



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**PREVALENCIA DE PATOLOGIAS BUCALES EN PACIENTES CON
DISCAPACIDAD MOTRIZ DE MIEMBROS SUPERIORES
EN EL SERVICIO DE FISIATRÍA DEL HOSPITAL CENTRAL
DE MARACAY-ESTADO ARAGUA. 2014-2015.**

Autores:

Edgar Colmenares
Gabriela Miquilena

Urb. Yuma II, calle N° 3. Municipio San Diego
Teléfono: (0241) 8714240 (master) – Fax: (0241) 8712394

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CARRERA ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE PATOLOGIAS BUCALES EN PACIENTES CON
DISCAPACIDAD MOTRIZ DE MIEMBROS SUPERIORES
EN EL SERVICIO DE FISIATRÍA DEL HOSPITAL CENTRAL
DE MARACAY-ESTADO ARAGUA. 2014-2015.

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
ODONTOLOGO

Autores: Edgar Colmenares
Gabriela Miquilena
Tutora: Od. Joscarly Soto

San Diego, Julio 2015



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PLANILLA SOLICITUD: ANÁLISIS Y APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADO

DATOS PERSONALES		
Apellidos: ColmenaresGarlotti Miquilena Castillo	Nombres: Edgar Daniel Gabriela de Jesús	C.I.: 19.992.036 20.679.134
Dirección: Calle Arvelo, casa nro. 46 sector Coticita Guigue Edo Carabobo		Teléfono: 0245766-9261
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: Odontología	Índice Académico: 11,57	
DATOS DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO		
Autores Nombre: Colmenares Edgar Teléfono: 04165109243 Nombre: Miquilena Gabriela Teléfono: 0424-6628906		
Título del Trabajo: PREVALENCIA DE PATOLOGIAS BUCALES EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD MOTRIZ DE MIEMBROS SUPERIORES EN EL SERVICIO DE FISIATRÍA DEL HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY-ESTADO ARAGUA. 2014-2015.		
Breve Explicación: El presente trabajo tiene como objetivo establecerla prevalencia de patologías bucales en pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores en el servicio de fisioterapia del Hospital, Central de Maracay.		
Lugar donde se desarrollará el Proyecto: Área de rehabilitación del Servicio de Fisiatría del Hospital Central de Maracay- Estado Aragua.		
Tiempo de Desarrollo: 4 meses		
Tutor Académico propuesto: Od.Joscarly Soto		

APROBADO _____ **NO APROBADO** _____
COMITÉ DE EVALUACIÓN
COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO

Nombre Firma Fecha

DIRECCIÓN DE ESCUELA

Nombre

Firma

Fecha



**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
CONSEJO UNIVERSITARIO**

CU-UJAP-_____

San Diego, _____ de _____ del 2015

Ciudadanos:

Colmenares Edgar
C.I. N° 19.992.036

Miquilena Gabriela
C.I. N° 20.670.134
Presente.-

Cumplo con informarle que la Comisión Delegada del Consejo Universitario de la Universidad José Antonio Páez, en su sesión N° _____, celebrada el _____ del mes de _____ próximo pasado, **ACORDÓ APROBAR EL Proyecto De Trabajo de Grado presentado por ustedes, titulado: PREVALENCIA DE PATOLOGIAS BUCALES EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD MOTRIZ DE MIEMBROS SUPERIORES EN EL SERVICIO DE FISIATRIA DEL HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY-ESTADO ARAGUA. 2014-2015**

Sin otro particular, se suscribe de usted,

Atentamente,

Lic. _____

Secretaria



**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PAEZ
CONSEJO UNIVERSITARIO**

APROBACIÓN DEL JURADO

PREVALENCIA DE PATOLOGIAS BUCALES EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD MOTRIZ DE MIEMBROS SUPERIORES EN EL SERVICIO DE FISIATRIA DEL HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY- ESTADO ARAGUA. 2014-2015

Por:

**Colmenares Edgar
Miquilena Gabriela**

Trabajo de grado aprobado en nombre de la Universidad José Antonio Páez por el siguiente Jurado, en San Diego, Estado Carabobo, a los _____ días del mes de Julio del año 2015.

Firma
Nombre y Apellido:
C.I:

Firma
Nombre y Apellido:
C.I:

Firma
Nombre y Apellido:
C.I:



ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, Odontólogo Joscaryl Soto, portadora de la cédula de identidad N° _____, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por los ciudadanos colmenares Edgar, portador de la cédula de identidad N° 19.992.036 y Miquilena Gabriela, portador de la cédula de identidad N° 20.679.134, titulado **PREVALENCIA DE PATOLOGIAS BUCALES EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD MOTRIZ DE MIEMBROS SUPERIORES EN EL SERVICIO DE FISIATRIA DEL HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY-ESTADO ARAGUA. 2014-2015**, presentado como requisito parcial para optar al título de ODONTÓLOGO, y considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los ____ días del mes de _____ del año dos mil quince.

Od. Joscaryl Soto

C.I. N°

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso por ser mi padre celestial, por brindarme la sabiduría, el entendimiento, la fortaleza y ser el principal guía en mi vida.

A mi Madre Bella Mirian, mujer fuerte, luchadora, ejemplar, mi mejor amiga; para ti que te mereces lo mejor de este mundo porque me has dado la educación, valores y amor que necesito para ser lo que soy. Te Amo mamá.

A mi Padre Querido Argenis, a ti este logro por ser mi amigo, por la educación, la dedicación y constancia que me has brindado durante mi vida, por ser mi mayor apoyo. Llegue a la meta papá, me siento orgullosa de ser tu hija. Te Amo papi.

A mi hermana Miriger, por tus consejos y apoyo; por tu preocupación. A ti hermana este logro, Siempre serás mi ejemplo a seguir.

A Mi príncipe Isaac y mi Princesa Isabella, mi mayor alegría: a ustedes mis bebes que con sus risas alegran mi vida. Los adoro sobrinos.

A mi abuelita Silvia y mis tías adoradas Haidee, Silvia, Maria, Alba; a ustedes mis mujeres adoradas por su apoyo y su incondicional amor.

A mis amigas Naty, Ana, Luisa, Mariam y mi amigo Fer, que hicieron de este camino más llevadero, haciéndome reír, dándome palabras de aliento y soluciones, acompañándome hasta el final.

A mi amor John; a ti amor por tus consejos, apoyo, por tu amor que me da fuerza todos los días, por tu preocupación; te dedico mi mayor sueño hecho realidad. Te amo.

Gabriela Miquilena

DEDICATORIA

A Dios todopoderoso por haberme iluminado y permitido llegar a esta etapa de mi carrera.

A mi madre Ivone Garlotti por haberme traído al mundo y brindarme su apoyo y cariño. Por ello mi amor hacia ti.

A mi padre Elio Colmenares por brindarme todo el apoyo, motivación, confianza y toda su paciencia; te digo papá lo he logrado.

A mi hermana Jennifer por saber esperar pacientemente y brindarme su respaldo en todo momento. Espero que me tengas como un modelo a seguir para tu futuro y digas con fe, positivismo y honradez si puedo.

A mis abuelos Carmen y Francisco por ayudarme en todo momento y estar a la disposición de haberme solucionado ciertas dificultades en algunas ocasiones, mi amor para ustedes.

A mi abuela Carmen Daniels, aunque no presente en esta vida, su recuerdo vive en mí, por haberme dado consejos y apoyo al inicio de mi carrera, con ello mi amor hacia ella.

A mi novia Yadira, por tenerme la paciencia en algunos momentos difíciles dándome la motivación, la perseverancia y por brindarme la confianza, ya que tu amor me da fuerzas.

Edgar Colmenares

AGRADECIMIENTOS

A Dios Todopoderoso, por darme la fuerza para mantenerme en pie y seguir adelante, por escuchar mis oraciones.

A mis Padres mis más grandes tesoros, por su paciencia, apoyo, y por cada uno de sus consejos y enseñanzas que me motivan a seguir siempre a delante y tener confianza en mí misma.

A mi Familia hermana, sobrinos, abuela, tías por su constante apoyo y ánimos.

A mi Novio John por su gran ayuda, consejos, regaños por todo eso y más.

A mi tutora Joscarly Soto y mi Prof querida ErvyWeffer por ayudarnos y brindarnos sus enseñadas, su apoyo, sus conocimientos fueron claves en este proyecto.

A todas las personas que estuvieron a mi lado durante esta etapa de mi vida gracias por ayudarme, y dar de sí mismos y hacer que este momento se hiciera realidad y llegara al fin con mucha alegría y satisfacción. A todos, gracias.

Gabriela Miquilena

AGRADECIMIENTOS

A Dios Omnipotente, Jesucristo y Virgen María, por brindarme la iluminación, fortaleza y el espíritu de lucha por hacer posible el alcance de mis metas trazadas.

A mis padres por toda su ayuda, paciencia y sacrificio.

A mi tía Johanna por tu cariño, valor, apoyo, consejos, ayuda, regaños y amistad.

A mi familia por desearme el mejor apoyo y la confianza en mí de seguir adelante.

A mi amor Yadira por estar junto a mí en mis momentos de preocupación.

A la profesora Tiani Elena Rosi, por su apoyo, orientación y dedicación en su labor de docencia.

A la profesora Ervy Weffer por ayudar y brindar sus conocimientos en nuestro trabajo de grado.

A la profesora Sandra Rodríguez, quien su abnegada profesión ha dado consejos precisos en los momentos de cursar las clínicas, y sus conocimientos fueron claves en la culminación de este proyecto.

A la profesora Eglee Díaz, por su ejemplo de abnegación, dedicación y orientación en la elaboración del trabajo final.

A la Universidad José Antonio Páez, por convertirse en una forjadora de profesionales que en día se trazan las metas de no defraudarle.

Edgar Colmenares

ÍNDICE GENERAL

	pp.
LISTA DE TABLAS.....	xii
LISTA DE GRAFICOS	xiii
RESUMEN INFORMATIVO.....	xiv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	4
EL PROBLEMA	4
1.1. Planteamiento del Problema.....	4
1.1.1. Formulación del Problema.....	6
1.2. Objetivos de la Investigación.....	7
1.3. Justificación.....	8
CAPÍTULO II	10
MARCO TEÓRICO.....	10
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	10
2.2. Bases Teóricas	13
2.3. Definición de Términos Básicos.....	20
CAPÍTULO III	24
MARCO METODOLOGICO.....	24
3.1. Tipo de Investigación.....	24
3.2. Diseño de la Investigación.....	25
3.3. Población.	26
3.4. Muestra.	26
3.5. Técnica e Instrumentos de Recopilación de Datos	26
3.6. Técnica de Análisis de Datos.....	27
3.7. Procedimientos.....	28
3.8. Variables.	29
CAPÍTULO IV	31
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	31
CAPÍTULO V	40
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	40
5.1. Conclusiones.....	40
5.2. Recomendaciones	41
REFERENCIAS	42
ANEXOS.....	44
ANEXO A: Intrumento de Recolección	45

LISTA DE TABLAS

TABLAS

	pp.
1 Cuadro Técnico Operativo de Variable.	30
2 Distribución según edad de los pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores que asistieron al área de rehabilitación del Servicio de Fisiatría del Hospital Central de MaracayEstado Aragua, durante el año 2015..	322
3 Distribución según sexo de los pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores que asistieron al área de rehabilitación del Servicio de Fisiatría del Hospital Central de MaracayEstado Aragua, durante el año 2015..	333
4 Distribución de las discapacidades motrices de miembros superiores según origen en los pacientes que asistieron al área de rehabilitación del Servicio de Fisiatría del Hospital Central de MaracayEstado Aragua, durante el año 2015... ..	344
5 Distribución de acuerdo al Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) en los pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores que asistieron al área de rehabilitación del Servicio de Fisiatría del Hospital Central de MaracayEstado Aragua, durante el año 2015..	355
6 Distribución de acuerdo a la presencia de caries en los pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores que asistieron al área de rehabilitación del Servicio de Fisiatría del Hospital Central de MaracayEstado Aragua, durante el año 2015..	377
7 Distribución de acuerdo a la presencia de enfermedad periodontal en los pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores que asistieron al área de rehabilitación del Servicio de Fisiatría del Hospital Central de MaracayEstado Aragua, durante el año 2015..	388

LISTA DE GRAFICOS

GRAFICOS

pp.

- 1 Distribución según edad de los pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores que asistieron al área de rehabilitación del Servicio de Fisiatría del Hospital Central de Maracay Estado Aragua, durante el año 2015. 322
- 2 Distribución según sexo de los pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores que asistieron al área de rehabilitación del Servicio de Fisiatría del Hospital Central de Maracay Estado Aragua, durante el año 2015. 333
- 3 Distribución de las discapacidades motrices de miembros superiores según origen en los pacientes que asistieron al área de rehabilitación del Servicio de Fisiatría del Hospital Central de Maracay Estado Aragua, durante el año 2015...
..... 344
- 4 Distribución de acuerdo al Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) en los pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores que asistieron al área de rehabilitación del Servicio de Fisiatría del Hospital Central de Maracay Estado Aragua, durante el año 2015. 366
- 5 Distribución de acuerdo a la presencia de caries en los pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores que asistieron al área de rehabilitación del Servicio de Fisiatría del Hospital Central de Maracay Estado Aragua, durante el año 2015. 377
- 6 Distribución de acuerdo a la presencia de enfermedad periodontal en los pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores que asistieron al área de rehabilitación del Servicio de Fisiatría del Hospital Central de Maracay Estado Aragua, durante el año 2015. 388



Republica Bolivariana de Venezuela
Universidad José Antonio Páez
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Odontología
Carrera Odontología

Prevalencia de patologías bucales en pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores en el Servicio de Fisiatría del Hospital Central de Maracay 2014-2015

Autores: Colmenares Edgar; Gabriela Miquilena

Tutor Académico: Joscarly Soto

RESUMEN INFORMATIVO

La presente investigación tiene como propósito establecer la prevalencia de patologías bucales en pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores en el Servicio de Fisiatría del Hospital Central de Maracay, Estado Aragua - Venezuela 2014-2015. El estudio se clasifica como una investigación de tipo descriptiva con modalidad de campo. Para el desarrollo de la investigación se utilizó como instrumento de recolección de datos una guía de observación directa definitiva, el cual se le aplicó a una muestra de 21 pacientes que corresponden al 45% de la población. Arrojando como resultado que las características más evidenciadas en estos pacientes son: caries 86% y enfermedades periodontales como gingivitis 33%. Al conocer la alta prevalencia de patologías bucales de los pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores es recomendable la aplicación de programas preventivos odontológicos para dichos pacientes.

Palabras clave: prevalencia; patologías bucales; discapacidad motriz;

INTRODUCCIÓN

Las patologías o enfermedades bucales son aquellas que ocasionan problemas significativos en la salud pública. Entre ellas son agrupadas la caries y la enfermedad periodontal. Sin embargo existen otros trastornos o anomalías de dientes (ejem: hipodoncia, hiperdoncia y dientes neonatales), alteraciones en el desarrollo como la odontogénesis imperfecta, dentinogénesis imperfecta y amelogénesis imperfecta. Las enfermedades de la pulpa son incluidas debido al avance de la caries, al igual que los tejidos periapicales, anomalías dento-faciales, lesiones en la mucosa bucal, cáncer de la cavidad oral y maloclusiones.

La caries suele desarrollarse a través de cuatro factores etiológicos indicando la dieta, el tiempo, el huésped y microorganismos. La dieta viene dada por un consumo frecuente de carbohidratos, mientras que el tiempo, es por la exposición de acumulación de placa y la susceptibilidad del huésped relacionado a la saliva, y anatomía del diente. Los microorganismos localizados en boca, son las especies de lactobacilos, actinomicetos y otros estreptococos que generan ácidos dentro de la placa y pueden contribuir al proceso carioso. Si la caries no se elimina o controla, la disolución ácida puede avanzar para formar una cavidad que se extienda a través del esmalte dental hacia el tejido pulpar, el cual contiene terminaciones nerviosas, esto trae como consecuencia infección de la pulpa, y conducir al absceso, a la destrucción del hueso y a la extensión de la infección vía circulación sanguínea.

La enfermedad periodontal es una infección causada por las bacterias presentes en la biopelícula (placa dental) que se forma en las superficies bucales y representa varias entidades nosológicas, su división básica se refiere a la gingivitis cuando se encuentra afectada la encía y la periodontitis, cuando los tejidos suaves y estructuras de soporte de los dientes están lesionados.

La discapacidad motriz es aquella que abarca todas las alteraciones o deficiencia orgánicas del aparato motor o de su funcionamiento que afecta el sistema óseo, articulaciones, nervios y/o músculo. Las personas afectadas por ella presentan una clara desventaja en su aparato locomotor, determinada por limitaciones posturales, desplazamiento, coordinación y manipulación, pudiendo integrar dos o más de esta. Las personas o pacientes que presentan discapacidad motriz, sin lugar a dudas, son las que mayores necesidades odontológicas y estomatológicas demandan. Se puede constatar que los minusválidos, en general, presentan una prevalencia de patologías bucales (Martini 2010).

La discapacidad motriz desde otro punto de vista se clasifica a partir del perinatal, el cual incluyen las malformaciones congénitas, espina bífida y luxación congénita de caderas. En el perinatal encontramos la parálisis cerebral junto a la miopatía de Duchenne. Durante la adolescencia son presentes las miopatías facio-escápulo-humerales, mientras que a lo largo de toda la vida o postnatale está el traumatismo craneoencefálico, traumatismos vertebrales y tumores. A nivel de la Etiopatología se subdivide en transmisión genética: Duchenne de Boulogne; la enfermedad debilita gradualmente los músculos voluntarios o esqueléticos y está la enfermedad de Werdnig-Hoffmann. En la localización topográfica es abarcada la parálisis, siendo agrupadas la monoplejía, hemiplejía, paraplejía, diplejía y tetraplejía, la cual existen otros tipos de alteraciones que se desarrollaran más adelante.

El propósito de esta investigación fue establecer la prevalencia de patologías bucales en pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores en el Servicio de Fisiatría del Hospital Central de Maracay. Para la realización de la misma se desarrolló en el capítulo I El Problema, Planteamiento del Problema, Formulación del Problema, Objetivo General, Específicos y la Justificación. Capítulo II el Marco Teórico para determinar los lineamientos de la investigación, Antecedentes de la Investigación, Bases Teóricas y Definición de Términos Básicos. Capítulo III el Marco Metodológico se describió y determino el diseño de estudio detalladamente respondiendo a ¿el cómo? Y ¿con qué? se realizaron las actividades investigativas. Finalmente, se aborda el problema con una muestra de 21 pacientes que acudieron en el mes de abril 2015, para llevar acabo el

IV capitulo, donde se abarca una presentación y análisis de los resultados estadísticos, en el V capitulo conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

Según el informe mundial sobre la discapacidad realizado por la Organización Mundial de la Salud 2011, se estima que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad; o sea, alrededor del 15% (según las estimaciones de la población mundial en 2010). Esta cifra es superior a las estimaciones previas de la Organización Mundial de la Salud, correspondientes a los años 1970, que eran de aproximadamente un 10%.

Dentro de este numeroso grupo podemos encontrar varios tipos de discapacidades, algunas de las cuales se caracterizan por presentar retraso mental, definido por la Asociación Americana de Deficiencia Mental como una deficiencia en la inteligencia teórica, que es congénita o adquirida en la vida temprana y debido a esta deficiencia cognitiva estas personas presentan también un déficit motor.

Entendiéndose como déficit motor todos aquellos problemas relativos al movimiento corporal; todos los actos que realiza una persona tienen como base el movimiento del cuerpo: caminar, comer, hablar, saludar a alguien, asociado a esto, cuando se trata de movimientos que tienen una finalidad de psicomotricidad, que articula lo cognitivo, lo afectivo y lo sensorial que siempre está ligado a cada acción y expresión humana.

La discapacidad es la condición de vida de una persona, adquirida durante su gestación, nacimiento o infancia o cualquier otra etapa de la vida, que se manifiesta por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual, motriz, sensorial (vista y oído) y en la conducta adaptativa, es decir, en la forma en que se relaciona en el hogar, la escuela y la comunidad, respetando las formas de convivencia de cada ámbito.

Aunque estas personas tienen derecho a las mismas normas de salud que la población general, es evidente el elevado número de patologías bucales, relacionados con la mayor dificultad que presentan para obtener un cuidado adecuado de su higiene bucal, ocasionando un déficit de la misma respecto al resto de población, principalmente a causa de problemas motores para realizar una correcta técnica de cepillado y la dificultad de estos pacientes para acceder a los centros de atención odontológica. Bajo estas premisas, se define discapacidad motriz como la alteración del aparato motor que dificulta o imposibilita el desarrollo de capacidades que permitan participar en actividades propias de la vida cotidiana como estar de pie, caminar, desplazarse, tomar y manipular objetos con las manos, hablar, hacer gestos, entre otras acciones que requieren movimiento y control de la postura corporal.

La alteración es causada por un funcionamiento deficiente del sistema nervioso, del sistema muscular y de los sistemas óseo-articular o de una interrelación de los tres sistemas, lo cual dificulta o imposibilita la movilidad funcional de algunas de las partes del cuerpo. La discapacidad motriz puede ser de tipo transitoria o permanente, se da en grados variables y, en algunos casos, puede presentar otros trastornos asociados.

En Venezuela, lamentablemente hay un aumento de ciertas sociedades que no tienen el conocimiento adecuado sobre la salud bucal y la importancia de esta en la calidad de vida, ni mucho menos en pacientes que presentan tal discapacidad motriz, ya que estos deben tener una atención especial. Por consiguiente, esta investigación tuvo como objetivo fundamental conocer las manifestaciones bucales que presentan pacientes con discapacidad

motriz, con la inquietud de poder brindarles información y capacitación sobre cómo mejorar sus hábitos de higiene bucal y así poder prevenir cualquier tipo de enfermedad bucal.

Debido a que la prevalencia de patologías bucales en pacientes con discapacidad motriz, está presente en el área de rehabilitación del servicio de fisioterapia en el Hospital Central de Maracay Estado Aragua, como consecuencia de la mala higiene bucal de estos y en su menor participación en actividades relacionadas en el cuidado de la misma, lo que ocasiona problemas bucales graves que provienen de diversas patologías como: caries dental, enfermedades periodontales, maloclusiones, alteraciones en la erupción dentaria, macroglosia, anodoncias; las cuales repercuten en su capacidad masticatoria, afectando significativamente su calidad de vida.

Por ello se planteó la siguiente interrogante

1.1.1. Formulación del Problema

¿Cuál es la prevalencia de patologías bucales que presentan los pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores en el servicio de fisioterapia del Hospital Central de Maracay estado Aragua?

¿Cuál sería el nivel de Higiene oral en pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores en el servicio de fisioterapia del Hospital Central de Maracay estado Aragua?

1.2. Objetivos de la Investigación

1.2.1. Objetivo General

Establecer la prevalencia de patologías bucales en pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores en el servicio de fisioterapia del Hospital Central de Maracay.

1.2.2. Objetivos Específicos

- 1.2.2.1. Describir las características epidemiológicas en los pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores que asisten al área de rehabilitación del Servicio de Fisioterapia del Hospital Central de Maracay.
- 1.2.2.2. Identificar las discapacidades motrices de miembros superiores según origen en los pacientes atendidos en el área de rehabilitación del Servicio de Fisioterapia del Hospital Central de Maracay.
- 1.2.2.3. Determinar el nivel de higiene oral en los pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores mediante el índice de higiene oral simplificado (IHOS) que asisten al área de rehabilitación del Servicio de Fisioterapia del Hospital Central de Maracay.
- 1.2.2.4. Describir las patologías bucales más frecuentes en los pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores que asisten al área de rehabilitación del Servicio de Fisioterapia del Hospital Central de Maracay.

1.3. Justificación

La discapacidad motriz de miembros superiores suele ocurrir al menos en un brazo o en ambos, sin embargo puede presentarse en manos y dedos solamente. La ausencia o dificultad de movimiento conlleva a que estos pacientes desarrollen ciertas patologías buco-dentarias debido a la ausencia de una adecuada higiene bucal, lo que afecta a la dentición, los tejidos blandos, el tejido periodontal de protección y de soporte.

Son numerosos los casos de discapacidad motriz de miembros superiores en el servicio de fisioterapia del Hospital Central de Maracay, en la mayoría de los casos se descubre dicha alteración a través del estudio clínico y lo que ocasiona dicha discapacidad. En vista de esta situación que afecta a estos pacientes, surgió la inquietud de estudiar en primer lugar las patologías buco-dentarias, el tipo de higiene bucal, cuáles fueron las unidades dentarias, tejidos blandos y de soporte con más incidencia de estar alterados, si afecta más a la cavidad bucal o irradia a nivel sistémico en los pacientes que presentan discapacidad motriz de miembros superiores. En este sentido al tener un conocimiento del problema en estudio se pudo establecer las herramientas necesarias, para dar respuestas a los pacientes que ingresaron a la consulta en busca de soluciones para su problema, generalmente por mejor calidad de vida de acuerdo a su salud bucal, pero también se observan problemas funcionales como la falta de dientes o en mal estado que modifica la oclusión, alteraciones del sistema estomatognático, que repercuten en el paciente.

Finalmente, esta investigación pretendió convertirse en un aporte significativo desde el punto de vista social y odontológico, ya que mientras existan más mecanismos de control para disminuir los problemas bucales asociados a la discapacidad motriz de miembros superiores en la población, habrá mayor posibilidad de ofrecer prevención y tratamiento exitoso, lo cual se traducirán en personas sanas, mejor presentable y seguro de sí mismo,

así como más productivas tanto individual como colectivamente, que contribuirá con un desarrollo psicomotor, evolución personal y de la salud bucal integral

Se realizó este estudio en base a la prevalencia de los casos de discapacidad motriz de miembros superiores en el área de fisiatría del Hospital Central de Maracay en el periodo Abril-Mayo 2015, aportando de este modo un registro de datos en futuras investigaciones, para los estudiantes de la Universidad José Antonio Páez, logrando así de igual manera concientizar a la población en estudio de las condiciones bucales, y de esta forma demostrar las soluciones a corto, mediano y largo plazo que ameritan de la participación de un grupo multidisciplinario de las diversas áreas odontológicas fomentando de esta manera una ayuda para rehabilitar la cavidad bucal a los pacientes afectados con discapacidad motriz de miembros superiores.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

En este capítulo se presenta el marco que constituye el fundamento de esta investigación, se plantean a continuación los antecedentes de los investigadores y estudios teóricos que guardan relación con el tema que se está tratando y que a su vez sirve para mayor comprensión del mismo, haciendo referencia a la prevalencia de patologías bucales presentes en pacientes con discapacidad motriz.

2.1. Antecedentes de la Investigación

Según Grajales-Gonzales.; (2013). Realizó un estudio denominado **“Manifestaciones bucofaciales en pacientes con esclerosis múltiple”** México, con el objetivo principal de evaluar las características demográficas, manifestaciones patológicas en la cavidad bucal de niños con esclerosis múltiple. Fue un estudio de cohorte, observacional, retrospectivo y descriptivo. Los pacientes de ambos sexos eran menores de 18 años de edad, que fueron evaluados por el Servicio de Estomatología. Se revisaron 17 expedientes obteniendo como resultado demográfico, ningún paciente con neuropatías craneales como neuralgia de trigémino, parestesia, parálisis facial o ambos problemas, Cinco pacientes no tenían focos infecciosos en cavidad bucal, tres masculinos y dos femeninos. Cuatro niñas con enfermedad periodontal, 12 tuvieron caries, La mayor frecuencia de caries en los pacientes con EM se vio entre los 11.9 y 14.4 años. El promedio de ceod fue 5.7%.

Concluye indicando que los pacientes tienen diferentes grados de discapacidad funcional, y la posibilidad de mayor riesgo de afección buco facial. Recomendado a elaborar un protocolo de seguimiento para establecer acciones preventivas e intervenciones oportunas en los pacientes con esclerosis múltiple. Este estudio realizado aporta información a nuestra investigación, ya que está basada sobre las manifestaciones bucales encontradas en pacientes con esclerosis múltiple.

Según Montero R.; Calderón L. (2012) tras el estudio de **“Prevalencia de maloclusiones en niños con problemas neurológicos del Instituto Especial Carabobo Valencia, estado Carabobo septiembre-diciembre 2012”** Venezuela, con el objetivo de establecer la prevalencia de maloclusiones dentales en niños con problemas neurológicos, y caracterizando epidemiológicamente las enfermedades neurológicas. Se basó en un tipo de investigación descriptiva con el diseño de campo transversal que se llevó a cabo en el medio donde se desarrolló la problemática.

Los resultados obtenidos en la presente investigación fueron estudiados 55 escolares, siendo en su mayoría sexo masculino representando un 65%, mientras que el femenino equivalente a 35%, entre las edades de 5 y 15 años, la cual presentaron enfermedades neurológicas. El tipo de enfermedad neurológica más frecuente fue las demencias con un 72% y los trastornos convulsivos y paroxísticos en un 28%. El tipo de maloclusiones más prevalentes en el 60 % de los pacientes estudiados fueron: mordida abierta clase II de angle, con mordida cruzada, con overjet aumentado y con clase III de angle en niños que presentaron parálisis facial. Los niños de trastornos episódicos y paroxísticos 43% presentan la clase I de diagnóstico dentario, 2% clase III y 36% clase II.

En conclusión indican que las maloclusiones oscilan en rangos diferentes en el sexo, con mayor prevalencia en sexo masculino que en femenino, dando a conocer que se encuentra en una alta prevalencia en niños que presentan enfermedades neurológicas. Sin duda alguna esta investigación aporta información importante a nuestro estudio, donde cada uno de ellos, de una u otra forma, se relaciona al tema de prevalencia de patologías bucales en pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores.

Martini S. (2011). Realizó un estudio denominado **“Índice de enfermedades orales en pacientes discapacitados del C.R.M. INFA Guayaquil”** Ecuador, con el propósito de determinar el estado de salud bucal en una franja de individuos con alteraciones, la cual fueron incapacitados parcial o totalmente y en forma definitiva y transitoria, también señalo un punto de vista importante acerca los pacientes minusválidos, ya que presentaron necesidades odontológicas y estomatológicas. El estudio fue descriptivo, seleccionando 100 pacientes tomados al azar, se utilizó el programa EPIDAT de la Organización Panamericana de la Salud, mediante la rutina “cálculo del tamaño de muestra y precisión para estimación de una población poblacional” del centro de rehabilitación medica INFA Guayaquil para determinar el estado de salud bucal.

Los resultados obtenidos indica que de las 100 personas encuestadas, el 100% resultaron portadoras de una patología oral (caries), 28% de gingivitis, 15% Gingivo estomatitis, 18% de periodontitis, 13% de necrosis pulpar y 12% de pulpitis, según el sexo-edad. Se tomó en cuenta una población de 3-87 años. Teniendo la finalidad de proponer un plan de acciones para mejorar la salud bucal del discapacitado, estudiando variables de interés que se relacionaban con factores etiológicos o riesgo a las enfermedades bucales más frecuentes, como la caries dental, la enfermedad periodontal y las maloclusiones dentarias.

Concluye indicando que en cuanto a la reglamentación existente con respecto a la cobertura de las poblaciones más necesitadas, en nuestro medio encontramos un grupo delicado y vulnerable que ha sido casi excluido, en un porcentaje importante de la protección directa en salud: los pacientes especiales. Todas estas circunstancias aportan a la presente investigación elementos que pudieran contribuir a la atención de esta parte de la población con la calidad requerida.

Sáez y Castejón; (2008). En su trabajo titulado **“Estudio epidemiológico de Salud Bucodental en pacientes con Parálisis Cerebral”** España, con el objetivo de describir el estado de salud bucodental y las intervenciones realizadas en dichos pacientes realizaron un estudio descriptivo trasversal donde se evaluaron a 45 pacientes con parálisis cerebral,

tratados en la Unidad de Salud Bucodental de Discapacitados (USBD-D) de Albacete. Fue registrado datos sociodemográficos, tipo de dieta, diagnóstico de base, enfermedades asociadas y capacidad para comunicarse, consumo de medicación, lugar de tratamiento (en consulta o en quirófano), datos odontológicos (presencia o no de sarro, gingivitis, periodontitis u otras), tratamiento bucodental realizado y aparición de complicaciones.

Los resultados obtenidos por los autores indican que una parte de ellos (20) fueron tratados en consulta y el resto (25) fueron intervenidos en el quirófano bajo anestesia general. Presentaba sarro el 85 %, gingivitis el 57,8%, periodontitis leve el 11,1%, periodontitis moderada el 2,2% y periodontitis severa el 2,2%. El hábito más frecuente era la respiración oral, presente en el 58%, seguida de bruxismo en el 7% y succión digital en el 2,2%. Fueron realizadas 142 obturaciones de dientes definitivos, 1 obturación de dientes temporales, 47 sellados, 74 exodoncias, 2 frenectomías y 9 gingivectomías. Concluyeron que la incidencia de caries en pacientes con parálisis cerebral es similar a la población general, aunque el tamaño de las lesiones es, por lo general, muy superior, debido al déficit de atención odontológica que reciben estos pacientes, que se traduce en una ausencia total de profilaxis. Este estudio presentado guarda relación ya que permite conocer la prevalencia de patologías bucales presentes en pacientes con parálisis cerebral.

2.2 Bases Teóricas

Prevalencia

La prevalencia cuantifica la proporción de individuos de una población que padece una enfermedad en un momento o periodo de tiempo determinado. Su cálculo se estima mediante la expresión:

$$P = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de la enfermedad en un momento dado}}{\text{Total de población en ese momento}}$$

Como todas las proporciones, la prevalencia no tiene dimensión y nunca toma valores menores de 0 ó mayores de 1, siendo frecuente expresarla en términos de porcentaje, en tanto por ciento, tanto por mil, entre otros. En función de la “rareza” de la enfermedad estudiada. La prevalencia de un problema de salud en una comunidad determinada suele estimarse a partir de estudios transversales para determinar su importancia en un momento concreto, y no con fines predictivos, (Enlow, 2003).

Otra medida de prevalencia utilizada en epidemiología, aunque no con tanta frecuencia, es la llamada prevalencia de periodo, calculada como la proporción de personas que han presentado la enfermedad en algún momento a lo largo de un periodo de tiempo determinado (por ejemplo, la prevalencia de cáncer en España los últimos 5 años). El principal problema que plantea el cálculo de este índice es que la población total a la que se refiere puede haber cambiado durante el periodo de estudio. Normalmente, la población que se toma como denominador corresponde al punto medio del periodo considerado. Un caso especial de esta prevalencia de periodo, pero que presenta importantes dificultades para su cálculo, es la llamada prevalencia debida, que trata de estimar la probabilidad de que un individuo desarrolle alguna enfermedad a lo largo de su existencia. (Enlow, 2003).

Enfermedades Bucales

Según González, (2012) La caries dental y la enfermedad periodontal son dos de los problemas más significativos de la Salud Pública Bucal. Sin embargo no son las únicas enfermedades y trastornos que se presentan en la cavidad bucal también existen los trastornos del desarrollo y de la erupción de los dientes (ejem: fluorosis dental) enfermedades de la pulpa, y los tejidos periapicales, anomalías dento-faciales, lesiones en la mucosa bucal, cáncer de la cavidad oral y maloclusiones que afectan a la población.

En el último siglo, la investigación científica ha permitido establecer un concepto mucho más detallado de la naturaleza de la caries dental, ya que actualmente se reconoce que una cavidad es la última manifestación de una infección bacteriana. Las bacterias

presentes en la boca forman una comunidad compleja que se adhiere a la superficie del diente en forma de una biopelícula, comúnmente denominada placa dental.

Una biopelícula cariogénica puede contener millones de bacterias, entre las cuales el estreptococo mutans es uno de los componentes críticos. Esta bacteria puede fermentar los hidratos de carbono para formar ácido láctico, los ciclos repetidos de la generación ácida pueden dar lugar a la disolución microscópica de minerales del esmalte del diente y a la formación de una mancha blanca o marrón opaca en la superficie del esmalte.

El desarrollo de la caries depende de la frecuencia en el consumo de carbohidratos, las características de los alimentos, el tiempo de exposición, eliminación de la placa y la susceptibilidad del huésped. Existen especies de lactobacilos, actinomicetos y otros estreptococos que generan ácidos dentro de la placa y pueden contribuir al proceso carioso. (pág. 14). Si la infección de la caries en el esmalte no es controlada, la disolución ácida puede avanzar para formar una cavidad que se extienda a través del esmalte dental hacia el tejido pulpar, el cual contiene una gran cantidad de vasos sanguíneos y terminaciones nerviosas. Si en esta etapa no es controlada la infección de la pulpa, puede conducir al absceso, a la destrucción del hueso y a la extensión de la infección vía circulación sanguínea. La caries dental es un proceso dinámico donde se alternan periodos de desmineralización con periodos de remineralización, a través de la acción del fluoruro, calcio y fosfatos presentes en la saliva. Aún no está clara la razón por la cual algunos individuos son más susceptibles que otros. Sin embargo, estas diferencias se refieren a diferentes factores:

- Las diferencias genéticas en la estructura, la bioquímica de las proteínas y de los cristales del esmalte.
- Las variaciones de las características y la cantidad de saliva.
- El mecanismo inmunológico de defensa.
- La influencia de aspectos socioeconómicos y culturales.

La caries dental se presenta con una serie de signos y/o síntomas (cavitación y/o dolor), afectando diferentes órganos dentarios y superficies dentales, las cuales pueden tener distintos grados de severidad. Es decir, la caries dental debe ser vista como un

proceso acumulativo donde los factores de riesgo determinan el inicio del proceso, su avance, su evolución y la posibilidad de reversión en la primera fase del proceso. (pp. 15).

Otra de la enfermedad con mayor incidencia es la periodontal la cual se define como una infección causada por las bacterias presentes en la biopelícula (placa dental) que se forma en las superficies bucales y representa varias entidades nosológicas, su división básica se refiere a la gingivitis cuando se encuentra afectada la encía y la periodontitis, cuando los tejidos suaves y estructuras de soporte de los dientes están lesionados. Tanto la caries dental como la enfermedad periodontal se presentan con mayor frecuencia en los adolescentes y adultos, el porcentaje de individuos con periodontitis moderada o severa se incrementa con la edad.

La gingivitis es la inflamación de la encía y se caracteriza por cambios en la coloración (comúnmente de un rosa pálido a un rojo brillante), se presenta edema y sangrado, además de alterarse la consistencia tisular. Estos cambios son el resultado de la acumulación de placa dental a lo largo del margen gingival y de la respuesta inflamatoria del sistema inmune a la presencia de productos bacterianos.

Los cambios iniciales de la gingivitis son reversibles con una adecuada higiene bucal, de lo contrario, éstos pueden llegar a ser más severos con la infiltración de células inflamatorias y el establecimiento de una infección crónica. Puede persistir por meses y hasta años la infección gingival, sin progresar a periodontitis. La biopelícula presente en las superficies de los dientes que se encuentran cerca de las salidas de las glándulas salivales, a menudo se mineraliza y forma cálculo o tártaro, esta combinación puede exacerbar la respuesta local inflamatoria. (pp.15),

Discapacidad Motriz

Por deficiencia motora entendemos aquella que abarca todas las alteraciones o deficiencia orgánicas del aparato motor o de su funcionamiento que afecta el sistema óseo, articulaciones, nervios y/o musculo. Las personas afectadas por ella presentan una clara desventaja en su aparato locomotor, determinada por limitaciones posturales,

desplazamiento, coordinación y manipulación, pudiendo integrar dos o más de esta. A veces van acompañadas de otras alteraciones sensoriales, percepción del lenguaje y en un porcentaje alto tienen conservada su capacidad intelectual. (Díaz, 2010, pp. 2).

2.2.4 Clasificación de la discapacidad motriz

A partir de Sierra, (1994) la discapacidad motriz se define como la ausencia o restricción de la respuesta motora, que limita la interacción con el entorno y/o medio, que esta originada por un déficit motor.

Estas personas presentan una clara desventaja en su aparato motor en relación con el promedio en la población que se va a manifestar en posturas, desplazamientos, coordinaciones y manipulación.

Sierra, (1994) Clasifico las deficiencias motoras atendiendo a:

a. Fecha de aparición

· Prenatales:

- ü Malformaciones congénitas
- ü Espina Bífida
- ü Luxación congénita de caderas, etc

· Perinatales:

- ü Parálisis cerebral; debida a problemas fundamentalmente desde el parto
- ü Miopatía de Duchenne

· En la adolescencia:

- ü Miopatías facio-escápulo-humerales

· Posnatales:

- ü Traumatismos craneoencefálicos
- ü Traumatismos vertebrales
- ü Tumores

b. Etiopatología

- **Transmisión genética:**

- Û Duchene de Boulogne; la enfermedad debilita gradualmente los músculos voluntarios o esqueléticos.
- Û La enfermedad de Werdnig-Hoffmann

- c. Localización topográfica**

- Clasificación**

- **Parálisis:**

- Û Monoplejía: parálisis de un solo miembro, ya sea brazo o pierna.
- Û Hemiplejía: parálisis de un lado del cuerpo, derecho o izquierdo.
- Û Paraplejía: parálisis de las dos piernas.
- Û Diplejía: parálisis que afecta a partes iguales a cada lado del cuerpo.
- Û Tetraplejía: parálisis de los cuatro miembros.

- **Paresia:**

- Û Monoparesia: parálisis ligera o incompleta de un solo miembro
- Û Hemiparesia: parálisis ligera o incompleta de un lado del cuerpo, derecho o izquierdo.
- Û Paraparesia: parálisis ligera o incompleta de las dos piernas.
- Û Tetraparesia: parálisis ligera o incompleta de los cuatro miembros.

- d. Origen de la deficiencia**

Según al origen de la deficiencia la clasificación se subdivide en discapacidades motriz referidas al sistema nervioso, muscular y óseo-articular.

- **Referidas al sistema nervioso:**

- Û **Origen cerebral:**

Parálisis cerebral: Es una condición o incapacidad del individuo debido a un desorden del control muscular, que produce dificultad para moverse y colocar el cuerpo en

una determinada posición. Esto es debido a que antes o después del nacimiento una pequeña parte del cerebro se daña, afectando a aquella parte que controla el movimiento. Dentro de la parálisis cerebral podemos distinguir varios tipos, según los efectos funcionales:

Espástica. Gran rigidez muscular. Su manifestación consiste en la pérdida de movimientos voluntarios y por un aumento del tono muscular.

Atetoxico: Daño en el haz extra piramidal. Movimientos involuntarios lentos y reptiformes.

Ataxia: Daño en el cerebelo. Trastorno de la coordinación y de la estática.

Mixtos: Frecuentemente nos encontramos con un problema motor en el que se asocian estos dos tipos:

- s Traumatismos craneoencefálicos. Son consecuencia de las lesiones localizadas (producidas por contusiones) o difusas (ocasionadas por conmoción) del cerebro, resultado de la sacudida de la masa encefálica en la caja craneana.
- s Tumores

Ü **Origen espinal:**

- s **Espina bífida:** La espina bífida es una enfermedad congénita en la que las vértebras no se desarrollan bien en el embrión, dejando una hendidura en la región lumbar o en la región lumbar sacra posterior, por donde sale la médula espinal. Cuanto más baja se localice la malformación, menor serán las secuelas.
- s Poliomiелitis anterior aguda.
- s Lesiones medulares degenerativas.
- s Enfermedad de Werding-Hoffmann
- s Ataxia de Friedreich.
- s Traumatismos medulares. Son consecuencia de las lesiones completas o parciales de una parte de la médula a un nivel dado, resultante de una fractura o luxación vertebral accidental.

- **Referidas al sistema muscular:**

- **Ü Origen muscular:**

- S Miopatías: Son alteraciones motrices de origen muscular caracterizadas por una alteración enzimática que disminuye la efectividad de la fuerza de los músculos. Es de origen genético y se distribuye de forma bilateral y simétrica.
- S Distrofias musculares: progresivas caracterizadas por una disminución de la fuerza muscular voluntaria.

- **Referidas al sistema óseo articular:**

- **Ü Origen óseo-articular:**

- S Malformaciones congénitas: Amputaciones congénitas (Ausencia congénita de un miembro), Luxación congénita de caderas, Artrogriposis.
- S Distrofias: Osteogénesis imperfecta. También llamada de los “huesos de cristal”; se produce por una mineralización insuficiente, produciendo un retardo en el crecimiento y deformaciones generales que dan lugar a numerosas caídas y repetidas fracturas.
- S Microbianas: Osteomielitis aguda, Reumatismos de la infancia, Reumatismo articular agudo, Reumatismo crónico.
- S Lesiones osteoarticulares por desviaciones del raquis:
 - Cifosis. Exageración de la convexidad posterior dorsal.
 - Lordosis. Exageración de la curvatura anterior lumbar.
 - Escoliosis. Curvatura lateral del raquis. (pps. 5.6.7)

2.3. Definición de Términos Básicos

Anodoncia: Es la Falta de uno o varios dientes en la arcada.

Biopelícula: Es un ecosistema microbiano organizado, conformado por uno o varios microorganismos asociados a una superficie viva o inerte, con características funcionales y estructuras complejas. Este tipo de conformación microbiana ocurre cuando las células planctónicas se adhieren a una superficie o sustrato, formando una comunidad, que se caracteriza por la excreción de una matriz extracelular adhesiva protectora.

Bruxismo: Es el hábito involuntario de rechinar o apretar los dientes.

Caries: Es la destrucción del tejido dental, causado por la presencia de ácidos que resultan de la acción de microorganismos de la biopelícula sobre la sacarosa proveniente de la dieta, el cual es depositada en las superficies dentales.

Dentición: Es el proceso de formación, salida y desarrollo de los dientes.

Discapacidad: Es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para cualquier ser humano. Se caracteriza por insuficiencias o excesos en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria, que pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos.

Edema: Es la inflamación blanda de una parte del cuerpo, que cede a la presión y es ocasionada por la serosidad infiltrada en el tejido celular.

Esclerosis: Es el endurecimiento patológico de un órgano o tejido debido a un incremento de los tejidos conjuntivos.

Estomatología: de la medicina que trata de las enfermedades de la boca del hombre.

Frenectomía: Es la extirpación quirúrgica de una banda muscular que une la lengua (frenillo lingual) o labio inferior (frenillo labial) a la encía.

Gingivitis: Es una enfermedad periodontal que implica una inflamación de la gingiva (encía) en la que el epitelio de unión permanece unido al diente en su nivel original.

Gingivectomía: Es la incisión de la encía, proporciona visibilidad y accesibilidad para la eliminación de los cálculos y un alisado minucioso de las raíces, creando un ambiente favorable para la cicatrización gingival y restauración de un contorno gingival fisiológico.

Macroglosia: Es el aumento de volumen de la lengua.

Maloclusiones: Es el mal alineamiento de los dientes o a la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí.

Neuralgia: Es un dolor continuo a lo largo de un nervio y de sus ramificaciones, por lo común sin fenómenos inflamatorios y sin afectación de la función motora.

Oclusión: Posición de contacto dental entre las arcadas.

Parestesia: Es una sensación o conjunto de sensaciones anormales y especialmente el hormigueo, adormecimiento o ardor que experimentan en la piel ciertos enfermos.

Periodontitis: Es una enfermedad inflamatoria de los tejidos de soporte de los dientes caracterizada por la pérdida de la inserción del epitelio de unión, provocada por microorganismos o grupos de microorganismos específicos, que tiene como resultado la destrucción progresiva del ligamento periodontal y el hueso alveolar.

Profilaxis: Aplicación de medidas para prevenir la aparición de enfermedades.

Psicomotricidad: Es la técnica o conjunto de técnicas que tienden a influir en el acto intencional o significativo, para estimularlo o modificarlo, utilizando como mediadores la actividad corporal y su expresión simbólica. El objetivo, por consiguiente, de la psicomotricidad es aumentar la capacidad de interacción del sujeto con el entorno.

Trigémico: Es uno de los nervio del cráneo (V par craneal) de carácter sensitivo y motor que sensibiliza varias partes de la cara: el trigémico se divide en tres ramas: oftálmica, maxilar superior y maxilar inferior.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLOGICO.

La metodología del proyecto incluye el tipo o tipos de investigación, las técnicas y los procedimientos que serán utilizados para llevar a cabo la indagación. Es el “como” se realizara el estudio para responder al problema planteado.

Según Arias (2006, p.18) explica el marco metodológico como el “Conjunto de pasos, técnicas y procedimientos que se emplean para formular y resolver problemas” este método se basa en la formulación de hipótesis las cuales pueden ser confirmadas o descartadas por medios de investigaciones relacionadas al problema.

En deducción, el marco metodológico, de la actual investigación donde se plantea la prevalencia de patologías bucales en pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores en el servicio de fisioterapia del Hospital Central de Maracay estado Aragua, donde fue imprescindible evaluar al detalle, el conjunto de métodos, técnicas y protocolos instrumentales que se emplearon en el proceso de recolección de los datos requeridos en la investigación propuesta.

3.1 Tipo de Investigación.

Según Palella y Martins (2004), indican que el tipo de investigación es la clase de estudio que se va a realizar. Orienta sobre la finalidad general del estudio y sobre la manera de recoger las informaciones o datos necesarios (p, 82).

En este sentido se realizó una investigación de tipo descriptiva con modalidad de campo, ya que se recaudó una serie de datos en los pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores en el servicio de fisioterapia del Hospital Central de Maracay.

Según Rivas (1995) señala que la investigación descriptiva, “trata de obtener información acerca del fenómeno o proceso, para describir sus implicaciones”. Este tipo de investigación, no se ocupa de la verificación de la hipótesis, sino de la descripción de hechos a partir de un criterio o modelo teórico definido previamente. En la investigación se realiza un estudio descriptivo que permite poner de manifiesto los conocimientos teóricos y metodológicos del autor para darle la solución al problema a través de información obtenida de la institución.

Se considera como modalidad de campo ya que según Arias F. (1999) “consiste en la recolección de datos directamente de la realidad sin manipular o controlar variable alguna” de acuerdo a este principio se realiza y consulta directamente donde se desarrolla el problema siendo este el servicio de fisioterapia del Hospital Central de Maracay Estado Aragua.

3.2 Diseño de la Investigación

Según Balestrini (2006) define el diseño de investigación como el plan global de investigación que integra de un modo coherente y adecuadamente correctas técnicas de recolección de datos a utilizar, análisis previstos y objetivos. El diseño de una investigación intenta dar de manera clara y no ambigua respuestas a las preguntas planteadas en la misma (p, 131.)

Por ello durante el desarrollo de investigación se aplicó un diseño transaccional descriptiva no experimental, teniendo como objetivo indagar la incidencia y los valores en lo que manifiestan una o más variables dentro del enfoque cuantitativo (Hernández, Fernández y Baptista, 2003). El procedimiento consiste en medir o ubicar a un grupo de personas, objetos, situaciones, contextos, fenómenos en una variable o concepto y

proporcionar su descripción (Hernández, Fernández y Baptista, 2003), sin manipular o controlar variable alguna, es decir, el investigador obtiene la información pero no altera las condiciones existentes. De allí su carácter de investigación no experimental. (Arias, 2006, p.31).

3.3 Población.

Según Villarreal y Núñez (2001). “La población de estudio se refiere al conjunto de sujetos o unidades de observación que reúnen las características que se deben estudiar, que cumplen con los criterios de selección y a los cuales se desea extrapolar los resultados medidos y observados en la muestra”. Por lo tanto en esta investigación, la población estuvo comprendida por la totalidad de 47 pacientes que acudieron a consulta al área de rehabilitación del Servicio de Fisiatría del Hospital Central de Maracay durante el periodo Abril del 2015.

3.4 Muestra.

Con respecto a la muestra, Hernández (2003) la ha definido como subgrupos de las poblaciones elegidas para estudiar en ella determinados aspectos”. En otras palabras esta corresponde a una representativa parte que va hacer evaluada. Durante la investigación se seleccionó como muestra el 45% de la población que acudieron a consulta al servicio de fisiatría del Hospital Central de Maracay; de los cuales solo se le aplico el instrumento a los que presentaban discapacidad motriz de miembros superiores correspondiendo está a un total de 21 pacientes, sin distinción de edad y sexo para obtención de una muestra con un alto nivel de representatividad.

3.5 Técnica e Instrumentos de Recopilación de Datos

Las técnicas de recolección de datos hacen referencia a las distintas formas de obtener la información en la cual se puede citar la observación, la encuesta o el análisis de documento. Para recolectar la información se utilizó como técnica la observación, la cual

consiste “en el registro visual de lo que ocurre en la situación real, clasificando y consignando los acontecimientos pertinentes de acuerdo con algún esquema previsto y según con el problema que se estudia” (Flames2001).

Esta técnica fue necesaria para la evaluación clínica de los pacientes, al momento de determinar el registro epidemiológico para determinar la prevalencia de patologías bucales en los pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores en el servicio de fisioterapia del Hospital Central de Maracay.

Gutiérrez e Iglesias (2009), definen la historia clínica como un documento personal y confidencial en el que deben constar todos los datos de filiación del paciente y los referentes a los aspectos clínicos y económico administrativos (p, 18).

El instrumento recolección de datos que se utilizó para la investigación fue una guía de observación directa definitiva, en la cual, se diseñó un plan de trabajo para registrar la información de los objetivos de la investigación, el cual se le aplicó a la muestra.

3.6 Técnica de Análisis de Datos.

Balestrini (2006) indica que la técnica de análisis de datos tiene el propósito de resumir las observaciones llevadas a cabo de forma tal que proporcionen repuestas a las interrogantes de investigación. El análisis implica el establecimiento de categorías, la ordenación y manipulación de los datos para resumirlos y poder sacar algunos resultados en función de las interrogantes de la investigación (p, 169).

El análisis de los datos recopilados se efectuó utilizando estadística descriptiva, mediante la cual según Ary, Jacobs y Razavieh (1982) usa el recurso de la descripción, es decir, tabulación de datos, frecuencias, representaciones gráficas análisis descriptivos entre otras.

De esta manera se representaron los datos recopilados a través de graficas descriptivas y cuadros estadísticos.

Hurtado (2001), deja claro que la recolección de datos está en función del tipo de investigación, el contexto y la fuente, la temporalidad y el número de mediciones y por último en función de la amplitud del foco.

3.7 Procedimientos.

Para determinar la prevalencia de patologías bucales en pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores en el servicio de fisioterapia del Hospital Central de Maracay, los investigadores efectuaron un examen clínico odontológico en los pacientes, comprendido por una evaluación visual y táctil utilizando espejo bucal y explorador. Fue necesario recolectar el mayor número de información necesaria de la muestra clasificando los datos de la siguiente manera:

- Describir las características buco-dentarias de acuerdo a la higiene bucal, clínicas epidemiológicas en los pacientes correspondientes a la discapacidad motriz de miembros superiores.
- Identificar los tipos de patologías bucales en los pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores.
- Determinar el nivel de higiene oral en los pacientes con discapacidad motriz mediante el índice de higiene oral simplificado (IHOS)

Con estos datos, se pudo establecer con qué frecuencia o prevalencia se asocian estas alteraciones bucales en pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores que acuden al servicio de fisioterapia del Hospital Central de Maracay.

3.8 Variables.

Una variable es una propiedad que puede variar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse.

Según Bavaresco (2007), representan diferentes condiciones, cualidades, características o modalidades que asumen los objetos en estudios desde el inicio de la investigación.

Briones (1987) una variable es una propiedad, característica o atributo que puede darse en ciertos sujetos o pueden darse en grados o modalidades diferentes, son conceptos clasificatorios que permiten ubicar a los individuos en categorías o clases y son susceptibles de identificación y medición.

Tabla N°1 Cuadro Técnico Operativo de Variable.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Ítem
Características Epidemiológicas	Consiste en describir y caracterizar un problema de salud colectivo. Se enumera la distribución y magnitud de las enfermedades.	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo 	1
Discapacidad Motriz	Es la ausencia o restricción de la respuesta motora que presenta una persona a causa de una secuela, que limita la interacción con el entorno y/o medio, que esta originada por un déficit motor.	Clasificación según su origen <ul style="list-style-type: none"> • Origen Cerebral • Origen Espinal • Origen Muscular • Origen Óseo-articular 	2 4
Nivel De Higiene Bucal	Determina el cálculo de los hábitos higiénicos, que posee el paciente en momento determinado.	Índice de Higiene Oral Simplificado. (IHOS) <ul style="list-style-type: none"> • Bueno • Regular • Malo 	6
Enfermedades Bucales	Son lesiones orales que forman parte de un cuadro clínico como: Caries: es la destrucción de los tejidos de los dientes causada por la presencia de ácidos producidos por las bacterias de la placa depositada en las superficies dentales.	<ul style="list-style-type: none"> • Caries 	5
	Enfermedad Periodontal: es la infección causada por las bacterias presentes en la biopelícula (placa dental) que se forma en las superficies bucales y representa varias entidades nosológicas.	Enfermedad periodontal. <ul style="list-style-type: none"> • Gingivitis • Periodontitis leve • Periodontitis moderada • Periodontitis Avanza 	2

Fuente: Colmenares y Miquilena, 2015

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se presenta la interpretación de la información obtenida de los instrumentos aplicados a la muestra seleccionada, en forma de cuadros y gráficos estadísticos, además del análisis de los resultados.

Para Hurtado (2000), el propósito del análisis es aplicar un conjunto de estrategias y técnicas que le permiten al investigador obtener el conocimiento que estaba buscando, a partir del adecuado tratamiento de los datos corregidos.” (Pág. 181). Después de obtener los datos producto de la aplicación de los instrumentos de investigación, se procedió a codificarlos, tabularlos y toda esa información se procesó a través de la estadística descriptiva y se organizó de acuerdo a los objetivos planteados.

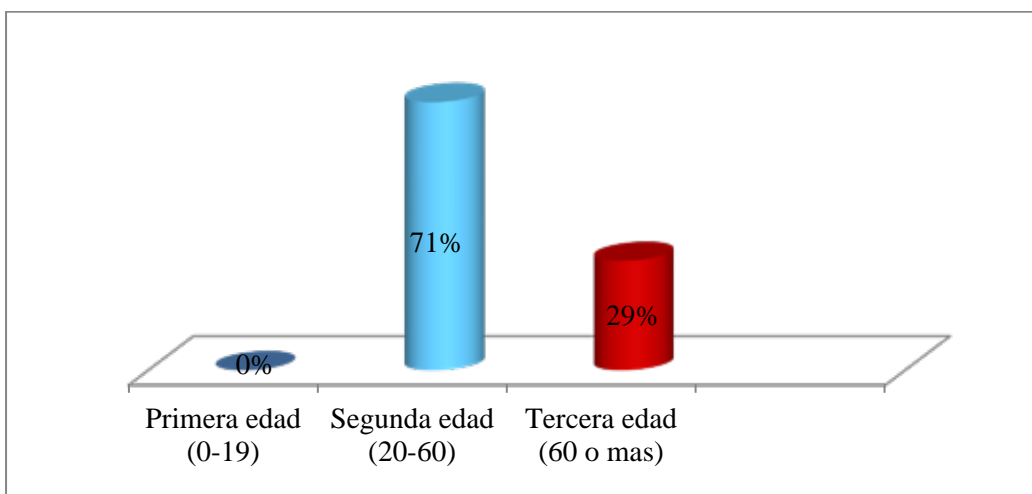
Características Epidemiológicas

La prevalencia de pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores que asistieron al área de rehabilitación del Servicio de Fisiatría del Hospital Central de Maracay, según edad, el rango con mayor predominio fue el de 20-60 años con un 71%, seguido por el de 61 o más años que comprende un 29% y en menor porcentaje de 0-19 años con un 0%. (Ver Tabla N° 2 y Grafico N° 1)

Tabla N° 2 Distribución según edad de los pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores que asistieron al área de rehabilitación del Servicio de Fisiatría del Hospital Central de Maracay Estado Aragua, durante el año 2015.

Edad	N	%
Primera edad (0-19)	0	0%
Segunda edad (20-60)	15	71%
Tercera edad (60 o mas)	6	29%
TOTAL	21	100%

Fuente: Colmenares y Miquilena, 2015



Fuente: Colmenares y Miquilena, 2015

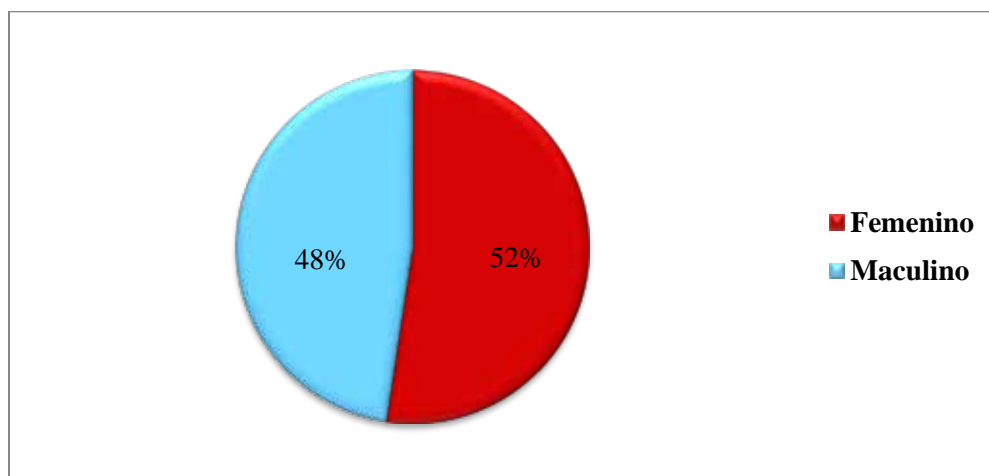
Gráfico N° 1 Distribución según edad de los pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores que asistieron al área de rehabilitación del Servicio de Fisiatría del Hospital Central de Maracay Estado Aragua, durante el año 2015.

La prevalencia de pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores que asistieron al área de rehabilitación del Servicio de Fisiatría del Hospital Central de Maracay, según sexo, el rango con mayor predominio fue el del género femenino con un 52%, mientras que el del género masculino fue de 48%. (Ver Tabla N° 3 y Gráfico N° 2)

Tabla N° 3 Distribución según sexo de los pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores que asistieron al área de rehabilitación del Servicio de Fisiatría del Hospital Central de Maracay Estado Aragua, durante el año 2015.

Sexo	N	%
Femenino	11	52%
Masculino	10	48%
TOTAL	21	100%

Fuente: Colmenares y Miquilena, 2015



Fuente: Colmenares y Miquilena, 2015

Gráfico N° 2 Distribución según sexo de los pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores que asistieron al área de rehabilitación del Servicio de Fisiatría del Hospital Central de Maracay Estado Aragua, durante el año 2015.

Discapacidad Motriz Según Origen

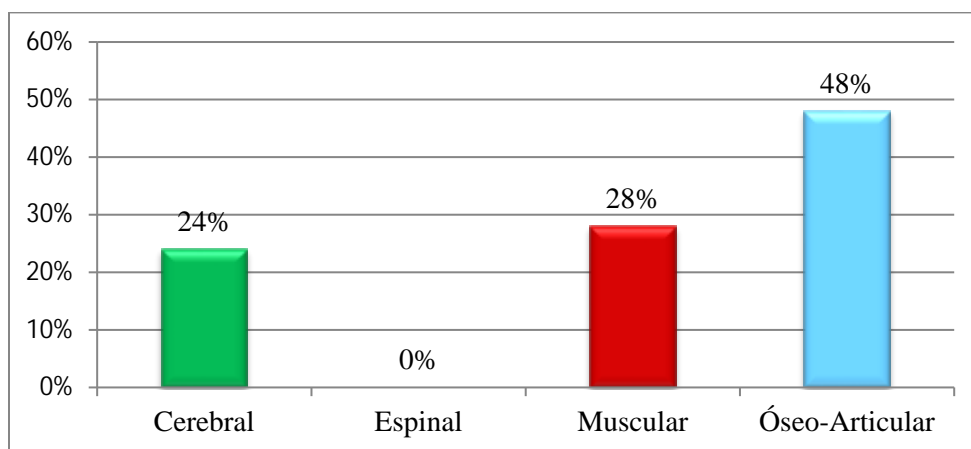
Se encontró que en los pacientes estudiados en el área de rehabilitación del Servicio de fisiatría del Hospital central de Maracay, predominaron las discapacidades motrices de miembros superiores, originadas del sistema óseo-articular con un 48%, seguido de

muscular 28%, cerebral 24% y espinal totalmente ausente con un 0%. (Ver Tabla N° 4 y Grafico N° 3)

Tabla N° 4 Distribución de las discapacidades motrices de miembros superiores según origen en los pacientes que asistieron al área de rehabilitación del Servicio de Fisiatría del Hospital Central de Maracay Estado Aragua, durante el año 2015.

Según Origen	N	%
Cerebral	5	24%
Espinal	0	0%
Muscular	6	28%
Óseo-Articular	10	48%
TOTAL	21	100%

Fuente: Colmenares y Miquilena, 2015



Fuente: Colmenares y Miquilena, 2015

Grafico N° 3 Distribución de las discapacidades motrices de miembros superiores según origen en los pacientes que asistieron al área de rehabilitación del Servicio de Fisiatría del Hospital Central de Maracay Estado Aragua, durante el año 2015.

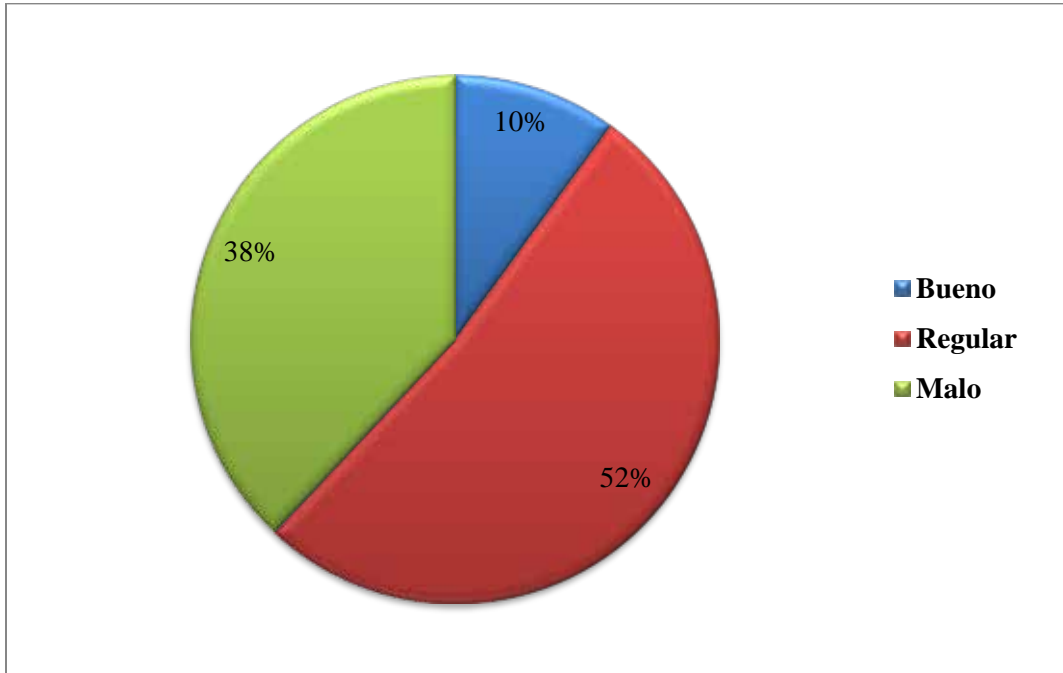
Nivel de Higiene Bucal

Atendiendo a los resultados expresados en la Tabla N° 5, respecto al Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) en los pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores en el área de rehabilitación del Servicio de Fisiatría del Hospital Central de Maracay, se verifica que un 52% de los pacientes presento una higiene bucal regular, seguido de un 38% con un índice de higiene bucal malo lo que conlleva a un surgimiento de enfermedades gingivales y periodontales, mientras que solo un 10% presento una higiene bucal buena. (Ver Tabla N° 5 y Grafico N° 4).

Tabla N°5 Distribución de acuerdo al Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) en los pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores que asistieron al área de rehabilitación del Servicio de Fisiatría del Hospital Central de Maracay Estado Aragua, durante el año 2015.

Índice de Higiene Oral simplificado (IHOS)	N	%
Bueno	2	10%
Regular	11	52%
Malo	8	38%
TOTAL	21	100%

Fuente: Colmenares y Miquilena, 2015



Fuente: Colmenares y Miquilena, 2015
Grafico N° 4 Distribución de acuerdo al Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) en los pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores que asistieron al área de rehabilitación del Servicio de Fisiatría del Hospital Central de Maracay Estado Aragua, durante el año 2015.

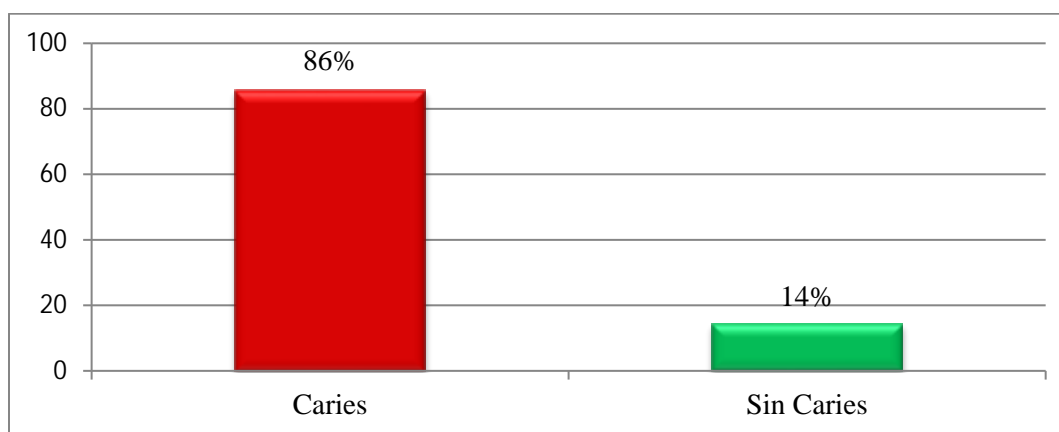
Enfermedades Bucales

Con respecto a las caries presentes en los pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores se encontró mayor prevalencia con un 86% de pacientes con caries, mientras que el restante 14% fueron de pacientes que no presentaron caries. (Ver Tabla N° 6 y Grafico N° 5).

Tabla N° 6 Distribución de acuerdo a la presencia de caries en los pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores que asistieron al área de rehabilitación del Servicio de Fisiatría del Hospital Central de Maracay Estado Aragua, durante el año 2015.

Enfermedad Bucal	N	%
Caries	18	86%
Sin Caries	3	14%
TOTAL	21	100%

Fuente: Colmenares y Miquilena, 201



Fuente: Colmenares y Miquilena, 2015

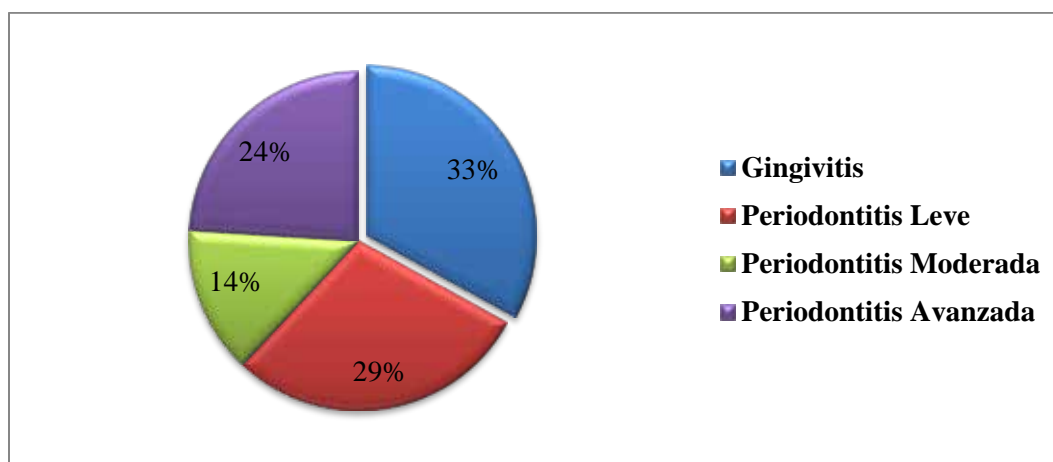
Grafico N°5 Distribución de acuerdo a la presencia de caries en los pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores que asistieron al área de rehabilitación del Servicio de Fisiatría del Hospital Central de Maracay Estado Aragua, durante el año 2015.

Con respecto a la presencia de enfermedad periodontal presentes en los pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores, se halló mayor prevalencia de gingivitis con un 33% de pacientes afectados, seguido de periodontitis leve con un 29%, un 24% de periodontitis avanzadas y en menos relevancia un 14% de periodontitis moderada. (Ver Tabla N° 7 y Grafico N° 6).

Tabla N° 7 Distribución de acuerdo a la presencia de enfermedad periodontal en los pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores que asistieron al área de rehabilitación del Servicio de Fisiatría del Hospital Central de Maracay Estado Aragua, durante el año 2015.

Enfermedad Bucal	N	%
Gingivitis	7	33%
Periodontitis Leve	6	29%
Periodontitis Moderada	3	14%
Periodontitis Avanzada	5	24%
TOTAL	21	100%

Fuente: Colmenares y Miquilena, 2015



Fuente: Colmenares y Miquilena, 2015

Grafico N° 6 Distribución de acuerdo a la presencia de enfermedad periodontal en los pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores que asistieron al área de rehabilitación del Servicio de Fisiatría del Hospital Central de Maracay Estado Aragua, durante el año 2015.

Análisis de los Resultados

Este estudio tuvo como fin investigar la prevalencia de patologías bucales en pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores que asistieron al área de rehabilitación del Servicio de Fisiatría del Hospital central de Maracay, Estado Aragua 2015.

Los antecedentes investigativos Martini S. (2011), mostraron que la mayoría de los pacientes con discapacidad parcial o totalmente en forma definitiva o transitoria, presentaron el 100% alguna patología oral (caries), 28% de gingivitis, por ello en este estudio se verificó la hipótesis, según la cual los pacientes portadores de discapacidades motrices de miembros superiores generalmente padecen de alguna enfermedad bucal, ya que en este estudio se encontró que el 100% de los pacientes presentaron alguna manifestación bucal, siendo en mayor porcentaje con 86% de pacientes con caries.

Investigaciones además como la de Sáez y Castejón; (2008), han indicado que la mayor prevalencia de enfermedades bucales en pacientes incapacitados fue de 85% presentaba sarro, gingivitis el 57,8%, periodontitis leve el 11,1%, periodontitis moderada el 2,2% y periodontitis severa el 2,2%, coincidiendo con los resultados obtenidos en la presente investigación ya que el índice de higiene bucal en los pacientes evaluados con discapacidad motriz de miembros superiores fue de 52% regular, seguido de un 38% malo, mientras que en la enfermedades periodontales fue un porcentaje más elevado con gingivitis con un 33%, periodontitis leve 29%, periodontitis moderada 14% y periodontitis avanzada con un 24%.

Los resultados encontrados en esta investigación indican que el mayor porcentaje de las manifestaciones bucales presentes en los pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores evaluados fue de caries, seguido de gingivitis causado por la incorrecta higiene bucal producto de sus discapacidades.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Finalizado este estudio se concluye que:

- La discapacidad motriz de miembros superiores afecta mayormente a pacientes entre edades comprendidas de 20-60 años de edad con un 71% con prevalencia de sexo femenino de 52%.
- La discapacidad motriz de miembros superiores según su origen la más relevante fue la de origen óseo-articular con un 48%.
- El índice de higiene bucal simplificado (IHOS) con mayor prevalencia fue el regular con 52% lo que evidencia una deficiente higiene bucal.
- Así mismo se observó que los pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores, tienen una alta incidencia de caries 86% y enfermedades periodontales como gingivitis 33%, debido a una serie de factores locales y ambientales como: poca destreza para una buena higiene bucal originando el acumulamiento de comida en la boca; poca habilidad en el cepillado dental, falta de orientación o educación sobre las técnicas de cepillado a emplear.

5.2 Recomendaciones

Al conocer la alta prevalencia de patologías bucales en los pacientes con discapacidad motriz de miembros superiores, se puede determinar las necesidades de higiene bucal y la importancia de establecer programas preventivos odontológicos.

- Diseñar y aplicar un programa educativo orientado a los pacientes que presentan discapacidad motriz de miembros superiores para lograr motivación e interés en su salud bucal ya que son más susceptibles a enfermedades bucales.
- Implementar estrategias de atención en salud bucal acorde a las necesidades de la población que presenta discapacidad motriz a fin de poder brindarle a estos individuos planes de tratamientos adecuados a su condición y necesidades y una mejor calidad de vida.
- Difundir la información obtenida en esta investigación a los organismos competentes con el fin de que esta sea un insumo para la planificación de nuevas estrategias y planes de salud bucal en pacientes con discapacidad motriz, orientadas a controlar y disminuir la incidencia de enfermedades bucales en estos pacientes.

REFERENCIAS

- Arias Fidas (2006) **El proyecto de investigación**. Ed. 5ta, editorial Episteme, C.A.
Caracas-Venezuela
- Ary, L., Ch. Jacobs y A. Razavieh (1982). **Introducción a la investigación pedagógica**, 2.,
ed, Ed. Interamericana, México
- Balestrini Acuña. Miriam (2006). **Como se elabora el proyecto de investigación**. ed. 7ma.
Caracas-Venezuela.
- Bavaresco, A. (2007). **Metodología de la Investigación**. Nomos S.A. Serie Mc GrawHill.
Bogotá.
- Briones, G. (1987) **Curso avanzado de Técnicas de Investigación Social aplicadas a la
Educación PIIE**, Santiago- Chile
- Díaz, A. (2010). **Discapacidad Motora**, Disponible en la Página web:
[http://www.csicsif.es/andalucia/modules/modense/revista/pdf/Numero28/ALVARO
DIAZ2.pdf](http://www.csicsif.es/andalucia/modules/modense/revista/pdf/Numero28/ALVARO_DIAZ2.pdf)
- Enlow, D. (2003). **La biología del crecimiento Facial (Las Bases Anatómicas De
LasMaloclusiones)**. Ediciones Medico Odontológicas Latinoamericanas.
- Flames A. (2001). **Como elaborar un trabajo de grado de enfoque cuantitativo**.
Caracas: IPASME

- González, J. (2012). **Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Patologías Bucales**. Edición México, Distrito Federal.
- Hernández S. R., Fernández C. C. y Baptista P.L., (2003). **Metodología de la investigación**. Segunda Edición. Mc Graw Hill Interamericana, S.A. México
- Hurtado L y Toro G. J. (2001). **Paradigmas y Métodos de Investigación**. Editorial Espíteme. Valencia
- Sierra, María Teresa. (1994). **Dificultades Motoras**. Capítulo 14. Pág. 360; en Molina García, Santiago (compilador). Bases Psicopedagógicas de la Educación Especial. Marfil — Alcoy. España.
- Stefania Martini Narvaez (2011). **“Índice de Enfermedades Orales en Pacientes Discapacitados del C.R.M. Infa Guayaquil”**, Disponible en la Página web: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/849/1/T-UCSG-PRE-MED-ODON-11.pdf>
- Rivas G. (1995). **Investigación científica en Ciencias de Salud**. Editorial Interamericana. México
- ParellaStracuzzi. Santa y Martins Pestana. Filiberto (2003). **Metodología de la investigación cuantitativa**. Ed. 1ra. Caracas-Venezuela. Editorial Once C.A.

ANEXOS

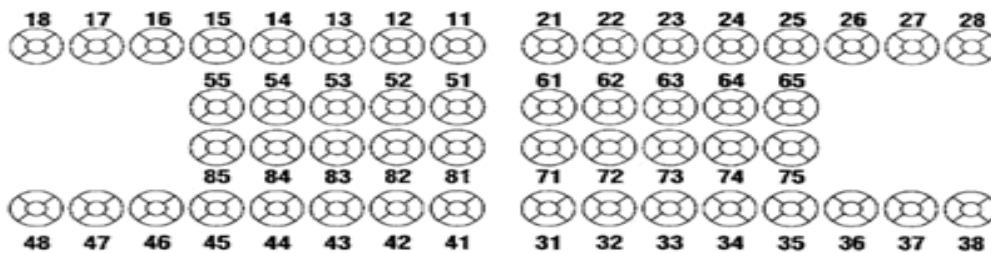


ANEXO A

**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CARRERA: ODONTOLOGÍA**

Nombre y Apellido:	Edad:	Sexo:
Procedencia:		
Diagnóstico General:		
Diagnostico Bucal:		
Gingivitis <input type="checkbox"/> Periodontitis Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Avanzada <input type="checkbox"/>		
Discapacidad Motriz Según Origen:		
Cerebral <input type="checkbox"/> Espinal <input type="checkbox"/> Muscular <input type="checkbox"/> Ósea- articular <input type="checkbox"/>		

ODONTODIAGRAMA



IHOS Inicial			IHOS Final		
16/55	11/51	26/65	16/55	11/51	26/65
46/85	41/81	36/75	46/85	31/81	36/75
IMA _____		IC _____	IHOS _____		