

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA
OCUPACIONAL**



TRABAJO DE GRADO:

**EFICACIA DE TECNICAS DE HABILITACION ORAL EN NIÑOS
CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL, QUE PRESENTAN
PROBLEMAS DE ALIMENTACION ATENDIDOS EN LA
COMUNIDAD MONSEÑOR ROMERO, USULUTAN, AÑO 2017**

PRESENTADO POR:

**ROSEMARY JEANNETTE BOLAÑOS ROMERO
JOSE RODOLFO CASTILLO TORUÑO
MELVIN ULISES SANCHEZ ZELAYA**

PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE:

LICENCIADO EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL

DOCENTE ASESOR:

LICENCIADA: YESSENIA MARGARITA MEJIA ROSALES

CIUDAD UNIVERSITARIA ORIENTAL, SEPTIEMBRE DE 2017

SAN MIGUEL EL SALVADOR CENTRO AMERICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS

RECTOR

DOCTOR MANUEL DE JESUS JOYA

VICE-RECTOR ACADEMICO

INGENIERO NELSON BERNABE GRANADOS

VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO

MAESTRO CRISTÓBAL RÍOS

SECRETARIO GENERAL

LICENCIADO RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARIN

FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDICCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

INGENIERO JOAQUIN ORLANDO MACHUCA GOMEZ

DECANO

LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DIAZ

VICEDECANO

LICENCIADO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNANDEZ

SECRETARIO

LICENCIADO JORGE PASTOR FUENTES CABRERA

DIRECTOR GENERAL DE PROCESO DE GRADUACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AUTORIDADES

DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

LICENCIADA XOCHILT PATRICIA HERRERA CRUZ

COORDINADORA DE LA CARRERA DE FISIOTERAPIA Y

TERAPIA OCUPACIONAL

LICENCIADA XOCHILT PATRICIA HERRERA CRUZ

COORDINADORA DE PROCESO DE GRADO DE LA CARRERA

DE LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA

OCUPACIONAL

ASESORES

LICENCIADA YESSENIA MARGARITA MEJIA ROSALES

DOCENTE DIRECTOR

LICENCIADA XOCHILT PATRICIA HERRERA CRUZ

ASESORA DE METODOLOGIA

TRIBUNAL CALIFICADOR

LICENCIADA YESSENIA MARGARITA MEJIA ROSALES

DOCENTE ASESOR

LICENCIADA LUZ ESTELI GUEVARA DE DIAZ

TRIBUNAL CALIFICADOR

LICENCIADA DILSIA CAROLINA ORTÍZ DE BENITEZ

TRIBUNAL CALIFICADOR

DEDICATORIAS

A Dios todo poderoso por permitirnos lograr este sueño, por iluminarnos y darnos sabiduría y la fuerza necesaria en cada momento para alcanzar nuestro objetivo.

A nuestra familia: por su abnegación, comprensión y brindarnos su apoyo.

A nuestros docentes de la carrera de licenciatura en fisioterapia y terapia ocupacional por sus enseñanzas y brindarnos sus conocimientos, a **nuestra docente asesora** por su comprensión, ayuda y orientación y paciencia

A nuestros niños de la Comunidad Monseñor Romero a los cuidadores por contribuir a la realización de este proyecto, por brindarnos su confianza por su amor y amistad para con nosotros.

GRACIAS A TODOS, DIOS LES BENDIGA.

Rosemary, Melvin, Rodolfo.

AGRADECIMIENTOS.

A Dios gracias por haberme permitido lograr una de mis metas principales el haber concluido mi carrera gracias por cuidarme en mi camino cada día durante este tiempo por darme la fortaleza de afrontar todo lo que se presentaba por iluminarme y guiarme por el camino del bien sin ti DIOS no soy nada.

A mi papá Adán Bolaños: gracias infinitas por su apoyo incondicional, creo que en toda mi vida no terminare de agradecer ni pagarle todo lo que ha hecho por mí se lo que le ha costado y con mucho sacrificio y esfuerzo me ha ayudado a terminar mi carrera para mí es la mejor herencia que me pudo haber dado me ha dado la mejor arma para defenderme en la vida, gracias por aconsejarme y orar por mí cada vez que salgo de casa, gracias por educarme con disciplina y paciencia, por inculcarme la palabra de Dios para ser una persona de bien, humilde de buen corazón. Es el hombre más fuerte que conozco.

A mi mamá Magdalena de Bolaños: gracias por ser mi mejor amiga, por apoyarme en todo momento por sus consejos por estar siempre a mi lado cuando lo he necesitado, se también el esfuerzo que ha hecho mi hermana y por mí sin duda usted es una mujer ejemplo a seguir sin su ayuda y la de mi papá nunca hubiera logrado cumplir uno de mis sueños, sin ustedes dos no estaría donde estoy mil gracias los amo.

A mis hermanos, Ezequiel y Elizabeth Bolaños: gracias por tus consejos hermana por tu apoyo por siempre cuidarme y preocuparte por mí y gracias por darme una sobrina hermosa que llena de alegría mis días, sé que nuestro hermano desde el cielo nos cuida, siempre estará en nuestros corazones.

A mis amigos: Silvia Martínez, Anita Mitjavila, Andrea Cortez, Luly Landaverde, Sara Flores, Edwin Gálvez. Le doy gracias a Dios por haberlos puesto en mi camino. Gracias por su amistad sincera, por estar siempre para mí, en mi vida son muy importantes. Gracias en especial a mis compañeras y amigas de toda la carrera **Stefanía Domínguez, Erika Mendoza.** Por haberme permitido compartir con ustedes todos estos años, por todas los desvelos juntas, alegría y tristezas y ahora podemos decir logramos nuestra meta. Dios los bendiga siempre. Los quiero mucho.

A mis compañeros de tesis Melvin Sánchez, Rodolfo Toruño. Por haber llevado a cabo este proyecto tan importante en nuestras carreras.

**“MIRA QUE TE MANDO QUE TE ESFUERCES Y SEAS
VALIENTE; NO TEMAS NI DESMAYES, PORQUE TU DIOS
ESTARA CONTIGO A DONDE QUIERA QUE VAYAS.”**

Josué 1:9

Rosemary Jeannette Bolaños Romero.

**EFICACIA DE TECNICAS DE HABILITACION ORAL EN
NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL, QUE
PRESENTAN PROBLEMAS DE ALIMENTACION ATENDIDOS
EN LA COMUNIDAD MONSEÑOR ROMERO, USULUTAN,
PERIODO MAYO A JULIO DE 2017**

INDICE

CONTENIDO	PAG.
LISTA DE TABLAS.....	XIV
LISTA DE FIGURAS.....	XV
LISTA DE ANEXOS.....	XVI
SINOPSIS.....	XVII
INTRODUCCION.....	XVIII

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1 Antecedente de la problemática.....	21
1.2 Enunciado del problema.....	24
1.3 Justificación del estudio.....	25
1.4 Objetivos de la investigación.....	27
1.4.1 Objetivo general.....	27
1.4.2 Objetivos específicos.....	27

CAPITULO II: FUNDAMENTACION TEORICA.

2. Fundamentación teórica.....	29
2.1 Base teórica.....	29
2.1.1 Parálisis cerebral infantil.....	29
2.1.2 Clasificación de la discapacidad derivada de la parálisis cerebral.....	30
2.1.3 Causas de la parálisis cerebral infantil.....	31
2.1.4 Clasificación de la parálisis cerebral según la extensión del daño.....	32

2.1.5 Problemas asociados de la parálisis cerebral.....	32
2.1.6 Desarrollo normal del aparato motor oral.....	32
2.1.7 Fases del proceso de la deglución.....	34
2.1.8 Desarrollo anormal del aparato motor oral.....	35
2.1.9 Problemas de alimentación en pacientes con trastornos psicomotores.....	35
2.2 Técnicas de rehabilitación oral en parálisis cerebral.....	37
2.3 Posturas para la alimentación en niños con parálisis cerebral.....	40
2.4 Definición de términos básicos.....	41

CAPITULO III. SISTEMA DE HIPOTESIS.

3 Sistema de hipótesis.....	43
3.1 Hipótesis de trabajo.....	43
3.2 Hipótesis nula.....	43
3.3 Operacionalización de las hipótesis.....	44

CAPITULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO.

4. Diseño metodológico.....	46
4.1 Tipo de investigación.....	46
4.2 Población.....	46
4.3 Muestra.....	46
4.4 Criterios para establecer la muestra.....	46
4.4.1 Criterios de inclusión.....	46
4.4.2 Criterios de exclusión.....	47
4.5 Tipo de muestreo.....	47

4.6 Técnicas e instrumentos de recopilación de datos.....	47
4.7 Instrumentos.....	47
4.8 Materiales.....	48
4.9 Procedimiento.....	48
4.9.1 Planificación.....	48
4.9.2 Ejecución.....	48
4.10 Consideraciones éticas.....	49

CAPITULO V: PRESENTACION DE RESULTADOS

5. Presentación de los resultados.....	51
5.1 Tabulación, análisis e interpretación de los resultados.....	51
5.2 Prueba de hipótesis.....	71

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6. Conclusiones y recomendaciones.....	75
6.1 Conclusiones.....	75
6.2 Recomendaciones.....	76
6.3 Referencias bibliográficas.....	92

LISTA DE TABLAS Y GRAFICAS

TABLAS Y GRAFICAS	NUMERO DE PAG.
TABLA No 1: Distribución de la población por edad y sexo.....	52
TABLA No 2: Deformidades que presentan los niño/as.....	54
TABLA No 3: Evaluación inicial y final del tono muscular.....	56
TABLA No 4: Evaluación inicial y final de la sensibilidad.....	58
TABLA No 5: Evaluación inicial y final de la coordinación.....	60
TABLA No 6: Evaluación inicial y final de sialorrea.....	63
TABLA No 7: Evaluación inicial y final de succión.....	65
TABLA No 8: Evaluación inicial y final de masticación y deglución.....	67
TABLA No 9: Evaluación inicial y final del tipo de alimentos.....	69

LISTA DE FIGURAS

FIGURAS	N° DE PAG.
FIGURA 1: Clasificación de la parálisis cerebral según la extensión del daño.....	78
FIGURA 2: Estructura del aparato motor oral.....	78
FIGURA 3: Proceso de la deglución.....	78
FIGURA 4: Fases de la deglución.....	79
FIGURA 5: Posición 1 sentado en silla de rueda para la alimentación.....	79
FIGURA 6: Posición 2 sentado en los brazos.....	79
FIGURA 7: A creatividad del padre.....	80
FIGURA 8: Estimulación con hielo.....	80
FIGURA 9: Estiramiento de los orbiculares de los labios.....	80
FIGURA 10: Ejercicios isotónicos.....	81
FIGURA 11: Técnica para favorecer el reflejo de mordida.....	81
FIGURA 12: Técnica para favorecer el reflejo de mordida.....	81
FIGURA 13: Técnica para inhibir la protrusión lingual.....	82
FIGURA 14: Terapia física grupales con los padres y niño/as con PCI.....	82

LISTA DE ANEXOS

ANEXOS	N° DE PAG.
ANEXO 1: Guía de entrevista a padres de niños con diagnóstico de PCI espática...	84
ANEXO 2: Ficha de evaluación física.....	86
ANEXO 3: Certificado de consentimiento.....	88
ANEXO 4: Cronograma de actividades a desarrollar en el proceso de ejecución durante el periodo de Mayo a Julio de 2017.....	89
ANEXO 5: Cronograma de actividades a desarrollar en el proceso de graduación ciclo I y II año 2017.....	90
ANEXO 6: Presupuesto y financiamiento.....	91

SINOPSIS

La parálisis cerebral infantil es una de las patologías más comunes en el Salvador siendo así un factor predisponente en la etapa prenatal perinatal y posnatal del desarrollo del niño, donde cuyo origen del daño está localizado en el sistema nervioso central. Eso implica que los niños con PCI presentan alteraciones del tono muscular, déficit o trastornos cognitivos e incapacidades en diferentes grados para controlar los movimientos, lo que conlleva a la problemática en la incapacidad de poder controlar movimientos más precisos de musculatura oral para realizar una adecuada alimentación, viéndose reflejado en la mal nutrición que presentan los niños, debido a la poca ingesta de alimentos que les es proporcionado, agravándolo al otro factor que lo dificulta donde los cuidadores manifiestan que reciben poca o nula orientación por parte de las entidades correspondiente de la salud para enfrentar todas estas dificultades. Teniendo en cuenta esta problemática que presentan los niños se decidió realizar un trabajo de investigación, aplicando las técnicas de rehabilitación oral en la comunidad Monseñor Romero, Usulután, que en un inicio estuvo formada por 9 niños con diagnóstico de PCI entre las edades de 3 a 14 años obteniendo resultados positivos en el 100% de la muestra estudiada. Esta investigación se realizó con el objetivo de facilitarle al niño el proceso alimentario influyendo en la regulación de su tono muscular, y proporcionando diferentes estímulos para un mejor control de sus movimientos a nivel de mandíbula, lengua y labios, como también ayudarles en sus diferentes alteraciones de la sensibilidad que manifestaban y brindarle a los cuidadores el conocimiento y herramientas apropiadas para enfrentar esta problemática haciendo uso de las técnicas de rehabilitación oral en su diario vivir y con el fin de mejorar los aspectos antes mencionado, durante el proceso de ejecución se llevó a cabo una investigación cuantitativa, la cual nos permitió registrar y analizar los datos obtenidos en su evaluación inicial y compararlos con la evaluación final pudiendo concluir que las técnicas de rehabilitación oral son efectiva en el tratamiento de los problemas de alimentación en la Parálisis Cerebral Infantil, ya que se obtuvo mejoría significativa en el 100% de la muestra.

Palabras claves: Parálisis Cerebral Infantil, Técnicas de rehabilitación oral.

INTRODUCCION

La Parálisis Cerebral es un trastorno neuromotor no progresivo y permanente debido a una lesión o a una anomalía del desarrollo del cerebro inmaduro que produce dificultad para moverse y colocar el cuerpo en una determinada posición los músculos reciben una mala información procedentes de la zona del cerebro que se encuentra afectada y provoca una contracción excesiva o por el contrario muy poco o nada. La Parálisis Cerebral afecta al niño de por vida manifestando otros problemas como dificultades de la visión, la alimentación, oír, comunicarse, y el aprendizaje. El daño cerebral no empeora, pero a medida que el niño va creciendo, las secuelas se van haciendo más notables.

El enfoque principal de este trabajo es dar a conocer las características y los beneficios de las técnicas de rehabilitación oral que forma parte del tratamiento de los niño/as que presentan una parálisis cerebral infantil, y que manifiestan diferentes dificultades en la alimentación donde los estímulos proporcionados por estas técnicas le brindan experiencias sensoriales y propioceptivas que estimularan a que el niño desarrolle capacidades más precisas para el manejo y control del movimiento de la musculatura facial-oral , así mismo presentar la eficacia de dichos beneficios dentro de una muestra de niños con diagnóstico de Parálisis Cerebral Infantil que asisten actualmente a la Comunidad Monseñor Romero, Usulután por lo cual está estructurado con la visión de adecuar las diferentes técnicas de rehabilitación oral que facilita el proceso alimentario basado siempre en sus diferentes características que presenta cada niño con diagnóstico de PCI.

Este documento se ha estructurado en seis capítulos que se describen a continuación

CAPITULO I. Planteamiento del problema, este trabajo está estructurado con diferentes partes que cuenta con los antecedentes de la problemática, como una breve historia de la patología, las técnicas a implementar y el lugar donde se desarrolló la investigación, la justificación del desarrollo de esta investigación que manifiesta la importancia del porque y para quienes van dirigido los beneficios de estas técnicas ya sea de forma directa e indirecta; siempre contando con guía de los diferentes objetivos elaborados en base a la problemática planteada.

CAPITULO II. El marco teórico presenta el contenido sobre la definición de la Parálisis Cerebral Infantil, su clasificación y su discapacidad derivada de la lesión, la etiología, y sus diferentes síntomas, se especifican las diferentes alteraciones que presentan el aparato motor oral y las técnicas implementadas, que para el caso se utilizaron, las técnicas de rehabilitación oral como herramienta principal.

CAPITULO III. Donde se encuentra las hipótesis de investigación más la hipótesis nula, también se encuentra la Operacionalización de hipótesis en variables.

CAPITULO IV. El diseño metodológico da a conocer el tipo de investigación que se llevó a cabo, estableciendo un perfil específico dentro de una población total de 40 niños que asisten a la comunidad Monseñor Romero, Usulután que funciona como requisito para seleccionar la muestra, tomando en cuenta criterios de inclusión y exclusión, como su diagnóstico, edad y sus dificultades para su alimentación etc. Dentro de este también se encuentra el tipo de muestreo, las técnicas utilizadas de recopilación de datos e instrumentos que sirvieron para seleccionar la muestra, el periodo de ejecución está contemplado de Mayo a Julio del año 2017 teniendo en cuenta los riesgos y beneficios, esto bajo siempre las consideraciones éticas que requiere cada caso

CAPITULO V. Presentación de los resultados, se presenta un informe detallando los resultados de la investigación, expresado mediante la tabulación análisis e interpretación de datos obtenidos, a través de una evaluación inicial y una evaluación final, los cuales están expresados en los cuadros de tabulación y sus respectivas graficas respaldando la hipótesis de la investigación como verdadera.

CAPITULO VI. Conclusiones y recomendaciones, estas contienen las respuestas a las interrogantes que el grupo se planteó antes de dar inicio a la investigación, también se anexa la lista de bibliografía que sirvieron de apoyo para la elaboración de este informe y finalmente se encuentran los anexos en los cuales podemos encontrar los cronograma de actividades que llevamos a cabo durante el desarrollo de la investigación, también el cronograma de actividades específicas que se llevó a cabo durante el periodo de ejecución y la lista de figura que sirve como apoyo a la información planteada facilitando la comprensión del contenido de este trabajo.

CAPITULO I:
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES DE LA PROBLEMÁTICA

Se conoce estos trastornos (Parálisis cerebral) desde épocas muy remotas, donde se encuentran datos de la existencia misma a través de culturas sobre monumentos egipcios, que representan cuadros definidos de diplejía espástica. Areteo de Capadocia que vivió en Alejandría, contemporáneo de galileo Galilei, fue el primero en distinguir la Parálisis espinal de la parálisis cerebral, y siguieron apareciendo algunos datos descriptivos desde esa época hasta el siglo XVII.

En 1827 Casauvieth trabajó sobre cadáveres y encontró cerebros en atroficos, planteando la posibilidad de distinguir anomalías del desarrollo, de las lesiones destructivas por daño perinatal, se considera que en este siglo Andry fue el primero que señaló y relaciono la afección, sin embargo William John Little es el que está reconocido como el primero que realizó la descripción clínica del proceso, que completo con el estudio etiológico considerando el trauma al nacer, la prematuridad y la asfixia neonatal como causa fundamentales.

Parálisis cerebral es una patología que afecta con gran frecuencia en el país ya que muchas veces resulta difícil de predecir, su aparición se puede dar durante el periodo el embarazo al momento del parto o puede llegar en la infancia misma, suelen ser numerosos los casos.

En algunos se conoce la causa de la lesión cerebral pero, en muchos otros no. Independientemente de los diferentes factores etiológicos las anomalías en el sistema nervioso central no son progresivas. El cuadro clínico parece progresar pero esta aparente evolución del trastorno es debido a los efectos del desarrollo del niño.

Debe considerarse además que en algunos casos la Parálisis Cerebral es producto de mala praxis por parte de los doctores, enfermeras u otros profesionales de la salud. En el momento del parto o posteriormente al parto; de igual manera el consumo y abuso excesivo de las drogas es un detonante para la afectación del feto.

La diversidad de los problemas en la parálisis cerebral es enorme los responsables del tratamiento de los niños con parálisis cerebral infantil procede de diferentes campos como neurología, psicología, sociología, fisioterapia y logoterapias etc.

La niñez salvadoreña no está exenta de padecer Parálisis Cerebral y resulta ser numeroso los casos que suelen presentarse, siendo una de las causas primordiales el hecho de que la mujer no se encuentre preparadas fisiológicamente, psicológicamente para concebir y desconocen de la importancia de recibir un control adecuado durante el embarazo.

Así mismo es de suma importancia indicar que el factor político influye considerablemente en el estancamiento que sufren estos niños en su desarrollo al no proporcionar suficiente recursos humanos especializados en esta área, además de la no aportación de financiamientos para la construcción de nuevos espacios de rehabilitación.

Al conocer las múltiples necesidades de los niños con parálisis cerebral se implementará las técnicas de habilitación oral en niños con PCI propuestas por Miguel Puyuelo Sanclemente, logopeda, especialista en alteraciones de la comunicación, lenguaje y voz, desde 1975, quien ha desarrollado una actividad intensa en diferentes ámbitos: psicología, voz y foniatría, psicolingüística, logopedia, psicomotricidad, neuropsicología, problemas de aprendizaje, fue en este mismo año donde Puyuelo observa sus primeros casos de parálisis cerebral en diferentes centros de Barcelona y a partir de ahí inicia su trabajo en el manejo terapéutico con esta población, sus estudios señalan que desde los primeros meses de vida se debe comenzar la habilitación para inhibir patrones anormales de movimiento y facilitar el tono muscular y movimiento normal, concerniente a los músculos implicados en el habla, puesto que es en la parálisis cerebral donde se ve afectada la musculatura de la zona oral y peri-oral, para ello propone una serie de técnicas para el tratamiento de esta zona, como lo son la facilitación propioceptiva neuromuscular, técnicas para favorecer succión, técnicas para inhibir el reflejo nauseoso, técnicas para favorecer el control de la mandíbula, técnicas para el tratamiento de la deglución atípica, todas ellas utilizadas como método de intervención para favorecer la movilidad de los músculos fonoarticuladores, facilitadores del habla.

Esta investigación se realizara en:

La Comunidad Monseñor Romero (CMR) fue fundada el 6 de agosto 2004 y se define a sí misma como: Somos una comunidad ecuménica de voluntarios, que inspirados en la consigna de Monseñor Romero “la gloria de Dios es que el pobre viva” desarrollamos nuestra acción pastoral acompañando y siendo acompañados por hermanos y hermanas pobres, sobre todo por personas con discapacidad, y sus familias.

La Comunidad Monseñor Romero: se focaliza en acciones de atención a favor de grupos de niñas y niños con parálisis cerebral, La CMR fue aperturada como un espacio para recibir y acompañar el misterio de la fragilidad humana que se hace presente en las personas marginadas por sufrir algún tipo de discapacidad física o intelectual, lo cual incluye a las familias de estas personas. De igual modo, desde ella,

se promueve la formación de espacios terapéuticos que ayuden a las familias a superar el trauma a través de la integración de sus vidas en el empoderamiento comunitario. Ordenada por el Vicario de Pastoral de la Diócesis de Santiago de María.

CMR ha funcionado como un programa de fin de semana, en las cuales se consagran los primeros y terceros sábados del mes para la atención holística y terapéutica de niños y jóvenes con discapacidad y sus familias; atendiendo a un grupo de unos 40 niños y personas con discapacidad; de manera directa, pero de forma indirectamente a 200 familiares de las mismas. Se distingue dentro del grupo beneficiarios al de niñas y niños con parálisis cerebral; por su número y complejidad, pues suman unos 15 casos. Los hay también con problemas de lenguaje y personas con discapacidad intelectual de la zona rural de Usulután, pero asisten también desde los municipios de Tecapán, Ereguayquín Santa Elena El Tránsito San Agustín Jucuarán.

En la comunidad se facilita acompañamiento psicológico, y terapéutica, donde la fisioterapia es una fortaleza para los niños/as y adolescentes con parálisis cerebral, odontología y terapia de lenguaje. Tiene la comunidad la utopía de desarrollar un tipo de atención de carrusel que incorpore de una forma creativa y efectiva otras modalidades como la terapia en agua y la musicoterapia.

La rehabilitación basada en la Comunidad Monseñor Romero se centra en mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias, atender sus necesidades básicas y velar por su inclusión y participación.

La rehabilitación basada en la Comunidad Monseñor Romero comenzó a aplicarse desde el año 2005 pero con el tiempo se ha convertido en una estrategia multifactorial que habilita las personas con discapacidad para que puedan acceder a los servicios sociales, educativos, sanitarios y de empleo y beneficiarse de ellos.

Se lleva a cabo mediante los esfuerzos combinados con las personas con discapacidad sus familias y voluntarios y de igual manera con organizaciones y los servicios gubernamentales y no gubernamentales, pertinentes en materia sanitaria, social, educativa y familiar entre otras esferas.

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

De la problemática descrita anterior mente se ubica el enunciado siguiente.

¿Cuáles son los beneficios de las técnicas de habilitación oral aplicadas en pacientes con diagnóstico de parálisis cerebral infantil que presentan problemas de alimentación atendidos en la comunidad Monseñor Romero Usulután, año 2017?

1.3 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

La aplicación de las técnicas de rehabilitación oral surge ante las características clínicas que presentan los niños con PCI alterando el proceso de la alimentación.

La alimentación es algo fundamental en el ser humano para su crecimiento y desarrollo, pero en la mayoría de los casos por la afectación que se da a nivel neurológico no desarrollan la función de masticación adecuadamente, y por esta razón pueden llegar a tener una mala nutrición que conlleva al peso por debajo de lo normal para su talla y edad.

Por esta razón decidimos llevar a cabo dicha investigación en la Comunidad Monseñor Romero, por la problemática que se ve reflejada en los niños con parálisis cerebral al momento de la alimentación ya que los padres a la hora de alimentar a sus niños si lo realizan, lo hacen de una manera forzada e incómoda para el niño ya que ellos presentan un alteración del tono (espasticidad) que desencadena diferentes posturas de su cuerpo presentando dificultades para la apertura de su mandíbula que influyendo el manejo de sus músculos orales y que intervienen en el proceso de la alimentación debido a las funciones alteradas como consecuencia al daño neurológico ocasionado.

El tratamiento a través de la rehabilitación oral requiere de una serie de métodos para mejorar la movilidad, sensibilidad y funcionabilidad de mejillas, boca, labios y lengua a través de ejercicios aislados y otros ligados a funciones que implican coordinación, como la succión, el reflejo de morder, y la deglución correcta.

Creando un nuevo comportamiento muscular en los niños afectados, puesto que es en la zona oral, donde se encuentran órganos que intervienen en diferentes funciones, éstas a su vez cambian y maduran el desarrollo del individuo, cuando existen alteraciones con respecto al tono muscular oral, debido a una parálisis cerebral espástica la cual se manifiesta con evidente rigidez y tensión muscular. Los pacientes con este tipo de patología tienen dificultad para controlar algunos o todos sus músculos, que tienden a estirarse y debilitarse, y que a menudo son los que sostienen sus brazos, sus piernas o su cabeza.

El presente trabajo tiene como finalidad, brindar una orientación básica sobre el manejo del proceso de la alimentación en niños con parálisis cerebral infantil mediante el cual se asegure el proceso de alimentación y se mejore la calidad de vida de los usuarios. Adicionalmente, permitirá asesorar a cuidadores y a grupos interdisciplinario de la Comunidad Monseñor Romero con la información sobre técnicas de rehabilitación oral durante los procesos alimentarios a fin de obtener un proceso deglutorio funcional y de mínimo riesgo.

Por lo tanto se pretende beneficiar a los cuidadores de los niños afectados con Parálisis cerebral infantil, a los niños en sí que padecen la patología y su núcleo familiar. De igual manera será una herramienta que podrán utilizar profesionales y futuros profesionales de la salud y personas en general.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.4.1 OBJETIVO GENERAL.

- Determinar los beneficios de las técnicas de habilitación oral en niños con diagnóstico de parálisis cerebral infantil que presentan problemas de alimentación atendidos en Comunidad Monseñor Romero, Usulután 2017.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las dificultades que presentan los cuidadores de niños con parálisis cerebral infantil espática.
- Detectar los problemas de alimentación que presentan los niños con parálisis cerebral infantil espática.
- Conocer en qué postura se ven beneficiados los niños con parálisis cerebral infantil para realizar la alimentación.
- Comprobar la efectividad de las técnicas de habilitación oral para mejorar la alimentación.

CAPITULO II:
FUNDAMENTACION TEORICA

2. FUNDAMENTACION TEORICA

2.1 BASE TEORICA

2.1.1 PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

Se define como un trastorno neuromotor no progresivo y permanente debido a una lesión o una anomalía del desarrollo del cerebro inmaduro. Con una deficiencia motora estática que se origina durante el periodo prenatal, perinatal y posnatal.

Aunque no hay un tratamiento curativo para las lesiones cerebrales que originan la parálisis cerebral hay ciertos factores que influirán para un mejor desarrollo que pueden experimentar los niños/a con esta condición.

La parálisis cerebral se caracteriza por la incapacidad de controlar los músculos. Dependiendo de que parte del cerebro ha sido dañada y en el grado de implicaciones del sistema nervioso uno o más de las siguientes manifestaciones puede ocurrir: espasmo, falta de control muscular, movimientos involuntarios, ataques, percepción anormal, problemas de la visión, lenguaje, auditivos y discapacidad intelectual.

La parálisis cerebral se puede clasificar de la siguiente manera:

Parálisis cerebral espástica : Es el grupo más grande ; alrededor del 50 % de las personas con dicha discapacidad presentan espasticidad , es decir notable rigidez del movimiento .Y se presenta cuando hay afección de la corteza motora o vía subcorticales intracerebrales, principalmente vía piramidal (es la forma clínica más frecuente de parálisis cerebral y su característica es la hipertonía ,que puede ser tanto espasticidad como rigidez .Se reconoce mediante una resistencia continua o plástica a un estiramiento pasivo en todo la extensión del movimiento.

La parálisis cerebral espástica ha sido tradicionalmente el tipo más frecuente y constituye alrededor del 50% de los casos, seguido por la atetosis aproximadamente un 20% concluyendo con la atáxica que es el 25%.

La parálisis cerebral espástica tiene un número de sub-formas, clasificadas según las áreas del cuerpo afectadas por el daño cerebral, tales como, en un solo lado del cuerpo o las extremidades inferiores (hemipléjica, diplejía) y la severidad de la condición (leve, moderada o severa).

Este tipo de parálisis cerebral, se refiere al tono muscular incrementado, mantiene los músculos en un estado constante de tensión. Normalmente, los músculos trabajan en pares, con un grupo que se contrae y otro que se relaja.

Este proceso permite movimientos libres. El daño cerebral en la parálisis cerebral espástica daña la comunicación normal entre el cerebro y los músculos, interrumpiendo así el proceso de movimiento. En vez de alternar entretención y relajación, los músculos de los pacientes con parálisis cerebral espástica a menudo se activan al mismo tiempo, causando tensión persistente o espasticidad, y haciendo difícil el movimiento.

Los efectos de la parálisis cerebral espástica en el movimiento y nivel general de habilidad dependen de la severidad de la condición y los músculos afectados. La parálisis cerebral espástica leve puede únicamente impedir la habilidad de completar tareas específicas, mientras que la forma más severa de parálisis cerebral espástica puede afectar significativamente la habilidad de un paciente de completar cualquier tarea.

Mientras que la parálisis cerebral espástica no es una enfermedad progresiva, la espasticidad de los músculos y contracturas de las articulaciones pueden empeorar con el tiempo, limitando aún más el rango de movimiento del paciente y su habilidad de realizar ciertas tareas. La ansiedad y el esfuerzo ejercido pueden también exacerbar la espasticidad de los músculos en pacientes con este tipo de parálisis cerebral.

Parálisis cerebral atetoide: Esta condición se caracteriza por alteraciones del tono muscular con fluctuaciones y cambios bruscos del movimiento, aparición de movimientos involuntarios y persistencia muy manifiesta de reflejos arcaicos y se presentara cuando hay afectación del sistema extrapiramidal. Menos del 20% de las personas con parálisis cerebral muestran esta condición patológica

Parálisis cerebral atáxica: Se distinguen tres formas bien diferenciadas que tienen en común la existencia de una afectación cerebelosa con hipotonía, incoordinación del movimiento y trastorno del equilibrio en distintos grados. Las personas presentan mal equilibrio corporal y una marcha insegura, y dificultades de la coordinación y el control de las manos y los ojos. La lesión del cerebelo es la causa de este tipo de parálisis cerebral, atáxica no muy común.

2.1.2 CLASIFICACION DE LA DISCAPACIDAD DERIVADA DE LA PARALISIS CEREBRAL.

Para clasificar el grado de discapacidad derivada de una lesión del sistema nervioso central se utiliza normalmente la denominación afectación leve, moderada, severa.

Afectación leve: se da en niños con alteraciones sensoriomotrices que presentan dificultades en la coordinación y el movimiento, pero cuyas limitaciones funcionales se ponen en evidencias en actividades motrices más avanzadas como

correr saltar, escribir, etc. generalmente estos niños suelen necesitar más tiempo para aprender y ejecutar estas actividades.

Afectación moderada: las alteraciones sensoriomotrices producen limitaciones funcionales en la marcha, sedestacion, cambios de postura, manipulación lenguaje y la alimentación. Con el paso del tiempo los niños con afectación moderada necesitan modificaciones del entorno a través de material adaptado y asistencia física para poder participar en las actividades propias de su edad.

Afectación severa: la discapacidad restringe la independencia del niño en la vida diaria, porque presenta alteraciones en el control del equilibrio y poca habilidad para usar sus manos en las actividades cotidianas. La calidad de vida de estos niños y de sus familias puede estar seriamente alterada los niños dependen del material adaptado de ayudas para la movilidad y de la asistencia personal para controlar la postura y facilitar el movimiento.

2.1.3 CAUSAS DE LA PARALISIS CEREBRAL

CAUSAS PRENATALES DE LA PARALISIS CEREBRAL:

Entre las causas se encuentran las enfermedades infecciosas de la madre durante el primer trimestre de gestación: rubeola, hepatitis vírica, sarampión etc. Trastornos de la oxigenación fetal determinados por insuficiencia cardiaca grave de la madre ,anemia, hipertensión, circulación sanguínea deficiente del útero y la placenta, enfermedades metabólicas diabetes, defectos en el metabolismo de los hidratos de carbono(de lactosemia), defectos del metabolismo del aminoácido (fenilcetonuria),de las proteínas o de los lípidos; hemorragia cerebral fetal producida por toxemia gravídica del embarazo, traumatismo, incompatibilidad de Rh o enfermedad hemolítica del recién nacido.

CAUSAS PERINATALES DE LA PARALISIS CEREBRAL:

Las causas perinatales son las más conocidas, y su incidencia está en descenso. Entre ellas se encuentran la anoxia neonatal por traumatismos físicos directo durante el parto. Las causas más comunes son las maniobras de extracción inadecuada y todas las distocias que pueden producir sufrimiento fetal. Las posibles alteraciones que se producen en los periodos prenatal y neonatal pueden contribuir a la anoxia del neonato. Los factores más importante que contribuyen a la anoxia neonatal son la interferencia del flujo sanguíneo umbilical y el intercambio inadecuado de oxígeno entre la placenta y el feto.

CAUSAS POST NATALES DE LA PARALISIS CEREBRAL:

Responde a un 10 % de los caso de parálisis cerebral. La anoxia sigue siendo en este periodo una amenaza de suma gravedad para el sistema nervioso.

Las infecciones (sobre todo por meningitis neonatal o sepsis), infecciones respiratorias y neumonías, las intoxicaciones y los traumatismos son las causas de lesión más importante en este periodo.

2.1.4 CLASIFICACION DE LA PARALISIS CEREBRAL, SEGÚN LA EXTENCION DEL DAÑO:

Tomando en cuenta el término plejia: Que es la debilidad total de la musculatura y que sus manifestaciones son variable según la intensidad del déficit y los segmentos corporales dañados podemos realizar la siguiente clasificación:

Cuadriplejia o tetraplejia: cuando la afectación se localiza en las dos piernas y ambos miembros superiores.

Diplejía-paraplejia: Cuando son afectadas miembros inferiores y otras partes del cuerpo.

Hemiplejia: cuando la afectación es solo en la mitad del cuerpo.

Tetraplejía: Cuando la lesión ha comprometido tres miembros, las dos piernas y un brazo o viceversa. (Ver figura 1)

Los daños motores ocasionan problemas en las personas tales como: posturas inadecuadas, movimientos involuntarios, rigidez muscular, espasmos, problemas de la comunicación, alteraciones para la marcha u oír. Es por ello que las medidas del tratamiento varían según la lesión y el grado en el que haya sido afectado el cerebro, por lo que cada persona necesita un tratamiento personalizado.

2.1.5 PROBLEMAS ASOCIADOS DE LA PARALISIS CEREBRAL:

Dentro de los problemas asociados podemos encontrar la discapacidad Intelectual: dos tercios del total de los pacientes. Es lo más frecuente en niños con cuadriplejia espástica, problemas del aprendizaje, anomalías oftalmológicas (estrabismo, ambliopía, nistagmo, errores de refracción) déficit auditivo, trastornos de comunicación, ataques convulsivos: una tercera parte del total de los pacientes; se observan con más frecuencia en niños con hemiplejia espástica, deficiencia del desarrollo, problemas de alimentación, reflujo gastroesofágico, problemas emocionales y de comportamiento (en especial con, déficit de atención, con hiperactividad , depresión).

2.1.6 DESARROLLO NORMAL DEL APARATO MOTOR ORAL

El aparato motor oral se refiere a la mecánica oral que incluye la lengua que es un instrumento para la masticación y la succión y contiene receptores del tacto y del gusto, estando también implicada en el proceso del habla en conjunto con los labios ,

y los dientes forman dos arcadas que separan el vestíbulo de la cavidad oral propiamente dicha y la mandíbula que junto al hueso hioides y apófisis estiloides del cráneo son partes esenciales donde los músculos extrínsecos de la lengua se originan esenciales para el proceso de la alimentación. La cavidad oral está situada en la parte inferior de la cara, entre las fosas nasales y la región suprahioidea. Tiene forma de óvalo con diámetro mayor anteroposterior. (Ver figura 2)

Las habilidades motoras orales son funciones básicas críticas de nuestro diario vivir, que incluso ocurre mientras dormimos tal como: el control de la secreción bucal, tragar y mantener el alimento de la estructuras para poder respirar sin interrupciones. El buen funcionamiento del aspecto motor oral incluso impacta a los infantes en sus funciones básicas como chupar, mamar y tragar. La formación de las habilidades orales produce el control necesario para la destreza del habla comenzando desde el balbuceo en la infancia hasta la articulación compleja de las palabras en una conversación. Las habilidades motoras orales limitadas pueden afectar las acciones alimentarias entre ellas masticar, beber, expresiones faciales y el habla.

De 0 a 3 meses hay un bloqueo de la apertura vertical de la mandíbula. Descanso del mentón sobre el esternón a mayor rango de la cabeza. Hay apertura y excursión de la mandíbula. Hay asimetría de los movimientos de la mandíbula, la lengua está en forma ahuecada (en reposo) la lengua toma forma de biberón. Para la succión existe sincronización de los movimientos de la lengua y de la mandíbula. Los movimientos de la lengua son hacia arriba y adelante para ejercer presión en el biberón o pezón. Para el chupeteo los movimientos son protrucción y retracción, los músculos faciales Presenta contacto mecánico entre los labios.

Estos están activos para la succión pero no hay separación de movimiento, ni control de la presión. Comienza aparecer la sonrisa.

De 3 a 6 meses mayor control de cuello hacia la flexión de la cabeza, existe limitación de la mandíbula y elongación cervical. Presenta más apertura mandibular. Presenta más movilidad del mentón al mover la cabeza. Mayor estabilidad en la base de la lengua. El movimiento de profusión se enfoca más en la parte de atrás de la lengua. En esta fase la superficie de la lengua está más aplanada y amplia. Hay inicio de rotaciones e inclinaciones. Los labios continúan activos en la succión de la botella. Se dan variedad de sonidos y chupeteos.

De 6 a 9 meses la mordida es activa, aparecen los primeros dientes. Se presenta la ingesta de comida sólida. Existe control del cierre de la mandíbula graduando la presión. Presión de la lengua para obtener experiencias sensoriales. Aparece el refinado, moldeado, movimiento de la lengua llevando los alimentos hacia las encías o dientes, ya sea duros, blandos, secos o en trozos. Inicia control sensorial y de la presión de los labios. Mayor alcance de la porción central de los labios para tomar la cuchara. Graduación de la presión de la mejía mandíbula y mordida.

De 9 a 12 meses en esta etapa los movimientos laterales y balanceos están presentes mayor control de antepulsión, retracción, movimientos laterales, apertura vertical y cierre de la boca. La lengua toma forma de una herradura. Mejor elevación de la lengua y aumenta la succión contra el paladar, mientras la mandíbula se abre aparece el clacleo de la lengua. Inicio de reparación y disociación entre la punta de los labios y la lengua. Mayor actividad, control de las mejías, cuando la mandíbula está en movimientos.

De 12 a 18 meses elevación de la punta de la lengua con la mandíbula abierta en contra de la gravedad. Los movimientos diagonales de la punta de la lengua están comenzando a limpiar hacia afuera de la boca.

De 12 a 24 meses movimientos laterales. Al final patrones diagonales rotacionales de la masticación. Mayor control de la presión de los labios.

Aparece la masticación con los labios cerrados. Control casi total de los labios hacia la alimentación y el lenguaje. Disociación de movimientos entre los labios, mandíbula y lengua. Los labios muestran buena separación entre la postura y el fondo. Es importante destacar que las funciones vegetativas tienen tres grandes procesos: succión, masticación y deglución.

2.1.7 FASES DEL PROCESO DE LA DEGLUCION.

La deglución: es el paso del alimento desde la boca a la faringe y luego hasta el esófago. Los alimentos masticados por los dientes, amasados por la lengua y humedecidos por la saliva, toman forma de una bola de consistencia pastosa, el bolo alimenticio. Una vez formado el bolo alimenticio, la lengua lo empuja hacia atrás y entonces ingresa en la faringe. El pasaje del bolo alimenticio desde la boca hacia la faringe se denomina deglución. A través de esta el bolo continúa su camino hasta llegar al esófago (tubo de aproximadamente 25cm de longitud que conecta la faringe con el estómago). (Ver figura 3)

Fase oral preparatoria: Introducción de la comida en la boca y formación del bolo alimenticio. Tiene una duración aproximada de 30 segundos.

Fase oral de transporte: Encargada de transportar el bolo alimenticio hacia la faringe. Este proceso acaba cuando el bolo alimenticio toca la zona anterior del paladar. Este proceso suele tener una duración de 1,5 segundos.

Fase faringo-laríngea: Se trata de una fase involuntaria. Se inicia con la finalización de la fase anterior (reflejo deglutorio o faríngeo). Se cierran las vías aéreas de abajo hacia arriba. Esta acción es muy importante en la contracción de los músculos para que el bolo alimenticio vaya avanzando por la faringe. Tiene una duración menor a 1 segundo.⁵

Fase esofágica: También se trata de una fase involuntaria. Esta fase acaba con la llegada del bolo alimenticio al estómago, se producen movimientos peristálticos del esófago y el tubo digestivo. La duración de este proceso es de unos 20 segundos aproximadamente.⁷ (Ver figura4)

2.1.8 DESARROLLO ANORMAL DEL APARATO MOTOR ORAL.

Se presenta una inestabilidad mandibular debido al poco control del movimiento por parte de los músculos, mas compensaciones anormales en la lengua, mejillas, o movimientos del cuello presentando asimetrías, pobre control motor, desorganización mandibular, poca información propioceptiva, tanto como la localización y presión requerida para cualquier actividad oral, dificultad de la lengua para llevar el alimento hacia atrás y luego deglutirlo, presentación de patrones anormales a la hora de la alimentación. Falta de control de la lengua en contra de la gravedad, movimientos de protrucción y retracción aumentados, inestabilidad de la lengua que desencadena problemas en la masticación de los alimentos, tono aumentado, sensibilidad alterada.⁴

2.1.9 PROBLEMAS DE ALIMENTACION EN PACIENTES CON TRANSTORNOS PSICOMOTORES.

Los niños con parálisis cerebral tienen un alto riesgo de padecer dificultades alimentarias (y la consecuente malnutrición). Los niños pueden tener dificultades al beber líquidos, al tragar y/o al masticar. Debido a problemas con el tono muscular y a movimientos involuntarios, los niños con PCI a menudo tienen una reducida coordinación en los patrones de respiración, la succión-deglución, lo cual puede redundar en una ingesta muy pobre de nutrientes con las comidas.

Diferentes problemas de alimentación en niños con PCI:

Entre las causas se encuentran los músculos orales débiles, incluyendo los músculos de los labios, lengua, mandíbula y garganta así como también movimientos extra de los músculos orales las alteraciones de la coordinación pobre de los músculos orales y el poco control de la postura y de la cabeza, que alteran las acciones siguientes:

Deglución: se refiere a la acción de deglutir es decir, tragar los alimentos, y en general, hacer pasar los alimentos al estómago, cualquier sustancia sólida y líquida. Si los movimientos de succión y tragados son pobres, al comer puede causar, frecuentemente, inadecuado tragado de saliva. No es bueno recordarle constantemente al niño que debe tragar, ya que queremos que este sea un proceso automático, sin necesidad de pensarlo.

Mascar: triturar y desmenuzar el manjar con la dentadura. Al comer y beber es necesario que el niño dirija el abrir y cerrar la mandíbula para alimentarse.

Sialorrea (babeo): aumento excesivo de secreción de saliva causa deterioro del paciente al tiempo que dificulta sus cuidados. Si los movimientos de succión y tragado son pobres, al comer pueden causar frecuentemente pobre e ineficiente tragado de saliva, el cual debe de ser automático y se ve su mejoría al momento de comer. Ayuda al niño a mantener su “boca cerrada”

Problemas de tono muscular.

Hipertonía: es una rigidez en donde los grupos musculares tienden a colocar las articulaciones en posición anormales.

Hipotonía: es una flacidez causada por problemas neurológicos que afectan los propios músculos, sus conexiones medulares o el sistema nervioso central. La fluctuación del tono se ve acompañado a veces por variaciones en el estado de ánimo o emociones.

Problemas de sensibilidad.

Boca hipersensible: Alteración de la sensibilidad específicamente en la zona oral, por lo que el niño no acepta que le toquen su cara con las manos, utensilios de alimentación u objetos extraños, ya que provoca náuseas o vómitos o inclusive un rechazo al alimento.

Problemas de postura.

Se refiere a la pobre fijación de la cabeza, hombros, tronco y cintura pélvica, la cual provoca una posición erguida que dificulta la deglución. Este y otros problemas varían según el trastorno que adolece el niño, debido a los reflejos primitivos presentes en cada uno de ellos, los cuales afectan la alimentación y se detallan a continuación:

Reflejo tónico cervical asimétrico. Puede estar originado en el giro de la cabeza. Interfiere en los movimientos mano –boca (la flexión del brazo hace que la cabeza gire al lado opuesto).

Reflejo tónico cervical simétrico. Puede aparecer en casos severos e interferir con la estabilidad de cabeza y tronco (la flexión cefálica produce flexión de brazo y extensión de la piernas y viceversa).

Reflejo tónico laberintico. Interfiere con la deglución y el movimiento mano-boca (sinergias totales de flexión y extensión).

Reflejos motores orales. Morder, hociqueo, náuseas, succionar y tragar. Puede interferir con el logro de la función voluntaria madura.

Problemas de comportamiento. Se denota cuando el niño no quiere comer, se debe de tomar en cuenta la relación entre él y los objetos (comida, cuchara) y su habilidad física, es decir descartar razones médicas, físicas y psicológicas.

2.2 TÉCNICAS DE HABILITACION ORAL EN PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL

Técnica expuesta por muchos otros autores desde diferentes enfoques teóricos y métodos para facilitar los movimientos de la zona oral mandíbula, lengua, labios y mejilla a través de estimulación propioceptiva de los músculos de la región afectada. Las técnicas se fundamentan en ejercicios de estimulación con el uso del hielo, texturas, presiones, posiciones y de manipulaciones de zona oral que en conjunto proporcionan mayores beneficios para el control del aparato motor oral favoreciendo la alimentación del niño.

Estimulación

Con hielo o pincelado: El pincelado se realiza con un pincel fino y hielo, aplicando con fuerza movimientos decididos sobre el músculo, en dirección al punto de inserción, se mantiene durante un minuto y en algunas zonas muy sensibles un tiempo más cortos. (Ver figura 8)

Manipulación

Presión: Se aplica presión con los dedos, realizando ejercicios de tapping, presión o con-contracciones: presión sobre la lengua o presión sobre el hueso hioides.

Estiramiento: Consiste en pequeños estiramientos aplicados con los dedos para contraer los músculos, sobre los orbiculares de los labios. (Ver figura 9)

Resistencia: Es la aplicación de presión en oposición al movimiento para posteriormente el estiramiento. Esta modalidad se emplea cuando el paciente es capaz de realizar cierto grado de movilidad sin ayuda, ejemplo: pedir al niño que gire la cabeza a la derecha y realizar con nuestras manos una cierta resistencia al giro.

Ejercicios Isotónicos: Son movimientos repetidos sin resistencia que se emplean sobre todo en las primeras sesiones: realizar movimientos pasivos de movilización de la mandíbula en un paciente que no la mueve voluntariamente, mover la lengua de forma pasiva de derecha e izquierda (sujetándola en pinza con dos dedos). (Ver figura 10)

Ejercicios Isométricos: Son movimientos con resistencia: el niño abre la boca voluntariamente o con un poco de ayuda y el terapeuta aplica resistencia moderada a la apertura, el niño intenta llevar sus labios en protrucción y el terapeuta ejerce presión sobre ellos.

Tapping: Con el dedo índice y en dirección a la parte media de la boca sobre los labios siguiendo el recorrido de estos , se golpea suavemente varias veces con el propósito de elevar el tono, pero vigilando siempre que esto no produzca alteraciones en otras partes del cuerpo.

Con-contracción: Se ejerce una serie de presiones firmes alternativamente siguiendo la línea media de la lengua.

Movimientos de mejillas: Introducir un dedo a lo largo de éstas por fuera y otro por dentro en forma de pinza (dedos índice y pulgar), realizar movimientos de vibración, y de empuje, hacia adelante favoreciendo su estiramiento.

Movimientos de labios: Realizar ejercicios de tapping con el dedo índice sobre cada uno de los labios siguiendo una misma dirección.

Sensibilidad de las encías: Aplicar con el dedo índice tres movimientos a cada lado ejerciendo presión y después de ellos se espera que el niño trague.

Técnica para favorecer succión: Colocar un pitillo en los labios para que el niño pueda absorber, el niño debe cerrar los labios alrededor, si no lo hace, le ayudamos, aplicando los dedos en pinza sobre las fosas nasales y se le pide que aspire por la boca, silbe es muy difícil, el tamaño del orificio del pitillo debe ser al principio más grande e ir descendiendo su tamaño.

Cuando los niños no pueden succionar por vaso se le ayuda colando un pitillo al vaso, se sitúa a la altura de su boca o un poco más alto de manera que el líquido caigan aunque no aspire. Si el labio superior es corto se ejerce presión con el dedo pulgar e índice uno a cada lado y se realizan movimientos de estiramiento y relajación, posteriormente se reduce la presión .Con un pincel se realizan ejercicios de pincelado, longitudinales, sobre los labios .Dar al niño un helado o hielo para ayudar a contraer los músculos de los labios y estimular la lengua.

Técnicas para inhibir el reflejo de mordida: Hacia los seis meses de edad este reflejo debe ser voluntario en caso contrario se deben realizar ejercicios para intentar inhibirlo. Colocar un depresor en medio de la lengua, cerca del labio superior aplicando presión y luego recorrer poco a poco con el depresor la línea media de la lengua exterior. Para desensibilizar los labios, lengua y mejillas, toque estas zonas con los dedos, los movimientos consistirán en frotar el borde de los labios, las encías, presionar la lengua, recorrer las mejillas y recorrer el borde de los dientes. Presionar la lengua con una cuchara puede relajar el reflejo, pero se debe ejercer la presión adecuada ya que un exceso puede causar aumento del reflejo. Los músculos de la masticación pueden estimularse antes de comer, aplicado masajes sobre los temporales con los dedos, con un pincel, vibrador en sentido rotario, así mismo se puede realizar un masaje vertical sobre los temporales, ejerciendo presión y se relaja progresivamente. (Ver figura 11)

Técnicas para favorecer el control de la mandíbula: Realizar masaje vigoroso con las manos y vibrador en los músculos temporales, pterigoideos y maseteros responsables del cierre y abertura de la mandíbula, igualmente bajo el hueso de la mandíbula realizar tapping para crear sensación de cierre, cuando no hay control de labios ni de mandíbula se coloca un dedo sobre el labio superior y otro sobre el labio inferior y otro bajo el mentón con ello se facilita la deglución. Aplicar presión con los dedos sobre los maseteros y bajo el mentón para favorecer el cierre de la mandíbula. Cuando la mandíbula se encuentra en retracción se aplica pincelado suave y rápido sobre el labio inferior. (Ver figura 12)

Técnicas para Favorecer el cierre y el control de los labios: Alargar los orbiculares con las manos en un movimiento decidido y luego relajado en cada labio independientemente, aplicar hielo para una rápida contracción y cierre. Con la mandíbula parcialmente abierta y los labios relajados, colocar el dedo índice sobre el labio superior y presionar con fuerza de esta manera se favorece el cierre de los labios se reduce el babeo y se facilita el cierre de la boca.

Técnicas para inhibir la protrusión lingual: Para que la lengua adopte una posición correcta dentro de la boca se masajean los músculos de la base de la mandíbula con un movimiento anteroposterior en dirección al cuello ejerciendo una presión firme, con las manos o un vibrador, también se puede beber de una botella con el cuello pequeño o ejercer presión bajo la boca con el dedo índice. Introducir un fino chorro de agua a presión bajo la boca después de las comidas favorece la limpieza de cuerpos extraños y la deglución. (Ver figura 13)

Técnicas para la deglución atípica: Con un palito de algodón, indicar al niño la zona del arco alveolar donde la lengua se debe colocar para tragar, asimismo dar una cuchara con agua y presionar sobre los maseteros para imbuirle la sensación de movimiento, como la parte anterior de la lengua es muy activa en el momento de tragar hacer que el niño emita el sonido /k/ sin interrupciones, permita que el niño le toca el cuello y las mejillas cuando usted trague para sentir la acción de los maseteros y de otros músculos. Estirar la barbilla longitudinalmente hasta llegar a la mitad del cuello estimula los músculos faringolaringeos. Con movimientos de pincelado en forma de v hacia el esternón se estimula la zona faringolaríngea. Se puede estimular el reflejo de deglución aplicando hielo sobre el esternón con movimientos suaves.

BENEFICIOS DE LAS TECNICAS DE HABILITACION ORAL

Los beneficios de las técnicas de rehabilitación oral proporcionaran diferentes resultados favorables en el niño con parálisis cerebral infantil dependiendo de la necesidad y la intervención que requiera cada uno de ellos, para su proceso de la alimentación. Se desglosan los siguientes.

Facilita el cierre de la mandíbula, evitar la protrusión de la lengua y favorecer los movimientos de esta, además de técnicas para inhibir reflejos orales proporciona

una desensibilización de los labios, favorece la movilidad de los músculos fonos articulares. Y disminuye el exceso de sialorrea.

CONSISTENCIA DE LOS ALIMENTOS QUE DEBEN DIGERIR LOS NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL.

Debido a las diferentes alteraciones motoras y del tono muscular que presentan los niños con PCI, el tipo de alimentación variará dependiendo de la gravedad de cada situación. En el caso de los niños con parálisis cerebral puede haber un desarrollo anormal del aparato motor-oral que genere problemas de alimentación. Las comidas difíciles para el niño son bebidas líquidas o las combinaciones de comida sólida con líquidas, por eso se debe de tomar en cuenta la siguiente clasificación dependiendo de la afectación de la parálisis cerebral: bebidas líquidas, comidas semis líquidas, comidas molidas (purés), comidas semis sólidas, enfocadas a proporcionar la nutrición necesaria en el niño.⁶

2.3 POSTURA PARA LA ALIMENTACION EN NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL

La postura más adecuada para realizar la deglución de manera eficaz es, estando sentado y con la cabeza colocada de manera que se encuentre alineada con la columna. También está recomendado que la espalda tenga una ligera, flexión del tronco. (Ver figura5)

Los niños que tienen parálisis cerebral infantil en un grado más comprometido a su daño neurológico es difícil que mantenga la postura que se ha mencionado anteriormente de manera autónoma, por lo que es necesario utilizar determinadas ayuda técnicas para mantener la postura idónea. Estas ayudas pueden ser soportes hechos de goma espuma para colocarlos a los laterales del cuerpo manteniendo al niño en una posición cómoda de sentado, cabeceras de proporciones medianas y respaldo para la silla de rueda, sus brazos deberán estar en una posición relajada. El cuidador deberá colocarse de frente al niño a una distancia corta y con una mano sosteniendo la mandíbula del niño para la manipulación si es necesario y con su otra mano sostendrá los alimentos para introducirlos a la boca del niño.(Ver figura 6)

Si el niño no tolera la postura de sentado el cuidador deberá de sostenerlo sobre su brazo en una leve flexión de tronco cuidando siempre de no sobrepasar su flexión de cuello y con su otra mano manipulara la introducción de los alimentos a la boca del niño. (Ver figura 7)

2.4 DEFINICION DE TERMINOS BASICOS.

Hiperflexion: flexión de un miembro o de un segmento de miembro al de los límites normales.

Convulsiones: un síntoma transitorio caracterizado por actividad neuronal en el cerebro que conlleva a hallazgos físicos peculiares como la contracción y distensión repetida y temblorosa de uno o varios músculos de forma brusca y generalmente violenta.

Sialorrea: trastorno que hace que el organismo realice una producción excesiva de saliva generando una incomodidad bucal en quien la padece.

Hipertonía: tono muscular demasiado alto

Deglución atípica: Es una variante alimentaria causada por una ruptura en la coordinación de los movimientos musculares faciales que origina anomalías dentomaxilares y fonológicas

Toxemia Gravídica: enfermedad hipertensiva aguda de la gestación, puerperio o la de ambos, a la que su fase sin convulsiones se le da el nombre de preeclampsia.

Fenilcetonuria: es una alteración congénita del metabolismo causada por la carencia de la enzima fenilalanina hidroxilasa, lo que se traduce en la incapacidad de metabolizar el aminoácido tirosina a partir de fenilalanina en el hígado.

Nistagmo: es un movimiento involuntario, rápido y repetitivo de los ojos.

CAPITULO III:
SISTEMA DE HIPOTESIS

3. SISTEMA DE HIPOTESIS

3.1 HIPOTESIS DE TRABAJO

Hi. La aplicación de las técnicas de rehabilitación oral favorece el proceso de la alimentación en niños con Parálisis cerebral infantil.

3.2 HIPOTESIS NULA

Ho. La aplicación de las técnicas de rehabilitación oral no favorece el proceso de la alimentación en niños con diagnóstico de parálisis cerebral infantil.

3.3 OPERACIONALIZACION DE LAS HIPOTESIS EN VARIABLES

HIPOTESIS	VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
Hi. La aplicación de las técnicas de rehabilitación oral mejora el proceso de la alimentación en niños con Dx de PCI espástica.	V1. Parálisis cerebral infantil	Trastorno de la función motora producida por una lesión cerebral, no progresiva y permanente, que puede ocurrir antes, durante o después del parto en el periodo madurativo del sistema nervioso central.	-Evaluación física	-Postura del cuerpo -Tono muscular -Rango de movimientos -Sensibilidad
	V2. técnicas de rehabilitación oral	Es el conjunto de técnicas y métodos de control y preparación de la zona oral para facilitar el cierre de la mandíbula como también la protrucción de la lengua favoreciendo los movimientos de está mejorando el proceso de la alimentación.	-Crioterapia -Masaje -Ejercicios faciales -Estimulación sensorial	-Disminución de la rigidez -relajación muscular -facilitación de la movilidad de la mandíbula y la lengua

CAPITULO IV:
DISEÑO METODOLOGICO

4. DISEÑO METODOLOGICO

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

De acuerdo a la investigación que se realizó se consideró utilizar dos tipos de estudio que permitieron la recopilación de información y describir cada una de las características de investigación.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información de estudio fue:

Prospectivo

Obtuvo resultados favorables de forma gradual con la aplicación de técnicas de habilitación oral en niños con parálisis cerebral infantil espástica que presentaban problemas de alimentación.

Según el análisis y alcances de los resultados de la información el estudio fue:

Descriptivo

Permitió al grupo investigador describir la efectividad de las técnicas de habilitación oral en los pacientes con diagnóstico de PCI espástica, se conocieron las dificultades más comunes que presentaron los niños y se dieron las respuestas a las diferentes preguntas que se formularon durante el proceso del tratamiento.

4.2 POBLACION

La población de la investigación estuvo constituida por pacientes que asistieron a la Comunidad Monseñor Romero Usulután.

4.3 MUESTRA

La muestra de la investigación estuvo conformada por nueve pacientes con diagnóstico de parálisis cerebral infantil espástica con dificultades para la alimentación.

Que cumplan los siguientes criterios.

4.4 CRITERIOS PARA ESTABLECER LA MUESTRA

4.4.1 CRITERIOS DE INCLUSION.

- 1 Pacientes entre las edades de 3 a 20 años.
- 2 Pacientes de ambos sexos.
- 3 Pacientes con diagnóstico de parálisis cerebral infantil espástica.

- 4 Pacientes que asistan a la Comunidad Monseñor Romero Usulután.
- 5 Con dificultades para la alimentación.

4.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSION.

- 1 Niños con parálisis cerebral infantil flácida.
- 2 Niños que no tengan problemas con el proceso de alimentación.
- 3 Personas que no quieran formar parte de la población en estudio.
- 4 Niños con afecciones respiratorias graves.

4.5 TIPO DE MUESTREO

No probabilístico por conveniencia.

Los pacientes que fueron parte de nuestra investigación cumplieron con ciertas características a conveniencia para el grupo investigador como se mencionan en los criterios de inclusión y exclusión antes mencionados.

4.6 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOPIACION DE DATOS

Dentro de la documental: las técnicas que se utilizaron en la recopilación de información fueron:

La documental bibliográfica: es la técnica que permitió recopilar y obtener la información que ayudo a obtener conocimientos de libros de medicina tesis de fisioterapia y terapia ocupacional y sitios web relacionados con el tema.

TECNICAS DE CAMPO

La observación: la cual permitió no solo, la evaluación inicial y final sino también durante el tratamiento, conocer el progreso y evaluación de los pacientes en estudio.

La evaluación física: consistió en una guía de evaluación inicial la cual contenía parámetros necesarios para conocer las condiciones en la que se encontraron al paciente y complicaciones que estos/as presentaron. (Anexo 2)

4.7 INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se utilizaran:

Guía de entrevista: el objetivo será, establecer el conocimiento de la patología a pacientes que serán sometidos a tratamiento en la Comunidad Monseñor Romero Usulután.

Evaluación física: el objetivo será, conocer el estado inicial del paciente y la evaluación que presentara al final del tratamiento.

4.8 MATERIALES

En las técnicas de habilitación oral se utilizaron los siguientes materiales:

Cremas corporales, toallas de distintas texturas , Paletas de hielo, vasos plásticos de diferentes tamaños, cuchara de diferentes proporciones, bebidas de sabores mixtos, baja lengua, pitos de proporción pequeñas, guantes de látex, Hisopos.

4.9 PROCEDIMIENTO.

4.9.1 PLANIFICACION

El desarrollo del trabajo se realizó como a continuación se detalla:

En primer lugar se eligió el tema, con el coordinador de la asesoría. Una vez el elegido, se dio paso a la recolocación de la información con relación al tema, a través de fuentes bibliográficas, sitios en la red.

Procedimos a reuniones grupales y luego con el docente asesor para iniciar la elaboración del perfil de investigación, continuando con el protocolo de investigación. Recolectando la información de un periodo de aproximadamente 3 meses.

4.9.2 EJECUCIÓN

El periodo de ejecución se llevó a cabo en la Comunidad Monseñor Romero, Usulután con niños que presentan parálisis cerebral infantil en el periodo comprendido de Mayo a Julio del año 2017.

Durante la primera etapa de ejecución, el día 2 de Mayo del 2017 se convocó a los padres de familia a una reunión dentro de la institución para darles a conocer la información correspondiente del tema de estudio y a la vez se les pidió que firmaran una hoja de consentimiento.

Posteriormente el día 4 de mayo del 2017 se realizó la evaluación inicial a los niños/as que formaron parte de la muestra con el fin de establecer el nivel de afectación que presentaron en las diferentes áreas facial y ora, para tener un punto de

referencia y poder establecer un programa de tratamiento, enfocado en las diferentes alteraciones en las que los niños fueron evaluados, enfocándonos en actividades dirigidas a mejorar el tono muscular, sensibilidad, masticación, coordinación, succión, deglución. Se realizaron técnicas para favorecer el control de mandíbula, control de labio, para favorecer succión y deglución entre otras. Donde utilizamos diferentes tipos de materiales, cada una de estas técnicas fueron cambiando ocasionalmente duran el proceso de ejecución, duran este periodo los resultados en la muestra fueron evolucionando de forma positiva, para cuantificar estos datos y obtener un consolidado general se procedió a realizar una evaluación final durante la tercera semana de mes de julio y así poder realizar un comparación con resultados obtenidos en la evaluación inicial.

4.10 CONSIDERACIONES ETICAS

- Asegurar el cuidado de los niños.
- Tratar con profesionalismo y amabilidad a los niños.
- Dar un informe real con los datos observados al final del proceso de la investigación a los miembros coordinadores, a la comunidad Monseñor Romero y a las familias involucradas para proporcionarles la información actualizada.
- Certificado de consentimiento (Anexo n° 3)

CAPITULO V:
PRESENTACION DE RESULTADOS

5. PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

5.1 TABULACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS.

En el presente capítulo se muestran los resultados de la ejecución de la investigación: eficacia de técnicas de habilitación oral en niños con parálisis cerebral infantil que presentan problemas de alimentación atendidos en la comunidad monseñor romero Usulután, en el periodo de mayo a julio, año 2017.

Los resultados se obtuvieron de la guía de entrevista a padres con diagnóstico de Parálisis Cerebral Infantil y guía de evaluación física dirigida a los pacientes con diagnóstico de PCI. Entre la muestra se evaluaron nueve pacientes con diagnóstico de PCI.

En la tabulación de los resultados se presentan los datos de interés de la información recopilada en la implementación del tratamiento donde las técnicas utilizadas para tratar las diversas alteraciones que presentan los niños con PCI como son: dificultad para coordinar los movimientos faciales orales y deglutorios comprobando que las técnicas de habilitación oral ayudan a mejorar el estado en la musculatura coordinación y procesos deglutorios.

Los resultados obtenidos a través de la guía de evaluación inicial y final se tabularon, analizaron e interpretaron; y cada cuadro va acompañado de su respectiva representación gráfica para que los resultados sean más comprensibles.

Para la obtención de datos estadísticos fue necesario el uso de la siguiente formula.

$$F = \frac{Fr}{T} \times 100$$

F: Frecuencia absoluta

Fr: Frecuencia relativa

T: Total de pacientes

X= Incógnita que representan el porcentaje de la cantidad total estudiada.

**RESULTADOS DE LA GUÍA DE EVALUACIÓN FÍSICA INICIAL Y FINAL
EN NIÑOS CON PCI.**

**CUADRO N°1
DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR EDAD Y SEXO**

EDADES	FEMENINO	%	MASCULINO	%	
3-8	4	44.44	4	44.44	
9-14	1	1.11			
TOTAL	5	55.55	4	44.44	100%

Fuente: guía de evaluación

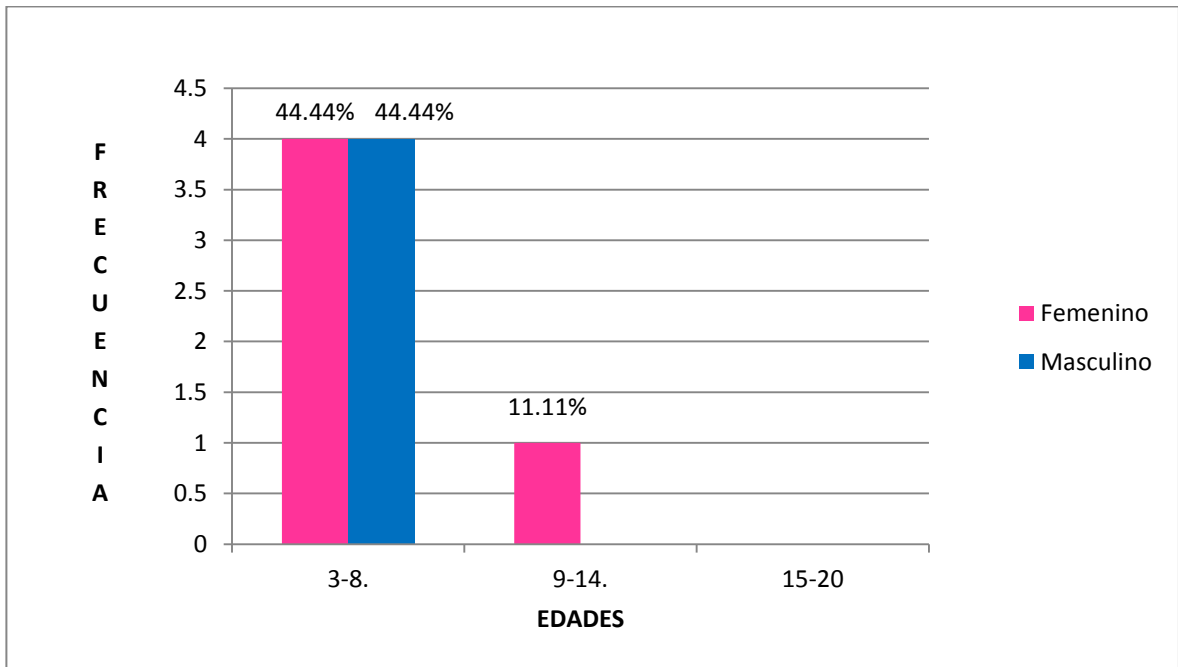
ANALISIS:

En el cuadro N° 1 presenta la población por edad y sexo de niños con diagnóstico de parálisis cerebral infantil; teniendo de rango de 3 a 8 años por edad, el 44.44% del sexo femenino y el 44.44% del sexo masculino, con respecto a la edad de 9 a 14 años el 1.11% del sexo femenino obteniendo un resultado total de la población del 100%.

INTERPRETACION:

De acuerdo a los datos obtenidos anteriormente 9 pacientes con diagnóstico de parálisis cerebral infantil que asistieron al tratamiento de las técnicas de rehabilitación oral entre las edades de 3 a 20 años el mayor porcentaje de asistencia fue de pacientes del sexo femenino.

GRAFICA DE BARRA N°1 DISTRIBUCION POR SEXO Y EDAD



Fuente: cuadro N° 1

CUADRO N° 2

RESULTADO SEGÚN EL TIPO DE DEFORMIDADES QUE PRESENTAN LOS NIÑOS CON DEAGNOSTICOS DE PCI TRATADOS EN LA COMUNIDAD MONSEÑOR ROMERO, USULUTAN.

DEFORMIDADES	FR	%
ESCOLIOSIS	3	33.33
PATRON FLEXOR MS	4	44.44
PATRON FLEXOR MI	4	44.44
PATRON TIJERA	1	1.11

Fuente: guía de evaluación

ANALISIS:

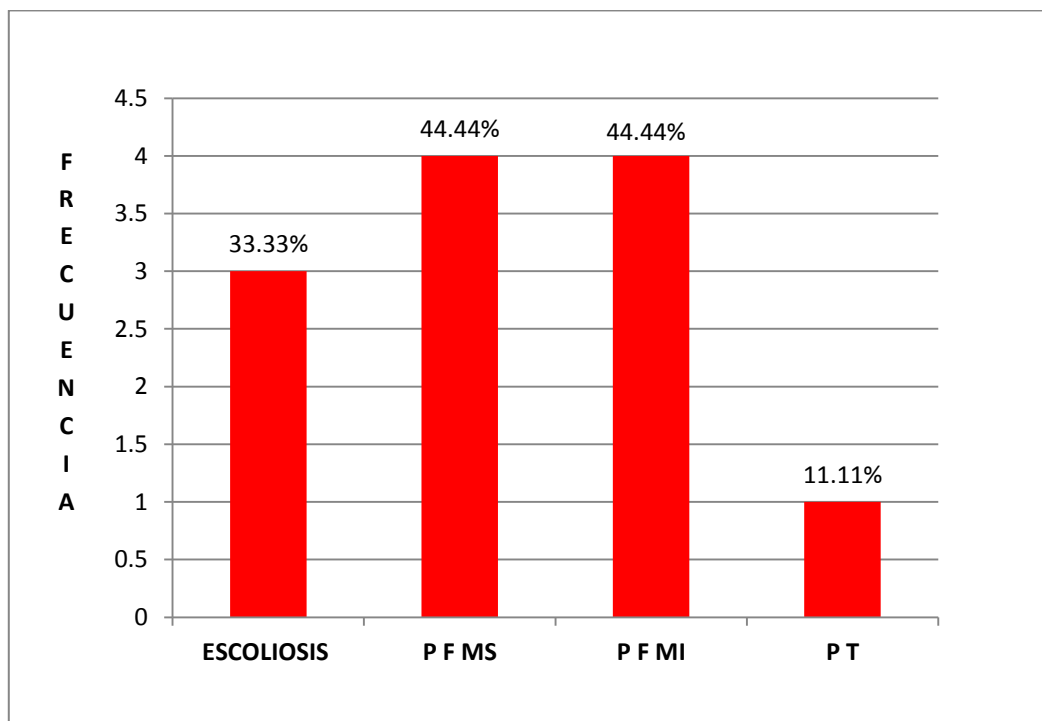
En el cuadro N° 2 se encuentran las diferentes deformidades que presentan los niño/as con diagnóstico de parálisis cerebral infantil.

De un 100% de pacientes que asistieron al tratamiento de las técnicas de habilitación oral el 33.33% presentaron escoliosis, el 44.44% presentaron deformidad de patrón flexor de miembro superior, el 44.44% presentaron deformidad de patrón flexor de miembros inferiores, y el 1.11 presento deformidad de patrón en tijera.

INTERPRETACION:

De acuerdo a los diferentes tipos de deformidades que presenta la población en estudio las de mayor incidencia son las deformidades de miembro superior y las de miembro inferiores debido a la alteración del sistema nervioso central que provoca un aumento del tono muscular dificultando y/o imposibilitando total o parcialmente el movimiento de los músculos afectado como los que controlan y permite el movimiento de sus extremidades causando así diferentes grados de patrones de deformidades, así como también hay una menor incidencia en la deformidad de escoliosis influenciadas por las malas posturas y de patrón en tijera de miembros inferiores presentando así alteración en la alineación correcta del cuerpo para la alimentación.

GRAFICA DE BARRA N° 2 TIPOS DE DEFORMIDADES



Frecuencia: cuadro N° 2

CUADRO N° 3

RESULTADO DE LA EVALUACION INICIAL Y FINAL DEL TONO MUSCULAR EN NIÑOS AFECTADOS CON PCI TRATADOS EN COMUNIDAD MOSEÑOR ROMERO, USULUTAN.

TONO	EVALUACION INICIAL								EVALUACION FINAL							
	L	%	M	%	S	%	T	%	L	%	M	%	S	%	T	%
HIPERTONIA			1	1.11	8	8.88	9	100			9	9.99			9	100
HIPOTONIA																
FLUCTUANTE																

FUENTE: guía de evaluación L: leve M: moderada S: severo T: total

ANALISIS:

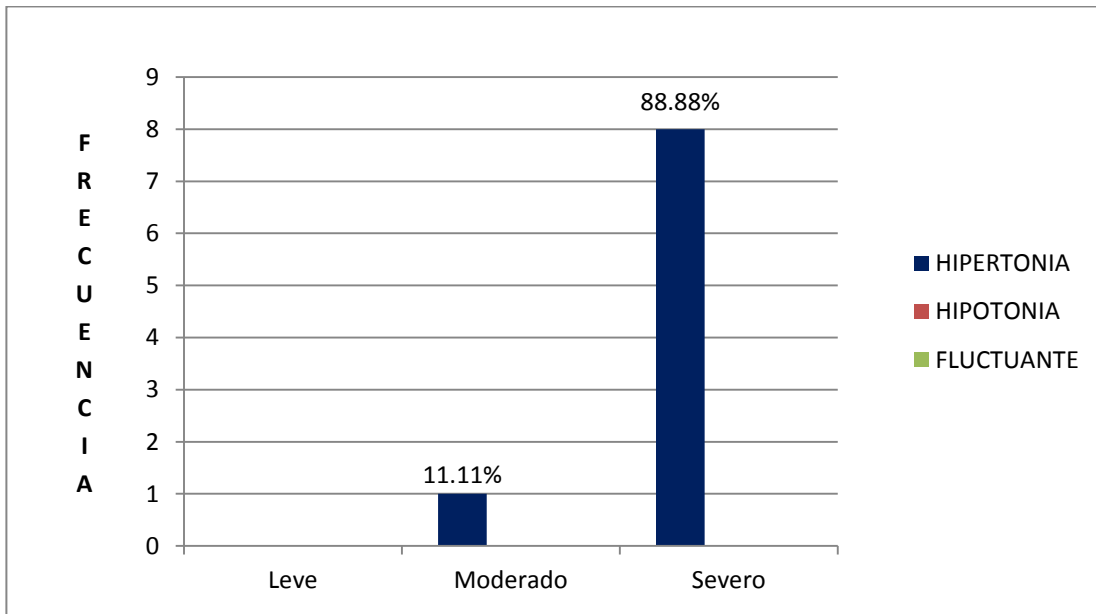
En el cuadro N° 3 representa la valoración de los parámetros del tono muscular comparando los resultados de la evaluación inicial y final en el tratamiento de las técnicas de habilitación oral encontrando lo siguiente

Se puede observar que de un total del 100% de los pacientes en los parámetros del tono muscular de hipertonía, hipotonía, y tono fluctuante, el 8.88% se encontró con hipertonía severa, el 1.11% en hipertonía moderada y en la evaluación final, el 9.99% se encontró en hipertonía moderada

INTERPRETACION:

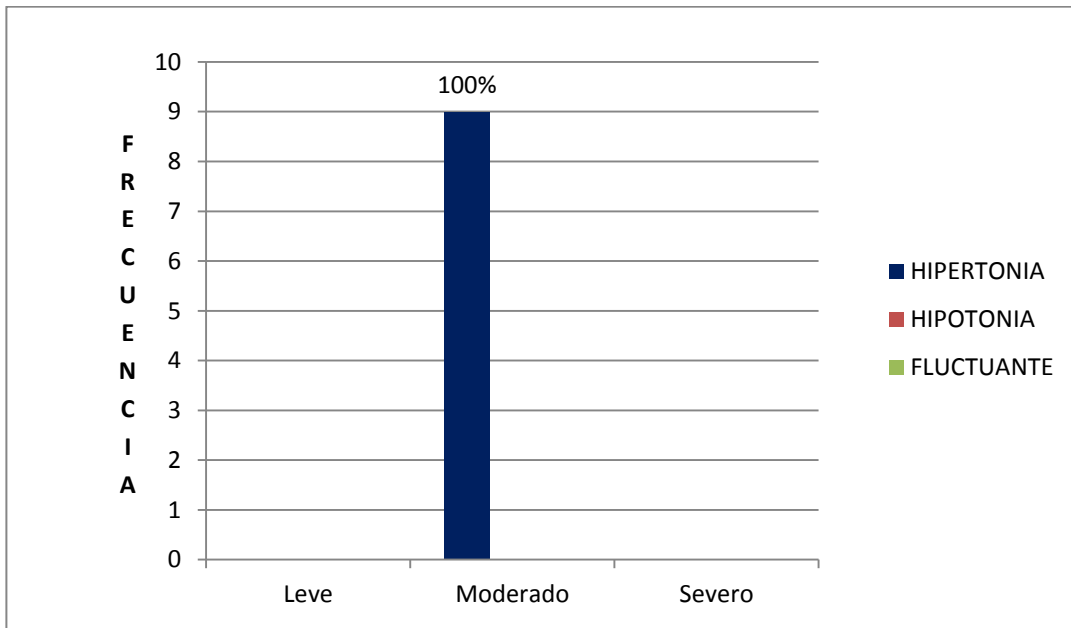
Los pacientes que serían tratados con las técnicas de habilitación oral en su evaluación inicial presentaron una hipertonía de moderada a severa debido a su tono incrementado que se caracteriza por movimientos exagerados y pocos coordinados o incoordinados que en el transcurso de su desarrollo siempre persisten, en su evaluación final se concretó que hubo una disminución de la hipertonía severa a moderada donde el masaje facial favoreció partiendo desde el contacto del terapeuta con el niño que en combinación a la técnica de estimulación con hielo en forma de roses sobre la musculatura facial provocaron en los músculos una mejor circulación sanguínea produciendo una mejor elasticidad de los músculos tensos desencadenando un efecto de relajación y permitiendo movimientos más controlados y solo se encontró un paciente que se mantuvo en rango hipertonía moderada.

GRAFICA DE BARRA N° 3 EVALUACION INICIAL TONO MUSCULAR.



Fuente: cuadro n° 3

GRAFICA DE BARRA N° 3 EVALUACION FINAL TONO MUSCULAR



Fuente: cuadro n° 3

CUADRO N° 4

RESULTADO DE LA EVALUACION INICIAL Y FINAL DE LA SENSIBILIDAD FACIAL Y ORAL

ALTERACIONES DE LA SENSIBILIDAD FACIAL Y ORAL	EVALUACION INICIAL		EVALUACION FINAL	
	F	%	F	%
CONSERVADA	3	33.33	9	99.99
PARESTESIA				
HIPOESTESIA				
HIPERESTESIA	6	66.66		
TOTAL	9	100	9	100

Fuente: guía de evaluación f: frecuencia

ANALISIS:

En el cuadro N° 4 representa la valoración de los parámetros de la sensibilidad facial y oral, comparando los resultados de la evaluación inicial y final en el tratamiento de las técnicas de habilitación oral encontrando lo siguiente:

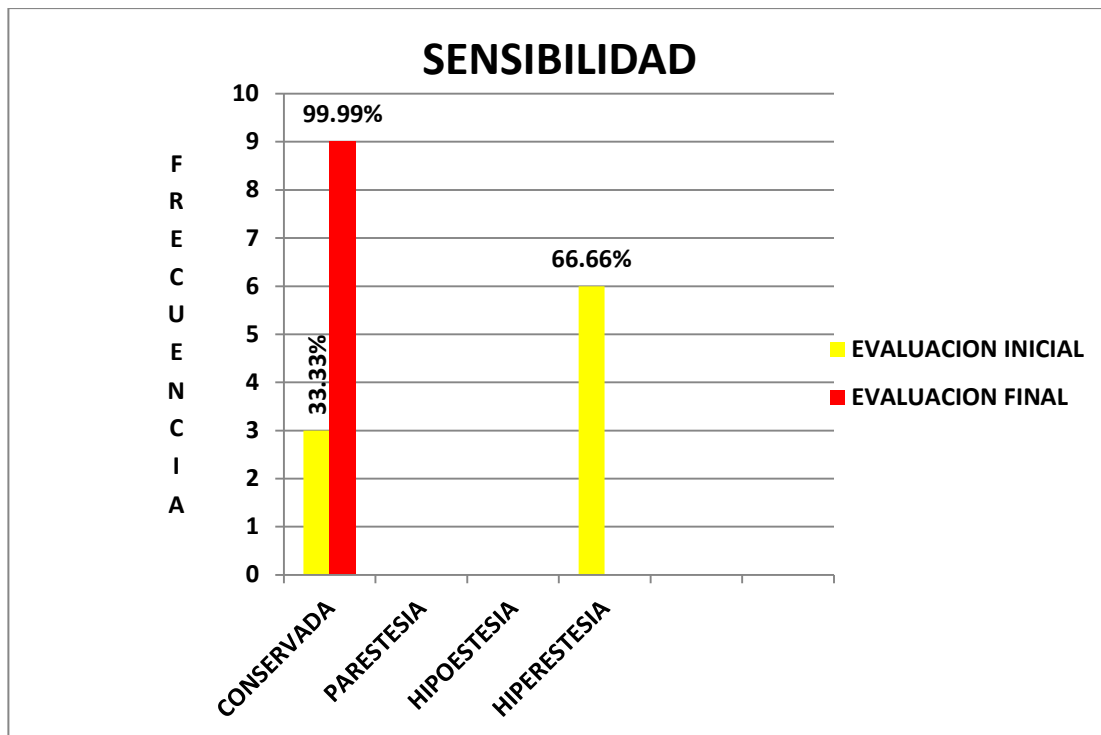
Se puede observar en la evaluación inicial que un total del 33.33% de los pacientes en los parámetros de la sensibilidad esta conservada y un 66.66 % de los pacientes tienen hiperestesia

En la evaluación final un total del 100% de pacientes, tratados con las técnicas de habilitación oral todos se encuentran con sensibilidad conservada.

INTERPRETACION:

De acuerdo con los resultados obtenidos en la evaluación inicial se encontró que el mayor porcentaje de pacientes con diagnóstico de parálisis cerebral infantil presento un trastorno de hiperestesia, debido a su daño neuromuscular donde manifestaron una distorsión sensorial por aumento de la intensidad de las sensaciones de igual modo es claro que la alteración de la sensibilidad de cara y fuera de la boca genera problemas de alimentación, porque al estar ausente puede provocar rechazo al ingerir los alimentos, y en su evaluación final se puede demostrar que la técnica de estimulación de pincelados de diferentes proporciones y textura donde se aplicaron roses precisos y fluidos sobre los músculos faciales en dirección al punto de inserción fueron beneficiosas para normalizar la sensibilidad en aquellos pacientes donde se encontraba alterada .

GRAFICA DE BARRA N° 4 EVALUACION INICIAL DE LA SENSIBILIDAD FACIAL Y ORAL



Fuente: cuadro n° 4

CUADRO N° 5

RESULTADO DE LA EVALUACION INICIAL Y FINAL DE LA COORDINACION DE MOVIMIENTOS.

AREA	EVALUACION INICIAL								EVALUACION FINAL							
	B	%	R	%	M	%	T	%	B	%	R	%	M	%	T	%
MANDIBULA	1	11.11	8	88.88			9	100	6	66.66	3	33.33			9	100
LENGUA	3	33.33	6	66.66			9	100	7	77.77	2	22.22			9	100
LABIOS			9	99.99			9	100	5	55.55	4	44.44			9	100

Fuente: guía de evaluación B: buena R: regular M: mala T: total

ANALISIS:

En el cuadro N° 5 representa la evaluación inicial y final de la coordinación de movimientos de mandíbula, lengua y labios.

Se puede observar en la evaluación inicial de un total del 100% de los pacientes que asistieron al tratamiento de las técnicas de rehabilitación oral que el 11.11% tienen un movimiento bueno de mandíbula y el 88.88 % el movimiento de mandíbula es regular.

En cuanto a la coordinación del movimiento de la lengua el 33.33% es bueno y el 66.66% es regular. Y con respecto a los labios el 99.99 es regular.

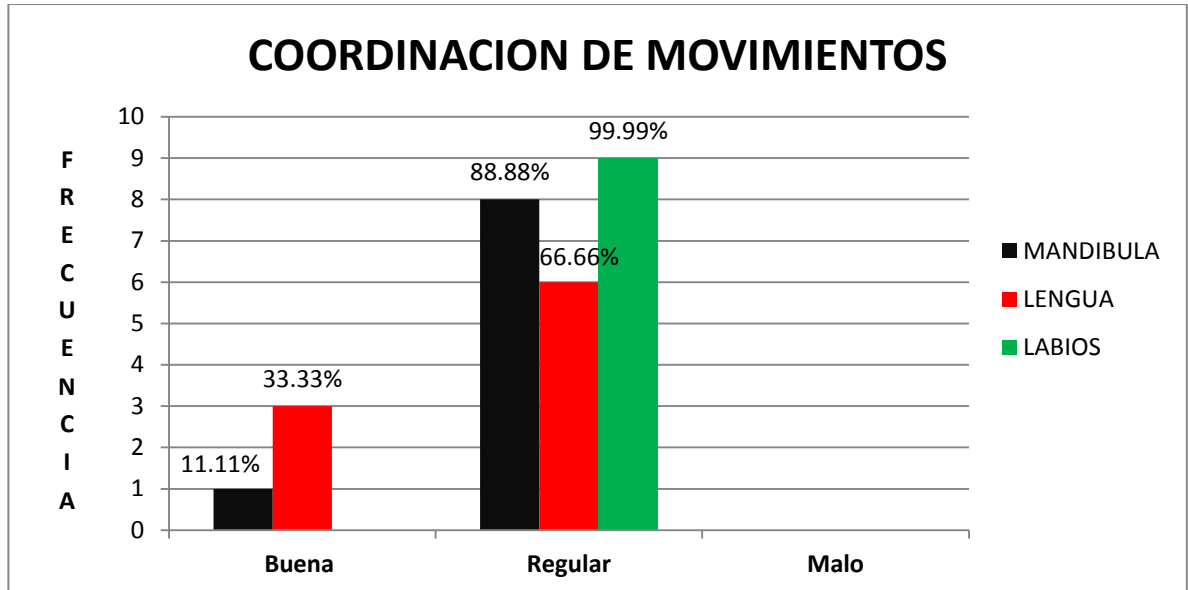
Se puede observar en la evaluación final que del 100% de pacientes tratados con las técnicas de rehabilitación oral en la coordinación del movimiento de mandíbula el 66.66% es buena y el 33.33% es regular, en la coordinación del movimiento de la lengua el 77.77% es bueno y el 22.22% es regular y en los labios el 55.55% es bueno y el 44.44% es regular.

INTERPRETACION:

Los pacientes que fueron tratados con las técnicas de rehabilitación oral en la evaluación inicial se observaron que presentaban incoordinación en los movimientos de mandíbula lengua y labios, debido al poco control del movimiento por parte de los músculos afectados, interfiriendo para el buen funcionamiento del proceso de la alimentación, pudimos observar dificultad en la lengua para llevar el alimento hacia atrás y luego deglutirlo así mismo los labios se observaron débiles y con aumento de

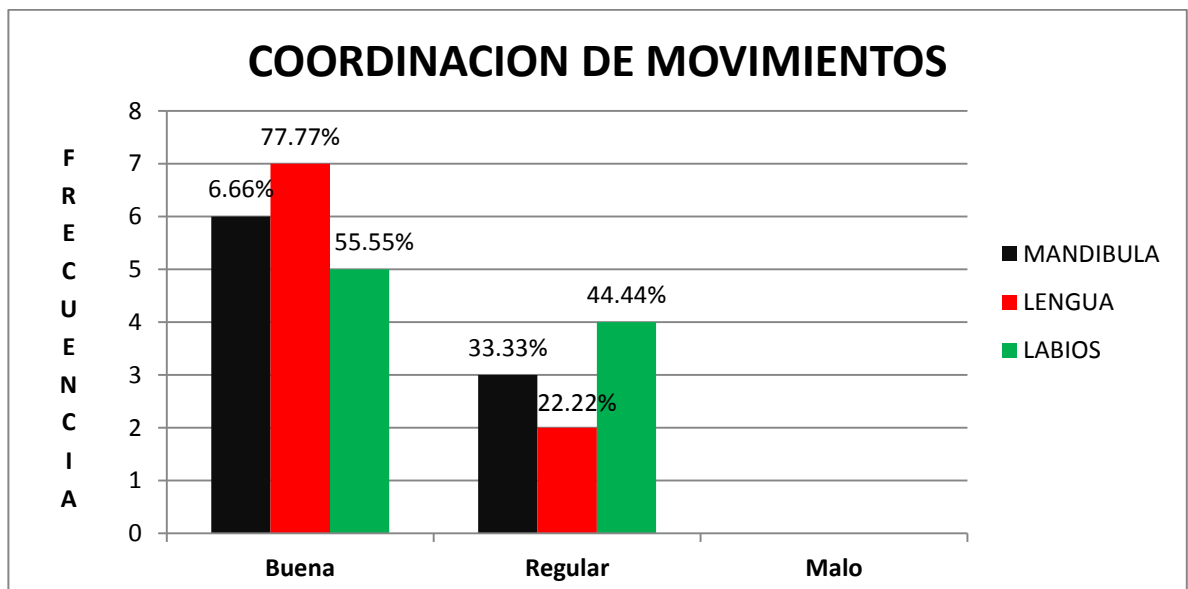
del tono muscular . En el desarrollo de su tratamiento se concretó que con el uso de la técnica del masaje facial permitía una mejor adaptación del movimiento por la relajación y estiramiento de la musculatura tensa y el uso de la estimulación con hielo más los ejercicios isotónicos de labios, mejías y lengua donde se utilizaron diferentes tipos de sustancia de sabores aplicadas sobre la parte superior, inferior y laterales de los labios estimulaba al niño a realizar movimientos fluidos de lengua sin dificultad proporcionando a la mandíbula la apertura en diferentes grados así como también hubo una mejor reacción para el movimiento de cierre de los labios por el movimiento fluido a la hora de lamerse. En su resultado final a sus evaluaciones se pudo comprobar que el tratamiento de las técnicas de habilitación oral había proporcionado mayor coordinación de la mandíbula lengua y labios haciendo menos difícil la alimentación.

GRAFICA DE BARRA N°5 EVALUACION INICIAL DE LA COORDINACION DE MOVIMIENTOS DE MANDIBULA, LENGUA Y LABIOS.



Fuente: cuadro n° 5

GRAFICA DE BARRA N° 5 EVALUACION FINAL DE LA COORDINACION DE MOVIMIENTOS DE MANDIBULA, LENGUA Y LABIOS



Fuente: cuadro n° 5

CUADRO N° 6
RESULTADO DE LA EVALUACION INICIAL Y FINAL DE SIALORREA
EN NIÑOS AFECTADOS CON PCI

EVALUACION INICIAL					Total	EVALUACION FINAL				total
SIALORREA	SI	%	NO	%		SI	%	NO	%	
MANTIENE LA BOCA ABIERTA	7	77.77	2	22.22	9			9	100%	9
PRESENTA BABEO AL COMER	7	77.77	2	22.22	9			9	100%	9

Fuente: guía de evaluación

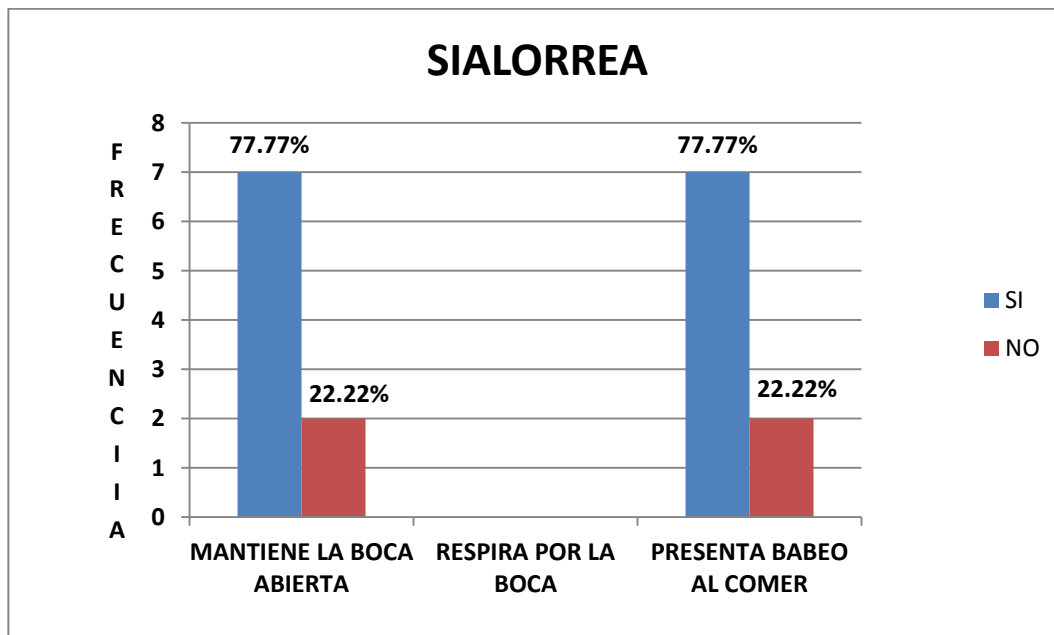
ANALISIS:

En el cuadro N°6 se representa la valoración inicial y final de sialorrea dando como resultado que en la valoración inicial un total del 77.77% de los pacientes mantienen la boca abierta y el 77.77 % presentan babeo al comer y en la evaluación final el 100% de los pacientes ya no mantenían la boca abierta ni presentaban babeo al comer

INTERPRETACION:

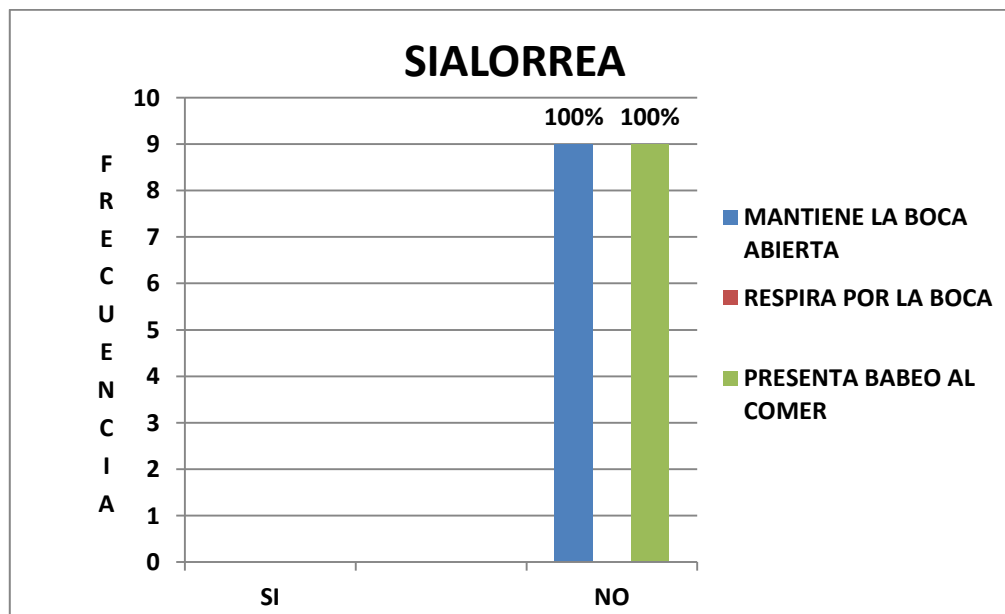
Debido a la alteración del tono de los músculos faciales que dan soporte a la mandíbula encontramos que el 77.77% presentan dificultad para mantener la boca cerrada así como también presenta babeo al comer, el babeo está presente en 77.77% de los niños y jóvenes ya sea por mantener la boca abierta a la hora de alimentarse o por los movimientos pobres de succión y tragado causando frecuentemente ineficiente tragado de saliva, después de aplicar las técnicas de habilitación oral como, estimulación de roses con hielo que nos permite normalizar el tono de la zona oral y posteriormente realizar técnicas de estiramiento, movimientos de mejía, ejercicios de resistencia, ejercicios isotónicos que son movimientos repetidos sin resistencia, ejercicios que normalmente se le realizaron en las primeras sesiones dándole al musculo y a la articulación de la mandíbula una orientación propioceptiva para el movimiento. El uso de los ejercicios isométricos donde se realizaron movimientos voluntarios contra resistencia y el niño trata de llevar los labios en protucción y el terapeuta ejerce presión sobre ellos a manera fortalecer sus músculos orales provocaron que los niños se adaptaran de una forma más factible a la función de controlar sus músculos orales. Al final del periodo de ejecución se concretó mejoría notoria dando como resultado que los siete niños que presentaban babeo mejoraron su condición.

GRAFICA DE BARRA N°6 EVALUACION INICIAL Y DE SIALORREA EN NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE PCI



Fuente: cuadro n° 6

GRAFICA DE BARRA N°6 EVALUACION FINAL DE SIALORREA EN NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE PCI



Fuente: cuadro N° 6

CUADRO N°7
RESULTADO DE LA EVALUACION INICIAL Y FINAL DE SUCCION EN
NIÑOS AFECTADOS CON PCI TRATADOS EN COMUNIDAD MONSEÑOR
ROMERO SULUTAN

SUCCION	EVALUACION INICIAL					EVALUACION FINAL				
	SI	%	NO	%	TOTAL	SI	%	NO	%	TOTAL
POR SI SOLO	2	22.22	7	77.77	9	8	88.88	1	11.11	9
CON AYUDA	7	77.77	2	22.22	9	1	11.11	8	88.88	9

Fuente: guía de evaluación

ANALISIS:

En el cuadro N° 7 se representa la valoración inicial y final de problemas de succión en niños afectados con PCI encontrando en la evaluación inicial lo siguiente el 22.22% realizan la succión por si solos, el 77.77 % lo realizan con ayuda y en la evaluación final el 88.88% lograron la succión por si solo y el 11.11% lo realiza con ayuda.

INTERPRETACION:

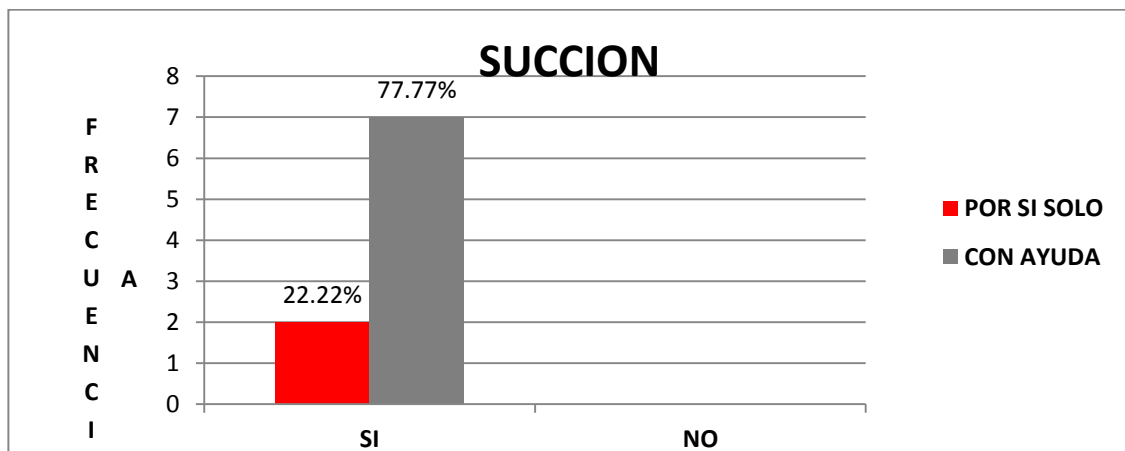
A la evaluación inicial de la succión se puede constatar que el 22.22% lo puede realizar por si solo y el 77.77% tiene la necesidad de ser ayudado para poder hacerlo debido a la rigidez que se presenta y a la incapacidad de relajar los músculos orales.

Durante la aplicación de técnicas de habilitación oral se utilizaron “técnicas para favorecer la succión” que básicamente consiste en reeducar el reflejo de succión de los niños ya que en ellos debido a su daño neurológico, existe una alteración a nivel muscular incapacitando la acción de controlar los movimientos de sus labios, lengua y mejillas limitando la función de succionar cuando los niños no pueden succionar por medio de un vaso se le coloca una pajilla al vaso que se sitúa a la altura de la boca o un poco más alto de manera que el líquido caiga a favor de la gravedad aunque no aspire, posteriormente se realizan movimientos de estiramiento y relajación y con un pincel se realizan ejercicios de pincelado sobre los labios y con el uso de una paleta de hielos se realizan roses sobre los orbiculares para desencadenar contracciones y proporcionar al musculo mejor control de sus movimientos y se estimular la lengua realizando presiones alternativas para facilitar la movilidad

lingual que han estado alterado o disminuido debido al daño que ha ocurrido y mediante estas técnicas estamos estimulando y mejorando su coordinación y por consecuencia su habilidad para succionar.

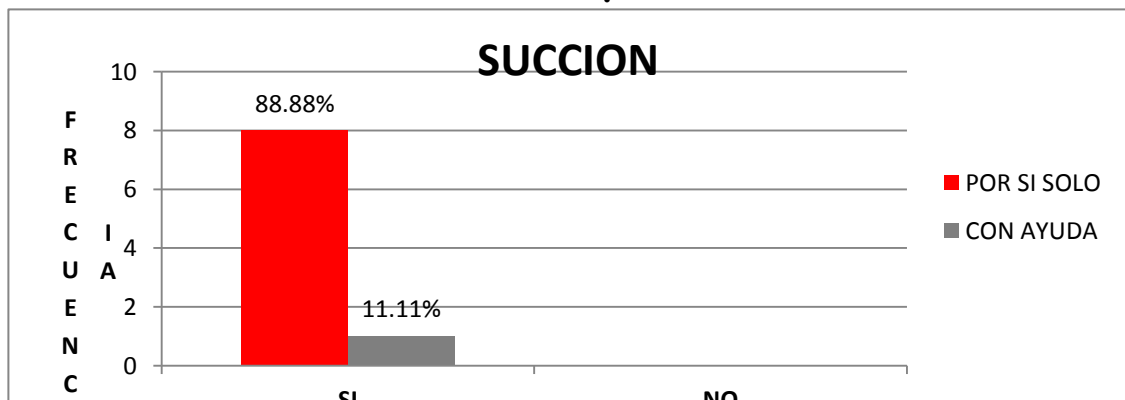
En la evaluación final se observó que de 7 niños que realizaban la succión con ayuda 6 de ellos lograron superar esa dificultad llevando a cabo la succión por sí solos, recalcar que un niño se mantuvo en su condición de no poder succionar por sí solo pues su compromiso de su daño a nivel neurológico era más severo en comparación con los demás niños limitando en un rango mayor la coordinación de los músculos peri orbiculares de la succión.

GRAFICA DE BARRA N°7 EVALUACION INICIAL DE SUCCION EN NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL.



Fuente: cuadro n° 7

GRAFICA DE BARRA N°7 EVALUACION FINAL DE SUCCION EN NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL



Fuente: cuadro n° 7

CUADRO N° 8
RESULTADO DE LA EVALUACION INICIAL Y FINAL DE MASTICACION
Y DEGLUCION EN NIÑOS AFECTADOS CON PCI TRATADOS EN
COMUNIDAD MONSEÑOR ROMERO USULUTAN

MOVIMIENTOS	EVALUACION INICIAL						EVALUACION FINAL					
	C.D	%	S.D	%	TOTAL	%	C.D	%	S.D	%	TOTAL	%
MASTICACION	4	44.44	5	55.55	9	100	3	33.33	6	66.66	9	100
DEGLUCION	7	77.77	2	22.22	9	100	7	77.77	2	22.22	9	100

Fuente: guía de evaluación C.D: con dificultad S.D: sin dificultad

ANALISIS:

En el cuadro N° 8 representa la valoración de los parámetros de movimientos de masticación y deglución comparando los resultados de la evaluación inicial y final en el tratamiento de las técnicas de habilitación oral encontrando lo siguiente

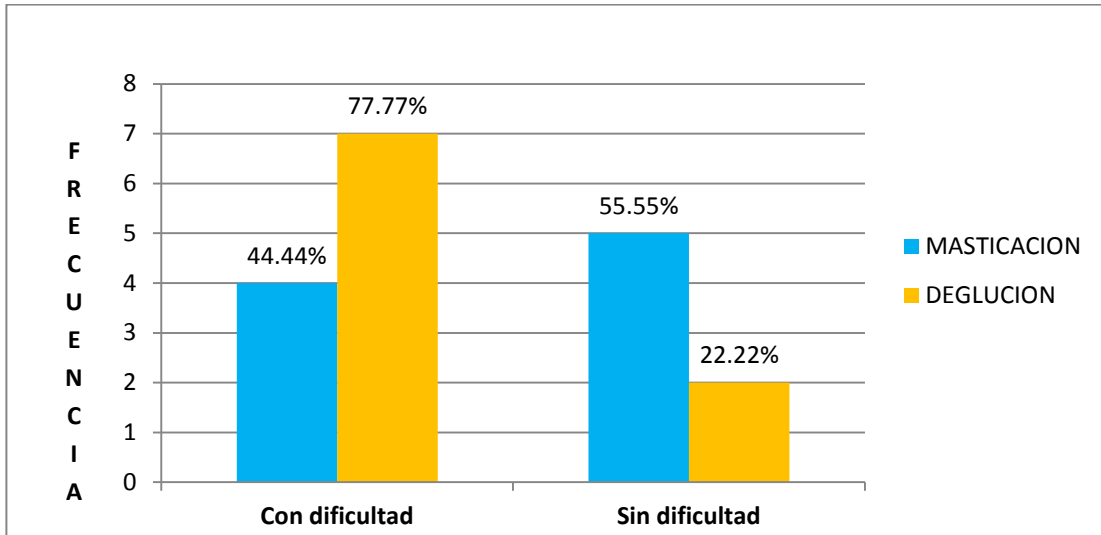
Se puede observar que en la evaluación inicial un total del 44.44% realizan la masticación con dificultad y un 55.55% realizan la masticación sin dificultad dando un total del 100% y un 77.77% realizan la deglución con dificultad y un 22.22% realizan la deglución sin dificultad dando así un total del 100% y en la evaluación final 33.33% realizan la masticación con dificultad y un 66.66% realizan la masticación sin dificultad dando un total del 100% en cuanto a la deglución un 77.77 % realizan la deglución con dificultad y un 22.22% realizan la deglución sin dificultad.

INTERPRETACION:

En la evaluación inicial siete de los niños con PCI presentan dificultad para la masticación y deglución de los alimentos debido a un aumento de los movimientos de protrucción y retracción de la mandíbula desencadenando inestabilidad a la lengua por lo que se le dificulta llevar los alimentos hacia atrás interfiriendo con el proceso deglutorio encontrando que los alimentos sólidos no son favorables a un 100% de la población a investigar, debido a que presentan diferente incapacidad de morder y masticar satisfactoriamente y se comprobó que con la implementación de la técnica para inhibir el reflejo de mordida proporcionaba una mejor coordinación de su boca para tratar de masticar los alimentos que en combinación a la técnica del control de la mandíbula se logran movimientos más precisos proporcionándole al niño una mejor adaptación en su movimiento. Mas sin embargo la técnica para inhibir la protrucción lingual proporciono una mejor adaptación de la lengua en una posición correcta dentro de la boca permitiendo con más facilidad la acción de deglutir. Teniendo como

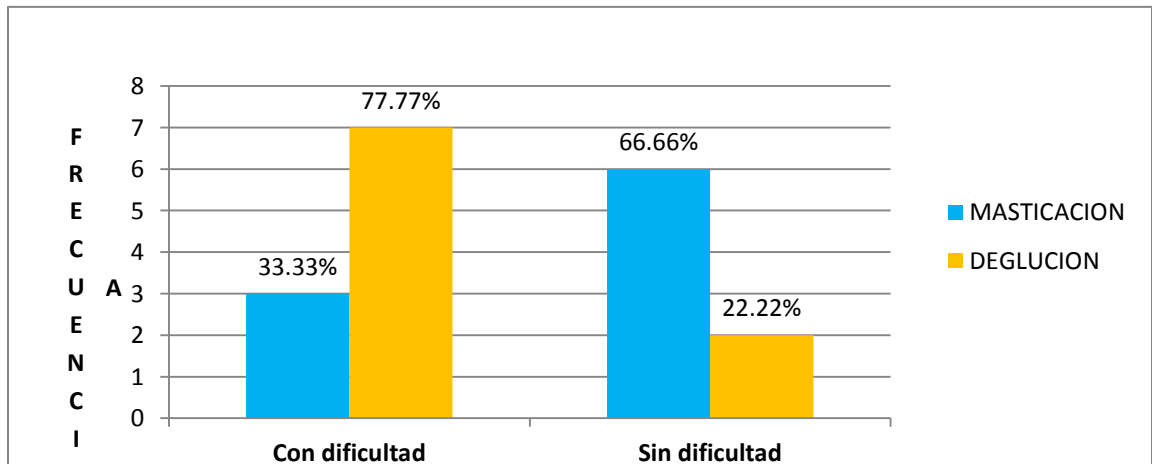
resultado final que más de la mitad de los niños realizan la masticación sin dificultad mientras que en la deglución no hubo una mejoría notoria.

GRAFICA DE BARRA N°8 EVALUACION INICIAL DE MASTICACION Y DEGLUCION EN NIÑOS AFECTADOS CON PCI



Fuente: cuadro n° 8

GRAFICA DE BARRA N°8 EVALUACION FINAL DE MASTICACION Y DEGLUCION EN NIÑOS AFECTADOS CON PCI



Fuente: cuadro n°8

CUADRO N° 9
RESULTADO DE LA EVALUACION INICIAL Y FINAL DE TIPO DE
ALIMENTO QUE TOLERAN LOS NIÑOS AFECTADOS CON PCI
TRATADOS EN COMUNIDAD MONSEÑOR ROMERO USULUTAN

TIPO DE ALIMENTO QUE TOLERA EL NIÑO	EV. INICIAL	%	EV. FINAL	%
LIQUIDO	2	22.22		
SEMI SOLIDO	3	33.33	5	55.55
SOLIDO	4	44.44	4	44.44
TOTAL	9	100	9	100

Fuente: guía de evaluación I: Inicial F: final

ANALISIS:

En el cuadro N° 9 se representa la valoración del tipo de alimento que toleran los niños con diagnóstico de PCI que asisten a la CMR encontrando lo siguiente.

En la evaluación previa al tratamiento el 22.22 % toleraban alimentos líquidos, el 33.33 % toleraban alimentos semi sólidos y el 44.44 % toleraban alimentos sólidos dando un total del 100%.

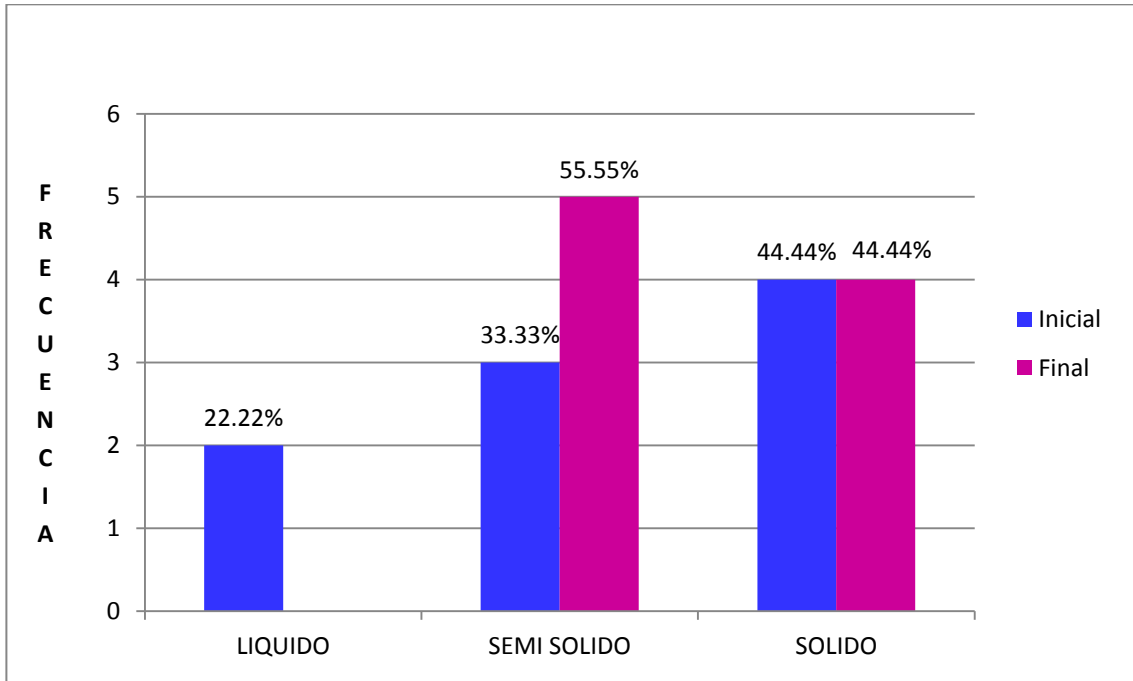
En la evaluación final el 55.55% tolera alimentos semi sólidos y el 44.44 % tolera alimentos sólidos.

INTERPRETACION:

De acuerdo a los resultados obtenidos en la evaluación inicial se encontró que menos de la mitad de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral infantil presentaban mayores dificultades para la tolerancia de los alimentos semi sólidos debido a la poca coordinación necesaria para comer solos o masticar y tragar los alimentos de manera segura como consecuencia de la alteración de su tono muscular, en su evaluación final se pudo percibir que después de las aplicaciones de las técnicas de habilitación oral donde se aplicó la técnica de estiramiento que consiste en pequeños estiramientos suaves , aplicados con los dedos para contraer los músculos sobre los orbiculares de los labios provocaron en la musculatura un estímulo de mayor control del movimiento que en combinación a las técnica del control de la mandíbula donde se llevó a cabo el masaje en los músculos temporales pterigoideos y maseteros responsable del cierre y abertura de la mandíbula más la técnica de con-

contracción donde se ejercieron una serie de presiones alternativamente sobre la lengua proporcionaron al niño una mejor coordinación en los movimientos de la lengua favoreciendo la acción de tragado llegando a la conclusión que más de la mitad de la población a investigar toleraron los alimentos semi sólidos .

GRAFICA DE BARRA N°9 EVALUACION INICIAL Y FINAL DE TIPO DE ALIMENTO QUE TOLERAN LOS NIÑOS AFECTADOS CON PCI



Fuente: cuadro n° 9

5.2 PRUEBA DE HIPOTESIS

Según los resultados obtenidos de la investigación, se acepta la hipótesis que dice lo siguiente:

Hi: La aplicación de las técnicas de rehabilitación oral favorece el proceso de la alimentación en niños con Parálisis Cerebral Infantil

La hipótesis planteada se acepta de acuerdo a los siguientes datos:

Se comprobó en el cuadro N°3 (resultado de la evaluación del tono muscular en pacientes tratados con las técnicas de rehabilitación oral) que un total de ocho pacientes que presentaron parámetro de hipertonia severa en un inicio a sus evaluación pasaron a hipertonia moderada y de uno que presento hipertonia moderada que se mantuvo en ese rango haciendo un total del 100%.

Se comprobó en el cuadro N°4(resultados de la evaluación inicial de la alteración de la sensibilidad de la cara, dentro de la boca y fuera de la boca en niños con diagnóstico de PCI) que las técnicas aplicadas fueron de beneficio ya que al comparar los resultados de la evaluación inicial que un total de 6 pacientes presentaron hiperestesia donde manifestaban una respuesta exagerada al estímulo más tres pacientes que se encontraron con la sensibilidad conservada y al finalizar el tratamiento se pudo concretar según la evaluación final que el 100% de la población presento una disminución de la hiperestesia.

Se comprobó en el cuadro N°5 (evaluación de los movimientos de la coordinación de la mandíbula, lengua y labios en niños afectados con PCI) tratados con la técnicas de rehabilitación oral, en su evaluación inicial ocho pacientes presentaron movimientos de mandíbula de forma regular y seis presentaron incoordinación del movimiento de la lengua donde sus movimientos eran pasivos en estado regular encontrando nueve pacientes que realizaban movimientos de labios de apertura y cierre de manera regular, después del desarrollo de las técnicas de rehabilitación oral; en su evaluación final se encontró que de los ocho pacientes que presentaban movimiento regular de mandíbula seis de ellos lo hacían con normalidad y de los seis que presentaban movimientos regulares de la lengua cuatro de ellos presentaron un movimiento normal donde tenían un mejor control para movilizarla y llevar sus alimentos hacia atrás y así poder tragarlos, con respecto a los nueve pacientes que se encontraron con dificultad para mover sus labios de manera regular cinco de ellos lograron hacerlo con normalidad.

Se comprobó en el cuadro N°6 (Resultado de la evaluación de la sialorrea en niños con diagnóstico de PCI tratados con las técnicas de habilitación oral.) que de siete pacientes que en su inicio a su tratamiento mantenían la boca abierta debido al escaso control de sus músculos faciales al finalizar la implementación de las técnicas de habilitación oral había mejorado el 100% con respecto al control de su boca y de los siete pacientes que se encontraron en un inicio que presentaron babeo al comer por la insuficiencia al tragado de saliva más el debilitamiento y el escaso control de los músculos orales presentaron un resultado favorable al uso de las técnicas de estimulación con hielos, masaje y estiramiento de los músculos orbiculares dando como resultado final que el 100% de la población presento beneficio en el control de la sialorrea.

Se comprobó en el cuadro N°7 (Resultado de la evaluación de la succión en niños con diagnóstico de parálisis cerebral infantil tratados con las técnicas de habilitación oral) que de los siete pacientes que presentaron en su evaluación inicial dificultades para la succionar con ayuda debido al escaso control del movimiento y a la función limitada de la lengua y mejía tuvieron un resultado favorable en su evaluación final donde ocho de ellos lograron hacer la succión sin ayuda y uno se mantuvo en el rango de realizar la succión con ayuda debido a la afectación de su PC.

Se comprobó en el cuadro N°8 (Resultados de la evaluación de la masticación y la deglución en niños con diagnóstico de PCI) que de los nueve pacientes que serían tratados en un inicio con las técnicas de habilitación oral cuatro de ellos realizaban la masticación con dificultad donde los alimento proporcionados se les hacía difícil masticarlos debido a su consistencia y por el debilitamiento de la musculatura oral que presentaron. Sin embargo de los cuatro pacientes con dificultad de masticar en su evaluación final uno logro hacerlo con normalidad encontrando tres pacientes que siguieron presentando la dificultad en la masticación. Y de los nueve tratados en el desarrollo de las técnicas siete de ellos presentaron dificultad en su deglución y dos lo hacían con normalidad, donde al realizar la evaluación final los mismos siete siguieron presentando la deglución con un rango menos dificultad.

Se comprobó que en el cuadro 9 (resultados de la evaluación de tipo de alimento que toleran los niños afectados con PCI) que de los nueve pacientes tratados con técnicas de habilitación oral en su evaluación inicial dos toleraban líquidos, tres toleraban alimentos semis sólidos y cuatro toleraban alimentos sólidos estas variantes se presentaban debido a la gravedad de la afectación de la PCI donde su control motor oral se veía deficiente por el poco control y la poca estimulación que

habían tenido por sus cuidadores a esto le agrega las posturas incorrectas a la hora de la alimentación pues antes el desconocimientos de cómo hacerlo correctamente los cuidadores lo realizaban a su manera y una vez que se les dio la orientación adecuada la condición de estos niños mejoro y a la vez se les hizo más fácil a los cuidadores, concluyendo en su evaluación final que dos niños lograron pasar a tolerar alimentos semis sólidos más tres que se mantuvieron en el rango de los alimentos semis sólidos haciendo un total de cinco niños y cuatro que se mantuvieron tolerando alimentos sólidos completando el 100% de la población .

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

6.1 CONCLUSIONES

En base a los análisis e interpretación de datos obtenidos en la investigación se logró identificar las dificultades más frecuentes que presentan los cuidadores al alimentar a sus niños con parálisis cerebral infantil donde las posturas, las tolerancias de los alimentos, y la poca estimulación por parte de los cuidadores, más el poco conocimiento de cómo facilitar la alimentación en el niño fueron las dificultades más comunes presentadas

Según la investigación realizada se pudieron detectar los problemas de alimentación en niños con parálisis cerebral infantil entre las edades de 3 a 14 años dentro de los cuales se encuentra alteraciones en la deglución, la masticación, sialorrea y la alteración del tono muscular

Se comprobó que la postura corporal que presentan los niños con parálisis cerebral infantil es un factor determinante de los problemas de alimentación que manifiestan, también son factores concluyentes las alteraciones del tono muscular, la sensibilidad a nivel facial y oral, la sialorrea y sus dificultades para realizar correctamente la deglución.

De acuerdo a la investigación realizada podemos concluir que las técnicas de habilitación oral, fueron de beneficio para los niños con parálisis cerebral infantil, demostrando la disminución de las dificultades que presentaron así comprobando la eficacia del tratamiento.

6.2 RECOMENDACIONES

Como fisioterapeutas y profesionales de la salud debemos enseñar a los cuidadores de niños con parálisis cerebral infantil para que tengan los conocimientos de cómo tratar y corregir posturas a la hora de alimentar a sus hijos.

Verificar y trabajar una postura adecuada correcta a la hora de alimentar a cada niño para favorecer una adecuada deglución con ayuda de aditamentos y adaptaciones en su respectiva silla y utensilios.

Es importante que a la hora de proporcionarle comida al niño el cuidador tendrá que colocarse de frente a él y no atrás para que pueda observar de donde proviene su alimento permitiéndole así un buen control general, así como también utilizar los estímulos visuales y auditivos para incentivarle en su alimentación .

Elaborar una lista en el que se detalle que alimentos le son fáciles de ingerir a cada niño de acuerdo a las necesidades nutritivas de cada una.

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE FIGURA

Figura 1: Clasificación de la parálisis cerebral según la extensión del daño



Figura 2: Estructura del aparato motor oral

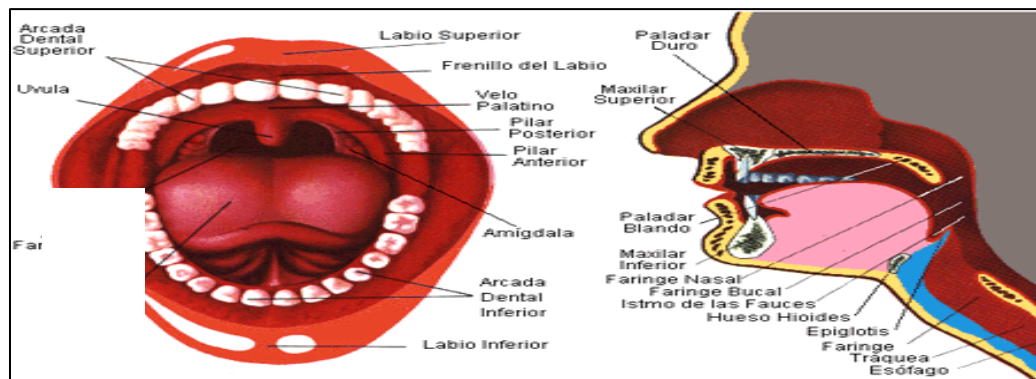


Figura 3: Proceso de la deglución

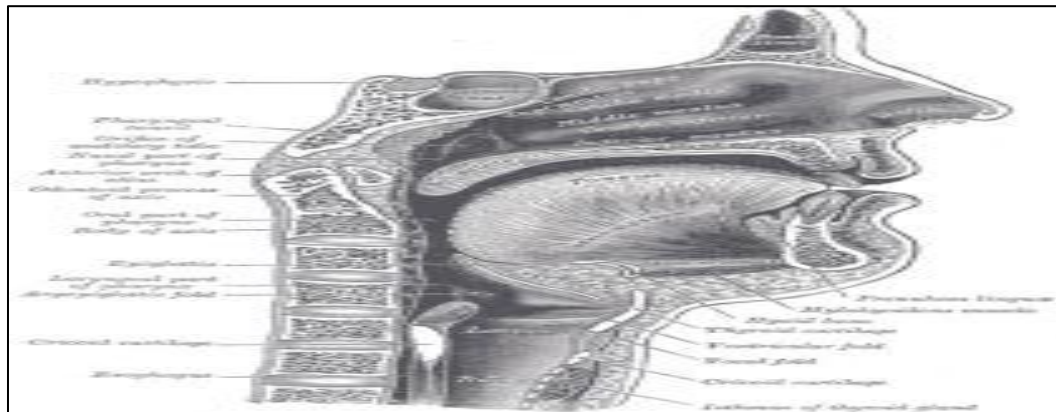


Figura 4: fases de la deglución

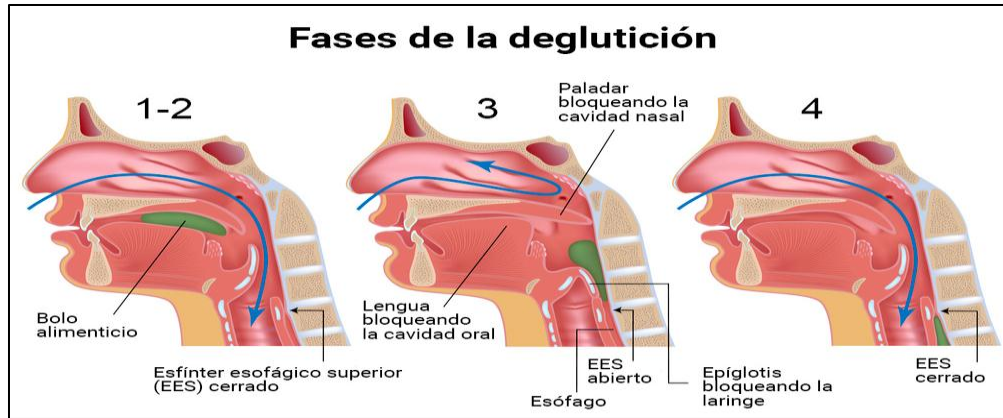


Figura 5: posición 1 Sentado en silla de rueda para la alimentación



Figura 6: posición 2 Sentado en los brazos



Figura7: a creatividad del padre



Figura 8: estimacion con hielo



Figura 9: estiramiento de los orbiculares de los labios



Figura 10: Ejercicios isotonicos



Figura 11: Técnica para inhibir el reflejo de mordida



Figura 12: Técnicas para favorecer el control de la mandíbula

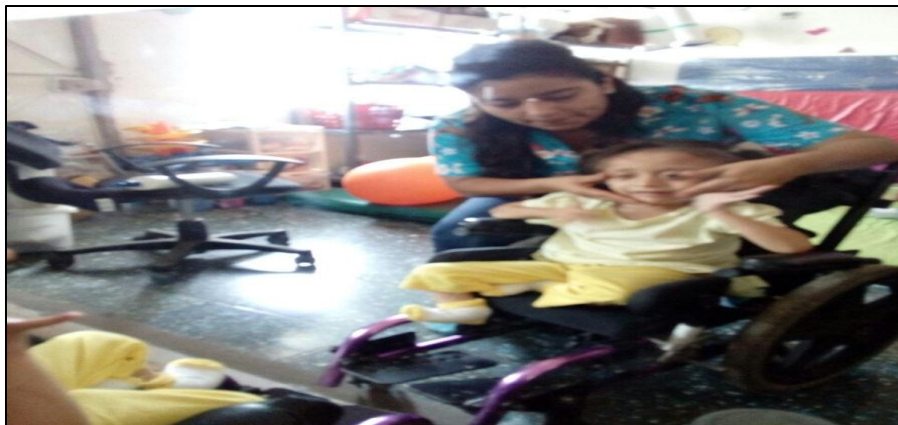


Figura 13: Técnicas para inhibir la protrusión lingual



Figura 14: Terapia física grupales con los padres y niño/as con PCI



LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDICIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL

GUIA DE ENTREVISTA A PADRES DE NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE PARALISIS CEREBRAL INFANTIL ESPASTICA.

OBJETIVO: Obtener información sobre los problemas que presentan los niños con diagnóstico de parálisis cerebral espástica que asisten a la “Comunidad Monseñor Romero” a la hora de la alimentación, observando postura del cuerpo, tono muscular de la cara boca, control de la mandíbula, lengua, labios, babeo, succión masticación y deglución.

Dirigido a _____ Realizado por _____
Nombre _____ edad _____ sexo _____

1 El niño come solo Sí No

2 Al tragar:

-Mastica los alimentos Sí No

-Solo traga los alimentos Sí No

3 Come con dificultad

Si la respuesta es afirmativa, cual es la dificultad:

-Postura Sí No

-Consistencia de los alimentos Sí No

-Tolerancia al alimento Sí No

-Otros Sí No

Especifique: _____

4 La boca:

-Abre la boca cuando se le presenta la comida Sí No

-Necesita ayuda para abrir la boca Sí No

5 Al comer:

-Empuja el alimento hacia afuera de la boca Sí No

-Derrama el alimento de su boca Sí No

6 Tiene control de mandíbula Sí No

7 Al masticar:

-Mantiene la boca cerrada Sí No

- Realiza movimientos laterales con la lengua Sí No
- 8 Lengua:
- Tiene control de la lengua Sí No
- Deglute los alimentos con la lengua Sí No
- 9 Labios:
- Hace presión con los labios Sí No
- Es capaz de cerrar o de usar los labios para retirar el alimento de la cuchara Sí
No
- 10 Tiene dificultad para iniciar movimientos de succión para obtener el líquido de un vaso Sí No
- 11 Presenta babeo abundante al comer Sí No
- 12 Durante la alimentación:
- Utiliza respaldo alto Sí No
- Fija la cadera del niño a la silla Sí No
- Verifica que la cadera, rodillas y tobillos del niño estén a 90° Sí No
- 13 La silla del niño es adecuado al tamaño y la discapacidad de este Sí No
- 14 Utiliza rollo u otras adaptaciones
Por
ejemplo_____
- 15 Que tipo de estimulación utiliza a la hora de alimentar al niño:
- Verbal Sí No
- Auditiva Sí No
- Visual Sí No
- Olfativa Sí No
- Otros_____
-
- 16 Como le son más tolerables los alimentos al niño:
- Líquidos Sí No
- Semis solidos Sí No
- Solidos Sí No
- 17 Que utensilios adaptados utiliza
- Cuchara de mango grueso Sí No
- Cuchara con curva Sí No
- Taza con doble agarradera Sí No
- Plato con ventosa Sí No

ANEXOS 2

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDICIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

FICHA DE EVALUACION FISICA

OBJETIVO: detectar problemas de alimentación en niños/as con diagnóstico de parálisis cerebral espástica en la “Comunidad Monseñor Romero”.

Nombre del niño a evaluar _____ edad _____
sexo _____

Parámetros de evaluación

1. postura de cuerpo: alineado alterado otros

Si esta alterada, definir si presenta:

- Cabeza hacia atrás
- Extensión de cadera
- Hombros y brazos tirados hacia adelante
- Cabeza rotada hacia un lado
- Otros: especifique _____

2. Tono muscular

Nivel de tensión en músculos de:

Cara:	normal	alterada
Boca:	normal	alterada
Cuello:	normal	alterada

Si esta alterado, definir si hay hipertonía o hipotonía:

Cara:	hipotonía	hipertonía
Boca:	hipotonía	hipertonía
Cuello:	hipotonía	hipertonía

3. Sensibilidad

Cara:	normal	alterada
Dentro de la boca:	normal	alterada
Fuera de la boca:	normal	alterada

4. Mandíbula

-Apertura de la mandíbula vertical:

Fase de apertura:	normal	alterada
Fase de cierre:	normal	alterada
Fase de presión:	normal	alterada

-Movimientos laterales:

Fase de apertura:	normal	alterada
Fase de cierre:	normal	alterada
Fase de lateral:	normal	alterada

5. Lengua:

Raneo de movimientos	normal	alterada
----------------------	--------	----------

6. labios:

Presión central de labios:	normal	alterada
Presión de labios:	normal	alterada
Empuje de labios:	normal	alterada
Simetría de labios	normal	alterada

7. Babeo:

Si lo tiene presente; definir lo siguiente:

Mantiene la boca abierta:	si	no
Respira por la boca:	si	no
Presenta babeo al comer:	si	no

8. Succión:

Por si solo:	si	no
Con ayuda:	si	no

9. Masticación:

Mastica alimentos:		
Definir si son: solidos	si	no
Semi sólidos	si	no

10. Deglución:

Mueve la comida para atrás:	normal	anormal	
Definir tipo de consistencia tolerada por el niño			
Liquida	liquida espesa	semi solida	sólida

ANEXO 3
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL



FECHA ___/___/___

CERTIFICADO DE CONCENTIMIENTO

YO _____

Padre/madre de _____ de edad _____

Consiento voluntariamente que mi hijo/a participara en el proyecto de ejecución de la tesis llamada, Eficacia de las Técnicas de Rehabilitación oral en niños con diagnóstico de parálisis cerebral atendidos en la Comunidad Monseñor Romero, Usulután año 2017.

Dado que se ha explicado en que consiste la investigación y he tenido la oportunidad de hacer preguntas, de las cuales estoy satisfecho/a con las respuestas brindadas por los investigadores.

Firma o huella dactilar del cuidador del niño/a _____

Nombre del entrevistador: _____

ANEXO 4

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN EL PROCESO DE EJECUCION DURANTE EL PERIODO DE MAYO A JULIO DE 2017

ACTIVIDADES	MESES	MAYO				JUNIO				JULIO			
	SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Se solicitó autorización al coordinador de la Comunidad Monseñor Romero Usulután para la respectiva ejecución de la investigación		x											
2. Selección de la muestra.		x											
3. Reunión informativa con los padres o cuidadores de los niños con parálisis cerebral sobre el método de estudio y evaluación inicial.			x										
4. Implementación de las técnicas de habilitación oral en niños con parálisis cerebral espástica.			x	x	X	X	x	X	x	x	x	x	
5. Evaluación final a los pacientes													X
6. Clausura de la ejecución.													x

ANEXO N° 5

Cronograma de Actividades a Desarrollar en el Proceso de Graduación Ciclo I y II año 2017

Meses/ semana	Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Sept.				Octubre			
Actividades	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Reuniones generales con la coordinación del proceso de graduación.	■	■																																		
2. Inscripción del proceso de graduación.			■	■																																
3. Elaboración del protocolo de investigación.					■	■	■	■	■																											
4. Entrega del protocolo de investigación.									■																											
5. Ejecución de la investigación.													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■												
6. Tabulación y análisis e interpretación de los datos																					■	■	■	■												
7. Redacción del informe final																									■	■	■	■								
8. Entrega del informe final																													■	■	■	■				
9. Exposición de resultados y defensa del informe final de la investigación.																																	■	■	■	■

ANEXO 6: PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

CANTIDAD	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
600	impresiones	\$ 0.15	\$ 90.00
5	anillados	\$1,50	\$ 7.50
200	fotocopias	\$0.03	\$ 6.00
2	cremas corporales	\$ 3.00	\$ 6.00
1	algodón	\$ 3.00	\$3.00
1	Alcohol gel	\$2.00	\$2.00
2	toallas de papel	\$2.50	\$5.00
200	paletas de hielo	\$0.03	\$6.00
12	vasos plásticos	\$1.00	\$12.00
12	cucharas	\$1.00	\$12.00
100	guantes de látex	\$ 0.03	\$3.00
100	baja lengua	\$0.03	\$3.00
100	hisopos	\$0.03	\$3.00
20	refrigerio por sesión	\$ 6.00	\$ 120.
19	viáticos para algunas madres	\$5.00	\$ 95.0
10%	imprevistos	\$ 100.0	\$ 100.00
TOTAL		\$125.30	\$ 473.50

*comunidad monseñor romero por medios de préstamos, donaciones y recursos propios colaboro con materiales para la investigación.

6.3 LISTA BIBLIOGRAFIA

M. Lourdes Macias; Juaquin Fagoaga Mata; fisioterapi en pediatria 1°edicion McGRAW-HILL. INTERAMERICANA.

Iris Funes, Claudia Guzmán: problemas de alimentación que presentan los niños y jóvenes con parálisis cerebral espástica moderada, en el Hogar de parálisis cerebral “Roberto Callejas Montalvo “de octubre a diciembre del 2005.

1 <http://www.d8iscapacidadonline.com/habilitacion-oral-en-paralisis-cerebral.html> (visitada el 8 de octubre de 2016 9:am)

2 <http://www.discapacidadonline.com/wp-content/uploads/paralisis-cerebral-y-habilitacion-oral.pdf> (visitada el 8 de octubre de 2010 6 9: 45 pm)

3 <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/36-pci.pdf> (visitada de 8 de octubre de 2016 10 : 00 am)

4 “Desarrollo Normal del Aparato Motor Oral (Folleto. UES, Octubre 2003)
www.neurowikia.es/content/fisiologia-de-la-deglucion (visitada el 12 de octubre del 2016 12 :00 am)

5 www.orphannutrition.org/spanish/meeting-special-needs/cerebral-palsy/ (visitada el 10 de noviembre de 2016 9.49 pm)