



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA SALUD Y DE LA VIDA

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**DISERTACIÓN DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
ODONTÓLOGO**

**REHABILITACIÓN ORAL DE PACIENTE CON DISCAPACIDAD MENTAL LEVE.
REPORTE DE UN CASO**

AUTOR

LUIS ALEJANDRO CONDO DOMÍNGUEZ

ASESOR

DRA. ALEJANDRA TORRES

Quito, Ecuador

2017

CERTIFICACIÓN

Yo, Luis Alejandro Condo Domínguez, con CI 172201840-3, declaro bajo juramento, que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado o calificación profesional y que se ha consultado la bibliografía detallada.

Cedo mis derechos de propiedad intelectual a la Universidad Internacional del Ecuador, para que sea publicado y divulgado en internet, según lo establecido en la Ley de Propiedad Intelectual, reglamento y leyes.



Firma

CERTIFICACIÓN

Yo, María Alejandra Torres Valdiviezo, certifico que conozco al autor del presente trabajo siendo él responsable exclusivo tanto de su originalidad y autenticidad, como de su contenido.

Firma del director de la tesis


Firma

DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado a mis padres, ya que ellos son las personas que me inspiraron a luchar por mis sueños, con su ejemplo de esfuerzo, dedicación y perseverancia, demostrándome que las cosas llegan cuando se obra bien. Quien gracias a sus enseñanzas y consejos, me ha demostrado que en el camino hacia la meta se necesita de amor y humildad para aceptar las derrotas y nunca desfallecer ante dificultades y temores.

A mi hermana y mi novia, por su tiempo incondicional y sus palabras de aliento que me motivaban a esforzarme cada vez más, a no olvidar que las personas que te aprecian estarán no solo en los buenos momentos sino también en los peores.

A mis familiares, viejos amigos y a quienes recientemente han formado parte de mi vida, brindándome su compañía con sus sonrisas de ánimo, porque a lo largo de ésta carrera aprendimos que nuestras diferencias se convierten en riqueza cuando existe respeto y verdadera amistad.

AGRADECIMIENTO

Este presente caso clínico lo agradezco a toda mi familia, que me brindaron desinteresadamente su apoyo y enseñanza, guiándome a diario a enfocarme hacia mi futuro, motivándome para seguir estudiando, preparándome para alcanzar y superar las metas propuestas.

A mis profesores, quienes fueron un respaldo en la Universidad, brindándome su apoyo durante estos años de estudio, y poder superar las adversidades. De igual manera a mis queridos docentes, como la DOCTORA ALEJANDRA TORRES quien, junto a sus conocimientos, me ha formado y guiado en el presente trabajo.

RESUMEN

Es importante tener un amplio conocimiento sobre el déficit cognitivo por varios motivos y el primordial como el profesional dental manejaría un paciente con dicha discapacidad y también porque afecta la calidad de vida de los pacientes y genera elevados costos para la familia y la sociedad.

La odontología es la encargada de recuperar la función y la estética dental, como los tejidos que rodean a la boca, el odontólogo es el profesional idóneo al momento de solucionar problemas del macizo facial en general, como el edentulismo total o parcial, cuando hay ausencia total o parcial de los dientes que producen problemas fisiológicos y funcionales.

En la actualidad el deterioro cognitivo persiste como un concepto mal delimitado y poco consensuado, que refleja una disminución del rendimiento de, al menos, una de las capacidades mentales o intelectivas siguientes: memoria, orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, capacidad de juicio y razonamiento, capacidad para el cálculo y la habilidad constructiva, capacidad de aprendizaje y habilidad espacial. (Martínez, 2005)

Pongo a consideración el siguiente caso, paciente, sexo femenino, 50 años, edéntulo parcial superior, clase III de Kennedy subdivisión 1 y edéntulo parcial inferior, clase III de Kennedy subdivisión 2, con disminución de dimensión vertical, iniciamos solucionando los problemas operatorios en los dientes remanentes superiores e inferiores, extracción del resto radicular del diente 2.2, posteriormente se realizó la toma de impresiones tanto superior como inferior, luego teniendo las dos estructuras, realizar las pruebas, se ejecutó los rodetes, para trasladarlo al articulador, y realizar el enfilado protésico, seguidamente se realizó la prueba del enfilado, determinando la función y estética de los mismos, concluyendo con el acrilado y su posterior instalación, consiguiendo el bienestar oclusal y funcional.

Se generaron métodos que nos ayudaron a tratar al paciente sistémicamente comprometido y a su vez conocer las limitaciones que el profesional y estudiante tiene para tratar estos casos y así capacitarnos para brindar una atención más completa y de calidad para los pacientes con discapacidad.

Palabras claves: prótesis removible, edentulismo.

ABSTRACT

It is important to have an extensive knowledge about the cognitive deficit for several reasons and the primary one as the dental professional would handle a patient with this disability and also because it affects the quality of life of the patients and generates high costs for the family and society.

Dentistry is responsible for recovering dental function and aesthetics, such as the tissues surrounding the mouth, the dentist is the ideal professional when solving problems of the facial mass in general, such as total or partial edentulism, when there is absence total or partial teeth that produce physiological and functional problems.

At present, cognitive impairment persists as a poorly delimited and poorly consensual concept, which reflects a decline in the performance of at least one of the following mental or intellectual capacities: memory, orientation, abstract thinking, language, judgment, and reasoning, ability to calculate and constructive ability, learning ability and spatial ability. (Martínez, 2005)

The following case, patient, female, 50 years, upper partial edentulous, Kennedy class III subdivision 1 and lower partial edentulous, Kennedy class III subdivision 2, with vertical dimension diminution, we begin by solving the operative problems in the teeth remaining superior and inferior, extraction of the radicular rest of tooth 2.2, later the impression was taken both upper and lower, then having the two structures, perform tests, executed the impellers, to transfer it to the articulator, prosthetic, then the test of the enfilado was realized, determining the function and esthetics of the same, concluding with the acrylate and its subsequent installation, obtaining the occlusal and functional welfare.

Methods were developed that helped us to treat the patient systemically compromised and in turn to know the limitations that the professional and student has to treat these cases and thus enable us to provide a more complete and quality care for patients with disabilities.

Key words: removable prosthesis, edentulismo.

Contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	12
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
3. JUSTIFICACIÓN.....	15
4. OBJETIVO.....	17
4.1 OBJETIVO GENERAL	17
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	17
5. MARCO TEÓRICO	18
5.1 HISTORIA CLÍNICA	18
5.1.1 RELACIÓN MÉDICO PACIENTE	18
5.2 PACIENTES ESPECIALES EN ODONTOLOGÍA.....	19
5.3 ESTIMACIÓN DEL RIESGO MÉDICO EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA	20
5.4 VALOR SEMIOLÓGICO EN EL PACIENTE ODONTOLÓGICO	22
5.5 DEFICIT COGNITIVO.....	23
5.5.1 CONCEPTO.....	23
5.5.2 CLASIFICACIÓN	23
5.6 AUTISMO	24
5.6.1 CONCEPTO.....	24
5.7 SÍNDROME DE DOWN	24
5.7.1 CONCEPTO.....	24
5.8 SÍNDROME DE ASPERGER.....	25
5.8.1 CONCEPTO.....	25
5.9 RETRASO MENTAL	25
5.9.1 CONCEPTO.....	25
5.9.2 CLASIFICACIÓN	26
5.9.3 EPIDEMIOLOGÍA	27
5.9.4 DIAGNÓSTICO.....	27
5.9.5 LIMITACIONES ODONTOLÓGICAS	27
5.9.6 PROTOCOLO DE ATENCIÓN	29
5.10 REHABILITACIÓN ORAL INTEGRAL	30
5.10.1 CONSIDERACIONES Y PRINCIPIOS OCLUSALES	30
5.10.1.1 OCLUSIÓN IDEAL	31
5.10.1.2 OCLUSIÓN FISIOLÓGICA	32
5.10.1.3 MALA OCLUSIÓN	32
5.10.2 DIMENSIÓN VERTICAL.....	33
5.10.2.1 DIMENSIÓN VERTICAL EN OCLUSIÓN	33
5.10.2.2 DIMENSIÓN VERTICAL POSTURAL	33
5.10.2.3 DIMENSIÓN MUSCULAR DE REPOSO NEUROMUSCULAR	34
5.10.2.4 DETERMINACIÓN CLINICA DE LA DIMENSIÓN VERTICAL	34

5.11 PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE	34
5.11.1 ¿CUANDO ESTARÁ INDICADA LA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE?	35
5.11.2 CONSECUENCIAS DE LA AUSENCIA DE DIENTES	36
5.11.2.1 CONSECUENCIAS FÍSICAS Y ANATÓMICAS	36
a) RESORCIÓN ÓSEA	36
b) LESIONES MUCOSAS	36
c) CAMBIOS EN LOS MÚSCULOS ORALES	37
d) DOLOR Y MALESTAR	37
e) PÉRDIDA DEL GUSTO	37
5.11.2.2 CONSECUENCIAS BIOMECÁNICAS	38
5.11.2.3 CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES	38
a) CALIDAD DE VIDA	38
5.11.2.4 CONSECUENCIAS FONÉTICAS	38
5.11.3 CLASIFICACIÓN DE KENNEDY	39
5.11.3.1 CLASE I	41
5.11.3.2 CLASE II	41
5.11.3.3 CLASE III	41
5.11.3.4 CLASE IV	42
5.11.4 ELEMENTOS QUE COMPONEN LA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE	42
5.11.4.1 DISEÑO DE LA PRÓTESIS.....	43
5.12 ADECUACIÓN QUIRÚRGICA DE LA BOCA	43
6. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO.....	44
6.1 MOTIVO DE CONSULTA.	44
6.2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL.....	44
6.3 HISTORIA CLÍNICA.....	44
6.4 DATOS GENERALES.....	45
6.5 ANTECEDENTES MÉDICOS (PERSONALES, FAMILIARES).....	45
6.7 EXAMEN CLÍNICO EXTRA ORAL.....	46
6.8 EXAMEN CLÍNICO INTRAORAL.....	48
6.9 ODONTOGRAMA.....	49
6.10 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.....	50
6.11 EXAMEN RADIOGRAFICO.....	51
6.12 INTERCONSULTA CON EL NEURÓLOGO	51
6.13 TOMA DE MODELOS DIAGNÓSTICOS.....	52
6.14 DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO.....	53
6.15 DIAGNÓSTICO DEFINITIVO.....	53
6.16 PLAN DE TRATAMIENTO.....	53
6.17 PRONÓSTICO.....	55
6.18 IMPLICACIONES ÉTICAS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	56

6.19 ANÁLISIS Y DESARROLLO DEL TRATAMIENTO.....	56
6.20 ESTUDIO DEL CASO DEL PACIENTE.....	56
6.21 FASE INICIAL.....	57
6.22 FASE QUIRÚRGICA.....	58
6.23 FASE OPERATORIA.....	59
6.25 DISEÑO DE LA PRÓTESIS.....	60
6.26 MONTAJE Y ENFILADO.....	61
6.27 PRUEBA DE LA ESTRUCTURA DE METÁLICA SUPERIOR E INFERIOR.....	62
6.28 PRUEBA DE ENFILADO PROTÉSICO.....	63
.....	64
6.29 COLOCACIÓN DE PRÓTESIS.....	64
6.30 RESULTADO FINAL.....	65
7. DISCUSIÓN.....	66
8. CONCLUSIONES.....	68
9. RECOMENDACIONES.....	69
10. BIBLIOGRAFÍA.....	70

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Signos Vitales.....	45
Tabla 2 Examen Intra - Oral.....	48
Tabla 3 Tabla de contenido del plan de tratamiento.....	54

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 Tipos de oclusión.....	31
FIGURA 2 a) Clase I b) Clase II c) Clase III d) Clase IV.....	39
FIGURA 3 Presenta tonicidad labial normal.	46
FIGURA 4 Se observa la línea de sonrisa normal, con muestra de sus tres incisivos.	47
FIGURA 5 a) Perfil derecho b) Perfil Izquierdo Se observa disminución de dimensión vertical.....	47
FIGURA 6 Examen Intra-oral mandibular.....	49
FIGURA 7 Odontograma.....	50
FIGURA 8 Radiografía panorámica.	51
FIGURA 9 Interconsulta con el neurólogo.....	51
FIGURA 10 Impresiones diagnósticas.....	52
FIGURA 11 Modelos diagnósticos.	52
FIGURA 12 Fase inicial del paciente.	57
FIGURA 13 Fase quirúrgica del paciente.....	58
FIGURA 14 Fase operatoria del paciente.	59
FIGURA 15 Fase Protésica del paciente.....	59
FIGURA 16 Diseño de la prótesis.	60
FIGURA 17 Montaje y enfilado en el articulador.	61
FIGURA 18 Prueba estructura metálica superior e inferior en el paciente.	62
FIGURA 19 Prueba de enfilado protésico.	63
FIGURA 20 Colocación de la prótesis al paciente.	65
FIGURA 21 Antes y después de realizar el tratamiento.....	65

1. INTRODUCCIÓN

Cuando hablamos de discapacidad, nos referimos a limitaciones en el desarrollo humano. Esta deficiencia física, psíquica o social, no está dada exclusivamente en función del déficit del sujeto que la padece, sino también por el entorno social de pertenencia. (González, 2001)

(González, 2001) “Indica que se acostumbra a pensar en la discapacidad como una condición en sí misma. Sin embargo, ella es una condición relacional, un producto en el cual una limitación funcional, en cualquier área del funcionamiento humano, queda sancionada por la sociedad, como una desviación. Para que una sociedad sancione como discapacidad una limitación funcional, ésta tiene que ser minoritaria y presentarse en un área valorada dentro de la cultura donde el individuo viva”.

Señala (Ravaglia, 2000) la atención de pacientes con discapacidad difiere según la incidencia que esta tenga en el niño o adolescente y su familia. Esto exige, al odontólogo y a su equipo de trabajo que lo rodea especializarse no sólo en lo que se vive día a día sino también en este tipo de situaciones y saber manejarlas para un correcto diagnóstico y tratamiento, que si bien están fuera del ámbito de la ciencia odontológica, tienen importancia significativa en el resultado final de su actividad. Esto se refiere a los aspectos y alternativas psicológicas que se generan en la entidad nosológica, indivisible, formada por el paciente, su familia y la relación con los servicios disponibles en su medio ambiente social.

Un cambio de chip en los profesionales de la salud y en este caso al odontólogo con relación al niño o adolescente discapacitado, reconociendo las limitaciones y falencias que se tendrá al no saber cómo manejar este tipo de pacientes, tratando de fortalecerlas, también aprovechando nuestras virtudes y así dar posibilidades de tratamiento; contribuirá a que se les considere en los planes y programas de los servicios de salud y disminuya progresivamente el aislamiento en que se les ha tenido, considerándose sus

requerimientos de recursos materiales y humanos con características especiales para su atención.(Ravaglia, 2000)

“A pesar de haberse reconocido que es importante el papel del odontólogo en la rehabilitación de los discapacitados, no siempre son atendidos de la manera correcta y peor aún muchas veces se prefiere no atenderlos y referir a otra especialidad sin intentar por lo menos atenderlos por la vía convencional. El desconocimiento o la falta de información de los problemas bucodentales que pueden presentar asociadas a sus propias reacciones emocionales y las de sus familiares, las patologías de base que los afecta, así como las propias reacciones del profesional crea con toda seguridad la mayor barrera para acceder a las posibilidades de su atención”. (Ravaglia, 2000)

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Paciente de sexo femenino, 45 años de edad acude a la consulta odontológica acompañada de sus familiares, los cuales refirieron que era una paciente con discapacidad mental, a simple vista no se detecta ningún tipo de discapacidad por lo cual empezamos por realizar una buena historia clínica.

Es importante tener un amplio conocimiento sobre el déficit cognitivo por varios motivos y el primordial como el profesional dental manejaría un paciente con dicha discapacidad y también porque afecta la calidad de vida de los pacientes y genera elevados costos para la familia y la sociedad.

Las personas con discapacidad cognitiva tendrían dificultades principalmente en el desarrollo de la inteligencia verbal y en la capacidad de aprender, por lo cual es primordial para el odontólogo llegar a este tipo de pacientes de una manera precisa y eficaz.

3. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad el deterioro cognitivo persiste como un concepto mal delimitado y poco consensado, que refleja una disminución del rendimiento de, al menos, una de las capacidades mentales o intelectivas siguientes: memoria, orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, capacidad de juicio y razonamiento, capacidad para el cálculo y la habilidad constructiva, capacidad de aprendizaje y habilidad espacial. (Martínez, 2005)

En la Conference on Mental Retardation, en 1965, se definió el DC como “un funcionamiento intelectual significativamente inferior a lo normal, que se mantiene en el curso del desarrollo y se traduce por falta de adecuación a la conducta adaptativa”.

“En términos de cociente intelectual (CI), se habla de déficit cognitivo DC cuando el CI muestra más de dos desviaciones estándar por debajo de la media de la población. Si se considera que ésta corresponde a un CI de 100 y que cada 15 puntos de diferencia representan una desviación estándar (DS), la escala de CI correlaciona con los diferentes grados de RM”. (Martínez, 2005)

“En la actualidad la salud bucal es uno de los parámetros importantes en el entorno social de la persona, ya que el tener una buena presencia y porque no una bonita sonrisa depende de cómo pueda lograr desarrollarse el ser humano en un medio social laboral y hasta personal, pues este factor es una influencia importante de las personas al momento de relacionarse con un entorno”. (Tellez, 2009)

El objetivo de este trabajo es encontrar herramientas para poder devolver la función del aparato estomatognático, desarrollando mecanismos para la rehabilitación de los espacios edéntulos, por medios protésicos, y no solo enfocándonos en devolver la función si no también la estabilidad oclusal, como la recuperación de la dimensión vertical a causa de la ausencia de dientes en un paciente, apoyándonos en varios estudios de

libros de rehabilitación, publicaciones y otros medios que nos permitan la información necesaria poder realizarlo.

4. OBJETIVO

4.1 OBJETIVO GENERAL

- Rehabilitar el paciente edéntulo parcial superior e inferior con discapacidad mental leve.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar los diferentes tipos de discapacidad con el fin de generar un protocolo de tratamiento, para su posterior rehabilitación.
- Conocer las limitaciones que tiene el profesional al tratar un paciente con discapacidad mental leve.
- Generar métodos para tratar a un paciente con discapacidad.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 HISTORIA CLÍNICA

Partiremos desde la historia clínica, que por definición es la relación de los eventos de la vida de una persona. En ella se registran datos de una extrema intimidad, pues el enfermo sabe que cualquier distorsión en la información puede redundar en su propio perjuicio. (Cortina, 2002)

La historia clínica es uno de los elementos más importantes de la relación entre médico y paciente. Según (Fernando Guzman, 2012) “La relación médico-paciente es elemento primordial en la práctica médica. Para que dicha relación tenga pleno éxito, debe fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico”.

5.1.1 RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

Según (Cortina, 2002) el inicio de esta relación médico/paciente está rodeado de un ambiente emocional; por una parte como el paciente tiene sus temores de confiar su salud a un desconocido, cuya respuesta aún no conoce, pero que desea esté acorde con sus esperanzas, anhelando del médico su comprensión y también su simpatía y que le dé el apoyo que espera.

Además, el médico está frente de una serie de incógnitas, cuyo reto son solucionar los problemas del paciente, los que desde el primer momento de la entrevista, comienzan a surgir como hipótesis diagnóstica que buscan una metodología que permita destacar los problemas, caracterizarlos y plantear las soluciones más adecuadas. (Cortina, 2002)

El profesional de la salud tiene que ser receptivo de los temores de su paciente y sin juzgar su condiciones le brindara su apoyo, poniendo a su servicio sus conocimientos, experiencia y toda su buena voluntad. (Fernando Guzman, 2012)

5.2 PACIENTES ESPECIALES EN ODONTOLOGÍA

Con el término paciente especial se designa aquel paciente que presenta unas características o condiciones que lo hacen singular frente a lo ordinario. (Silvestre., 2007)

Estas características son fundamentalmente cuatro:

- a) La existencia de riesgo médico por padecer un proceso importante.
- b) La dificultad de manejo clínico odontológico: a) por la conducta b) por la técnica odontológica.
- c) La existencia de lesiones orales características que hacen más vulnerable al paciente ante el tratamiento odontológico.
- d) La posible interacción entre el proceso sistemático y el tratamiento odontológico.

En primer lugar, se encuentra la situación de padecer una patología sistemática grave que, de alguna forma, puede condicionar el manejo odontológico de estos enfermos. En segundo lugar se considera la posible la posible interrelación entre el tratamiento dental y la enfermedad que padece. En tercer lugar, se valora la dificultad de manejo clínico-odontológico tanto desde el punto de vista de la conducta. (Silvestre., 2007)

Será necesario que en el futuro los odontólogos reciban una formación específica en este campo para el tratamiento de estos colectiva, puesto que conllevan una serie de dificultades y riesgos que no presentan los pacientes dentales sin patologías asociadas. (Silvestre., 2007)

Será importante que el odontólogo identifique a los pacientes con patología previa y que se establezca una buena comunicación entre el médico y el odontólogo para la mejor atención de estos enfermos. El tratamiento dental en estos casos deberá realizarse con el mínimo riesgo para la salud general y con la máxima eficacia posible. (Silvestre., 2007)

La clave para hacer esto posible será valorar el riesgo previo del caso y seguir unos protocolos o guías clínicas para establecer de forma adecuada y sistemática las técnicas y los procedimientos más convenientes según un plan de tratamiento previo. Según (Silvestre., 2007)

5.3 ESTIMACIÓN DEL RIESGO MÉDICO EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Según (Silvestre., 2007) la estimación del riesgo del paciente se realiza mediante diversos sistemas utilizados en medicina, como son la escala de Kamofsky, la escala apache o el sistema American Society of Anesthesiologists (ASA). El más utilizado es este último, ya que es el más sencillo. Fue descrito en 1962 por American Society of Anesthesiologists y modificado en 1979.

Se basa en cinco categorías ASA. La primera categoría es ASA I que representa al paciente sano y que de la perspectiva odontológica no necesita ninguna modificación, puede desarrollar una actividad habitual ni fatiga. A continuación, se encuentra la ASA II que engloba a los pacientes sanos en situaciones

especiales como embarazo, alergia o ansiedad extrema y se deberá adecuar el tratamiento odontológico en cada caso alguna de estas modificaciones puede ser empleo de antibióticos en forma preventiva la sedación, tener visitas de menor duración o evitar ciertos fármacos o sustancias que pueden desencadenar un ataque alérgico. (Silvestre., 2007)

Los pacientes ASA II pueden realizar actividades normales sin experimentar sufrimiento como disnea, fatiga o dolor torácico. La siguiente categoría ASA III representa a un individuo con una enfermedad sistemática no incapacitante, es decir, le limita para su actividad normal pero no le incapacita. La categoría ASA IV engloba a los individuos que padecen una enfermedad incapacitante que afecta a su vida cotidiana, el problema médico es de mayor importancia que el problema dental, por lo que el riesgo de tratarlos es demasiado alto. (Silvestre., 2007)

Por último, la categoría ASA V corresponde a pacientes moribundos o paliativos en los que no se espera una larga supervivencia. Suelen ser enfermos terminales hospitalizados. En estos casos, el tratamiento dental está contraindicado y excepcionalmente, se llevara a cabo con fines paliativos para aliviar el dolor y evitar las infecciones orales. (Silvestre., 2007)

SISTEMA DE CLASIFICACIÓN ASA

ASA I	Paciente saludable no sometido a cirugía electiva
ASA II	Paciente con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante. Puede o no relacionarse con la causa de la intervención.
ASA III	Paciente con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante. Por ejemplo: cardiopatía severa o descompensada, diabetes mellitus no compensada acompañada de alteraciones orgánicas vasculares sistémicas (micro y macroangiopatía diabética),

	insuficiencia respiratoria de moderada a severa, ángor pectoris, infarto al miocardio antiguo, etc.
ASA IV	Paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante, que constituye además amenaza constante para la vida, y que no siempre se puede corregir por medio de la cirugía. Por ejemplo: insuficiencias cardíaca, respiratoria y renal severas (descompensadas), angina persistente, miocarditis activa, diabetes mellitus descompensada con complicaciones severas en otros órganos, etc.
ASA V	Se trata del enfermo terminal o moribundo, cuya expectativa de vida no se espera sea mayor de 24 horas, con o sin tratamiento quirúrgico. Por ejemplo: ruptura de aneurisma aórtico con choque hipovolémico severo, traumatismo craneoencefálico con edema cerebral severo, embolismo pulmonar masivo, etc. La mayoría de estos pacientes requieren la cirugía como medida heroica con anestesia muy superficial.

Modificado por: Alejandro Condo

5.4 VALOR SEMIOLÓGICO EN EL PACIENTE ODONTOLÓGICO

Según (Silvestre., 2007) para poder evaluar correctamente a un paciente de riesgo se debe, en primer lugar identificar la enfermedad sistémica que padece, así, conocer los medicamentos que está tomando ya que pueden tener reacciones adversas con otros fármacos que se le administren, o con el tratamiento odontológico.

Los antecedentes médicos se obtendrán realizando una correcta anamnesis durante la primera visita o, indirectamente, por medio de un cuestionario de salud que rellena el paciente. Este último método se emplea en odontología en algunos países porque el paciente puede rellenerlo durante la primera visita mientras espera, y de esta forma certifica legalmente lo que escribe. Otra posibilidad interesante es dejarle que rellene el cuestionario de salud y posteriormente,

preguntándole, completarlo o corregirlo más rápidamente. En algunas ocasiones debido a una discapacidad cognitiva o a que son pacientes muy ancianos con un grado de dependencia importante se deberá realizar la anamnesis junto a los familiares o responsables del paciente. (Silvestre., 2007)

La interconsulta con otros especialistas es fundamental para conocer la estabilidad clínica de una enfermedad crónica, y así considerar al paciente según un estadio de riesgo médico. Así mismo, será importante conocer la historia dental del paciente y, en especial, el estado bucodental actual. (Silvestre., 2007)

5.5 DEFICIT COGNITIVO

5.5.1 CONCEPTO

Se refiere al funcionamiento intelectual por debajo del promedio, que se manifiesta junto con deficiencias de adaptación y se presenta durante el período de desarrollo. (Bermejo, 1993)

5.5.2 CLASIFICACIÓN

- Autismo
- Síndrome de Down
- Síndrome de Asperger
- Retraso mental

5.6 AUTISMO

5.6.1 CONCEPTO

Desorden del desarrollo que se caracteriza por una escasa interacción social y problemas de comunicación verbal y no verbal, con una imaginación y actividades e intereses limitados, intensos o poco usuales. Los síntomas se desarrollan durante los primeros tres años de la niñez y se manifiestan a lo largo de toda la vida, pueden aparecer con distintos niveles de intensidad. (Cohen, 2010)

Posee una prevalencia entre 2 – 10 personas cada 10.000 habitantes, siendo el sexo masculino cuatro veces más afectado, no influyen factores como: educación, estilo de vida o nivel social. (Cohen, 2010)

5.7 SÍNDROME DE DOWN

5.7.1 CONCEPTO

Enfermedad genética, también conocido como trisomía del par 21, se caracteriza por la presencia de un cromosoma extra en dicho par, ya sea por la no disyunción meiótica, mitótica o una translocación desequilibrada, se incrementa en la edad materna, con una frecuencia de 1 en 800.000 habitantes. (Corretger, 2005)

Se caracteriza por la presencia de retraso mental, rasgos físicos muy peculiares y problemas de salud que acarrea esta enfermedad, no existe tratamiento para el síndrome de Down, por lo que las medidas de rehabilitación son mediante técnicas especiales como las fisioterapéuticas, fonoaudiológicas y psicotécnicas que juegan un papel importante, en pacientes con compromiso mental severo, permitiéndoles en la mayoría de las veces una adecuada reinserción social. (Corretger, 2005)

5.8 SÍNDROME DE ASPERGER

5.8.1 CONCEPTO

Similar al autismo, es el conjunto de características mentales y de conducta, está dentro de los trastornos generalizados del desarrollo, se diferencia del autismo ya que en este síndrome no se observa retraso en el desarrollo del lenguaje. Las personas que padecen dicho síndrome muestran dificultades, en la interacción social y en la comunicación. (Cohen, 2010)

5.9 RETRASO MENTAL

5.9.1 CONCEPTO

Trastorno caracterizado por presentar un funcionamiento intelectual por debajo del promedio, está formado por una serie de desorden social, psicológico y biológico, que comprometen las habilidades necesarias para una vida cotidiana. (Retardation, 2004)

Según (Retardation, 2004) las características detalladas de retraso mental serían las siguientes:

- Va acompañada de alteraciones en la conducta adaptativa, tanto a nivel social, aprendizaje, laboral, etc.
- Aparece en la niñez y es un trastorno de carácter evolutivo.
- La mayoría de personas que padecen dicho trastorno suelen necesitar apoyo para desenvolverse.
- Las limitaciones mentales en estos pacientes se dan en habilidades complejas, por ejemplo en la autopercepción o autoconocimiento.

- Afecta al aprendizaje y las capacidades mentales.

Debemos tener en cuenta que estos déficits y alteraciones varían enormemente entre distintas personas, de manera que dentro de la etiqueta de "retraso mental" es posible encontrar a personas que tienen un nivel de funcionamiento bastante correcto y relativamente pocos problemas de desarrollo, y a otras con retrasos prácticamente generalizados. (Susana, 2012)

5.9.2 CLASIFICACIÓN

- a) **R.M. Leve:** CI 50-55
 - I. Pasan desapercibidos, desarrollo autónomo, pueden llegar a vivir de manera independiente.

- b) **R.M. Moderado:** CI 35-40/50-55
 - I. Sujeto adiestrable, no acabará colegio, desarrollará comunicación y podrá realizar trabajos no especializados. Adquieren autonomía en funciones básicas, aseo, comer solos y vestirse.

- c) **R.M. Grave:** CI 20-25/35-40
 - I. Sujetos adiestrables en funciones básicas bajo supervisión.

- d) **R.M. Profundo:** CI < 20-25
 - I. Trastornos neurológicos asociados, Motricidad, Comunicación. Totalmente dependientes.

5.9.3 EPIDEMIOLOGÍA

El Retraso Mental afecta a 3 de cada 100 personas, no existe tratamiento curativo, solo se puede intentar prevenirlo, una vez diagnosticado el tratamiento precoz es la mejor elección. Con esto se busca prevenir los factores etiológicos a los tres niveles, pre, peri y postnatal, y desarrollar habilidades para su cuidado, autonomía y correcta integración con la sociedad. (Retardation, 2004)

5.9.4 DIAGNÓSTICO

Se realiza de acuerdo a la clínica, con presencia de un funcionamiento intelectual inferior a los 70 – 75 puntos en los test de coeficiente intelectual, dificultades adaptativas, incapacidad para cumplir con las exigencias acorde a su edad: comunicación, cuidado personal, relaciones interpersonales, etc. (Retardation, 2004)

5.9.5 LIMITACIONES ODONTOLÓGICAS

El odontólogo requiere ajustarse a la inmadurez social, intelectual y emocional del paciente con Retraso Mental. Los pacientes con Retraso Mental no se los puede manejar de la misma manera que a un paciente sin ningún tipo de discapacidad, ya que se caracterizan por su reducido tiempo de atención, inquietud, hiperactividad y conducta emocional. Es importante que nuestra actitud hacia ellos sea cuidadosa y amigable, y a su vez evitar todo lo que cause estrés y miedo a estas personas. Establecer una adecuada vía de comunicación será el objetivo principal, para así ganarnos su confianza y conseguir trabajar con ellos. (Retardation, 2004)

A continuación se explicara las limitaciones que tiene el odontólogo en los pacientes con Retraso Mental, según el grado de daño:

Retraso Mental leve: pueden ser tratados como cualquier paciente normal. Para ello es necesario tener una íntima relación desde su infancia o adolescencia y sin son adultos ganarnos su confianza y establecer una estrecha comunicación para poder llegar a ellos. Las limitaciones que el odontólogo tendrá en estos pacientes serán el exceso de saliva y su intranquilidad al momento de realizar los procedimientos, es recomendable realizar o planificar las citas en horas de la mañana cuando están frescos y no han pasado por ningún tipo de estrés durante el día. (Silvestre., 2007)

No existe una regla para atenderlos, todo va a depender de su estado de ánimo, un día podrán estar dispuestos a que se les realice cualquier tratamiento y al otro no, debemos admitirlo y no obligarlos ya que perderemos su confianza y esto provocaría rechazo al odontólogo. (Silvestre., 2007)

Retraso Mental Moderado, grave o profundo: se recomienda usar abre bocas, taco de goma o dedil de acrílico que nos brinde una mayor apertura bucal y nos permita realizar la actividad. Es importante que los procedimientos que se realicen sean lo más rápido posible y sin afectar la calidad del tratamiento, en estos pacientes con un daño mayor siempre se los atenderá con dos personas mínimo, el odontólogo como tal y un asistente, ya que se debe preparar instrumental y material antes de tocar al paciente para que todo fluya adecuadamente. (Silvestre., 2007)

Se recomienda, para reducir la ansiedad del paciente se dé un pequeño paseo por el consultorio antes de iniciar el tratamiento ya que es un nuevo ambiente para él, así reduciremos el temor a lo desconocido. Hablar con términos sencillos y lentitud para asegurarnos que nuestras explicaciones sean comprendidas.

Debemos escuchar atentamente al paciente, realizar sesiones cortas y estar dispuesto a cualquier pedido del paciente. (Silvestre., 2007)

5.9.6 PROTOCOLO DE ATENCIÓN

- a) En la primera cita trataremos de ganarnos la confianza del paciente y la de sus familiares o del representante que acude con el paciente, explicaremos los procedimientos que vamos a realizar de tal manera que sea fácil de entender.
- b) Nos manejaremos con citas no más de 30 minutos para evitar que el paciente presente algún cuadro de ansiedad o temor.
- c) En cada cita nos manejaremos como si fuera un paciente pediátrico (videos, juguetes, etc.) debido a su condición.
- d) Se usara abre bocas y cauchos ya que son pacientes que salivan excesivamente, también para tener una mayor apertura bucal y evitar ser mordidos.
- e) La posición del paciente en el sillón odontológico, en lo posible será semi sentado para evitar el reflujo o evitar algún accidente al tragar un instrumento.
- f) Siempre vamos a trabajar con uno o más ayudantes, ya que los procedimientos se deben realizar de la manera más rápida posible.

- g) Después de la instalación de la prótesis, trabajaremos con el paciente y familiares, tanto en los cuidados de la prótesis y su instalación.

5 .10 REHABILITACIÓN ORAL INTEGRAL

5.10.1 CONSIDERACIONES Y PRINCIPIOS OCLUSALES.

Cuando hablamos de oclusión dentaria entramos a un campo difícil y complejo, provocando desorientación al profesional frente a los diferentes casos de disfunciones oclusales, los cuales pueden provocar cierto grado de dificultad en el tratamiento. (Wheeler, 2008)

La Dra. María Elena Gutiérrez en su artículo cita las palabras con las que el profesor Okenson define la oclusión en el Dorlan Medical Dictionary como “el acto de cierre o estado de cierre”, la odontología la define, como el acto de cierre en el cual las arcadas dentarias se encuentran en contacto por medio de las caras oclusales de los dientes, impidiendo la movilidad de la mandíbula con relación al maxilar.

Por tal motivo, al realizar una rehabilitación se debe reproducir en su totalidad la oclusión que muestra el paciente, evitando que existan interferencias oclusales que modifiquen la función masticatoria y a su vez evitar compromisos periodontales a futuro. Entonces que entendemos por oclusión, en odontología se la conoce como la relación existente entre los dientes superiores con los inferiores, ya sea en posición estática o cuando se encuentra en contacto funcional durante la actividad de la mandíbula, existen tres tipos de oclusión que son (Wheeler, 2008):

- Ideal
- Fisiológica
- Mala oclusión

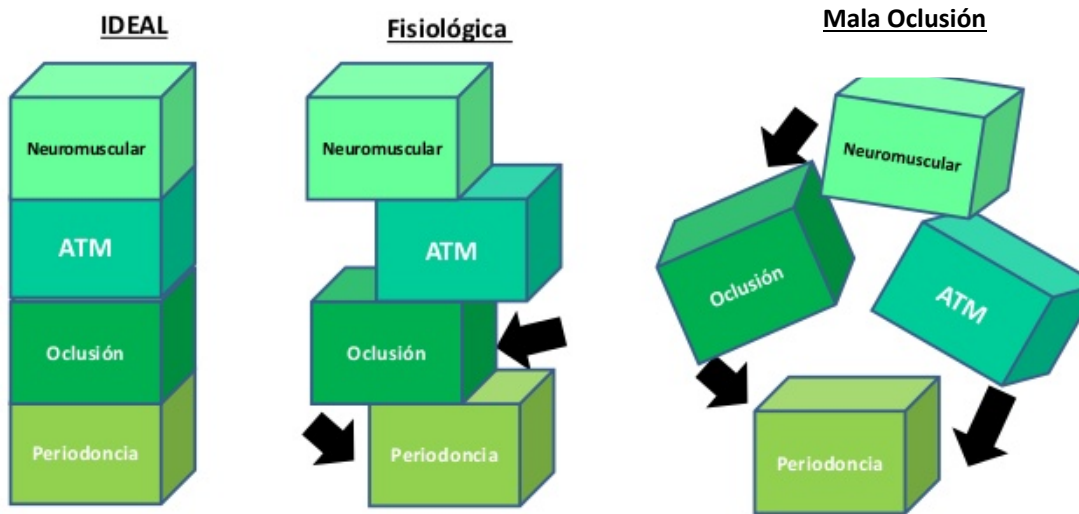


FIGURA 1 TIPOS DE OCLUSIÓN.

Modificado por: Alejandro Condo

5.10.1.1 OCLUSIÓN IDEAL

Está constituida por una óptima interacción anatómica y funcional, donde se realizan contactos entre la arcada superior e inferior con relación al grupo neuromuscular, la articulación temporomandibular y el tejido periodontal, obteniendo una oclusión óptima y natural que nos guie a obtener salud, estética y función. (Becker, 2011)

La oclusión ideal se identifica esencialmente por no presentar ningún tipo de alteración o trastorno que provoque desordenes articulares y funcional, por la existencia de una armonía tanto fisiológica y morfológica óptima del aparato estomatognático, también se la ha denominado una oclusión terapéutica. (Becker, 2011)

5.10.1.2 OCLUSIÓN FISIOLÓGICA

Trata sobre las relaciones oclusales fisiológicas. Que se desarrollan a lo largo de la vida del paciente debido a los diferentes procesos adaptativos y en el cual no existe ningún tipo de signo patológico ni para funcional, aunque no hablamos de oclusión ideal, cumple con las características funcionales necesarias para evitar el deterioro de las estructuras dentarias y articulares. (Desplats, 2004)

Debemos tomar en cuenta que aunque se observe mala oclusión anatómica, es importante recalcar, que el paciente no necesita ningún tratamiento funcional. Puesto que se ha llegado a una compensación que no cruza el margen patológico, y es mejor a veces tener una mala oclusión anatómica pero funcional, a una oclusión óptima anti anatómicamente hablando y que esté llena de disfunción con los tejidos adyacentes ocasionando patologías aledañas. (Desplats, 2004)

5.10.1.3 MALA OCLUSIÓN

Es la pérdida del equilibrio funcional. Consecuencia por la sobrecarga a un sistema que fue sujeto, representada por las altas demandas para funcionales o micro traumas a repetición superan la capacidad adaptativa del sistema, afectando a los tejidos blandos, ATM, neuromusculatura, dientes y tejidos de soporte. (Becker, 2011)

Se determina como una mala oclusión funcional más que de tipo anatómica, ya que por esta razón provoca daños a los tejidos que lo conforman, siendo necesario que su función y equilibrio sean recuperados, por medio de terapia odontológica y rehabilitación, obteniendo devolver la salud bucal al paciente y por ende; sin restar importancia la estética al sistema estomatognático, por esta

razón es necesario realizar un completo y muy bien elaborado examen clínico, ya que será el factor indicado para comenzar una terapia oclusal. (Becker, 2011)

5.10.2 DIMENSIÓN VERTICAL

Es la distancia que existe entre dos puntos seleccionados, uno sobre un elemento fijo y otro sobre un elemento móvil. (Barreto, 2008)

- a) Dimensión Vertical en Oclusión
- b) Dimensión Vertical Postural
- c) Dimensión Vertical de Reposo Neuromuscular
- d) Dimensión Vertical Optima

5.10.2.1 DIMENSIÓN VERTICAL EN OCLUSIÓN

“Es la distancia medida entre dos puntos cuando las piezas dentarias se encuentran en contacto, es decir que no existe espacio de inclusión (0 mm)”. Según (Barreto, 2008).

5.10.2.2 DIMENSIÓN VERTICAL POSTURAL

“También llamada de reposos clínico, en ella la distancia está determinada cuando el paciente se ubica en una posición fisiológica de descanso, los músculos en equilibrio tónico, el individuo en posición erecta y de descanso”. Según (Barreto, 2008).

5.10.2.3 DIMENSIÓN MUSCULAR DE REPOSO NEUROMUSCULAR

“La mandíbula está separada del maxilar a una distancia interoclusal de 8 a 10 mm, en esta posición se produce una menor actividad electromiografía tónica.” Según (Barreto, 2008).

5.10.2.4 DETERMINACIÓN CLÍNICA DE LA DIMENSIÓN VERTICAL

- a) El mentón aparece más prominente, dando una apariencia prognática al individuo.
- b) Altera el contorno del filtrum y del surco mentolabial.
- c) Produce una pérdida de soporte muscular dando una apariencia facial típica al paciente. Una profundización del surco naso labial.
- d) Caída de las comisuras.
- e) Pérdida del borde del bermellón.
- f) Depresión de los labios.

La pérdida de la Dimensión Vertical no sólo afecta la estética de los individuos, sino también la función del Sistema Estomatognático, tanto en la masticación, como en la fonación, provocando además discomfort muscular. Según (Barreto, 2008).

5.11 PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Cuando se está ante un paciente con ausencia de varias piezas dentarias, si esta deficiencia corresponde a grandes tramos bucales, se tendrá en pensar en una solución a base de implantes o bien en una prótesis parcial removible (PPR). Esta última solución es necesaria en un número considerable de pacientes. (Mallat, 2004)

La PPR todavía tiene un lugar importante en el campo odontológico, aunque hay que destacar que se hace referencia a un tipo de prótesis correctamente diseñada y construida, habiendo llevado a cabo un estudio previo en paralelizador y preparada cada pieza dentaria, si es necesario, para alojar los distintos elementos de esta prótesis, pero jamás se hará referencia a la PPR verificada sin estudio previo y mandada a laboratorio después de una simple impresión con alginato. (Desplats, 2004)

5.11.1 ¿CUANDO ESTARÁ INDICADA LA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE?

Según (Desplats, 2004) estará indicada:

- a) En personas de edad avanzada o en jóvenes menores de 20 años, en los que no es aconsejable utilizar prótesis fija, ya que sería excesivamente mutilante.
- b) Cuando existen grandes espacios desdentados, una prótesis fija estará sometida a grandes fuerzas de torsión y a la aparición de algún contacto prematuro en el canino, lo que dará lugar a su despegamiento.
- c) En caso de excesiva pérdida ósea, principalmente en zonas anterosuperiores, en las que una prótesis fija o con implantes puede no dar una rehabilitación muy estética.
- d) En extracciones recientes y en zonas extensas desdentadas como consecuencia de un traumatismo con largos periodos de cicatrización. En estos casos una PPR sin preparar ningún alojamiento en los dientes remanentes, puede ser una solución provisional adecuada por un tiempo limitado.

- e) En el periodo de espera después de elevaciones sinusales y de colocación de injertos cuyo tratamiento final será implantes.
- f) En todos aquellos casos de extremos libres uní o bilaterales en los que por la causa que fuere no se pueden colocar implantes.
- g) En pacientes que presente algún tipo de discapacidad leve neurológica o funcional.

5.11.2 CONSECUENCIAS DE LA AUSENCIA DE DIENTES

Al perder dientes y ser sustituidos por prótesis, pueden derivar un número importante de consecuencias a continuación se mencionara las más importantes. (Margareta Molin Thoren, 2012)

5.11.2.1 CONSECUENCIAS FÍSICAS Y ANATÓMICAS

a) RESORCIÓN ÓSEA

El hueso que se encuentra por debajo de la prótesis tiende a reabsorberse de manera significativamente importante y el grado es variable, esto se da debido a la atrofia por inactividad o la carga no fisiológica. La velocidad con la cual se originan los cambios es alta inicialmente, pero la resorción continua a través de toda la vida. (Margareta Molin Thoren, 2012)

b) LESIONES MUCOSAS

El uso de prótesis causa efectos adversos sobre la mucosa. Los pacientes que presentan una mala higiene oral y usan prótesis, la base de su dentadura tiende

a ser colonizada por microorganismos que entran en contacto estrecho, y muchas veces traumático, con la mucosa, originando la infección. Otro problema del uso de prótesis sobre la mucosa es el desarrollo de úlceras por presión y reacciones hiperplásicas. (Margareta Molin Thoren, 2012)

c) CAMBIOS EN LOS MÚSCULOS ORALES

Una de las partes más importantes para la función exitosa de una prótesis, va a depender especialmente del control muscular indispensable para su retención. Para los pacientes portadores de prótesis removibles, tienden a aumentar el volumen muscular, con frecuencia la lengua cambia de forma y se torna más corta y más amplia. (Margareta Molin Thoren, 2012)

d) DOLOR Y MALESTAR

Por lo general los pacientes portadores de prótesis manifiestan un cierto grado de dolor y malestar, esto se puede dar debido a varias causas. Por lo general las partículas o restos de alimentos se alojan inevitablemente entre la prótesis y los tejidos de soporte, provocando dolor al momento de la masticación. Otra causa es la presencia de bordes filosos, que provocan lesiones o cortes en la mucosa, ya sea al introducir la prótesis o al masticar. (Margareta Molin Thoren, 2012)

e) PÉRDIDA DEL GUSTO

Rara vez escucharemos quejarse a un paciente portador de prótesis la pérdida del gusto, esta situación es algo sorprendente, ya que las papilas gustativas solo se encuentran en la lengua. No obstante, se puede relacionar cuando la prótesis aísla grandes áreas de la mucosa bucal. (Margareta Molin Thoren, 2012)

5.11.2.2 CONSECUENCIAS BIOMECÁNICAS

Durante la función normal, se genera aflojamiento, inclinación y deslizamiento, que se puede dar en mayor o menor grado, de la prótesis. No siempre las fuerzas masticatorias se transmiten de una manera correcta a los tejidos de soporte, cabe recalcar que la eficacia de una prótesis es solo del 25% a comparación con la dentición natural, lo cual reduce o frena al paciente portador de prótesis al momento de seleccionar los alimentos que puede ingerir. (Margareta Molin Thoren, 2012)

5.11.2.3 CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES

a) CALIDAD DE VIDA

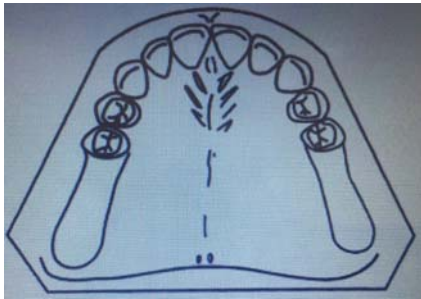
Algunos estudios indican que el edentulismo parcial o total tiene un impacto negativo muy grande en la vida del paciente que lo presenta, ya sea en el ámbito social o sexual. Pacientes que no se sienten seguros de sí mismo, al sentir vergüenza o no mostrar seguridad al comunicarse con las demás personas, debido a la ausencia de sus dientes. (Margareta Molin Thoren, 2012)

5.11.2.4 CONSECUENCIAS FONÉTICAS

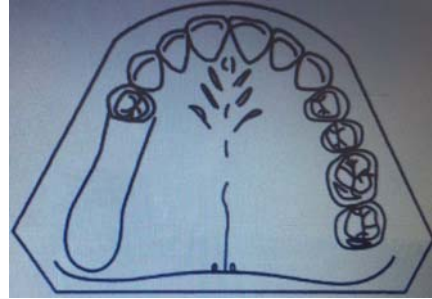
Después de la colocación de una prótesis removible nueva, los pacientes portadores manifestaran o notaran que la pronunciación en algunos sonidos será diferente a lo habitual, esto se da por a una alteración del flujo del aire, debido a que la prótesis ha modificado las condiciones intrabucales desde el punto de vista espacial. (Margareta Molin Thoren, 2012)

5.11.3 CLASIFICACIÓN DE KENNEDY

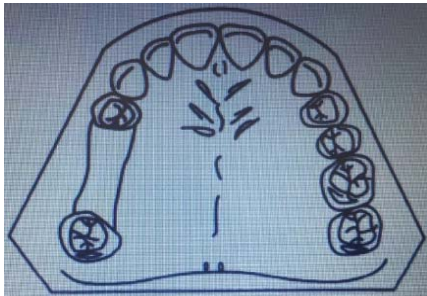
Según (Roberto, 2004) Kennedy describió los arcos parcialmente desdentados en cuatro clases principalmente, denominadas I, II, III, IV.



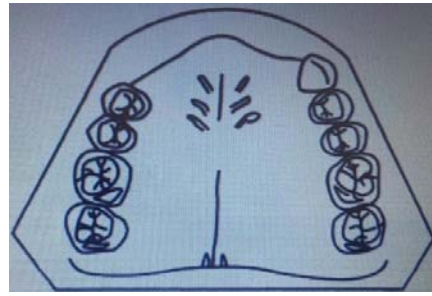
a) CLASE I. Áreas edéntulas bilaterales, ubicadas posteriormente a dientes remanentes (extensión distal bilateral)



b) CLASE II. Área edéntula unilateral ubicada posteriormente a los dientes remanentes (extensión distal unilateral)



c) CLASE III. Área edéntula unilateral limitada por dientes remanentes anteriores y posteriores.



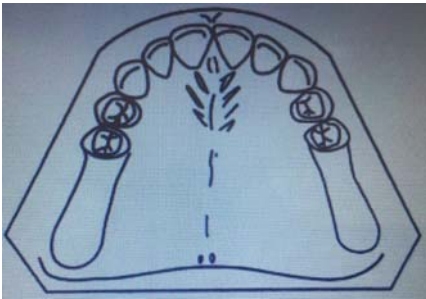
d) CLASE IV. Área edéntula única bilateral, localizada delante de los dientes remanentes y que cruza línea media.

Modificado por: Alejandro Condo

FIGURA 2 A) CLASE I B) CLASE II C) CLASE III D) CLASE IV.

CLASES PRINCIPALES

MODIFICACIONES



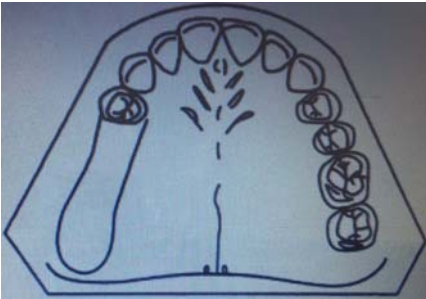
CLASE I



CLASE I Modificación 1



CLASE I Modificación 2



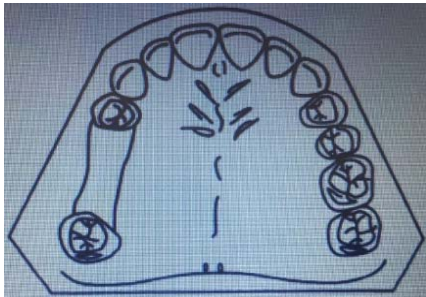
CLASE II



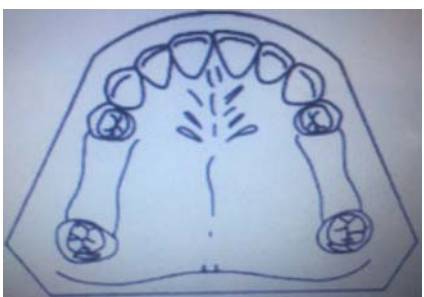
CLASE II Modificación 1



CLASE II Modificación 2



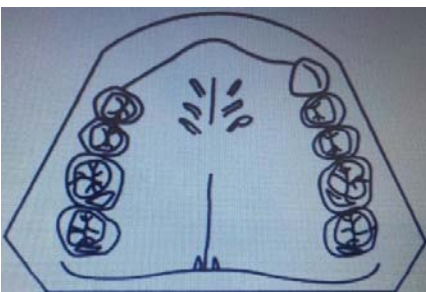
CLASE III



CLASE III Modificación 1



CLASE III Modificación 2



CLASE IV

SIN MODIFICACIONES

Modificado por: Alejandro Condo

5.11.3.1 CLASE I

Se identifica por ser la condición ideal o comprometida en un grado mínimo en lo que corresponde a la localización y extensión del área edéntula, de los dientes pilares y de la oclusión. El reborde alveolar muestra una altura y morfología la cual permite resistir de una manera correcta los movimientos horizontales y verticales de la base de la prótesis. (Roberto, 2004)

5.11.3.2 CLASE II

Se identifica porque la extensión y localización del área edéntula y la condición de los dientes pilares están razonablemente comprometidos. Por lo general estos últimos van a requerir de una terapéutica adjunta localizada (por ejemplo, endodónticas, periodontal o de procedimientos de ortodoncia). (Roberto, 2004)

El reborde alveolar en la clase II tiene una morfología y altura que le permite resistir los movimientos en sentido horizontal y vertical de la base de la prótesis, pero cabe recalcar que ya se observan signos de degradación. (Roberto, 2004)

5.11.3.3 CLASE III

Se identifica porque la extensión y localización de las áreas edéntulas en ambos maxilares se encuentran estrechamente comprometidas, los dientes pilares necesitan de una terapéutica localizada importante, las características de la oclusión requieren del restablecimiento del esquema oclusal pero sin alterar la dimensión vertical de oclusión. En la clase III el reborde alveolar residual posee forma y altura que brinda poca resistencia al movimiento horizontal y vertical de la base de la prótesis. (Roberto, 2004)

5.11.3.4 CLASE IV

Se identifica porque la extensión y localización del espacio edéntulo es de pronóstico reservado, los dientes pilares van a necesitar de un tratamiento extenso, las características de la oclusión normal se han perdido y es preciso un tratamiento completo que incluye la recuperación de la dimensión vertical de oclusión. El reborde alveolar de la clase IV presenta una altura de menos de 10 mm, medida en una radiografía panorámica y no brinda ninguna resistencia al movimiento horizontal y vertical de la base de la prótesis. (Roberto, 2004)

5.11.4 ELEMENTOS QUE COMPONEN LA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

La prótesis parcial removible está conformada por diversas partes que desempeñan una función importante. (Roberto, 2004)

- a) Retenedores directos.
- b) Retenedores indirectos.
- c) Conectores menores.
- d) Conectores mayores.
- e) Bases.
- f) Dientes artificiales protésicos.

5.11.4.1 DISEÑO DE LA PRÓTESIS

Constituye el aspecto más importante para determinar si la prótesis va a proteger o dañar la salud de los dientes remanentes y los rebordes alveolares residuales.

Un diseño óptimo deben incluir conectores mayores rígidos y que permitan una máxima distribución de fuerzas a la mucosa oral de soporte, retenedores indirectos estratégicamente colocados para cumplir su función, retenedores directos que ejerzan la menor fuerza posible sobre los dientes pilares al permitir la rotación gingival de la base de la prótesis en función. (Roberto, 2004)

5.12 ADECUACIÓN QUIRÚRGICA DE LA BOCA

Debemos iniciar con la adecuación en la cavidad bucal, realizando la extracción de dientes que puedan interferir con la prótesis, restos radiculares, como los dientes incluidos, inclinados o extruidos, por consiguiente debemos tratar de solucionar cualquier patología, tumores, quistes y sobre todo liberar a la mucosa de cualquier lesión, también se debe realizar si el paciente presenta torus tanto palatino como lingual que puedan lesionarse con la futura prótesis, como la existencia de alguna exostosis, se los regularizar, asimismo se debe retirar hiperplasias como rebordes mucosos, frenillos o inserciones que impidan la estabilidad inserción y bienestar protésico (Mallat, 2004).

6. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO.

6.1 MOTIVO DE CONSULTA.

Paciente se acerca con su representante a la consulta de la clínica de la Universidad Internacional del Ecuador refiriendo el representante como motivo de consulta “Quiero que mi hermana tenga sus dientes para que pueda comer”.

6.2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL.

Paciente de sexo femenino de 51 años de edad, acude a la consulta de la clínica Odontológicas de la Universidad Internacional del Ecuador, refiriendo edentulismo, por perdidas múltiples de dientes a causa de extracciones por dolor, en un consultorio de su lugar de origen.

6.3 HISTORIA CLÍNICA.

A continuación pongo a consideración la historia clínica con sus parámetros a seguir, guiando al desarrollo del caso clínico, junto con los datos generales, clínicos, examen radiográfico, diagnóstico y plan de tratamiento.

6.4 DATOS GENERALES.

Nombre y Apellido: A. C. D. O.

Sexo: femenino

Fecha de nacimiento: 16 de enero del año 1966

Edad: 51 años.

Dirección: La Armenia / Valle de los Chillos

Ocupación: En Casa

6.5 ANTECEDENTES MÉDICOS (PERSONALES, FAMILIARES).

Al realizar la anamnesis e investigando algún antecedente de relevancia, la paciente en antecedentes personales: Retraso mental. Antecedentes familiares se nos informa que su madre falleció por cáncer al estómago y su padre presenta problemas cardiacos, motivo por el cual nos disponemos a tomar los signos vitales, sin presentar alteraciones en los mismos (ver tabla 1, ver anexo 2).

TABLA 1 SIGNOS VITALES.

PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA	TEMPERATURA	FRECUENCIA RESPIRATORIA
125/72	82	37	18

Elaborado por: Alejandro Condo.

6.7 EXAMEN CLÍNICO EXTRA ORAL.

En el examen extra-oral, no refiere ninguna patología, a la palpación no se evidencia linfadenopatías y tonicidad muscular normal, presenta sus estructuras anatómicas con normalidad, asimetría facial normal.

Al aspecto buco-facial:



FIGURA 3 PRESENTA TONICIDAD LABIAL NORMAL.

Elaborado por: Alejandro Condo.



FIGURA 4 Se observa la línea de sonrisa normal, con muestra de sus tres incisivos.

Elaborado por: Alejandro Condo.

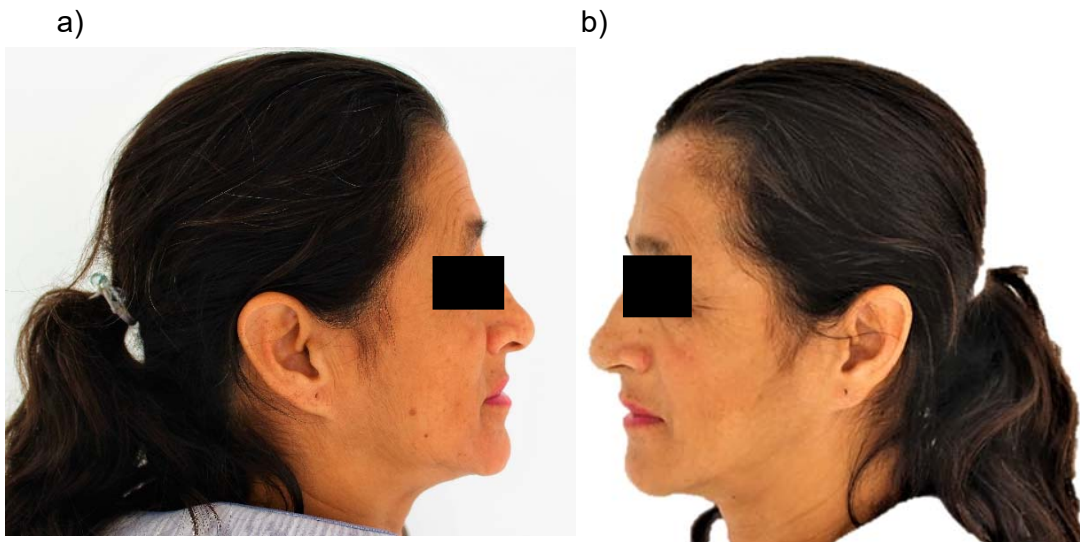


FIGURA 5 A) PERFIL DERECHO B) PERFIL IZQUIERDO SE OBSERVA DISMINUCIÓN DE DIMENSIÓN VERTICAL.

Elaborado por: Alejandro Condo

6.8 EXAMEN CLÍNICO INTRAORAL.

En el examen intra-oral, en el cual analizaremos diferentes elementos de la cavidad bucal, al observar no encontramos ninguna alteración. (Ver tabla 2).

TABLA 2 EXAMEN INTRA - ORAL

Labios	Normal
Mejillas	Normal
Maxilar Superior	Normal
Maxilar Inferior	Normal
Lengua	Normal
Paladar	Normal
Piso de boca	Normal
Carrillos	Normal
Glándulas Salivas	Normal
Oro Faringe	Normal
ATM	Normal
Ganglios	Normal

Elaborado por: Alejandro Condo.



FIGURA 6 Examen Intra-oral mandibular.

Elaborado por: Alejandro Condo.

6.9 ODONTOGRAMA:

Al realizar el examen, y llenar el odontograma se pudo evidenciar que la paciente presenta:

✓ **Tratamientos realizados**

Extracciones: Superiores 1.3 / 1.4 / 1.5 / 1.7 / 2.3 / 2.4 / 2.5 / 2.7

Inferiores 3.1 / 3.6 / 4.1 / 4.2 / 4.6

Restauraciones realizadas: Superior 1.6

Inferior 3.5 / 3.7 / 4.7

✓ **Tratamientos por realizar**

Extracción: Superior 2.2

Restauraciones por realizar: Superior 1.1 / 1.2 / 2.1

Inferior 3.2 / 4.3

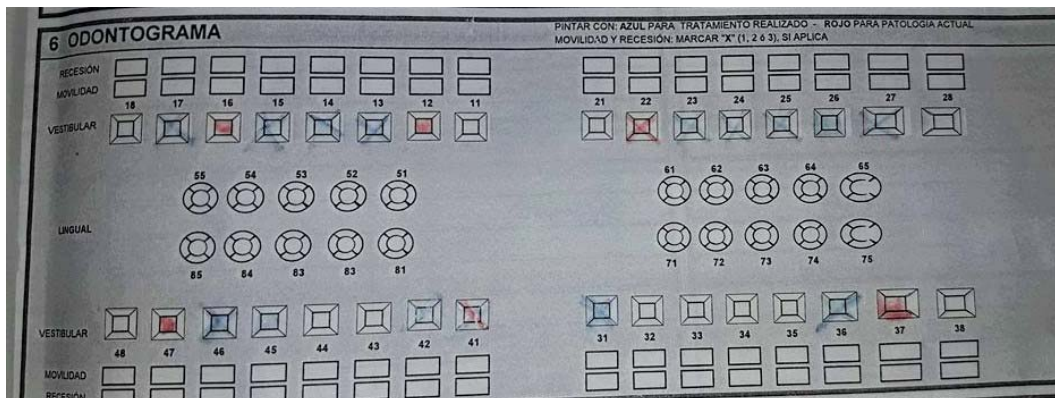


FIGURA 7 Odontograma

6.10 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.

Después de haber realizados los exámenes correspondientes, se procede a los exámenes complementarios, lo que nos servirá para poder corroborar en el diagnóstico más certero, y de esta manera llevar al tratamiento adecuado.

6.11 EXAMEN RADIOGRAFICO.



FIGURA 8 RADIOGRAFÍA PANORÁMICA.

Elaborado por: Alejandro Condo.

6.12 INTERCONSULTA CON EL NEURÓLOGO




Dr. Fernando Villa J
Consultorio Médico. Neurología
Dir. Av. Mariscal Sucre S 12 – 152 y Juan Camacaro Telf.: 2.628- 205
FECHA: 16de Febrero del 2017
NOMBRES: DOMINGUEZ OSTAIZA ARACELI CARMEN C#: 130557132-3
EDAD: 21 AÑOS
APP: NO REFIERE
APQX: NINGUNO
Enfermedad actual y examen físico:
La mencionada paciente acude a mi consulta en compañía de familiares, quienes refieren antecedente de TRAUMA CRANEO ENCEFALICO a la edad de 6 años. Desconocen mecanismo del trauma, posterior a lo cual presenta retraso psicomotriz. No tiene ningún nivel de instrucción.
Examen neurológico: consciente orientada en persona, desorientada en tiempo y espacio. Funciones mentales superiores alterados. Lenguaje conservado Sin compromiso de pares craneales. Sin signos de fictarios motores, fuerza muscular 5/5. Reflejos miotáticos presentes simétricos. Respuesta plantar flexora bilateral, no trastorno sensitivos superficial ni profundo en cuatro extremidades. Pruebas de coordinación, equilibrio y marcha normales. No signos de irritación meníngea.
Exámenes solicitados:
Tomografía cerebral
Impresión Diagnóstica:
Deterioro cognitivo de etiología a determinar
Recomendaciones:
Evaluación neuropsicológica para determinar estado cognitivo actual
Pendiente realización de Tomografía cerebral

Dr. Fernando Villa
16 de febrero de 2017

FIGURA 9 INTERCONSULTA CON EL NEURÓLOGO.

6.13 TOMA DE MODELOS DIAGNÓSTICOS.

Tomamos impresiones con hidrocoloides irreversible (alginato) el cual nos permitirá realizar una copia exacta en negativo de la boca, para después realizar el vaciado con yeso piedra, permitiendo obtener los modelos diagnósticos.

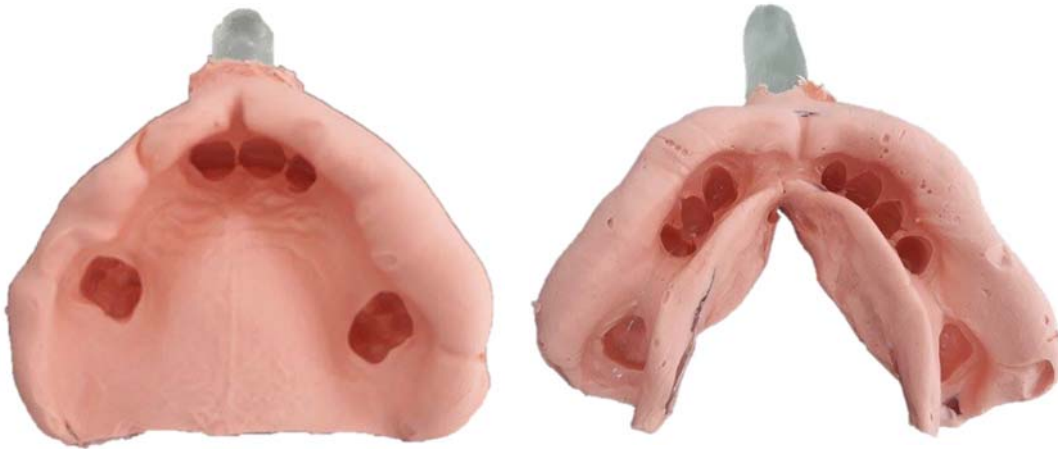


FIGURA 10 IMPRESIONES DIAGNÓSTICAS.

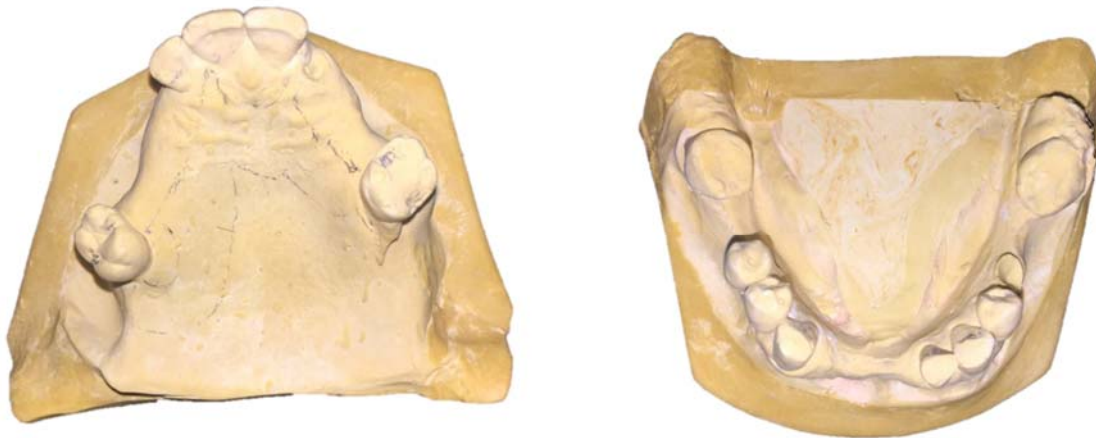


FIGURA 11 MODELOS DIAGNÓSTICOS.

Elaborado por: Alejandro Condo

6.14 DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO.

Presencia de edentulismo parcial superior, edentulismo parcial inferior, resto radicular 2.2.

6.15 DIAGNÓSTICO DEFINITIVO.

Presencia de edentulismo parcial superior, correspondiente a la clase III de Kennedy, subclase uno, edentulismo parcial inferior, perteneciente a clase III de Kennedy, subclase dos, resto radicular del diente 2.2.

6.16 PLAN DE TRATAMIENTO.

Rigiéndonos a un plan de tratamiento bien estructurado, y siguiendo los pasos precisos del protocolo, podremos tener una rehabilitación con un pronóstico favorable (ver tabla 3).

TABLA 3 TABLA DE CONTENIDO DEL PLAN DE TRATAMIENTO.

<p>RESOLUCIÓN DE URGENCIAS</p>	<p>El paciente no refiere sintomatología dolorosa y no presenta ninguna infección.</p>
<p>CONTROL DEL MEDIO CONDICIONANTE</p>	<p>-Se indica al paciente y a su representante mantener el cepillado el cual se ha manejado por estos últimos años, ya que presenta un buen estado de salud bucal.</p> <p>-Mantener los niveles de azúcar.</p> <p>-Consumo de agua adecuado para aumentar el flujo salival, y mejorar la autólisis.</p>
<p>REFUERZO O MODIFICACIÓN DEL HUÉSPED</p>	<p>Se realiza las restauraciones para reconstruir los dientes 1.1 / 1.2 / 2.1 / 3.2 / 4.3</p>
<p>CONTROL DE LAS INFECCIONES NO RESUELTAS COMO URGENCIAS</p>	<p>Exodoncia del resto radicular del diente 2.2</p>
<p>REHABILITACIÓN</p>	<p>-Instalación de prótesis removible, de cromo cobalto en la zona edéntulo antero-posterior del maxilar superior.</p>

	-Instalación de prótesis removible, de cromo cobalto en la zona edéntula posterior de la mandíbula.
MONITOREO	<p>-Inmediata a las 24 horas de la instalación de la prótesis.</p> <p>-Controles para ayudar a la paciente y a su representante para la instalación de la prótesis y su aseo.</p> <p>-Mediata al mes de colocar la prótesis y a los 6 meses como examen de control.</p>

Elaborado por: Alejandro Condo.

6.17 PRONÓSTICO.

El pronóstico para este paciente es favorable, cabe recalcar que es un paciente colaborador y está dispuesta a que se le realice el tratamiento, ayudaremos a retrasar la reabsorción del reborde marginal, también obtener la devolución de la dimensión vertical que esta disminuida por la pérdida de dientes, y conseguir una mejor función y estética, sobre todo se mejorara el estilo de vida y el desenvolvimiento social, todo esto conseguiremos con el trabajo conjunto y apoyo del paciente.

6.18 IMPLICACIONES ÉTICAS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El deber ético y moral de un profesional, siempre será indicar las consecuencias y beneficios de un tratamiento, y sobre todo ser una guía por su conocimiento y experiencia, permitiendo alcanzar un éxito terapéutico, se acepta que el paciente se informó de todos los parámetros, tanto beneficios como riesgos, que se podría tener en la etapa del tratamiento, y durante la utilización de la prótesis después del mismo, y ella estando de acuerdo, se puede observar su firma de aceptación en la historia clínica como en los protocolos de rehabilitación.

6.19 ANÁLISIS Y DESARROLLO DEL TRATAMIENTO.

En este punto, y después de haber elaborado la historia clínica pertinente, y realizado el examen extra-oral, e intra-oral, se ha determinado que la paciente, ha perdido sus dientes en su mayoría, por muchos factores; malos hábitos de higiene, desconocimiento de la importancia de mantener sus dientes en su totalidad y las funciones que estas cumplen, concluyendo que es un edéntulo parcial con la fabricación del odontograma.

6.20 ESTUDIO DEL CASO DEL PACIENTE.

Por las características que presenta la paciente en el estudio, se determina que es idóneo para la rehabilitación, por medio de la fabricación de prótesis removible, informando los parámetros de propuesta de tratamiento, y que considera que opciones va a tomar, pudiendo determinar el tratamiento con las impresiones diagnósticas.

6.21 FASE INICIAL



FIGURA 12 FASE INICIAL DEL PACIENTE.

Elaborado por: Alejandro Condo

6.22 FASE QUIRÚRGICA



FIGURA 13 FASE QUIRÚRGICA DEL PACIENTE.

Elaborado por: Alejandro Condo

6.23 FASE OPERATORIA



FIGURA 14 Fase operatoria del paciente.

Elaborado por: Alejandro Condo

6.24 FASE PROTÉSICA

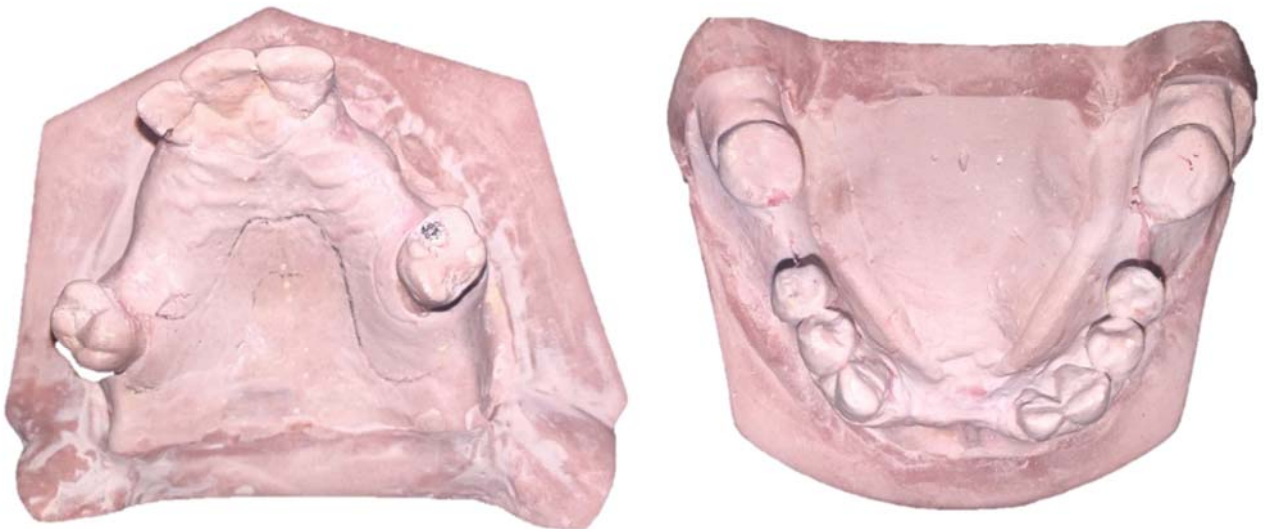


FIGURA 15 FASE PROTÉSICA DEL PACIENTE.

Elaborado por: Alejandro Condo

Prótesis removible de cromo cobalto superior e inferior: Luego de haber tomado las impresiones de diagnóstico y determinado el tratamiento procedemos a denotar el terreno protésico, siguiendo los parámetros mencionados anteriormente en el marco teórico, haciendo hincapié en las retenciones tanto dentales como de tejido tisular.

6.25 DISEÑO DE LA PRÓTESIS

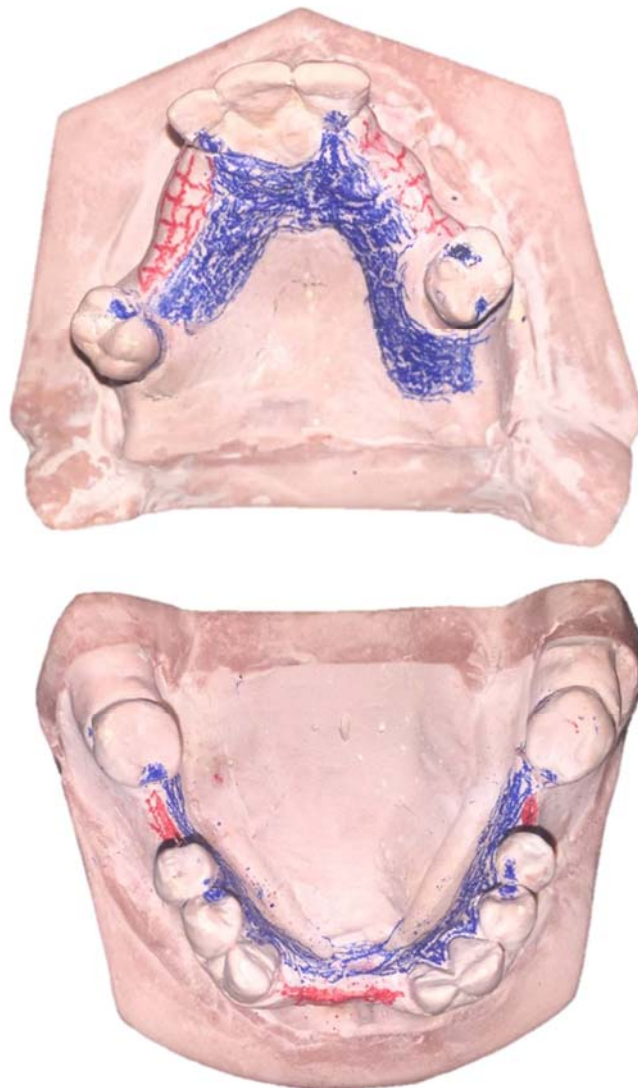


FIGURA 16 DISEÑO DE LA PRÓTESIS.

Elaborado por: Alejandro Condo

6.26 MONTAJE Y ENFILADO

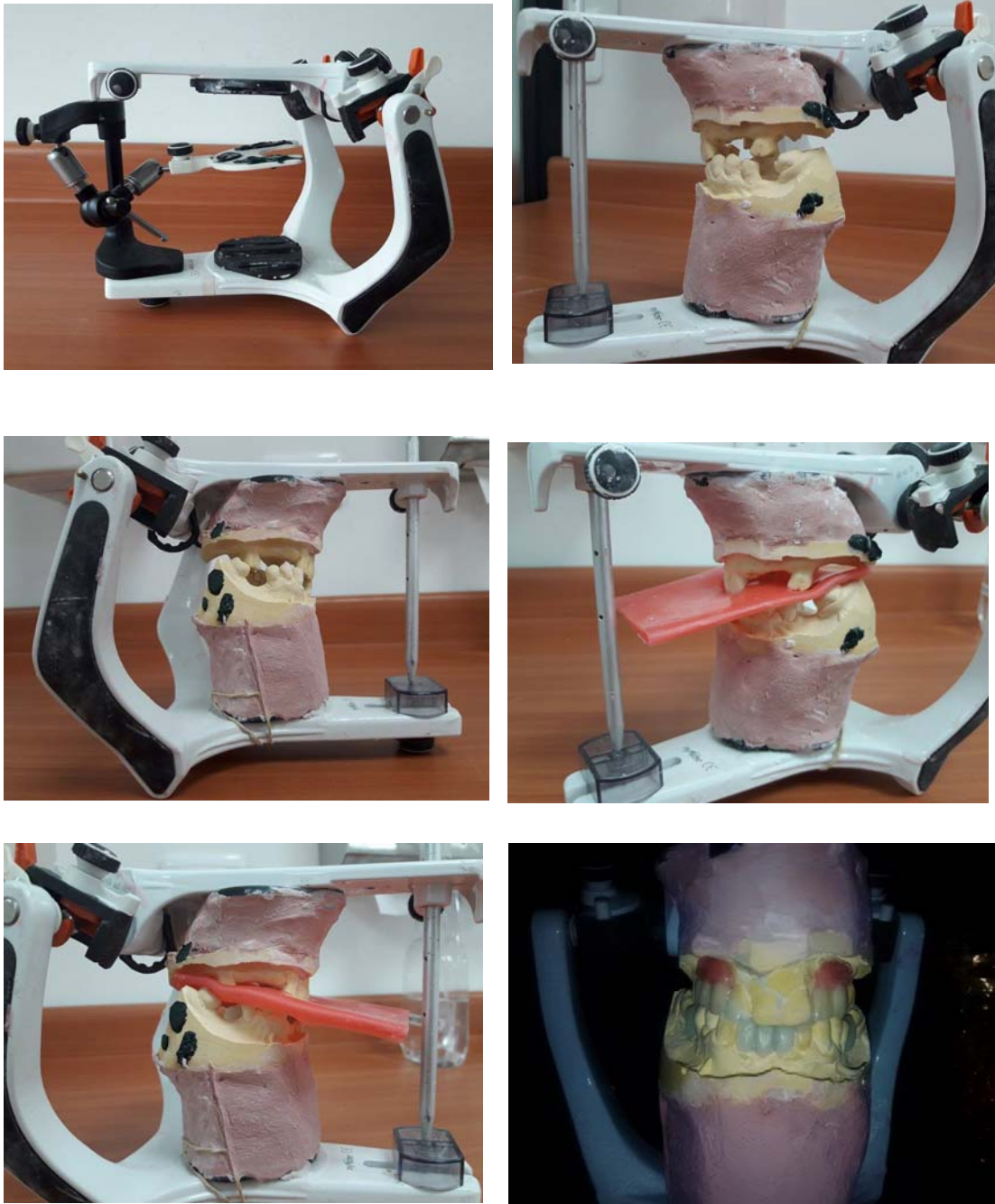


FIGURA 17 MONTAJE Y ENFILADO EN EL ARTICULADOR.

Elaborado por: Alejandro Condo

6.27 PRUEBA DE LA ESTRUCTURA DE METÁLICA SUPERIOR E INFERIOR



FIGURA 18 PRUEBA ESTRUCTURA METÁLICA SUPERIOR E INFERIOR EN EL PACIENTE.

Elaborado por Alejandro Condo

6.28 PRUEBA DE ENFILADO PROTÉSICO

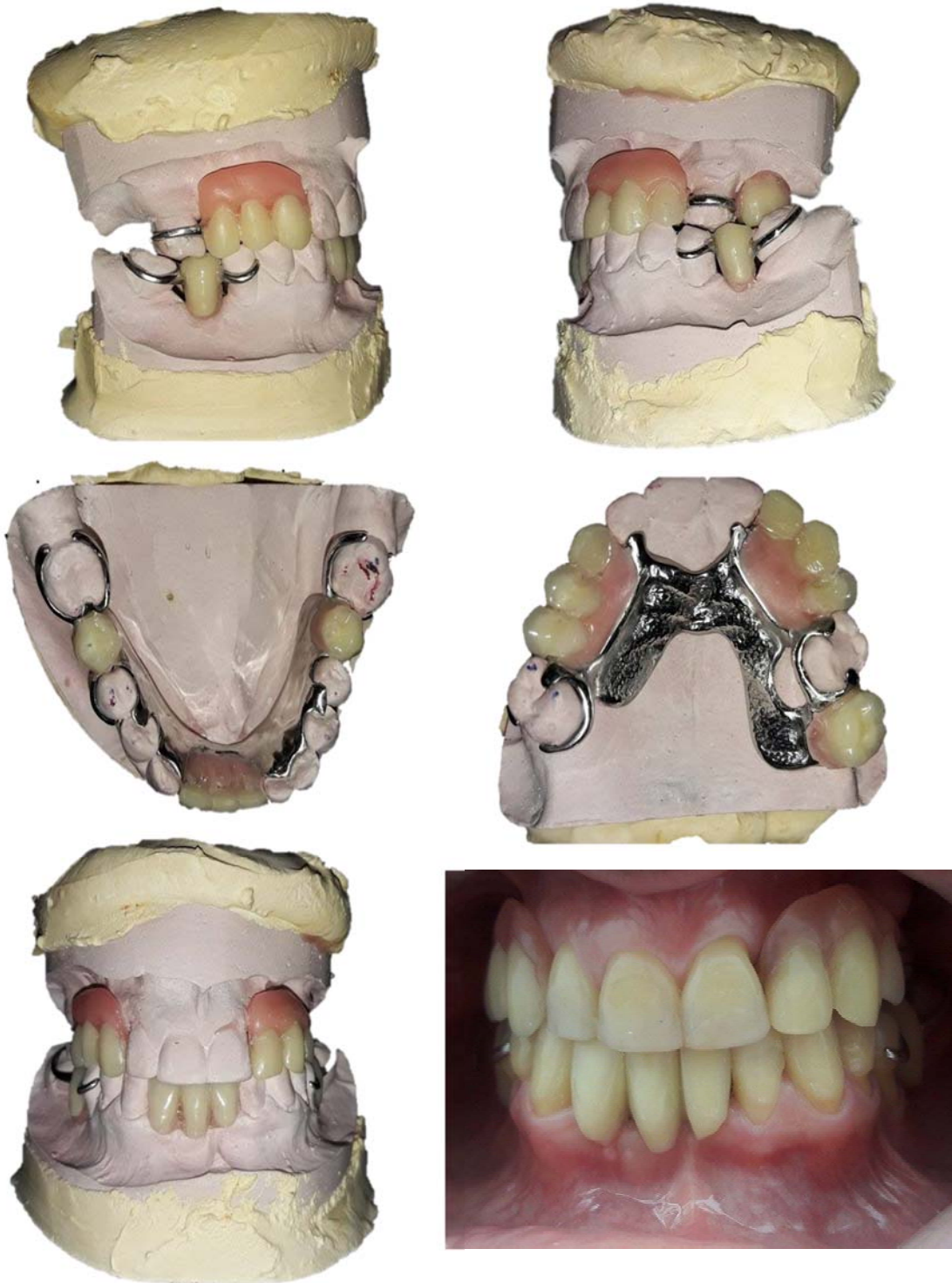


FIGURA 19 PRUEBA DE ENFILADO PROTÉSICO.

Elaborado por: Alejandro Condo

Al entregarnos la prótesis terminada el laboratorio, se realiza la última cita con el paciente, colocando la prótesis, verificando si existía modificaciones sobre la oclusión, se hizo desgastes en el acrílico en los sitios donde estaba molestando la mucosa, se verificó estabilidad y función, se hizo pruebas de fonética, y sobre todo se le pregunto al paciente si estaba de acuerdo con la prótesis, una vez entregada y aclarada todas sus inquietudes, le enseñamos el correcto uso de la misma, las normas de higiene, la forma de la remoción de la prótesis al paciente y a sus familiares ya que al principio sería difícil por su condición, ya que tiene que ser retirada de la base y no con las uñas de los ganchos, y pidiéndole un control periódico para verificar su estado.

6.29 COLOCACIÓN DE PRÓTESIS





FIGURA 20 COLOCACIÓN DE LA PRÓTESIS AL PACIENTE.

Elaborado por: Alejandro Condo

6.30 RESULTADO FINAL

Luego de haber concluido el tratamiento observamos la expresión de satisfacción de la paciente por haber culminado su rehabilitación oral, y como terapeuta llenar sus expectativas tanto funcionales como estéticas, de esta manera permitiéndonos crecer como profesionales y como personas.



FIGURA 21 ANTES Y DESPUÉS DE REALIZAR EL TRATAMIENTO

Elaborado por: Alejandro Condo

7. DISCUSIÓN

El objetivo principal de este trabajo fue conocer las barreras, que tendrá el profesional y las personas con discapacidad y así desarrollar métodos los cuales nos permitan brindar una atención de calidad. Una persona con discapacidad presenta restricciones en su vida cotidiana las cuales pueden limitar o dificultar al momento de realizar sus actividades. La discapacidad muchas veces entorpece acciones rutinarias como el cepillado dental, creando problemas de salud oral, los cuales pueden ser significativamente perjudiciales para la calidad de vida del paciente. (Colmenares., 2013)

Son muchas las barreras que afectan y las cuales no permiten que las personas que presentan algún tipo de discapacidad obtengan una atención médica u odontológica apropiada. Entre algunas se encuentran las barreras geográficas (ubicación de los servicios), las financieras (costos de la atención), organización (falta de citas, largas esperas, transporte), culturales y algunas más específicas dentro de la atención en la consulta dental, que pueden ser físicas, estructurales y tecnológicas. (Colmenares., 2013)

Proporcionar a las personas con discapacidad una buena asistencia odontológica se está convirtiendo en los últimos años en una necesidad de suma importancia para las clínicas dentales. De todas las personas que acuden a la consulta odontológica una parte muy pequeña pero sumamente importante son pacientes que padecen algún tipo de discapacidad. El problema odontológico es uno de los problemas de salud que afectan a un alto porcentaje la población con algún tipo de discapacidad, habiendo por tanto una alta demanda de tratamientos. (Lozano, 2011)

El odontólogo debe ser, una persona dispuesta, y capaz de realizar un plan de tratamiento bien elaborado, basándose en los protocolos, y sobre todo a lo

aprendido en el recorrido de su profesión, informando y explicando al paciente cada uno de ello, logrando que el paciente disponga de tiempo para asistir a su consulta, puesto que cualquier tratamiento debe regirse a un tiempo no muy prolongado, pero si necesario para tener éxito, y así lograr que el paciente este satisfecho y conforme con lo realizado. (Mallat, 2004)

8. CONCLUSIONES

- Se desarrolló estrategias para ayudar a cubrir las necesidades del paciente sistémicamente comprometido y a su vez proponer métodos que beneficien su futura rehabilitación oral y mejoren su estilo de vida.
- Al realizar este trabajo uno de los objetivos más importantes fue el devolver la función del aparato estomatognático al paciente con déficit cognitivo, pero sin dejar a un lado la parte estética la cual nos permitiría devolver la seguridad y autoestima.
- Se generaron métodos que nos ayudaron a tratar al paciente sistémicamente comprometido y a su vez conocer las limitaciones que el profesional y estudiante tiene para tratar estos casos y así capacitarnos para brindar una atención más completa y de calidad para los pacientes con discapacidad.

9. RECOMENDACIONES

Como recomendación principal creo que el profesional que está encargado de la salud bucal debería capacitarse y ampliar sus conocimientos para el manejo de los pacientes que presenten algún tipo de discapacidad. Así mejorando la atención para los pacientes y obtener tratamientos idóneos dependiendo del cuadro clínico, siendo capaces de manejar este tipo de situaciones y a la vez brindar el mayor bienestar al paciente.

Otro punto a seguir sería implementar una clase o charlas hacia los estudiantes, de cómo se debe manejar a un paciente discapacitado, puesto que como experiencia propia no sabemos cómo es la mejor forma de interactuar en estos casos, cuando estamos iniciando nuestras prácticas, por este motivo tal vez son las consecuencias de no poder brindar nuestros servicios o concluir un procedimiento.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón, C. A. (2011). Implantes dentales para mejorar labiomecánica y estética de la prótesis parcial removible. *Revista Estomatológica Herediana*.
- Alonso, A. A. (1999). Oclusión y diagnóstico en rehabilitación oral. En A. A. Alonso, *Oclusión y diagnóstico en rehabilitación oral*. Médina Panamericana.
- Barreto, J. F. (2008). La dimensión vertical restaurada en la prótesis dental parcial removible. *Colombia Médica*.
- Becker, I. M. (2011). Comprehensive Occlusal Concepts in Clinical Practice. En I. M. Becker, *Comprehensive Occlusal Concepts in Clinical Practice*. WILEY - BLACKWELL.
- Bermejo, F. P. (1993). *Demencias conceptos actuales*. Madrid - España: Díaz de Santos.
- Cameron, A. (2010). Manual de Odontología Pediátrica. En A. Cameron, *Manual de Odontología Pediátrica*. Madrid: Harcourt.
- Cohen, S. B. (2010). Autismo y Síndrome de Asperger. En S. B. Cohen, *Autismo y Síndrome de Asperger* (págs. 1 - 204). Alianza.

- Colmenares., H. F. (2013). Barreras físicas y estructurales para el tratamiento odontológico de personas con discapacidad motora. *Facultad de Odontología, Universidad Antonio Nariño, Colombia*, 1-6.
- Corretger, J. M. (2005). Síndrome de Down. Aspectos médicos actuales. En J. M. Corretger, *Síndrome de Down. Aspectos médicos actuales*. Barcelona: MASSON, S.A.
- Cortina, D. V. (2002). Historia Clínica. Metodología Didáctica. En D. V. Cortina, *Historia Clínica. Metodología Didáctica* (págs. 1-305). México: Panamericana.
- DEGUCHI, J. Y. (1995). Prótesis total. En J. Y. DEGUCHI, *Prótesis total*. México: Universidad Autónoma de México.
- Desplats, E. M. (2004). Prótesis parcial removible y sobredentaduras. En E. M. Desplats, *Prótesis parcial removible y sobredentaduras*. Gènova, España: ELSEVIER.
- Fernades, A. A. (2016). Autismo. En A. A. Fernades, *Autismo*. Votuporanga.
- Fernando Guzman, C. A. (2012). *sistema de informacion cientifica*. Obtenido de google: <http://www.redalyc.org/html/3555/355535148002/>
- Gonzáles. (2001). Déficit, diferencia y discapacidad. *Topia*.

Guix, J. L. (2009). Deterioro cognitivo leve. En J. L. Guix, *Deterioro cognitivo leve*.
Barcelona: Glosa.

H., S. (2011). *Fundamentos esenciales en prótesis fija*. España: Quintessence.

Jose fernando Barreto, O. (2008). La dimensión vertical restaurada en la prótesis
dental parcial removible. *Colombia Medica* .

Lozano, D. L. (2011). Odontología y discapacidad. *Fundacionprevent*, 1-5.

Mallat, E. (2004). *Protesis Parcial Removible y Sobredentaduras*. España:
ELSILVER.

Margareta Molin Thoren, J. G. (2012). *Prótesis Removible*. Dinamarca:
AMOLCA.

Martínez, V. T. (2005). El deterioro cognitivo: una mirada previsor. *Revista
Cubana de Medicina General Integral*.

OKESON, J. P. (2013). Tratamiento de Oclusión y afecciones
Temporomandibulares. En J. P. OKESON, *Tratamiento de Oclusión y
afecciones Temporomandibulares*. DRK Edición.

Pruneda. (2013). Prevalencia de maloclusiones. *Labor*.

- Ravaglia. (2000). Aspectos psico clínicos para la atención odontológica de los pacientes con discapacidad. *Acta odontologica venezolana*.
- Retardation, A. A. (2004). RETRASO MENTAL. Definición, clasificación y sistemas de apoyo. En A. A. Retardation, *RETRASO MENTAL. Definición, clasificación y sistemas de apoyo* (págs. 1 - 352). Alianza.
- Roberto, R. Y. (2004). *Prótesis Parcial Removible, Conceptos actuales, Atlas de diseño*. México: Panamericana.
- Sierra, E. d. (s.f.). *Diagnóstico Práctico de Oclusión*. Mexico: Panamericana.
- Silvestre., F. J. (2007). odontología en pacientes especiales. En F. J. Silvestre., *odontología en pacientes especiales* (págs. 1-330). Valencia-España: universitat Valencia.
- Susana, F. R. (2012). Retraso Mental: un problema de salud pública. En F. R. Susana, *Retraso Mental: un problema de salud pública* (págs. 1 - 64). Académica Española.
- Tellez. (2009). Rehabilitación con coronas completas de metal - cerámica y prótesis parciales removibles convencionales. *Revista Científica Odontológica Sanmarquina*.
- Wheeler. (2008). *Anatomía, Fisiología y Oclusión Dental*. Elsevier.