



UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI

INCORPORACIÓN CLAVE 8968-22 A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CIRUJANO DENTISTA

MEMORIA DE CURSO
CONSIDERACIONES PARA LA
REHABILITACION ORAL DEL PACIENTE CON
DISCAPACIDAD

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

PCD. YVONNE ITZEL CORDERO SÁNCHEZ

ASESOR: E. EN O.P. JUANA GABRIELA ESPINOZA SUÁREZ



Ixtlahuaca, México, Marzo 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RESUMEN

Dicha memoria nos permitirá conocer las actividades realizadas durante el curso de actualización para cirujanos dentistas de la 1,2,3,4 y 5 generación, impartido por la Universidad de Ixtlahuaca en 2022 la cual conto con módulos como atención a pacientes discapacitados, urgencias medico odontológicas, cirugía bucal, endodoncia y ortodoncia, encontraras desarrollo de temas de interés que se trataron en el mismo.

Dada la experiencia durante el módulo de paciente discapacitados y a la cercanía que tengo con una persona la cual jamás me ha solicitado una consulta aclaro; pero desprende en mí el interés por saber cómo atender y tratar a esta paciente por sus condiciones bucodentales notorias, al igual de que no estamos exentos que un paciente especial llegue a nuestros consultorios, a través del módulo me doy cuenta que se requiere de conocimientos, manejos y técnicas como profesional, incluso si hablamos de infraestructura son características necesarias para la atención de pacientes con alguna discapacidad según la NORMA OFICIAL MEXICANA **NOM-030-SSA3-2013**. Podemos adentrarnos en el desglose de discapacidad intelectual, características fenotípicas y genotípicas, etiología, factores de riesgo, tratamiento general, tratamiento odontológico, demostración de caso clínico y discusión del mismo con la finalidad de toda persona interesada pueda informarse ya que contamos con revisiones bibliográficas actuales.

PRESENTACIÓN

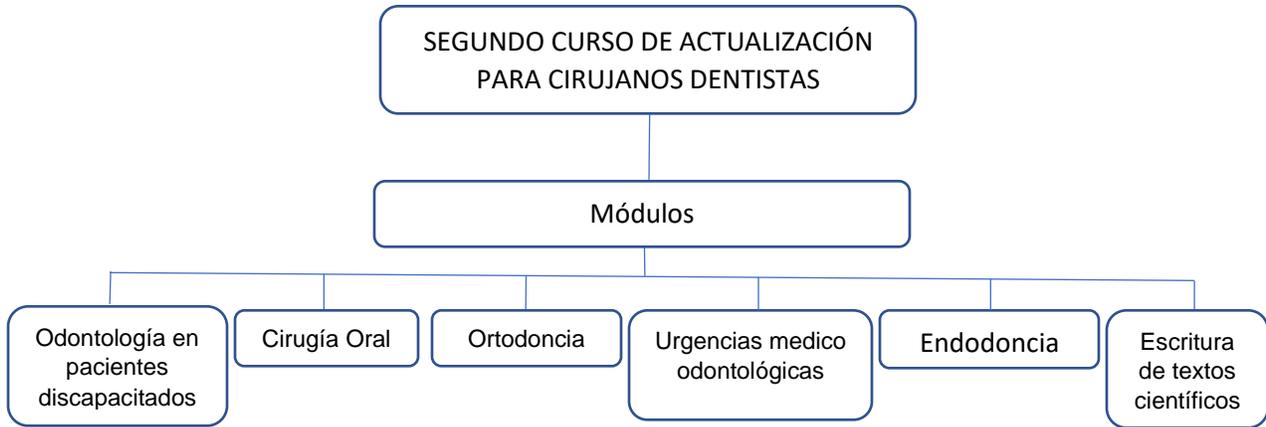
¿Qué pasa si no nos actualizamos como personal odontológico? El seguir adquiriendo conocimientos nos induce a un avance como sociedad, un ejemplo es el papel que desempeñó la pandemia COVID -19 en la cual el personal de salud ha tenido que aprender, reinventarse , actualizarse para poder enfrentarla hasta el día de hoy, se manejó un cambio significativo en atención, ciencia, tecnología y meramente socialización, desafortunadamente existieron decesos esto nos llevó a un cambio a una mejora por ende a una actualización en diferentes sentidos, podemos decir que si no existen cambios no se mejora y por ende nos estancamos como sociedad; cuanto más en el ámbito de la salud los cambios en la alimentación, enfermedades, genética van cambiando y tenemos que ir un paso adelante como personal para así poder crear una mejor atención y tratamientos a nuestros pacientes. El estar actualizados nos permite solucionar los problemas con los que llegan los pacientes al consultorio a través de conocimientos, nos mantiene a la vanguardia como profesional y nos destaca en la competencia laboral.

INDICE

Capítulo 1. Planeación.....	1
Capítulo 2. Metodología.....	4
Capítulo 3. Consideraciones para la rehabilitación oral del paciente con discapacidad intelectual.....	21
Etiología y factores de riesgo.....	23
3.1 Características fenotípica.....	23
3.2 Características genotípicas.....	25
Diagnóstico.....	26
Tipos de diagnósticos.....	26
3.3 Tratamiento general.....	28
3.4 Tratamiento odontológico.....	29
Protocolo de atención a pacientes con discapacidad intelectual.....	31
Reporte de caso clínico.....	32
Resultados.....	39
Conclusiones.....	39
Bibliografía.....	40

CAPÍTULO 1 PLANEACIÓN

Curso en actualización en odontología



Descripción del programa

El odontólogo de hoy debe tener una idea acabada sobre los cambios que están ocurriendo en la profesión, como consecuencia de los avances científicos y tecnológicos: creación de nuevos materiales capaces de devolver la estructura dentaria perdida en forma conservadora, las posibilidades de devolver estética y función con excelencia, el manejo de procedimientos preventivos para mantener la salud bucal óptima, así como conocimientos actuales en ortopedia maxilar.

Perfil de ingreso

Cirujanos dentistas y pasantes del servicio social que deseen titularse bajo la modalidad de “Memoria”

Perfil de egreso

Al terminar este programa, podrás aplicar los conocimientos adquiridos en tu práctica odontológica diaria, así como titularse por la modalidad de “Memoria” (debes elegir dos módulos para realizar la memoria)

Estructura

Duración: 72 horas (tres meses, todos los sábados, 6 horas de 9:00 a 15:00 horas)

Modalidad: presencial

Claustro Académico y módulos

Modulo 1.

Odontología en pacientes discapacitados impartido por E. en O.P. Juana Gabriela Espinoza Suárez

Horarios:

02 de abril 8:00 a 12:00

09 de abril 8:00 a 12:00

23 de abril 8:00 a 12:00

30 de abril 8:00 a 12:00

Modulo 2.

Cirugía Oral, impartido por E. en C.B. Gerardo Castañeda Ibarra

Horarios

02 de abril 12:00 a 15:00

09 de abril 12:00 a 15:00

23 de abril 12:00 a 15:00

30 de abril 12:00 a 15:00

Modulo 3.

Ortodoncia impartida por E. en O. Lula Báez Rodríguez

Horarios

07 de mayo 8:00 a 12:00

14 de mayo 8:00 a 12:00

21 de mayo 8:00 a 12:00

28 de mayo 8:00 a 12:00

Modulo 4.

Urgencias medico odontológicas, impartido por CD. Verónica Soto Dueñas

Horarios

07 de mayo 12:00 a 15:00

14 de mayo 12:00 a 15:00

21 de mayo 12:00 a 15:00

28 de mayo 12:00 a 15:00

Modulo 5.

Endodoncia, impartido por E. en E. Nancy Aidé Hernández Valdez

04 de junio 8:00 a 12:00

11 de junio 8:00 a 12:00

18 de junio 8:00 a 12:00

25 de junio 8:00 a 12:00

Modulo 6.

Escritura de textos científicos impartido por M. en C.O. Leopoldo Javier Díaz Arizmendi

Horarios

04 de junio 12:00 a 15:00

11 de junio 12:00 a 15:00

18 de junio 12:00 a 15:00

25 de junio 12:00 a 15:00

Capítulo 2. METODOLOGIA

Ubicación de la práctica profesional

La Universidad de Ixtlahuaca ubicada en carretera Ixtlahuaca – Jiquipilco km 1, código postal 50740 Ixtlahuaca de Rayón Estado de México, cuenta con más de 10 años de incorporación a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en la licenciatura de Cirujano Dentista.

Lugar de la práctica profesional

Campus reguiletes, edificio “Q” Licenciatura de Cirujano Dentista, su infraestructura cuenta con Dirección, Subdirección, Coordinación Administrativa, Departamento de Control Escolar, actualmente cuenta con 19 aulas en el edificio Q, 1 clínica de admisión, 1 laboratorio de anatomía, 1 laboratorio de microbiología, 1 laboratorio de fisiología, 1 laboratorio de simuladores, 5 Clínicas con mobiliario y aparatología de vanguardia como 5 tubos de rayos x, 1 ortopantomografo, 1 sistema CAD CAM, 3 cuartos de revelado, 1 auditorio, 1 extensión de control de pagos 1 deposito dental, Departamento de Extensión y Vinculación, Departamento de Evaluación Profesional, Investigación y Monitoria de Tutoría (ver figura 1).

Figura 1. Facultad de odontología, Universidad de Ixtlahuaca



Fuente: Autoría propia

Debido a la demanda se han incrementado aulas para 4 grado de la licenciatura, con la mejor finalidad para el grupo estudiantil, lo cual ha permitido la apertura de clínica 5 (ver figura 2).

Figura 2. Edificio de Enfermería y clínica 5



Fuente: Autoría propia

Problemática

La actualización en el área de la salud es considerada una responsabilidad del profesional, conforme a la práctica odontológica nos damos cuenta que existen temas o áreas en las que debemos reforzar ciertos conocimientos y habilidades, es cierto que en el área de la salud los métodos, protocolos, herramientas, material y fármacos van avanzando cada día en camino a una mejora, al existir cursos de actualización nos permite mantenernos a la vanguardia con herramientas para brindar una mejor atención a nuestros pacientes y resolver sus necesidades.

Objetivo de la memoria

Desarrollar actividades realizadas durante el curso de actualización para cirujanos dentistas, profundizar en temas, técnicas, metodología y de aplicación que resulten de importancia en la formación del odontólogo y su práctica profesional.

Investigar sobre un tema de interés para su desarrollo, estudio, demostración de caso clínico, experiencia y a su vez realizar una memoria del curso para titulación y obtención del título como cirujano dentista.

Actividades o acciones que se realizan

En dicho curso se desarrollaron módulos como odontología en pacientes discapacitados impartido por la E. en O.P. Juana Gabriela Espinoza Suárez, temas como tipos de discapacidades, grado de dependencia, manejo odontológico ante los diferentes tipos de discapacidades físicas, sensoriales, intelectual y psíquica, normas oficiales mexicanas que norman los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso y permanencia a personas con discapacidad en establecimientos de atención médica, inclusión a pacientes discapacitados. En la primera sesión se realizó técnica de integración y sensibilización, mi experiencia en esta actividad fue asimilar por un momento las limitaciones que los pacientes con dichas discapacidades se enfrentan ante situaciones cotidianas, es por ello que como personal de salud debemos capacitarnos para un mejor manejo odontológico ante tales pacientes, considero se cumplió el objetivo de la actividad. Se conto con 2 clínicas para complementar lo aprendido en base a la conducta y manejo de pacientes con alguna discapacidad, dentro de las cuales se puede destacar que, aun existiendo un protocolo de atención ante un diagnóstico del paciente con discapacidad, la conducta puede variar por diferentes factores, así como el protocolo de atención, pero se logra dicha atención con los conocimientos adquiridos (ver figura 3).

Figura 3. Atención Odontológica a Paciente con Discapacidad Intelectual



Fuente: Autoría propia

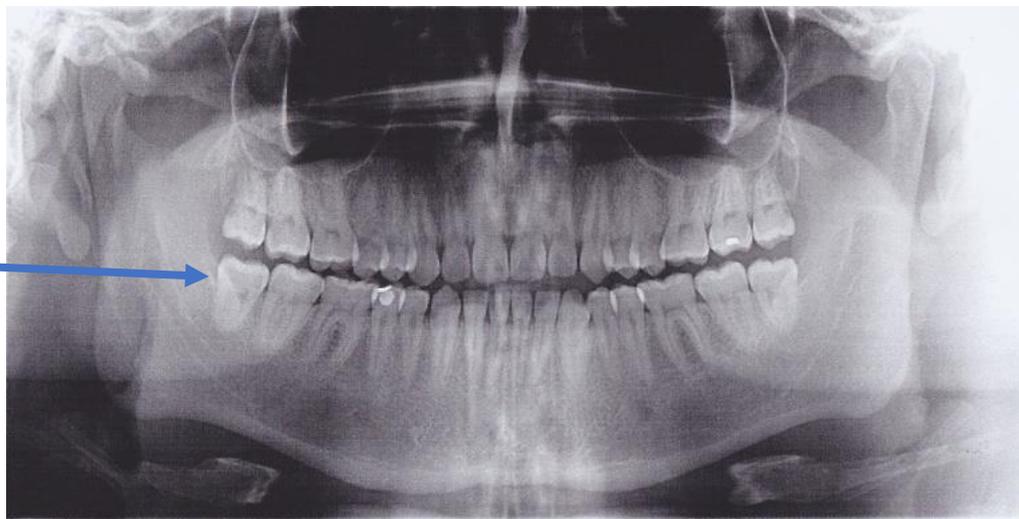
Para finalizar el módulo se expuso y entrego un manual de manejo odontológico a pacientes con discapacidad en base a recopilación de información en diversas fuentes y experiencia.

Cirugía oral Impartido por el E. EN C.B. Gerardo Castañeda Ibarra del 2 al 30 de abril de 2022 “El conocimiento y la práctica nos acercan al éxito” frase con la que se da apertura al módulo, considero bajo experiencia propia que si desconocemos a lo que nos enfrentamos somos incapaces de solucionarlo, a diferencia de cuando lo conocemos y se tiene los conocimientos, habilidades y herramientas el resultado cambia a favorable.

Se trataron temas de cirugía dentó – alveolar, importancia de una buena planeación y diagnóstico, anatomía e interpretación radiográfica, interpretación de estudios de laboratorio, técnicas, instrumental, asepsia, antisepsia, anestesia, complicaciones desde una extracción simple hasta una compleja, tipos de colgajos, secuelas, farmacoterapia, cicatrización ósea y microbiología. En este módulo se contó con 1 clínica el sábado 30 de abril en la cual se realizó cirugía de tercer molar, en mi caso paciente masculino de 25 años de edad el cual presenta órganos dentarios 38 y 48 en clase 1 de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory, presentando un espacio suficiente entre borde anterior de la rama de la mandíbula y la cara distal del segundo molar que permite albergar al diámetro mesio-distal del tercer molar (ver figura 4)

Figura 4. Radiografía panorámica de paciente

Tercer molar inferior derecho
O.D.48
Del cual se realiza cirugía para dicha extracción.



Fuente: Autoría propia

En dicha clínica se realiza extracción del tercer molar inferior derecho 48, iniciando con asepsia del campo y antisepsia con colutorio bucal con el cual se le pide al paciente se enjuague, se procede a la colocación de campos al paciente con el fin de aislar la zona de trabajo, se anestesia al paciente con 1 cartucho de lidocaína con epinefrina en dentario inferior derecho y 1 cartucho para técnica complementaria, se realiza un corte con bisturí y hoja del #15 para liberar parte distal de la corona que se encontraba cubierta por encía para ello se realiza incisión de la zona retromolar del tercer molar, rodeando tercer y segundo molar sin liveratiz con la finalidad de tener mayor campo visual, se procede a la luxación del órgano dentario 48 con elevador y con ayuda de la pieza quirúrgica de baja velocidad se realiza un desgaste en cara distal del tercer molar, con elevador recto chico se realiza extracción propiamente dicha sin complicaciones, se limpia y lava el alveolo con solución fisiológica para posteriormente colocar 1 spongostan en el alveolo y suturamos con ácido glicólico 4-0, se deja una gasa la cual el paciente mantiene por 30 minutos aproximadamente, se dieron indicaciones pos operatorios y receta.

Con los conocimientos adquiridos y la técnica acorde se realizó extracción dental con las mínimas complicaciones, dentro de las complicaciones más frecuentes de esta cirugía destacamos sangrado moderado, edema postquirúrgico, trismus o dificultad para abrir la boca, dolor causado por la cirugía, osteítis alveolar, infecciones agudas, sangrado excesivo, complicaciones poco comunes como fracturas, daño de dientes vecinos, defectos periodontales, fístula oroantral, desplazamiento de dientes vecinos, lesiones nerviosas y algunos beneficios del procedimiento son eliminación del dolor, en los casos en que el órgano dentario un presenta una erupción correcta por su posición, se puede dar una patología conocida como pericoronaritis que provoca inflamación en los tejidos adyacentes, la cual es la causa principal en nuestro paciente. En el caso del paciente sólo se soluciona definitivamente con la extracción del órgano dentario, con ello se elimina el riesgo de sufrir caries, infecciones en un tercer molar o daños vecinos, así como quistes, reabsorción de las raíces del segundo molar inferior derecho, es importante extraerlas, o si hay algún motivo para no hacerlo lo ideal es llevar control radiográfico anual.

Evita que su mal crecimiento provoque una desviación en el resto de dientes de este modo, con la extracción de las muelas del juicio, no solo se actúa sobre ellas, sino sobre la salud de la boca en general.

A mi perspectiva, anteriormente utilizábamos elevadores y fórceps recientemente con las técnicas que nos mostró el Doctor, en la cual traumatizamos menos al paciente con la manipulación de solo elevadores, logramos una recuperación corta y de menor traumatismo en el paciente.

Ortodoncia impartida por la E. en O. Lula Báez Rodríguez, se llevan a cabo temas como conocimientos generales de ortodoncia, anatomía, perfil, biotipo, tipos de sonrisa, análisis en dentición mixta como Moyers y Pont, Fisk y markin, Tanaka y Espacio disponible (ver figura 5).

Figura 5. Primera sesión Teórica del Módulo de Ortodoncia



Fuente: Autoría propia

Uno de los análisis más ocupados en ortodoncia es Moyers y Pont el cual se realiza en modelos de estudio, dichos modelos nos ayudan para visualización de órganos dentarios, tipo de arco, anomalías de forma, tamaño y número, diastemas, inserción de frenillos y como antecedentes para un tratamiento de ortodoncia.

El análisis de Moyers; evalúa la discrepancia de espacio mesio-distal en dentición mixta, utilizando la medida mesio-distal de los 4 incisivos, para predecir el tamaño mesio-distal de caninos y premolares no erupcionados (ver figura 6,7)

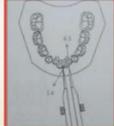
Figura 6. Evidencia del análisis de moyers superior realizado mediante el curso

Análisis de moyers superior			
EDA	De mesial del incisivo central a mesial del canino derecha+izquierda	ERA	Suma de c/u los 4 incisivos sup.
			
EDP	Mesial de canino a mesial de 1er molar permanente	ERP	suma de los 4 incisivos sup. # (se busca en la tabla x2)
			
ED	EDA+EDP	ER	ERA+ERP

Supongamos que el ancho mesiodistal de los cuatro incisivos de nuestro paciente mide 20.5mm, y deseamos conocer la predicción del canino y premolares.
De busca - el valor más cercano a 20.3, que en este caso sería 20.2mm, para una confiabilidad del 95% se tiene que la predicción es de 22.1mm para el arco superior y 21.0mm para el inferior.

Fuente: Autoría propia

Figura 7. Evidencia del análisis de Moyers inferior realizado mediante el curso

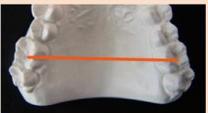
Análisis de moyers inferior			
EDA	De mesial del incisivo central a mesial del canino derecha+izquierda	ERA	Suma de c/u los 4 incisivos inf.
			
EDP	Mesial de canino a mesial de 1er molar permanente	ERP	suma de los 4 incisivos inf. # (se busca en la tabla x2)
ED	EDA+EDP	ER	ERA+ERP

Discrepancia de modelos			
	ED	ER	DISCREPANCIA
Inferior	Espacio disponible inf.	Espacio requerido inf.	ED-ER inf.
Superior	Espacio disponible sup.	Espacio requerido sup.	ED-ER sup.

Fuente: Autoría propia

Índice de Pont: Evalúa la discrepancia transversal y sagital de las arcadas en dentición mixta y permanente mediante la suma de los incisivos (ver figura 8,9).

Figura 8. Evidencia del Índice de Pont para modelo superior, realizado mediante el curso

Índice de Pont superior			
Medida	paciente	norma	discrepancia
AA	<p>*TEMPORAL De la fosa distal del 1er molar temporal a la fosa distal del 1er molar temporal opuesto</p> <p>*PERMANENTE De la fosa central del 1er premolar permanente al opuesto</p> 	<p>Suma de los <u>4 incisivos sup.</u> x100</p> <p>80</p>	Px - norma
AP	<p>De la fosa central del 1er molar permanente al opuesto</p> 	<p>Suma de los <u>4 incisivos sup.</u> x100</p> <p>64</p>	Px- norma
Lo	<p>Línea imaginaria que delimita la anchura anterior, a la cara vestibular del incisivo mas vestibularizado</p> 	<p>Suma de los <u>4 incisivos sup.</u></p> <p>2</p>	Px- norma

Fuente: Autoría propia

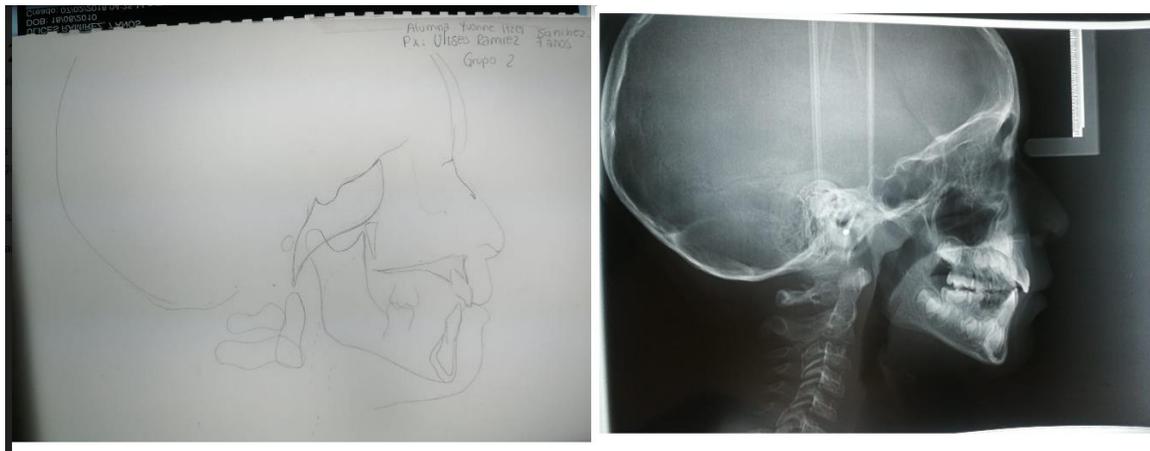
Figura 9. Evidencia de Índice de Pont para Inferior realizado mediante el curso

Índice de Pont inferior			
Medida	paciente	norma	discrepancia
AA	<p>*TEMPORAL De la fosa distal del 1er molar temporal a la fosa distal del 1er molar temporal opuesto</p> <p>*PERMANENTE De la fosa central del 1er premolar permanente al opuesto</p>	<p>Suma de los <u>4 incisivos sup.</u> x100</p> <p>80</p>	Px - norma
AP	<p>De la cúspide centro vestibular del 1er molar inferior a la opuesta</p>	<p>Suma de los <u>4 incisivos sup.</u> x100</p> <p>64</p>	Px- norma
Lo	<p>Línea imaginaria que delimita la anchura anterior, a la cara vestibular del incisivo mas vestibularizado</p>	<p>Suma de los <u>4 incisivos sup.</u></p> <p>2</p>	Lo -2

Fuente: Autoría propia

Durante las sesiones 2,3 y 4 se realizaron ejercicios de análisis de Moyers y Pont así como trazados de Jaraback en radiografías lateral de cráneo aclarando en todo momento dudas (ver figura 10).

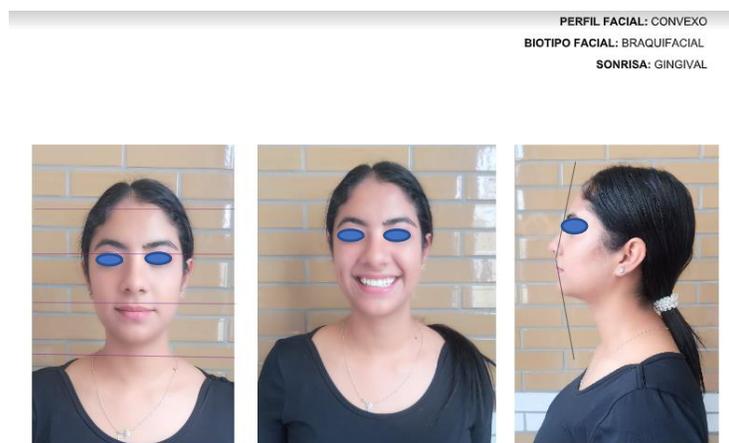
Figura 10. Práctica Trazado en Radiografía Análisis de Jaraback



Fuente: Autoría propia

Como actividad se realizó la toma de fotografías a cada uno de los compañeros para así realizar el trazado en cada uno con la finalidad de identificar Biotipo, Perfil y Tipo de sonrisa (ver figura 11)

Figura 11. Identificación de Biotipo, Perfil y Tipo de Sonrisa



Fuente: Autoría propia

Urgencias medico odontológicas C.D. Verónica Soto Dueñas del 07 al 28 de mayo 2022, se desarrolló en 4 prácticas.

Práctica 1: 7 de Mayo conocimientos generales, composición e importancia del carro rojo de urgencias (ver figura 12)

Figura 12. Práctica e importancia del carro rojo y urgencias medico odontológicas



Fuente: Autoría propia

Práctica 2: RCP 14 de Mayo se trataron temas como posiciones para la unidad con diversidad de pacientes (ver figura 13) y Reanimación cardiopulmonar RCP, se lleva a cabo en simuladores del edificio de medicina, con ella se pretende brindar los conocimientos básicos para que el alumno sea capaz de brindar un RCP a paciente durante cualquier momento de emergencia durante la práctica odontológica.

Figura 13. Práctica posiciones de la unidad para diversidad de pacientes



Fuente: Autoría propia

La doctora explica ampliamente sus conocimientos y maniobra correcta en el simulador para posteriormente el alumno la lleve a cabo, dicho procedimiento se realiza cuando los latidos de la persona han cesado, esto puede suceder después de

una descarga eléctrica, ahogamiento o un ataque cardíaco, el RCP involucra respiración de boca a boca para proveer de oxígeno a los pulmones de la persona, compresiones torácicas las cuales mantienen la sangre de la persona circulando.

Los pasos son : Asegurar la integridad del paciente y alejar los posibles riesgos despejando el espacio donde se va a atender, debemos asegurar en qué estado de conciencia se encuentra el paciente preguntando de manera clara y en voz alta si se encuentra bien, si el paciente responde mantenerlo estable, de lo contrario situar al paciente en posición de reanimación boca arriba con los brazos y piernas alineándose sobre una superficie rígida y con el tórax descubierto, abrir la vía aérea sosteniendo el mentón hacia arriba para evitar que la lengua impida el paso de aire e iniciar la maniobra de reanimación 30 compresiones torácicas en el centro del pecho (ver figura 14).

Figura 14. Práctica de RCP en simuladores



Fuente: Autoría propia

Se nos explica la técnica respiración boca a boca para complementar las 30 compresiones, esta se realiza intermitentemente, 30 compresiones y 2 insuflaciones a ritmo de 120 compresiones por minuto. (ver figura 15).

Figura 15. Práctica respiración boca a boca en simuladores



Fuente: Autoría propia

No interrumpir la acción hasta que la víctima inicie respiración espontánea o llegue la ayuda especializada, en dichos simuladores nos permiten verificar si lo estamos realizando bien, ya que en sus indicadores de foco rojo lo estamos haciendo mal, dos focos verdes bien y dos focos verdes y uno parpadea la técnica está correcta, pero falla en la frecuencia de ritmo.

Así como también se nos enseñó el uso del desfibrilador como auxiliar en RCP este después de proceder con la reanimación se encenderá y seguiremos sus indicaciones, se colocarán los electrodos en el pecho del paciente según corresponda, se recomienda que no se peguen arrugados, una vez colocados se escuchan indicaciones, (analizando el paciente, no toque al paciente, iniciando descarga, en pausa, inicie respiración cardiopulmonar) esto se repetirá durante 2 minutos aproximadamente y el desfibrilador volverá a tomar ritmo cardíaco.

En lo personal la práctica me es de ayuda considero se adquirieron los conocimientos básicos y aunque no se compara con un caso real estamos avanzando en conocimiento (ver figura 16).

Figura 16. Práctica RCP con Desfibrilador



Fuente: Autoría propia

Práctica RCP 21 de mayo 2022

Se lleva a cabo en simuladores del edificio de medicina, con ella se pretende brindar los conocimientos básicos para que el alumno sea capaz de brindar una maniobra de Heimlich a un paciente durante cualquier momento de emergencia durante la practica odontológica o fuera de ella y se refuerza RCP en bebes la cual tiene como objetivo ayudar a expulsar un objeto atorado o en obstrucción total.

La doctora explica ampliamente sus conocimientos y maniobra correcta de Heimlich en el simulador para posteriormente el alumno la lleve a cabo, explica que existen dos tipos de obstrucciones total y parcial y como se debe actuar en cada una de ellas y no se debe realizar la maniobra si no estamos seguras de un atragantamiento, para ello tomamos en cuenta si la persona puede toser o hacer sonidos déjele toser ya que se trata de una obstrucción parcial, para hablar de una obstrucción total no puede respirar ni hacer sonidos; es así donde iniciamos la maniobra de Heimlich, debemos colocarnos de rodillas en caso de los niños para estar a la altura de la persona, si es persona proporcional a nuestra estatura rodear la cintura del paciente, colocar nuestra pierna entre las piernas de la persona para sostener en caso de que desmaye, formar puño con una mano y colocar aproximadamente dos dedos por arriba del ombligo y debajo

del esternón, agarrar el puño con la otra mano y realizar una compresión rápida hacia arriba del abdomen (ver figura 17).

Figura 17. Práctica en simuladores maniobra de Heimlich



Fuente: Autoría propia

Esto puede provocar que el objeto salga expulsado, de no ser así iniciar RCP. Se procede a realizarlo en bebés ya que es un poco varedada la técnica, esta consiste en colocar al bebe boca abajo sobre nuestro brazo, tomar con la mano el mentón y empezar 5 golpeteos en la espalda con el fin de que el objeto sea expulsado, voltearlo y comenzar con RCP y respiraciones (ver figura 18).

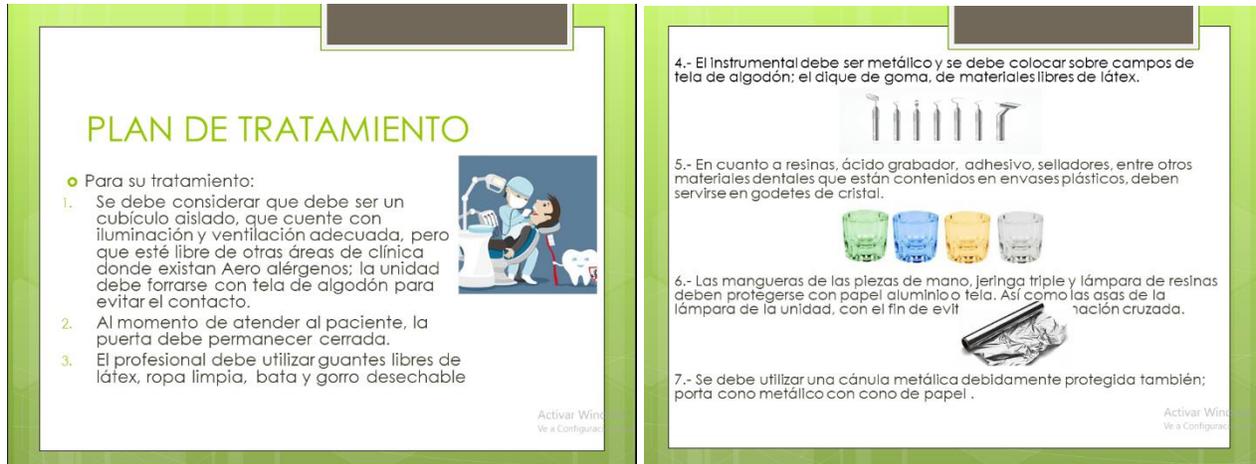
Figura 18. Explicación y práctica de maniobra de Heimlich en bebés



Fuente: Autoría propia

El día 28 de mayo se realiza, exposición de casos clínicos ante una urgencia por cada uno de los pacientes en mi caso, manejo odontológico del paciente pediátrico alérgico al látex (ver figura 19)

Figura 19. Exposición presentada al final del módulo en Urgencias Médicas, Alergia al látex

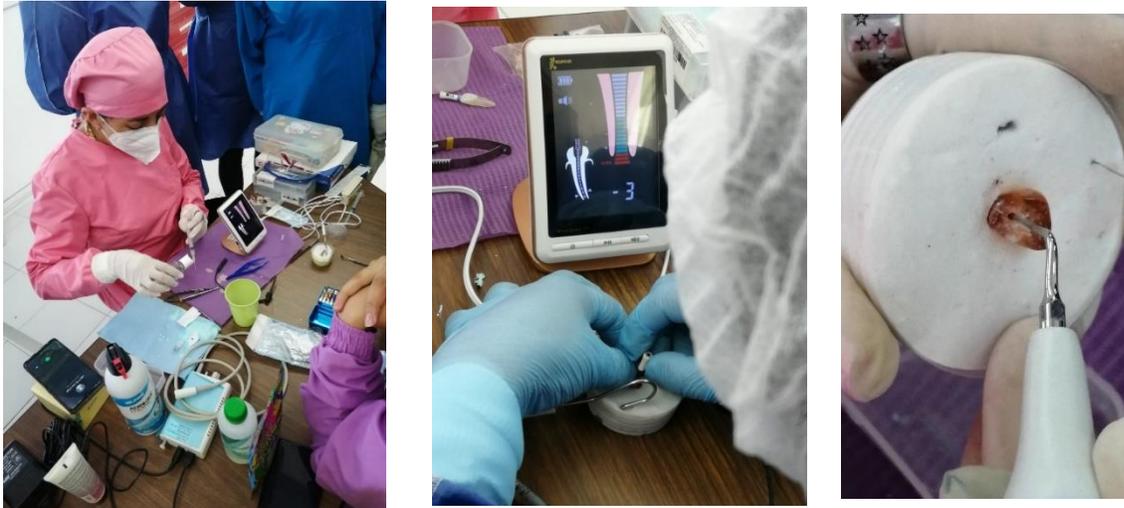


Fuente: Autoría propia

Endodoncia Impartida por E en E. Nancy Aidé Hernández Valdez, se trataron temas como manejo de ultrasonido en endodoncia, ventajas, desventajas, obturación, intervención ante la fractura de instrumentos en tratamiento de conductos.

Se realizaron 2 prácticas en clínica 1, la cual en un diente de acrílico para endodoncia se realizó el acceso y fractura de 1 instrumento en mi caso lima del número 30 para así realizar su extracción con técnica Bait Past la cual consiste en instrumentar con un calibre menor alrededor de la lima fracturada con la finalidad de desprender y crear una vía de liberación, incluso con ayuda de dos limas podríamos retirarla, plataforma consiste en trabajar alrededor de la lima fracturada con fresas Gleits Glidents para favorecer el desalojo y ultrasonido con la finalidad de que a través de la vibraciones retiremos la lima fracturada y con las dos técnicas anteriores tengamos un acceso libre (ver figura 20).

Figura 20. Práctica 1 Fractura de instrumento en tratamiento de conductos y su retiro.



Fuente: Autoría propia

Se nos explica y ejemplifica una apicectomía, tipos de colgajos, ferulización, la importancia de preservar en todo momento las piezas dentales (ver figura 21).

Figura 21. Apicectomía



Fuente: Autoría propia

Se nos mostró los aparatos de vanguardia como lupas, radiografo, cámaras intraorales y ultrasonidos como complemento para un tratamiento de conductos, temas como interpretación imagenológica, radiografía convencional abordando lo que realizamos comúnmente para la toma radiográfica, Radiovisiografía la cual es una técnica de

imagen digital que emplea un sensor Intra oral en lugar de una radiografía, cuenta con ventajas como menor exposición a la radiación y no existe proceso químico, Tomografía computarizada que es un sistema de diagnóstico tridimensional diseñado para el área maxilofacial (ver figura 22).

Figura 22. Sesión 3 clases Teórica de Endodoncia



Fuente: Autoría propia

En la última sesión se nos habla de cirugía en endodoncia y su importancia en el ámbito de la preservación dental, resolviendo en todo momento dudas y ejemplificación con casos clínicos.

Escritura de textos científicos impartido por M en C.O. Leopoldo Javier Díaz Arizmendi del 4 al 25 de junio de 2022. 4 sesiones las cuales en la primera sesión se nos explica cual el proceso para la realización de memoria del curso y su estructura, así como registro de temas por alumno.

En la segunda, tercera y cuarta sesión se inicia con la revisión de memorias de acorde al tema de cada uno de los pasantes de Cirujano Dentista resolviendo dudas en todo momento (ver figura 23).

Figura 23. Sesión de Escritura de Texto



Fuente: Autoría propia

Capítulo 3

Consideraciones para la Rehabilitación Oral del Paciente con Discapacidad Intelectual (DI)

3.1 ¿Qué es discapacidad intelectual?

La organización mundial de salud, 1992 lo define como: “la persona puede tener dificultades para comprender, aprender y recordar cosas nuevas, que se manifiestan durante el desarrollo, y que contribuyen al nivel de inteligencia general, por ejemplo, habilidades cognitivas, motoras, sociales y de lenguaje (1).

La asociación americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD), la describe como una “serie de limitaciones significativas tanto en el funcionamiento

como en la conducta adaptativa, tal y como se manifiestan en las habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas” esta discapacidad se origina antes de los 18 años (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a la discapacidad como un término genérico que abarca diversas deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones de participación social de quien la padece, (2,4).

El INEGI en el año 2020 contabilizó más de 1,000 millones de personas con algún tipo de discapacidad, aproximadamente el 15 % de la población mundial, se estima que en el 10% de los hogares, reside al menos una persona con alguna discapacidad (3,4).

De acuerdo con el censo de población y vivienda 2020, en México hay 6,179,890 personas con alguna discapacidad, de ellas 53% son mujeres y 47% son hombres (4).

El 6.2% de la población total en México sufre algún tipo de discapacidad (5)

En México, la Secretaría de Salud estableció la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012, para regular la atención integral a personas con discapacidad. En este documento legal se conceptualizan a las discapacidades como “deficiencia auditiva, intelectual, neuromotora o visual, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de realizar una o más actividades de la vida diaria” (2,6)

Definimos que se determina como serie de limitaciones para desenvolverse en labores cotidianas, dificultad para aprender habilidades sociales e intelectuales, muchas veces estas mejoran desarrollándose en un entorno inclusivo (7).

Dichas habilidades se clasifican en áreas sociales, prácticas y conceptuales, dichas han sido aprendidas para desenvolverse cotidianamente, las sociales como conciencia de los sentimientos y pensamientos hacia las demás personas, la practica abarca el cuidado personal, organización de tareas, administración de dinero, salud y seguridad, la conceptual comprende aprendizaje, lectura y razonamiento (7).

Recientes actualizaciones lo definen como complicación para aprender, comprender y razonar, esta se clasifica en leve moderada y severa (3,7)

El deterioro de las personas con DI puede clasificarse en diferentes grados, desde leve a profundo, aunque habitualmente se mide por medio de pruebas estandarizadas.

La calidad de vida de una persona con DI depende del entorno en el que desenvuelva, la cantidad de apoyo que reciba, por ello podemos clasificar el apoyo como:

Intermitente: Ocasionalmente requiere apoyo

Limitado: Apoyo en actividades concretas

Importante: Apoyo continuo, diario

Profundo: Cuidados especializados, que de no ser vigilados podrían poner en riesgo la vida de la persona con DI (7)

Etiología y factores de riesgo

Puede ser genética o como consecuencia de un desarrollo cerebral por alguna causa, actualmente conocer la etiología de la DI ayuda a elegir un tratamiento acorde, aunque esta por lo general es la consecuencia de un deficiente cuidado prenatal, lesiones, infecciones y toxinas esta última menos frecuente, podríamos decir que dentro de todo esto podrían intervenir otros factores como interés, educación y economía.

Coeficiente intelectual (CI)

Es la puntuación obtenida de test o pruebas específicas con el objetivo de medir las habilidades generales del paciente con DI, esta puede variar dependiendo la edad y el entorno en el que se ha desarrollado, no existe un parámetro específico para cada síndrome, si no depende del entorno inclusivo.

En ella pueden medir la capacidad de conocimiento general, memoria, vocabulario, razonamiento etc. (3,8)

3.2 Características Fenotípicas

Cada una de las discapacidades es distinta, no existe un patrón específico, aunque existe una serie de parámetros para clasificarlas (9). Se ha desarrollado a través de

un porcentaje una clasificación para el nivel de desempeño según la gravedad. (Tabla 1).

Tabla 1. Nivel de gravedad en discapacidad intelectual

Nivel de gravedad de la discapacidad intelectual	
Leve	El coeficiente intelectual debe estar entre el 59 y 69% por lo general la mayoría de pacientes con discapacidad intelectual se encuentran en este grado, son pacientes que pueden desempeñar ciertas actividades solos, cuidar de sí mismos, son capaces de comunicarse y aprender, pueden aprender razonamientos básicos menores a la edad correspondiente.
Moderada	Coeficiente entre 35 y 49% su capacidad para aprender y pensar esta disminuida, son capaces de cuidarse y desempeñar actividades con algún apoyo y supervisión.
Grave	Coeficiente entre 20 y 34% presenta dificultad en todos los aspectos, vocabulario limitado, requieren apoyo en casa, comunidad y escuela, no son capaces de cuidar de sí mismos.
Profunda	Coeficiente debajo del 20%, presentan discapacidad física, no pueden cuidar ni valerse por sí mismos, su vocabulario es nulo o limitado con expectativa de vida reducida.

Fuente: Matias, Irarrazaval et al, 2017(3).

En al área cognitiva: La inteligencia y el aprendizaje se ven disminuidos, son más notorios cuando empiezan la edad escolar

Área psicomotora: Muestra déficit en la motricidad para coordinación en los movimientos, afcción para desenvolverse en un ámbito social.

Área de lenguaje: Normalmente presentan retrasó en el habla, trastornos de lenguaje y pronunciación por problemas en la articulación, incompetencia para crear un dialogo, palabras distorsionadas en la pronunciación.

Área afectiva: Suelen sufrir ansiedad y bajo autoestima, son más susceptibles a ciertos sentimientos como alegría, aburrimiento, vergüenza, les cuesta expresar sus sentimientos hacia otras personas.

Área adaptativa: Suele estar retrasada de acuerdo a su edad como lo es el control de esfínteres, cuidados e higiene personal (9).

Podemos decir que todo esto no es un estándar y puede ser variado dependiendo el entono en el que el paciente se desenvuelva, influye la educación y el interés que se le ha puesto, la ayuda familiar y las actividades extras como terapias,

Características Genotípicas

Su origen puede ser por circunstancias genéticas, médicas o ambientales, estas puedes ser presentes durante la concepción, el embarazo, parto o posparto (tabla 2).

Tabla 2. Causas frecuentes de discapacidad intelectual

Categoría	Ejemplos
Antes de la concepción o durante: trastornos hereditarios y cromosómicos como síndrome de Dawn, síndrome de X frágil, síndrome de preader willi, síndrome de klinefelter	Síndrome del cromosoma x frágil: Ocasiona discapacidad intelectual y problemas de conducta trastornos de un solo gen como: Fenilcetonuria: Trastorno del metabolismo de los aminoácidos que se produce en bebés nacidos sin la capacidad de descomponer un aminoácido llamado fenilalanina ya que esta es toxica para el cerebro y se acumula en la sangre, los progenitores transmiten el gen defectuoso, mucopolisacáridos, hipotiroidismo, neurofibromatosis, malformaciones cerebrales como microcefalia e hidrocefalia, síndrome Laurence Moon Biedl Influencias ambientales como deficiencia de ácido fólico, desnutrición grave en el embarazo Consumo de sustancias: Nicotina Cocaína
Durante el embarazo:	Déficit grave en la nutrición materna. Infecciones por Virus de inmunodeficiencia humana (VIH), Citomegalovirus: Genera enfermedad grave en lactantes como pérdida de audición. Toxoplasmosis: Infección causada por parásito de heces fecales de animales como gatos, cerdos la cual causa microcefalia (cabeza pequeña), inflamación del encéfalo. Rubeola: produce defectos congénitos microcefalia, cataratas, daño de la retina, inflamación del encéfalo. Virus zika: Infección viral transmitida por mosquitos la cual causa fiebre, dolor en articulaciones Sustancias toxicas como mercurio y plomo. Alcohol Fármacos Preeclamsia: Se debe a la elevación de presión arterial o el empeoramiento de una hipertensión existencial
Durante el nacimiento:	Hipoxia: falta de oxígeno Prematuridad extrema: bebés nacidos prematuramente, los órganos pueden no estar preparados para su funcionamiento fuera del útero. Trauma en el nacimiento.

Después del nacimiento:	Meninguitis: Infección grave de las capas del tejido que recubren la medula espinal y el encéfalo Traumatismo craneal grave Déficit en la nutrición del niño Envenenamiento: mercurio o plomo Tumores cerebrales y sus tratamientos Por ende, cualquiera de estas enfermedades puede provocar daños cerebrales irreversibles y generar una deficiencia intelectual (3,7)
-------------------------	---

Fuente: Matias, Irarrazaval et al, 2017 (3), University of rochester school of medicine and dentistry ,2022 (7)

Diagnóstico

Se basa en una evaluación exhaustiva de inteligencia y comportamiento a través de detección prenatal, pruebas de diagnóstico, desarrollo, genéticas y de laboratorio, pruebas formales intelectuales y de habilidades.

Desde el nacimiento, el crecimiento y el desarrollo se evalúa de forma rutinaria a un niño sano, sin embargo, cuando se sospecha de una discapacidad intelectual son evaluados por quipos profesionales mediante pruebas de funcionamiento intelectual, así como la búsqueda de la causa.

En una DI grave los comportamientos o destrezas físicas a medida del crecimiento se encuentran retrasadas por lo cual son muy evidentes desde el nacimiento, en su mayoría cuando la DI solo es un factor más de algún síndrome y de manera aislada.

En una DI leve se hacen evidente en los primeros años escolares, producto de las dificultades académicas e incluso más tarde en la adolescencia (3,7,9).

Tabla 3. Tipos de diagnósticos

Detección prenatal	Pruebas formales intelectuales y de habilidades.	Identificación de la causa.
Durante el embarazo se realizan ciertas pruebas como:	Consta de tres partes Entrevista con los padres Observación del niño Pruebas, test o cuestionarios.	Los recién nacidos con anomalías físicas u otros síntomas asociados con una discapacidad intelectual requieren de otras pruebas
Ecografía: Prueba de diagnóstico por imagen que utiliza ondas sonoras.	Stanford-Binet, Escala de inteligencia de Wechsler para niños-IV: sirven para diagnosticar deficiencias en desarrollo intelectual de niños pequeños.	Resonancia magnética nuclear: problemas estructurales en el cerebro.

Amniocentesis: procedimiento en el que se extrae líquido amniótico para llevar a cabo análisis para detectar ciertas afecciones como síndromes.	Escalas de conductas adaptativas de Vineland: evaluar habilidades personales y sociales.	Electroencefalograma: Posibilidad de convulsiones en el niño.
Biopsia de vellosidades coriónicas: Muestra de pequeñas prolongaciones que conforman la placenta para diagnosticar trastornos en el feto.		Análisis de orina, sangre.
<p>Cribado cuádruple:</p> <p>Mide los niveles de 4 sustancias en la mujer embarazada</p> <p>Alfa fetoproteína AFP: proteína que produce un bebé en desarrollo.</p> <p>Gonadotropina coriónica humana HCG: hormona que produce la placenta</p> <p>Estriol: hormona que produce la placenta e hígado del bebé.</p> <p>Inhibina A: Hormona que produce la placenta</p> <p>En conjunto nos ayudan a identificar defectos genéticos como síndromes.</p>		

Fuente: University of rochester school of medicine and dentistry ,2022 (7)

Diagnóstico diferencial

El término “retraso del desarrollo” implica dificultad en la adaptación, problemas académicos muchas de las veces por factores como depresión, baja estimulación y no por habilidades cognitivas como lo es en una DI (3).

Características

No es un patrón para la DI presentar anomalías, sin embargo, en algunos pacientes es evidente al nacimiento presentar anomalías están pueden ser físicas o neurológicas e incluyen características faciales inhabituales como tamaño de la cabeza grande o pequeña, malformaciones en manos o pies. Otros pacientes pueden desarrollarse con un aspecto normal, pero presentan otros signos de enfermedad como convulsiones, trastornos en la alimentación y/o crecimiento, vómitos, olor anormal en la orina.

En DI leve suelen presentar síntomas perceptibles hasta el periodo preescolar, en DI más grave presentan un desarrollo motor tardío y suelen ser lentos para rodar sobre si mismos, sentarse o levantarse (7).

Pronóstico de personas con discapacidad intelectual

Una persona con DI leve puede desarrollar una vida cotidianamente normal e independiente, a diferencia de una DI moderada en la que requiere constante supervisión o apoyo, sin embargo, es más complejo para una persona totalmente dependiente como lo es una persona con DI avanzada la probabilidad de estas personas suele verse disminuida (7).

3.3 Tratamiento general

Muchas de las veces en este tipo de personas se busca un tratamiento basado más es su comportamiento y no a su baja inteligencia.

El aspecto más importante es la detección precoz e intervención temprana. El objetivo del tratamiento no es una cura sino minimizar los síntomas y la discapacidad, mejorar su calidad de vida como su entorno, es por ello debemos enseñar a las personas a desenvolverse en su vida diaria, cada paciente dependerá de la causa y gravedad de la DI.

Asistir a la escuela para niños con DI, ayuda a desarrollar habilidades sociales y prácticas, así como aprendizaje y autodisciplina.

Las terapias físicas, ocupacionales, de habla y lenguaje tienen un impacto positivo y muy importantes para contribuir al tratamiento (3)(7).

Equipo multidisciplinario

Para determinar el apoyo es importante conocer el diagnóstico, el interés de la familia como parte integral del programa, determinar las necesidades y puntos favorables de la persona ya que en casos de DI grave o profunda administrar medicamentos sin proporcionar la terapia conductual y sin realizar cambios en su entorno no suelen dar resultados.

El manejo del paciente con ayuda de un equipo multidisciplinario favorece al resultado, aumenta la diversidad de perspectivas según su formación y experiencia aportando soluciones, desde luego mejora el aprendizaje de sus miembros el cual a través del estudio nos permite la resolución de cuestiones y problemas complejos encaminados a una mejora, entre estos profesionales se puede contar para la atención de pacientes con DI.

Médico de atención primaria

Neurólogos o pediatras del desarrollo

Traumatólogos

Terapeutas y fisioterapeutas

Nutricionistas

Psicólogos

Profesores

Familia como parte integra del programa

Trabajadores sociales (7).

3.4 Tratamiento odontológico

Por lo general el entorno en donde se desenvuelve una persona con discapacidad intelectual no tiene las condiciones favorables para su integración por lo que este tipo de personas se mantiene al margen desafortunadamente aun es un camino largo por recorrer a la integración total y no discriminación, lamentablemente en el aspecto médico no hay excepción ya que están limitados a los servicios (5).

La organización mundial de la salud reporta que las personas con alguna discapacidad que acuden en busca de un servicio médico son las menos atendidas por los servicios odontológicos y en su mayoría porque se carece de conocimientos para la atención de dichos pacientes (5).

Existen otros factores por lo que se descuida la salud bucal en pacientes con DI. Muchas veces influyen factores económicos, religión, desinterés, en una condición grave o profunda los familiares se enfocan en mantener estable al paciente o sistémicamente sano y dejan en segundo plano la salud bucal. Esto por el lado del paciente, por ello también es importante la promoción de la salud en todas las áreas, pero si nos basamos en las responsabilidades del odontólogo es inaudito que no se atienda al paciente por la falta de conocimiento.

El trabajo multidisciplinario en este tipo de personas es una buena estrategia ya que muchos de los pacientes con DI se encuentran bajo tratamiento médico. La atención odontológica es una cuestión de derecho, los derechos humanos son sin distinción de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen, color, religión, lengua o cualquier otra condición, hoy existe una gran preocupación por preservar los derechos humanos. De acuerdo con la OMS las personas con alguna discapacidad son las menos atendidas en los servicios odontológicos por factores absurdos como la ignorancia. Otro punto a considerar es que se cree que la atención dental es cara (5).

Muchas veces queremos como personal de salud tratar a las personas con alguna discapacidad como cualquier otra, pretendemos que la atención sea igual en el sentido de tiempo y comportamiento, olvidamos que estamos con un paciente especial con el cual se deben tomar ciertas consideraciones con el fin de brindar un mejor servicio, promover el interés del paciente y familiares responsables de mantener una adecuada higiene bucal.

La “Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) señaló que respecto a las quejas en población adulta fue la segunda especialidad que acumuló el mayor número de quejas en el 2010, con un 15%, de igual manera el maltrato del personal sanitario al paciente ocupó el segundo lugar y correspondió al odontológico” (5).

Esto podría descifrar que no se cubren las expectativas de los usuarios tanto en los aspectos teóricos, éticos como humanos, es por ello que como personal de salud debemos capacitarnos constantemente para el manejo de personas con diferentes condiciones ya que no estamos exentos de este tipo de pacientes y si lo vemos mínimamente como ser humano todos conocemos a una persona con alguna discapacidad, si lo vemos como personal de salud mínimo esa persona podría caer en nuestra atención, ahora si lo vemos como un familiar cercano quisiéramos que obtuviera la mejor atención por ello debemos ser empáticos y actuar con profesionalismo.

Enfermedades bucales en pacientes con discapacidad intelectual

Prevalecen enfermedades como caries asociada al consumo de carbohidratos y falta de higiene en pacientes con DI severa muchas veces la mayor parte de los alimentos ingeridos es blanda por lo que a la ausencia de cepillado dental se desarrollan enfermedades periodontales en conjunto con los medicamentos convulsivos que suelen usar las personas con DI, al no existir un adecuado control de biofilm microbiano puede generar hiperplasia gingival y por ende pérdida de piezas dentales lo cual podría influir en la comunicación y su interacción social, suelen presentar mal oclusiones como consecuencia del poco desarrollo del macizo facial o un crecimiento óseo no armónico, las mal posiciones dentarias favorecer a la acumulación de biofilm (5).

Protocolo de atención odontológica a pacientes con DI

Implica procesos complejos y en su mayoría rehabilitación integral es por ello tener en cuenta las siguientes recomendaciones.

1.- Indagar sobre la información del paciente, preguntar a los cuidadores y/o padres, así como trabajar en conjunto con su médico para trazar estrategias y establecer prioridades de ser necesario, explicar de manera clara el plan de tratamiento a los padres tomando en cuenta su escolaridad, estudios recientes muestran que la escolaridad tiene impacto en la salud, explicar posibles restricciones o cambios y priorizar el consentimiento informado.

2.- Conocer la relación de los padres o cuidadores con el paciente: muchas veces muestran sobreprotección por su condición esto por ende tornara la atención médico-paciente, trabajar no solo en el paciente sino en ambos, para una mejor atención y favorables resultados.

3.- Establecer los riesgos que conlleva la atención en los diferentes tratamientos de ser necesario por cita, informados los mantendrá participes del tratamiento y los resultados así podrán interesarse más por la salud dental del paciente, explicar medidas y estrategias a utilizar para evitar malos entendidos, dar a conocer alternativas de tratamiento.

4.- Realizar citas cortas, evitar largas esperas para no generar ansiedad, estar en sintonía con nuestro personal ayudante, como asistente, esto podría evitar pérdida de tiempo, ansiedad al paciente, estrés, desconfianza de los padres, (5)

Limitaciones

Desafortunadamente no se cuenta con los programas que cubran de manera completa la formación del odontólogo en este ámbito.

Muchas veces los pacientes requieren tratamientos que por su condición serían más favorables atenderlos bajo anestesia general, los familiares al escuchar este término prefieren no realizarlos.

Se requiere de preparación como comprensión y un trabajo en conjunto para la atención digna de este tipo de pacientes. Podemos englobar los requisitos arquitectónicos para la atención y permanencia de personas con discapacidad según la Norma Oficial Mexicana 233-SSA1-2003 (11), la cual nos habla de las principales características necesarias para que una persona se desplace libremente con alguna discapacidad física, para una discapacidad sensorial tener aditamentos para poder acoplarnos a su condición e interpretar el tratamiento a realizar, debemos invertir en aditamentos, equipo y tiempo lo cual muchas veces lo vemos como limitante (8,11)

Caso clínico

Resumen clínico

Paciente femenino de 41 años de edad con 11 meses a su atención, de nombre Miriam Garduño Sánchez es traída a consulta dental por su mamá Eutimia Herminia Sánchez Enríquez para revisión bucal ya que refiere solo una ocasión la llevo al Dentista hace 20 años para extracción de un molar.

Miriam es una paciente especial con diagnóstico de deficiencia intelectual, se le dice se cariño mili, es muy amigable, sociable al momento cooperativa, presenta una conducta F3 según Frankel, se realiza interrogatorio indirecto.

Al interrogatorio de antecedentes patológicos hereditarios refiere padre finado diabético no controlado, hermano 2/5 finado por insuficiencia renal, antecedentes personales no patológicos es gesta 4/5 de un embarazo gemelar el cual fue embarazo de termino, no refiere la mamá complicaciones durante el embarazo ni el parto, parto Eutócico, grupo sanguíneo 0+, presenta esquema de vacunación completo incluyendo covid-19, su baño general y vestimenta es diario, se encuentra en proceso de menopausia, antecedentes personales patológicos refiere la mamá que está tomando analgésicos en caso de dolor por previa operación (colecistectomía) el 25 de enero, niega medicación de rutina, refiere 1 hospitalización e intervención quirúrgica de colecistectomía, niega enfermedades infecciosas, inflamatorias, neoplásicas, congénitas.

Antecedentes alérgicos

Se le interroga y niega alergias a analgésicos, antibióticos, y alimentos. Interrogatorio por aparatos y sistemas no presenta amigdalitis, asma, disnea u otros, no presenta arritmias, soplo, taquicardias, cianosis, lipotimias, fiebre reumática, enfermedades congénitas o otras, gastrointestinales niega diarreas, parásitos, dolor estomacal o renal, niega hematuria, coluria, problemas linfáticos, anemia, sangrados prolongados, hematomas, transfusiones o infecciones frecuentes, niega aumento de peso, pérdida de peso, diabetes, hepatitis.

Antecedentes odontológicos

Su técnica de cepillado es horizontal o de violín, solo realiza cepillado con agua ya que no tolera muchos sabores u olores, procura su higiene oral sea una vez por día ocasionalmente se deja ayudar por su mamá, aunque prefiere hacerlo sola, no usa hilo dental, pasta o enjuagues y niega traumatismos dentales.

Alimentación

Al nacer fue alimentada de seno materno por 1 año, a partir del año fue implementada con fórmula láctea e uso de biberón por medio año, inicio ablactación al año y alimentos sólidos a los 3 años de edad, actualmente su alimentación se basa en leguminosas, legumbres, proteína, muchos alimentos o sabores le desagradan. Se recomienda disminuir la ingesta de harinas y derivados como pan galletas, grasas e irritantes por extirpación de vesícula, presenta conducta F3 según Frankel.

Resumen estomatológico

Exploración y auscultación de la articulación temporomandibular, presenta limitación a la apertura de la boca, desviación de línea media por apiñamiento dental anterior y giroverciones, no presenta ruidos no crepitaciones, desviación a la apertura y cierre. A la exploración de tejidos blandos presenta ganglios palpables de tamaño normal, labios medianos hidratados, sin patología aparente, refiere que en ocasiones si se deshidratan sus labios y comisuras, borde del bermellón delimitado, comisuras labiales móviles e hidratadas, tejidos blandos internos presenta mucosa labial glándulas,

carrillos y fondo de saco rosa, suave, hidratada, humectada, la lengua es geográfica con dorso blanquecino, sin limitación del movimiento, el ítmo, paladar duro y blando, pilares amigdalinos, piso de boca, y mucosa del borde alveolar es rosa, hidratada, suave, humectada, firme sin patologías aparentes. Frenillos vestibulares, labial superior e inferior presentan implantación media, móvil, vascularizada sin patología aparente.

Presenta dentición permanente con caries general moderada, amígdalas tipo 2, no presenta abscesos ni bolsas periodontales, el tejido gingival está inflamado en algunas zonas, presenta cálculo dental en anterior de arcadas superior e inferior, no presenta movilidad dental, ni anomalías dentarias, presenta clase dentaria 1 de Angle derecha e izquierda, relación canina 1, no presenta mordida abierta posterior ni anterior, su mordida es cruzada en anterior por apiñamiento dental y giroversiones en órganos dentarios 11,12,21,22 y 23, forma de arco oval, presenta desgaste por contacto en anteriores y ocasionalmente es respirador bucal cuando está fatigada o nerviosa, niega hábitos bucales, su pronóstico es reservado.

Inspección general

Paciente femenina de estatura baja, apariencia de edad menor a la acorde, marcha rápida y encorvada con cabeza y cuello adelantados, semblante facial contenta.

Protocolo del paciente

Propuestas de atención odontológica para la paciente Miriam

Allegarse a la información del paciente (conducta, intereses, gustos, disgustos, reacciones ante algunas situaciones y cómo las resuelven) proveniente de quienes lo rodean para determinar estrategias de atención.

Establecer prioridades.

Explicar a las familiares posibilidades de tratamiento y restricciones.

Citas cortas, evitar esperas largas, por la mañana, omitir el desayuno de ser posible ya que presenta reflejo de náusea e intolerancia a olores.

Anticipar todo durante el procedimiento a realizar, incluidos sonidos que va a escuchar. Durante el módulo de Atención a pacientes discapacitados, contamos con el acceso a 2 clínicas prácticas para tener la cercanía de atención a un paciente con alguna discapacidad, en mi caso paciente con discapacidad intelectual (Miriam), en su primera cita se realizó Historia Clínica indirecta, Interrogando a su mamá, revisión de tejidos bucales obteniendo la atención e interés de la paciente, sensibilización con técnica decir- mostrar para profilaxis dental, se dio técnica de cepillado a la paciente y persona responsable con el propósito de mantener una higiene bucal adecuada (ver figura 24).

Figura 24. Profilaxis dental en paciente con discapacidad intelectual



Fuente: Autoría propia

En su segunda cita se realizó refuerzo de técnica de cepillado y resinas en los órganos dentarios anteriores 11,13,21,23,31,32,33,41,42 y 43 en los cuales muestra un defecto estructural en el esmalte (figura 25).

Figura 25. Fotografía inicial de paciente



Fuente: Autoría propia

Le comentamos lo que se le iba a realizar durante el tratamiento, mostramos herramientas, utensilios, le dimos a oler los materiales y le preguntamos si eran

agradables y los toleraba a lo cual respondió que sí, comentamos a la paciente si podíamos iniciar si mostraba alguna molestia sería necesario anestésiar a lo cual accedió y no se requirió anestésiar puesto que no presentaba dolor ni incomodidad, se generó ligera retención en cavidades con pieza de alta y fresa de bola del número 2, se procede a limpieza de la cavidad, grabado y adhesivo para así la colocación de resinas en tono A2, finalmente pulimos con gomas (figura 26).

Figura 26. Tratamiento restaurativo en paciente con discapacidad intelectual



Antes

Después

Fuente: Autoría propia

Dicha experiencia nos deja el manejo de la conducta, el adentrarnos en su entorno, sus intereses nos ayudó a manejar las situaciones que se fueron presentando, la paciente se enfrentó a una experiencia desconocida desde ruidos, sabores, olores, ya que presenta alto reflejo de náusea, no tolera muchos olores, por lo cual la mamá nos comentó que era sugerible llevarla a consulta dental por la mañana y sin haber desayunado, la consulta se tornó favorable en sus dos citas, por lo que nos permitió realizar las resinas planeadas el único inconveniente fue factor tiempo al decir, mostrar y hacer, ya que para la paciente mostraba interés por lo que se realizaba, tuvo reflejo de náuseas, preguntas, intolerancia al ruido de la pieza de mano, e intervino con las manos ocasionalmente.

Dentro del módulo se contemplaron este tipo de factores y consideraciones para la atención de un paciente especial, es totalmente diferente a la práctica por ello como odontólogos debemos contar con los conocimientos, no limitarnos y capacitarnos para

una atención integral capaz y favorable, tuve la oportunidad de llevar a dos Pacientes con Discapacidad Intelectual, en la paciente 1 se realizaron Resinas previamente descritas en la Paciente 2 pude tener una experiencia en base a la conducta pues a diferencia de la paciente 1 ella se mostró menos cooperativa ya que por las malas experiencias previas no tenía la confianza suficiente, el manejo de conducta fue notorio, ya que si mostro llanto, grito, estrés, desde mi punto de vista son dos personas a las que conozco de tiempo y puedo decir que influye el ambiente en el que se desarrollan la paciente 1 a pesar de ser de bajos recurso la educaron como una persona “normal” no asiste a terapias, jamás fue a la escuela, no es controlada ni medicada, en el caso de la paciente 2 fue diagnosticada y medicada desde pequeña, cuenta con los recursos para su atención, acude a clases de danza, educación espacial, natación, psicología y muestra un comportamiento dominante hacia las demás personas (figura 27)

Figura 27. Pacientes con Discapacidad intelectual Paciente 1 y paciente 2



Fuente: Autoría propia

Considero a ambas con discapacidad intelectual leve influyendo factores para crear su personalidad.

Discusión del caso

Existen técnicas o protocolos de atención a pacientes con discapacidad intelectual, en nuestro caso con técnica de sensibilización, técnica decir, mostrar, hacer, logramos la cooperación de la paciente, se mostró cómoda y no fue necesario restricciones físicas o premediación.

Al no requerir tratamientos de urgencia iniciamos por técnica de cepillado y profilaxis lo cual nos permitió una atención y manejo de conducta favorable.

El entorno en el que la paciente se desarrolla es como una “persona normal” y el apoyo de su mamá es de suma importancia, ya que la paciente no presenta limitantes.

Resultados del caso clínico

Se cubre lo planeado en las citas correspondientes.

En el caso de Miriam muestra cierta confianza, ya que se tiene una amistad y cercanía de años, lo cual podría jugar un papel en contra o a favor ya que al sentirse en confianza pudo haber rechazado el tratamiento, afortunadamente supimos manejar la situación y se logró un manejo de conducta y atención favorable.

Se creó interés en la paciente y familiares para seguir con la atención bucodental, a través de la importancia de cada tratamiento.

Más información

Derechos de las personas con discapacidad

Cuadernos de la jurisprudencia número 5 describe la no discriminación e igualdad de oportunidades.

Art. 7 Personas con discapacidad tienen derecho a servicios públicos para la atención de la salud y rehabilitación en general.

Art. 10 Protección legal, igual y efectiva contra todo tipo de discriminación.

Art. 24 Párrafo 5 Garantiza que las personas con discapacidad puedan acceder a la educación superior, formación profesional, educación adulta y aprendizaje a lo largo de la vida, sin discriminación y en igualdad de condiciones que los demás. (16)

Resultados

El curso cubrió mis expectativas ya que pude ampliar el panorama profesional, adquirí los conocimientos habilidades y experiencia en la mayoría de sus módulos.

Me considero capaz de atender a un paciente con capacidades especiales, así como una urgencia medico odontológica ya que considero el módulo muy enriquecedor.

Aprendí actualizaciones y técnicas favorables para una cirugía de terceros molares, la cual tuvimos la oportunidad de realizarla, así como aprendí técnicas para el retiro de instrumentos fracturados durante un tratamiento de conductos.

Aclaré dudas acerca de ortodoncia y endodoncia, adquirí puntos de vista de profesionales en la materia.

Conclusiones

La actualización en personal de salud nos permite brindar una mejor atención y tratamiento a nuestros pacientes cubriendo sus necesidades y manteniéndonos a la vanguardia como profesionales.

La mejora en general de pacientes con discapacidad requiere de un interés familiar y compromiso profesional para la obtención de resultados favorables.

Las recientes técnicas para una cirugía de terceros molares nos permiten menor traumatismo, una recuperación posoperatoria pronta y mejorada.

Los conocimientos nos acercan al éxito, en el caso de una urgencia medico odontológica está en riesgo la vida de un paciente, el estar preparado nos mantiene alerta y saber cómo actuar ante este tipo de situaciones.

Una intervención a tiempo en ortodoncia y cooperación del paciente nos permite resultados notorios, estéticos y funcionales.

El conocer cómo actuar ante ciertas situaciones desagradables durante el tratamiento nos permite no caer en negligencias.

Bibliografía

- 1.- La Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD) Año de publicación: 2011, Editorial: Alianza Editorial, Lengua: Castellano, ISBN: 978-84-206-5262-7
- 2.- Organización Mundial de la Salud. Discapacidad y salud 2018
- 3.- Matías Irrázaval & Andres Martin IACAPAP, Trastornos del desarrollo, Discapacidad-Intelectual-Spanish-2018.pdf Capítulo Xiaoyan Ke & Jing Liu Edición: 2017.
- 4.- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) Censo de población y vivienda 2020, resultados definitivos. Mexico 2022.
- 5.- María Isabel de Fátima Luengas Aguirre, Elisa Luengas Quintero, Revista ADM, Ética médica y atención odontológica / Atención odontológica a personas con discapacidad intelectual: una cuestión de derecho. 2017
- 6.- Figueroa Fernández NP, Hermida Rojas M, Domínguez Sánchez A, Zorrilla Martínez II, Valenzuela OntiverosYY, Rivera Luna F. Atención odontológica a pacientes con discapacidad mental y psicomotriz en la Facultad de Odontología de Mexicali. Univ Odontol. 2019
- 7.- Manual MSD, Stephen Brian Sulkes, Olisano Children's Hospital at Strong, University of Rochester School of Medicine and Dentistry, 2022
- 8.- Giraldo-Zuluaga MC, Martínez Delgado CM, Cardona-Gómez N, Gutiérrez-Pineda JL, Giraldo Moncada KA, Jiménez-Ruiz PM. Manejo de la salud bucal en discapacitados. Artículo de revisión. Rev. CES Odont 2017; 30(2): 23-36.
- 9.- ACADIS Características de la discapacidad intelectual 6 marzo de 2017
- 10.- Clasificación de discapacidad según la OMS
- 11.- Norma Oficial Mexicana 233-SSA1-2003
- 12.- Forment-Poutou, Susel, Delgado-González, Orlando, Díaz-Reyes, Edilberto, Osaría-Quintana, Ruth Maylovis, Palacio-Sheryz, Madai Salud familiar en niños con discapacidad intelectual. Revista Información Científica. 2020, 99(1), 30-37 [fecha de Consulta 1 de Julio de 2022].
- 13.- Arcos-Orozco, Blanca Angélica, Casas-Martínez, María de la Luz, Martínez Bullé-Goyri, Víctor Manuel, López-Roldán, Verónica Miriam Recomendaciones bioéticas respecto al consentimiento informado de personas con discapacidad. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [en línea]. 2021, 59(5), 447-456 [fecha de Consulta 1 de Julio de 2022]. ISSN: 0443-5117.

14.- Lozada-Leidenz, M. S., & Guerra-G, M. E. (2021). Alternativas de atención odontológica en niños y adolescentes con discapacidad intelectual. Revista De Odontopediatría Latinoamericana, 2(2).

15.- Lozada, Maria, Guerra Gamboa, Revista de Odontopediatría Latinoamericana;2 (2) Alternativas de atención odontológica en niños y adolescentes,premedicacion, sedacion y anestecia general.22 mayo 2019

16.- Centro de Estudios Constitucionales de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Coordinadora de la Colección Ana María Ibarra Olgúin Primera edición: septiembre de 2020