



# UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI

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

## CIRUJANO DENTISTA

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN PACIENTES  
CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL LEVE

## TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

## CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

PCD. Sandra Lidia López Jiménez

ASESOR: E. en OP. Juana Gabriela Espinoza Suárez

Ixtlahuaca, México, Octubre, 2023





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## Índice

Capítulo 1. Planeación.....	<b>2</b>
Descripción del programa.....	2
Perfil de ingreso .....	2
Perfil de egreso .....	2
Estructura.....	2
Claustro académico y módulos .....	2
Capítulo 2. Metodología.....	<b>4</b>
Ubicación de la práctica profesional .....	4
Problemática.....	6
Objetivo de la memoria.....	6
Actividades o acciones que se realizan .....	7
<b>Capítulo 3. Discapacidad intelectual y sus características generales.....</b>	<b>15</b>
Factores adquiridos y evolutivos.....	15
Retraso mental .....	16
Coeficiente intelectual (CI) .....	16
Manifestaciones de los tipos de DI.....	18
Discapacidad Intelectual Leve .....	20
Infra diagnóstico frecuente de DI .....	20
Atención odontológica a pacientes con DI leve.....	21
Patologías Bucales presentes en Cavidad Bucal en Pacientes con DI .....	22
Prevención.....	24
Manejo de conducta.....	25
Resultado de lo aprendido .....	26
Conclusiones .....	26
Caso Clínico .....	28
<b>Bibliografía .....</b>	<b>36</b>

## Capítulo 1. Planeación

### Descripción del programa

El curso de actualización de la licenciatura en cirujano dentista consiste en llevar a cabo de temas de especialidad odontológica con el fin de actualizar el campo laboral como odontólogos, estudiar temas de interés actual y capacitarnos para trabajar con éxito.

### Perfil de ingreso

El pasante de cirujano dentista deberá tener conocimientos y aprendizajes dentro del área odontológica en general, así como el interés de capacitarse y actualizarse para el ámbito laboral.

### Perfil de egreso

El pasante de cirujano dentista tendrá en conocimiento adquirido dentro del curso de actualización, para llevar a cabo dichos aprendizajes dentro de su área laboral y social como odontólogo, así mismo generara confianza en sí mismo la cual en su integración con el paciente será satisfactoria.

### Estructura

El curso de actualización de cirujano dentista se llevó a cabo con una duración de 72 horas bajo la modalidad presencial teórico- práctico.

### Claustro académico y módulos

E. en .C.D. Gerardo Castañeda Ibarra – Cirugía oral

E. en O.P. Juana Gabriela Espinoza Suarez - Odontología para pacientes con discapacidad

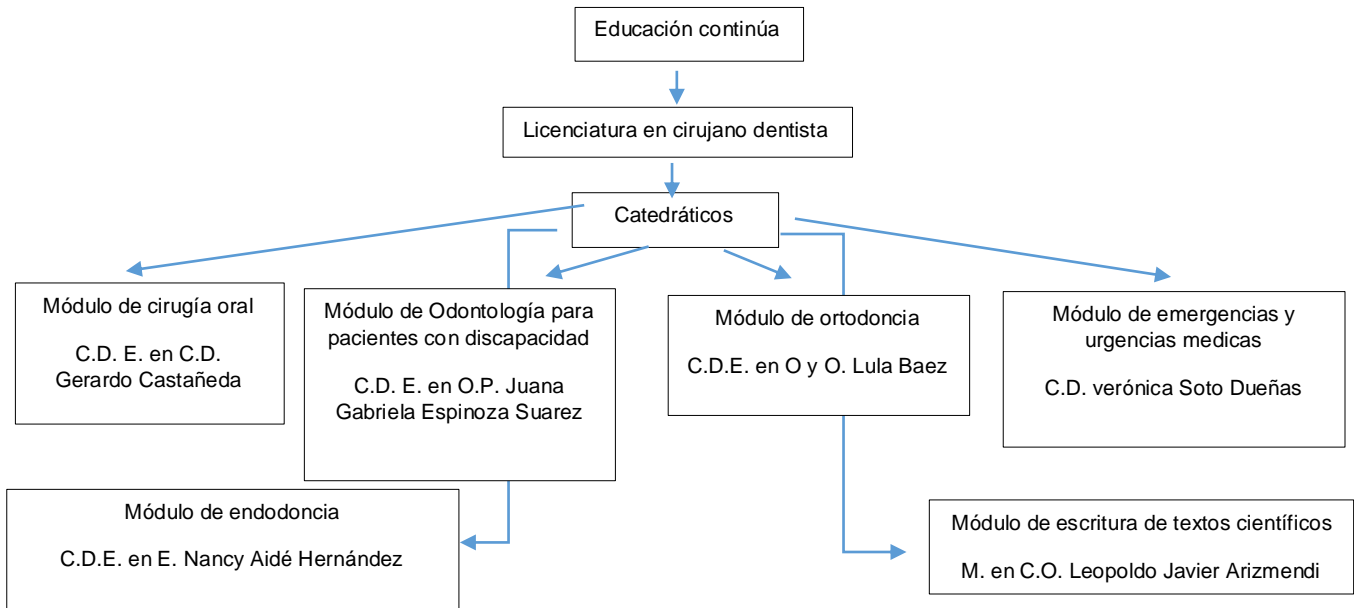
E. en O. Lula Báez – Ortodoncia

C.D Verónica Soto Dueñas - Emergencias y urgencias médicas

E. en E. Nancy Aidé Hernández – Endodoncia

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

**Figura 1. Organigrama operacional del curso**



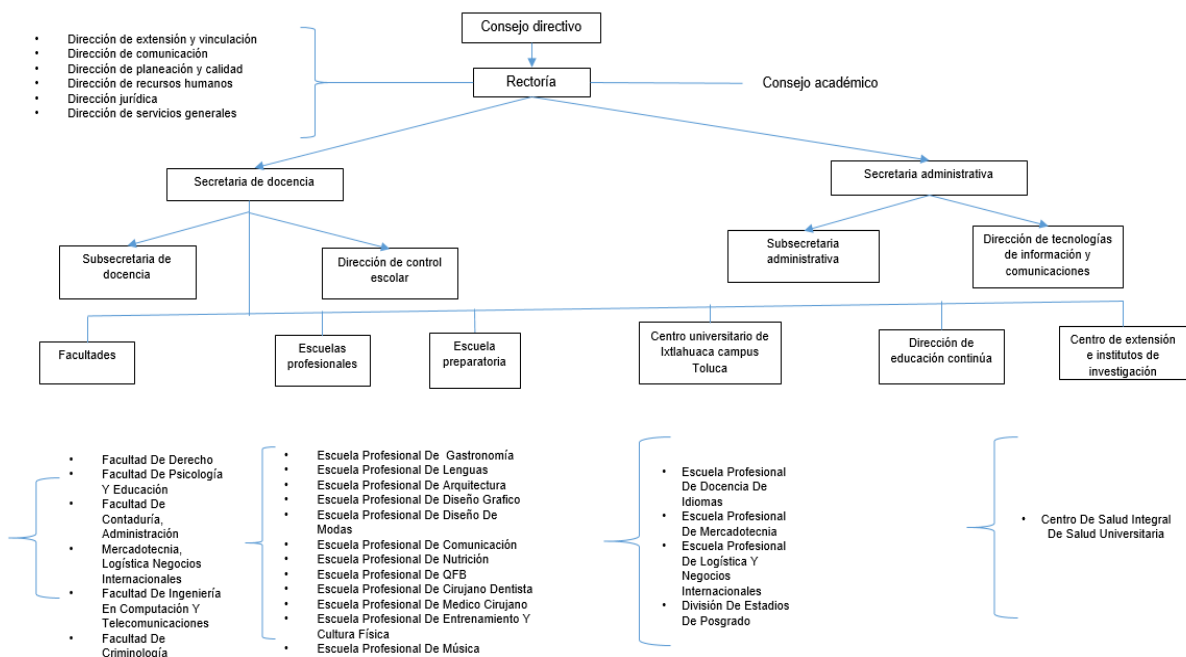
Fuente: Propia

## Capítulo 2. Metodología

### Ubicación de la práctica profesional

La Universidad de Ixtlahuaca CUI se encuentra ubicada en la carretera Ixtlahuaca-Jiquipilco Km 1, en el municipio de Ixtlahuaca de Rayón, Estado de México, cuenta con un sector de actividad amplio en donde se consideran 23 licenciaturas, preparatoria, 10 maestrías, 3 doctorados, Centro de Lenguas Extranjeras (CELE) y Centro de Enseñanzas de idiomas (CEI), además de educación y formación continua que se encarga de planear, organizar y evaluar distintos talleres, cursos y diplomados, contado con una estructura organizada de personal administrativo. (Ver figura 2)

**Figura 2. Organigrama Institucional**



Fuente: Información extraída de la página oficial de la Universidad de Ixtlahuaca CUI

La licenciatura en cirujano dentista con clave de incorporación, acuerdo CIRE 12/11, clave UNAM 8968-22, cuenta con una estructura administrativa en donde el personal está capacitado para desempeñarse dentro del plan de estudios de manera profesional. (Ver figura 2)

**Figura 3. Organigrama Estructural Licenciatura En Cirujano Dentista**



Fuente: Información extraída de la página oficial de la Universidad de Ixtlahuaca CUI

Las instalaciones en donde los alumnos realizan prácticas desarrollando día con día su aprendizaje en el área odontológica, contando con salones para clases académicas, 1 área de admisión de pacientes, 5 clínicas en cada una con áreas de farmacia, esterilizado, cuarto de radiografías dentales, cuarto de revelado y sus unidades dentales correspondientes, así mismo clínica de simuladores, 2 laboratorios de biomateriales dentales. (Ver figura 4)

**Figura 4. Edificio Q de la licenciatura en Cirujano Dentista**



Edificio de cirujano Dentista, donde se impartió el curso de actualización.

Fuente: Propia

### **Problemática**

¿Por qué se deben realizar cursos de actualización?

Dentro del área odontológica, nosotros como pasantes de cirujano dentista, debemos estar en constante actualización para llevar a cabo distintos procedimientos actualizados conforme a la actualidad, mediante el uso de nuevas técnicas, nuevo material y nuevos aprendizajes teóricos, así mismo compartir vivencias y experiencias con diversos cirujanos dentistas, la finalidad de nosotros como odontólogos es siempre tener la capacidad de resolver situaciones adversas presentes dentro del consultorio dental.

### **Objetivo de la memoria**

Priorizar un trabajo de investigación para obtener un grado académico, así mismo contextualizar lo aprendido del curso y llevar en práctica lo aprendido.



## Actividades o acciones que se realizan

El primer módulo de Cirugía Oral quien lo impartió el E.C.D. Gerardo Castañeda Ibarra, impartiendo temas actuales de la cirugía y su principal uso en la clínica, además que existen nuevas técnicas en las cuales debemos de aplicar cuando realizamos desde una extracción simple a una compleja ya que nos indicó disminuir el uso de fórceps por su amplia posibilidad de fractura de tablas oseas , así mismo haciendo referencia siempre realizar historia clínica completa así como incluir en esta análisis de laboratorio para conocer el estado de salud del paciente.

Consecutivamente los temas de técnicas de anestesia y de los principales nervios a anestésiar ya que es importante evitar y disminuir el dolor, así mismo se impartió temas de farmacología para realizar un adecuado tratamiento farmacológico. Este módulo duro 4 sesiones, la última sesión fue de práctica clínica realizando una cirugía simple o compleja y poniendo en práctica lo aprendido en las clases anteriores.

El segundo módulo Odontología para Pacientes con Discapacidad, en donde la En O.P. Juana Gabriela Espinoza Suárez nos impartió temas de atención de estos pacientes haciendo énfasis en no limitarnos en su atención a un paciente con alguna discapacidad, dentro de las discapacidades existen físicas, sensoriales, intelectuales y psíquicas, así fue como se fue abordando los distintos diagnósticos, su tipo de conducta, como llevar un protocolo de atención de acuerdo al tipo de discapacidad.

En práctica clínica se atendió a un paciente con una discapacidad el cual mi paciente presentaba discapacidad intelectual leve de 26 años de edad, en la primera sesión se realizó la historia clínica completa en donde se interpretó enfermedades sistémicas, la presencia de caries y enfermedad periodontal y así fue como se investigó y elaboro un protocolo de atención odontológica para dicho paciente, lo que se realizo fue técnica de cepillado y profilaxis , finalizando con informar a los papás que deben de tener un mayor control en su higiene bucal, la paciente en las citas siempre mostro una conducta tipo 4 en donde fue bastante cooperadora y así logramos ver su tipo de

conducta hacia una atención odontológica para su seguimiento de tratamiento integral.  
( Ver figura 5)

**Figura 5. Atención clínica a paciente con discapacidad intelectual**



Atención de prevención odontológica a un paciente con DI leve, paciente cooperador al tratamiento.

Fuente: Propia

Durante estas sesiones se realizó un manual de atención en pacientes con discapacidad como por ejemplo; síndrome de Down, Discapacidad Intelectual, Autismo, entre otras, se trabajó en equipos en el cual se realizó la presentación final, nos llevamos un gran aprendizaje para trabajar este tema en nuestra formación.

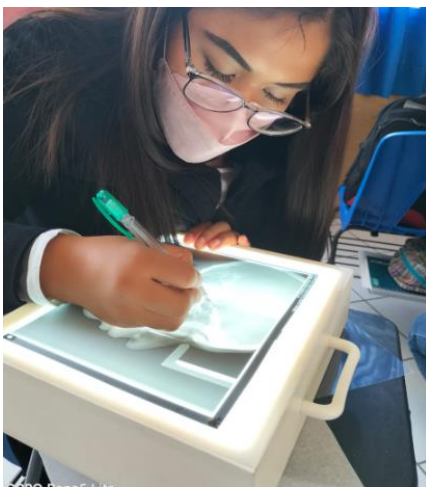
El módulo de Ortodoncia impartido por la C.D. E. en Ortopedia y Ortodoncia Lula Báez nos dio temas relacionados a Atención Ortopédica en niños así como distintas alteraciones que impiden una armonía dental desde la infancia, así mismo la comunicación odontólogo - paciente en donde nosotros como odontólogos explicaremos al paciente su diagnóstico, el tiempo del tratamiento, confianza, empatía, alguna limitación que se pueda presentar.

Para llevar a cabo un diagnóstico y tratamiento se nos indicó llevar una buena comunicación y abarcar diversos temas con el paciente y con sus tutores ya que el

apoyo en casa es indispensable para el éxito del tratamiento, cabe mencionar que algunas experiencias previas van a depender totalmente de la conducta actual del paciente al momento de atenderlo. Para esto se debe de evaluar qué tipo de tratamiento ortopédico de mejor elección para el uso continuo y que no se deje el tratamiento incompleto.

En la siguiente sesión se trabajó con análisis radiográficos en donde nuestro material de apoyo fueron radiografías lateral de cráneo y un negatoscopio, lo que realizamos fueron principales puntos cefalómetros y localización de zonas anatómicas (ver figura 5), para dar continuación al módulo otro tema fueron análisis de modelos de estudio utilizando como practica diversos análisis como de espacio disponible, análisis de Nance, análisis de SIM, análisis de Tonaka entre otros, en donde realizamos la practica en modelos de estudio. Para fines didácticos se entregaron los trabajos mediante la plataforma de Classroom. (ver figura 6)

**Figura 6. Cefalometría**



Practica de trazado de zonas anatómicas, en radiografías lateral de cráneo.

Fuente: Propia

Durante la tercera sesión lo realizado fue tomas de fotografías a todos nuestros compañeros con la finalidad de realizar la descripción del tema “Biotipos Faciales”, las

principales fotografías tomadas fueron del perfil, frente y sonrisa, finalmente se realizó y se mandó como trabajo a la plataforma.

Para nuestra última sesión realizamos la práctica de análisis de modelos en grupo, ya que la doctora nos llevó una hoja plasmar los resultados obtenidos y compartir lo aprendido y compartir resultados, la doctora nos impartió un último tema del módulo que fue anomalías intermaxilares que se dividen en transversales, verticales y sagitales, ya que solo fue un tema muy poco repasado pero importante, y así fue como se dio termino de este módulo.

El módulo de Emergencias y Urgencias Médicas, la cual lo impartió C.D Verónica Soto Dueñas dando primer tema “componentes que integran el carro rojo”, que lo conforma equipo, material, medicamentos para maniobras de reanimación cardiopulmonar, teniendo este ruedas para su fácil desplazamiento, todo esto para dar una mejor atención al paciente y atender alguna emergencia médica que se pueda presentar durante o después de su consulta.

Así mismo nos hizo énfasis en la importancia de estar presente en el consultorio, además de que en caso de alguna emergencia debemos de actuar de inmediato. También en la primera sesión estuvimos poniendo en práctica las distintas posiciones anatómicas las cuales debemos de aplicar al momento de la emergencia, por ejemplo en un síncope la posición correcta es el Trendelemburg, así también cómo actuar ante la presencia de hemorragia.

Como segunda sesión tuvimos práctica del tema relacionado RCP (Reanimación Cardiopulmonar) la cual asistimos a un aula de la licenciatura de Medicina para trabajar con maniqués de práctica, comprendí que RCP es un tipo de reanimación la cual se debe de actuar enseguida de que hay pérdida de conciencia del paciente para evitar a que pierda la vida, para este tipo de procedimiento se debe de realizar de manera adecuada dentro de esta práctica este tipo de aditamentos nos ayudó ya que contaban con una luz indicadora la cual prendía color verde cuando se estaba realizando bien el

procedimiento y una luz roja que se presentaba cuando se estaba realizando de manera incorrecta. (Ver figura 7)

**Figura 7. RCP**



Práctica de reanimación cardiopulmonar, con ayuda de un simulador  
Fuente: Propia

Para la siguiente sesión se trabajó con el tema de Técnica de Heimlich el cual se nos explicó detalladamente el procedimiento, en la sesión anterior se nos dejó de tarea repasar el tema antes dicho, y lo pusimos en práctica con un maniquí que es especial para esta práctica, en la cual si realizábamos bien la técnica se expulsaba el objeto de la boca del mismo. El procedimiento que se realiza es colocarnos atrás de la persona rodeándola por la cintura con los brazos, después formar con la mano un puño colocarlo por el lado del pulgar y encima del ombligo del paciente y agarrar el puño con la otra mano, realizar compresiones rápidas hacia arriba y hacia adentro. (Ver figura 8)

**Figura 8. Técnica de Heimlich**



Posición correcta para aplicación de técnica de Heimlich, mediante el uso de un simulador.

Fuente: Propia

Así mismo se abordó el tema de RCP en lactantes con la ayuda de muñecos de practica en la cual se nos hizo mención del procedimiento a realizar, lo primero que se realiza es tomar cuidadosamente al bebe con ambos brazos y colocarlo boca abajo con una mano dar 5 golpes en la espalda del bebe para desobstruir la garganta del bebé, después abrazarlo para calmarlo después de lo sucedido así mismo si el bebé pierde el conocimiento se procede a realizar RCP dando inicio con 5 ventilaciones, si aún no reacciona comenzar por dar 30 compresiones y 2 ventilaciones. (Ver figura 9)

**Figura 9. RCP en lactantes**



Maniobra correcta para realizar RCP en lactantes con uso de simulador.

Fuente: Propia

Finalizando este módulo en la última sesión trabajamos realizando una conversación con todos los compañeros compartiendo experiencias de alguna emergencia o urgencia médica que hayan presentado en su consulta diaria, y en las cuales ellos nos compartieron que fue lo que hicieron durante y después del mismo, se dio termino de este módulo con una experiencia muy grata.

El siguiente modulo es endodoncia la cual se inició en el mes de junio la E. En E. Nancy Aidé Hernández, empezó por darnos un tema acerca del uso de ultrasonidos endodónticos, su uso en tratamientos de conductos, para saber aplicarlo en clínica, material que se requirió para la siguiente sesión fueron 3 dientes de acrílico para práctica, limas de 1ra serie o pre-serie, jeringa para irrigar, los dientes se requirieron con previo acceso para localizar los conductos, y alginato para simular tejido blando, para esto el día de la clínica comenzamos por realizar la localización de un conducto con la lima #10 o #15 de 25 mm tipo K, se trabajó con el localizador de ápices para estar .5 mm por arriba del foramen, así mismo después de lo realizado con el localizador de ápice se siguió por realizar trabajo biomecánico del diente para así pasar a la siguiente practica que era Fractura de un Instrumento, para esto elegimos una lima para fracturarla dentro del conducto, por consiguiente la Doctora nos explicó el uso del ultrasonido endodóntico, su uso dentro de clínica para realizar tratamientos de conductometría en el tratamiento de endodoncia y la ventaja de trabajar en un menor tiempo.

Al término del curso trabajamos en clínica realizando un procedimiento quirúrgico de apicectomía, en donde se siguió paso por paso el procedimiento de manera correcta, se nos dio a conocer los distintos tipos de instrumentos, y observamos paso a paso la manera correcta de eliminar una lesión apical mediante dicha cirugía. (ver figura 10,11)

**Figura 10. Instrumental requerido para Apicectomia**



Fuente: Propia

**Figura 11: Procedimiento quirúrgico**



Fuente: Propia

El ultimo modulo del curso fue escritura de textos científicos el cual fue impartido por el M. en C.O. Leopoldo Javier Díaz Arizmendi, en donde se nos dio temas relacionados a investigación, así como buscar artículos científicos a través de diversas páginas de divulgación científica y la realización de una investigación relacionando todos los módulos que se impartieron durante el curso, durante la primera sesión nos impartió las partes metodológicas de cómo realizar nuestro trabajo los componentes y como desarrollarlo, para esto se escogió un tema en específico relacionado a los módulos vistos, mi tema que escogí fue relacionado a la discapacidad intelectual, y lo formule como Atención Odontológica en Discapacidad Intelectual Leve, la cual lo realizare de manera conjunta con búsqueda de información mediante artículos de revistas, libros, etc.



## Capítulo 3 Discapacidad intelectual y sus características generales

La discapacidad intelectual (DI) según la Organización Mundial de la Salud 1992 (OMS), es la comprensión lenta de habilidades durante el desarrollo, que limita a la persona a comprender, aprender y recordar cosas actuales ayudando a generar habilidades cognitivas, motoras, sociales y de lenguaje, en general se aplica el término DI a individuos diagnosticados con retraso mental, es heterogénea, siendo como consecuencia de diversos factores prenatales, lesiones, infecciones, toxinas siendo esta la menos frecuentes, siendo menos posible identificar una causa exacta por influencias ambientales que puedan empeorar la DI (1).

Las personas con DI se enfrentan a un reto para el odontólogo el cual tiene que capacitarse para diseñar estrategias correctas para su atención odontológica las cuales se realizan tratamiento tratamientos poco invasivos para restaurar la función más allá de la estética (2)

### Factores adquiridos y evolutivos

**Periodo perinatal:** niños prematuros y al nacer presentan bajo peso pueden adquirir un mayor riesgo de desarrollar trastornos neurológicos e intelectuales que aparecen durante el periodo preescolar o infancia (3).

**Fetopatía alcohólica:** produce retraso mental y un cuadro fenotípico de presente en dimorfismo facial la cual incluye hipertiroidismo, microcefalia, hendiduras palpebrales estrechas, pliegue del epicanto interno y nariz pequeña con punta dirigida hacia arriba, los niños afectados presentan trastornos de aprendizaje y Trastorno Por Déficit De Atención e Hiperactividad (TDAH)(3).

**Complicaciones del Embarazo:** La diabetes gestacional no controlada constituyen una amenaza para el feto y a veces causando retraso mental. La desnutrición materna durante el embarazo da como consecuencia a partos prematuros y otras complicaciones obstétricas, así como sangrado vaginal, placenta previa, y prolapso del corcón umbilical presenta falta de oxígeno distribuido por la sangre a los tejidos (3).

## Retraso mental

Difícil capacidad cognitiva, conductas necesarias para una autosuficiencia social y personal, reconocido como funcionamiento adaptativo, ha sido para determinar el grado de retraso mental es necesario evaluar la adaptación social como el CI (3).

La American Association on Mental Retardation (AAMR), es la organización de defensa en el área de Retraso Mental la cual su principal objetivo es la concienciación del público respecto a este tema, apoyando en investigación y legislación del Retraso Mental; desaprueba que se considere al retraso mental como una interacción funcional entre un individuo y su entorno, y no como una descripción inmóvil de sus limitaciones (3).

### Diagnóstico de retraso mental

Se debe de realizar una historia clínica, una evaluación intelectual estandarizada y una medida de la función adaptativa que indiquen el comportamiento actual del niño se encuentre menor al nivel esperado para su edad (3).

## Coeficiente intelectual (CI)

Es el resultado de un test, midiendo habilidades generales como la lectura, aritmética, vocabulario, memoria, conocimiento general, razonamiento abstracto, habilidades visuales y verbales, por ejemplo la Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños, la Stanford-Binet, la Batería de Evaluación de Kaufman para Niños y la Escala de Matrices Progresivas de Raven, el nivel de CI se obtiene dividiendo dicho resultado de edad mental de la persona por la edad cronológica multiplicada por 100 (1).

El manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales en su cuarta edición (DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) y una revisión textual (DSM-IV-TR) mantiene como valor del CI de 70, pero incluyó en los criterios diagnósticos del retraso mental los dominios de función adaptativa de la AAMR (3).

La OMS presenta una clasificación básica para la DI la cual se basa desde el nivel del CI, clasificándola en leve, moderada, grave y profunda, como se muestra en la siguiente tabla. (Tabla 1)

**Tabla 1. Nivel de desempeño en la vida adulta según la gravedad de la discapacidad intelectual.**

Clasificación	Rango	Nivel de desempeño adulto
Leve	50-70	Alfabetización + Comportamiento adaptativo ++ Lenguaje adecuado ++ Trabajo semi-calificado +
Moderada	35-50	Alfabetización+ Comportamiento adaptativo + Lenguaje doméstico + Trabajo no calificado con o sin supervisión +
Severa	20-35	Comportamiento adaptativo con asistencia+ Lenguaje mínimo + Tareas domésticas con asistencia +
Profunda	Menos de 20	Lenguaje +/- Comportamiento adaptativo +/-
Nota: +/- parcialmente logrado; + logrado; ++ logrado definitivamente.		

La tabla 1. Según la OMS describe niveles de desempeño de una persona con distintos grados de discapacidad intelectual durante su vida adulta. Fuente : Ke- Xiaoyan et. al 2012(1).

## Manifestaciones de los tipos de DI.

**Leve:** CI de 50 a 69 representando el 80% de todos los casos, su desarrollo es lento durante su infancia, a pesar de esto pueden comunicarse y fortalecer habilidades básicas como realizar tareas domésticas, incluso se pueden aprender a leer y a calcular en un nivel de tercero a 6 grado (1).

### Características:

- Mantienen una conversación sencilla.
- Independencia de cuidado personal (comer, asearse, vestirse, control de esfínteres).
- Desarrollo de habilidades sociales y comunicación desde la infancia.
- Dificultad de aprendizaje generalizado (4).

**Moderada:** CI entre 35 y 49, representando en 12% de los casos, su capacidad de aprender y pensar es baja, pero son capaces de comunicarse y cuidarse por sí solos. Pueden realizar trabajos no calificados semi-especializados (1).

### Características:

- Lento desarrollo en la comprensión y uso del lenguaje.
- El cuidado personal y funciones motrices son escasas.
- Se integran con personas de su entorno y participa en actividades sociales simples (4).

**Grave:** CI entre 20 y 34 representando de entre el 3% y el 4% de todos los casos, su desarrollo está retrasado, presentando dificultad para pronunciar palabras teniendo un vocabulario limitado, necesitan apoyo en sus actividades diarias, las cuales con práctica y tiempo pueden desarrollarlas (1).

**Características:**

- Desarrollo psicomotor limitado
- Dificil socialización con su entorno
- Reconoce signos y símbolos
- Pueden aprender alguna destreza para la vida diaria, pero es difícil generalizarlo
- Presenta una patología asociada la cual requiere atención especializada (4).

**Profunda:** CI por debajo de 20, representa del 1% al 2% de los casos, las personas no pueden cuidarse solos así como presentan ausencia de lenguaje, llegan a presentar convulsiones, discapacidades físicas los cuales lo llevan a un nivel de vida más corto (1).

**Características:**

- Presentan movilidad restringida o inexistente
- No controla esfínteres
- Requiere supervisión y ayuda diaria
- Suelen tener alguna patología asociada (4).

## Discapacidad Intelectual Leve

Este grado de DI se hace evidente durante las primeras años de la infancia, resultado de las dificultades académicas. Para su evaluación completa se valoran antecedentes médicos de los padres, desarrollo del lenguaje, habilidades motoras y sociales, así como el entorno en el que crece el niño, tanto en su educación, recursos y ambiente familiar (1).

**Tabla 2. Características evolutivas de la personas con retraso mental de la Discapacidad Intelectual Leve.**

<b>Grado</b>	<b>Edad preescolar (0-5 años) Maduración y Desarrollo</b>	<b>Edad Preescolar (6-20 años) aprendizaje y Educación</b>	<b>Adultos ( 21 en adelante) Adecuación social y profesional</b>
<b>Leve</b>	Pueden desarrollar habilidades sociales y comunicativas; retraso mínimo en áreas sensitivo motoras; a menudo no se les distingue de personas normales hasta una edad superior	Pueden aprender habilidades académicas hasta alcanzar aproximadamente al sexto curso del final de la adolescencia; pueden guiarse para alcanzar la adecuación social.	Generalmente pueden alcanzar habilidades sociales y profesionales adecuadas para un mínimo de independencia, pero pueden requerir guía o asistencia

En la tabla anterior se describe los niveles evolutivos de la comunicación, funcionamiento académico y habilidades profesionales que se esperan directamente en la DI Leve.

## Infra diagnóstico frecuente de DI

En una investigación formada por tres estudios, se analizaron diferentes variables en donde una muestra de 143 individuos adultos con distintos grados de DI, primer estudio se mostró una prevalencia de enfermedad no mental y no diagnosticada, para el análisis de DI leve/moderada se utilizó un diagnostico utilizando criterios Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) Y DSM-IV TR y en DI grave/

profunda se utilizó criterios de la escala Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped II (DASH-II). El segundo estudio se analizó la relación entre la enfermedad mental y los trastornos del comportamiento, en el tercer estudio se analizó la influencia de la enfermedad mental y de los trastornos de comportamiento y sobre la calidad de vida (5).

El aspecto más importante para el tratamiento de la DI es la detención temprana, en 40% de los casos no se determina su factor etiológico específico, en muchos de los casos el principal objetivo es minimizar los síntomas y la discapacidad, disminuyendo riesgos y enseñando habilidades diarias mejorando la calidad de vida (1).

En un estudio realizado de 142 personas, 91 presentaban un nivel de DI leve/moderada y 51 una DI grave/profunda en donde el grupo de DI leve/moderada fueron 58 hombres y 33 mujeres, en el grupo de DI grave/profunda fueron 26 hombres y 25 mujeres; en la cual existe un mayor índice de trastornos de personalidad en la población con DI leve (6)

### **Atención odontológica a pacientes con DI leve**

Las personas con DI presentan dificultad de lenguaje y dificultad de expresarse, en cual a la DI leve alcanzan un desarrollo de lenguaje un poco menor a niños con desarrollo típico o normal (1).

Se busca concientizar a los familiares, cuidadores y profesionales sobre la importancia de la salud bucodental como componente fundamental de la salud en general y la calidad de vida dentro de su entorno; así mismo reconocer la capacidad, educación y formación específicas para tratar a pacientes los cuales requieren de atención dental especial y complejo, fomentar la atención dental a nivel pregrado, postgrado y formación definitiva dentro de todas las disciplinas odontológicas, finalmente animar a

instituciones públicas y privadas que deben de considerar a personas que requieren de cuidados odontológicos especializados (7).

Para su atención dentro del consultorio se deben de considerar los siguientes puntos:

- Revisar Historia Clínica del paciente
- Reducir distracciones, sonidos y otros estímulos que pueden alterar su atención.
- Explicar el procedimiento de forma breve y sencilla
- Instruir la técnica de cepillado con técnicas modificadas y aptas para el paciente.
- Instruir al uso de hilo dental
- Generar independencia del paciente hacia su higiene bucal
- Realizar seguimiento con pastillas reveladoras
- Dar a conocer la dieta adecuada a través de un plan alimenticio semanal.
- Informar al cuidador sobre disminuir el consumo de alimentos azucarados
- Realizar tratamientos preventivos como fluoración tópica y sellantes (8)

### **Patologías Bucales presentes en Cavidad Bucal en Pacientes con DI**

Las alteraciones bucodentales más frecuentes en estos pacientes son anomalías de forma, posición y tamaño, alteraciones en la saliva ya sea cantidad o composición, edentulismo, maloclusiones, bruxismo, hipersensibilidad dentaria, disfagia, paladar profundo, enfermedad periodontal y alta incidencia de caries dental (9); En la actualidad la medición de las mal oclusiones se relaciona a la mal posición dentaria y/o discrepancia esquelética (10).

Las cuales son resultado de una dieta cariogénica, medicamentos azucarados, xerostomía, maloclusión ya que el nivel de motricidad conllevan a una higiene oral deficiente (8).

**Enfermedad periodontal:** Enfermedad inflamatoria crónica que afecta estructuras del periodonto siendo como factor principal para su desarrollo del acumulo de Biofilm,



compuesta por microorganismos periodontopatógenos como lo es Porphyromonas gingivalis, Tannerella forsythia, Treponema denticola (complejo rojo de Socransky) Prevotella intermedia (complejo naranja de Socransky) (11).

Dentro de DI se mencionan limitaciones físicas incluso motoras las cuales generan dificultad en realizar el cepillado dental correcto, la falta de atención de los padres, y medicamentos que se le prescriben ya sea anticonvulsivos como la Carbamazepina, fenitoina y la Gabapentina.

La enfermedad periodontal para los odontólogos suele ser un problema difícil ya que por las situaciones antes mencionadas requiere de un nivel de prevención importante, para evitar desarrollar el acumulo de Biofilm, gingivitis, y periodontitis (11).

Para su atención dental se consideran lo siguiente:

En casos agudos el uso de colutorios de clorhexidina al 0.12% durante 10 días complementado con un gel o spray al 0.20% en zonas de difícil acceso, y después usar 0.05% como mantenimiento durante un mes por el riesgo de pigmentación, así como el uso de cepillos interproximales, consulta de higiene bucal cada 6 meses y control de Biofilm cada 3 a 6 meses así como el cepillado dental diario. (12)

**Caries Dental:** Según la OMS es una situación intrínseca que abarca cualquier tipo de alteración del funcionamiento normal del organismo; se debe a múltiples factores ya serán físicos, biológicos, ambientales conductuales, hábitos alimentarios y de higiene (12).

La principal alteración en la formación del esmalte, es cuando existe un acumulo de Biofilm resultado de una ausencia de higiene bucal, así como apiñamiento dental la cual hace más susceptible el acumulo del Biofilm en superficies en donde ni existe visibilidad, aunado a eso la deficiencia motriz de la discapacidad (13).

Se toman 4 consideraciones importantes para el tratamiento de la caries dental como es la alimentación sana, disminuir consumo de azúcares, realizar cepillado dental con pasta fluorada y en el caso preventivo colocación de selladores de fosas y fisuras (12).

## Prevención

La prevención es la mejor opción para tratar a los pacientes que generalmente acuden a atención odontológica las cuales acuden por un problema bien establecido (2); la higiene oral se indica desde el nacimiento incluso antes de la erupción dental temporal, el control del Biofilm es de suma importancia dentro de la prevención de las diversas patologías dentales más frecuentes en la cavidad oral, caries dental y enfermedad periodontal pueden llevar a una pérdida dental a futuro (12).

La dinámica familiar de las personas con DI leve es funcional, en la cual si higiene bucal es regular, así mismo existe un apoyo multidisciplinario para garantizar una mejor calidad de vida las cuales van desde una perspectiva biopsicosocial, en donde las limitaciones cognitivas no pueden ser causa de exclusión ante la sociedad (14)

## Tratamientos de operatoria dental

- Amalgama: la amalgama de buena calidad, cuando está correctamente manipulada resiste razonablemente el deterioro en el medio bucal, sin embargo presenta algunas deficiencias como pigmentación superficial, deterioro marginal y corrosión, la amalgama solo presenta buenas propiedades mecánicas en espesores superiores a 1 mm o más, contraindicada para cavidades poco profundas o para recubrimiento de cúspides. (15)
- Composite: las resinas condensables tienen estructuras donde se presenta mayor profundidad de polimerización, buena resistencia a la compresión, es excelente desde el punto de vista estético, con el tiempo sufre alteraciones en el color, de la superficie y cambios intrínsecos por alteraciones químicas como una oxidación, el composite fotopolimerizable por luz visible es reconocidamente más estable en cuanto al color. Algunos composites han

incorporado flúor a su composición con la intención de proteger los márgenes de la restauración contra la caries. (15)

- Ionómeros vítreos: tiene mayor solubilidad que el composite, la adaptación a las paredes de la preparación es buena ya que posee capacidad de adhesión al esmalte a la dentina y al cemento, sus propiedades mecánicas no son apropiadas para utilizarlo en áreas donde hay cargas oclusales y condiciones favorables para el desgaste.(15)
- Restauración metálica colada: consiste en el uso de aleaciones metálicas coladas desde alto contenido de oro, que poseen alta resistencia a la corrosión son fáciles de fundir terminar y pulir son fáciles de ajustar y adaptar al diente. La desventaja es el costo, lo cual es lo mismo a otras aleaciones por su trabajo clínico que consiste etapas como preparación de diente, impresiones restauración provisoria y cementado en conjunto a laboratorio los cuales consiste en modelos, encerado, inclusión, colado, terminación y pulido.(15)

## **Manejo de conducta**

La asociación Americana de Odontología pediátrica (AAPD), dan a conocer las técnicas para la atención odontológica en niños llamado “manejo de conducta”, se modificó recientemente para ahora llamarlo “guía de conducta”; la AAPD divide estrategias en Técnicas básicas que son imágenes positivas, decir-mostrar-hacer, pregunta-decir-preguntar, distracción, modulación de voz, comunicación no verbal, refuerzo positivo, desensibilización e inhalación con óxido nitroso, y las técnicas avanzadas son la estabilización protectora, sedación y anestesia general (16).

Presentan dificultades en su coordinación, pueden tener movimientos lentos o incluso excesivos esto más frecuente en un grado de DI leve; pueden presentar inquietud, baja concentración, impulsividad, rabietas y llantos. Dentro de las dificultades sensoriales

un 50% de los niños con DI tiene problemas visuales y auditivos algunas veces se pueden resolver con el uso de prótesis auditivas o gafas (1).

Un aspecto importante para llegar al éxito de la atención odontológica es establecer una buena relación odontólogo-paciente lo que logre una comunicación propia para llevar a cabo el tratamiento que requiera el paciente de forma correcta (9)

Para llevar a cabo la relación de paciente- odontólogo algunos autores recomiendan dar un recorrido por el área del consultorio, así como presentarle al personal auxiliar para aumentar la confianza y no haya temor a personas desconocidas, hacer uso de términos sencillos dando una instrucción a la vez, escucharlos con atención y asegurar que hayan comprendido (9).

### **Resultado de lo aprendido**

Después del trabajo de investigación, aprendí que los pacientes que presentan discapacidad intelectual leve son pacientes en los cuales no interfiere su atención ya que la única limitación es su conducta, entonces dentro de la cavidad oral se presenta la misma fisiología de un paciente en estado de salud aparentemente sano, en donde sus tratamientos son realizados por igual, presentando alguna contraindicación en el área de prótesis removible ya que si el paciente es totalmente dependiente de su cuidador el tratamiento es indicado, pero si el paciente es poco dependiente hace que sea más difícil el cuidado, higiene y control del tratamiento.

### **Conclusiones**

Después de la investigación retomada en diferentes artículos de investigación, artículos de revista, libros, tesis, llegó a la conclusión que la discapacidad intelectual requiere de atención odontológica no tan compleja ya que el nivel de retraso mental y

la alteración conductual es muy poca comparándola con el nivel de desarrollo intelectual normal de otra persona, es por ello que se debe de realizar dicha atención minimizando criterios odontológicos actuales.

El curso con duración de 72 horas, para mí fue de mucha experiencia ya que nosotros como odontólogos debemos de estar siempre en constante actualización para la atención satisfactoria al paciente así como generar nuevos conocimientos de la odontología en la actualidad, me agrado los módulos impartidos así como los procedimientos en clínica en conjunto con compañeros de distintas generaciones las cuales compartieron experiencias dentro del campo clínico.

En todas las practicas relacionadas al curso fueron de grande aprendizaje el cual me motiva día con día a estar en constante actualización para mi campo laboral, así mismo mi expectativa de este curso fue favorable al comprender que nosotros como Cirujanos Dentistas estamos presentes ante diversas situaciones clínicas las cuales debemos de atender en su momento y llevar un protocolo de atención.

## Caso Clínico

La DI se caracteriza por limitaciones en el funcionamiento intelectual y el dominio adaptativo, la discapacidad es leve cuando la persona puede vivir de forma independiente con un mínimo de apoyo, o cuando necesita apoyo intermitente durante las transiciones o períodos de incertidumbre. Estas personas pueden aprender habilidades prácticas para la vida, lo que les permite funcionar en la vida cotidiana con niveles mínimos de apoyo (17).

### Presentación del caso

Paciente femenino de 27 años de edad llamada Diana actualmente vive en Dolores Hidalgo municipio de San Felipe del Progreso, acude a consulta odontológica con su tutor Lidia Jimenez Sanchez, se procede por realizar Historia Clínica, dentro de sus antecedentes Heredo- familiares fue interrogado y negado, actualmente hábita en una casa propia viviendo con 10 habitantes en donde cuenta con todos los servicios públicos, personalmente su higiene es cada tercer día.

Refiere DI leve diagnosticado hace 21 años a la edad de 6 años, en su Interrogatorio por aparatos y sistemas fue interrogado y negado a excepción de sistema respiratorio presentando sinusitis alérgica al polvo, temperaturas muy frías diagnosticado hace un año estando bajo tratamiento de aplicaciones de spray nasal para su higiene, niega antecedentes traumáticos, presentó intervención quirúrgica de estrabismo hace 23 años a la edad de 4 años, sin complicaciones.

Acude a consulta odontológica en donde la paciente refiere dolor leve en zona superior derecha, se solicita toma de radiografía ortopantomográfica. A la exploración presenta caries de 1°,2°,3°, presencia de placa dentobacterina. Al consultar con su cuidador hace referencia de que sea atendido integralmente, la paciente es consciente, tranquila, no presenta orientación actual y su edad cronológica no coincide con lo aparente por motivo a su DI antes mencionado, presenta rinorrea por sinusitis, no presenta exostosis ni hundimientos, región frontal sin alteraciones, sin alteraciones cutáneas.

Durante su atención odontológica se realizaron tratamientos preventivos y restauradores, iniciando con profilaxis, retiró de caries, colocación de protección dentino- pulpar (Theracal) y un base-liner (Ionosit )por su liberación de fluor, protegiendo la pulpa y sellando tubulos dentinarios, así como la colocación por incrementos hasta de 5mm de resina 3M Bulk ya que al tener buena resistencia a la compresión disminuyendo el tiempo de trabajo para la paciente, se optó por colocar aplicación de barniz de flor así como dar seguimiento a citas de valoración cada 3 meses, de acuerdo a su evolución. La duración de su tratamiento fue de 3 meses 1 cita por semana obteniendo buenos resultados de acuerdo al manejo clínico con la paciente.

**Fotografias Intraorales**



**Oclusal Superior**



**Oclusal Inferior**



**Frontal**



**Lateral Izquierdo**



**Lateral Derecho**

## Fotografías Extraorales



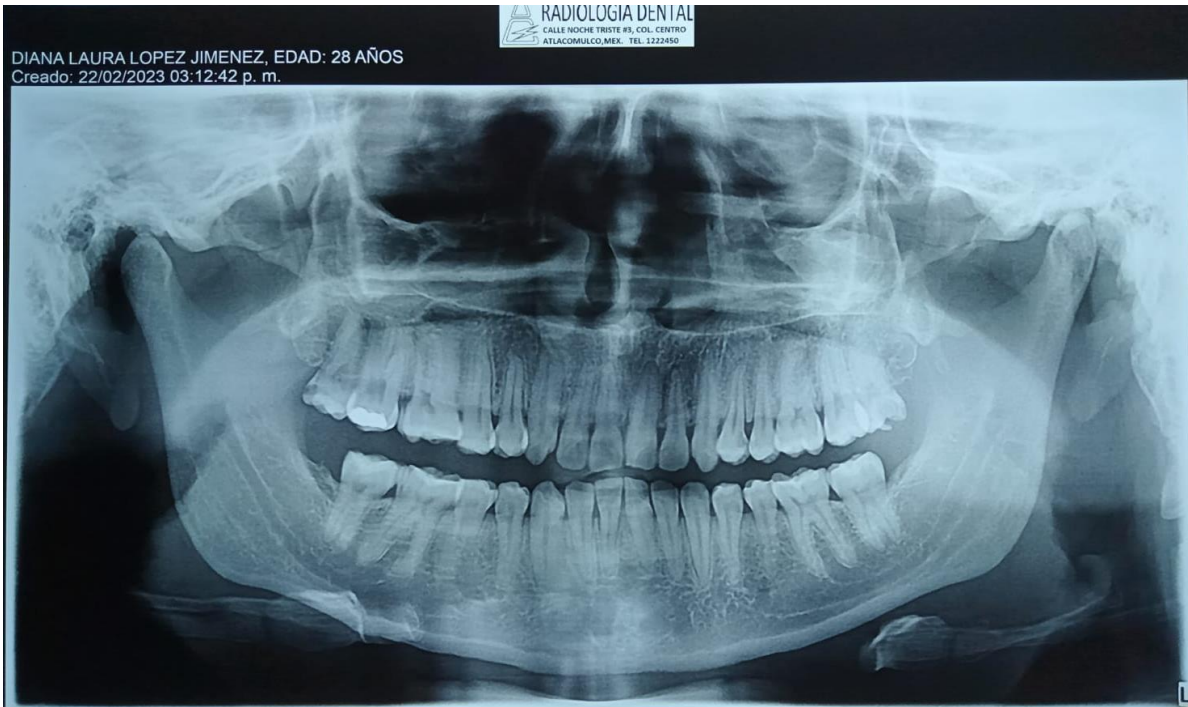
Quintos faciales



Perfil



## Ortopantomografía



**Diagnóstico odontológico:** Caries de 1°,2°,3°, Gingivitis, Apiñamiento.

### Plan de tratamiento

OD	Diagnostico	Tratamiento
11	Sano	Barniz de fluor
12	Caries 1°	Resina
13	Caries 1°	Resina
14	Caries 1°	Resina
15	Caries 1°	Resina
16	Caries 2°	Resina
17	Restauracion con caries recurrente	Resina

18	Caries 3°	Extracción
----	-----------	------------

OD	Diagnostico	Tratamiento
21	Sano	Barniz de fluor
22	Caries 1°	Resina
23	Caries 1°	Resina
24	Caries 2°	Resina
25	Caries 1°	Resina
26	Caries 2°	Resina
27	Caries 2°	Resina
18	Caries 3°	Extracción

OD	Diagnostico	Tratamiento
31	Sano	Barniz de fluor
32	Sano	Barniz de fluor
33	Sano	Barniz de fluor
34	Caries 1°	Resina
35	Caries 1°	Resina
36	Caries 2°	Resina
37	Caries 2°	Resina

38	Ausente	-
----	---------	---

OD	Diagnostico	Tratamiento
41	Sano	Barniz de fluor
42	Sano	Barniz de fluor
43	Sano	Barniz de fluor
44	Caries 1°	Resina
45	Caries1°	Resina
46	Caries2°	Resina
47	Caries 2°	Resina
48	Ausente	-

## Fotografías Extraorales Finales

Oclusal Superior



Oclusal Inferior



Lateral Izquierdo

Lateral Derecho



## Frontal

### Anexos Fotográficos



Fuente: Propia

## Bibliografía

1. Ke X. Edición: Matías Irarrázaval & Andres Martin Traductores: Fernanda Prieto-Tagle & Olga Fuertes. :28.
2. Fatima MI de, Luengas E, Saenz LP. Atención Odontológica a personas con discapacidad intelectual una cuestión de derecho. ADM. 2017;74(5):269-74.
3. Kaplan, Sadock's. Sinopsis de Psiquiatria. 10°. Wolters Kluwer; 2009. 1470 p.
4. Córdoba Urbano DL, España Coral S del S, Tapia T. GL. Conocimientos y actitud de los odontólogos en la atención de personas con discapacidad intelectual. Univ Salud. enero de 2012;14(1):78-86.
5. Salazar CP, Nebot FA, Fontanet A, García-León N, Más S, Roura-Poch P, et al. Under-diagnosis of mental disorder in people with intellectual disabilities: study of prevalence in population with different degrees of intellectual disability. Siglo Cero. 1 de marzo de 2018;48(3):27-39.
6. Salazar CP. Thesis submitted for the degree of doctor of philosophy. :276.
7. Grandas-Ramírez ÁL, Orjuela RAB, Turriago LRB, Guzmán CLM, Forero IAP. La atención en salud bucal para personas con discapacidad. Un desafío en tiempos de pandemia por la COVID-19. Acta Odontológica Colomb. 2020;10:99-112.
8. Kramer S, Valle M. Manual de cuidados especiales en odontología. 2015.
9. Antonio F, Mill E, Páez M, Sayago G, Valero D. Manejo de pacientes con diversidad funcional en el ámbito odontológico. :15.
10. Zafra DS, Salas AC. Necesidad de tratamiento estomatológico en niños de la Escuela Especial "Jardín de La Alegría", 2016. Rev Cuba Estomatol. :13.
11. Salame Barreiro F. Prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes con Discapacidad Intelectual que asisten a la fundacion de FASINARM. [Guayaquil, Ecuador]: Universidad Catolica de Santiago de Guayaquil; 2020.
12. Samano L de J. Tratamientos para la Atención Odontológica a pacientes con Síndrome de Down Revision De Literatura. [Ixtlahuaca]: Universidad de Ixtlahuaca; Octubre 21.
13. Vélez Astudillo RA, Alvear Córdova MC, Villavicencio Caparó E. Evaluación del riesgo de caries en escolares con discapacidad intelectual de 6-12 años. Rev

Odontológica Mex [Internet]. 9 de enero de 2022 [citado 23 de junio de 2022];24(4). Disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/rom/article/view/81542>

14. Córdoba Urbano DL, Portilla Cabrera MI, Arteaga Caiza G. Dinámica familiar interna e higiene bucal en personas con Discapacidad Intelectual Leve. Hacia Promoc Salud. diciembre de 2010;15(2):81-93.

15. Barrancos Mooney Julio. Operatoria Dental: Integración clínica. 4°. Panamericana; 2009. 1306 p.

16. Basso ML. Sobre técnicas y estrategias para el manejo y guía de la conducta en odontología pediátrica. Análisis de la literatura. Rev Asoc Odontológica Argent. 20 de agosto de 2021;109(2):124-36.

17. Restrepo JE, Gómez-Botero M, Molina-González D, Castañeda-Quirama T. Estructura Factorial del Funcionamiento Neuropsicológico en la Discapacidad Intelectual Leve en Niños. Rev Ecuat Neurol. 2021;30(1):33-42.



# UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI

Dirección de Educación Continua  
Licenciatura de Cirujano Dentista

El que suscribe, Rector de la Universidad de Ixtlahuaca CUI, según constancias que obran en el archivo de la Dirección de Educación Continua,

## Hace Constar

Que:

*López Jiménez Sandra Lidia*

Acreditó el "Curso de Actualización de la Licenciatura de Cirujano Dentista", con una duración de 102 horas, modalidad presencial en esta casa de estudios con los siguientes módulos:

MÓDULO	NOMBRE DEL MÓDULO	HORAS
I	Cirugía Oral	17
II	Odontología en pacientes discapacitados	17
III	Ortodoncia	17
IV	Urgencias medico odontológicas	17
V	Endodoncia	17
VI	Escritura de textos científicos	17

Se extiende este documento en la ciudad de Ixtlahuaca, México a 25 de junio de 2022.

"Universidad Social, Modelo y de Vanguardia"

*Dr. en D. P. C. Margarita Ortega Ballesteros*  
Rector



ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS