

**UNIVERSIDAD MAYOR REAL Y PONTIFICIA DE SAN
FRANCISCO XAVIER CHUQUISACA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE ODONTOPEDIATRAS SOBRE EL MANEJO
ODONTOLOGICO EN PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL EN LA
CIUDAD DE SUCRE-BOLIVIA”**

**Trabajo de monografía presentado para optar al título de diplomado en
odontopediatría en pacientes medicamente comprometidos y con habilidades
especiales.**

AUTOR : Jhoseline Ugarte Almendras.

TUTOR: MsC. Marco Antonio Padilla Subieta.

**Sucre - Bolivia
2023**

CESIÓN DE DERECHOS

Al presentar este trabajo como requisito previo para la obtención del Título del DIPLOMADO EN ODONTOPEDIATRIA EN PACIENTES MEDICAMENTE COMPROMETIDOS Y CON HABILIDADES ESPECIALES de la Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca, autorizo al Centro de Estudios de Posgrado e Investigación o a la Biblioteca de la Universidad, para que se haga de éste trabajo u documento disponible para su lectura, según normas de la Universidad.

También cedo a la Universidad Mayor, Real y Pontificias de San Francisco Xavier de Chuquisaca, los derechos de publicación de este trabajo o parte de él, manteniendo mis derechos de autor hasta un periodo de 30 meses posterior a su aprobación.

JHOSELINE UGARTE ALMENDRAS

Sucre, noviembre 2023

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por ser mi permanente guía, leal amigo y compañero en los momentos difíciles y de triunfos de mi vida, ya que me dio la fuerza, perseverancia y constancia para poder alcanzar esta meta.

A mi tutor de monografía MsC. Marco Antonio Padilla Subieta que con generosidad me transmitió su capacidad y experiencia científica y profesional en un marco de confianza, afectos fundamentales para la concreción de este trabajo.

Agradezco a todos mis colegas, mis pacientes, y a todos los que directa o indirectamente colaboraron en la elaboración de esta investigación.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi padre, madre y esposo quienes siempre han estado conmigo brindándome su comprensión, paciencia y apoyo en todos los aspectos de mi vida permitiéndome lograr los diferentes objetivos que me he propuesto hasta el momento.

Índice

| | |
|---|----|
| INTRODUCCION..... | 1 |
| 1.1 PRESENTACIÓN..... | 1 |
| 1.2 PROBLEMA CIENTIFICO | 1 |
| 1.3 JUSTIFICACIÓN | 1 |
| 1.4OBJETIVOS..... | 2 |
| 1.4.1 OBJETIVO GENERAL..... | 2 |
| 1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 2 |
| 1.5 DISEÑO METODOLÓGICO | 2 |
| 1.5.2 PROCEDIMIENTOS QUE GARANTIZAN ASPECTOS ÉTICOS EN LA INVESTIGACIÓN..... | 3 |
| 1.5.2.1 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN..... | 3 |
| CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES..... | 3 |
| Cuadro 1..... | 3 |
| 1.5.3 MÉTODOS Y MODELOS DE ANALISIS DE DATOS..... | 4 |
| CAPITULO I..... | 6 |
| MARCO TEÓRICO..... | 6 |
| 2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN..... | 6 |
| 2.2 BASES TEÓRICAS..... | 6 |
| 2.2.1 PARÁLISIS CEREBRAL DEFINICIÓN..... | 7 |
| .2.2 INCIDENCIA..... | 8 |
| 2.2.3 ETIOLOGIA..... | 8 |
| 2.2.4 FACTORES DE RIESGO..... | 8 |
| 2.2.5 LESION CEREBRAL TOPOGRAFIA..... | 9 |
| 2.2.6 TIPOS DE PARALISIS CEREBRAL..... | 10 |
| 2.2.7 CLASIFICACIÓN TOPOGRÁFICOS..... | 12 |
| 2.2.8 GRADOS DE PARÁLISIS CEREBRAL..... | 12 |
| 2.2.9 MANIFESTACIONES CLÍNICAS NO MOTORAS..... | 12 |
| 2.2.10 CARACTERÍSTICAS ODONTOLÓGICAS..... | 15 |
| 2.2.11 SALUD BUCODENTAL EN PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL..... | 16 |
| 2.3 POBLACION O UNIVERSO DE ESTUDIO..... | 18 |
| 2.3.1 SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA..... | 18 |
| 2.3.2 TECNICA DE MUESTREO..... | 18 |
| 2.3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN..... | 18 |

| | |
|---|-----------|
| 2.4 DEFINICION Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES..... | 19 |
| 2.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DATOS..... | 20 |
| Cuadro N°1 | 3 |
| Cuadro N° 2 | 22 |
| Gráfico N° 1 ¿Usted atendió a niños con Parálisis Cerebral Infantil?..... | 22 |
| Cuadro N° 3..... | 23 |
| Gráfico N° 2..... | 23 |
| Cuadro N° 4..... | 24 |
| Gráfico N° 3..... | 24 |
| Cuadro N° 5..... | 25 |
| Gráfico N° 4..... | 25 |
| Cuadro N° 6..... | 26 |
| Gráfico N° 5..... | 26 |
| Cuadro N° 7..... | 27 |
| Gráfico N° 6..... | 27 |
| Cuadro N° 8..... | 28 |
| Gráfico N° 7..... | 28 |
| 2.6 RESULTADOS..... | 29 |
| CAPITULO III APORTE..... | 29 |
| 3. CONCLUSIONES..... | 30 |
| 3.1 RECOMENDACIONES..... | 30 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 31 |

RESUMEN

La parálisis cerebral infantil se define en la actualidad como un grupo heterogéneo de alteraciones permanentes del movimiento y de la postura que limitan la actividad y son atribuidas a alteraciones no progresivas ocurridas durante el desarrollo cerebral del feto o del niño pequeño.

Nuestro principal objetivo fue determinar el nivel de conocimiento de los odontopediatras sobre el manejo odontológico a niños con parálisis cerebral infantil. Se realizó un estudio de campo, de nivel regional y de corte transversal. el estudio se aplicó a 16 Odontopediatras.

Resultados obtenidos fueron analizados, interpretados y discutidos, lo que permitió concluir lo siguiente: En un gran % no aplican protocolos de atención odontológica a niños con parálisis Cerebral infantil.

Se da la necesidad de capacitarse continuamente, el conocimiento y la información en condiciones especiales permiten que las atenciones del equipo multidisciplinario vayan en caminadas a mejorar la calidad de vida de los pacientes con parálisis cerebral infantil.

INTRODUCCIÓN

1.1 PRESENTACIÓN

El presente trabajo de investigación aborda un problema relevante en nuestra sociedad que se presenta en pacientes con Parálisis Cerebral, siendo un trastorno del neuro desarrollo motriz, con múltiples factores etiológicos y carácter heterogéneo de manifestaciones clínicas, afectando al movimiento, la postura, el balance, el crecimiento y desarrollos infantil.

Los pacientes con necesidades especiales tienen una mayor prevalencia de enfermedades bucodentales como caries, hipoplasia del esmalte, perdida dental prematura, enfermedad periodontal, sialorrea, hábitos parafuncionales y maloclusiones.

Con el propósito de mejorar la calidad de vida para los niños con necesidades especiales, en el campo de odontología se busca obtener información sobre el grado de conocimientos de odontopediatras sobre el manejo odontológico a niños con parálisis cerebral infantil. para contar con una actitud participativa aportando más en la meta de mejorar la calidad de vida de los pacientes con parálisis cerebral infantil.

Esta investigación está organizada por dos partes: una teórica producto de la investigación bibliográfica extraída de medios tecnológicos como el internet y una segunda parte como resultado de investigación de campo.

PROBLEMA CIENTÍFICO

¿Cuál es el nivel de conocimiento de odontopediatras sobre el manejo odontológico en pacientes con parálisis cerebral infantil en la ciudad de Sucre-Bolivia?

JUSTIFICACION

La investigación se basa en el nivel de conocimiento que los odontopediatras poseen sobre el manejo odontológico en niños con parálisis cerebral infantil en la ciudad de Sucre -Bolivia, puesto que se lo considera fundamental para una buena atención, para ejecutar acciones

oportunas, basadas en los resultados y mejorando las condiciones de atención al paciente, buscando fomentar la conciencia y el potencial individual en el campo profesional.

El presente trabajo servirá de base científica para la preparación de protocolos. Es necesario realizar este estudio a fin de conocer las necesidades de este grupo de pacientes y así confeccionar planes de atención integral que permitan tomar decisiones con sustento científico respecto a su manejo.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar el nivel de conocimiento de odontopediatras sobre el manejo odontológico en pacientes con parálisis cerebral infantil en la ciudad de Sucre-Bolivia.

1.4.2 OBJETIVO ESPECIFICO

- Caracterizar el nivel de conocimientos sobre la parálisis cerebral infantil
- Identificar si el odontólogo atendió a pacientes con parálisis cerebral infantil
- Diseñar un protocolo adecuado para la atención de pacientes odontopediatras con parálisis cerebral infantil.

1.5 DISEÑO METODOLÓGICO

Trabajos analíticos documental, descriptivos, críticos, observacionales, prácticos o propuesta.

1.5.1 ENFOQUE, TIPO DE INVESTIGACIÓN Y DISEÑO DE INVESTIGACION

- **Enfoque:** Esta investigación corresponde a un enfoque cuantitativo y cualitativo porque cuantificaremos o mediremos mediante una encuesta el nivel de conocimiento de Odontopediatras sobre el manejo odontológico en pacientes con parálisis cerebral infantil en la ciudad de Sucre-Bolivia que se registra en una tabla específica elaborada para esta investigación. Y el estudio es cualitativo porque implica el conocimiento que tienen los Odontopediatras sobre el manejo odontológico en pacientes con parálisis cerebral infantil.

- **Tipo:** Es descriptiva porque describe el nivel de conocimiento de odontopediatras sobre el manejo odontológico en pacientes con parálisis cerebral infantil en la ciudad de sucre-Bolivia describiendo la realidad mediante una encuesta.
- **Diseño de investigación:** Corresponde a un estudio observacional, descriptivo de corte transversal porque se realizó en el lapso de 6 semanas, y es observacional porque observaremos y describiremos el nivel de conocimiento de los odontopediatras del tema ya mencionado.

1.5.2 PROCEDIMIENTOS QUE GARANTIZAN ASPECTOS ÉTICOS EN LA INVESTIGACIÓN

Se solicitará la colaboración de los Odontopediatras inscritos al Colegio de Odontólogos Sucre para la realización de las encuestas. Indicando que se respetara sus derechos a la privacidad y la no difusión de nombres.

1.5.2.1 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

A partir de la encuesta como instrumento de recojo de información, se elaborarán cuadros y gráficos que reflejen los resultados del estudio determinando el nivel de conocimiento sobre sobre el manejo Odontológico en pacientes con parálisis cerebral infantil.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Cuadro 1

| SEMANAS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Elaboración de la monografía | x | x | x | x | | | x | x | |
| Prueba piloto | | | | | x | | | | |
| Encuestas | | | | | | | x | | |
| Presentación | | | | | | | | x | x |

Fuente: Elaboración propia

1.5.3 MÉTODOS Y MODELOS DE ANALISIS DE DATOS

Método Histórico - Lógico. - Su aplicación en relación a la recolección de información primaria de Odontopediatras inscritos al Colegio de Odontólogos de la ciudad de Sucre y sus conocimientos frente a la problemática planteada. Con el propósito de precisar datos relevantes que coadyuven a la creación de estrategias en el manejo Odontológico a pacientes con Parálisis Cerebral Infantil futuras.

Inducción-Deducción. Durante desarrollo de la presente investigación, se hará uso de procesos inductivo-deductivos aplicados de lo general a lo particular y viceversa.

Método descriptivo. - Pretende describir la realidad mediante la aplicación de una encuesta a través de la cual se recogerá información sobre la temática a investigar.

Método sintético. – Después de realizar el análisis de los resultados obtenidos con el instrumento aplicado, se realizará una síntesis de todo el trabajo realizado durante la investigación.

Método analítico. – Durante la presente investigación, se realizará un análisis minucioso para procesar los datos obtenidos mediante la aplicación de una encuesta.

Método bibliográfico. – Mediante apoyo de contenido bibliográfico.

Métodos empíricos:

- **Análisis Documental.** - Para obtener información técnica científica documentada pertinente a la temática abordada, con la finalidad de facilitar una correlación de criterio técnico relacionado a la temática planteada
- **Observación científica.** - De manera planificada y sistemática a través de una percepción directa para la obtención de resultados entorno a problemas relacionados con los objetivos trazados, en condiciones naturales.
- **Medición.** - Desarrollado en la fase inicial o diagnóstica y con un manejo establecido para el procesamiento de información de campo alcanzado.

1.5.4 PROGRAMAS INFORMÁTICOS ESTADÍSTICOS A UTILIZAR PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

Mediante el manejo del paquete de Word; haciendo uso de su plataforma que posibilitará el análisis de datos obtenidos en actividades de diagnóstico.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

En Lima Perú se describe el caso de una niña de 4 años 3 meses de edad, con parálisis cerebral discinética con tendencia espástica causada por citomegalovirus con síndrome convulsivo, quien fue referida a la Clínica Integral del Niño de la Facultad de odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) para su tratamiento. La paciente fue evaluada de manera integral con procedimientos odontológicos no convencionales sin sedación consciente, teniendo en cuenta la edad y el nivel de colaboración que presentaba, además de trabajar con un equipo multidisciplinario médico- odontológico. Se destaca el hecho que la paciente redujo significativamente la frecuencia de convulsiones luego del tratamiento odontológico, finalmente se resalta la importancia de integrar al odontólogo en el equipo multidisciplinario que trabaja con estos pacientes. (1)

En Guayaquil Lima se realizó un trabajo de investigación tiene como propósito alcanzar un nivel de conocimiento que me permita afrontar con éxito casos de niños con parálisis cerebral para poder brindarles la atención odontológica y un tratamiento adecuado, enfocándose en el paciente y su familia para crea un nexo que involucre directamente a la misma y los responsabilice de aportar el apoyo suficiente para su atención y cuidados. Los problemas en salud oral que presentan los individuos que tienen parálisis cerebral son similares a los que presenta la población en general. Sin embargo, estos problemas se van a encontrar agravados debido a su condición sistémica que facilita la instauración de estas patologías. (2)

2.2 BASES TEÓRICAS

La primera referencia en la literatura sobre este trastorno se atribuye al médico británico William Little. En 1860, asoció la asfixia durante el parto con la aparición de lesiones permanentes en el sistema nervioso; por ello durante muchos años, este trastorno fue llamado «Enfermedad de Little» (Little, 1861). McKeith, MacKenzie, y Polani, en una carta a la revista Lancet, definieron la PC como un trastorno motor persistente que aparece antes de los tres años debido a interferencias no progresivas en el desarrollo cerebral y que tiene lugar antes de que el crecimiento del sistema nervioso central se complete (McKeith,

MacKenzie y Polani, 1959). Hasta hace pocos años, una de las definiciones más utilizadas era la propuesta por Bax en 1964, en la cual se definía la PC como un desorden del movimiento y la postura, ambas por un defecto o una lesión en un cerebro inmaduro (Bax, 1964). Unas décadas después, Mutch y colaboradores definieron la PC como un «término paraguas» por la gran cantidad de síndromes motores, cognitivos y etiologías que hasta la fecha se englobaban en esta patología (Mutch, Alberman, Hagberg, Kodama y Perat, 1992), introduciendo así, la idea de un trastorno a menudo cambiante y no sólo no permanente, como mantenían Mac Keith y Polani.

Ante la variedad de definiciones y clasificaciones utilizadas por los clínicos, un grupo constituido por 14 centros de 8 países formaron el «Surveillance of Cerebral Palsy in Europe». Este grupo de epidemiólogos y clínicos definieron la PC como un conjunto de trastornos permanentes, no cambiantes, del movimiento, postura y función motora que se debe a una lesión, anomalía o interferencia no progresiva de un cerebro en desarrollo o inmaduro (Surveillance of Cerebral Palsy in Europe, 2000). Clasificaron la PC en los siguientes grupos: parálisis cerebral espástica, discinética (distónica o coreo-atetósica) y Ataxica. (3)

2.2.1 PARÁLISIS CEREBRAL DEFINICIÓN

La PC se define en la actualidad como un grupo heterogéneo de alteraciones permanentes del movimiento y de la postura que limitan la actividad, y son atribuidas a alteraciones no progresivas ocurridas durante el desarrollo cerebral del feto o del niño pequeño. Algunos autores solo consideran el período neonatal, mientras otros lo extienden hasta los dos años de vida. Los trastornos motores se acompañan con frecuencia de alteraciones sensoriales, perceptivas o cognitivas, trastornos de la comunicación, de la conducta, epilepsia y de problemas musculoesqueléticos secundarios. El trastorno motor es persistente, pero las manifestaciones clínicas son variables, van cambiando a medida que se produce la maduración del sistema nervioso, por tanto, el enfoque clínico y abordaje de los problemas asociados a la PC tendrán que adaptarse. El concepto de PC se refiere a las secuelas motoras, que pueden acompañarse de otros trastornos, y no implica una etiología, gravedad o historia natural determinadas. El diagnóstico se basa en la anamnesis y en la exploración neurológica, por lo que el diagnóstico está sometido a la subjetividad del explorador y requiere sucesivas valoraciones para constatar la persistencia del déficit motor y la ausencia de signos que nos dirijan a otros diagnósticos.

En el concepto PC se excluyen los procesos neoplásicos, los trastornos motores de etiología no encefálica y las enfermedades degenerativas y metabólicas, aunque en ocasiones, las de evolución muy lenta puedan confundirse con PC. (4)

2.2.2 INCIDENCIA

La Parálisis cerebral infantil aflige aproximadamente a 2 de cada 1000 niños nacidos vivos. Según datos de las Asociaciones Unidas de Parálisis Cerebral se estima que más de 500,000 norteamericanos presentan parálisis cerebral en alguna de sus variantes; este fenómeno es causado en parte por los avances en medicina y obstetricia así como una mejor atención en cuidados intensivos a infantes críticamente prematuros; por lo que a nivel mundial se calcula una incidencia de 2 a 2.5 por mil recién nacidos con vida.

De manera opuesta, en Latinoamérica, diversos factores de riesgo como prematuridad, bajo peso al nacer, desnutrición materno-infantil y un pobre control prenatal, incrementan las cifras hasta tres casos por cada 1000 nacidos con vida; por lo que se considera la causa más frecuente de discapacidad física en infantes. (4)

2.2.3 ETIOLOGIA

Tradicionalmente las únicas causas estudiadas eran aquellas que tenían relación con el parto, pero en lo últimos años se dirige la atención con especial interés hacia las anomalías genéticas, alteraciones en el crecimiento intrauterino, infecciones, malformaciones cerebrales y complicaciones de la prematuridad. Desde finales de los años ochenta se resta valor a la asfixia perinatal como origen de la PC y se considera que supone menos del 10% de los casos. (5)

2.2.4 FACTORES DE RIESGO

a) Factores prenatales.

- Factores maternos
- Alteraciones la coagulación, enfermedades autoinmunes, HTA,
- Infección intrauterina, Traumatismo, sustancias tóxicas, disfunción tiroidea
- Alteraciones de la placenta
- Trombosis en el lado materno, trombosis en el lado fetal,
- Cambios vasculares crónicos, Infección.

- Factores fetales
- Gestación múltiple, Retraso crecimiento intrauterino
- Polihidramnios, hidrops fetalis, malformaciones.

b) Factores perinatales.

- Prematuridad, bajo peso
- Fiebre materna durante el parto, Infección SNC o sistémica
- Hipoglucemia mantenida, hiperbilirrubinemia
- Hemorragia intracraneal
- Encefalopatía hipóxico-isquémica
- Traumatismo, cirugía cardíaca, ECMO

c) Factores postnatales.

- Infecciones (meningitis, encefalitis)
- Traumatismo craneal
- Estatus convulsivo
- Parada cardio-respiratoria
- Intoxicación
- Deshidratación grave (6)

Las principales causas por orden de frecuencia son: prematuridad (78%), CIR (34%), infección intrauterina (28%), hemorragia anteparto (27%), patología placentaria grave (21%) y parto múltiple (20%). (5)

2.2.5 LESION CEREBRAL TOPOGRAFIA

Volpe y colaboradores, postularon cinco patrones de padecimiento hipóxico-isquémico que se han visto tienen una importante relación con el desarrollo de la parálisis cerebral infantil. De manera topográfica, éstas son:

- **Lesión cerebral parasagital.** Involucra la corteza cerebral bilateral y existe una necrosis de la materia blanca del aspecto superomedial y las convexidades posteriores. Esta lesión involucra a la corteza motora que controla las funciones

proximales de las extremidades, por lo que este patrón de lesión casi siempre se encuentra relacionado con una cuadriplejía espástica.

- **Leucomalacia periventricular.** Es la más común en los pacientes prematuros. Se refiere a una lesión en la materia blanca cerebral, generalmente con mayor afección alrededor de los ángulos de los ventrículos laterales, con una pérdida de todos los elementos celulares. Debido a que las fibras que brindan información a los miembros pélvicos generalmente se implican en este tipo de lesión, se generará un patrón espástico de los mismos con menor afección de los miembros torácicos, dando lugar a una diplejía espástica. Cuando el daño es severo, las fibras cercanas al quiasma óptico también se verán involucradas, dando lugar a alteraciones visuales y cognitivas, y en ciertos casos se presentará con un patrón de cuadriplejía espástica.
- **Necrosis cerebral isquémica focal y multifocal.** Se caracteriza por lesión de todos los elementos celulares causados por un infarto con patrón vascular. La arteria cerebral media izquierda es generalmente la más afectada. Las secuelas clínicas se manifiestan casi siempre como una hemiplejía. En casos severos se puede manifestar como una cuadriplejía acompañada de eventos convulsivos.
- **Estrato marmóreo.** Es una lesión rara. Se caracteriza por lesión en los ganglios basales (tálamo, núcleo caudado, globo pálido y putamen). El patrón clínico se manifiesta por alteraciones coreoatéticas. 5. **Necrosis neuronal selectiva.** Es la lesión más común en la encefalopatía hipoxo-isquémica. Generalmente ocurre en asociación a otros patrones de lesión. (7)

2.2.6 TIPOS DE PARALISIS CEREBRAL

- ❖ Parálisis cerebral espástica.
- ❖ Parálisis cerebral Discinética o atétosica.
- ❖ Parálisis cerebral atáxica.
- ❖ Parálisis cerebral mixta.

PC Espástica.

Se caracteriza por un 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. Cuando la espasticidad afecta a las piernas, éstas pueden encorvarse y cruzarse en las rodillas, dando la apariencia de unas tijeras, lo que puede dificultar el andar. Algunas personas, experimentan temblores y sacudidas incontrolables en uno de los lados del cuerpo que, si son severas, interfieren en la realización de los movimientos.

PC Discinética o Atetósica.

Afecta, principalmente, al tono muscular, pasando de estados de hipertonia (elevado tono muscular) a hipotonia (bajo tono muscular). Las alteraciones del tono muscular provocan descoordinación y falta de control de los movimientos, que son retorcidos y lentos. Estas alteraciones desaparecen durante el sueño. En la PC Discinética se producen problemas para el movimiento de las manos y los brazos, las piernas y los pies, lo que dificulta la postura al sentarse y caminar. En algunos casos, también afecta a los músculos de la cara y la lengua, lo que explica las muecas involuntarias y el babeo de algunas de estas personas. La descoordinación también puede afectar a los músculos del habla, dificultando la articulación de las palabras (disartria). En las situaciones de estrés emocional, disminuye la capacidad para controlar los movimientos. (8)

Los movimientos discinéticos se definen como:

1. Atetosis. Movimientos involuntarios lentos, simulando escritura, principalmente distales, en donde participan tanto músculos agonistas como antagonistas. La intensidad puede incrementarse con las emociones y las actividades.
2. Corea. Son movimientos abruptos, torpes e irregulares, generalmente de la cabeza, cuello y extremidades.
3. Coreoatetósicos. Es una combinación de ambos, generalmente involuntarios y de gran amplitud. El patrón dominante es el atetósico.
4. Distonía. Son movimientos lentos, rítmicos, con cambio en el tono, generalmente se presentan en el tronco y extremidades generando posturas anormales. (7)

PC 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. El temblor empeora a medida que se acerca al objeto deseado.

PC 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. (8)

2.2.7 CLASIFICACIÓN TOPOGRÁFICOS:

- **Hemiplejia:** Se produce cuando la discapacidad se presenta únicamente en la mitad izquierda o derecha del cuerpo.
- **Paraplejia:** Afectación sobre todo de miembros inferiores
- **Tetraplejia:** Están afectados los dos brazos y las dos piernas.
- **Displejia:** Afecta a las dos piernas, estando los brazos nada o ligeramente afectados.
- **Monoplejia.** Únicamente está afectado un miembro del cuerpo.

2.2.8 GRADOS DE PARÁLISIS CEREBRAL:

- **Leve:** Se produce cuando la persona no está limitado en las actividades de la vida diaria, aunque presenta alguna alteración física.
- **Moderada:** El individuo tiene dificultades para realizar actividades diarias y necesita medios de asistencia o apoyos.
- **Severa:** La persona requiere de apoyos para todas las actividades.(9)

2.2.9 MANIFESTACIONES CLÍNICAS NO MOTORAS

• Neurológicas:

- Discapacidad intelectual (DI) 50%.

Epilepsia: presente en el 25-50% de los pacientes, dependiendo de la forma clínica (tetrapléjicas >50%, hemipléjicas 40%, discinéticas 25% y dipléjicas 15%) y cociente intelectual (CI), más frecuente a menor CI. Generalmente aparece antes de los 2 años de vida (frecuente en el período neonatal) y es poco probable que se inicie en mayores de 5 años.

– Trastorno del lenguaje: el 75-80% presenta trastorno del lenguaje (debilidad, parálisis o falta de coordinación orolingual).

– Trastornos conductuales: 25-40%. Conviene tener presente la disfunción ejecutiva y/o TDAH. – Trastornos del sueño: son frecuentes (>25%), variados y tienen un origen multifactorial (reflujo gastroesofágico (RGE), síndrome de apneas-hiponeas obstructivas durante el sueño (SAHOS), epilepsia, trastornos de conducta, despertares...

• **Digestivas:** es la comorbilidad más frecuente después de los trastornos neurológicos. Prácticamente todos los pacientes con PC presentarán síntomas gastrointestinales y/o alteración del estado nutricional en algún momento de su vida. Hasta un 30-40% de los pacientes tienen dificultades para la alimentación secundarias a disfagia (casi un 7% precisa gastrostomía), vómitos y regurgitaciones o retraso del vaciamiento gástrico. También son frecuentes:

– RGE (20-90%): irritabilidad injustificada, rechazo de la alimentación, sialorrea, erosiones dentales, apneas, tos crónica y anemia. (5)

-Trastorno de deglución:

Comprende un grupo amplio y heterogéneo de alteraciones que afectan a las diferentes estructuras implicadas en el mecanismo fisiológico de la deglución. El síntoma paradigmático es la disfagia, pero también, el síndrome clínico está protagonizado por las complicaciones, como las pulmonares o la desnutrición. (10)

– Estreñimiento (riesgo de infecciones urinarias).

– Sialorrea: la disfunción oromotora en niños con PC a menudo conduce a excesivo babeo, el cual tiene un impacto importante en el ámbito social y puede asociar infecciones respiratorias recurrentes por broncoaspiración.

- **Neurosensoriales:** los déficits visuales son frecuentes en niños con PC. Los más comunes son los defectos de refracción (50%) y el estrabismo (40%). En el caso de los prematuros, la causa más frecuente de afectación visual es la retinopatía de la prematuridad. Los problemas auditivos son menos frecuentes (10-20%).

- **Auditivos**

La prevalencia de alteraciones auditivas en niños con PC varía entre el 4 y el 13%.

La afectación auditiva se relaciona con el desarrollo del lenguaje, y éste, con la capacidad de comunicación y trastornos del comportamiento. También afecta a la capacidad de aprendizaje en caso de no ser detectadas y tratadas de manera precoz.⁴⁰ Las infecciones respiratorias de vías altas de repetición pueden originar pérdida de audición intermitente que de no ser tratadas adecuadamente pueden originar sordera permanente. En la anamnesis debemos incluir factores de riesgo de sordera (antecedentes familiares, causa de parálisis cerebral, empleo de fármacos ototóxicos) y recoger el comportamiento auditivo y el desarrollo del lenguaje. Constituyen signos de alerta la escasa respuesta a estímulos auditivos, respuestas comportamentales anómalas o alteración del desarrollo del lenguaje.

(11)

- **Músculoesqueléticas:** sobre todo en pacientes con espasticidad. Las más frecuentes son las de los pies y las más graves las de las caderas y la escoliosis.

- **Respiratorias:** insuficiencia respiratoria progresiva. Es una causa importante de morbimortalidad. La disminución progresiva de los volúmenes pulmonares conlleva la acumulación progresiva de secreciones bronquiales, atelectasias e hipoventilación, con infecciones frecuentes y /o insuficiencia respiratoria.

- **Otras:**

- Dolor: hasta en el 50-75%.

- Problemas de control urinario: hasta en el 30-60%.

- Problemas de higiene bucodental.

- Osteoporosis. Los pacientes que no deambulan deben tener un seguimiento de los niveles de calcio y vitamina D, a partir de los 6-8 años, para descartar osteoporosis asociada

a la escasa movilidad y la desnutrición. Si es necesario, se podrá suplementar la dieta con calcio y vitamina D. (5)

2.2.10 CARACTERÍSTICAS ODONTOLÓGICAS

- **La hipoplasia del esmalte** tiene una marcada incidencia sobre todo en dentición primaria. Está asociada fundamentalmente a una historia de prematuridad. El efecto hipoplásico en el esmalte de los dientes primarios puede ser una indicación del momento en que se produjo el daño cerebral en el feto, momento en que se detuvo la amelogénesis.
- **La caries dental** presenta una incidencia similar a la de la población general. Si bien la gravedad de las mismas es mayor, debido a la falta de un control y cuidado periódico. Si presenta mayor incidencia puede ser debida a la precaria atención odontológica recibida por esta población, ausencia de profilaxis, sellados de fisuras y control de higiene oral.
- **La enfermedad periodontal** está presente en más de las tres cuartas partes de los paralíticos cerebrales. Se presenta con más incidencia en el grupo espástico que en el atetoide. La enfermedad periodontal severa ocurre en el 10% de los casos. Algunos pacientes que presentan crisis convulsivas pueden estar tomando drogas del tipo de las Difenilhidantoínas, y como resultado se producen casos de gingivitis hipertrófica y un elevado número de afecciones periodontales severas. El tiempo de aparición de la hiperplasia gingival no depende ni de la duración del tratamiento, ni de las dosis; entre 30-80% la presentan a los 2-3 meses de tratamiento y en muchas ocasiones, aunque no la veamos clínicamente sí se aprecia histológicamente. El tipo de dieta puede influir también en este tipo de patología, ya que los niños con los músculos de la masticación y deglución afectados tienden a tomar alimentos blandos que tragan con facilidad, con una proporción alta de hidratos de carbono, incluso pueden mostrar alguna deficiencia vitamínica que complique el proceso periodontal.
- **Los hábitos bucales** anormales son más frecuentes en pacientes con parálisis cerebral, bruxismo y abrasión, que provocarán una pérdida de la dimensión vertical y una patología de A TM posterior más frecuente en atetoides y espásticos. La interposición de la lengua, la deglución atípica y la respiración bucal también ocurren con más frecuencia.

- **Las maloclusiones** son frecuentes debido a desequilibrios musculares. Puede haber también anomalías de las arcadas dentarias y del esqueleto facial relacionadas con el grado de tonicidad de los músculos faciales, masticatorios, de la deglución y la presencia de movimientos involuntarios. (12)

2.2.11 SALUD BUCODENTAL EN PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL.

Se ha descrito que los personas con PC presentan un estado bucodental similar al que poseen individuos sanos, en términos de que se puede hallar en ellos caries, enfermedad periodontal, maloclusión, hipoplasias del esmalte, bruxismo y trauma dentoalveolar. Sin embargo, los pacientes con parálisis cerebral son un grupo de personas cuyas características clínicas pueden influenciar negativamente en su salud oral, presentando un mayor riesgo de sufrir enfermedades bucales.

Dentro de las manifestaciones clínicas de PC que predisponen a estos individuos a una mayor prevalencia de enfermedades orales se encuentra el Compromiso Motor, ya que pacientes con PC Espástica presentan rigidez muscular y dificultad en realizar movimientos, razón por la cual mantener una correcta higiene bucal es muy difícil; también lo es para aquellos pacientes con PC de tipo atáxica, quienes tienen problemas de coordinación motora. Asimismo, el Compromiso Topográfico puede influir en la condición bucodental de pacientes con PC, quienes debido a su trastorno motor pueden tener afectadas diversas extremidades. Al poseer el movimiento de sus extremidades superiores alterado, más difícil será poder realizar una adecuada higiene oral.

Por otra parte, problemas médicos asociados, tales como discapacidad intelectual, control emocional y percepción sensorial disminuidos, síndrome convulsivo, alteraciones auditivas y/o visuales, influirán en la capacidad del paciente tanto para comprender la importancia de mantener una buena salud oral como para efectuar una limpieza bucal ya sea de forma individual o con apoyo.

Finalmente, la alteración de las funciones orofaciales como el habla, la masticación y la deglución y la aparición de parafunciones (respiración bucal, bruxismo) en conjunto con la hipersalivación y movimientos anormales de la lengua y músculos faciales en pacientes con PC pueden favorecer el establecimiento de 36 enfermedades orales y reducir la función de autolimpieza de la cavidad oral, permitiendo la acumulación de alimento residual. Se ha descrito, además, que condiciones socioeconómicas desfavorables determinan de manera

importante la presencia de salud oral deficiente en pacientes con déficits neurológicos y habilidad motora reducida, quienes poseen mayores necesidades de tratamiento dental (13)

CAPITULO II

2.3 POBLACION O UNIVERSO DE ESTUDIO

Universo o población: El universo o población corresponde a un total de 17 Odontopediatras Inscritos al Colegio de Odontólogos Sucre Bolivia.

2.3.1 SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

La población tomada en cuenta son los Odontopediatras inscritos al Colegio de odontólogos Sucre.

La muestra corresponde a la totalidad de Odontopediatras inscritos al Colegio de odontólogos Sucre.

2.3.2 TECNICA DE MUESTREO

Por conveniencia: este estudio es por conveniencia porque se escogió un grupo etario. Tomando en cuenta a la población que quiere formar parte de la investigación

2.3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión:

- Odontopediatras Inscritos al colegio de Odontólogos Sucre Bolivia

Criterios de exclusión:

- Odontopediatras no inscritos al Colegio de Odontólogos Sucre Bolivia.
- Odontólogos no inscritos al Colegio de Odontólogos Sucre Bolivia.
- Odontólogos sin especialidad en Odontopediatras inscritos al colegio de Odontólogos Sucre Bolivia.

2.4 DEFINICION Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

| Variables | Definición Conceptual | Definición operacional | Tipo de variable | Indicador | Escala o categorías | Instrumento |
|---|---|-------------------------------|---|-----------------------|---------------------|---------------------------|
| Atención de niños con parálisis cerebral infantil | Si alguna vez el Odontopediatra atendió a niños con parálisis Cerebral infantil. | Entrevista a Odontopediatras. | Cualitativa Nominal Independiente | Nivel de conocimiento | Si / No | Cuestionario estructurado |
| Necesidad de derivar a otros centros de salud | Si el profesional tuvo la necesidad de derivar a paciente con PCI. | Entrevista a Odontopediatras. | Cualitativa Nominal dependiente | Nivel de conocimiento | Si / No | Cuestionario estructurado |
| Conocimiento de los grados de parálisis cerebral infantil | Nivel de conocimiento del Odontopediatra sobre los grados de la PCI. | Entrevista a Odontopediatras. | Cuantitativo nominal dependiente | Nivel de conocimiento | Si / No | Cuestionario estructurado |
| ¿El nivel de atención en niños PCI es distinto de acuerdo al grado de complicación que poseen? | Conocimiento sobre la diferencia de tratamiento según el grado de parálisis infantil. | Entrevista a Odontopediatras. | Cuantitativo nominal Independiente | Nivel de conocimiento | Si / No | Cuestionario estructurado |

| | | | | | | |
|--|--|-------------------------------|--|-----------------------|---------|---------------------------|
| Aplicar estrategias Odontológicas en niños con PCI | Utiliza estrategias odontológicas en consultas en pacientes con PCI. | Entrevista a Odontopediatras. | Cualitativa nominal dependiente | Nivel de conocimiento | Si / No | Cuestionario estructurado |
| ¿Conoce protocolos en la atención de parálisis cerebral infantil? | El conocimiento de protocolos en la atención odontológica en pacientes con PCI | Entrevista a Odontopediatras. | Cuantitativo- Cualitativo nominal dependiente | Nivel de conocimiento | Si / No | Cuestionario estructurado |
| Su centro de Odontológico cuenta con protocolos para la atención en niños con PCI | La presencia de protocolos en el centro de salud en el cual desempeña sus labores el Odontopediatra. | Entrevista a Odontopediatras. | Cualitativo nominal Dependiente | Nivel de conocimiento | Si / No | Cuestionario estructurado |

2.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DATOS.

TECNICA:

Encuesta

La encuesta es una técnica de adquisición de información de interés sociológico, mediante un cuestionario previamente elaborado, a través del cual se puede conocer la opinión o valoración del sujeto seleccionado en una muestra sobre un asunto dado.

En la encuesta a diferencia de la entrevista, el encuestado lee previamente el cuestionario y lo responde por escrito, sin la intervención directa de persona alguna de los que colaboran en la investigación.

INSTRUMENTOS:

Cuestionario

Es un instrumento básico de la observación en la encuesta. En el cuestionario se formula una serie de preguntas que permiten medir una o más variables. Posibilita observar los hechos a través de la valoración que hace de los mismos el encuestado, limitándose la investigación a las valoraciones subjetivas de éste.

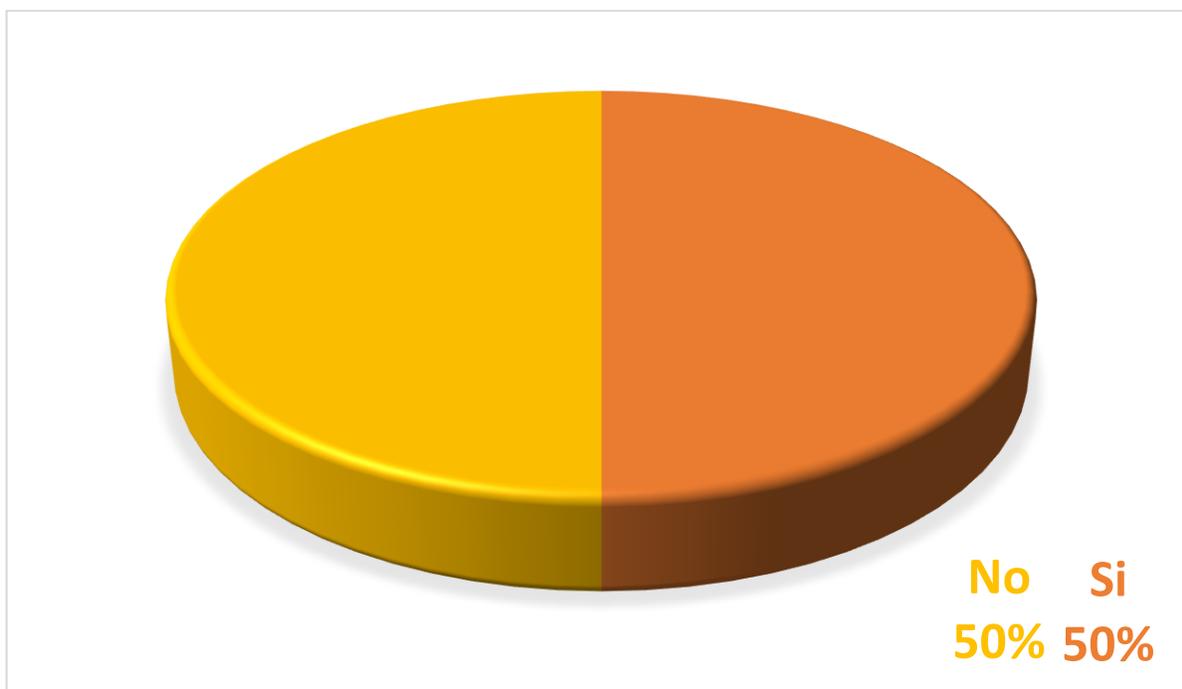
En la presente investigación se utilizará el cuestionario con preguntas directas y respuestas cerradas, para obtener resultados precisos y de esta manera poder realizar el análisis, síntesis e interpretación de los mismos.

Cuadro N° 2 ¿Usted atendió a niños con Parálisis Cerebral Infantil?

| Grado de conocimiento | N° | % |
|------------------------------|-----------|------------|
| si | 8 | 50 |
| No | 8 | 50 |
| Total | 16 | 100 |

Fuente: investigación propia

Gráfico N° 1 ¿Usted atendió a niños con Parálisis Cerebral Infantil?



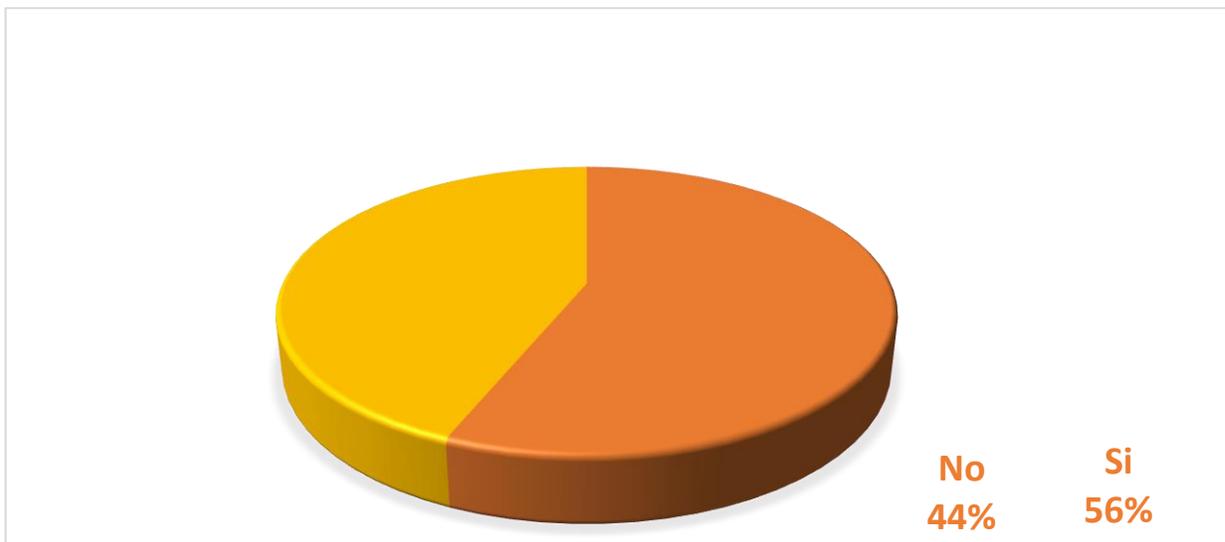
PRESENTACION E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS. - En los presentes cuadro y gráfico, podemos ver que la mitad de los odontopediatras encuestados si atendieron pacientes con parálisis cerebral infantil

Cuadro N° 3 ¿Tuvo la necesidad de derivar a otros centros de salud a Niños con Parálisis Cerebral Infantil?

| Grado de conocimiento | N° | % |
|-----------------------|----|-----|
| Si | 9 | 56 |
| No | 7 | 44 |
| Total | 16 | 100 |

Fuente: investigación propia

Grafico N°2 ¿Tuvo la necesidad de derivar a otros centros de salud a Niños con Parálisis Cerebral Infantil?



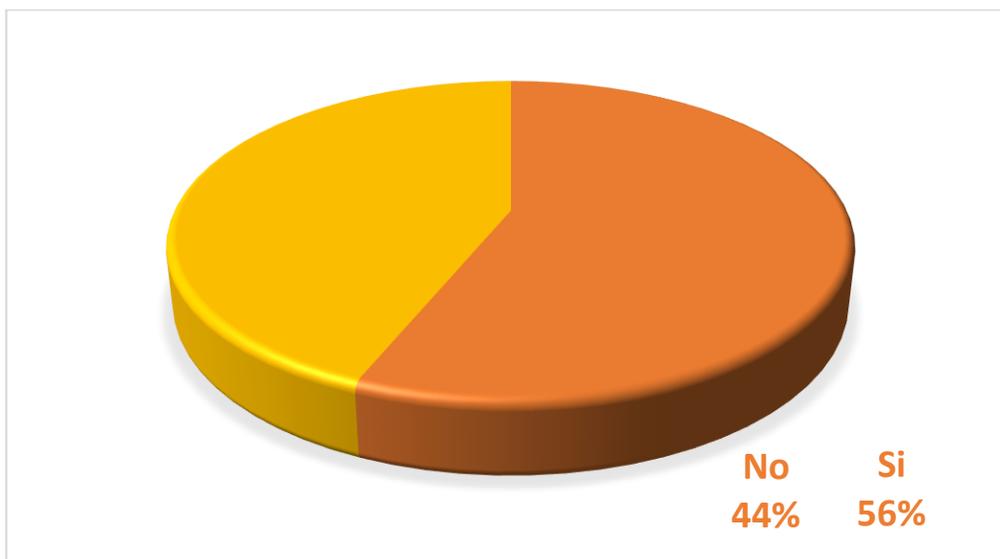
PRESENTACION E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS. – Según los resultados obtenidos podemos ver que 9 odontopediatras si tuvieron la necesidad de derivar a pacientes con Parálisis cerebral infantil, sin embargo 7 pacientes si atendieron a niños que presentaban parálisis cerebral infantil.

Cuadro N° 4 ¿Conoce los Grados de Parálisis Cerebral Infantil para una adecuada atención Odontológica?

| Grado de conocimiento | N° | % |
|-----------------------|----|-----|
| si | 9 | 56 |
| No | 7 | 44 |
| total | 16 | 100 |

Fuente: investigación propia

Gráfico N° 3 ¿Conoce los Grados de Parálisis Cerebral Infantil para una adecuada atención Odontológica?



PRESENTACION E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

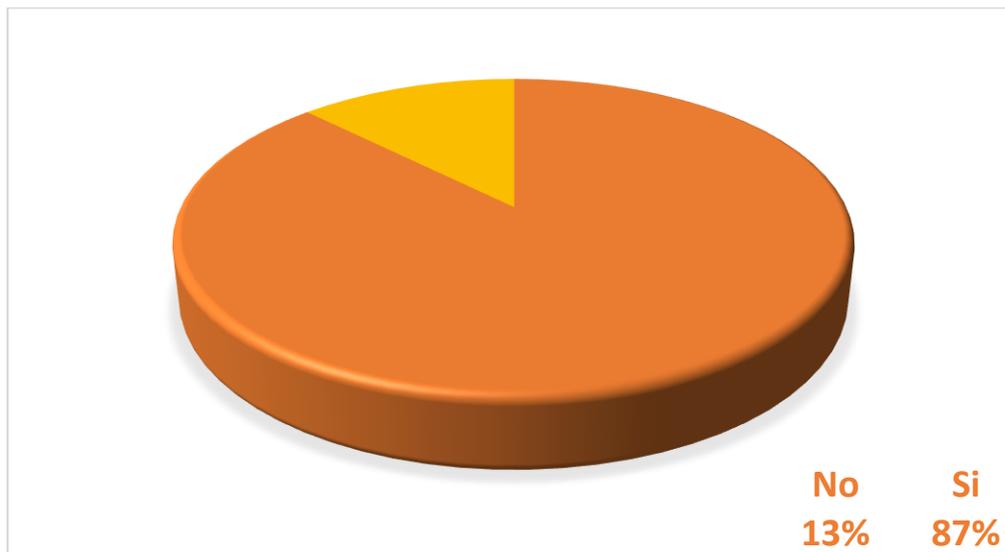
En el cuadro y grafico se puede observar que 9 odontopediatras si conocen los grados de Parálisis cerebral infantil, sin embargo 7 desconocen los grados de PCI.

Cuadro N° 5 ¿El nivel de atención en niños con parálisis cerebral es distinto, de acuerdo al grado de complicación que los mismo poseen?

| Grado de conocimiento | N° | % |
|------------------------------|-----------|------------|
| si | 14 | 87 |
| No | 2 | 13 |
| total | 16 | 100 |

Fuente: investigación propia

Gráfico N° 4 ¿El nivel de atención en niños con parálisis cerebral es distinto, de acuerdo al grado de complicación que los mismo poseen?



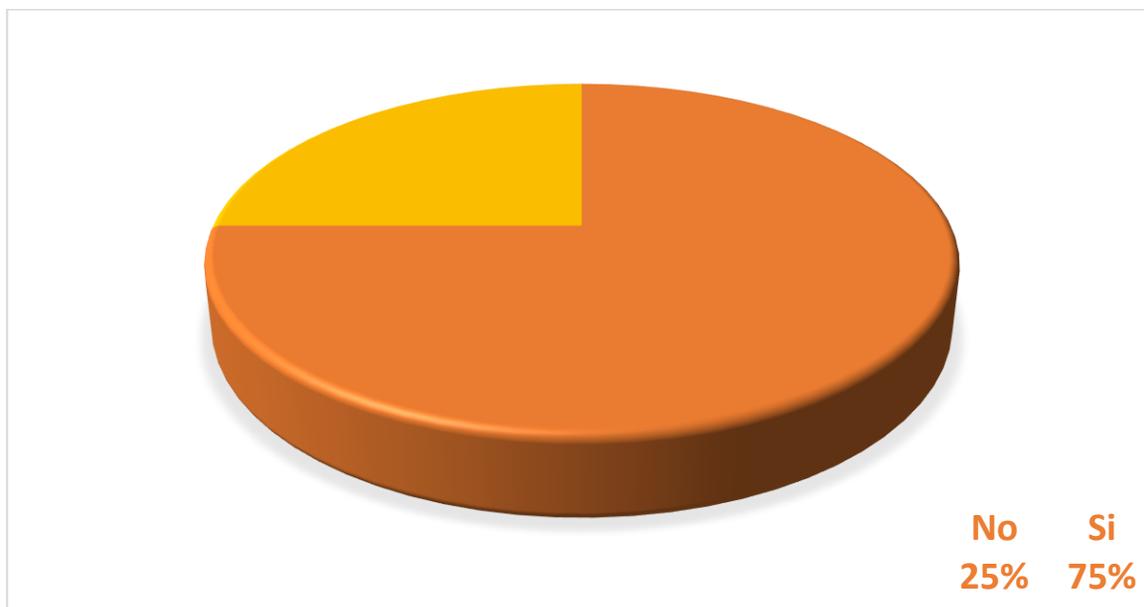
PRESENTACION E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS. - En los resultados obtenidos podemos destacar que en su gran mayoría los odontopediatras si conocen y saben diferenciar los grados de complicación que los pacientes con parálisis cerebral infantil poseen.

Grafico N ° 6 ¿Aplica estrategias odontológicas en la atención a niños que tiene parálisis.

| Grado de conocimiento | N° | % |
|-----------------------|----|-----|
| si | 12 | 75 |
| No | 4 | 25 |
| total | 16 | 100 |

Fuente: investigación propia

Gráfico N° 5 ¿Aplica estrategias odontológicas en la atención a niños que tiene parálisis?



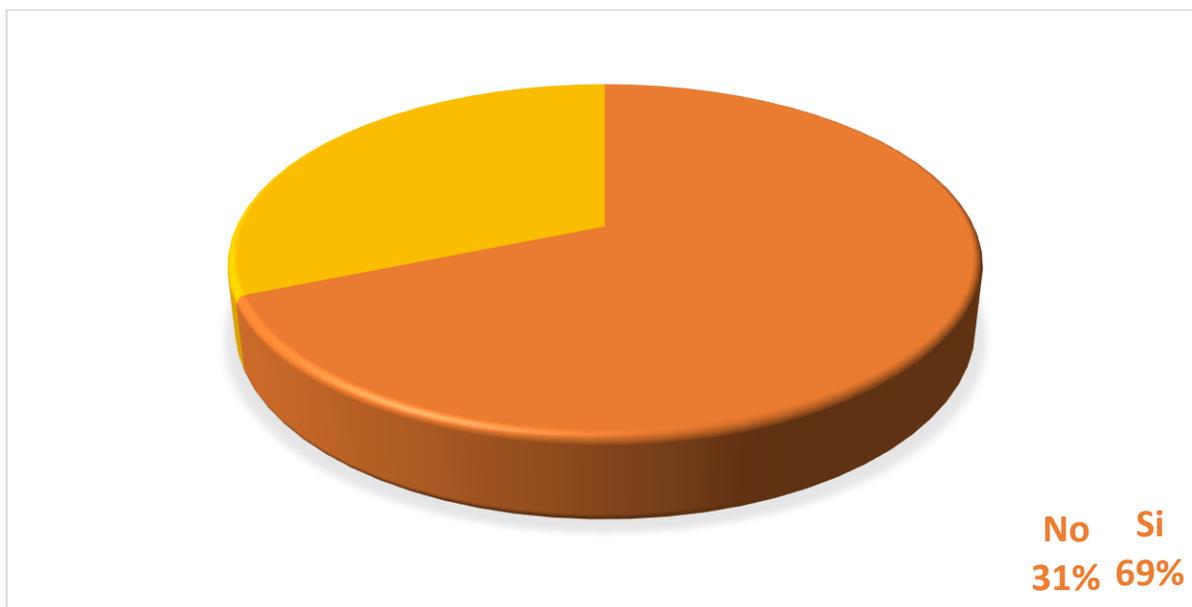
PRESENTACION E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS. – De los Odontopediatras encuestados pudimos observar que 12 odontopediatras si aplica estrategias Odontológicas en la atención a pacientes con Parálisis cerebral Infantil.

Cuadro N° 7 ¿Conoce algún protocolo en la atención Odontológica en niños con parálisis cerebral infantil?

| Grado de conocimiento | N° | % |
|-----------------------|----|-----|
| si | 11 | 69 |
| No | 5 | 31 |
| total | 16 | 100 |

Fuente: investigación propia

Gráfico N°6 ¿Conoce algún protocolo en la atención Odontológica en niños con parálisis cerebral infantil?



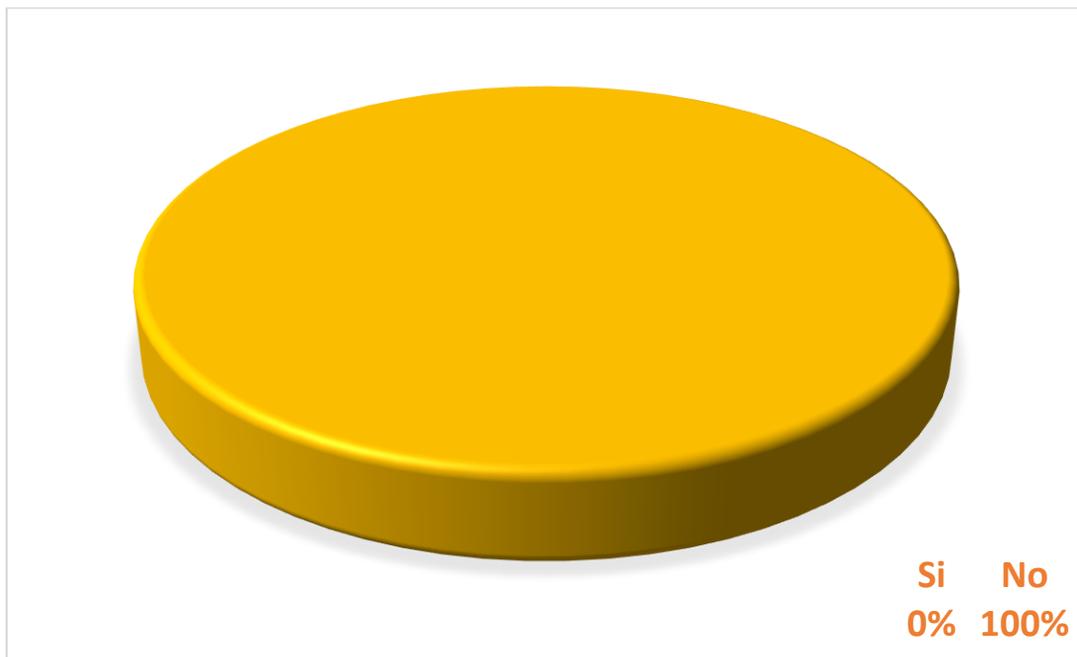
PRESENTACION E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS. - Este cuadro y gráfico nos demuestra un total de 11 Odontopediatras si conocen Protocolos de atención a niños con parálisis Cerebral Infantil.

Cuadro N° 8 ¿Su Centro Odontológico cuenta con protocolo para la atención de niños con Parálisis Cerebral infantil?

| Grado de conocimiento | N° | % |
|-----------------------|----|-------|
| si | 0 | 4,34 |
| No | 16 | 95,65 |
| total | 16 | 99,99 |

Fuente: investigación propia

Gráfico N ° 7 ¿Su Centro Odontológico cuenta con protocolo para la atención de niños con Parálisis Cerebral infantil?



PRESENTACION E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS. – Podemos observar que ningún odontopediatra aplica protocolos en atención Odontológica a niños con parálisis cerebral infantil.

CAPITULO III

APORTE: PROTOCOLOS DE ATENCION ODONTOLOGICA A NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

Al iniciar un tratamiento a niños con parálisis cerebral infantil el odontólogo debe considerar si el paciente es capaz de colaborar con el procedimiento que se realizará. Para ello debe utilizar las estrategias de adaptación del niño a la consulta. En casos de pacientes que no tengan habilidad para colaborar con el tratamiento o sea complejo, derivar para atención bajo sedación o anestesia general.

1. Se sugiere que las atenciones odontológicas a niños con discapacidad como ser la parálisis cerebral, sean realizadas por la mañana y que sean citas cortas, de esta manera el estrés será menor.
2. Es importante la comodidad de estos niños, por lo cual es recomendable el uso de almohadillas tanto en la cabeza como en el tronco, así evitamos el movimiento brusco e involuntario. Si el paciente utiliza silla de rueda muchas veces es preferible realizar la atención en la misma, por el bienestar en la que esta se encuentra.
3. Es de conocimiento que los pacientes con parálisis cerebral sufren de problemas en la deglución, por ello se recomienda una postura semi sentado, para disminuir los riesgos que se podría presentar.
4. Las luces del equipo dental pueden causar molestias a los ojos del paciente, por lo cual es de uso necesario acudir a las gafas de protección visual.
5. En toda atención Odontológica se debe hacer enjuague bucal con clorhexidina al 0.12 %. Pero debido a la discapacidad de los niños con parálisis cerebral infantil, se puede realizar la antisepsia con gasa, rolo de algodón o cepillo empapados en el antiséptico.
6. Respecto al instrumental rotatorio en este caso su uso deberá ser mínimo, ya que su oído es muy sensible y los sonidos los alteran, por ello a un principio se debe abordar a procedimientos de mínima invasión, por ejemplo con técnicas atraumática como la aplicación de Diamino Fluoruro de Plata en casos de dientes deciduos.
7. El ruido puede dar lugar a actitudes no esperadas, por lo que se recomienda utilizar mínima succión, el uso de tapones auditivos con llevar el tratamiento ejecutado, se podría incrementar música relajante para disminuir la tensión o percepción de los instrumentales que causan ruidos.
8. Mantener la motivación de niños con discapacidad es fundamental para el tratamiento, por lo cual es recomendable la presencia de los padres o tutores o algún allegado del paciente.

CONCLUSIONES

- En el trabajo se consideraron a 16 Odontopediatras. De estos el 50 % atendieron a pacientes con parálisis cerebral infantil.
- Se pudo observar que del 56% de los Odontopediatras llego a derivar a algún centro especializado u Hospital.
- Se evidencio que el 56 % de Odontopediatras conocen sobre los grados de parálisis cerebral infantil.
- Se observó que el 87% de odontopediatras si reconoce los grados de complicación que los pacientes con parálisis cerebral presentan.
- Se observo que el 75% de los odontopediatras aplica estrategia en el manejo odontológicas a niños con parálisis cerebral infantil.
- Se observó que el 69% de odontopediatras conoce protocolos en la atención a pacientes con parálisis cerebral infantil
- Se pudo evidenciar que el 100 % de odontopediatras no aplica protocolos en la Atención odontológica a niños con parálisis cerebral infantil.

Es necesario enfocarnos en una atención adecuada, accesible, fomentando los valores, para brindar una apropiada atención a pacientes con parálisis cerebral infantil, que incluya acciones preventivas y educativas a nivel individual y familiar

3.1 RECOMENDACIONES

- Se recomienda a los odontólogos a capacitarse continuamente, el conocimiento y la información en las condiciones especiales permiten que las atenciones del equipo multidisciplinario vayan en caminadas a mejorar la calidad e vida de los pacientes con parálisis cerebral infantil.
- Se recomienda contar y aplicar protocolos en el manejo odontológico en pacientes con necesidades especiales para brindar una mejor atención.

Referencias Bibliográficas

- 1 Nima G, Ruthsana M. Tratamiento odontopediátrico integral en parálisis cerebral. Reporte de un caso. Odontología sanmarquina [Internet]. 2014 May 14 [citado 2023 Oct 22];8(2):25–5. Disponible en:
<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/3143>
- 2 Lima I, Montece S. Tesis Manejo odontológico de niños con parálisis cerebral. [Internet]. 2015-06 [citado el 11 de Octubre de 2023]. Recuperado a partir de:
<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/17143>
- 3 Muriel V, Ensenyat A, García-Molina A, Aparicio-López C, Roig-Rovira T. Art Déficits cognitivos y abordajes terapéuticos en parálisis cerebral infantil Acción Psicológica. [2014 Jun]España Barcelona Disponible en :
https://scielo.isciii.es/pdf/acp/v11n1/10_original10.pdf
- 4 Alvarado S , Ledesma M Odontología preventiva en el paciente con parálisis cerebral infantil . Mexico 2010 [citado 2023 Oct 20]. Disponible en :
<https://ru.dgb.unam.mx/handle/20.500.14330/TES01000659497>
- 5 García A, Arriola G , Machado I, Pascual I , Garriz M ,García A, Paredes C, Aguilera S ,Peña J. Paralisis Cerebral .Protoc diagn ter pediatr. 2022;1 España. Disponible en:
https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/pdf_final_protocolos_aep-senep_2022.pdf
- 6 Poo P.Paralisis Cerebral Infantil . Academia Edu España [2008]. Disponible en :
https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/34541428/36-pci-libre.pdf?1409053579=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DServicio_de_Neurologia_Hospital_Sant_Joa.pdf&Expires=1697928950&Signature=SeKDc1jHeY4rmvmDXMWKOsmbFyj4bwRuVpk-evDD8CIPOONs9Jj4swBgHCaNMm7BZYhIBWQi~p91KRVIWDSG2rbeNmwoE0FNCCsC~tHTYTU0GZSFt8lpQs-

[zf9ukp4ZEg4MHG0UZtc5PoNi8XMt2Pr9RLN8Uup2fcujkUhe6XZfHwAYZWgGHpc
agEIIfbWSBbcrI6QPiLoEgAsRxx9-
G4fHTpCAUZhADCN7q95LcpT33Mp2BkMeLYrWDv76jIn2gsD8~W-
5t1McJW7kYLyHOPtNxUHVGI05-vIbOCcSKgABTtNs2RpOTxsOKR7zC-
rUyqkvO5Kbl985yvIG~rp5Q &Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://www.repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/6391/genaro_ssv.pdf)

- 7 Calzada C Vázquez Vela D, Vidal C . Parálisis cerebral infantil: definición y clasificación a través de la historia. Revista Mexicana de ORTOPEDIA PEDIÁTRICA [2014 ene- dic] Disponible en :
<https://www.medigraphic.com/pdfs/opediatrica/op-2014/op141b.pdf>
- 8 Madrigal A . Paralisis Cerebral . Washington . 15 ene 2002 : Disponible en
<http://www.nichcy.org/pubs/spanish/fs2stxt.htm>
- 9 Aspace Tipos de parálisis cerebral - - ASPACE [Internet]. Aspace.org. 2015 [cited 2023 Oct 22]. Disponible en : <https://aspace.org/tipos-de-paralisis-cerebral#:~:text=HEMIPLEJIA%3A%20Se%20produce%20cuando%20la,brazos%20nada%20o%20ligeramente%20afectados.>
- 10 Verónica S, Saldaña G, Dra A, Gezel R, Jimenez P, De I, et al. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL PORTADORES DE GASTROSTOMÍA INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO 2013-2017 PRESENTADA POR [Internet]. Lima Peru 2020 [cited 2023 Oct 22]. Disponible en :
https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/6391/genaro_ssv.pdf
- 11 Peláez-Cantero MJ, Cordon-Martínez A, Madrid-Rodriguez A, Núñez-Cuadros E, Ramos-Fernández JM, Gallego-Gutiérrez S, et al. Parálisis cerebral en pediatría: problemas asociados. Revista Ecuatoriana de Neurología [Internet]. 2021 Jul 1;30(1):115–24. Citado en:
http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812021000100115
- 12 Lopez J. Gimenes J, Boj R. CARACTERÍSTICAS ODONTOLÓGICAS DE LA PARÁLISIS CEREBRAL. PRECAUCIONES PARA SU TRATAMIENTO . Revista

Europeo Barcelona [1998] . Disponible

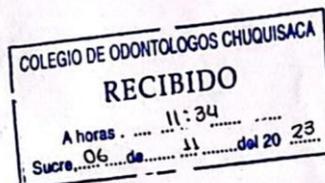
en:<https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/110665/1/149876.pdf>

- 13 Carreño D, Validación de un cuestionario para estudiar el grado de conocimiento por parte de padres o responsables sobre salud oral en pacientes con parálisis cerebral Valencia, octubre [2019] Disponible en :

<https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/72602/Tesis%20Daniel%20Carre%C3%B1o%20Henriquez.pdf?sequence=1>

ANEXOS

Sucre, 6 de noviembre de 2023



Señor:

Dr. Juan Pablo Chavarría Paredes.

PRESIDENTE COLEGIO DE ODONTOLOGOS CHUQUISACA

Presente. -

Ref.- Solicitud de lista de Odontopediatras.

Por medio de la presente quiero hacerle llegar un cordial saludo, deseando éxitos en sus labores cotidianas en bien de nuestra sociedad.

Informo a su autoridad, que mi persona está realizando un trabajo de investigación en odontología, específicamente un diplomado en odontopediatría, avalada por la Universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca, por lo que solicito pueda colaborarme instruyendo a quien corresponda, otorgarme la lista, dirección y números telefónicos de los odontopediatras inscritos al colegio de odontólogos.

Esperando respuesta positiva a mi solicitud, le agradezco de antemano.

Atte:


JHOSELINE UGARTE ALMENDRAS
C.I. 7566940 Ch

**NIVEL DE CONOCIMIENTO A ESTUDIANTES DE LA ESPECIALIDAD DE
ODONTOPIEDIATRIA SOBRE, EL MANEJO ODONTOLÓGICO A PACIENTES CON
PARALISIS CEREBRAL INFANTIL**

¿Usted atendió a niños con Parálisis Cerebral Infantil?

SI NO

¿Tuvo la necesidad de derivar a otros centros de salud a Niños con Parálisis Cerebral Infantil?

SI NO

¿Conoce los Grados de Parálisis Cerebral Infantil para una adecuada atención odontológica?

SI NO

¿El nivel de atención en niños con parálisis cerebral es distinto, de acuerdo al grado de complicación que los mismo poseen?

SI NO

¿Aplica estrategias odontológicas en la atención a niños que tiene parálisis cerebral infantil?

SI NO

¿Conoce algún protocolo en la atención Odontológica en niños con parálisis cerebral infantil?

SI NO

¿Su Centro Odontológico cuenta con protocolo para la atención de niños con Parálisis Cerebral infantil?

SI NO

Escaneado con CamScanner