

SONRISAS



ESPECIALES

Revista de la Cátedra
Atención Odontológica
del Paciente Discapacitado

Junio de 2008

Staff



Cátedra Atención Odontológica del Paciente Discapacitado

Prof. Titular

Prof. Mgter. Od. Patricia DI NASSO

Prof. Adjunto

Prof. Od. Walter LOPRESTI

Jefes de Trabajos prácticos

Od. Daniela SALINAS

Lic. Laura SASTRON

Auxiliares de Docencia Ad Honorem

Od. Verónica CAMPAÑA

Od. Fernanda SYLVESTRE

Diseño de Tapa

Troc Impresos

Edición e impresión

Troc Impresos

Revista Sonrisas Especiales

Es una Publicación de la Cátedra "Atención Odontológica del Paciente Discapacitado"

Facultad de Odontología - Universidad Nacional de Cuyo. Distribución gratuita.

Teléfono: +54 (0261) 4494141

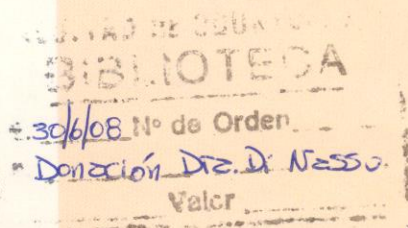
E-mail: patdin@fodonto.uncu.edu.ar

La reproducción del material publicado requiere autorización por parte de la entidad responsable.

Los artículos publicados en esta revista expresan los puntos de vista de sus autores y no necesariamente la posición de la Cátedra "Atención Odontológica del Paciente Discapacitado".

Las imágenes que aparecen en esta publicación tienen únicamente fines didácticos.

AÑO 1 - Nº 1



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
MENDOZA - REPÚBLICA ARGENTINA

Autoridades de la Facultad de Odontología

Prof. Od. Alberto José Martín

Decano

Prof. Od. José Simón Abdala

Vice Decano

Prof. Od. Silvia Inés Gonzalez

Secretaría Académica

Prof. Od. Susana Beatriz Principe

Secretaría de Postgrado

Prof. Od. Sonia Lucía Maron

Secretaría de Extensión Universitaria

Prof. Od. Edgardo Oscar Boero López

Secretaría de Asuntos Estudiantiles y Acción Social

Prof. Od. Patricia Silvia Echagaray

Dirección Carrera de Asistente Dental

Lic. María Alejandra López

Dirección Gral. de Administración

Cont. Cecilia Asensio

Dirección Gral. Económico Financiera

Consejo Directivo

Prof. Titulares:

Prof. Od. José Simón ABDALA

Prof. Od. Arnaldo Walter CELI

Prof. Med. Orlando José LAFALLA

Prof. Med. Ricardo Luis MOTTA

Prof. Adjuntos:

Prof. Od. Adriana Patricia MARRA

Prof. Od. María Cecilia PORTA

Aux. Docencia:

Od. Silvia Verónica PAEZ

Egresados:

Od. Alejandro Daniel COLL

Od. Jorge Diego SEGURA

Alumnos:

Sr. Edgar Sebastián OLIVARES

Srta. Cecilia Roxana PEREZ

Sr. Franco PRA BALDI

Personal de Apoyo Académico:

Sr. José Alejandro SEGRETI

Editorial

El nacimiento de un hijo discapacitado

Prácticas de Observación como primera experiencia del alumno frente a la discapacidad

Patologías bucales en niños con encefalopatía infantil en el Perú

Odontología igual para todos

Premio presidencia Prácticas educativas solidarias en educación superior

Salud bucal como componente de la calidad de vida del paciente especial

Diagnostico e intervención tempranas de patologías orofaciales en niños con discapacidad

Cátedra Extramuros

Programa Nacional Voluntariado Universitario Convocatoria 2007

1

1

2

4

6

7

8

9

12

13

Editorial

BIENVENIDOS!!!

Existen en este mundo un gran grupo de personas, seres humanos, que les ha tocado vivir una época muy difícil, en la que generalmente triunfan los lindos, los flacos, los blancos, los rubios,...

Seres humanos con dificultades para manejarse con cierta "normalidad" en la vida, para ingresar en la sociedad con la seguridad de ser ACEPTADOS...

Esta realidad los condiciona a una calidad de vida menor, acceso a educación deficitaria, a salud de segunda, a no poder valerse por si mismos. Durante años, "BIENVENIDOS" ha sido la palabra con la que hemos recibido a nuestros alumnos, el primer encuentro, en la cátedra.

Hoy deseo usarla, por dos razones: una, la emoción que espero, como yo, también sientan los lectores cuando tengan este ejemplar en sus manos y perciban sin querer las imágenes de los que no pueden ver, el sonido de los que no pueden oír o la voz de los que no pueden hablar.

La otra razón, es el deseo de transmitir el trabajo de un pequeño equipo de cátedra que intenta reflejar la labor de un año a través de las actividades educativas y asistenciales que se realizan dentro y fuera de la Facultad, con los alumnos, los pacientes, las familias....

Esta, por ser la primera, tiene el honor de contar entre nuestros artículos, con uno, cuyos autores son amigos y colegas de Perú que desde su experiencia y saber científico accedieron a compartirlo con nosotros.

Nosotros como Profesionales Odontólogos estamos involucrados en la realidad sociosanitaria de las personas con discapacidad y poco a poco, podremos cambiarla a partir de generar acciones que reviertan esa situación.

Esta PUBLICACIÓN tiene esa intención:

Transmitir que somos capaces de tomar la odontología en nuestras manos y brindarla en beneficio de TODOS.

Mgter. Od. Patricia Di Nasso

Mendoza, Junio de 2008

El nacimiento de un hijo discapacitado

Autora: Od. Fernanda Sylvestre

Auxiliar de Docencia Ad. honorem de la asignatura Atención Odontológica del Paciente Discapacitado. Actualmente realiza el curso de perfeccionamiento en Endodoncia, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo.

La noticia de un embarazo y de un nuevo integrante en la familia genera expectativas, deseos, fantasías. Pero al conocer que el niño es portador de una discapacidad, causa un impacto profundo, desgarrador. Se produce la ruptura de fantasías, y de la expectativa que se había establecido previamente, todo ello, supone el inicio de un intenso proceso de duelo por la ruptura de esa ilusión. La elaboración de este duelo supone la desvinculación interna del hijo ideal y el acercamiento a una realidad. Al estado de shock y angustia

iniciales, le sigue un estado de enfado, tristeza y negación, que puede además afectar la comunicación entre esposos y seres queridos de la familia. En las primeras etapas el enojo es tan intenso que toca casi a todos, porque es disparado por sentimientos de dolor y una búsqueda inalcanzable de razones. El miedo también es una respuesta inmediata, por temor a lo desconocido, tanto relacionada a la discapacidad, como al futuro del niño. El sentimiento de culpabilidad, el rechazo, y la desilusión nunca están ausentes. Finalmente el amor

incondicional y la fortaleza, llevan a un periodo de aceptación y posterior adaptación. La familia se reorganiza y proyecta su vida en función de las necesidades del nuevo ser, ya que él, solo necesita amor, estimulación y cuidados, como cualquier bebe.

El amor entre los padres y un hijo es único y especial, no discrimina niños especiales de los que no lo son. Criar en este mundo a un bebe discapacitado requiere simplemente de mucho valor y muchísimo amor.

Desde mi lugar como redactora de este artículo

felicito y admiro a los padres que tienen niños con necesidades especiales, por el coraje de mirar hacia adelante, aceptando el desafío que se les planteo en sus vidas, afrontando una experiencia que no esperaban vivir. Y hoy, cuando miran a su alrededor, dan gracias a Dios porque tienen a su lado, a una personita que les transmite amor eterno y que les agradece a diario la posibilidad que le dieron de crecer junto a ellos. ■

Prácticas de observación como primera experiencia del alumno frente a la discapacidad

Autora: Od. Daniela Salinas

Docente Efectiva del Centro de Atención Odontológica al Discapacitado (CAOD), con extensión de funciones en la Asignatura: Atención Odontológica del Paciente Discapacitado. Funciones docente - asistenciales en el Centro Odontológico para el Bebe Especial (COBE). Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

Introducción

La atención odontológica de un paciente con discapacidad enfrenta al estudiante a alguien distinto, alguien que requiere no solamente la ciencia aprendida sino también la capacidad de adaptar técnicas según la necesidad; y que generan diversos sentimientos que en algunos casos constituyen barreras que se deberán sortear.

La Observación: Es una técnica que consiste en observar atentamente el fenómeno, hecho o caso, tomar información y registrarla para su posterior análisis.

El desarrollo de habilidades se logra, gracias a la observación, análisis y registro de una situación determinada, en este caso, la atención odontológica del paciente con discapacidad.

Por lo mencionado con anterioridad la Asignatura incorpora dentro de sus actividades la Observación de un tratamiento Odontológico a un paciente con Discapacidad realizado por un profesional en el Centro de Atención Odontológica al Discapacitado, servicio asistencial que se encuentra en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo.

Esta actividad es realizada por el alumno luego del dictado de la teoría, que se realiza durante el primer semestre y previo a la parte clínica, que es la atención de pacientes propiamente dicha. La Observación: Es una técnica

que consiste en observar atentamente el fenómeno, hecho o caso, tomar información y registrarla para su posterior análisis.

El desarrollo de habilidades se logra, gracias a la observación, análisis y registro de una situación determinada, en este caso, la atención odontológica del paciente con discapacidad.

Por lo mencionado con anterioridad la Asignatura incorpora dentro de sus actividades la Observación de un tratamiento Odontológico a un paciente con Discapacidad realizado por un profesional en el Centro de Atención Odontológica al Discapacitado, servicio asistencial que se encuentra en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo.

Esta actividad es realizada por el alumno luego del dictado de la teoría, que se realiza durante el primer semestre y previo a la parte clínica, que es la atención de pacientes propiamente dicha.

Objetivos

Introducir al estudiante en el ejercicio de la práctica Odontológica en personas con Discapacidad. Acercarse a las técnicas utilizadas para luego desarrollarlas de manera adecuada.

Reflexionar acerca de las prácticas observadas con el fin de analizar debilidades y fortalezas.

Los alumnos deben realizar dos observaciones de tratamientos odontológicos a pacientes de distintas edades

y discapacidad.

La actividad que el alumno debe realizar consiste en:

1) La observación propiamente dicha a través de una cámara Gesell.

La Cámara de Gesell, es una habitación acondicionada para permitir la observación con personas. Esta conformada por dos ambientes separados por un vidrio de visión unilateral.

Esta cámara es utilizada esencialmente para el análisis de conceptos teórico-prácticos en áreas como Psicología, Educación y Desarrollo humano.

- Permite el desarrollo normal de la sesión odontológica sin interferencias.

- Permite reflexionar con el docente aspectos críticos de la atención.

2) La elaboración o registro de la observación:

Deben completar una Guía de Observación con datos como: nombre del paciente, discapacidad, tratamiento realizado, duración de la sesión, comportamiento del paciente, tipo de contención utilizada, etc. Permite captar los detalles y conexiones.

Durante el ciclo lectivo 2007, los alumnos de 5° año de Odontología realizaron 101 observaciones de pacientes atendidos en el Centro de Atención Odontológica al Discapacitado.

Clasificados según sexo:

- Masculino 73

- Femenino 28

Se utilizó algún tipo de contención en 16 pacientes.

Mediante estas observaciones podemos comprobar que la duración de la sesión odontológica es de 30 a 35 minutos.

Conclusiones

En el momento en que el alumno se encuentra en el proceso de enseñanza - aprendizaje esta práctica de observación le permite:

Tener cierta seguridad a la hora de abordar en la clínica a las personas con discapacidad.

Reconocer las características de las distintas enfermedades.

Reafirmar las pautas para favorecer el abordaje y el tratamiento odontológico de acuerdo a la discapacidad.

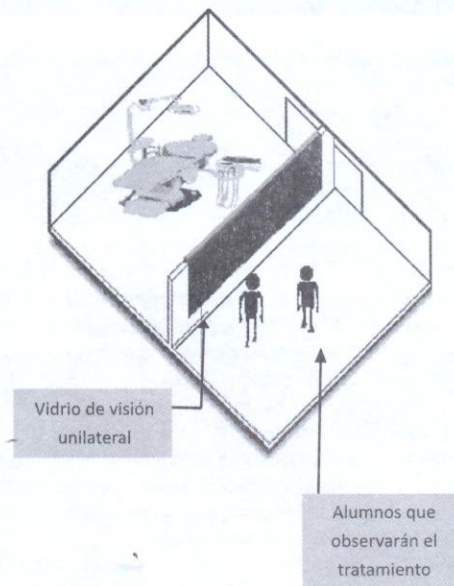
Bibliografía

- Imide G. Nérci : Hacia una didáctica general dinámica.
- Novak, J., Gowin, D.: Aprendiendo a aprender. Barcelona 1988.
- Kerlinger, Fred: Investigación del comportamiento: técnicas y metodología. 2da edición. Nueva Editorial Interamericana. México D.F. 1975, pp 16-28.
- Granés J. Principios Básicos de la Docencia Universitaria. En: Seminario Internacional Reflexiones sobre Docencia Universitaria. Políticas, Investigación y Evaluación. Editorial Sección de Publicaciones. División de Divulgación Académica y Cultural. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá; 2001. ■

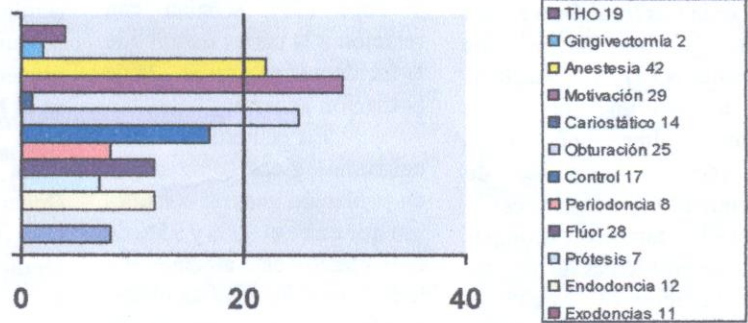
Clasificados según discapacidad	
Discapacidad	N° de Pacientes
Trastornos Genéticos	35
Trastornos Motores	25
Trastornos Sensoriales	11
Trastornos de Inteligencia	21
Trastornos de la Personalidad	9
Total	101

Llega al consultorio	
Acompañado por familiar	59
Por sus propios medios	12
Solo	22
Con un conocido no familiar	3
En silla de ruedas	5

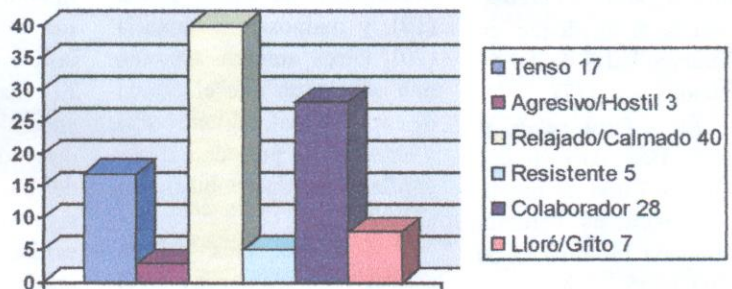
Consultorio Odontológico



Tratamientos observados



Comportamiento



Patologías bucales en niños con encefalopatía infantil en el Perú

Soto RA, Vallejos RE, Falconi EM, Monzón F. Patologías bucales en niños con encefalopatía

infantil en el Perú. Rev Estomatol Herediana. 2006; 16 (2) : 115 - 119.

RESUMEN

Objetivo: Establecer la prevalencia de patologías bucales de niños con diagnóstico de encefalopatía

infantil, que reciben atención en centros especializados en el Perú.

Materiales y métodos: Se evaluaron a 170 niños entre 2 y 17 años de edad con diagnóstico de encefalopatía infantil que acudieron a los consultorios odontológicos de tres centros especializados de Lima y Cuzco, entre los años 2004 y 2005. Resultados: Se estableció que la encefalopatía infantil del tipo espástica fue la más frecuente (75,9%), seguida por la mixta (20%), atáxica (3,5%) y atetósica (0,6%). La prevalencia de caries dental fue de 92,35%, mientras que el CPOD (7,4) y ceod (8,4) alcanzaron elevados valores. El 28,8% presentaba apiñamiento dentario. Se estableció una alta correlación entre el estado gingival y la placa bacteriana. Conclusiones: La patología bucal de mayor prevalencia en niños con encefalopatía infantil fue la caries dental, muy por encima de los valores de la población general.

Palabras clave: PARÁLISIS CEREBRAL / CARIES DENTAL / MALOCCLUSIÓN / ENFERMEDADES DE LAS ENCÍAS / HIGIENE BUCAL.

Autores

Rosario A. Soto

Hogar Clínica San Juan de Dios de Lima

Raúl E. Vallejos

Centro de Medicina y Rehabilitación Infantil - ARIE

Edith M. Falconi

Centro de Medicina y Rehabilitación Infantil - ARIE

Freddy Monzón

Hogar Clínica San Juan de Dios del Cuzco

Introducción

La Encefalopatía Infantil, es una patología asociada principalmente a la asfixia perinatal (1,2) (Hipoxia Cerebral Grave), así como a los nacimientos prematuros (3). A consecuencia de esto un niño puede presentar alteraciones motoras (control aberrante de movimientos y posteriores), pudiendo también acompañarse de problemas de lenguaje y cognición (4). Según las estimaciones de la OMS, entre 4 y 9 millones de casos de niños con asfixia ocurren cada año, más de 1 millón de ellos sobreviven y desarrollan problemas entre los cuales se encuentra la parálisis cerebral (5,6), siendo la incidencia en países desarrollados de 2-2,5/1000 nacidos vivos (7).

En el Perú, según el estudio de Bancalari en dos hospitales de Lima, la prevalencia de parálisis cerebral (Encefalopatía Infantil) es de 5,2/1000 nacidos vivos (8).

La condición bucal de niños con parálisis cerebral se describe variadamente, sin embargo, la mayoría de estudios consideran que los

componentes de higiene, gingival, caries dental y oclusión dentaria ofrecen malos indicadores (9-15). Contrariamente Costello (16) y Pope (17), señalan con relación a la caries dental que la incidencia es similar a la de población general.

En el Perú los datos epidemiológicos sobre caries en población general consideran que entre el 90% y 95% de la población esta afectada y a los 12 años de edad se observan alrededor de cinco piezas comprometidas (18).

Algunos estudios locales sobre el estado bucal en niños con parálisis cerebral, establecen una alta prevalencia de caries dental (19), y malposición dentaria (20). Otros autores, también han observado que el estado de caries dental, higiene bucal y enfermedad periodontal son similares a otras poblaciones (21,22).

En el país existen escasas organizaciones a nivel nacional, que ofrecen atención "especializada" a personas con necesidades especiales, entre ellas las que sufren parálisis cerebral.

El propósito del presente estudio fue establecer la prevalencia de las patologías bucales en niños con Encefalopatía Infantil, que reciben atención en centros especializados del país.

Material y métodos

Para el estudio se reclutaron a 170 niños con diagnóstico de Encefalopatía Infantil, entre 2 y 17 años de edad de ambos sexos, que acudieron a los consultorios odontológicos de tres centros asistenciales especializados en el Perú: Hogar Clínica San Juan de Dios (HCSJ) de Lima (centro principal), Hogar Clínica San Juan de Dios de Cuzco y Centro de Medicina y Rehabilitación Infantil ARIE, entre octubre del 2004 y noviembre del 2005.

Previamente a la realización del examen odontológico a los pacientes, los padres firmaron el consentimiento informado y recibieron explicación adicional de las características del estudio. El diagnóstico y tipo de encefalopatía infantil fue obtenido de la historia clínica del paciente, de acuerdo a la siguiente clasificación: a) espástica, b) atetósica c) atáxica y d) mixta (23).

Los indicadores de salud bucal se dividieron en tres grupos: a) dental: se estableció el índice de caries dental CPOD (dentición

permanente), el ceod (dentición decidua) y apiñamiento dental, b) Gingival: se estableció el Índice Hemorrágico Gingival (IHG), c) Higiene: se estableció el Índice de Higiene Oral simplificado de Green y Vermillon (IHO).

Para la aplicación del Índice de CPOD y ceod, se utilizó el criterio propuesto por la OMS (24). Definiendo un diente cariado ante la presencia de una cavidad evidente, un socavado en el esmalte o reblandecimiento del tejido dentario. Debido a las características particulares de los niños se utilizó para el diagnóstico clínico iluminación artificial para la observación visual con el uso de un explorador dental.

Los examinadores realizaron procesos de coordinación y entrenamiento con el fin de calibrar las observaciones de los índices de CPO, ceod, IHG, IHO y presencia de apiñamiento dental definida como discrepancia entre la longitud de arcada disponible y la vlongitud de arcada necesaria.

Resultados

El tipo de encefalopatía infantil más frecuente fue la Espástica (75,9%), seguida lejanamente por la mixta (20%), atáxica (3,5%) y la atetósica (0,6%). Dicha distribución fue muy similar en las tres

instituciones participantes, a excepción de la Cuzco donde la totalidad de casos correspondía a la Espástica (Tabla 1). Cabe recalcar que el único caso de encefalopatía infantil atetósica se presentó en el HCSD de Lima.

El sexo masculino predominó sobre el femenino, 60,6% y 39,4% respectivamente. En el grupo de casos de Espástica la proporción de casos de sexo masculino fue ligeramente mayor al femenino (57,4% y 42,6% respectivamente). Del mismo modo en los casos de atáxica y mixta se hallaron mayor número de casos de niños de sexo masculino (83,3%-16,7% y 70,6%-29,4%). El único caso observado de atetósica fue femenino.

La prevalencia de caries dental fue de 92,35%. El promedio de piezas comprometidas con caries reflejado con el índice de caries (CPOD y ceod), en términos generales fue de 7,4 y 8,4 respectivamente. Al desagregar por instituciones, los niños que acuden al centro ARIE fueron

los de mayor número de piezas comprometidas, 9,8 en ambos indicadores. Sin embargo, en los niños de 12 años el CPO fue de 9 (Tabla 2).

El estado gingival se evaluó mediante el índice hemorrágico, el que determinó un valor promedio general de 0,38 de un máximo calificable de uno. Al relacionarlo con el diagnóstico de encefalopatía infantil, se encontró en el tipo mixto el IHG de 0,42 y en el atetósico 0,13. La espástica y atáxica presentaron valores intermedios.

Con la aplicación del IHOs, se pudo establecer que la presencia de placa bacteriana en promedio de todos los participantes fue de 1,53 equivalente al calificativo de aceptable. Resaltando que en

los niños atáxicos, el 50% presentó

higiene adecuada, mientras que el 52,9% del grupo mixto mostró higiene deficiente. En el grupo de espásticos la higiene tuvo una distribución homogénea entre adecuado, aceptable y deficiente. El único caso atetósico tuvo una higiene aceptable.

Discusión

Las condiciones socioeconómicas en el Perú se reflejan en una gran división de personas consideradas pobres (51,6%) y no pobres (25). Además, se reconoce que el 32,2% de la población no tiene acceso a servicios de salud (26), incluyendo a personas con discapacidad.

Un grupo de investigaciones han establecido la asociación entre el estatus socioeconómico y el bajo peso al nacer y la prematuridad (27-29), los cuales son factores de riesgo para la parálisis cerebral. Recientemente, se viene investigando la asociación entre el riesgo de parálisis cerebral y el estatus socioeconómico (30), lo que explicaría la elevada tasa de personas con parálisis cerebral en el país.

Sobre los resultados del estudio, la alta prevalencia de casos de encefalopatía infantil del tipo espástica concuerda con los estudios publicados en países occidentales (31,32).

Los valores obtenidos sobre sexo señalan una prevalencia a favor de los varones (60%), diferencia amplia considerando los estudios de Blasin (31) y Chan (32), quienes hallaron sólo una ligera diferencia de los varones sobre las mujeres. La población afectada por caries coincide con los valores poblacionales del país. Sin embargo, en la organización privada ARIE, se observó indicadores mas

Tabla 1. Distribución de niños con encefalopatía infantil de acuerdo al tipo e institución especializada.

Instituciones	ARIE		HCSD (Lima)		HCSD (Cuzco)		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Encefalopatía Infantil								
Espástica	33	(64,7)	55	(70,5)	41	(100)	129	(75,9)
Atáxica	2	(3,9)	4	(5,1)	0		6	(3,5)
Mixta	16	(31,4)	18	(23,1)	0		34	(20,0)
Atetósica	0		1	(1,3)	0		1	(0,6)
Total	51		78		41		170	

ARIE: Centro de Medicina y Rehabilitación Infantil (Lima)

HCSD(Lima): Hogar Clínica San Juan de Dios de Lima

HCSD(Cuzco): Hogar Clínica San Juan de Dios de Cuzco

Tabla 2. Índices de Caries dental - CPOD y ceod - de acuerdo a la institución especializada.

Instituciones	Participantes	CPOD	Ceod
Centro de Medicina y Rehabilitación Infantil (ARIE)	51	9,8	9,8
Hogar Clínica San Juan de Dios (Lima)	78	4,9	7,9
Hogar Clínica San Juan de Dios (Cuzco)	41	6,2	6,1
Total	170	7,4	8,4

elevados, tal vez debido a factores que influyen en la atención (fácil acceso, bajo costo, subvención del tratamiento). Estos datos superan incluso a los observados en la región del Cuzco. Los elevados indicadores de caries, están en relación con la ausencia o discontinuidad del programa de fluoruración de la sal, recomendada por OPS y con éxitos concretos en países como Jamaica y Costa Rica que alcanzaron CPOD de 1,1 y 2,5 respectivamente (33).

El apiñamiento dental en mayores de 12 años se encontró muy cerca de los valores de población general (41-44,5%) (34,35), aunque inferior a los encontrados en personas con síndrome de Down (61,54%) (36). Al considerar que las maloclusiones están asociadas a factores genéticos, así como a pérdida prematura de piezas dentarias, podemos estimar que la pérdida de piezas dentarias tanto en la población general como en los que sufren de parálisis general es muy parecida, debido a que esta última es una patología adquirida.

El estado gingival y la placa bacteriana establecieron una alta correlación al 0,01 (correlación de Pearson), estableciendo que la higiene aceptable encontrada explicaba el leve sangrado gingival. Las condiciones sociales y los altos indicadores de caries

hacen necesario planificar e implementar programas integrales odontológicos orientados en función de las características y necesidades de los peruanos con Encefalopatía Infantil.

Agradecimientos

Por su apoyo desinteresado y valioso al Hermano Isidro Vásquez Zamora. Director Ejecutivo del Hogar Clínica San Juan de Dios de Lima. Dr. Héctor Rivera Reyes, Director ejecutivo de Asociación para la Rehabilitación del Infantil Excepcional (ARIE). Hermano Félix Acuña Zamora. Director General del Hogar Clínica San Juan de Dios de Cuzco.

Referencias bibliográficas

1. Yazawa K. Neonatal encephalopathy and cerebral palsy. *J Nippon Med Sch.* 2005; 72(2):85-8.
2. Aneja S. Evaluation of a child with cerebral palsy. *Indian J Pediatr.* 2004; 71(7):627-34.
3. Reddihough DS, Collins KJ. The epidemiology and causes of cerebral palsy. *Aust J Physiother.* 2003; 49(1):7-12.
4. Salud del Niño y del adolescente. Salud Familiar y Comunitaria. Manual AIEPI - Desarrollo Infantil (Draft). 2005
5. Detecting and treating newborn asphyxia. Citado el 22 de marzo del 2006. Disponible en: http://pdf.dcc.org/pdf_docs/PNACY993.pdf.
6. WHO. Informe sobre la salud en el Mundo - Día Mundial de la Salud 2005. Los Recién nacidos cobran más importancia. Citado el 22 de marzo del 2006. Disponible en: http://www.who.int/whr/2005/07_chap5_es.pdf.
7. Rosen MG, Dickinson JC. The incidence of cerebral palsy. *Am J Obstet Gynecol.* 1992; 167(2):417-23.

8. Bancalari E. Parálisis cerebral: correlato clínico-etiológico [Tesis de Especialista]. Lima: Universidad Cayetano Heredia; 1993.

9. Stevanovic R, Jovicic O. [Oral health in children with cerebral palsy]. *Srp Arh Celok Lek.* 2004;132(7-8):214-8.

10. Rodrigues dos Santos MT, Masiero D, Novo NF, Simionato MR. Oral conditions in children with cerebral palsy. *J Dent Child (Chic).* 2003; 70(1):40-6.

11. Guare Rde O, Ciamponi AL. Dental caries prevalence in the primary dentition of cerebralpalsied children. *J Clin Pediatr Dent.* 2003; 27(3):287-92.

12. dos Santos MT, Masiero D, Simionato MR. Risk factors for dental caries in children with cerebral palsy. *Spec Care Dentist.* 2002; 22(3):103-7.

13. Bhavsar JP, Damle SG. Dental caries and oral hygiene amongst 12-14 years old handicapped children of Bombay, India. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 1995; 13(1):1-3.

14. Gupta DP, Chowdhury R, Sarkar S. Prevalence of dental caries in handicapped children of Calcutta. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 1993; 11(1):23-7.

15. Gimenez-Prats MJ, Lopez- Jimenez J, Boj-Quesada JR. An epidemiological study of caries in a group of children with cerebral palsy. *Med Oral.* 2003; 8(1):45-50.

16. Costello PJ. Dental health status of mentally and physically handicapped

children and adults in the Galway Community Care Area of the Western Health Board. *J Ir Dent Assoc.* 1990; 36(3):99-101.

17. Pope JE, Curzon ME. The dental status of cerebral palsied children. *Pediatr Dent.* 1991; 13(3):156-62.

18. Perú. Ministerio de Salud. Estudio epidemiológico de salud bucal en el Perú (caries dental). Lima: Ministerio de Salud; 1990.

19. Paredes F. Evaluación clínica y radiográfica de la caries dental en niños con parálisis cerebral espástica. Estudio clínico [Tesis]. Lima: Universidad de San Martín de Porres. Facultad de Odontología; 1999.

20. Salvador R. Anomalías de la dentición mixta en niños de 1 a 12 años de edad con diagnóstico de parálisis cerebral infantil en el Hogar Clínica San Juan de Dios [Tesis]. Lima: Universidad de San Martín de Porres. Facultad de Odontología; 2000.

21. Tauquino J. Perfil de salud oral en niños con parálisis cerebral [Tesis]. Lima: Universidad de San Martín de Porres. Facultad de Odontología; 1999.

22. Blas J. Manifestaciones clínicas estomatológicas de las alteraciones masticatorias en pacientes con parálisis cerebral [Tesis]. Lima: Universidad de San Martín de Porres. Facultad de Odontología; 2004.

23. Mutch L, Alberman E, Hagberg B, Kodama K, Perat MV. Cerebral palsy

epidemiology: where are we now and where are we going? *Dev Med Child Neurol.* 1992; 34(6):547-51.

24. WHO. Oral health surveys: basic methods. 4th ed. Geneva: World Health Organization. 1997.

25. Encuesta Nacional de Hogares (ENAH). 2004. Instituto Nacional e Estadística e Informática (INEI). Lima Perú.

26. OPS/OMS. Análisis de la Situación Perú. Programa Especial de Análisis de salud. Lima. 2002

27. Spencer N, Bambang S, Logan S, Gill L. Socioeconomic status and birth weight: comparison of an area-based measure with the Registrar General's social class. *J Epidemiol Community Health.* 1999; 53(8):495-8.

28. Pattenden S, Dolk H, Vrijheid M. Inequalities in low birth weight: parental social class, area deprivation, and "lone mother" status. *J Epidemiol Community Health.* 1999; 53(6):355-8.

29. Elmen H, Hoglund D, Karlberg P, Niklasson A, Nilsson W. Birth weight for gestational age as a health indicator: birth weight and mortality measures at a local area level. *Eur J Public Health.* 1996; 6:137-141

30. Sundrum R, Logan S, Wallace A, Spencer N. Cerebral palsy and socioeconomic status: a retrospective cohort study. *Arch Dis Child.* 2005; 90(1):15-8.

31. Bhasin TK, Brocksen S, Avchen RN,

Van Naarden Braun K. Prevalence of four developmental disabilities among children aged 8 years--Metropolitan Atlanta Developmental Disabilities Surveillance Program, 1996 and 2000. *MMWR Surveill Summ.* 2006; 55(1):1-9.

32. Chan HS, Lau PH, Fong KH, Poon D, Lam CC. Neuroimpairment, activity limitation, and participation restriction among children with cerebral palsy in Hong Kong. *Hong Kong Med J.* 2005; 11(5):342-50.

33. Estupiñán-Day S. Promoting Oral Health: The use of salt fluoridation to prevent dental caries. PAHO. 2005

34. Adiazola M. Prevalencia de maloclusiones en escolares de 12 a 14 años de edad [Tesis]. Lima: Universidad Cayetano Heredia; 1984.

35. Cabrera N. Prevalencia de maloclusiones en individuos de 12 a 18 años de edad en las comunidades campesinas de Apata, Atura, Masma, Masmachicche, y San Lorenzo; provincia de Jauja departamento de Junín [Tesis]. Lima: Universidad Cayetano Heredia; 1988.

36. Bravo de Rivero G. Perfil de salud oral en el síndrome de Down I: prevalencia de patologías en dientes, anomalías dentomaxilofaciales y patologías de tejidos blandos en individuos con síndrome de Down, en Centros de Educación Especial de Lima [Tesis]. Lima: Universidad Cayetano Heredia; 1985. ■

Odontología igual para todos

Autor: Od. Walter O. Lopresti

Prof. adjunto de la asignatura Atención Odontológica del Paciente Discapacitado, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo, investigador categoría IV.

Reír es la manifestación de nuestra alegría. La sonrisa es una señal social muy importante. A muchas personas se les ilumina su rostro cuando esbozan una sonrisa. Hay numerosas investigaciones de universidades de prestigio que demuestran los enormes beneficios de la risa. Reír es sano. La risa y la salud están estrechamente unidas. La risa limpia y ventila los pulmones, y oxigena el cerebro y el cuerpo en general. Además, regulariza el pulso cardíaco. El Paciente discapacitado que acude a la consulta por lo general no lo hace con una sonrisa en los labios, y en

muchos casos se agregara la angustia y la depresión que generará el no encontrar fácilmente atención odontológica adecuada y adaptada a las diferentes discapacidades.

En lo clínico se observan problemáticas muy variadas como son la enfermedad periodontal, la mal oclusión, las caries rampantes y macro penetrantes, las alteraciones en el tono de músculos masticadores como así también problemas para la buena masticación y deglución, todo esto muy lejos de lograr la tan ansiada sonrisa que anhela cualquier paciente. Si nos tomamos el tiempo de ver la película Patch Adams,

veremos claramente que los profesionales de la salud tenemos una manera muy estricta ("antiséptica" diría algún autor) de tratar a nuestros pacientes y el valor invaluable que tiene la risa en la recuperación no solo del cuerpo sino también del alma. Ahora bien, la odontología tradicional nos marca ciertos parámetros para realizar tratamientos odontológicos, que muchas veces son muy rígidos.

Aprendamos que la diversidad funcional, no es un lastre, sino la vida misma en diversas circunstancias. Solo precisamos de las herramientas necesarias para que en este

mundo hostil quepamos todos. Todo paciente merece el mejor tratamiento odontológico no importa su condición física. Pero para muchos el único tratamiento posible es el tratamiento que se realiza en un quirófano bajo anestesia general. Un paciente discapacitado tiene derecho a experimentar todas las sensaciones que experimenta cualquier paciente en el tratamiento odontológico: curiosidad, temor, que se genere un vínculo profesional-paciente con él, derecho a conocer las sensaciones de anestesia local y derecho a disfrutar después de la culminación del tratamiento, y por

supuesto derecho a sonreír y no a mantener su boca cerrada a causa de múltiples exodoncias.

Las necesidades afectivas de las personas con algún tipo de discapacidad son semejantes a otras cuyas facultades físicas y mentales están intactas.

La versatilidad de manifestaciones sistémicas y orales que

pueden encontrarse, obligan a realizar todo lo que esté a nuestro alcance en relación a la búsqueda de estrategias de abordaje y tratamiento nuevos y /o adaptados acorde con cada caso. Esto es búsqueda estrategias de abordaje en casos complejos, búsqueda de materiales que puedan perdurar en el tiempo aún en condiciones de dificul-

tades odontológicas adversas, como pueden ser poca o exagerada salivación, problemas motores que impidan una buena apertura bucal o una buena masticación, trastornos mentales que compliquen el aprendizaje de técnicas de higiene, etc.

En la cultura de la modernidad, donde la apariencia corporal es

testimonio de constante belleza, el niño que porta cierta discapacidad es considerado muchas veces su contracara. Entonces los odontólogos tenemos el deber social, por lo menos en lo que a nuestra área se refiere a que esa situación se revierta, y que todo paciente discapacitado pueda lucir su mejor sonrisa. ■



Premio Presidencia "Prácticas educativas solidarias en Educación Superior"

El Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación en la persona de su Ministro el Lic. Daniel FILMUS, premió a la Cátedra ATENCION ODONTOLOGICA del PACIENTE DISCAPACITADO de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza

La práctica educativa solidaria

"ATENCION ODONTOLOGICA de PERSONAS con DISCAPACIDAD"

Fue reconocida como DESTACADA por ese Ministerio en el marco de la convocatoria Premio Presidencial "Prácticas Educativas Solidarias en Educación Superior 2006"

La felicitación se extiende a Estudiantes y

Docentes por las acciones de salud dirigidas hacia un grupo vulnerable como son las personas con discapacidad.

El Premio citado consiste en \$10.000 para ser destinado a continuar con las actividades de educación para la salud bucal y atención odontológica de un grupo vulnerable como son las personas con discapacidad y ampliar la cobertura a otras instituciones desde las actividades académicas que programa anualmente la Cátedra.

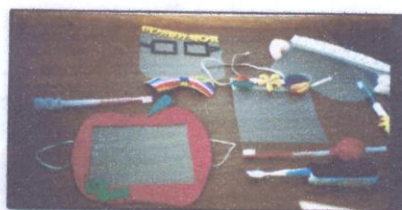
La Dra. Patricia DI NASSO, Profesora Titular de la asignatura manifiesta que "representa las acciones de aprendizaje-servicio que responde a las necesidades de la comunidad, incluye contenidos curriculares y cuenta con el protagonismo de los estudiantes universitarios en la ejecución de la experiencia. Por otra parte se da una valiosa respuesta a la comunidad posibilitando simultáneamente que los alumnos de educación superior apliquen lo aprendido durante la carrera y desarrollen competencias profesionales.

El impacto se ha traducido en la atención de la

salud bucal de aproximadamente 300 niños, adolescentes y adultos con discapacidad que durante 2004, 2005 y 2006 los estudiantes de 5º año de Odontología han atendido en las clínicas de la Facultad y además han desarrollado acciones de promoción de la salud en Instituciones Educativas Especiales de Mendoza y gran Mendoza a través de Charlas de Educación para la Salud Bucal dirigidas a padres, maestros y alumnos de dichas Instituciones con la utilización de material didáctico adecuado a personas con trastornos auditivos, visuales, motores y genéticos. ■



Actividades asistenciales que los estudiantes desarrollan en las clínicas de la Facultad



Barbijos transparentes para la atención odontológica de niños con trastornos auditivos. Cepillos dentales adaptados por los estudiantes de acuerdo a las características clínicas del paciente.



Escuela Helen KÉLLER para niños con trastornos visuales

SALUD BUCAL COMO COMPONENTE de la CALIDAD de VIDA del PACIENTE ESPECIAL

Autora : Verónica Campaña

Auxiliar de docencia Ad honorem en la Asignatura Atención Odontológica del Paciente Discapacitado, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo. Actualmente cursa la carrera de especialización en odontología para el niño y el adolescente, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo.



"El discapacitado tiene derecho a recibir atención médica, odontológica, psicológica y funcional, y otros servicios que aseguren el aprovechamiento máximo de sus facultades y aptitudes y aceleren el proceso de su integración o reintegración social"
(Organización de las Naciones Unidas)



MEJORA SU CALIDAD DE VIDA



PATOLOGÍAS OROFACIALES / ENFERMEDADES BUCALES PREVALENTES:

Higiene:

- Elevado índice de placa
- Gingivitis
- Presencia de cálculo
- Intensa halitosis
- Restos alimenticios adheridos a mucosas y dientes



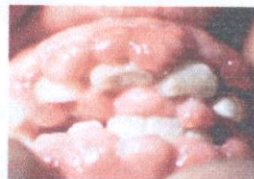
Dieta:

- Dietas blandas, cariogénicas
- Ricas en hidratos de carbono y con un alto contenido de sacarosa



ALTA PREVALENCIA

- Caries
- Enfermedad periodontal
- Hiperтрофias gingivales producidas por anticonvulsivos
- Infecciones e inflamaciones crónicas o agudas
- Mayor incidencia de maloclusiones
- Oclusión traumática y bruxismo frecuente



EL CUIDADO A PARTIR DE LA APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS PREVENTIVAS EN EL HOGAR Y EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS EVITARÁN LA APARICIÓN DE LA ENFERMEDAD BUCAL, MUCHAS VECES DIFÍCIL DE TRATAR CUANDO MÁS GRAVE ES.

Vamos a colocar un poco de pasta dental en el cepillo de dientes.

Cepilla los dientes superiores con movimientos de barrido hacia abajo, por dentro y por fuera.

Luego cepilla los dientes inferiores con movimientos de barrido hacia arriba, por dentro y por fuera.

Cepilla las muelas en las superficies donde masticamos haciendo movimientos circulares.

También hay cepillar y lavar la lengua.

Diagnostico e intervención tempranas de patologías orofaciales en niños con discapacidad

Autor: Dra. Patricia DI NASSO

Profesora Titular Efectiva asignatura Atención Odontológica del Paciente Discapacitado, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina. Magíster en Gestión de Organizaciones Públicas (Especialidad: Educación). Investigadora categoría 3, Especialista en Odontología Preventiva y Social. Actualmente realiza un Master en Atención Temprana en España

Objetivos

El principal objetivo de la Atención Temprana es que los niños que presentan trastornos en su desarrollo o tienen riesgo de padecerlos, reciban, todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal.

Por ello, los objetivos del presente trabajo son:

- Conocer el estado de salud oral en una población de bebés y niños nacidos con diagnóstico de discapacidad.
- Conocer la relación entre las variables orales y la discapacidad en dicha población.
- Establecer protocolos preventivos y de atención al niño.

Los objetivos referidos a la Atención Temprana Odontológica:

1. Reducir los efectos orofaciales de una deficiencia sobre el conjunto global del desarrollo del niño.
2. Optimizar el tronco superior, en la medida de lo posible, en el curso del desarrollo del niño.
3. Indicar estrategias de promoción de salud en bebés y niños de 0 a 3 años
4. Fomentar en las ciencias de la salud la importancia de la derivación temprana odontológica.
5. Introducir educación

terapéutica en forma precoz abriendo espacios para la incorporación de otras áreas de salud en pos del trabajo interdisciplinario.

6. Evitar o reducir la aparición de efectos secundarios o asociados producidos por un trastorno.

Hipótesis de Trabajo

Los avances científicos han provocado que bebés prematuros o con problemas sistémicos prenatales o neonatales logren sobrevivir aunque muchas veces con secuelas que pueden eliminarse o por lo menos disminuirse. La odontología también ha avanzado más allá de la prevención de enfermedades prevalentes como caries y enfermedad periodontal, por lo cual las acciones de detección de patologías orofaciales y la intervención oportuna aplicadas a un grupo vulnerable como son los bebés y niños con discapacidad provoca una limitación del daño orofacial presentes en muchos síndromes. La odontología puede no aparecer en estos momentos como necesaria pero se trata de acompañar la evolución de ese niño y su familia mediante pautas de atención temprana que favorecerán su crecimiento y desarrollo futuro.

Metodología

Se realizó un estudio epidemiológico transversal descriptivo de casos con el

propósito de constatar el diagnóstico de discapacidad sistémica, la caracterización del área orofacial en relación con la que aporta la bibliografía y la presente en el momento del examen. Además se aplicaron ejercicios sencillos de estimulación orofacial que faciliten y fortalezcan los tejidos intrabucales y externos, se realizaron interconsultas con otras disciplinas.

Se realizó el control y evaluación del desarrollo de los bebés/niños, brindando asesoramiento para la derivación a tratamientos multidisciplinarios para actuar directamente sobre el área orofacial, como así también evitar o disminuir factores de riesgo que aumenten las patologías bucales.

Se realizó también, la recolección de datos vinculados directamente con la salud oral como son: hábitos lesivos o deteriorantes, aspectos importantes para la reconversión en la consistencia de dietas, fármacos de acción sistémica que influyen directamente sobre el estado bucal, etc.

Los criterios de inclusión y exclusión fueron los siguientes:

Criterios de inclusión: Bebés y niños de 0 a 6 años de edad en el momento de la exploración, Bebés y niños con diagnóstico de discapacidad.

Criterios de exclusión: Bebés y niños dismorfia

cráneo-facial de origen genético.

Población: La selección de pacientes se realizará a partir de la población de pacientes con discapacidad que concurren por demanda espontánea a la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo.

Universo: Está constituido por bebés y niños discapacitados que concurren por demanda espontánea a la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo.

Muestra: Está constituida por niños discapacitados de 1 día a 6 años de nacidos acompañados por sus cuidadores directos: padres o maestros en el caso de pacientes institucionalizados

Se consideraron niños, de sexo masculino o femenino con discapacidad genética, sensorial o motora.

Consideraciones éticas:

Se siguieron las "Recomendaciones para guiar a los Médicos en la Investigación Biomédica en Seres Humanos" de la Declaración de Helsinki (Adaptada por la 18° Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), revisada por la 29° Asamblea Médica

Mundial (Tokio, 1975) y enmendada por la 35° Asamblea Médica Mundial (Venecia, 1983) y la 41° Asamblea Médica Mundial

(Hong Kong, 1989).

Técnicas e instrumentos para la recolección de datos:

Técnicas: Entrevista mediante cuestionario a la familia, historia clínica sistémica y odontológica donde conste principalmente el estado de salud orofacial: tono muscular de tejidos, lengua (posición y tono), salivación, labios, respiración, postura, locomoción (asistida, espontanea, etc).

Observacional: Observación de niños con discapacidad. Se realizará en el consultorio odontológico.

Instrumentos: Formulario impreso, historia clínica.

A partir de los datos obtenidos se tabularán los mismos y se procederá a inferir conclusiones parciales, confección de material educativo adecuado destinado a responsables directos de la salud del niño, padres, educadores, profesionales de la salud, estimuladores, etc. Las variables cuantitativas serán analizadas con media aritmética y desviación estándar de la media y las variables cualitativas en número de pacien-

tes y porcentajes.

Primeros análisis de datos obtenidos:

Los bebés y niños con discapacidad clasificados según **sexo** (Gráfico 1) demuestran lo que mundialmente se conoce acerca del aumento de la aparición de la discapacidad en el sexo masculino (11:4)

Las edades oscilaron entre meses a 6 años de **edad** (Gráfico 2). La aparición de la discapacidad en el seno de una familia provoca un impacto que tiene vaivenes diferentes. Se dice que un hijo con discapacidad convierte a la familia en una familia discapacitada donde toda la energía se orienta hacia el más débil. Desde el primer estadio que es la crisis al recibir la noticia hasta que adaptación o la desintegración implica un proceso que puede ser muy largo y no resolverse nunca.

Efecto amplificado: define como el impacto que la discapacidad produce en el entorno

Volviendo a la edad de esta primera cohorte de bebés y niños, generalmente las visitas a las distintas especialidades que abordarán

al niño se produce luego de algún tiempo cuando ya pasó el período de riesgo de vida y la familia logra estabilizarse de acuerdo a las diferentes orientaciones que les brindan los profesionales sobre el abordaje mediante el cual debe ser tratado.

Con respecto a la discapacidad (Gráfico 3) más frecuente que consulta por orientación odontológica, no es raro observar que lo hagan familias de niños con Síndrome de Down. Esto se produce por la mayor información que la ciencia médica cuenta sobre este síndrome y la rápida derivación que se produce debido al conocimiento sobre las patologías asociadas que aparecen en él. La poca respuesta de otras patologías en cuanto a número de niños se da, debido a lo complejo de ellas, y a la necesidad imperiosa de realizar ciertas intervenciones que aseguren una calidad de vida futura. Ejemplo de esto último es la colocación de válvulas por ejemplo, en aquellos niños con Hidrocefalia.

Al acercarnos a la realidad de salud bucal de estos niños (Gráfico 4 y 5)

hemos notado la alta frecuencia de caries que presentan a pesar de encontrarnos con retraso en la erupción lo que los protegería del ataque ácido al estar menos tiempo expuesto a ácidos.

Esta situación podría darse por dos razones:

1- Ignorancia por parte de los padres en cuanto a cómo realizar el cuidado de los tejidos orofaciales de sus hijos especiales, desconocimiento sobre dieta, hábitos lesivos, consulta periódica, higiene, etc.

2- Impacto de ciertas drogas sobre tejidos orofaciales.

El perfil de las prestaciones realizadas (Gráfico 8) tuvo un alto componente preventivo, más que rehabilitador. La aplicación de fluoruros, y la enseñanza de higiene oral fueron las que prevalecieron a la hora de tomar decisiones de abordaje y planificación del plan de tratamiento de estos bebés y niños. La filosofía de acompañamiento en el crecimiento y desarrollo de ellos, con actitud expectante más que invasora fue el eje de las estrategias aplicadas.

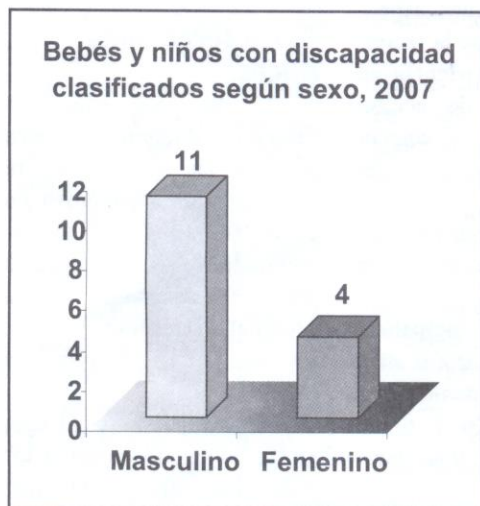


Gráfico 1

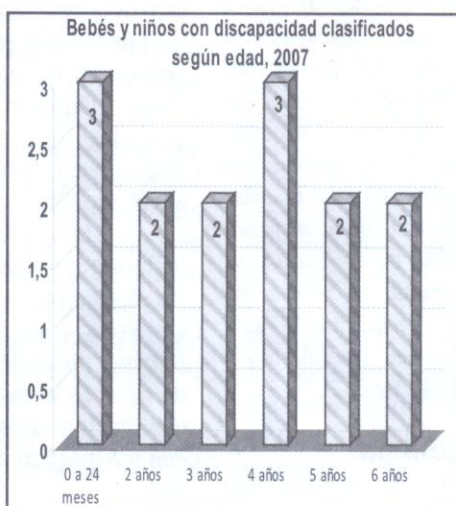


Gráfico 2

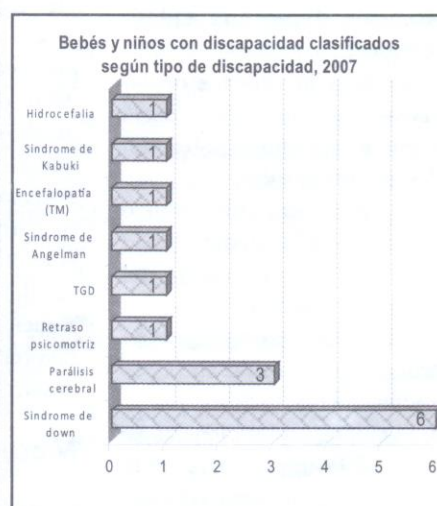


Gráfico 3

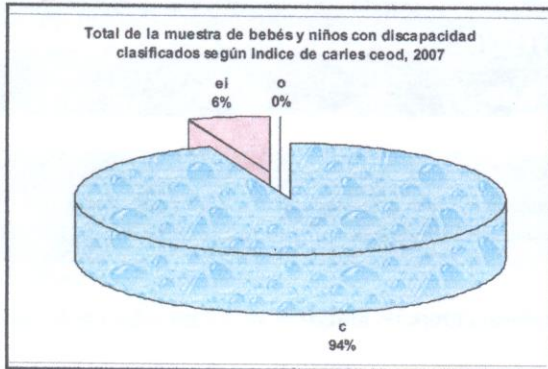


Gráfico 4

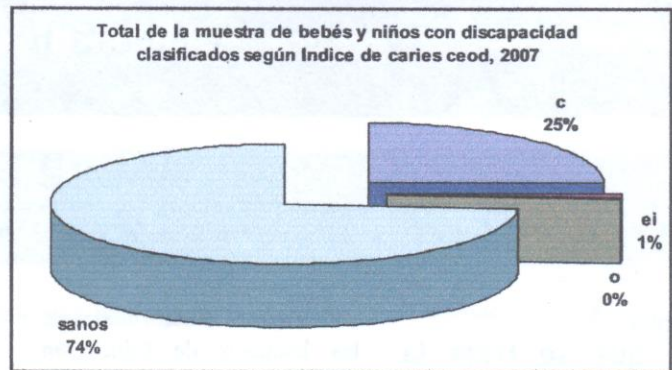


Gráfico 5

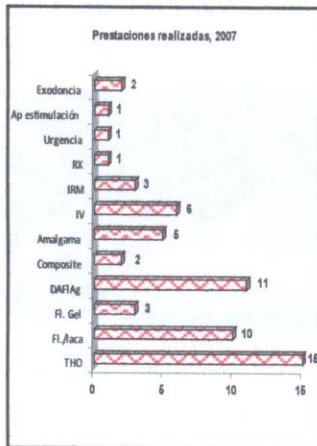


Gráfico 6



Algunas estrategias sencillas de estimulación orofacial

Tocar suavemente cara, frente, mejilla, avanzando gradualmente hacia la zona bucal. Desde las zonas más lejanas y acercándose paulatinamente a la zona peribucal y bucal.

Cerra el labio superior e inferior con los dedos a una presión firme, soltarlos y repetir.

Introducir gradualmente sabores más fuertes en las comidas, luego aumentar poco a poco la consistencia

Colocar la comida en el centro de la lengua y presionar firmemente hacia abajo.

Colocar el alimento en los laterales de la boca, entre los dientes para estimu-

lar la masticación.

Delante de un espejo, repetir sonidos como "u-u-u" "i-i-i", exagerando. Estos fonemas estimulan el tono de los músculos peribucales.

Sonrisita-Besito: los labios van de una posición muy estirada (sonrisa) a una posición circular (dar un beso). (Contracción Extensión).

Actividades de soplo:

- hacer pompas de jabón
- soplar bolitas de algodón en la mesa o en un plano inclinado, poco a poco aumentar el tamaño de las bolitas y el peso (ejercerá mayor fuerza)
- soplar con un silbato

- apagar velas

Conclusión

Generalmente los niños con discapacidad: déficit neuromotor, retraso madurativo, prematurez, etc. presentan efectos visibles en el área orofacial que deben ser observados, diagnosticados y a los cuales debe aplicárseles estrategias terapéuticas tempranas.

Esta situación hacen necesario instalar con prontitud acciones que intenten disminuir engramas que pueden permanecer durante toda la vida. No se habla de eliminar, porque a veces la discapacidad ejerce una impronta irreversible, pero si podemos limitar el daño, ofreciendo una mejor calidad de vida futura.

La Odontología tiene mucho que decir y que aportar desde su ciencia por la salud y el bienestar de estos niños.

ANIMÉMONOS



Bibliografía

- Alió Sanz, J. y col. RAPPORT, XV Congress of the International Association of Disability and Oral Health, 2000, Aula médica ediciones
- Cruz, M., Bosch, J. Atlas de Síndromes Pediátricos, 1998, Espaxs
- Figueiredo Walter de, L. R. "Odontología para el bebé" Ed. Amolca, 2000
- Grupo de Atención Temprana "Libro Blanco de la Atención Temprana" Ed. Real patronato de Prevención y de Atención a personas con Minusvalía, (Madrid, 2000)
- Koch, Modeér, Paulsen, Rasmussen, Odontopediatría: Enfoque clínico, 1994, Panamericana
- Nunn, J., Disability and oral care, 2000, FDI World Dental Press Ltd
- Ravaglia, C. " Odontología en Niños Discapacitados: Metodología para su Atención", 1999, Fundación Severo Vaccaro para las Ciencias y el Arte. ■

Cátedra Extramuros

Autora: Lic. Laura sastrón

Asistente Social y Jefa de trabajos Prácticos en la asignatura Atención Odontológica del Paciente Discapacitado - Facultad de Odontología Universidad Nacional de Cuyo - Mendoza - República Argentina.

¿Qué es? ¿De qué se trata la Cátedra Extramuros?

De esto hoy vamos a contarte ¿qué es y de qué se trata la Cátedra Extramuros?

Hoy es para nosotros un gran día, como muchos de los grandes días que compartimos nuestra labor y el hacer cotidiano con ellos. ¡¡¡Sí Ellos!!!, quienes son para nosotros nuestro interés superior, nuestro mayor tesoro, y a la vez el gran desafío a alcanzar, "Atención Odontológica a las Personas con Discapacidad".

Este es el nombre que nos identifica en la Currícula de grado, materia anual que los alumnos de 4° y 5° año cursan.

Sí, de eso se trata de conocernos, ellos y nosotros, y de proponernos comenzar a trabajar juntos con un mismo fin.

Ellos, Alumnos, Docentes y Padres de las diferentes "Instituciones de Educación Especial" pertenecientes a la Dirección General de Escuelas, Dirección de Educación Especial de la Provincia de Mendoza República Argentina.

Nosotros Alumnos y Docentes de la "Cátedra de Atención Odontológica al Paciente con Discapacidad" que depende de la Facultad de Odontología Universidad Nacional de Cuyo, Provincia de Mendoza, República Argentina.

Previa coordinación de las fechas y horarios, de las actividades con los cursos

y alumnos, las autoridades de las Escuelas de Educación Especial, convocan a los padres de sus alumnos para que participen de este "el primer encuentro".

La Cátedra coordina con las autoridades de la Facultad todo lo necesario para concretar que la Asignatura trascienda y se desarrolle en otros escenarios diferentes a los claustros Universitarios, (fechas, horarios, movilidad y seguro) para alumnos y docentes en cada salida.

Por otro lado, los futuros odontólogos con la orientación y asesoramiento de los docentes organizan qué tipo de material utilizarán en Educación para la Salud, teniendo presente a quien va dirigido cada encuentro.

Las diferentes discapacidades nos hace pensar en diferentes abordajes, desde la comunicación, motivación, utilización de recursos como títeres, audio-visuales, maquetas, manoplas, cepillos adaptados y otros.

Rescatamos como valorable que este, el primer encuentro, sea en un ámbito tan familiar, como es el ámbito Escolar.

El alumno está en su aula, con sus compañeros, sus Docentes y en algunos casos en compañía de sus padres.

Docente, valiosísimo recurso humano conocedor de sus alumnos y sus capacidades, intérprete y mediador que facilita la comunicación entre nosotros y ellos.

Los Alumnos enseñan técnicas de cepilla-

dos en forma grupal o individual.

La suma de esfuerzos y voluntades de Pacientes, Padres, Docentes, Alumnos Odontólogos, Trabajador Social, conlleva a que estos futuros pacientes pierdan el miedo a este tipo de atención, situación que para muchos, es una experiencia a la que nos resistimos por desconocimiento, miedo o experiencias previas menos atrayentes, entre otras causas.

Esta labor encuentra cada vez más el apoyo y compromiso de todos, entre ellas Escuela Especial Ferrera (Capital), Helen Keller (Godoy Cruz), Instituto Provolo (Luján) Sícoli (Lavalle) entre otras instituciones con quien trabajamos juntos.

Esta experiencia habla por sí sola, ya que con una mirada sistémica, reúne los saberes y haceres de los distintos actores involucrados en la Salud Bucal, Padres, Alumnos y Docentes de Educación Especial y Educación Superior.

Valga nuestro agradecimiento y reconocimiento, a todos y cada uno de ustedes, que como siempre, nos reciben tan pero tan bien, abriéndonos las puertas de sus Escuelas y la de sus corazones para continuar trabajando como siempre codo a codo, juntos.

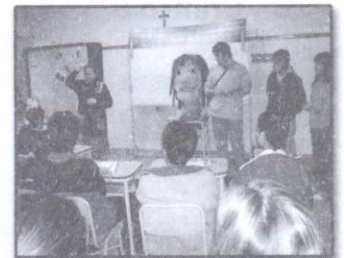
Y un recuerdo muy especial a todos los padres que se juegan por sus hijos siempre, sumándose al desafío con que nos encontra-

mos cara a cara todos los días.

A ustedes Muchas Gracias. ■



Escuela Helen Keller



Instituto Provolo, Educación Especial para niños Sordos e Hipoacúsicos



En el aula, Educación para la Salud bucal



Programa Nacional Voluntariado Universitario Convocatoria 2007

La cátedra ATENCIÓN ODONTOLÓGICA del PACIENTE DISCAPACITADO, de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo presentó en el ciclo lectivo 2007, dos proyectos a la convocatoria de la Secretaría de Políticas Universitarias, del Ministerio de Educación de la Nación denominado Programa Nacional de Voluntariado Universitario.

Ellos son:

Atención Odontológica De Bebés Y Niños Con Discapacidad

De acuerdo con los datos de la Organización Mundial de la Salud entre el 7 al 10% de la población mundial está afectada por algún tipo de discapacidad. El 80% vive en países en vías de desarrollo y en Argentina un tercio son niños menores de 15 años

La Discapacidad es un fenómeno social objetivo y visible. Está constituida básicamente por una situación de menoscabo físico, psíquico o sensorial que afecta a personas concretas y se reproduce en el nivel sociocultural". Es dinámica y no sólo depende de aspectos biológicos, sino también socioculturales, económicos, etc.

La preocupación por superar las desigualdades en las que se encontraba y se encuentra aún, la población con discapacidad ha ido adquiriendo un fuerte impulso en el mundo y actualmente ocupa un lugar preponderante en el diseño de políticas sanitarias y sociales. Sin embargo, en muchos ámbitos este grupo es tratado como un colectivo de ciudadanos invisibles.

El presente Proyecto intenta conformar una verdadera articulación docencia-servicio en un grupo poblacional vulnerable como son los bebés y niños con discapacidad.

El estudiante de educación superior a través del voluntariado ejercerá el rol de actor social de una experiencia concreta en terreno donde efectúe el diagnóstico de salud orofacial de niños con discapacidad en su ambiente habitual como

son las Escuelas Especiales e intente resolver la problemática de salud encontrada trabajando mano a mano con Educadores y Padres o tutores en lo referente a las estrategias de prevención y promoción de la salud y directamente sobre los niños con discapacidad a través del abordaje y tratamiento odontológico de los mismos.

El criterio que acompaña el Proyecto es el concepto de Atención Primaria de la Salud superando el modelo biomédico de la salud y enfatiza la importancia de los factores sociales, conductuales y económicos como aspectos importantes en relación con ella.

Población destinataria: Bebés y niños con discapacidad. Las actividades incluyen la participación de padres, tutores y maestros.

Meta

Mejorar la calidad de vida de bebés y niños con discapacidad a partir de la intervención temprana odontológica.

Objetivos Específicos:

Participar de las actividades extramurales, demostrar compromiso con la comunidad institucional que se le asigne y vincularse con los actores sociales involucrados en la problemática de la discapacidad.

Enumerar los factores que influyen en la salud oral de pacientes especiales

Conocer la implican-

cias psicológicas en la relación paciente-familia-profesional con respecto al tratamiento odontológico Valorar el rol del equipo multidisciplinario

Comprometerse con el paciente, evolución y mantenimiento de los niveles de salud alcanzados y con los diferentes aspectos que hacen a mejorar la calidad de vida de las personas.

Motivar, abordar y resolver odontológicamente la problemática de salud de paciente con trastornos motores, genéticos, psiquiátricos, sensoriales y de la inteligencia

Participar de las actividades de educación para la salud en conjunto comunidad educativa especial - comunidad educativa universitaria.

Aprovechar los recursos disponibles aplicándolos en actividades asistenciales integradas.

Servicio de Voluntariado:

Acciones extramurales en Instituciones afines:

- Educación para la salud, prevención (enseñanza personalizada de técnicas de higiene y topicación con fluoruros)
- Dictado de Charlas de Educación para la Salud Bucal para maestros, padres, alumnos de las Instituciones Especiales
- Confección de cepillos adaptados a las distintas discapacidades
- Confección de Folletos de Educación para la Salud Bucal

en Sistema Braille

- Atención odontológica de pacientes con discapacidad que concurren por demanda espontánea a la clínica de la Cátedra (Nivel hospitalario/salud pública/la Facultad como Hospital Escuela Odontológico)

Actividades a realizar por las Instituciones:

- Convocar a los padres de los niños con discapacidad
- Organizar encuentros periódicos de salud
- Estimular la higiene oral en la Institución
- Asegurar al menos un cepillado bucal diario
- Comprometer a los padres y tutores en la higiene bucal nocturna
- Asegurar la asistencia a las visitas periódicas de atención odontológica.



Características principales	Destinatarios
De acuerdo al nivel de ingresos	Pobreza
edad	En general niños pero dada la discapacidad y la diferencia entre edad cronológica y mental de algunas discapacidades, las actividades se realizaron respetando los grupos ya formados en las instituciones visitas
género	Femenino y masculino, con un mayor número de este último
sitio de residencia	Urbana, aunque algunos establecimientos educativos estaba situados en áreas rurales de la provincia.

Actividades

Una vez concertada la primera etapa de vinculación, se planifica de acuerdo con la cantidad de niños que asisten al establecimiento educativo:

- Charla de educación para la salud bucal dirigida y adaptada a la discapacidad del grupo
- Entrega de folletos (en sistema Braile)
- Adaptación de cepillos de acuerdo a la discapacidad
- Entrega de cepillos dentales y enseñanza de técnica de higiene oral
- Diagnóstico del estado salud bucal de los niños y posterior derivación al Centro Odontológico para el Bebé Especial
- Charla con los padres
- Charla con los maestros para coordinar algunas pautas a seguir en la institución

Acciones generales

Educativas

- Educación para la salud bucal para padres de niños con discapacidad.
- Orientación a los padres acerca de cuidados adecuados para prevenir la enfermedad dental.
- Acciones educativas a profesionales de otras áreas de la salud con el propósito de lograr la derivación temprana.
- Visita a Instituciones especializadas, Centros comunitarios, Centros de rehabilitación, etc. para realizar actividades de educación para la salud bucal, diagnóstico y derivación al centro.

Las actividades internas se realizan en las clínicas odontológicas de la Facultad.

Asistenciales/Clinicas

- Atención de niños con discapacidad.
- Aplicación de medidas preventivas odontológicas teniendo en cuenta factores como: tipo de discapacidad, estado de la dentición, tiempo de tolerancia individual, medicación ingerida, hábitos

(respiración bucal, succión del dedo pulgar, autoagresiones, etc.), alimentación (tipo y frecuencia), hábitos higiénicos (frecuencia, elementos), lengua, labios y tejidos orofaciales (tono), saliva.

PROGRAMA PREVENTIVO en SALUD BUCAL para PERSONAS con DISCAPACIDAD

En el presente Proyecto se intenta abordar desde una estrategia de articulación educación - salud, la problemática bucal de las personas con discapacidad en el marco de la atención odontológica dentro de la salud sistémica con el propósito de contribuir a la mejor calidad de vida de estas personas que integran este grupo vulnerable, más allá de la edad y tipo de discapacidad.

Por otra parte se pretende anteponer las barreras necesarias a la enfermedad mediante acciones de promoción de salud. Ambos actividades: educativas y asistenciales odontológicas con la participación de los estudiantes del último año de la carrera, en donde el compromiso con ellas permita intervenir desde una metodología dual: aprender de la comunidad y realizar los aportes a ella desde nuestro saber, disminuyendo las desigualdades y trabajando en la inclusión e integración social.

Teniendo en cuenta el concepto de Atención Primaria de la Salud superando el modelo biomédico de la salud y enfatizando la importancia de los factores sociales, culturales, y económicos como aspectos importantes en relación con ella.

La preocupación por realizar un aporte a la solución de los problemas bucodentales de las personas con discapacidad ha sido y es una meta hacia la que se dirige este proyecto, considerando que la ciencia odontológica se encuentra todavía ausente a la

hora de abordar un aspecto sanitario importante de este grupo altamente vulnerable.

La atención odontológica del paciente con discapacidad aún sigue ocupando el lugar de "cenicienta" en el momento de comprender y valorar su problemática de salud, todavía siguen persistiendo abordajes y tratamientos biologicistas, organicistas y unidisciplinarios, ausencia de políticas de salud que incorporen aspectos orofaciales y lamentablemente personas con discapacidad que parecieran no tener derecho a una sonrisa sana.

- Población destinataria: Adultos, adolescentes y niños.
- Intereses comunes: Las actividades se adecuan a la madurez, nivel cognitivo y físico de los niños
- Nivel educativo: Educación Especial: las actividades se adaptan a los talleres en los que se desempeñan habitualmente
- Problemas de salud: Patologías orofaciales prevalentes (caries y enfermedad de las encías) en individuos con discapacidad

Meta:

- Reconvertir los perfiles epidemiológicos actuales (alto porcentaje de enfermedades bucales prevalentes -caries y enfermedad de las encías- y patologías orofaciales) de grupos vulnerables como son las personas con discapacidad.
- Comprometer a los estudiantes de educación superior como efectores de salud en la calidad de vida de las comunidades a partir de su participación directa.

Objetivos:

- Analizar los factores de riesgo sistémicos (discapacidad de base), orofaciales (alteraciones que acompañan a la discapacidad) y sociales que influyen directamente en el estado de salud bucal de las personas con

discapacidad como colectivo social de la Provincia de Mendoza, Argentina

- Incorporar a las personas con discapacidad en la salud comunitaria
- Abrir canales de autoayuda, autocuidado y solidaridad dentro de las organizaciones comunitarias
- Ejecutar acciones de promoción y prevención para la salud bucal como así también actividades asistenciales de rehabilitación orofacial
- Realizar acciones clínicas de prevención odontológica
- Participar con los estudiantes de la Carrera "Odontología" en actividades en terreno donde la prevención, promoción y atención primaria odontológica sean los pilares sanitarios
- Realizar campañas masivas en las organizaciones comunitarias especiales con los estudiantes de Odontología del último año que produzcan un impacto mayor
- Promover la práctica de la solidaridad como contenido educativo a través de la metodología del aprendizaje-servicio, que permita a los estudiantes aprender y aplicar conocimientos en beneficio de la sociedad.

Equipo

Conformaron el grupo: 5 docentes de la cátedra y 39 estudiantes de grado que a partir de las actividades con crédito curricular (trabajos prácticos, actividades de intra y extramuros) participaron en las acciones educativas y asistenciales odontológicas en las clínicas de la Facultad. ■



Agradecimientos:

- A las autoridades de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo, Sr. Decano: Prof. Od. Alberto Martín, Sr. Vicedecano: Prof. Od. Simón Abdala y los Sres. secretarios que los acompañan.
- A los Estudiantes que han pasado por nuestras aulas, al principio con sus miedos y al final con la satisfacción en sus rostros.
- A los Docentes de la cátedra por aceptar el desafío.
- A las Autoridades educativas Nacionales que sin su apoyo económico esta publicación no hubiera sido posible.