	2.4
CURATIVAS	TRATAMIENTO DE CONDUCTOS	6	14.5
	AMALGAMAS	7	17.2
INTERMEDIAS	FICHA DENTAL	3	7.3
	PREPARACION PARA INCRUSTACION	1	2.4
	OBTURACION PROVISIONAL	10	24.4
	TOMA DE IMPRESION	1	2.4
	TOTAL	41	99.9

FUENTE: FICHAS DENTALES DE PACIENTES CONTROL

GRAFICA 4

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE DE 1996

PROFILAXIS	29.3%
APLICACION DE FLUOR	2.4%
TRATAMIENTO DE CONDUCTOS	14.5%
AMALGAMAS	17.2%
PREPARACION PARA INCRUSTACION	2.4%
OBTURACION PROVISIONAL	7.3%
FICHA DENTAL	7.3%
TOMA DE IMPRESION	2.4%



FUENTE: CUADRO 4

CUADRO 5

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE DICIEMBRE DE 1996

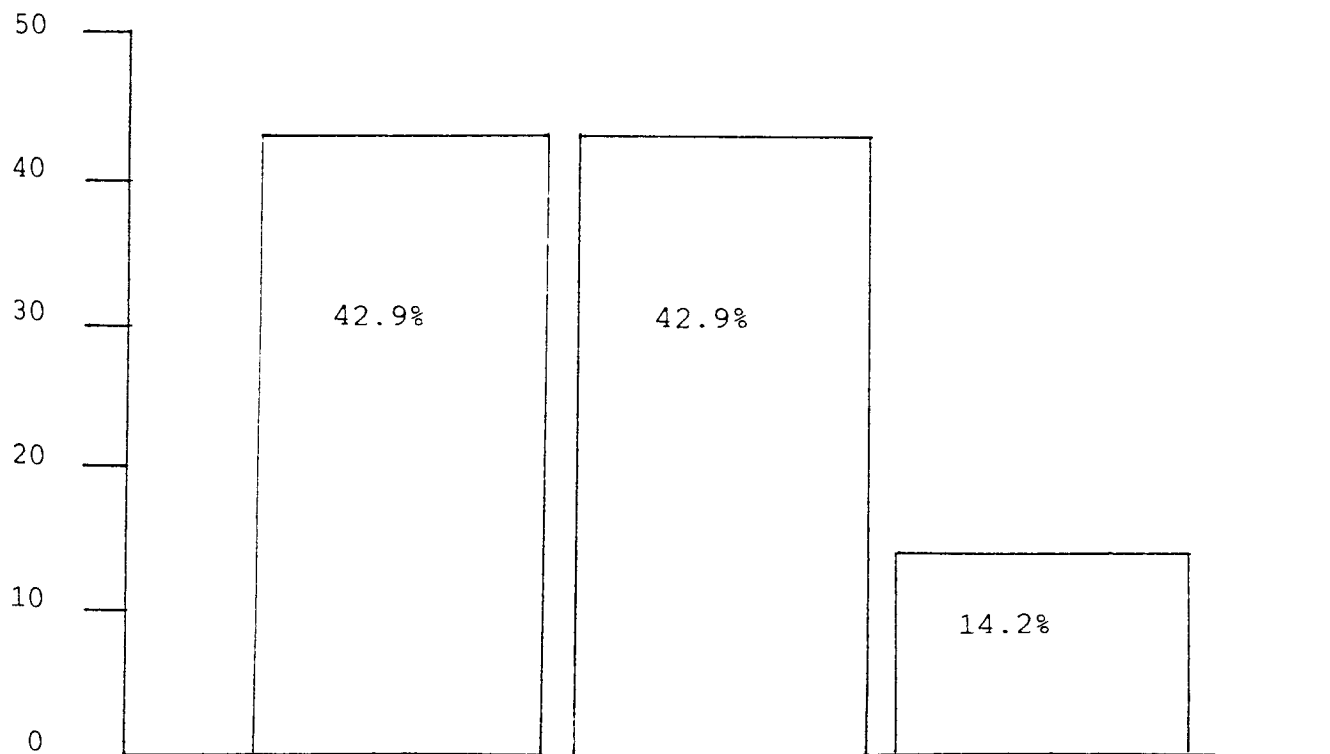
ACTIVIDADES		No.	%
CURATIVAS	TRATAMIENTO DE CONDUCTOS	3	42.9
	AMALGAMAS	1	14.2
	OBTURACION PROVISIONAL	3	42.9
	TOTAL	7	100

FUENTE: FICHAS DENTALES DE PACIENTES CONTROL

GRAFICA 5

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE DICIEMBRE DE 1996

TRATAMIENTO DE CONDUCTOS	42.9%
AMALGAMAS	14.2%
OBTURACION PROVISIONAL	42.9%



FUENTE: CUADRO 5

CUADRO 6

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE ENERO DE 1997.

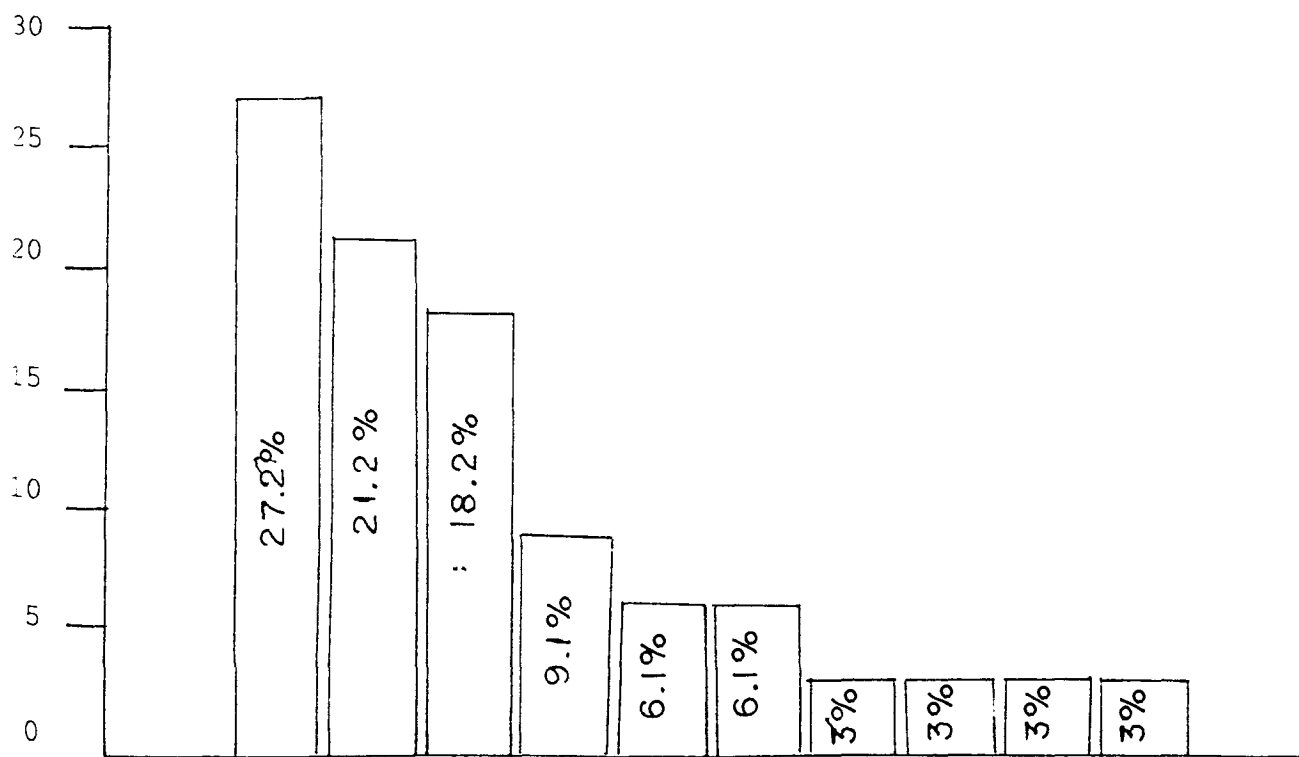
ACTIVIDADES		No.	%
PREVENTIVAS	PROFILAXIS	2	6.1
CURATIVAS	TRATAMIENTO DE CONDUCTOS	6	18.2
	RESINAS	1	3.0
	AMALGAMAS	7	21.2
	ODONTECTOMIAS	1	3.0
	CEMENTACION DE INCRUSTACION	1	3.0
INTERMEDIAS	OBTURACION TEMPORAL	9	27.2
	PREPARACION PARA INCRUSTACION	2	6.1
	FICHA DENTAL	3	9.1
	TOMA DE IMPRESIONES	1	3.0
	TOTAL	33	99.9

FUENTE: FICHAS DENTALES DE PACIENTES CONTROL

GRAFICA 6

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE ENERO DE 1997

PROFILAXIS	6.1%
TRATAMIENTO DE CONDUCTOS	18.2%
RESINAS	3.0%
AMALGAMAS	21.2%
ODONTECTOMIAS	3.0%
PREPARACION PARA INCRUSTACION	6.1%
OBTURACION TEMPORAL	27.2%
FICHA DENTAL	9.1%
TOMA DE IMPRESION	3.0%
CEMENTACION DE INCRUSTACION	3.0%



FUENTE: CUADRO6

CUADRO 7

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE FEBRERO DE 1997

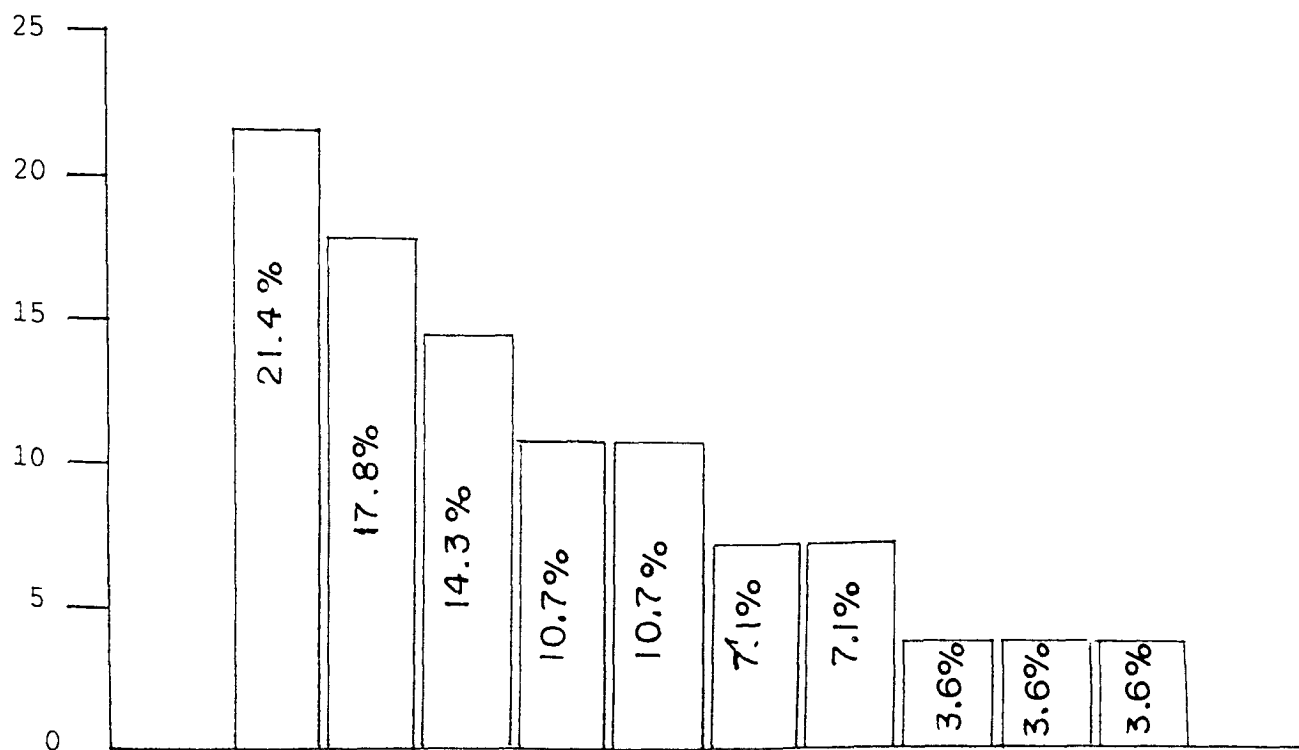
ACTIVIDADES		No.	%
PREVENTIVAS	PROFILAXIS	6	21.4
CURATIVAS	TRATAMIENTO DE CONDUCTOS	4	14.3
	RESINAS	2	7.1
	AMALGAMAS	3	10.7
	ODONTECTOMIAS	3	10.7
INTERMEDIAS	OBTURACION TEMPORAL	1	3.6
	FICHA DENTAL	5	17.8
	PREPARACION PARA INCRUSTACION	1	7.1
	TOMA DE IMPRESION	1	3.6
	PROVISIONALES	1	3.6
	TOTAL	28	99.9

FUENTE: FICHAS DENTALES DE PACIENTES CONTROL.

GRAFICA 7

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE FEBRERO DE 1997

PROFILAXIS	21.4%
TRATAMIENTO DE CONDUCTOS	14.3%
RESINAS	7.1%
AMALGAMAS	10.7%
ODONTECTOMIAS	10.7%
PREPARACION PARA INCRUSTACION	7.1%
OBTURACION TEMPORAL	3.6%
FICHA DENTAL	17.8%
TOMA DE IMPRESION	3.6%
PROVISIONALES	3.6%



FUENTE: CUADRO 7

CUADRO 8

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE MARZO DE 1997

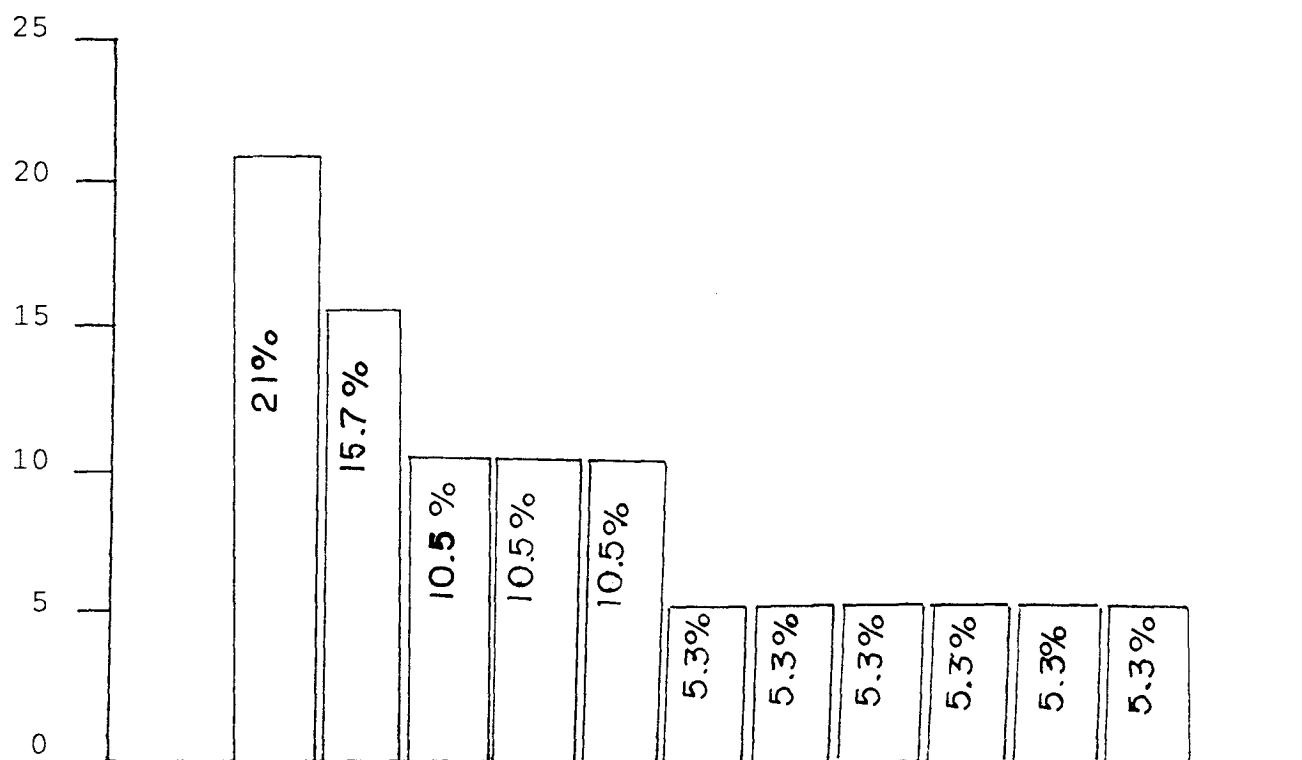
ACTIVIDADES		No.	%
PREVENTIVAS	PROFILAXIS	4	21.0
	APLICACION DE FLUOR	1	5.3
CURATIVAS	TRATAMIENTO DE CONDUCTOS	2	10.5
	RESINAS	1	5.3
	AMALGAMAS	3	15.7
	ODONTECTOMIAS	2	10.5
	IONOMEROS	1	5.3
INTERMEDIAS	PREPARACION PARA INCRUSTACION	1	5.3
	TOMA DE IMPRESION	1	5.3
	PROVISIONALES	1	5.3
	ADAPTACION DE PROTESIS PARCIAL	2	10.5
TOTAL		19	100

FUENTE: FICHAS DENTALES DE PACIENTES CONTROL.

GRAFICA 8

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE MARZO DE 1997

PROFILAXIS	21.0%
APLICACION DE FLUOR	5.3%
TRATAMIENTO DE CONDUCTOS	10.5%
RESINAS	5.3%
AMALGAMAS	15.7%
ODONTECTOMIAS	10.5%
PREPARACION PARA INCRUSTACION	5.3%
IONOMEROS	5.3%
TOMA DE IMPRESION	5.3%
PROVISIONALES	5.3%
ADAPTACION DE PROTESIS PARCIAL	10.5%



FUENTE: CUADRO 8

CUADRO 9

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE ABRIL DE 1997

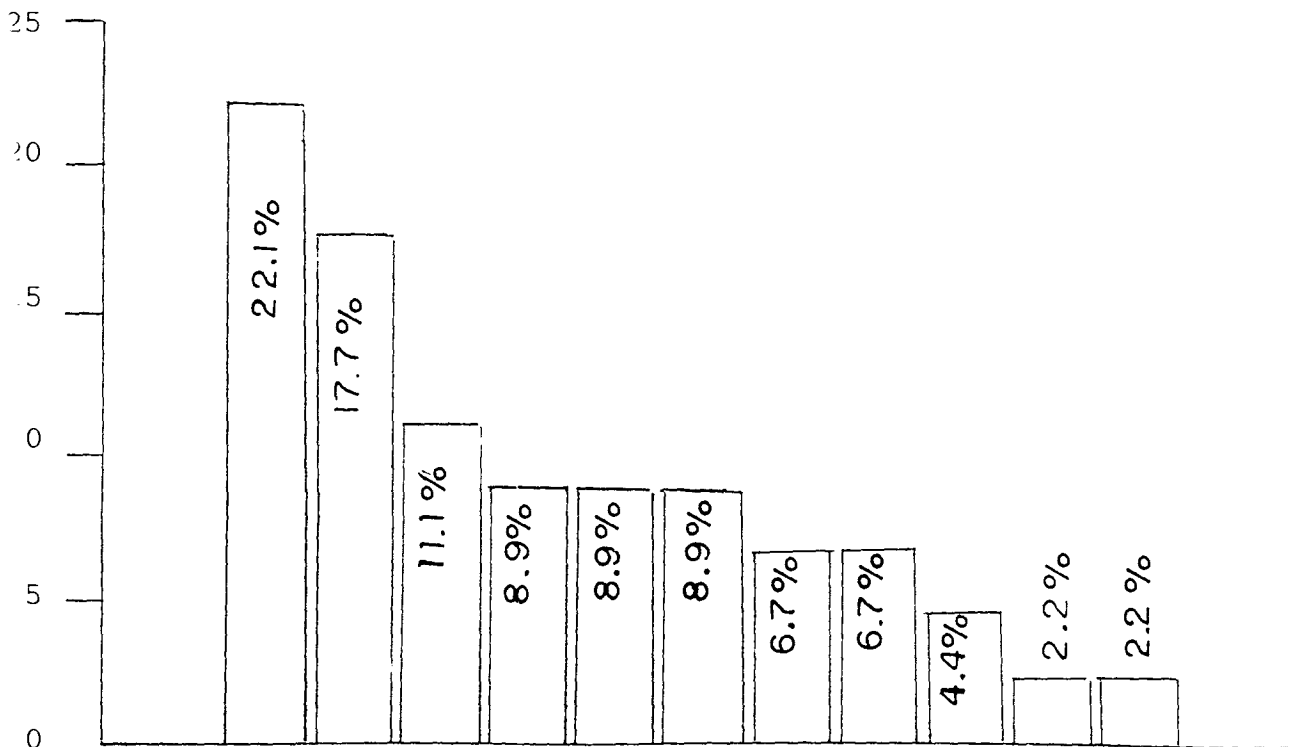
ACTIVIDADES		No.	%
PREVENTIVAS	PROFILAXIS	8	17.7
CURATIVAS	TRATAMIENTO DE CONDUCTOS	4	8.9
	CURETAJE	1	2.2
	RESINAS	4	8.9
	AMALGAMAS	5	11.1
INTERMEDIAS	PREPARACION PARA INCRUSTACION	2	4.4
	OBTURACION TEMPORAL	10	22.2
	FICHA DENTAL	3	6.7
	TOMA DE IMPRESION	3	6.7
	PULIDO DE AMALGAMAS	4	8.9
	PLATICAS	1	2.2
	TOTAL	45	99.9

FUENTE: FICHAS DENTALES DE PACIENTES CONTROL.

GRAFICA 9

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE ABRIL DE 1997

PROFILAXIS	17.7%
TRATAMIENTO DE CONDUCTOS	8.9%
CURETAJES	2.2%
RESINAS	8.9%
AMALGAMAS	11.1%
OBTURACION TEMPORAL	22.2%
PREPARACION PARA INCRUSTACION	4.4%
FICHA DENTAL	6.7%
TOMA DE IMPRESION	6.7%
PULIDO DE AMALGAMAS	8.9%
PLATICAS	2.2%



FUENTE: CUADRO 9

CUADRO 10

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE MAYO DE 1997.

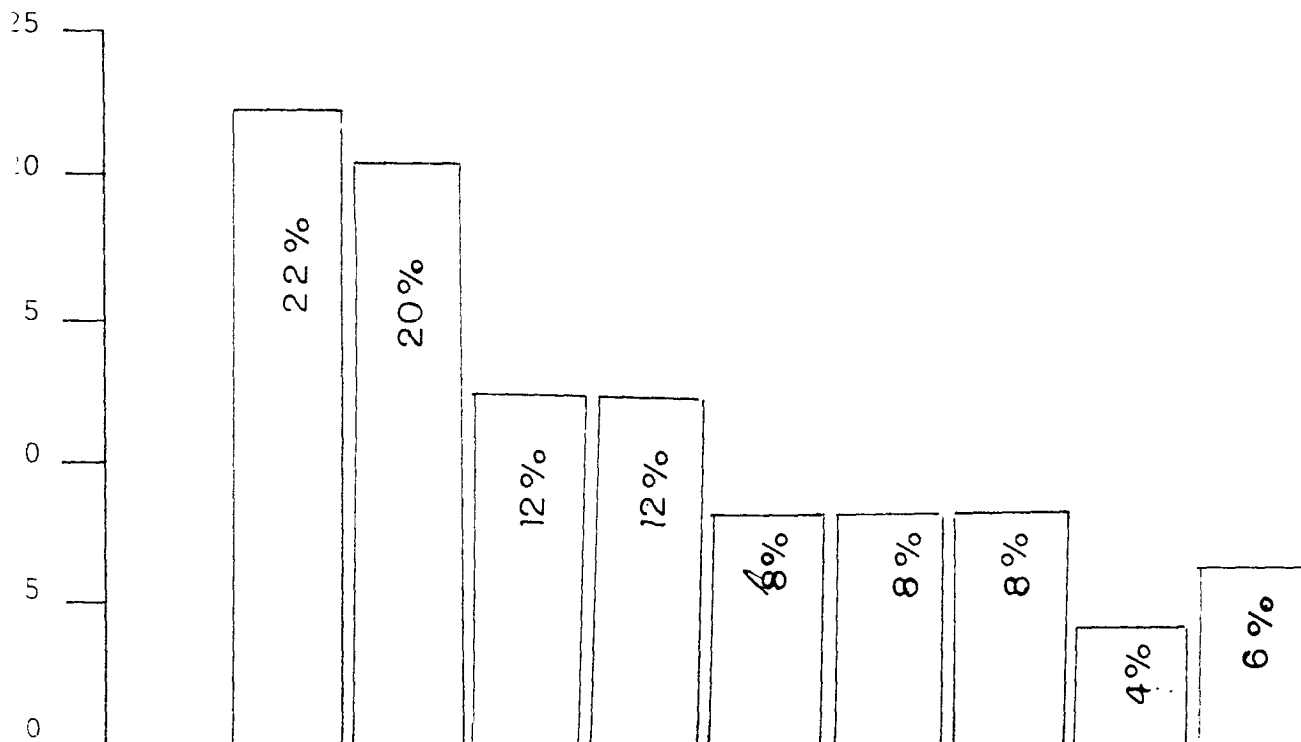
ACTIVIDADES		No.	%
PREVENTIVAS	PROFILAXIS	4	8
	CURETAJE	6	12
CURATIVAS	TRATAMIENTO DE CONDUCTOS	6	12
	AMALGAMAS	10	20
	ODONTECTOMIAS	3	6
	OBTURACION TEMPORAL	11	22
	IONOMEROS	2	4
INTERMEDIAS	FICHA DENTAL	4	8
	PULIDO DE AMALGAMAS	4	8
	TOTAL	50	100

FUENTE: FICHAS DENTALES DE PACIENTES CONTROL.

GRAFICA 10

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE MAYO DE 1997

PROFILAXIS	8%
CURETAJES	12%
TRATAMIENTO DE CONDUCTOS	12%
AMALGAMAS	20%
ODONTECTOMIAS	6%
OBTURACION TEMPORAL	22%
IONOMEROS	4%
FICHA DENTAL	8%
PULIDO DE AMALGAMAS	8%



FUENTE: CUADRO 10

CUADRO 11

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE JUNIO DE 1997.

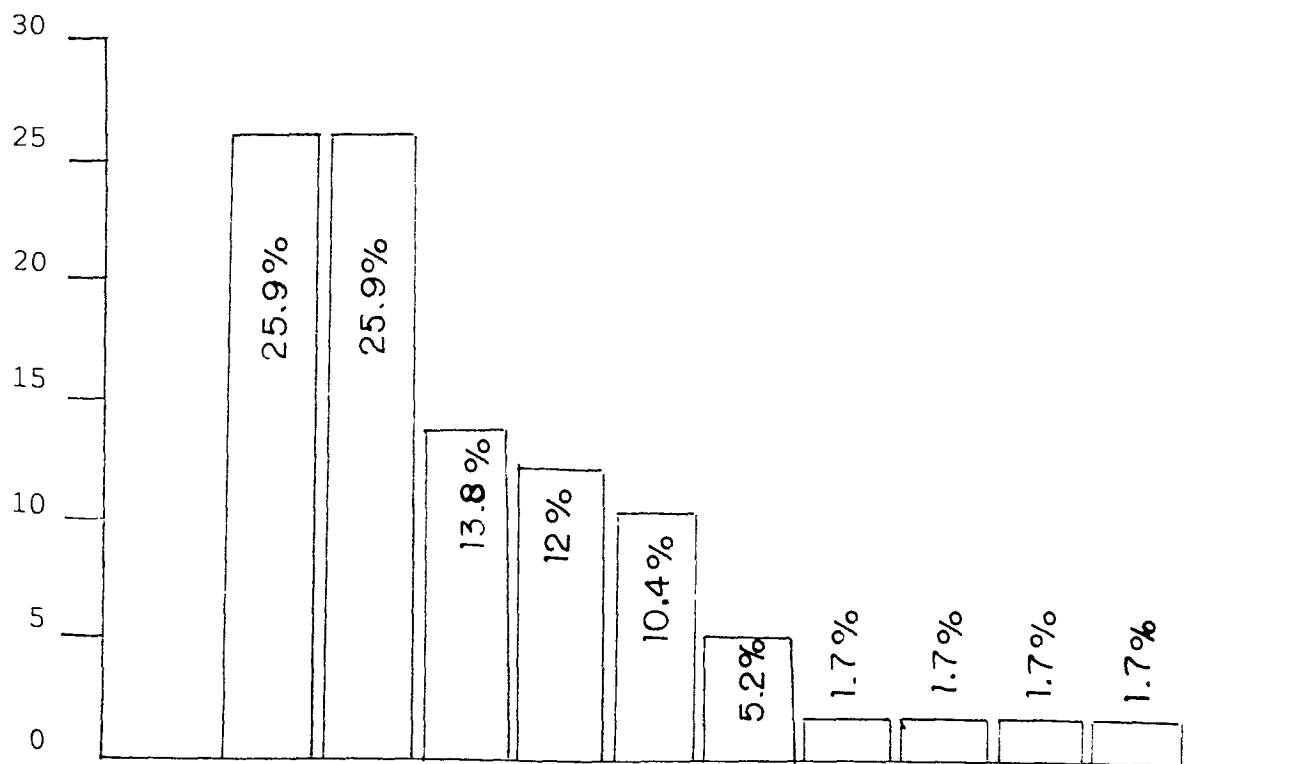
ACTIVIDADES		No.	%
PREVENTIVAS	PROFILAXIS	6	10.4
	CURETAJE	1	1.7
	APLICACION DE FLUOR	1	1.7
CURATIVAS	TRATAMIENTO DE CONDUCTOS	7	12.0
	AMALGAMAS	15	25.9
	CEMENTACION DE INCRUSTACION	3	1.7
	CORONAS DE ACERO CROMO	1	5.2
INTERMEDIAS	OBTURACION TEMPORAL	15	25.9
	TOMA DE IMPRESION	1	1.7
	FICHA DENTAL	8	13.8
	TOTAL	58	100

FUENTE: FICHAS DENTALES DE PACIENTES CONTROL

GRAFICA 11

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE JUNIO DE 1997

PROFILAXIS	10.4%
CURETAJES	1.7%
APLICACION DE FLUOR	1.7%
TRATAMIENTO DE CONDUCTOS	12.0%
AMALGAMAS	25.9%
OBTURACION TEMPORAL	25.9%
CEMENTACION DE INCRUSTACION	1.7%
CORONAS DE ACERO CROMO	5.2%
TOMA DE IMPRESIONES	1.7%
FICHA DENTAL	13.8%



FUENTE: CUADRO 11

CUADRO 12

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE JULIO DE 1997.

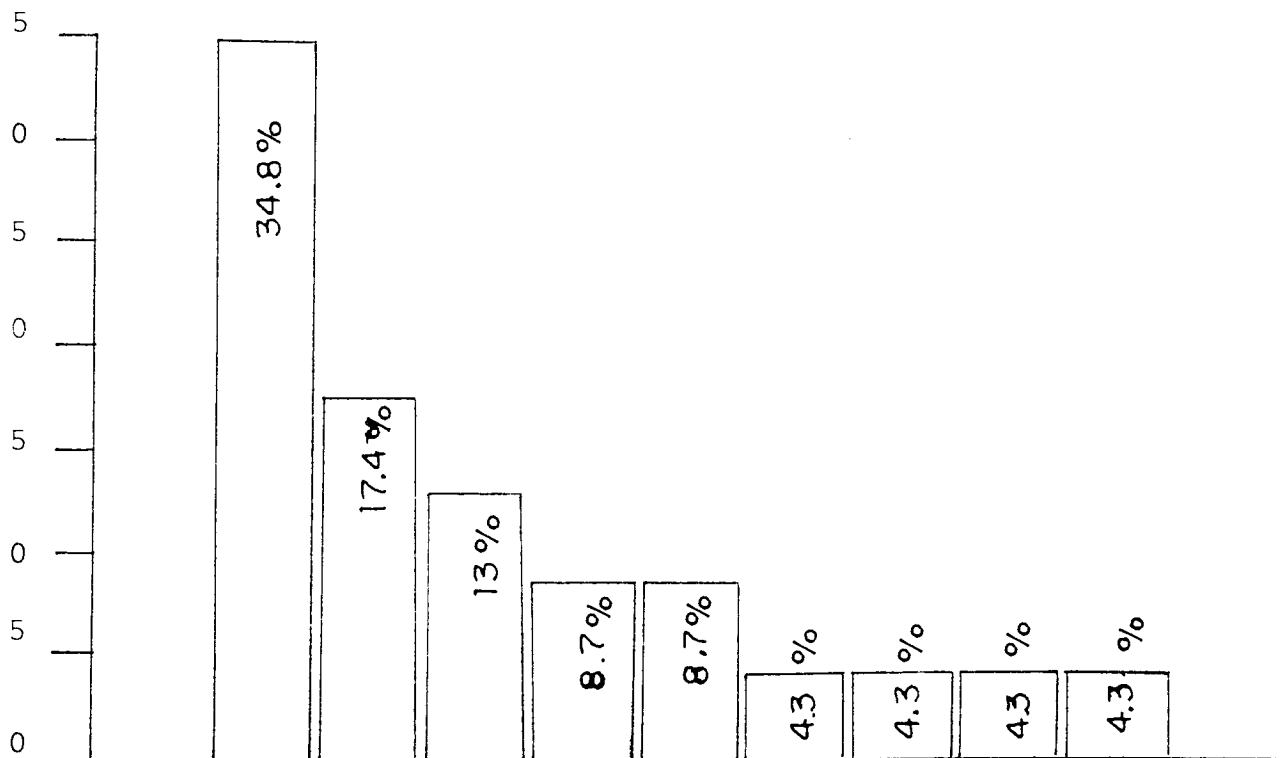
ACTIVIDADES		No.	%
PREVENTIVAS	PROFILAXIS	1	4.3
CURATIVAS	TRATAMIENTO DE CONDUCTOS	4	17.4
	AMALGAMAS	2	8.7
	OBTURACION TEMPORAL	8	34.8
	CORONAS DE ACERO CROMO	1	4.3
INTERMEDIAS	TOMA DE IMPRESION	1	4.3
	PREPARACION PARA INCRUSTACION	1	4.3
	FICHA DENTAL	3	13.0
	PULIDO DE AMALGAMAS	2	8.7
	TOTAL	23	100

FUENTE: FICHAS DENTALES DE PACIENTES CONTROL.

GRAFICA 12

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE JULIO DE 1997

PROFILAXIS	4.3%
TRATAMIENTO DE CONDUCTOS	17.4%
AMALGAMAS	8.7%
OBTURACION TEMPORAL	34.8%
PREPARACION PARA INCRUSTACION	4.3%
CORONAS DE ACERO CROMO	4.3%
TOMA DE IMPRESIONES	4.3%
FICHA DENTAL	13.0%
PULIDO DE AMALGAMAS	8.7%



FUENTE: CUADRO 12

CUADRO 13

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL AÑO DE SERVICIO SOCIAL

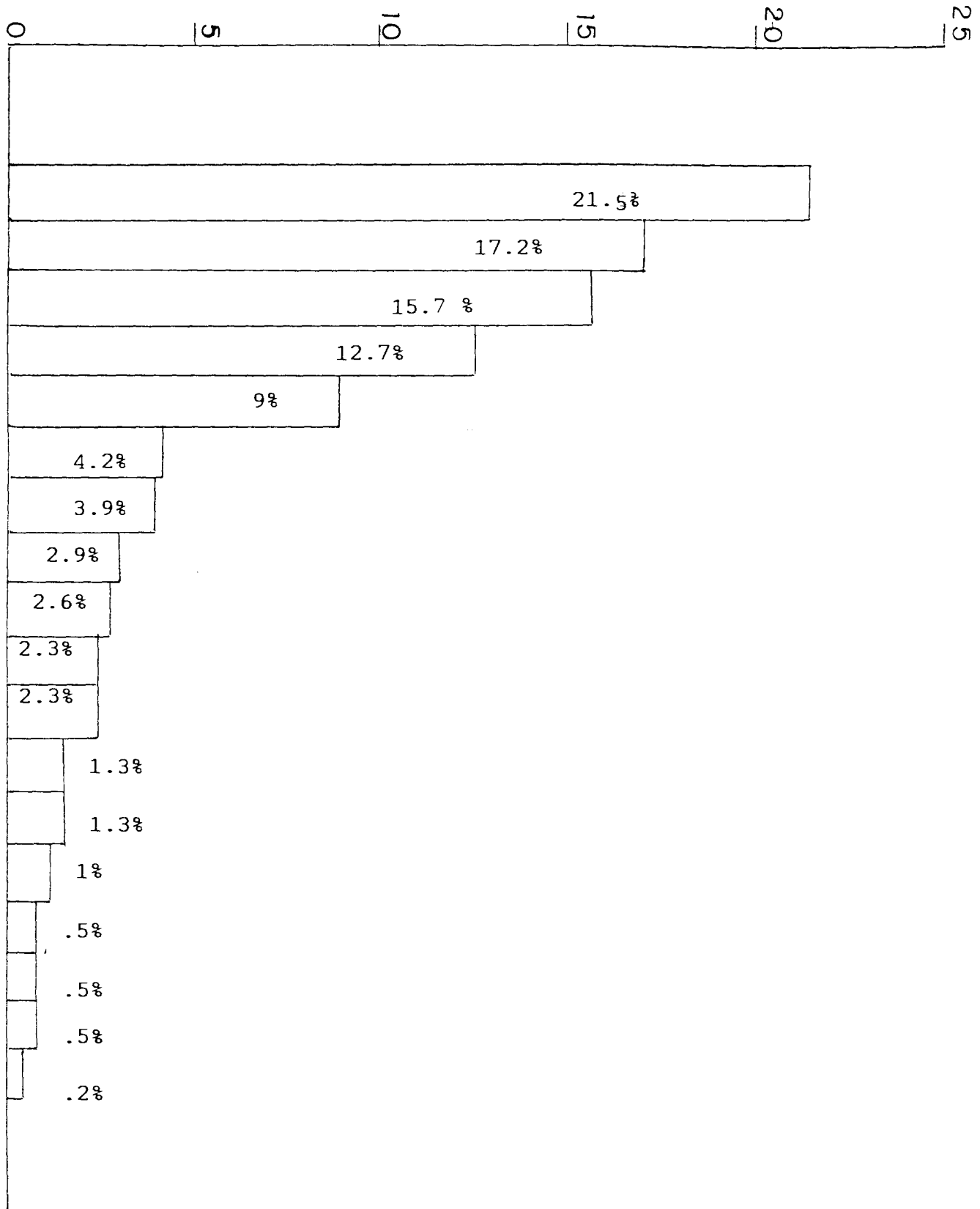
AGOSTO 1996 - JULIO 1997

ACTIVIDADES		No.	%
PREVENTIVAS	PROFILAXIS	59	15.70
	APLICACION DE FLUOR	5	1.32
	CURETAJES	9	2.39
CURATIVAS	AMALGAMAS	65	17.28
	RESINAS	15	3.98
	IONOMEROS	5	1.32
	TRATAMIENTO DE CONDUCTOS	48	12.76
	ODONTECTOMIAS	16	4.25
	INCRUSTACIONES TERMINADAS	4	1.06
	CORONAS DE ACERO CROMO	2	.53
INTERMEDIAS	PREPARACION PARA INCRUSTACION	11	2.92
	OBTURACION TEMPORAL	81	21.54
	TOMA DE IMPRESIONES	9	2.39
	FICHA DENTAL	34	9.04
	ADAPTACION DE PROTESIS PARCIAL	2	.53
	PULIDO DE AMALGAMAS	10	2.65
	PLATICAS	1	.26
	TOTAL	376	99.92

FUENTE: FICHAS DENTALES DE PACIENTES CONTROL

GRAFICA 13

ACTIVIDADES REALIZADAS DE AGOSTO 1996-JULIO 1997



FUENTE: CUADRO 13

CONCLUSIONES .

En el transcurso del servicio realizado de agosto de 1996-julio de 1997 en la Asociación Pro-personas con Parálisis Cerebral se realizan actividades, tanto de rehabilitación bucal como curativas e intermedias, dentro de las cuales el mayor porcentaje corresponde a las actividades intermedias como son: obturaciones temporales, siguiendo las actividades curativas donde se realizan amalgamas y resinas, las actividades más bajas en porcentaje son preventivas, dentro de las cuales se realizan profilaxis, técnicas de cepillado y selladores de fosetas y fisuras.

La atención odontológica se brinda a los pacientes con discapacidad y a sus familiares, así como al personal que labora en esta Institución, de igual forma se atiende a personas externas.

El mayor número de pacientes que se atienden en las instalaciones de la Institución son personas con discapacidad las cuales reciben con prioridad la atención odontológica, ya que se les atienden con medidas más adecuadas y con mayor precaución dentro de su tratamiento odontológico.

El odontólogo deberá poner énfasis en el área de prevención, ya que poco se ha trabajado en esta área y las necesidades básicas de

salud por satisfacer son demasiadas. El odontólogo es quien debe esforzarse y realizar programas dentro de los cuales se brinden estos servicios.

Es importante promover cursos relacionados a la atención dental para pacientes con algún problema de discapacidad, principalmente dentro de la formación profesional, ya que son muy pocos los odontólogos que tienen conocimiento a serca de la atención a este tipo de pacientes, por lo cual niegan sus servicios.

La atención a pacientes con parálisis cerebral, y y para el paciente discapacitado en general, es un campo al cual se le ha dado poca importancia, aún cuando el número de pacientes aumenta considerablemente. Sería muy interesante y útil que el odontólogo general se concientice y se prepare para no negar a estos pacientes el servicio odontológico.

En el área de estomatología de APAC es necesario brindar más apoyo a los pasantes que brindan sus servicios, tanto en conocimientos del trato a pacientes con discapacidad, como en el material que se utiliza para realizar las actividades.

SUGERENCIAS .

Atender únicamente y/o en su mayoría a pacientes con alguna discapacidad, ya que son muy pocos los lugares en los cuales se les ofrece el servicio odontológico.

Realizar las actividades con mayor conciencia tanto en el trato como en el material utilizado, ya que se deben brindar los mejores materiales puesto que son pacientes difícil de tratar y no deben ser sometidos repetidamente a la misma actividad.

BIBLIOGRAFIA.

1. DICCIONARIO DE CIENCIAS MEDICAS, EDITORIAL "EL ATANEO", SEXTA EDICION, MEXICO, 1983. PP 339, 391, 639, 910, 1059, 1061.
2. VALDEZ FUENTES, JOSE IGNACIO. ENFOQUE INTEGRAL DE LA PARALISIS CEREBRAL PARA SU DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. EDICIONES CIENTIFICAS LA PRENSA MEDICA MEXICANA, S.A. DE C.V. MEXICO, D.F. 1988.
3. LEGON PADILLA, NORA; CARDOSO RAMOS, LUISA. ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL NIÑO IMPEDIDO FISICO Y MENTAL EN LA PRACTICA ESTOMATOLOGICA. INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MEDICAS DE LA HABANA, FACULTAD DE ESTOMATOLOGIA. REVISTA CUBANA ESTOMATOLOGICA, OCTUBRE-DICIEMBRE, 1989; PP.37 - 39.
4. LOPEZ ACUÑA PILAR. ATENCION ODONTOLOGICA A NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL. MEXICO, D.F. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO 1995. TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE CIRUJANO DENTISTA.
5. DIRIS J. STIEFEL, EDMOND L. TRUELOVE (PROJECT DIRECTORS) A SELF-INSTRUCTIONAL SERIES IN REHABILITATION DENTISTRY, PROJECT DECOD. MODULE 1. REHABILITATION OF THE DENTAL PASTIENT WITH A

DISABILITY . UNIT A Y B. MODULE II. DENTAL TRATMENT OF THE PATIENT WITH A DEVELOPMENTAL DISABILITY.

6. ROSEMBAUM, CHARLES H. TRATAMIENTO DE PACIENTES INCAPACITADOS EN LA PRACTICA PRIVADA. CLINICAS ODONTOLOGICAS DE NORTEAMERICA, 1984; VOL. 1 PP 93 - 117.
7. GORAN KOCH, BENGT O. MAGNUSSON Y SVEN POALSE. ODONTOPEDIATRIA, ENFOQUE SISTEMATICO. CAP. 14 PP. 301 - 324.
8. RUIZ D. RAMIRO, HERNANDEZ S. JORGE, GARRIDO ENRIQUE. FACTORES PERINATALES EN LA PARALISIS CEREBRAL. APAC, 1994; VOL. 1, PP. 10.
9. ALFARO M. PATRICIA, CASPETA G. HECTOR, SANCHEZ J. FELIPE, RUIZ. G. PALOMA. CARIES DENTAL EN NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL. UN INDICE AGREGADO A LAS ALTERACIONES MASTICATORIAS. REVISTA DE LOS SOCIEDAD MEXICANA DE LA MEDICINA FISICA Y REHABILITACION. MEXICO, D.F. 1994. VOL. 6, No. 4 PP. 13 - 17.
10. JOHN M. DAVID B. LAW, THOMPSON M. LEWIS. PAIDODONCIA ATLAS, EDICION 24. EDITORIAL PANAMERICANA, ARGENTINA, 1984; CAP. 20, PP. 461 - 494.

11. STRODEL BETTY J. EFECTOS DE LA PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA EN LA OCLUSION. JOURNAL OF DENTISTRY FOR CHILDREN JULIO-AGOSTO, 1987; PP. 255 – 260.
12. RALPH E. MC DONALD, DAVID R. AVERY. ODONTOLOGIA PEDIATRICA Y DEL ADOLESCENTE. EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA, MEXICO, 1990; CAP. 23; PP. 555 – 599.
13. POSADA PELAEZ, MAURICIO. EFECTOS DE DIFERENTES TIPOS DE PARALISIS CEREBRAL SOBRE LA OCLUSION. CENTRO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE ORTODONCIA. A. C. TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRIA EN ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILOFACIAL. MEXICO, D.F.; 1993 – 1995.
14. ESTHER M. WILKINS. CLINICAL PRACTICE OF THE DENTAL HYGIENISY. LEA Y FEBIGER, PHILADELPHIA, 1994 CAP. 50, 51, 52, PP. 679 – 730.
15. LLANERA DEL ROSRIO MA. ELENA, ELIAS MADRIGAL GERARDO. CARACTERISTICAS BUCALES EN NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL. REVISTA ADM, MEXICO, D.F. MARZO-ABRIL. 1998; VOL. XLV/2 PP. 63-68.
16. ASOCVIACION PRO-PERSONAS CON PARALISIS CEREBRAL. ATREVETE A PONERTE EN MI LUGAR. BOLETIN APAC. 1995. XXV ANIVERSARIO.

17. C. M. RUSSEL AND M. J. KIRINONS. A STUDY OF THE BARRIERS TO DENTAL CARE IN SAMPLE OF PATIENTS WITH CEREBRAL PALSY. COMMUNITY DENTAL HEALTH, 1992; VOL. 10 PP. 57-64

18. G. B. WINTER. DENTAL PROBLEMS OF THE PHYSICALLY AND MENTALLY HANDICAPPED CHILD DEPARTEMENTE OF CHILDRENS DENTISTRY. EASTMAN DENTAL HOSPITAL, LONDON W. C. 1.