

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

POSTGRADO DE ODONTOLOGÍA INFANTIL

**PROPUESTA DE PROTOCOLO PARA LA
ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE PACIENTES
CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.**

Trabajo Especial de Grado
presentado ante la Ilustre
Universidad Central de
Venezuela por el Odontólogo
Ilian J. Bustos Lucas para optar
al título de Especialista en
Odontología Infantil

Caracas, 19 de Septiembre de 2011

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

POSTGRADO DE ODONTOLOGÍA INFANTIL

**PROPUESTA DE PROTOCOLO PARA LA
ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE PACIENTES
CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.**

Autor: Od. Ilian J. Bustos Lucas

Tutor: Dra. Mildred V. Longobardi C

Caracas, 19 de Septiembre de 2011

VEREDICTO

Aprobado en Nombre de la Universidad Central de Venezuela por el siguiente jurado examinador:

Firma _____

Dra. Mildred V. Longobardi C (Coordinador)

Firma _____

(Dra. Cristina Pérez)

Firma _____

(Dra. Ana San Agustin)

Lugar y Fecha _____

Observaciones

DEDICATORIA

A Dios por darme la fuerza y perseverancia, para superar los retos que se me presentan en el día a día.

A todos aquellos que por un motivo u otro viven hoy en día con una discapacidad, a ellos que día a día intentan superarse para entrar en nuestra sociedad. A ellos, niños o adultos, quienes fueron fuente de mi inspiración.

A mi familia, lo más especial para mí, este logro no es solo mío, es de ustedes también.

Ilian J. Bustos Lucas

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Héctor Bustos y Liliana Lucas, por su apoyo incondicional y motivarme a lograr mis metas. Por darme todo lo necesario en la vida y enseñarme a valorar el trabajo duro y el esfuerzo como el camino para lograrlo todo.

A mis hermanos, Alejandro, Facundo y Leandro por apoyarme en los momentos importantes y ayudarme a levantarme cuando lo necesite.

A la Dra. Mildred Longobardi por su gran paciencia, orientación, confianza y constante estímulo hacia mí y más que una tutora ser una gran persona, quien me ayudó en etapas difíciles y me enseñó a superarlas.

A la Coordinadora del Postgrado de Odontología Infantil Dra. Luzia Da Silva por sus palabras sabias en el momento justo.

A todos los docentes del Postgrado de Odontología Infantil por todo el apoyo y enseñanzas que me brindaron durante mi estadía en el mismo.

A todos los docentes de la Cátedra de Odontología Infantil, quienes me enseñaron que la batalla nunca cesa, que debemos ser constantes para lograr las metas que nos proponemos.

A mi gran amiga Patricia Vivas y su familia, por ser la mejor de las amigas y enseñarme que la amistad es un gran sentimiento tan fuerte y verdadero, por hacerme sentir en casa durante los días de estudio.

A mis amigas Clarisa, Raffaella, Natsibeth, María Eugenia, Gabriela y Digna por acompañarme a lo largo de mi postgrado y ser mucho más que compañeras durante el mismo.

A Yelitza y la Sra. Sonia, quienes comparten el día a día de la sala clínica, quienes me vieron luchar cada mañana y me ven partir con cara de agotada, pero orgullosa. A ellas les debo un millón de cariños

.
A todas aquellas personas que de una u otra forma me han ayudado a ser la persona que soy.

LISTA DE CONTENIDOS

I	PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	6
1	Formulación del problema	7
2	Justificación	8
3	Objetivos	12
3.1	Objetivo General	12
3.2	Objetivos Específicos	12
4	Limitaciones	13
II	MARCO TEÓRICO	15
1	Discapacidad	15
1.1	Definición	16
1.2	Antecedentes Históricos de la Clasificación	19
1.3	Prevalencia	24
1.4	Clasificación de la Discapacidad	27
2	Discapacidad Intelectual	30
2.1	Etiopatogenia	34
2.2	Clasificación de la Discapacidad Intelectual	40
2.2.1	Retardo Mental	43
□	Definición	45

□ Epidemiología	47
□ Clasificación	49
□ Generalidades	52
□ Patologías Bucales mas frecuentes del Retardo	
Mental	53
□ Consideraciones Odontológicas	54
2.2.2 Síndrome Down	58
□ Definición.....	59
□ Epidemiología	61
□ Clasificación	62
□ Generalidades	63
□ Patologias Bucales mas frecuentes del Síndrome de	
Down	72
□ Consideraciones Odontológicas	73
2.2.3 Espectro Autista	76
□ Definición.....	77
□ Epidemiología	82
□ Generalidades	83
□ Patologias Bucales mas frecuentes del Espectro	
Autista	86
□ Consideraciones Odontológicas	88

3 Historia RIESGO/BENEFICIO-Medico/ODONTOLÓGICO

de los Pacientes con Discapacidad Intelectual para el	
Tratamiento Odontológico -----	90
4 Anestesia General -----	99
□ Definición-----	99
□ Indicaciones de la Anestesia General y Sedación en Odontología-----	100
□ Procedimientos para la Anestesia General o Sedación -----	102
A. EVALUACIÓN PREANESTÉSICA -----	105
B. CONSENTIMIENTO INFORMADO -----	109
MONITORIZACIÓN DURANTE LA ANESTESIA GENERAL Y LA SEDACIÓN -----	112
RECUPERACIÓN POST ANESTESICA -----	113
III PROTOCOLOS DE ATENCIÓN -----	118
1 PROTOCOLO GENERAL DE ATENCIÓN SEGÚN COMO Y DONDE REALIZAREMOS EL TRATAMIENTO-----	118
2 PROTOCOLO POR ÁREA DE TRATAMIENTO -----	122
2.1 PROTOCOLO PREVENTIVO-----	124
2.2 PROTOCOLO RESTAURADOR-----	129
2.3 PROTOCOLO ENDODONTICO -----	133
2.4 PROTOCOLO QUIRÚRGICO-----	137

2.5	PROTOCOLO PROTÉSICO -----	140
2.6	PROTOCOLO ORTODÓNCICO-----	143
2.7	PROTOCOLO PARA QUIRÓFANO-----	145
IV	CONCLUSIONES-----	154
V	RECOMENDACIONES -----	156
VI	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	157
VII	ANEXOS -----	168

LISTA DE TABLAS

Tabla I Limitaciones asociadas con la discapacidad intelectual.	32
Tabla II Dimensiones Conceptuales utilizadas en el estudio de la Discapacidad Intelectual.	33
Tabla III Etiopatogenia de la Discapacidad Intelectual	36
Tabla IV. Clasificación de la Discapacidad Intelectual, por grupo etéreo	43
Tabla V. Niveles de Retardo Mental.....	49
Tabla VI Resumen de antecedentes de la visión del Autismo....	77
Tabla VII Clasificación de los trastornos generalizados de desarrollo. Espectro Autista	81
Tabla VIII. Escala de Karnofsky	93
Tabla IX. Índice ECOG	94
Tabla X. Correspondencia entre los indicadores ECOG y Karnofsky	95
Tabla XI. Modificaciones en el tratamiento odontológico	95
Tabla XII. Escala DRAPE.....	97

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Cariotipo del Síndrome Down.....	60
Figura 2. Características Físicas del Síndrome Down.	69
Figura 3. Características Bucales del Síndrome Down	71

RESUMEN

Existen millones de personas en el mundo que por motivos inesperados viven con algún tipo de discapacidad. En nuestro país, la educación para la atención odontológica de los pacientes con discapacidad sufrió durante muchos años una suerte de negación colectiva. La discapacidad ha sido un tema controversial por su amplia clasificación, que con el pasar del tiempo se ha intentado estudiar de una manera más didáctica. La discapacidad Intelectual se define como un trastorno en el que ocurre un desarrollo mental incompleto o este se detiene, caracterizado por el deterioro de las funciones concretas en cada etapa de desarrollo y que contribuyen al nivel general de inteligencia, como la cognitiva, lenguaje, motor y funciones de socialización. Entre las discapacidades intelectuales más frecuentes en nuestro país y el área odontológica podemos citar: Retardo Mental, Síndrome Down y Trastornos del Espectro Autista. El presente trabajo tiene como objetivo crear un protocolo de atención para la atención odontológica del paciente con discapacidad intelectual, el cual guiará al odontólogo en la prestación de servicio de manera más idónea a este tipo de pacientes.

INTRODUCCION

La discapacidad es una realidad humana que ha sido percibida de manera diferente en distintos períodos históricos y civilizaciones. Se han propuesto diversos modelos conceptuales para explicar y entender la discapacidad y su funcionamiento. Esta variedad de modelos puede ser expresada de dos formas: un *modelo médico* frente a un *modelo social*. El primero considera la discapacidad como un problema personal directamente causado por una enfermedad, trauma o estado de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales. El segundo observa el problema de la exclusión social de las personas con discapacidad, las cuales son etiquetadas, estigmatizadas, marcadas de por vida por el solo hecho de ser diferentes y esto los coloca en una situación de inferioridad. ¹

Silvestre y Plaza, 2.007, se refieren con el término *paciente especial* a aquel paciente que presenta unas características o condiciones que lo hacen singular frente a lo ordinario, debido a:²

- La existencia de riesgo médico por padecer un proceso importante.

- La dificultad de manejo clínico odontológico:
 - Por la conducta.
 - Por la técnica odontológica.

- La existencia de lesiones orales características que hacen más vulnerable al paciente ante el tratamiento odontológico.

- La posible interacción entre el proceso sistémico y el tratamiento odontológico.

Para los odontólogos, un paciente con capacidades diferentes es aquel que presenta signos y síntomas que lo alejan de lo convencional, sean estos de orden físico, mental, sensorial, o de comportamiento y que, para su atención exigen maniobras, conceptos, equipamiento y personal de ayudas especiales, con capacidad de atender las necesidades que éstos generan, escapando a los programas y rutinas estándares que se llevan a cabo para el mantenimiento de la salud buco dental de la

población. ²

Los profesionales en Odontología capacitados para solventar los problemas bucales de las personas con discapacidad son muy pocos; porque generalmente el asunto de su atención no es considerado en las instituciones de enseñanza de la Odontología, tanto a nivel de pre-grado como de post-grado. ³

Ravaglia en el 2001, expone lo siguiente: con excepción de algunos grupos de profesionales que se ocupan de estos pacientes, aportando su buena voluntad y vocación de servicio, existen muy pocos lugares o no los hay, donde se les pueda atender. Otra forma de discriminación es derivarlos a alguna institución hospitalaria para ver si se les trata bajo anestesia general, ignorando si esta vía es la más adecuada para su rehabilitación buco dental. ^{4,5}

Por otra parte los servicios odontológicos han sido omitidos de muchos programas de salud, bien por la apatía de los padres y/o cuidadores ante las necesidades odontológicas del paciente con discapacidad o en gran medida a las necesidades

educacionales, médicas, etc., que ellos requieren. La atención bucodental es la única necesidad aún no cubierta en el tratamiento y rehabilitación de los pacientes especiales, tanto en calidad como en cantidad.^{2,3,4,6,7}

Según la literatura revisada, encontramos que en los países desarrollados muchos odontólogos generales están poco dispuestos a proporcionar servicios odontológicos en pacientes con discapacidad intelectual, debido a una combinación de educación limitada, experiencia e interés así como el reembolso financiero poco realista. De esta manera la atención de estos pacientes ha sido abordada mayormente por Odontopediatras, quienes trabajan de manera integral a este tipo de pacientes gracias a las herramientas obtenidas en su formación, sin embargo es de suma importancia incorporar otras especialidades del área odontológica ya que cada uno aportaría su visión sobre qué hacer y cómo hacerlo, sobre todo en los pacientes adultos con discapacidad.^{2,5,6}

Un protocolo es el plan o conjunto de pasos que deben seguirse para la atención odontológica, en este caso, del paciente con discapacidad intelectual. Esta propuesta describirá

claramente dónde?, cómo? y por qué? es necesario brindar esta atención, los pasos a seguir en cada una de las áreas de atención odontológica: prevención, restauradora, prótesis, endodoncia, periodoncia, cirugía, ortodoncia, etc., la forma en que se realizará el tratamiento (si es de manera convencional, ambulatoria, hospitalaria, sedación, anestesia general) a fin de garantizar el tratamiento más idóneo para cada caso. Esta propuesta detalla la forma en que se deben tratar, selección según el caso y evaluación crítica de los pacientes con discapacidad intelectual, y se recopilarán y analizarán los protocolos de atención odontológica de este tipo de pacientes en otros países, a fin de poder establecer el más apropiado a nuestra realidad.

I PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

La visión que se le ha dado a lo largo del siglo pasado a la discapacidad, estaba relacionada con una condición o función que se consideraba deteriorada con respecto al estándar general de un individuo o de su grupo. El término, de uso frecuente, se refiere al funcionamiento individual, incluyendo la discapacidad física, sensorial, intelectual, enfermedad mental, y varios tipos de enfermedad crónica.⁸

Según la OMS⁹, define a la discapacidad como el "resumen de un gran número de diferentes limitaciones funcionales que se registran en las poblaciones de todos los países del mundo. La discapacidad puede revestir la forma de una deficiencia física, intelectual o sensorial, una dolencia que requiera atención médica o una enfermedad mental. Tales deficiencias, dolencias o enfermedades pueden ser de carácter transitorio, o definitiva".⁹

Los pacientes con discapacidad suelen necesitar una atención especial de sus condiciones de salud integral, desde su nacimiento. No tienen problemas de salud oral propios o únicos.

Sin embargo, algunos de estos problemas tienden a ser más frecuentes y graves. El tratamiento profesional temprano y el cuidado diario en el hogar pueden reducir su severidad y permitir que las personas con este tipo de discapacidad puedan gozar de los beneficios de una boca sana. ^{10,11,1,12}

Se reconoce que niños y adultos jóvenes con Síndrome Down, Retardo Mental o Autismo tienen menos caries pero un mayor problema periodontal que las personas sin este tipo de discapacidad, pero a su vez presentan graves deficiencias motoras que limitan una buena higiene bucal. Es necesario que la familia conozca que un niño portador de estas discapacidades también puede producir felicidad y ser feliz; y que sepan que la tendencia a "esconder" la situación, evitando que el niño salga de la casa, les va a producir más dolor y tensión. ¹¹

1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

- ¿Conoce el odontólogo general y los especialistas las consideraciones especiales de los pacientes con Discapacidades Intelectuales?

- ¿Conoce el odontólogo como atender a pacientes con Discapacidad Intelectual?
- ¿Existe algún protocolo de atención odontológica a este tipo de pacientes dirigido a odontólogos generales o especialistas en nuestro país?

2 JUSTIFICACIÓN

En nuestro país, la educación para la atención odontológica de los pacientes con discapacidad ha sufrido durante muchos años una negación colectiva que lleva como resultado una discriminación verdadera de estos pacientes, ocasionando que las familias mantuviesen ocultos a sus hijos, privándolos de la libertad del contacto con la sociedad.^{3,4,11}

Según Badra, citado por Ravaglia en el 1999, desde el punto de vista filosófico, “la boca es uno de los órganos más importantes del cuerpo humano ya que por ella pasa el primero y el último aliento de la vida; por ella el individuo se comunica con la palabra o la sonrisa; por ella pasan y sufren su primera

transformación los alimentos que generarán la energía necesaria para el desarrollo de la vida; por ser la boca el primer órgano que le permite, por su sensibilidad táctil, ubicar a la madre o al pecho materno que le dará de comer”.³ Siendo la boca un órgano tan importante según lo citado desde el punto de vista poético ¿cómo no va a ser importante su cuidado y la prevención de enfermedades en ella?

El tema de la atención odontológica a los niños o adultos con discapacidad no ha sido tratado a profundidad en las diferentes instituciones universitarias venezolanas, tanto a nivel de pregrado como de postgrado, y es de suma importancia ya que hoy en día el número de afectados ha aumentado debido a las mejoras en su calidad de vida. Este problema surge por la poca o casi nula información que posee el odontólogo, general y algunos especialistas, en lo que respecta a la atención odontológica de este sector de la población lo cual hace que ignoren una realidad que forma parte del vivir diario de muchos hogares, y los padres o cuidadores al buscar tratamiento y solución a los problemas bucales de sus familiares encuentran poca respuesta, negación para la atención y/ o la mala canalización de los casos.^{3,5}

Existe una necesidad real de la integración del odontólogo en la rehabilitación de salud de estos pacientes, no solo a nivel bucal, donde se toman en cuenta dientes a tratar o a extraer, sino como un individuo integral, ya que debemos ver un poco más allá del estado sistémico de estos pacientes debido a que podemos colaborar a mejorar su calidad de vida. ^{3,5,11}

Actualmente en nuestro país existe un problema Socio – Económico bastante grave el cual limita, a la atención odontológica de pacientes con Discapacidad Intelectual. Se conoce que este problema puede estar presente en cualquier clase y nivel social, así como raza, sexo o creencia religiosa. Es por ello, que todo profesional de la salud bucal debe concientizar y tener los conocimientos básicos para poder atender, en un consultorio odontológico y de manera ambulatoria, a este tipo de pacientes y reconocer los casos que deben ser referido al especialista o especialistas, así como también de qué? manera deben ser atendidos (ambulatorio convencional, ambulatorio con sedación o anestesia general u hospitalaria) según la evaluación médica, bucal y comportamental que se haya realizado siguiendo el protocolo establecido, para de esta manera evitar el mal uso de tiempo y recursos.

En enero del presente año, la Facultad de Odontología crea el Centro de Atención Odontológica al Paciente con Discapacidad (CAPDIS), con la intención de mejorar la atención de esta población con la participación tanto de pregrado como de postgrado de manera coordinada y eficiente incluyendo no solo la canalización y tratamiento en las diferentes salas sino incluso la atención especializada en el servicio de aquellos casos que así lo ameriten, dictando seminarios actualizados sobre las discapacidades más frecuentes desde el punto de vista odontológico y creando o dando pautas sobre los protocolos que se deben seguir para la atención odontológica de calidad que este grupo poblacional se merece, ya que hasta el año 2010 la Facultad de Odontología atendía a esta población a través de los postgrados de Odontología Infantil (Tratamiento Integral) y Cirugía Bucal cuando la solución era netamente quirúrgica. Al crear este centro lo que se busca es la integración y participación de los diferentes postgrados debido a la falta de experiencia que ellos poseen en esta materia, es necesario establecer protocolos que permitan orientarlos y guiarlos en la prosecución de un tratamiento efectivo y real, pues hasta hace poco la atención de las personas adultas en esta institución había sido dada únicamente por el postgrado de odontopediatría con la colaboración ocasional, cuando las condiciones lo

permitían, de algunos residentes de los diferentes postgrados que por solidaridad participaban en el proceso, pero no porque de manera formal estuviera establecido en su formación o en sus programas.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Proponer un protocolo para la atención odontológica de pacientes con Discapacidad Intelectual

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer las características generales de los pacientes con Retardo Mental, Síndrome Down y Espectro Autista.

- Conocer las patologías bucales más frecuentes de los pacientes con Retardo Mental, Síndrome Down y Espectro Autista.
- Conocer las consideraciones odontológicas de los pacientes con Retardo Mental, Síndrome Down y Espectro Autista.
- Elaborar protocolos de atención odontológica de pacientes con discapacidad intelectual, general y por áreas de tratamiento acordes a nuestra realidad, social, económica, etc.

4 LIMITACIONES

En este trabajo se revisaron diversos trabajos y consideraciones odontológicas de atención para pacientes con discapacidad intelectual de diferentes partes del mundo de los últimos 15 años, por lo cual podría limitarse la recolección de datos para el estudio, si dichos protocolos no pueden ajustarse a

nuestra realidad social, cultural y económica del país.

Siendo el problema de la discapacidad tan común, es importante que las opciones de tratamiento para estos casos sean bien conocidas y bien aplicadas por el profesional, que pueda evaluar cada caso correctamente mediante las herramientas de diagnóstico disponibles a fin de aplicar con éxito dicho tratamiento; por esto es necesario determinar los factores que nos guiarán a una atención más adecuada.

Este trabajo servirá de guía general para la atención de pacientes con Discapacidad Intelectual pero debemos reconocer que cada paciente tendrá sus particularidades, por lo que los casos deben ser evaluados de manera individual.

II MARCO TEÓRICO

1 DISCAPACIDAD

Más de mil millones de personas viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad; de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento.^{9,13}

“El paciente discapacitado deficiente ó como más modernamente se llaman pacientes especiales, son aquellos que por largos periodos de tiempo, por condiciones físicas o mentales están limitados de una participación completa en las actividades normales de su grupo de edad, incluyendo aquellas de naturaleza social, recreativa, educacional y vocacional”.^{9,13}

Estos pacientes constituyen un serio problema para todos los países, pues si bien el desarrollo económico, político y social, reduce el número de casos que produce el subdesarrollo, por motivos no bien definidos las enfermedades discapacitantes tienden a aumentar, incluso en países muy desarrollados pues

muchas de estas afecciones se atribuyen a factores poligénicos ambientales, trastornos pre, peri y post natales (además del uso y consumo de drogas).^{9,14}

1.1 DEFINICIÓN

La discapacidad forma parte de la condición humana: casi todas las personas sufrirán algún tipo de discapacidad transitoria o permanente en algún momento de su vida, y las que lleguen a la edad senil experimentarán dificultades crecientes de funcionamiento lo cual los colocará en una situación de discapacidad. La discapacidad es compleja, y las intervenciones para superar las desventajas asociadas a ella son múltiples, sistémicas y varían según el contexto.⁹

La *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF), adoptada como marco conceptual para el Informe Mundial de Discapacidad, define a la misma como un término genérico que engloba deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación. La discapacidad denota los aspectos negativos de la interacción

entre personas con un problema de salud (como parálisis cerebral, Síndrome Down) y factores personales y ambientales (como actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles, y falta de apoyo social).^{9,15,16}

Según la Ley para Personas con Discapacidad, 2007,¹⁷ define en su artículo 6:

“Se entiende por discapacidad la condición compleja del ser humano constituida por factores biopsicosociales, que evidencia una disminución o supresión temporal o permanente, de alguna de sus capacidades sensoriales, motrices o intelectuales que puede manifestarse en ausencias, anomalías, defectos, pérdidas o dificultades para percibir, desplazarse sin apoyo, ver u oír, comunicarse con otros, o integrarse a las actividades de educación o trabajo, en la familia con la comunidad, que limitan el ejercicio de derechos, la participación social y el disfrute de una buena calidad de vida, o impiden la participación activa de las personas en las actividades de la vida familiar y social, sin que ello implique necesariamente incapacidad o inhabilidad para insertarse socialmente. “

En su artículo 7 define a la persona con Discapacidad ¹⁷:

“Son todas aquellas personas que por causas congénitas o adquiridas presenten alguna disfunción o ausencia de sus capacidades de orden físico, mental, intelectual, sensorial o combinaciones de ellas; de carácter temporal, permanente o intermitente, que al interactuar con diversas barreras le impliquen desventajas que dificultan o impidan su participación, inclusión e integración a la vida familiar y social, así como el ejercicio pleno de sus derechos humanos en igualdad de condiciones con los demás.

Se reconocen como personas con discapacidad: Las sordas, las ciegas, las sordociegas, las que tienen disfunciones visuales, auditivas, intelectuales, motoras de cualquier tipo, alteraciones de la integración y la capacidad cognoscitiva, las de baja talla, las autistas y con cualesquiera combinaciones de algunas de las disfunciones o ausencias mencionadas, y quienes padezcan alguna enfermedad o trastorno discapacitante; científica, técnica y profesionalmente calificadas, de acuerdo con la Clasificación Inter nacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud de la Organización Mundial de la Salud.”

Esta Ley promulgada el 5 de Enero del 2007 es el mayor marco legal en el país al momento de hablar de discapacidad e incluso está adaptada a los criterios y premisas de la OMS a través de la CIF. Sin embargo hoy en día, a nivel mundial, se reconoce la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la

Discapacidad y la Salud de la Organización Mundial de la Salud (CIF), como el máximo documento legislador la cual tiene como objetivo principal brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual para la descripción de la salud y los “estados relacionados con la salud” ^{15,16}

1.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA CLASIFICACIÓN

A continuación se expone un breve resumen de los hitos principales del largo proceso de revisión que han conducido a la aparición de una nueva clasificación dentro de la familia de clasificaciones de la OMS. ^{15,16,18}

1976. La Organización Mundial de la Salud aprueba, para ensayo, la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), como «manual de las consecuencias de la enfermedad». ^{15,16,18}

1980. Se publica la versión oficial, en inglés, de la CIDDM.

1983. El Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) publica la versión en castellano de la CIDDM, que merece la aprobación por la OMS como versión oficial en nuestro idioma. Este mismo año, las Naciones Unidas publica su Programa de Acción Mundial para Personas con Discapacidad, cuya terminología en la versión en castellano no coincide con la propuesta por el INSERSO en la traducción de la CIDDM (en 1988 el, entonces, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía publicará una traducción armonizada).^{15,16,18}

1986. El Instituto Nacional de Estadística (INE) de España realiza una encuesta de ámbito nacional sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías, tomando como base los conceptos y terminología empleados por la OMS en la CIDDM. Se trata del trabajo de campo de más amplio espectro realizado en todo el mundo hasta este momento.^{15,16,18}

1987. Se establece la red de centros colaboradores de la OMS en materia de aplicación y desarrollo de la CIDDM (ninguno de estos centros se ubica en un país de habla hispana). También este año, el Consejo de Europa crea un Comité de Expertos para

la aplicación de la CIDDM.^{15,16,18}

1989. El Consejo de Europa publica un documento sobre la utilización de la CIDDM.

1991. La Dra. Jesusa Pertejo, al frente del equipo RACIM (Revisión y Actualización de la Clasificación Internacional de Minusvalías), por encargo del Real Patronato, realiza un estudio sobre la aplicación de la CIDDM en España y los países de habla hispana.^{15,16,18}

1992. En la reunión anual sobre CIDDM celebrada en Zoetermeer (Holanda), se revisan algunos ítems de la Clasificación y se redacta una nueva introducción. Se acuerda impulsar el proceso de revisión, asignando responsabilidades a los distintos centros colaboradores. En España, este año, el Real Patronato redacta y hace llegar a los órganos pertinentes de la OMS una «nota de situación y propuesta sobre la CIDDM», elaborada por un grupo de expertos de habla hispana.^{15,16,18}

1993. En la reunión anual sobre CIDDM celebrada

Washington, se programa el proceso de revisión y se distribuyen tareas y responsabilidades entre los centros colaboradores. La OMS publica una reimpresión de la CIDDM donde desaparece la mención «para ensayo» y añade un nuevo prólogo, donde se reconocen las aportaciones realizadas desde España por el Real Patronato. Este mismo año, las Naciones Unidas publican las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades de las Personas con Discapacidad, en las que vuelve a apreciarse un incorrecto uso del término aplicado en lengua hispana para la «deficiencia», según la versión en castellano de la CIDDM.^{15,16,18}

1996. Aparece el borrador «alfa» de la nueva versión de la CIDDM, que utilizará, de momento, las siglas CIDDM-2, por razones históricas (no se conoce traducción al castellano de este documento). El Consejo de Europa lleva a cabo un Taller Internacional sobre «El uso y la utilidad de la CIDDM», cuyos materiales no serán publicados hasta marzo del año 1999.^{15,16,18}

1997. Aparece el segundo borrador, «beta 1», de la CIDDM-2, con el nombre de «Clasificación Internacional de las Deficiencias, Actividades y Participación» (con versión en castellano).^{15,16,18}

1998. Se constituye la Red de Habla/Cultura Hispana en Discapacidad (RHHD) como interlocutora de la OMS para la versión en castellano de la revisión.^{15,16,18}

1999. Aparece un nuevo borrador, «beta 2», de la CIDDM-2, con el nombre de «Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad» (con versión en castellano). Este mismo año se constituye la REVEDIC (Red Española de Verificación y Difusión de la CIDDM-2), que se encarga de llevar a cabo en España los trabajos de campo diseñados por la OMS para el proceso de revisión de la CIDDM y como representación oficial de España en el marco de la RHHD.^{15,16,18}

2000. Aparecen dos borradores «pre-finales» (en octubre y diciembre, respectivamente) de la CIDDM-2, con el nombre de «Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud» (ambos contaron con traducción al castellano). En noviembre (en el periodo comprendido entre ambas publicaciones) se celebra en Madrid la Reunión anual de la CIDDM, donde se decide elevar al Comité Ejecutivo de la OMS un borrador de la nueva Clasificación para que pueda ser aprobado en la siguiente Asamblea Mundial.^{15,16,18}

2001. En enero, el Comité Ejecutivo de la OMS acuerda elevar, para su aprobación en la 54ª Asamblea Mundial de la Salud, el borrador pre-final de diciembre de la CIDDM-2. En abril aparece el borrador «final» de la CIDDM-2 (con su correspondiente versión en castellano). El 22 de mayo se aprueba la nueva versión de esta Clasificación con el nombre definitivo de «Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud», con las siglas CIF. En el mes de junio, aparece una nueva traducción al castellano de esta Clasificación, que recoge las nuevas siglas (CIF) y en la que se rectifican algunos errores de la traducción de abril. En octubre se da la noticia a través de Internet de la publicación oficial de la nueva Clasificación, cuya versión en castellano es editada por el IMSERSO y se presenta el 15 de noviembre en Madrid. ^{15,16,18}

1.3 PREVALENCIA

Se estima que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad; o sea, alrededor del 15% de la población mundial (según las estimaciones de la población mundial en 2010). Esta cifra es superior a las estimaciones

previas de la Organización Mundial de la Salud, correspondientes a los años 1970, que eran de aproximadamente un 10%.⁹

Según la *Encuesta Mundial de Salud*, de la OMS año 2010⁹, cerca de 785 millones de personas (15,6%) de 15 años y más viven con una discapacidad, mientras que el proyecto sobre la *Carga Mundial de Morbilidad, OMS 2010*⁹, estima una cifra próxima a los 975 millones (19,4%). La *Encuesta Mundial de Salud, OMS 2010*, señala que, del total estimado de personas con discapacidad, 110 millones (2,2%) tienen dificultades muy significativas de funcionamiento, mientras que la *Carga Mundial de Morbilidad* cifra en 190 millones (3,8%) las personas con una “discapacidad grave” (el equivalente a la discapacidad asociada a afecciones tales como la tetraplejía, depresión grave o ceguera). Solo la *Carga Mundial de Morbilidad* mide las discapacidades infantiles (0-14 años), con una estimación de 95 millones de niños (5,1%), 13 millones de los cuales (0,7%) tienen “discapacidad grave”.⁹

En Venezuela, según Ingalls citado por Pirela¹⁰, “existen más de 819.000 retardados, personas con un funcionamiento intelectual por debajo del promedio, con deficiencias de adaptación que se

presentan desde el nacimiento hasta los 18 años”¹⁰. Según el censo realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) en el año 2001, existe en nuestro país un total de 24.765.581 personas, de las cuales 907.694 tienen alguna discapacidad, es decir, que un 3,67 % de la población venezolana posee alguna discapacidad. Según la Organización Panamericana de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), existe 2.370.000, personas con discapacidad, equivalente a 10 % de la población total venezolana.^{19,20,21}

En nuestro país el registro de niños especiales nacidos vivos es deficiente. En los centros asistenciales no se realizan exámenes neurológicos neonatales de rutina, omitiéndose en la historia clínica del recién nacido, valiosa información. Los casos detectados, inmediatamente después del nacimiento, son pocos, quedando un número importante que se identifican meses o años después. Solamente el 50% de los defectos congénitos son diagnosticados en forma temprana. Todo defecto congénito en sí no genera siempre una minusvalía mental. "Al hablar de la morbilidad en nuestro medio, no se pueden establecer indicadores precisos en cuanto a las anomalías congénitas, si se tiene en cuenta que existen errores diagnósticos y fallas en la

detección de los llamados Defectos Congénitos Menores", los cuales no siempre cursan o generan un Retardo Mental.¹⁰

1.4 CLASIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

Los cambios conceptuales y estructurales que se introdujeron a lo largo del proceso de revisión descrito anteriormente, fueron de tal magnitud que se puede decir que la CIF se ha configurado, en realidad, como un nuevo sistema que incorpora todos los principios rectores del proceso de revisión.¹⁵

La razón de ser de la nueva Clasificación, puede ser resumida como: aportar un lenguaje estandarizado, fiable y aplicable transculturalmente, que permita describir el funcionamiento humano y la discapacidad como elementos importantes de la salud, utilizando para ello un lenguaje positivo y una visión universal de la discapacidad, en la que dichas problemáticas sean la resultante de la interacción de las características del individuo con el entorno y el contexto social.¹⁶

La CIF pretende reflejar, la situación real del funcionamiento humano en la que el “funcionamiento” y la “discapacidad” son vistos como consecuencia de la interacción entre la “condición de salud” de la persona y su entorno físico y social. Bajo este cambio de nombre subyacen además una serie de innovaciones terminológicas y taxonómicas fundamentales.^{15,16}

Como clasificación, la CIF agrupa sistemáticamente los distintos dominios de una persona con un determinado estado de salud (ej. lo que una persona con un trastorno o una enfermedad hace o puede hacer). El concepto de *funcionamiento* se puede considerar como un término global, que hace referencia a todas las Funciones Corporales, Estructuras Corporales, Actividades y Participación; de manera similar, *discapacidad* engloba las deficiencias, limitaciones en la actividad, o restricciones en la participación.¹⁶

La CIF pertenece a la Familia de Clasificaciones Internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que pueden ser aplicadas a varios aspectos de la salud. Esta familia de clasificaciones de la OMS proporciona el marco conceptual para codificar un amplio rango de información

relacionada con la salud (ej. el diagnóstico, el funcionamiento y la discapacidad, los motivos para contactar con los servicios de salud) y emplea un lenguaje estandarizado y unificado, que posibilita la comunicación sobre la salud y la atención sanitaria entre diferentes disciplinas y ciencias en todo el mundo.^{15,16}

Dentro de las clasificaciones internacionales de la OMS, los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, etc.) se clasifican principalmente en la CIE-10 (abreviatura de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión), que brinda un marco conceptual basado en la etiología. El funcionamiento y la discapacidad asociados con las condiciones de salud se clasifican en la CIF. Por lo tanto, la CIE-10 y la CIF son complementarias, y se recomienda a los usuarios que utilicen conjuntamente estos dos elementos de la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS. La CIE-10 proporciona un “diagnóstico” de enfermedades, trastornos u otras condiciones de salud y esta información se ve enriquecida por la que brinda la CIF sobre el funcionamiento. La información sobre el diagnóstico unida a la del funcionamiento, nos proporciona una visión más amplia y significativa del estado de salud de las personas o poblaciones, que puede emplearse en los procesos

de toma de decisiones. ¹⁶

La Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS constituye una valiosa herramienta para describir y comparar la salud de la población dentro de un contexto internacional. La información sobre la morbilidad y la mortalidad (proporcionada por la CIE-10) y sobre los componentes de la salud (brindada por la CIF) se pueden combinar en una única medida de la salud de la población. Esta medida puede servir para conocer en todo momento cómo es esa salud y cómo se distribuye, así como para valorar las contribuciones de las diferentes causas de morbilidad y mortalidad. ^{9,15,16}

2 DISCAPACIDAD INTELECTUAL

De acuerdo con la décima revisión de la OMS ⁹, se define como Discapacidad Intelectual (DI) al trastorno ocasionado por la presencia de desarrollo mental incompleto o detenido, principalmente caracterizada por el deterioro de las funciones concretas en cada etapa de desarrollo y que contribuyen al nivel general de inteligencia, como la cognitiva, lenguaje, motor y

funciones de socialización. En esta anomalía, la adaptación al medio ambiente siempre se ve afectada. Para su identificación, las puntuaciones del nivel de desarrollo intelectual deben ser determinadas sobre la base de toda la información disponible, incluyendo los signos clínicos, el comportamiento de adaptación en el medio, resultados individuales y psicométricos. ²²

La Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD) indica que, además de un funcionamiento significativamente inferior a la media intelectual, las limitaciones concomitantes se observan en dos o más áreas de habilidades adaptativas, que se describen en la Tabla I, y el desorden se presenta antes de la edad de 18 años. ²²

LIMITACIONES ASOCIADAS CON LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL	
1.	Comunicación
2.	Cuidado Personal
3.	Vida del Hogar
4.	Habilidades Sociales
5.	Utilización del entorno comunitario
6.	Auto-gobernarse

7.	Salud y Seguridad
8.	Habilidades en el funcionamiento académico
9.	Tiempo de Ocio
10.	Trabajo

*Tabla 1 Limitaciones asociadas con la discapacidad intelectual.
Tomado de la American Association on Intellectual and Development
Disabilities (AAIDD).*

En resumen, la discapacidad intelectual se caracteriza por evidentes limitaciones en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa, estos últimos expresados en habilidades conceptuales, sociales y prácticas de adaptación. Por lo tanto, para el estudio de identificación o diagnóstico, de acuerdo con la AAIDD, deben ser consideradas cinco dimensiones (Tabla 2), una de las cuales ha sido recientemente incluida: la dimensión integrada de las redes de participación, interacción y social. Esta definición no sólo está de acuerdo con la Asociación Internacional para el Estudio Científico de la Discapacidad Intelectual (IASSID), sino también con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), de la Organización Mundial de la Salud.^{1,22}

DIMENSIONES CONCEPTUALES UTILIZADAS EN EL ESTUDIO DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

1. Dimensión I

- Aptitudes Intelectuales

2. Dimensión II

- Nivel de Adaptación
 - ✓ Habilidad Conceptual
 - ✓ Habilidad Práctica
 - ✓ Habilidad Social

3. Dimensión III

- Participación, Interacción y Roles Sociales

4. Dimensión IV

- Salud
 - ✓ Salud Física
 - ✓ Salud Mental
 - ✓ Etiología

5. Dimensión V

- Contexto Social
 - ✓ Ambiental
 - ✓ Cultural
 - ✓ Oportunidades

Tabla II Dimensiones Conceptuales utilizadas en el estudio de la Discapacidades Intelectual.

2.1 ETIOPATOGENIA

Los factores causales que se relacionan con la discapacidad intelectual se pueden clasificar de la siguiente manera: genéticos, adquiridos (congénitas y del desarrollo), ambientales y socioculturales.

En la Tabla III se presentan las posibles alteraciones agrupadas en los diferentes factores que pueden ocasionar la Discapacidad Intelectual.

FACTORES ETIOLOGICOS DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL	
1.	Factores Genéticos
1.1	Alteraciones cromosómicas o Hereditarias
	<ul style="list-style-type: none">• Síndrome Down• Síndrome del Cromosoma X Frágil• Síndrome de Prader-Willi• Síndrome de Rett• Neurofibromatosis• Esclerosis tuberosa• Síndrome de Lesch-Nyhan• Adrenoleucodistrofia• Fenilcetonuria

- Galactosemia
- Síndrome de Mowat-Wilson
- Enfermedad de Tay-Sachs
- Enfermedad de depósito de Glucógeno
- Otros

2. Factores Adquiridos

2.1 Congénitas

Pueden agruparse de la siguiente manera

1. Metabólicas:

Hipotiroidismo neonatal

2. Tóxico

Saturnismo

Síndrome de alcoholismo fetal

Agentes Teratogénicos

3. Infeccioso

Rubéola

Enfermedad Citomegalovirus

Sífilis

Toxoplasmosis

Herpes simple (genital tipo II)

2.2 Desarrollo

a) Período Prenatal

Toxemia

Diabetes no controlada

Desnutrición intrauterina

Hemorragias vaginales

Placenta previa

Prolapso del cordón umbilical

b) Período Perinatal

Prolongado sufrimiento fetal con anoxia neonatal

Asfixia

Inadecuada aplicación de fórceps

Maniobra de Kristeller mal aplicada

c) Período Postnatal

Encefalopatía por hiperbilirrubinemia (kernicterus)

Traumatismo encefálico

Infecciones (Encefalitis y Meningitis)

*Tabla III Etiopatogenia de la Discapacidad Intelectual. Tomado de Kats
adaptado por Gen. Liliana Vera*

✓ **FACTORES GENÉTICOS**

Alteraciones cromosómicas o hereditarias

El mayor número de casos lo constituyen los pacientes con Síndrome Down, una anomalía que ocurre en el 15 de cada 10.000 nacimientos y se debe a la trisomía del cromosoma 21 o traslocaciones entre el 21 y otros cromosomas (21:21 y 14:21 son los más frecuentes). Otras anomalías cromosómicas mucho menos frecuentes son la de los Síndromes: Cromosoma X frágil, de Rett y de Lesch-Nyhan, Neurofibromatosis, Esclerosis Tuberosa, la Adrenoleucodistrofia y otras condiciones relacionadas que ocurren muy rara vez. En conjunto todas las alteraciones cromosómicas se acompañan de síntomas neurológicos y principalmente el Retardo Mental ^{16,22}

Los factores hereditarios

Los factores hereditarios son la Fenilcetonuria, la Galactosemia, Síndrome de Mowat-Wilson, la Enfermedad de Tay-Sachs, y la Enfermedad de Depósito de Glucógeno, entre otros. Estas enfermedades se pueden diagnosticar fácilmente al momento del nacimiento, durante el cual se puede llevar a cabo un estudio denominado Cribado Metabólico Neonatal, en muchos países puede incluir hasta 20 enfermedades, en Venezuela solo 2, sin embargo, cuando ésta no se lleva a cabo un considerable riesgo se presenta en la no identificación del Factor Causal de la Discapacidad Intelectual. ^{1,22}

✓ **FACTORES ADQUIRIDOS**

Congénito

Pueden agruparse de la siguiente manera:

1. Metabólicas: Hipotiroidismo neonatal.

2. Tóxico: Intoxicación por plomo, Síndrome de alcoholismo fetal.

3. Infecciosas: Rubéola, Citomegalovirus, Sífilis, Toxoplasmosis, Herpes simple (genital tipo II).

Del desarrollo

Durante el período prenatal, las posibles complicaciones del embarazo pueden ser la toxemia y la diabetes no controlada, la desnutrición intrauterina, hemorragias vaginales, placenta previa y prolapso del cordón umbilical.²²

Durante el período perinatal, hay complicaciones comunes de nacimiento: Prolongado sufrimiento fetal con anoxia neonatal, asfixias relacionadas con la asfixia propiamente dicha, o la inadecuada aplicación de fórceps o una maniobra de Kristeller mal aplicada.²²

Durante el período posnatal, las complicaciones que se pueden observar son: la Encefalopatía de hiperbilirrubinemia y lesión encefálica por infecciones (encefalitis y meningitis).²²

- **FACTORES AMBIENTALES Y SOCIOCULTURALES**

Los estudios epidemiológicos han reportado un notable vínculo entre pobreza y discapacidad intelectual. La evidencia disponible sugiere que esta relación refleja dos procesos distintos. La primera establece que existe una relación entre la pobreza y la exposición a una amplia gama de factores ambientales y psicosociales, el segundo indica que las familias con miembros que padecen discapacidad intelectual tienen un mayor riesgo de gastos que afectan directamente y considerablemente los niveles de pobreza. La pobreza causa desnutrición, ésta desnutrición si ocurre en los dos primeros años de vida conduce a la disminución de las capacidades cognitivas. Estos factores son las causas directas del aumento desproporcionado de la incidencia de la discapacidad intelectual en los países en desarrollo. Se han reportado interacciones entre la escasez y la mala atención de salud prenatal, perinatal y postnatal, la maternidad precoz o del adolescente, la

inestabilidad familiar, la atención deficiente de la salud prenatal, debido a múltiples e inadecuados cuidadores y/o profesionales de la salud, bajo nivel de estimulación y educación, además de maltrato infantil. ^{22,23}

2.2 CLASIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD INTELLECTUAL

La Discapacidad Intelectual tiene como denominador común un nivel inferior a la capacidad intelectual normal, sin embargo, en la medida en que un individuo no es capaz de hacer frente a las exigencias establecidas por la sociedad para el grupo de edad de la persona, ha dado lugar a cuatro grados de severidad: leve, moderada, severa y profunda. Las características de los individuos en estos grupos de severidad tienen poco en común con los de otros grupos de edad y, por tanto, distinguir las limitaciones de cada uno de ellos con el fin de establecer pautas de intervención, es fundamental. ²⁴

La Discapacidad Intelectual es un tema bastante amplio con

una enorme clasificación que tiene como común denominador un nivel inferior a la capacidad de desarrollo intelectual normal. Se debe distinguir las limitaciones de cada uno de ellos con el fin de establecer pautas de intervención correctas para su tratamiento. Es por este motivo que se trabajó con 3 entidades que son las más frecuentes en el país, y en los pacientes que acuden con problemas de discapacidad intelectual a la Facultad de Odontología de la UCV: Retardo Mental, Síndrome Down y Trastorno del Espectro Autista.

En la Tabla IV se muestra la clasificación de las discapacidades intelectuales, descrita según Katz, por grupo etáreo.

CLASIFICACIÓN DE LAS DISCAPACIDADES INTELECTUALES, DIVIDIDAS EN TRES GRUPOS ETAREOS		
Edad		
0 a 5 años	6 a 20 años	21 años en adelante
	<i>Entrenamiento y</i>	<i>Adecuación social y</i>

<i>Maduración y Desarrollo</i>	<i>Educación</i>	<i>vacacional</i>
Nivel Leve		
Desarrollo General de habilidades comunicativas y sociales. No se puede distinguir hasta el comienzo de la escuela.	Puede aprender habilidades de 4to/5to grado de la escuela primaria habilidades antes de llegar a la edad de 18 o 19 años. Puede ser integrado en la sociedad	Es capaz de adquirir habilidades sociales y laborales para la integración en el trabajo con un salario mínimo.
Nivel Moderado		
Puede hablar o aprender a comunicarse. Algunas de las dificultades son las habilidades motoras.	Dificultades para cumplir con los objetivos académicos del segundo grado de primaria.	Puede ser capaz de mantenerse económicamente a sí mismo a través de trabajos manuales bajo condiciones protegidas.
Nivel Severo		
Marcadas limitaciones en las habilidades motoras. La capacidad de lenguaje es mínima.	Puede hablar o aprender a comunicarse. Puede aprender los cuidados personales elementales y hábitos de salud.	Puede parcialmente contribuir y mantenerse económicamente a sí mismo bajo la supervisión total.
Nivel Profundo		
Retraso significativo, la		Algunos desarrollan el

capacidad funcional es mínima en las áreas sensoriomotoras.	lenguaje y la motricidad. Pueden aprender muy limitadamente las habilidades de cuidados personales.
Necesidades de atención básica.	

Tabla IV. Clasificación de la Discapacidad Intelectual, por grupo etáreo.

2.2.1 RETARDO MENTAL

Retardo Mental (RM) es un signo clínico de origen poligénico ambiental que se manifiesta como un Coeficiente Intelectual muy por debajo del promedio de funcionamiento intelectual general y los déficits en la conducta adaptativa. El retraso mental es un estado particular de funcionamiento que comienza en la infancia y se caracteriza por la disminución de la inteligencia y las habilidades de adaptación, constituye el trastorno del desarrollo intelectual más común. ^{25,26,27}

El Retardo Mental en los niños muchas veces puede pasar desapercibido por los clínicos. La condición está presente en 2 a 3 % de la población, ya sea como un hallazgo aislado o como

parte de un síndrome o trastorno más amplio. ²⁵

Las causas del retardo mental son numerosas e incluyen factores genéticos y ambientales. En menos de 30 a 50 % de los casos, los médicos no pueden determinar la etiología a pesar de la evaluación a fondo. El diagnóstico depende en gran medida de una historia clínica completa personal y familiar, un examen físico completo y una evaluación cuidadosa del desarrollo neurológico del niño. Estos detalles guiarán a evaluaciones adecuadas y referencias para proporcionar consejo genético, recursos para la familia y programas de intervención temprana para el niño. ^{18,23,25}

Por otra parte el Retardo Mental puede presentarse de manera única en el individuo sin que otro órgano o sistema se encuentre afectado o alterado, también conocido como RM No Sindrómico; o puede estar asociado a otras alteraciones, o ser un síntoma mas de algún síndrome, también conocido como RM Sindrómico, por ejemplo el Síndrome Down, esto quiere decir que en la medida que el RM este asociado con otra alteraciones variara la conducta a seguir para su abordaje cambiando inclusive las prioridades de atención en sus familiares. ²⁸

✓ DEFINICIÓN

Una definición precisa y coherente de Retardo Mental (RM) es fundamental ya que el impacto sobre su prevalencia, o los números afectados de pacientes con esta discapacidad cuentan. Sin embargo, a pesar de la importancia de la coherencia, el Retardo Mental no siempre se define de la misma manera en todos los estudios de investigación, incluso dentro del mismo estado o país. Si bien algunas definiciones se basan en las puntuaciones del Coeficiente Intelectual (CI) únicamente para poder clasificar a las personas con discapacidad intelectual, algunos sólo utilizan los comportamientos de adaptación para la clasificación, y otros incluyen tanto las puntuaciones de CI y las medidas de las habilidades adaptativas. Además, algunos estudios se basan en categorías amplias de cualquier severidad (con marcas como leve, moderado, severo y profundo RM) o la etiología.^{1,14,23,25,29}

La Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo, en el año 2002, ha definido al Retardo Mental como “las limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, que abarca muchas

habilidades sociales y prácticas cotidianas”. Es el referente al funcionamiento intelectual general, significativamente subpromedio resultado o asociado a alteraciones simultáneas de la conducta adaptativa y manifestado durante el período de desarrollo. Esta discapacidad se origina antes de la edad de 18 años. Las limitaciones intelectuales se refieren a un Coeficiente Intelectual (CI), que cae dos desviaciones estándar por debajo de la media poblacional de 100 (<70), y las limitaciones de adaptación al funcionamiento se refieren a deficiencias en al menos dos de cada diez áreas de habilidades, desarrolladas por la AAMR en el 2000. El Retardo Mental también lo define el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición (DSM-IV) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) y al igual que en la definición de la AAMR, el DSM-IV tiene tres criterios para el diagnóstico de Retardo Mental: CI este por debajo de 70, que estén presentes las deficiencias en la adaptación, incluso por debajo del promedio de funcionamiento intelectual (CI <70), y que se inicie antes de los 18 años.^{7,14,25}

Algunos autores sostienen que una clasificación adecuada del Retardo Mental emplea dos pruebas de CI y la etiología del retardo. Por lo tanto, sugieren la categorización de Retardo

Mental en dos grupos: culturales / familiar y orgánica. Este enfoque de dos grupos es una de las distinciones mejor documentada en la literatura de retardo mental en el último siglo.^{1,23,25}

Para determinar el funcionamiento intelectual general se dispone de una serie de tests de inteligencia estandarizados. De los resultados se obtiene una edad mental para el sujeto que se relaciona con su edad cronológica a través de una fórmula. El resultado de esta ecuación es lo que se conoce como Coeficiente Intelectual (CI). Éste permite clasificar los diferentes desvíos de la inteligencia en: Superdotado, normal, limítrofe e infradotado o Retardado Mental.⁷

✓ EPIDEMIOLOGÍA

En los últimos 50 años la prevalencia y la incidencia de Retardo Mental se han visto afectados por los cambios en la definición del mismo, por las mejoras en la atención médica y la tecnología, por las actitudes sociales con respecto a la aceptación y el tratamiento de una persona con Retardo Mental,

y a la expansión de la educación en servicios a niños con discapacidades desde el nacimiento hasta los 21 años. El enfoque teórico para determinar la prevalencia de Retardo Mental utiliza la curva de campana normal para estimar el número de personas cuyo Coeficiente Intelectual (CI) está por debajo del criterio de puntuación establecido. Por ejemplo, el 2,3% de la población de los Estados Unidos tiene un CI inferior a 70, y el 5,5% tiene un CI por debajo de 75. ²⁵

Sin embargo, esta estimación no tiene en cuenta las habilidades de conducta adaptativa. Basado en el muestreo empírico, Baroff en el año 1991 citado por Croen ³⁰ sugiere que sólo el 0,9% de la población se puede suponer que tienen retardo mental, sin embargo, la proporción de casos que se pueden atribuir a una causa conocida se estima que es sólo el 30% a 50%. La comprensión de la epidemiología del Retardo Mental de causa desconocida, puede conducir a la identificación de las características que podrían ser factores causales directos o estar en algún lugar a lo largo de la cadena causal ³⁰. Tras una revisión de los estudios epidemiológicos ^{25,26}, se reportó que la prevalencia de retardo mental era de aproximadamente 1,25% sobre la base de cribado de la población total. ^{25,26} En Venezuela,

se puede calcular unos 400.000 casos de Retardo Mental de acuerdo con la incidencia en los países subdesarrollados. ²¹

✓ CLASIFICACIÓN

En la definición dada por la AAMR cuando se habla de “significativamente subpromedio” se refiere a la obtención de un Coeficiente Intelectual próximo o inferior a 70. En la Tabla V se muestran los sucesivos niveles de retardo mental con su correspondiente nivel de CI y el porcentaje de la población afectada. Este porcentaje de la población afectada es tomando en cuenta el 100 % de la población que cursa con Retardo Mental. ²²

GRADO DE RETARDO MENTAL	NIVEL DE CI	%POBLACIÓN AFECTADA
Leve	52 – 70	80 – 89
Moderado	36 – 51	6 – 12
Grave o Severa	20 – 35	3,5 – 7
Profundo	< 20	1 – 1,5

Tabla V. Niveles de Retardo Mental.

Los niños limítrofes presentan un coeficiente intelectual entre 69 y 70. Estos se encuentran en la línea divisoria, poco perceptible, entre la normalidad y la subnormalidad. Son niños considerados educables y con capacidad de aprender y retener nuevas informaciones. ^{7,23,25}

Otra clasificación es la que se refiere a la capacidad o no de aprender un oficio o valerse por sí solo el individuo; hablamos entonces de pacientes:

- Educables
- Entrenables
- Dependientes.

Los niños con retardo mental leve pueden ser educables, y aunque no pueden aprovechar de forma completa la educación escolar, si consiguen la alfabetización y la adquisición de aptitudes necesarias para desempeñar un trabajo a través de un sistema especial de educación. Por lo general, cuando sean adultos podrán valerse por sí mismos de forma aceptable. ⁷

Los niños con Retardo mental moderado, también son llamados adiestrables o entrenables. Entrenamiento se refiere a que tienen la capacidad de realizar una actividad o tarea para la cual han sido adiestrados o entrenados; lo cual no quiere decir que el niño se eduque o aprenda, sino que simplemente ejecuta algo para lo que ha sido entrenado por repetición. Se les enseña a realizar actividades de la vida diaria que están representadas por la rutina que realizamos en horas diurnas como: levantarse, asearse, vestirse, peinarse, cepillarse los dientes, preparar la comida, sentarse a comer, comer por si solos y adecuadamente, y las actividades de limpieza. Estos niños van a tener una independencia parcial, pero no completa, al llegar a la edad adulta.^{3,7}

Por último los niños con retardo mental grave y profundo son considerados como dependientes o totalmente dependientes. Es decir, no son capaces de realizar alguna actividad de la vida diaria, necesitando siempre de otra persona para que la realice; por tanto no son ni educables ni adiestrables. Debido a sus necesidades especiales pueden vivir en instituciones adecuadas para su atención.^{2,3,6}

✓ GENERALIDADES

El paciente con Retardo Mental tiene ciertas características que definen su actividad diaria. Tomando en cuenta su grado de nivel de afectación podemos mencionar:^{2,3,6,1,23,25}

- Personalidad: Pueden presentar agresividad, irritabilidad, ansiedad, baja autoestima, inmadurez y poca flexibilidad. Sin embargo no son características específicas de la entidad. Todas estas van a depender de su nivel de Retardo y el entorno en el que se desarrolla.
- Cognitivamente: presentan una orientación hacia lo concreto, egocentrismo, distractibilidad, poca capacidad de atención.
- Emocionalmente: estos pacientes tienen dificultad para expresar sentimientos y percibir afectos. La expresividad de la afectividad puede estar modificada por los impedimentos físicos.

- Presentan retraso del habla, y dependiendo del nivel del CI pueden llegar a desarrollar la misma en su normalidad.
- Reacciones emocionales primitivas: a la frustración y a la tensión.
- Existe un aumento de patología mental, de 2 a 4 veces mayor que la población normal.
- Muchos presentan convulsiones.
- Requieren tratamientos médicos con múltiples fármacos.

✓ **PATOLOGÍAS BUCALES MAS FRECUENTES DEL RETARDO MENTAL**

Las lesiones bucales más comunes en estos pacientes son aquellas relacionadas directamente con la falta de higiene,

producto de la placa dental presente, entre las cuales podemos mencionar: ^{3,6,10,31}

- Enfermedad Periodontal: que abarca desde una gingivitis de todo tipo, incluyendo las de origen medicamentoso en casos de pacientes que presentan convulsiones, hasta la periodontitis causada por la alta presencia de cálculo subgingival.
- Caries Dental: frecuentemente en niños podemos observar la caries de la primera infancia.
- Maloclusiones: ocasionadas por los diferentes trastornos de la masticación, alimentación y oclusión.

✓ **CONSIDERACIONES ODONTOLÓGICAS**

Para muchas personas el cuidado dental no es generalmente una prioridad, las complicaciones médicas de las que no escapan los pacientes con Retardo Mental, son tomadas en cuenta con mayor interés por los familiares y / o autoridades de salud. La

atención bucodental es la única necesidad aún no cubierta en el tratamiento integral y rehabilitación de los pacientes con RM tanto en calidad como en cantidad.²⁷

Según un estudio realizado en Suiza (1994), citado por Dávila (2006), aquellos pacientes que presentaban un grado mayor de Retardo Mental fueron correlacionados con una alta prevalencia de caries. Según Dávila, año 2005 y 2006, demuestra que personas con Retardo Mental leve a moderado presentaban el más alto porcentaje de caries dental.^{27,32}

El tratamiento odontológico de los pacientes con Retardo Mental no se basa en la necesidad de realizar trabajos específicos para ellos, y salvo casos o patologías muy puntuales, el mismo se reduce a tratar la caries y la enfermedad periodontal, así como instaurar y controlar estrictos hábitos preventivos y de higiene.^{3,6,7}

Para el tratamiento lo más importante es conocer los problemas emocionales de los pacientes y de sus padres, y saber encauzar esas emociones para lograr un comportamiento

lo más idóneo posible en nuestra consulta, con el fin de que la situación en el consultorio dental sea lo más agradable para todos. Si se actúa de esta forma, muchos de los pacientes, sobre todo los que presentan retardo mental leve, podrán ser tratados por el odontólogo sin ninguna dificultad. La sedación superficial o consciente también puede usarse cuando esté indicada. En los niños con retardo mental moderado y profundo, cuando presenta muchas patologías, y debido a que su cooperación va a ser escasa o nula, será necesario emplear sedación profunda o anestesia general para poder lograr el tratamiento.⁷

Debido a las generalidades y descripción clínica de los pacientes con Retardo Mental se puede mencionar ciertas consideraciones que debe aplicar el odontólogo para su atención, entre las cuales existen:

- Conceder una primera cita programada exclusivamente para que el paciente con discapacidad y sus padres conozcan el consultorio y su personal.
- Citarlos a primera hora con el propósito de que el

odontólogo, su personal, el paciente con RM y sus padres estén más relajados.

- Ajustarse a su nivel mental. Esto se encuentra netamente relacionado con su Nivel de Retardo (Leve, Moderado, Grave o Severo y Profundo).
- Lograr la interacción del equipo con el paciente. Debe existir un equipo capaz de interactuar con el paciente (Higienista, Asistente, Familiares) durante la cita odontológica. Puede ser beneficioso el tratamiento en grupo y que los padres intervengan en el tratamiento, de esta manera se adquiere mayor confianza.
- Dar instrucciones simples y en términos sencillos, por su falta de atención en lo que se está haciendo, su nivel intelectual y su carencia de retención de nuestras indicaciones.
- Realizar en la medida de lo posible citas de corta duración con procedimientos que van desde lo más sencillo a lo más

complejo.

- Altas dosis de refuerzo y repetición.
- Ser enfáticos mientras se escucha.

La clave del éxito para la atención de estos pacientes será reducir la ansiedad que ellos presentan a través de un mayor esfuerzo por parte del odontólogo en conseguir una buena relación con el paciente y sus padres.

2.2.2 SÍNDROME DOWN

El Síndrome Down es posiblemente la Discapacidad Intelectual más conocida y fácilmente identificada tanto por la facies típica de los portadores como por su frecuente incidencia.

El Síndrome Down fue descrito por primera vez en el año 1866 por Jhon Langdon Down, quien publicó algunas de las características de este síndrome que hoy en día lleva su nombre.

El retardo mental y los rasgos orientales de estos niños indujeron al autor a denominar al síndrome como “idiotia mongólica”, término que actualmente no se usa. La causa no fue conocida hasta el año 1959, cuando Lejune y colaboradores realizaron un estudio donde concluyeron que los pacientes con Síndrome Down tenían 47 cromosomas en lugar de 46, este cromosoma adicional se ubica en el par 21, lo que posteriormente daría origen a la denominación de “Trisomía 21”. Más tarde, se encontró que no todos los casos se deben a trisomías libres, sino también puede deberse a una translocación del cromosoma 21 en otro cromosoma (21:21 o 14:21) o a un Mosaicismo (combinación de 2 líneas celulares; una normal y otra con la trisomía, ejemplo: 46XX / 47XX + 21).^{3,6,7,33}

✓ DEFINICIÓN

El Síndrome Down (SD) es un trastorno genético causado por la presencia de una copia extra del cromosoma 21, en vez de los dos habituales (trisomía del par 21), caracterizado por la presencia de un grado variable de retraso mental y unos rasgos físicos peculiares que le dan un aspecto reconocible.³⁴

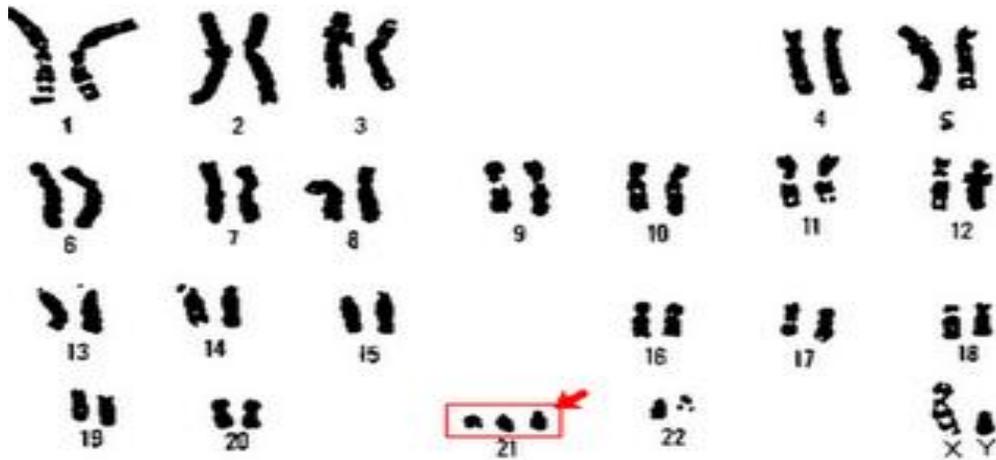


Figura 1 Cariotipo presente en el Síndrome Down

Este material genético extra, hace que las personas que lo poseen tengan las características propias del síndrome, pero que también muestren claras diferencias entre ellos, determinadas por la herencia y el ambiente de cada individuo, es decir, su expresión va a ser diferente en cada persona. Esto se debe a la no disyunción en la meiosis durante la formación de los gametos, más frecuente en las mujeres, y se relaciona estadísticamente con una edad materna superior a los 35 años.^{34,35,36}

Las personas con Síndrome Down tienen una probabilidad algo superior a la de la población general de padecer algunas patologías, especialmente de corazón, sistema digestivo y

sistema endocrino, debido al exceso de proteínas sintetizadas por el cromosoma de más.^{10,37}

Los avances actuales en el descifrado del genoma humano están develando algunos de los procesos bioquímicos subyacentes al retraso mental, pero en la actualidad no existe ningún tratamiento farmacológico que haya demostrado mejorar las capacidades intelectuales de estas personas.³⁸

✓ EPIDEMIOLOGÍA

Se presenta en 1 de cada 700 nacimientos de la población general, sin distinción de raza o de status cultural y socioeconómico. Se sabe que ciertas condiciones favorecen a este síndrome, como lo son la edad de la madre, es decir, se puede producir con frecuencia en hijos de madres mayores de 35 a 40 años o en madres adolescentes.^{6,7,34}

✓ CLASIFICACIÓN

El Síndrome Down puede ser clasificado asociado al nivel intelectual que posea, es decir se emplea la misma clasificación que Retardo Mental ⁷:

- Síndrome Down con RM Leve
- Síndrome Down con RM Moderado
- Síndrome Down con RM Severo

Sin embargo, desde el punto de vista genético podemos describir 3 tipos, lo cual determina que afectación tiene el individuo pero el manejo social, medico u odontológico será el mismo que en el RM. ³³

- *Trisomía Libre*: se encuentra en el 90 % a 95 % de los casos, en este se observa el cromosoma extra en el par 21, su fórmula cromosómica es de 47 en vez de 46. Ejemplo: 47XX+21. ^{7,33,34}

- *Translocación*: se presenta en el 1 % a 4 % de los casos, donde el cromosoma del par 21 extra se encuentra “pegado” con otro cromosoma diferente, es decir, a pesar de tener un cromosoma 21 extra, su fórmula es de 46. Ejemplo: 46XX; t 14:21. ^{7,33,34}

- *Mosaicismo*: es el menos frecuente, se encuentra en el 2,4 %. Solo una proporción del total de células tienen un cromosoma extra 21, es decir, en parte de sus células la fórmula cromosómica es normal, sin embargo en la otra parte dicha fórmula es de un cromosoma 21 extra. ^{7,33,34}

✓ GENERALIDADES

Las manifestaciones clínicas de estos pacientes son innumerables, sin embargo a continuación se enumerarán las más frecuentes, divididas en dos grupos, Manifestaciones Físicas y Manifestaciones Bucales.

Manifestaciones Físicas

Son niños de estatura baja, eje ocular mongoloide con la facies característica de antiguo llamado mongólica, cabeza pequeña y cuello corto (Braquicefalia y Microcefalia), con manos de dedos cortos y la característica línea simiana en la palma de las mismas (surco palmar continuo).³⁹

Además del Retardo Mental, presente en todos los casos cuyo grado es variable, desde leve a severo, son hipotónicos y portadores comúnmente de cardiopatías congénitas (40 %), presentando también una mayor propensión a padecer leucemia (1 caso de cada 95), infecciones del tracto respiratorio y mayor riesgo a hipotiroidismo congénito.³

Así mismo no son hallazgos ocasionales las lesiones de la visión, como cataratas o estrabismo, y otras alteraciones del sistema nervioso central como convulsiones. En la misma forma que la hipotonía tiende a mejorar y estabilizarse con la edad, el crecimiento es de progreso lento en los primeros 8 o 10 años. Los centros de osificación secundaria se desarrollan en forma

tardía alcanzando la normalización de su talla después de los 15 años.⁷

El CI es equivalente en el mayor número de pacientes cerca del 50 % de lo normal, aunque afortunadamente el comportamiento social que tienen en general es superior al correspondiente a la edad mental en los individuos mayores. Los programas que inician la estimulación del desarrollo madurativo en forma temprana han demostrado las enormes ventajas que ofrecen, dando la pauta de la necesidad de su aplicación en todas las áreas de la vida diaria y de relación, también en lo referente al cuidado bucal.^{3,7}

Se enumeran como características más frecuentes:

3,7,10,33,35,39,40,41,42

- Cara redondeada y perfil plano.
- Frente Prominente.
- Ojos característicos: Oblicuos con pliegues epicánticos, Hipotelorismo, con una separación con tendencia hacia una mirada hacia afuera y arriba.

- Fisura palpebral oblicua (80 %) Mongoloides
- Manchas de Brushfield (Duran 6 meses aproximadamente).
- La inserción de las orejas es baja y los pómulos están marcados. El puente nasal es aplanado debido a la ausencia de los huesos planos de la nariz, y de inserción más baja.
- Occipucio plano.
- Cabeza pequeña.
- Cuello corto y de base ancha.
- Pliegue epidérmico nugal (Exceso de piel a nivel de la nuca).
- Cardiopatías Congénitas como: comunicación interauricular, comunicación interventricular, tetralogía de Fallot complejos como canales Auriculoventriculares. (40 % de los casos).
- Pelvis Displásica.
- Hipotonía Muscular Generalizada.
- Clinodactilia 5to dedo de la mano (Displasia de la falange media del dedo meñique de la mano).
- Pliegue Palmar continuo o Línea Simia (surco entre el 1er y 2do dedo del pie).

- Hiperlaxitud de las articulaciones.

Manifestaciones Bucales ^{3,7,10,33,35,39,40,41,42}

- Maloclusiones:
 - Perfil de la cara Plano, debido a hipoplasia de los huesos faciales y a que la nariz es pequeña.
 - Boca pequeña.
 - Comisura labial baja.
 - Boca abierta o Labio inferior evertido (prominente).
 - Labio Superior Hipotónico y corto.
 - Frenillo labial corto.
 - La Macroglosia es un común denominador en estos pacientes y con el crecimiento del niño es la que produce el Pseudoprognatismo mandibular. En muchas ocasiones el tamaño de la lengua es normal, pero resultando mayor por la boca pequeña y el paladar estrecho, lo cual ocasiona que la lengua se posicione únicamente

en maxilar inferior. También se observa lengua agrietada.

- Maloclusiones de mordida cruzada posterior unilateral o bilateral, debido al maxilar pequeño.
- Paladar Profundo y estrecho debido a la Respiración bucal ocasionada por la hipotonía muscular.
- Maloclusiones Clase III, debido a la falta de desarrollo del maxilar superior hacia adelante y abajo.
- Mordida abierta anterior, debido al empuje lingual.
- Apiñamientos dentales, ocasionado por maxilares pequeños.
- Agenesias, principalmente los 2dos premolares inferiores, incisivos laterales superiores, 3eros molares y 2dos premolares superiores.
- Dientes con ancho mesio – distal más pequeño.

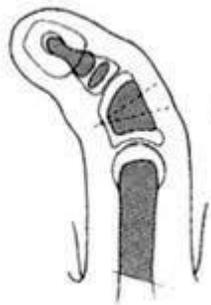


Tamaño normal de la cabeza

Microcefalia



Síndrome de Down



Pliegues palmares normales

Pliegue simiano

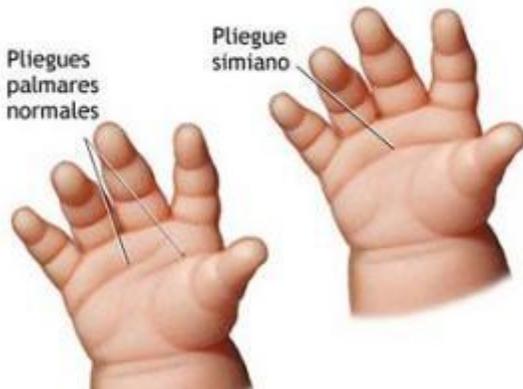


Figura 2. Características Físicas del Síndrome Down.

- Físicas: ^{3,7,10,43,44,45,46,41,42}
 - La hipotonía a nivel de los labios permite, junto con la lengua grande, que tengan la boca abierta y respiren por ella, aumentando de esta manera la sequedad gingival (especialmente la anterior) ocasionando así que se deteriore el estado de salud periodontal.

- Patologías:
 - pH Salival aumentado, lo que sugiere menor riesgo de caries.
 - Elevada enfermedad periodontal, debido a la boca abierta de estos pacientes.
 - Presentan hábito de Bruxismo severo y Respiración Bucal.

- Alteraciones de Desarrollo:
 - Anomalías de forma: Dientes cónicos, frecuentemente en laterales superiores.
 - Microdoncia y raíces cortas.
 - Dientes en Formación y calcificación del esmalte defectuosa.

- Taurodontismo
- Anodoncia
- Fusión y / o Geminación
- Dientes cónicos
- Retardo de erupción. La dentición primaria comenzará su erupción entre los 12 y 24 meses de vida, culminando entre los 4 – 5 años. En la dentición permanente se observa un retardo de erupción más notorio que en la primaria.



Figura 3. Características Bucales del Síndrome Down.

✓ **PATOLOGIAS BUCALES MAS FRECUENTES DEL SINDROME DE DOWN**

Las alteraciones bucales de estos pacientes, son específicas y múltiples. Las más comunes son enumeradas de la siguiente forma:^{10,33,41}

- Caries Dental
- Encías hiperplásicas e inflamadas, sobre todo en los respiradores bucales y epilépticos.
- Encías hiperplásicas en los pacientes con tratamiento con Fenitoína.
- Bruxismo.
- Cálculo supra y subgingival.
- Periodontopatías severas.
- Infecciones micóticas.
- Sepsis oral generalizadas
- Maloclusiones Clase III

La importancia de la buena salud oral de los pacientes afectados con esta discapacidad ha motivado a varios autores a proponer programas de higiene oral y de prevención de

enfermedades dentales y periodontales, demandando la participación de los demás miembros de las respectivas familias, los educadores y los profesionales especializados, situándolos a la cabeza del grupo. ^{3,6,33}

✓ CONSIDERACIONES ODONTOLÓGICAS

Un estudio longitudinal realizado en Suiza por Gabre, P., citado por Pirela ¹⁰, durante 8 años y medio, concluyó que los sujetos con habilidades disminuidas para cooperar con el tratamiento dental y aquellos con SD tienen obviamente mayor riesgo de deteriorar su salud oral. Sin embargo comparados con la población suiza normal, los sujetos con retraso mental estudiados tuvieron después de varios años del estudio, en los que contaron con cuidados dentales regulares, una salud oral satisfactoria.

Por otra parte, los padres de niños con SD en Francia, en un estudio específico realizado por Allison, P.J. citado por Otero, J.⁴⁷ manifiestan que frecuentemente encontraron problemas para acceder a la atención de salud oral para sus hijos, los cuales

eran menos resistentes a recibir servicios dentales que los niños normales.

El resultado de estos estudios, introduce hacia una serie de consideraciones o aspectos psico-clínicos para la atención odontológica del paciente con Síndrome Down la cual difiere según la incidencia que éste síndrome tenga sobre el niño y su familia, haciendo que el odontólogo deba capacitarse para ello en forma especial, no solo en lo que respecta a la técnica odontológica sino también al manejo de situaciones que, si bien escapan a la odontología misma, tienen sobre el resultado final de nuestra intervención una importancia capital, haciendo referencia en este caso a los aspectos y alternativas psicológicas que se generan en la entidad nosológica, indivisible, formada por el paciente y su familia.^{3,4,6,7,41}

Todos los niños con Síndrome Down van a presentar retardo mental, aunque de grado muy variable. Algunos son Pacientes con Retardo Profundo y afectados al punto que tienen que estar internados en instituciones. Sin embargo, la mayoría de estos pacientes presentaran un Retardo Mental Leve o Moderado,^(11,40) lo cual los coloca en una situación de educables o adiestrables al

punto de poder valerse por sí solos o con ayuda parcial.

Para el tratamiento odontológico de estos pacientes se debe tomar en cuenta todas las condiciones odontológicas descritas anteriormente en Retardo Mental.

Las consideraciones primordiales a nivel odontológico con estos pacientes es que no podemos olvidar que ellos van a presentar patologías médicas: el 40 % de ellos presentarán una cardiopatía congénita, son más propensos a infecciones, especialmente de vías respiratorias y la incidencia de Leucemia es mayor que la población normal. De esta manera el odontólogo debe adoptar medidas preventivas para su atención como lo es la consulta previa con el médico tratante del paciente antes de iniciar un tratamiento odontológico.⁷

2.2.3 ESPECTRO AUTISTA

En 1911 Bleuler desarrolló el término Autismo para describir a personas con esquizofrenia que habían perdido contacto con la realidad. Posteriormente, en 1943 Kanner recoge la historia de los casos de 11 niños entre los 2 y los 8 años que compartían patrones únicos de los que ningún investigador había informado previamente – incluyendo conductas como alejamiento social, obsesividad, ecolalia -, manteniendo el término autismo para definir el alejamiento de la realidad de sus pacientes, pero excluyendo del cuadro a la esquizofrenia. ⁴⁸

Desde su descripción en 1.943 por Kanner muchas han sido las interpretaciones y propuestas terapéuticas en el autismo. Un breve resumen de sus antecedentes lo vemos en la Tabla VI.

Hoy se acepta al autismo como un síndrome neuroconductual de base biológica con etiologías diversas.

ETAPAS DE ESTUDIO	CONCEPCION	ENFOQUE DE ATENCION
1943-1963	Trastorno Emocional. Causado por factores afectivo-emocionales inadecuados	Dinámico. Su objetivo es establecer lazos emocionales sanos entre el niño autista y sus padres.
1963-1983	Neurobiológica. Se asocia el autismo con trastornos o alteraciones neurobiológicas.	Educación. Aplicación de la "Modificación de Conducta" (1961). Comienzan a crearse centros educativos (1962).
ENFOQUE ACTUAL	Trastorno Generalizado del Desarrollo. Perspectiva evolutiva desde la que se concibe al autismo como una desviación cualitativa importante del desarrollo normal.	Educación e Integración. Con un punto de vista más pragmático y natural, menos "artificial" que en años anteriores. Especial importancia a la comunicación y a los recursos y capacidades de las personas autistas. Comienzan a modificarse las leyes educativas y laborales para la integración de personas autistas. (década de los '90) Mayor apertura de la comunidad regular.

Tabla VI Resumen de antecedentes de la visión del Autismo.

✓ DEFINICIÓN

Según cita Barbero, 2001,⁴⁹ la clasificación psiquiátrica de mayor proyección internacional: el DSM IV de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana habla de "Trastornos Generalizados

del Desarrollo-TGD” (que incluyen el *trastorno autista*, el *trastorno de Asperger*, el *trastorno desintegrativo infantil*, el *trastorno generalizado del desarrollo no especificado - TGD NE*, y el *trastorno de Rett*); y la clasificación CIE, de la Organización Mundial de la Salud, utiliza también el término “Trastornos Generalizados del Desarrollo”, aunque luego su listado no sea idéntico al utilizado en el sistema DSM lo que define a estos trastornos como una patología que tienen en común una asociación de síntomas conocida con el nombre de “tríada de Wing”. Esta tríada viene determinada por:

- trastornos de la comunicación verbal y no verbal
- trastornos de las relaciones sociales
- centros de interés restringidos y/o conductas repetitivas

A fin de evitar la confusión generada por el uso sinónimo de términos que en realidad no lo son, es preciso clarificar, a riesgo de resultar redundantes, estos conceptos, y aclarar las normas de uso de estos conceptos.

El término “autismo” se emplea generalmente, tanto en medios de comunicación como en entornos profesionales o asociativos, para definir sintéticamente a todos los trastornos incluidos en la actualidad bajo la denominación de “Trastornos Generalizados del Desarrollo”. De hecho no es un término que ya aparezca, como tal, aisladamente, en las clasificaciones internacionales. Hay también personas que utilizan el término autismo de una manera opuesta, es decir, restrictiva, para describir exclusivamente el trastorno autista contenido en los manuales clasificatorios, e incluso, únicamente al trastorno identificado originalmente en 1943 llamándolo entonces “autismo de Kanner” o “Autismo Clásico”.^{48,50}

Cabe señalar que esta denominación no es, en realidad, estrictamente correcta, ya que el desarrollo no está afectado de manera “generalizada” en estas personas.

Sin embargo, actualmente se utiliza el término “Trastornos del Espectro Autista” (TEA).^{16,48}

La experiencia acumulada por los investigadores en los

últimos años ha mostrado que existe una gran variabilidad en la expresión de estos trastornos. El cuadro clínico no es uniforme, ni absolutamente demarcado, y su presentación oscila en un espectro de mayor a menor afectación; varía con el tiempo, y se ve influido por factores como el grado de capacidad intelectual asociado a la entidad o el acceso a apoyos especializados. El concepto de TEA trata de hacer justicia a esta diversidad, reflejando la realidad clínica y social que se afronta con estos pacientes.⁵⁰

Los diferentes trastornos que en la actualidad conforman el espectro Autista según la DSM IV, y la CIE 10 se muestran en la Tabla VII

DIAGNOSTICO EN EL DSM-IV	DIAGNOSTICO EN EL CIE 10
Trastorno Autista	Autismo Infantil
Trastorno de Asperger	Síndrome de Asperger
Trastorno Desintegrativo de	Otros Trastornos

la infancia	Desintegrativos de la Infancia.
Trastorno de Rett	Síndrome de Rett
TGD - NE	Otros TGD; TGD No Especificado
Autismo Atípico	Autismo Atípico
(No se corresponde con ningún diagnóstico de la DSM – IV)	Trastorno Hiperactivo con Retraso Mental con movimientos estereotipados

Tabla VII Clasificación de los trastornos generalizados de desarrollo.

Espectro Autista.

La CIF la engloba dentro de las Funciones Psicosociales globales.¹⁶

Podemos definir entonces al Autismo como una condición de origen neurológico y de aparición temprana que puede estar asociado o no a otros cuadros como por ejemplo Discapacidades Intelectuales.⁵¹ El autismo es un espectro de trastornos caracterizados por graves déficits del desarrollo, permanente y profundo. Afecta a la socialización, la comunicación,

imaginación, planificación, reciprocidad emocional y conductas repetitivas o inusuales.^{50,52}

El bebé autista puede pasar desapercibido hasta el cuarto mes de vida; a partir de ahí, la evolución lingüística queda estancada, no hay reciprocidad con el interlocutor, no aparecen las primeras conductas de comunicación intencionadas (miradas, echar los brazos, señalar).⁴⁸

Su origen obedece a una anomalía en las conexiones neuronales que es atribuible, con frecuencia, a mutaciones genéticas. Sin embargo, este componente genético no siempre está presente, ya que se ha observado que los trastornos que sufre una persona autista pueden tener un componente multifactorial; dado que se ha descrito la implicación de varios factores de riesgo que actúan juntos.

✓ EPIDEMIOLOGÍA

Con el tiempo, la frecuencia de estos trastornos aumenta. Hace algunos años, 1 de cada 10.000 niños sufría Autismo, hoy

en día 1 de cada 150 niños es diagnosticado con este Síndrome. Debido a este aumento, la vigilancia y evaluación de estrategias para la identificación temprana, podría permitir un tratamiento precoz y mejorar los resultados.^{50,53}

✓ GENERALIDADES

Los síntomas, en general, son la incapacidad de interacción social, el aislamiento y las estereotipias (movimientos incontrolados de alguna extremidad, generalmente las manos).⁴⁸

Las alteraciones sociales son el principal síntoma del autismo. Dificultad en ajustar su comportamiento a los demás. Problemas para compartir el mundo emocional, el pensamiento y los intereses. Ya que no entienden muy bien las conversaciones y normas sociales. En consecuencia, el mundo social no les resulta fácil y en muchas ocasiones no les interesa, mostrando aislamiento.^{6,7,50}

Afección del lenguaje hablado: ecolalia, perseveración, inversión pronominal, entonación anormal. Las perseveraciones

consisten en la utilización repetitiva de elementos del lenguaje que el paciente acaba de emitir. Las emisiones perseverantes implicarían la persistencia activa de un circuito funcional, como consecuencia de una dificultad de los mecanismos neuronales para desactivar dicho circuito una vez que se ha producido la activación. Lo más característico es que el lenguaje no es utilizado de manera social para compartir experiencias y vivencias; presentando dificultad para iniciar o mantener una conversación recíproca; comprender sutilezas, bromas, ironías o dobles intenciones. Este fallo de la comunicación verbal se acompaña además de pobreza o ausencia de la comunicación no verbal: gestos, posturas o expresiones faciales que acompañan normalmente al habla o la sustituyen. ^{48,51}

Presentan intereses especiales, fascinación por partes de objetos, piezas giratorias, etc. Pueden aparecer movimientos corporales estereotipados. Ansiedad ante los cambios en las rutinas. ³

La relación con las personas está alterada dando la sensación que se aíslan de su entorno, respondiendo sólo a lo que les interesa y no tomando en consideración el resto.

Rechazan el contacto con otras personas o lo hacen sin demostrar afectividad.^{3,50}

Cuando se refieren los autistas a si mismos en caso de hablar lo hacen siempre en segunda o tercera persona, pero nunca usando el yo, rechazando o no tomando en cuenta su propia imagen cuando esta frente a un espejo.^{2,50}

Los objetos son para el uso que ellos les da y no para el específico de los mismos. En la misma forma, el lugar donde ellos normalmente están no debe ser modificado ni ser cambiado ya que puede generar reacciones de gran violencia. Todas las rutinas deben ser respetadas.³

Sensorialmente no parecen presentar alteraciones aunque para mirar pueden acercarse mucho a los ojos el objeto durante largo tiempo y moverlo minuciosamente de manera peculiar. Sus reacciones emocionales no siguen un patrón normal. Sin embargo cualquier acción con la que no esté de acuerdo puede desencadenar reacciones violentas.^{3,7,48}

✓ **PATOLOGIAS BUCALES MAS FRECUENTES DEL ESPECTRO AUTISTA**

No se encuentran patologías bucales en la mayoría de los casos que den explicación al cuadro clínico en general,^{4,10,11,50} Sin embargo muchas de las drogas usadas para tratar los síntomas asociados al trastorno autista presentan reacciones orofaciales adversas.

Risperidona: es una típica medicación antipsicótica usada para tratar los síntomas de la esquizofrenia, desorden bipolar, y Síndrome de Tourette, con su prescripción se manejan los síntomas de irritabilidad, agitación, autoinjurias, conductas agresivas y comportamientos repetitivos. Puede causar: xerostomía, sialorrea, disfagia, disgeusia.^{48,54,55}

Fluoxetina y Sertralina: están clasificados como antidepresivos inhibidores de la serotonina. La eritromicina y claritromicina pueden inhibir el metabolito de la fluoxetina. El uso de esta droga ayuda a manejar los síntomas de ansiedad, miedo y depresión. Puede ocasionar: xerostomía, disgeusia,

estomatitis, glositis y diskinesias. ^{48,54,55}

Carbamazepina y Valproato: son anticonvulsivante con propiedades estabilizadoras del humor, en un 9% de los pacientes puede producir leucopenia, y 7% trombocitopenia, Cuando son administrados conjuntamente con aspirina o con drogas antiinflamatorias no esteroideas puede resultar en un excesivo sangramiento. La eritromicina y claritromicina puede causar toxicidad de la carbamacepina por inhibición de su metabolismo. Son prescritos para manejar la agresión y las fluctuaciones del humor. ^{48,54,55}

Existen autores que plantean que la incidencia de caries no presenta gran diferencia con pacientes normales, sin embargo otros autores afirman que hay un aumento considerable en la incidencia de caries por la dieta cariogénica, muchas veces asociadas a reforzadores, así como la dificultad para la higiene oral por la falta de motricidad y el escaso contacto físico. ^{50,52}

Existe autoagresión a nivel mandibular y mentoniano; así como la alta incidencia de bruxismo, muchas veces asociado a

conductas estereotipadas que se presentan.¹⁰ Por tal motivo se puede ver afectada la ATM y la musculatura Orofacial.

La dieta de estos pacientes debe ser libre de gluten y caseína ya que estos son transformados en péptidos de naturaleza opiácea, produciendo así problemas conductuales. La dieta tiende a ser baja en calcio.^{49,54}

✓ **CONSIDERACIONES ODONTOLÓGICAS**

Pacientes con autismo pueden exhibir amplia variación en sus niveles de entendimiento y habilidad para cooperar durante el tratamiento dental.⁵⁴ A diferencia del Síndrome Down no todos los autistas presentan RM, incluso algunos pueden tener un CI más alto que la norma.

Debido a que una característica importante de los niños autistas es su tendencia a la rutina, intentando siempre que sea todo idéntico, será necesario concederles varias visitas antes de iniciar cualquier sesión odontológica por muy sencilla que sea.^{7,54}

Se debe intentar buscar la exteriorización del paciente a través del psicólogo del niño en las primeras consultas.^{51,54}

Debido a la considerable incidencia de caries de estos pacientes se deben tomar consideraciones importantes al momento de realizar restauraciones, evitándose el uso de amalgamas ya que el contenido de mercurio crea problemas sistémicos y por ende conductuales, debido a la incapacidad del organismo para la desintoxicación de metales pesados.⁴⁹ Hay teorías en las cuales estos niños tienen mecanismos de desintoxicación deficiente, son vulnerables a intoxicaciones con pequeñas cantidades de mercurio.

Vallejo en el 2005 por ejemplo recomienda el uso de PediWrap⁷ como método de restricción física para evitar autolesiones o movimientos estereotipados que puedan ocasionarle algún daño al niño.⁴⁹

Debido a que el niño Autista puede padecer en algunos de los casos Retardo Mental, en el 50 % de ellos es un Retardo Profundo, unido a los demás problemas que presentan, va a

determinar que el examen clínico sea muy difícil obligando muchas veces al odontólogo a realizar el tratamiento de los mismos bajo anestesia general. Esto también debido a la poca comunicación que se logra con estos pacientes. ^{2,4,50}

3 HISTORIA RIESGO/BENEFICIO-MEDICO/ODONTOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL PARA EL TRATAMIENTO ODONTOLOGICO

El individuo que acude a las consultas odontológicas en busca de tratamiento dental no es un cliente, sino un paciente, con una salud bucal deficiente producto algunas veces de la manifestación de una Enfermedad Grave o como consecuencia de ella. Se debe conocer su estado de salud general actualizado, para poder planificar el tratamiento odontológico. ²

En este sentido al igual que un paciente normal sano, en los pacientes con discapacidad, independientemente de la que sea, se debe realizar una Historia Clínica odontológica completa y detallada, que contendrá:

- Datos Personales
- Antecedentes Familiares (Médicos y Odontológicos)
- Antecedentes Personales (Médicos y Odontológicos)
- Examen Clínico Extraoral
- Examen Clínico Intraoral

La diferencia esencial con un paciente normal es que se hará énfasis en recabar toda la información que sea posible sobre la discapacidad que padece (su evolución, tratamiento, complicaciones) lo cual deberá estar sustentada con un informe reciente del médico tratante, de no tenerlo y sospechar que se está en presencia de un paciente con discapacidad, deberá solicitarse evaluación con el especialista que creamos corresponde. Quizás una de las herramientas más valiosas y adicional de esta historia clínica es la “Historia Comportamental”, la cual es fundamental, pues permitirá ubicar al paciente dentro de una categoría que a su vez se relaciona con la manera que deberá realizar el tratamiento. ²

Al planificar el tratamiento odontológico de un paciente enfermo o con discapacidad, es necesario introducir como parámetro su estado físico actual, la evolución previsible de su

patología o enfermedad y su expectativa de vida. En su valoración se deben aplicar diversos índices que originariamente se emplearon para referenciar la evolución de los pacientes oncológicos y que actualmente se aplican como parámetros para medir o categorizar el estado de salud del paciente especial o medicamento comprometido y de esta manera brindar una mejor forma de tratamiento.² Todo ello ha originado una serie de escalas que buscan categorizar el grado de afección del paciente y como esta se puede relacionar con otros parámetros que nos permiten determinar cómo debe estar orientada su atención de acuerdo a sus prioridades. La historia comportamental se define como un instrumento importante en la Historia Clínica del paciente con discapacidad que consiste en un conjunto de escalas de valores que nos permite categorizar al paciente para facilitar el estudio del caso y determinar bajo que modalidad se realizara el tratamiento. Entre las escalas de valoración que podemos utilizar tenemos: la Escala de Karnofsky (Tabla VIII) y el índice ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) (Tabla IX y Tabla X). La relación de ambas escalas con respecto al tipo de tratamiento odontológico lo podemos ver en la Tabla XI.

100 %	Normal. Sin evidencia de enfermedad.
90 %	Capaz de realizar actividad normal. Síntomas menores.
80 %	Actividad normal con esfuerzo. Algunos síntomas.
70 %	Incapaz de desarrollar actividad normal.
60 %	Ocasionalmente requiere asistencia. Autosuficiente para la mayoría de las necesidades.
50 %	Requiere considerable asistencia y cuidados frecuentes.
40 %	Discapacitado. Requiere cuidado y asistencia especial.
30 %	Severamente discapacitado y hospitalizado. Muerte no inminente.
20 %	Muy enfermo. Requiere asistencia y cuidados activos.
10 %	Moribundo: procesos fatales rápidamente progresivos.
0 %	Muerte

Tabla VIII. Escala de Karnofsky.

0	Actividad completa, puede cumplir con todos sus quehaceres sin ninguna restricción.
1	Tiene que limitar las actividades que requieren esfuerzos, pero sigue siendo ambulatorio y capaz de llevar trabajos ligeros o sedentarios.
2	Ambulatorio y capaz de cuidarse, pero no de llevar a cabo cualquier trabajo. Tiene que estar en reposo durante < 50 % de las horas de vigilia.
3	Sólo puede cuidarse en parte, encamado durante > 50 % de las horas de vigilia.
4	Totalmente inválido e incapaz de cuidarse, encamado por completo.
5	Muerto

Tabla IX. Índice ECOG.

ECOG	Karnofsky
0	100 – 90 %
1	80 – 70 %
2	60 – 50 %
3	40 – 30 %
4	20 – 10 %
5	0 %

Tabla X. Correspondencia entre los indicadores ECOG y Karnofsky.

Índice ECOG	Escala Karnofsky	Tratamiento Odontológico
0	100 – 90 %	Sin restricciones
1	80 – 70 %	Tratamiento con ligeras modificaciones
2	60 – 50 %	Modificaciones importantes
3	40 – 30 %	Modificaciones muy importantes
4	20 – 10 %	Cuidados paliativos
5	0 %	

Tabla XI. Modificaciones en el tratamiento odontológico.

Estos índices dan de un modo bastante aproximado y de manera más práctica cual es el estado Psicofísico de los pacientes.

Se pueden además valorar otros parámetros que pueden modificar el tratamiento dental en el sentido de una mayor agresividad, o bien que permiten conservar algunos dientes con un tratamiento conservador. Entre los factores que pueden alterar el tratamiento odontológico se puede mencionar los siguientes:

- Estado general de la Cavidad Bucal.
- Interés por parte del paciente o sus cuidadores.
- Comprensión.
- Factores emocionales.
- Deseo.
- Higiene.
- Urgencia.
- Salud General.
- Necesidad de cirugía.
- Viabilidad del tratamiento.
- Futuro previsible del paciente.

- Procedencia del paciente.

Una guía útil para ayudar a tomar decisiones correctas para el manejo en cuanto al tratamiento del paciente es la Escala para la Valoración del Pronóstico y del Riesgo Odontológico de Daniel Jolly, citado por Silvestre y Plaza,² (Tabla XII). Puede servir para orientarnos y establecer, de ésta manera, el tratamiento odontológico adecuado.

Categoría I	Individuo Sano
Categoría II	Deficiencia de la salud que obliga a consideraciones especiales en la atención odontológica
Categoría III	Deficiencia notable de la salud con repercusiones permanentes en el individuo que exige modificaciones importantes en el tratamiento odontológico.
Categoría IV	Deficiencia importante de la salud que exige modificaciones muy importantes en el tratamiento odontológico
Categoría V	Deficiencia grave de la salud en la que solamente están indicados los cuidados preventivos

Tabla XII. Escala DRAPE.

ÍNDICE ECOG	ESCALA KARNOFSKY	ESCALA DRAPE	TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO
0	100 – 90 %	Categoría I	Sin restricciones
1	80 – 70 %	Categoría II	Tratamiento con ligeras modificaciones
2	60 – 50 %	Categoría III	Modificaciones importantes
3	40 – 30 %	Categoría IV	Modificaciones muy importantes
4	20 – 10 %	Categoría V	Cuidados paliativos
5	0 %		

Tabla XIII Cuadro de relación de clasificaciones

4 ANESTESIA GENERAL

✓ DEFINICIÓN

La anestesia general se define como un estado reversible de inconsciencia producido por agentes anestésicos, con la pérdida de la sensación de dolor de todo el cuerpo⁵⁶. La anestesia general se acompaña de pérdida de los reflejos protectores de la vía aérea, también puede acompañarse de pérdida de la capacidad para respirar espontáneamente, esto dependerá del nivel de profundidad de la anestesia.^{57,58}

Por su parte la sedación o Vigilancia Anestésica Monitorizada se podría definir como un estado inducido por un fármaco o fármacos, en el cual el paciente presenta variación en su nivel de consciencia, esta variación va: desde una leve depresión del nivel de consciencia, en la cual el paciente está somnoliento pero responde a órdenes, conservando los reflejos de protección de la vía aérea; hasta una depresión intensa de su nivel de consciencia, en la cual el paciente no responde incluso a estímulos dolorosos. Los reflejos de protección pueden estar

presentes o no, esto dependerá si se trata de una sedación superficial, también llamada consciente o si se trata de una sedación profunda. Virtualmente no existe diferencia entre la sedación profunda y la anestesia general superficial ^{57,58}.

✓ **Indicaciones de la Anestesia General y Sedación en Odontología**

De manera global se puede decir que la anestesia general está indicada en lactantes y niños pequeños ⁵⁷, también se emplea en aquellos adultos que prefieren esta técnica a pesar de haberles explicado la posibilidad de usar la anestesia regional. Cuando la técnica quirúrgica es extensa.

En pacientes con enfermedades mentales o con retraso en el desarrollo psicomotor. ⁵⁷

Cuando hay historia de reacciones alérgicas o tóxicas a los anestésicos locales o cuando el paciente recibe anticoagulantes. ⁵⁷

Específicamente en el área odontológica son indicaciones de anestesia general: ^{2,4,6,7,59}

- Niños con experiencias previas médico-odontológicas iatrogenizantes y en los que no es posible lograr una comunicación positiva ni la cooperación necesaria para el tratamiento.
- Pacientes alérgicos a los anestésicos locales: Los anestésicos locales pueden provocar reacciones de hipersensibilidad en niños y adultos alérgicos.
- Niños y adultos con discrasias sanguíneas: La anestesia infiltrativa troncular puede provocar hemorragias en los espacios faríngeos laterales, aun estando el paciente en terapia adecuada para su discrasia.
- Enfermedades dentales en niños con trastornos psicomotores o trastornos genéticos, en los que se asocia enfermedad dental y retraso mental o trastornos

musculo esqueléticas, que impiden el tratamiento convencional con el paciente consciente.

- Niños con cardiopatías congénitas en los que se va a practicar un tratamiento extenso en los que esté involucrado remoción de procesos sépticos dentarios, restauraciones múltiples, o cirugía maxilofacial. En los niños portadores de cardiopatías congénitas el efecto de los anestésicos locales con catecolaminas puede ser perjudicial.
- Pacientes odontofóbicos.
- Niños menores de 3 años con tratamiento odontológico extenso.

✓ Procedimientos para la Anestesia General o Sedación

Existen requisitos que todo odontólogo debe conocer para la indicación del tratamiento odontológico bajo Vigilancia Anestésica Monitorizada (VAM) o Anestesia General (AG). Estos requisitos deben ser revisados de manera exhaustiva para evitar

complicaciones clínicas e incluso legales. Para poner en práctica una anestesia general es necesario el uso de un quirófano y de una sala de recuperación donde se vigilará y controlará el despertar del paciente anestesiado. En ocasiones, se llevan a cabo técnicas en las que el periodo de vigilancia post anestésico queda muy reducido, pudiendo volver el paciente a su casa en pocas horas; en estos casos hablamos de “anestesia general ambulatoria”, que es la que frecuentemente se utiliza en odontología ^{58,59}, esta puede darse dentro de un hospital o clínica llamándose así *AG Ambulatoria Intrahospitalaria*; o puede darse fuera de este pero en un sitio adecuado para ello, que reúna todas las condiciones como la Facultad de Odontología UCV, Consultorios Odontológicos, Centros Odontológicos llamándose así: *AG o VAM Ambulatoria Extrahospitalaria*. Muchas veces el paciente puede requerir un periodo de vigilancia previo y posterior al acto quirúrgico en donde se requiera de hospitalización, en este caso se hablará de *AG Hospitalaria*.

Una vez determinada a través de la Historia Clínica Odontológica y la Historia Comportamental que el paciente debe ser visto bajo Vigilancia Anestésica Monitorizada o Anestesia General, se deberán cumplir una serie de evaluaciones

adicionales que confirmarán si el paciente puede ser atendido bajo esta modalidad y donde debe ser visto.

La evaluación adicional consiste en:

- Radiografía de Tórax. Postero-anterior y Lateral Derecha con informe.
- Exámenes de Laboratorio
 - Hematología Completa
 - PT
 - PTT
 - Úrea
 - Creatinina
 - VDRL
 - VIH

Con estos exámenes y radiografías será referido a un Médico Internista o Cardiólogo en el caso de pacientes adultos o Pediatra en caso de pacientes infantiles, quien realizará un informe completo y detallado sobre su apreciación del paciente (incluirá peso, talla, tratamiento que recibe o ha recibido, Clasificación ASA).

Una vez el odontólogo reciba esta evaluación fijará con el anesthesiólogo la cita para la evaluación Pre Anestésica.

A. EVALUACIÓN PREANESTÉSICA

La evaluación pre anestésica es una valoración global del paciente con el fin de que su curso perioperatorio sea el mejor posible, debe incluir la anamnesis, el examen físico y los exámenes complementarios. No existen pruebas que por definición deban ser obligatoriamente realizadas, éstas deben ser solicitadas a juicio del anesthesiólogo, sin embargo se solicita: Radiografía de Tórax, Exámenes de Laboratorio y Evaluación Médica (Internista, Cardiólogo o Pediatra). El objetivo general de la valoración pre anestésica es reducir la morbi-mortalidad peroperatoria⁵⁸, Los objetivos específicos son mejorar las condiciones preoperatorias del paciente, mejorar su ansiedad y planificar la anestesia.

La valoración pre anestésica puede ser hecha en régimen ambulatorio u hospitalizado. La valoración pre anestésica en

régimen ambulatorio es la que particularmente interesa en anestesia general y sedación para procedimientos odontológicos, pues es la que habitualmente se realiza en la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela.^{57,58}

En el caso de la valoración ambulatoria, el paciente es referido al anesthesiólogo o a la consulta pre anestésica cuando se hace la indicación quirúrgica, con los exámenes indicados anteriormente. Una vez el paciente tiene todos los exámenes solicita la evaluación propiamente dicha en la cual se deberá realizar un informe de las apreciaciones resultados y sugerencias del anesthesiólogo que efectúa la valoración, destinada al anesthesiólogo que suministrará la anestesia, pues puede no ser el mismo. En el caso de anestesia para procedimientos odontológicos, el paciente deberá recibir del anesthesiólogo, una información clara y detallada sobre lo que deberá realizar previo a la intervención. También se aprovechará la consulta pre anestésica para informar a los padres sobre los riesgos/beneficios del procedimiento; debido a que son los padres, cuidadores o tutores los responsables legales del paciente.^{56,57} Estos deben seguir en forma correcta todas las indicaciones pre y post operatorias. El anesthesiólogo debe

explicar las técnicas anestésicas que podría utilizar, la monitorización y los cuidados post operatorios que el niño debe recibir. La consulta pre anestésica sirve para brindar toda esta información a los padres del paciente; además de brindar apoyo para calmar posibles angustias de los padres ante el procedimiento anestésico. ^{58,59}

La sedación por su parte, requiere también de una evaluación Previa, según las pautas de sedación, elaboradas por los comités de las Sociedades de Anestesiología y Pediatría de Norte América⁵⁹ y la Sociedad Venezolana de Anestesiología⁶⁰, ésta requiere de una evaluación del estado de salud del paciente, dicha evaluación debe ser tan rigurosa como la evaluación pre anestésica clásica.

Otro de los objetivos de la evaluación pre anestésica es la de ubicar a cada paciente en uno de los grupos de la clasificación "ASA", la cual, según la Sociedad Americana de Anestesiología ⁶¹, es una escala de riesgo basada en las condiciones generales del paciente, de esta manera los grados de la clasificación "ASA", son:

ASA I: Paciente sano.

ASA II: Paciente con enfermedad sistémica leve o compensada.

ASA III: Paciente con enfermedad severa o descompensada.

ASA IV: Paciente con enfermedad sistémica que amenaza su vida.

ASA V: Paciente moribundo.

ASA VI: Paciente con muerte cerebral cuyos órganos están siendo eliminados a fines de ser donados.

Según las pautas de sedación, los paciente ubicados en las categorías ASA III o IV, requieren cuidados especiales y no son candidatos a ser sedados para procedimientos odontológicos. De igual manera no deben recibir anestesia general de tipo

ambulatoria pues requieren de cuidados post operatorios especiales que sólo pueden ser suministrados en un hospital. ⁶⁰

B. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El primer documento necesario es el consentimiento informado, mediante el cual, el paciente y sus familiares, cuidadores o un abogado (en el caso de pacientes con discapacidad que carezcan de tutor) aceptan el tratamiento y asumen todo tipo de complicaciones que puedan surgir relacionados con el tratamiento dental en sí o con la anestesia.

Se define al Consentimiento Informado, según la SVA ⁶², como el acuerdo y autorización voluntaria firmada por el paciente o su representante autorizado, quien previo a la realización del tratamiento o procedimiento propuesto y luego de haber sido ampliamente informado sobre su naturaleza, riesgos, beneficios, posibles complicaciones y alternativas terapéuticas disponibles, concede, rehúsa o revoca la realización del procedimiento o tratamiento.

La obtención del Consentimiento Informado es obligatoria para: Todo procedimiento invasivo/quirúrgico que se lleve a cabo en el área quirúrgica ; Previo a la administración de anestesia, incluyendo sedación moderada / profunda ; Previo a la administración de sangre o sus derivados; Aquellos procedimientos invasivos que se realicen fuera del área quirúrgica.

El Consentimiento Informado debe estar incluido en la Historia Clínica otorgado por el paciente o su representante autorizado, correctamente llenado y firmado. En ningún caso debe realizarse el procedimiento propuesto sin el Consentimiento Informado del paciente o su representante.

Para el consentimiento escrito deben utilizarse los formatos institucionales establecidos por, tipo de procedimiento o tratamiento, según corresponda (Anexo 1, Anexo 2, Anexo 3). En caso de no tener disponible el formato específico al tipo de procedimiento o tratamiento propuesto, el médico debe completar en el formato de Consentimiento Informado Genérico, la información correspondiente al procedimiento propuesto, riesgos complicaciones posibles , alternativas terapéuticas disponibles

(si las hubiese) y beneficios. A través del Consentimiento Informado los pacientes o el representante autorizado son informados de: Nombre del procedimiento(s) o tratamiento(s), propuesto(s), Beneficios, Complicaciones generales y específicas al paciente, Alternativas terapéuticas disponibles, Nombre del médico responsable de la realización de /los procedimientos(s) o tratamiento(s) propuestos(s) ^{56,58,59}

Es también obligación del odontólogo advertir a los pacientes acerca de los riesgos clínicos de rehusar el tratamiento ⁵⁶

Se deben obtener por escrito los datos de filiación del paciente, que incluirán, nombre, dirección y teléfono del paciente, de su responsable legal en caso de tenerlo y del familiar o familiares que deban ser avisados en caso de emergencia. También es necesaria una serie de información médica adicional que será valorada por el anestesiólogo. ⁵⁶

MONITORIZACIÓN DURANTE LA ANESTESIA GENERAL Y LA SEDACIÓN

Además de la estructura adaptada, bloque quirúrgico bien compacto, quirófano, sala de recuperación y personal calificado, se establecen universalmente "estándares" de monitoreo o vigilancia para el paciente que será sometido a anestesia general, éste debe incluir: Estetoscopio precordial o esofágico, Electrocardiograma y presión arterial incruenta y continua, Oximetría de pulso, Temperatura, Capnografía, Espirometría, Fracción inspiratoria de oxígeno, alarmas de desconexión, alarmas de sobre presión de la vía aérea.⁵⁸

En el caso de la sedación, las pautas actuales sugieren que para este procedimiento se cuente con: Equipo que permita suministrar presión positiva de oxígeno, capaz de brindar concentraciones de dicho gas del 90%; succión adecuada con diversos catéteres o sondas para succión; equipo para monitoreo no invasivo de tensión arterial (tensiómetro manual o electrónico); monitoreo de saturación de oxígeno (oxímetro de pulso); equipo para manejo de la vía aérea (laringoscopio, sondas de mayo, sondas o tubos endotraqueales); un "carro de

emergencias" con drogas apropiadas para soporte vital avanzado, con suficiente provisión para brindar soporte vital hasta que el paciente sea conducido a una área de mayor atención.^{56,58}

RECUPERACIÓN POST ANESTESICA

La recuperación post anestésica es el período que va desde el cese del suministro de agentes anestésicos a un paciente, hasta su egreso del área de recuperación. En el caso de la cirugía ambulatoria, al egreso de esta unidad de cuidados post anestésicos el paciente irá directamente a su casa.⁶⁰

La mayoría de los pacientes se recuperan de la anestesia sin problemas, especialmente aquellos pacientes sanos que son sometidos a procedimientos breves bajo régimen ambulatorio, como son la mayoría de los pacientes atendidos en nuestra Facultad. Sin embargo en el post operatorio inmediato pueden surgir complicaciones que pueden amenazar la vida del paciente si no son tratadas en forma adecuada⁶³. Todo el personal de salud que de alguna manera tiene bajo su responsabilidad a

pacientes que requieren cuidados post operatorios inmediatos debe saber reconocer y tratar en forma apropiada estas complicaciones. ⁵⁸

MONITORIZACIÓN

El nivel de consciencia del paciente debe ser vigilado, también su patrón respiratorio. La frecuencia respiratoria conjuntamente con la tensión arterial y la frecuencia cardíaca son los parámetros más importantes a ser considerados en el post operatorio inmediato. ⁵⁸

Los estándares modernos de monitorización post operatoria recomiendan que se evalúe el ritmo cardíaco a través del EKG, el oxígeno periférico con un oxímetro de pulso y la presión arterial en forma manual o automática. ⁵⁷

Toda unidad de cuidados post anestésicos debe estar dotada de: ^{56,57,58,60,63}

- a) Sistema de Oxígeno.
- b) Sistema de aspiración.
- c) Ambú
- d) Equipo de intubación y reanimación.
- e) Tensiómetro.
- f) Silla de ruedas.
- g) Monitor de signos vitales.
- h) Sillones reclinables.
- i) Personal de enfermería calificado.

CRITERIOS DE EGRESO

Los criterios de egreso han sido establecidos de muy diversas formas; en líneas generales se puede decir que un paciente orientado en persona, tiempo y espacio, con signos vitales estables por más de una hora, con mínimo o ningún dolor, con mínimas o ningunas náuseas y vómitos, puede ser egresado.^{57,58,60}

Los criterios empleados en la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela son:

- Signos vitales estables

- Orientación y deambulaci3n: esto quiere decir que el paciente pueda estar de pie por si solo sin ning3n tipo de mareos.

- Dolor o n3useas y v3mitos, el paciente no debe presentar nauseas o v3mitos, aunque pudiese presentar el m3nimo dolor dependiendo de la cantidad de tratamiento realizado

- Sangrado quir3rgico. No debe presentar ning3n tipo de sangrado

- Ingesta y alimentaci3n: el paciente debe tener tolerancia a los l3quidos incoloros y semis3lidos, es por ellos que una vez en el 3rea de recuperaci3n el paciente puede ingerir Agua 1 hora y 30 minutos despu3s de haber ingresado a esta 3rea o cuando lo

solicite el paciente en pequeños sorbos y con intervalos de descanso, y 2 horas después puede ingerir alimentos semisólidos como pueden ser compotas. Si el paciente no presenta náusea o vómitos una vez ingerido esto puede ser dado de alta.

III PROTOCOLOS DE ATENCIÓN

El Protocolo de Atención a Pacientes con Discapacidad Intelectual tiene como objetivo guiar al odontólogo en el manejo y atención de los pacientes con este tipo de discapacidad, las más frecuentes nuestro país son: Retardo Mental, Síndrome Down y Trastorno del Espectro Autista.

Distinguiremos entonces:

1 PROTOCOLO GENERAL DE ATENCIÓN SEGÚN COMO Y DONDE REALIZAREMOS EL TRATAMIENTO

Este protocolo relaciona la Discapacidad Intelectual (Retardo Mental, Síndrome Down, Trastorno del Espectro Autista) con el grado de afectación intelectual y la escala de DRAPE: Gráfico 1

- Atención Odontológica Convencional
- Vigilancia Anestésica Monitorizada Extrahospitalaria

- Anestesia General Intrahospitalaria

1.- Atención Odontologica Convencional:

Es aquella que realizamos en nuestros consultorios de manera convencional, sin embargo se debe destacar que la condiciones generales de la clínica o institución deben ser acordes a la atención de pacientes especiales, es decir, en ningún momento se puede realizar tratamientos en clínicas cuyas unidades sean en gran número, posean objetos o ruidos que son distrayentes al paciente y sin la privacidad o espacios establecidos que requiere el mismo, de lo contrario no podremos obtener la atención necesaria por parte del paciente ni la confianza adecuada por parte de sus padres o cuidadores. Este tipo de protocolo está recomendado para pacientes especiales ubicados en la Categoría II. ²

2.- Vigilancia Anestésica Monitorizada (VAM)

Extrahospitalaria

Es aquel que realizaremos en quirófanos fuera de hospitales o en nuestros consultorios pero teniendo los equipos necesarios

para el control y monitorización de los signos vitales y salud general del paciente contando con un área para su recuperación. Este protocolo está recomendado para pacientes especiales ubicados en la Categoría III. ²

3.- Anestesia General Intrahospitalaria.

Este protocolo será realizado en quirófanos ubicados en instituciones hospitalarias, donde se ofrezca una Unidad de Cuidados Intensivos, y todo el equipo de especialistas médicos y odontológicos necesarios para llevar a cabo el tratamiento del paciente especial. Cabe destacar que en este protocolo existe la posibilidad, según lo amerite el caso, de incluirse la pernocta o no del paciente en la institución. Esta recomendado para pacientes especiales ubicados en la Categoría IV. ²

La elección de estos protocolos dependerá de la categorización que hayamos hecho del paciente según todos los records y estudios obtenidos previamente; y a su vez cada uno abarcara las diversas áreas de tratamiento odontológico que requiera: preventivo, Restaurador, Protésico, etc.

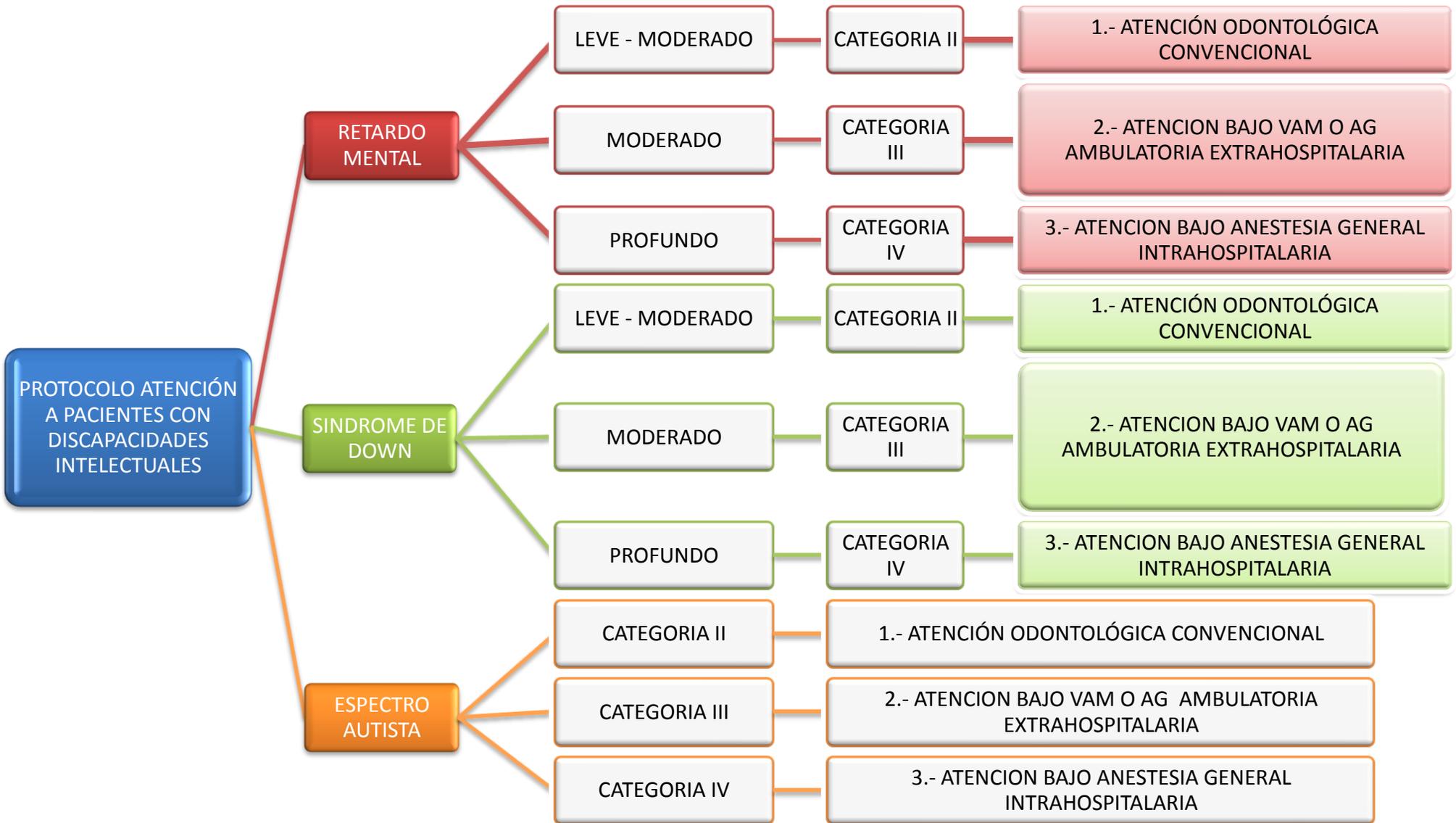


Gráfico 1. Protocolo General de Atención según como y donde realizaremos el Tratamiento

2 PROTOCOLO POR ÁREA DE TRATAMIENTO

El Protocolo por área de tratamiento odontológico del paciente que vive con discapacidad, comprenderá los pasos a seguir que debe cumplir el odontólogo al momento de la atención de un paciente que acude a su servicio con una necesidad especial. Ver Gráfico 2

Básicamente estará comprendido por los Protocolos:

- a) Preventivo
- b) Restaurador
- c) Endodóntico
- d) Cirugía o Quirúrgico
- e) Protésico
- f) Ortodóncico

Estos a su vez comprenderán el ambulatorio convencional y el del área quirúrgica.



Gráfico 2 Protocolo por área de tratamientos para la atención de pacientes con Discapacidad Intelectual.

2.1 PROTOCOLO PREVENTIVO

Como su nombre lo indica consta de actividades a realizar para la prevención en estos pacientes de la instalación de problemas en la cavidad bucal y mejorar su estado actual de salud bucal. Gráfico 3

Estará dirigido a motivar al niño y concientizar a su familia en la necesidad de mantener una buena actitud preventiva, cuidando la dieta, la higiene y la aplicación de flúor en todas sus formas, buscando retardar la aparición y el progreso de la enfermedad periodontal (que de por si es de difícil mantenimiento en estos pacientes) y evitar la aparición de caries dental.

Incluye en primer lugar la enseñanza al paciente, padres, representante o en su defecto cuidador de la Técnica de Cepillado y el uso de medios auxiliares para la higiene (Enjuague Bucal), en pacientes mayores de 6 años y que posean la capacidad de escupir y no deglutir el enjuague. Para esto necesitamos de la alta colaboración y supervisión de los

familiares del paciente. En caso de pacientes con nivel intelectual profundo la técnica y el uso de los medios auxiliares estará bajo la autoridad de sus padres, representantes o cuidadores. Se indicaran los medios de higiene bucal más adecuados al caso: cepillos eléctricos, adecuaciones o adaptaciones especiales de los cepillos, etc.

También debemos asesorar a los padres y personas que cuidan a estos pacientes sobre la ingesta de una dieta poco cariogénica y balanceada, de esta manera disminuir el índice de caries y favorecer el crecimiento y desarrollo mandibular del paciente. Debe evitarse los Hidratos de Carbono bajo la forma de azúcares sustituyéndolos, de ser posible, por proteínas y tratando de ir aumentando la textura de los alimentos en forma lenta y progresiva, incentivando al niño para que realice movimientos masticatorios. Cabe destacar que en los pacientes con Espectro Autista es de suma dificultad cumplir este punto dietético, por su dieta libre de gluten y caseína; y en el caso de los pacientes con Retardo Mental Profundo por lo difícil de la comunicación o problemas asociados en donde muchas veces la alimentación es a través de sondas, teteros, etc.

Se realizarán Tartrectomías y Profilaxis en periodos de cada 3 a 6 meses dependiendo del estado de Salud Bucal que haya adquirido el paciente. Y por último, sin dejar de ser importante, la colocación de Sellantes de Fosas y Fisuras en todos aquellos dientes que, al examen clínico, lo ameriten; y la aplicación de un protocolo de fluoruro.

En la atención odontológica convencional realizaremos dicho protocolo de la siguiente manera:

- Sellantes por cuadrantes con Aislamiento Absoluto.
- Las tartrectomias se realizarán por cuadrante o Maxilar, dependiendo de la cantidad de Placa o Cálculo Dental que posea el paciente. Es recomendable realizarlo en varias citas.
- Cuando el grado de enfermedad periodontal es severo, es recomendable realizar la tartrectomía en varias fases, es decir, una fase de manera ambulatoria y una segunda fase en quirófano, para de esta manera cumplir fielmente con la remoción de todo el agente irritante sin deteriorar en exceso el tejido periodontal, y también disminuir el tiempo de trabajo en quirófano.

Cuando realizamos este protocolo en VAM o Anestesia General se procederá de la siguiente manera:

- Sellantes de Fosas y Fisuras por Cuadrantes con Aislamiento Absoluto.

- Tartrectomias realizadas por el Especialista (Periodoncista para pacientes adultos u Odontopediatra para paciente pediátrico), quien trabajara con su instrumental adecuado y de tecnología para minimizar el tiempo de trabajo en quirófano, será realizado por hemiarcadas, es decir cuadrante I y IV o V y VIII y luego pasar al Cuadrante II y III o VI y VII, esto debido al uso del abreboca.

- Raspado y Alisado realizado por el Periodoncista, igualmente por Hemiarcada.

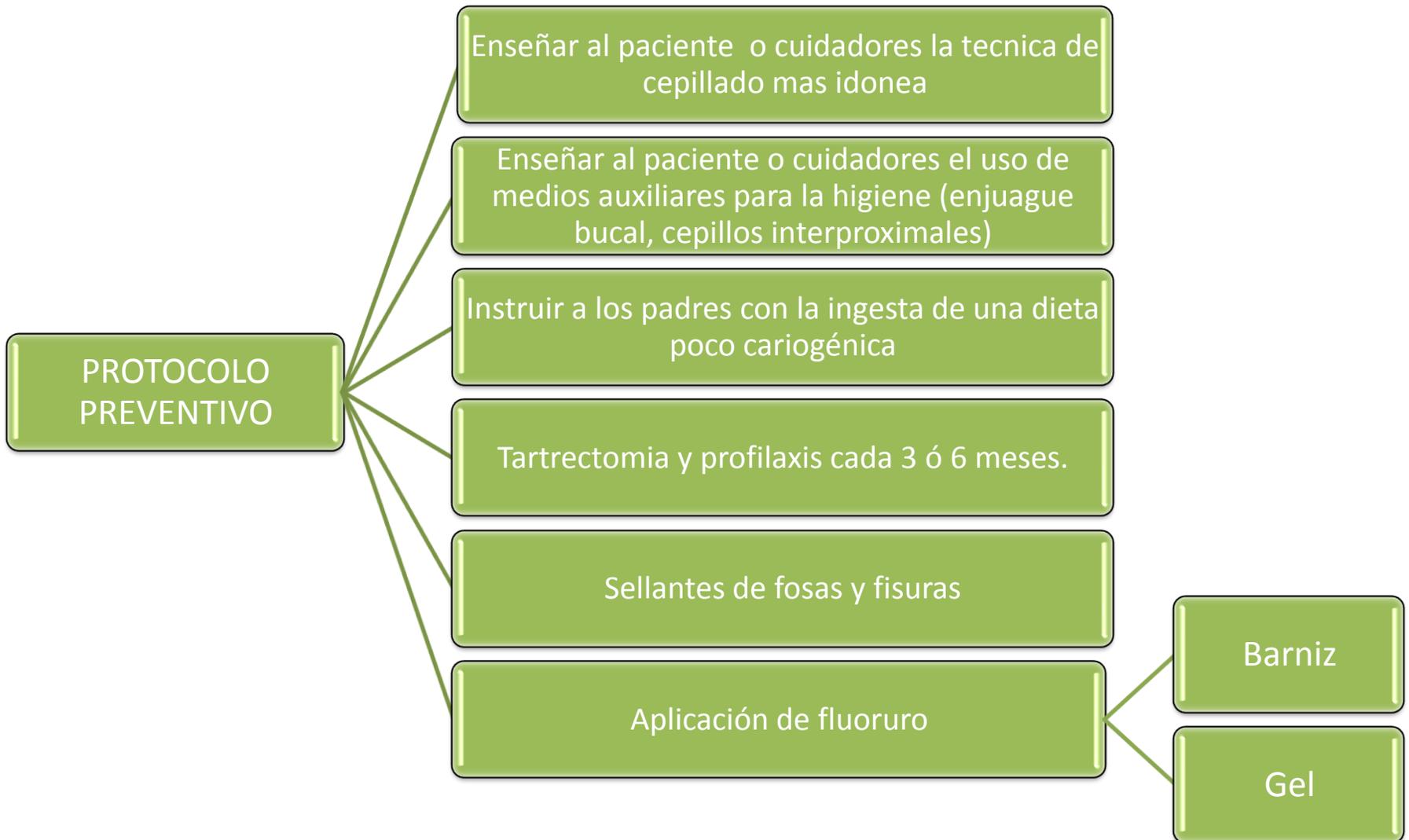


Gráfico 3. Protocolo Preventivo de Tratamiento para pacientes con Discapacidad Intelectual

2.2 PROTOCOLO RESTAURADOR

Este protocolo como su nombre lo indica será aplicado en todos aquellos dientes donde se haya instaurado el proceso de caries. Consta básicamente en restaurar las estructuras dentarias deterioradas. Abarca desde cavidades preventivas hasta las incrustaciones en dientes permanentes, al igual que el protocolo anterior tomaremos en cuenta como se realizará el tratamiento. Gráfico 4

Si el tratamiento será realizado de manera ambulatoria convencional se debe tomar en cuenta, empezar por actividades más sencillas y menos complejas, por ejemplo cavidades RPR; realizaremos eliminaciones de caries, previa anestesia utilizando la Técnica de adaptación a la consulta que mas se adecue al caso, no debemos olvidar que estos son pacientes que pese a su déficit de coeficiente intelectual, son educables y entienden los procedimientos. Luego se realizará la obturación de la cavidad con el material correspondiente, amalgama o resina. No existe contraindicación para el uso de cualquiera de estos materiales en los pacientes con Retardo Mental o Síndrome Down, sin

embargo esta contraindicado el uso de amalgamas en pacientes con Trastorno del Espectro Autista.

En el caso de realizarse el procedimiento bajo AG Intra o Extrahospitalaria, se realizará el protocolo restaurador por cuadrantes, donde el cuadrante de primera elección será el de mayor número de afectación. Se realiza la técnica de Aislamiento Absoluto con Dique de Goma de todo el cuadrante a tratar, se procede a las eliminaciones de caries y luego la obturación de las cavidades con el material correspondiente, amalgama o resina, según sea el caso, tomando en cuenta la indicación o contraindicación de la entidad. Si el procedimiento llegara a involucrar el órgano Pulpar se seguirá el Protocolo de Endodoncia y una vez culminado este se procederá a colocar la base cavitaria con la obturación definitiva que corresponda, si fuera resina se pule y se hace su acabado, y se procede al otro cuadrante.

Pese a que el paciente se encuentra bajo Anestesia General o VAM esta es de tipo superficial, por lo que en aquellos casos en donde se piense se llegará a afectar el órgano dentino-pulpar deberemos colocar la Anestesia Infiltrativa que corresponda

según la zona siempre notificando la aplicación de la misma al Anestesiólogo.

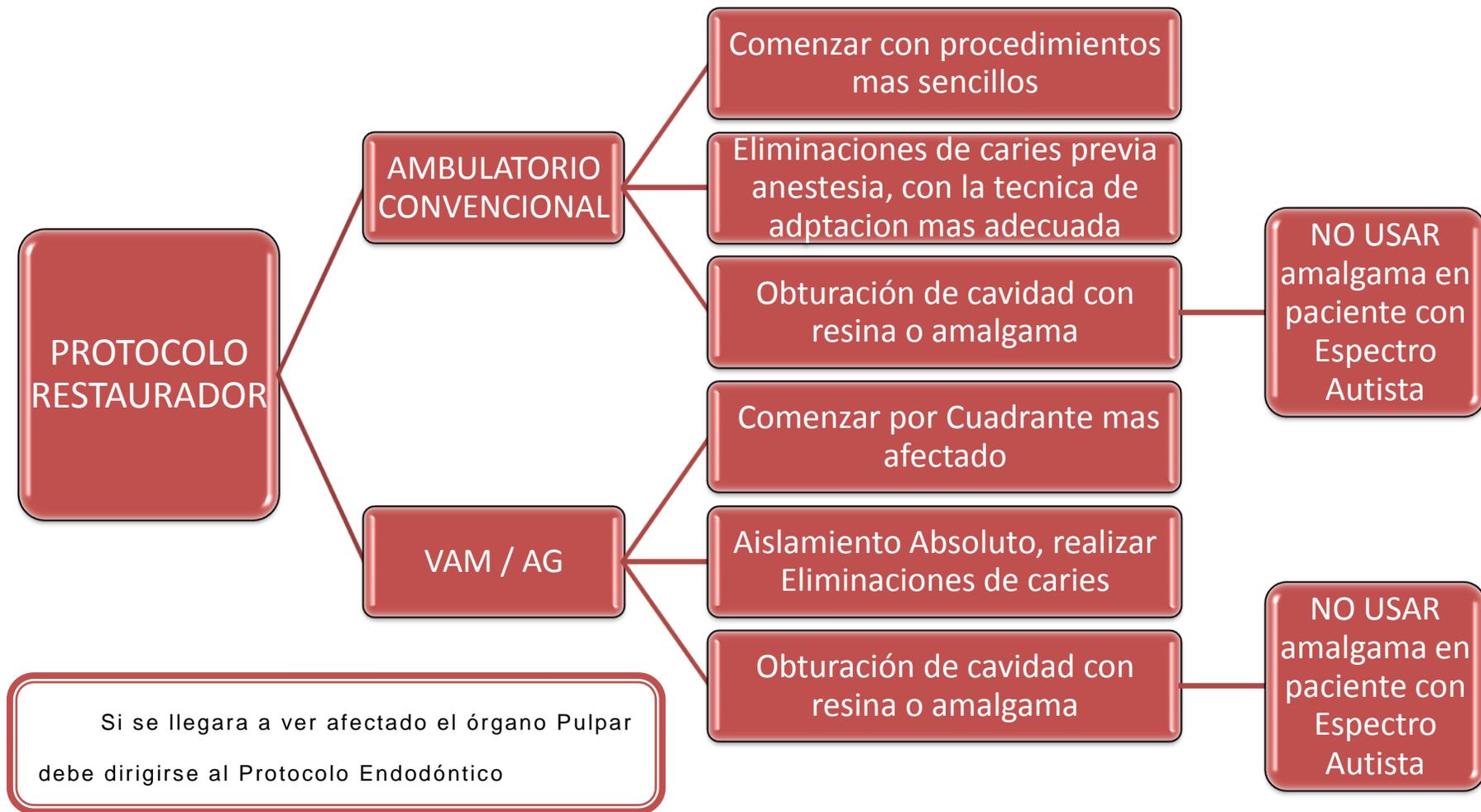


Gráfico 4. Protocolo Restaurador de Tratamiento para pacientes con Discapacidad Intelectual

2.3 PROTOCOLO ENDODONTICO

Este protocolo consiste en realizar los tratamientos Endodónticos correspondientes, siempre y cuando el diente sea restaurable. Será realizado por el Especialista

Protocolo Endodóntico Ambulatorio Convencional

En caso de dentición permanente será realizado por el especialista (Endodoncista), todos aquellos tratamientos de conductos de dientes que pueden ser restaurados, con el advenimiento de la tecnología en esta área: localizador apical, microscopio, instrumental rotatorio, entre otros. En caso de dentición primaria, será realizado por el Odontopediatra, el cual realizara tratamientos de Pulpotomías, Pulpectomía y Curas Formocresoladas. Se realizará por cuadrantes bajo aislamiento absoluto. Gráfico 5

Protocolo Endodóntico en Quirófano (VAM o AG)

Se realizará igual al anterior por cuadrante bajo aislamiento absoluto, pero en el caso que el diente a tratar presente un diagnóstico de Necrosis Pulpar o una Pulpitis que no se logra controlar y no están las condiciones óptimas en el o los conductos para su obturación, la conducta a seguir será radical debido a que la obturación del mismo no podrá ser realizada en otra cita de manera convencional. Es importante tomar en cuenta esto ya que estamos tratando con un paciente que por su condición debió entrar a quirófano por no existir otra manera de tratarlo y de esta forma debemos conocer que todo diente que presente un diagnóstico dudoso, donde no se pueda garantizar el éxito del tratamiento, el sellado de la restauración, deberemos realizar el tratamiento radical (Exodoncia) ya que así podremos minimizar la reintervención del mismo y la salud bucal del paciente será más longeva. Gráfico 6

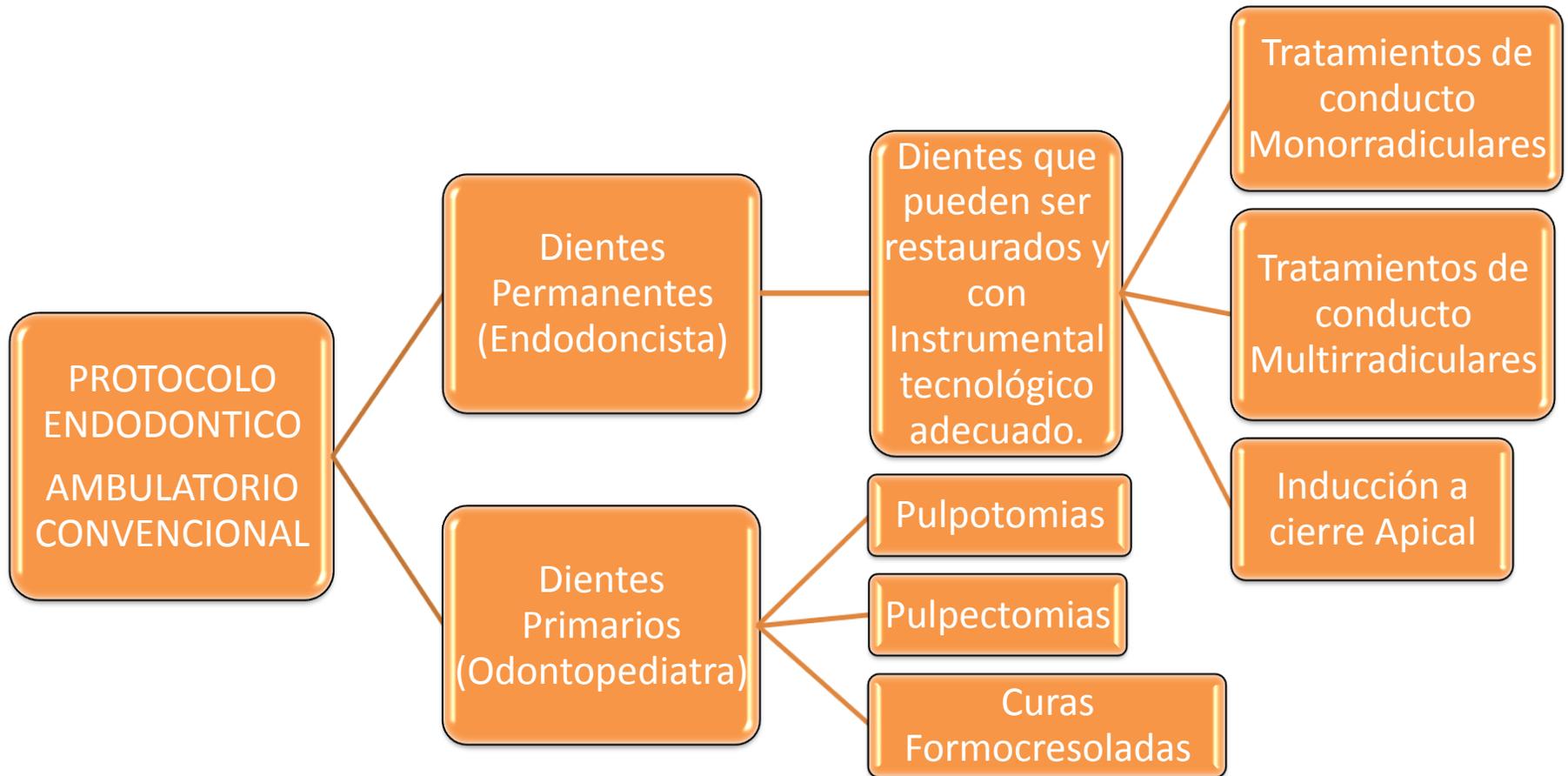


Gráfico 5. Protocolo Endodóntico Ambulatorio Convencional de Tto. para pacientes con Disc. Intelectual

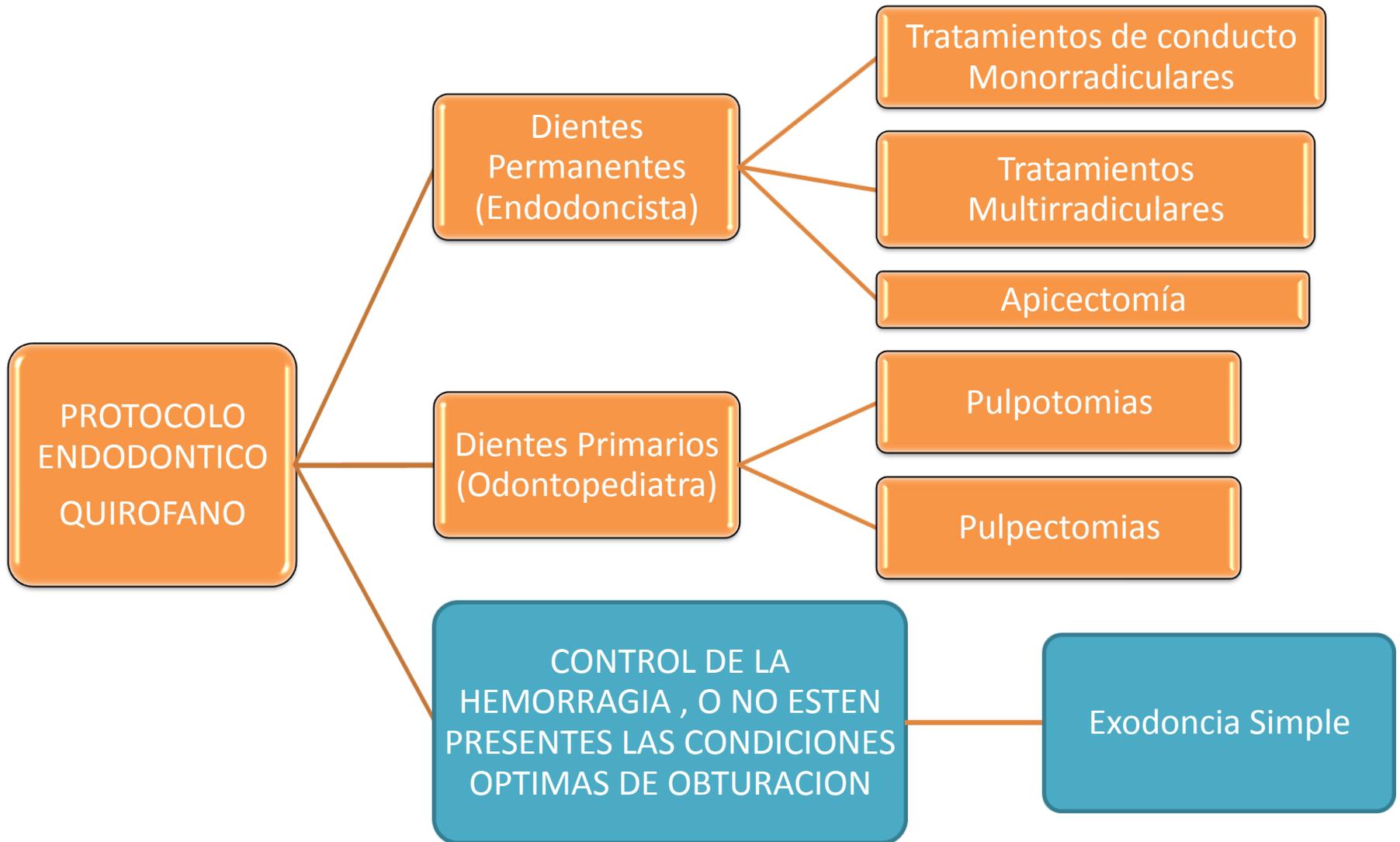


Gráfico 6. Protocolo Endodóntico Quirófono de Tratamiento para pacientes con Discapacidad Intelectual

2.4 PROTOCOLO QUIRÚRGICO

El protocolo quirúrgico, básicamente consiste en realizar tratamiento en el área de cirugía bucal, bastante sencillo. Independientemente que los procedimientos a realizar no presente gran dificultad, es recomendable que sean realizados por el especialista (Cirujano Bucal para la exodoncia de dientes permanentes) y Odontopediatra (para la atención de pacientes pediátricos, menores de 13 años o en dentición permanente temprana), ya que de esta manera se disminuye el tiempo de trabajo, los niveles de complicación y el nivel de ansiedad y trauma del paciente. Gráfico 7

En estos pacientes solo podrán ser realizadas de manera ambulatoria convencional exodoncias simples, exodoncias de dientes monoradiculares, donde se observe parte de estructura dentaria y no tenga ningún tipo de invaginación de tejido gingival, y exodoncias de dientes o restos radiculares que no posean tratamientos de conductos realizados.

En el caso de tratarse de exodoncias complejas, exodoncias

o enucleaciones de dientes retenidos, toma de biopsias, supernumerarios u otros, se recomienda realizarlo bajo VAM cuando son pacientes adultos y AG cuando son pacientes niños o adolescentes.

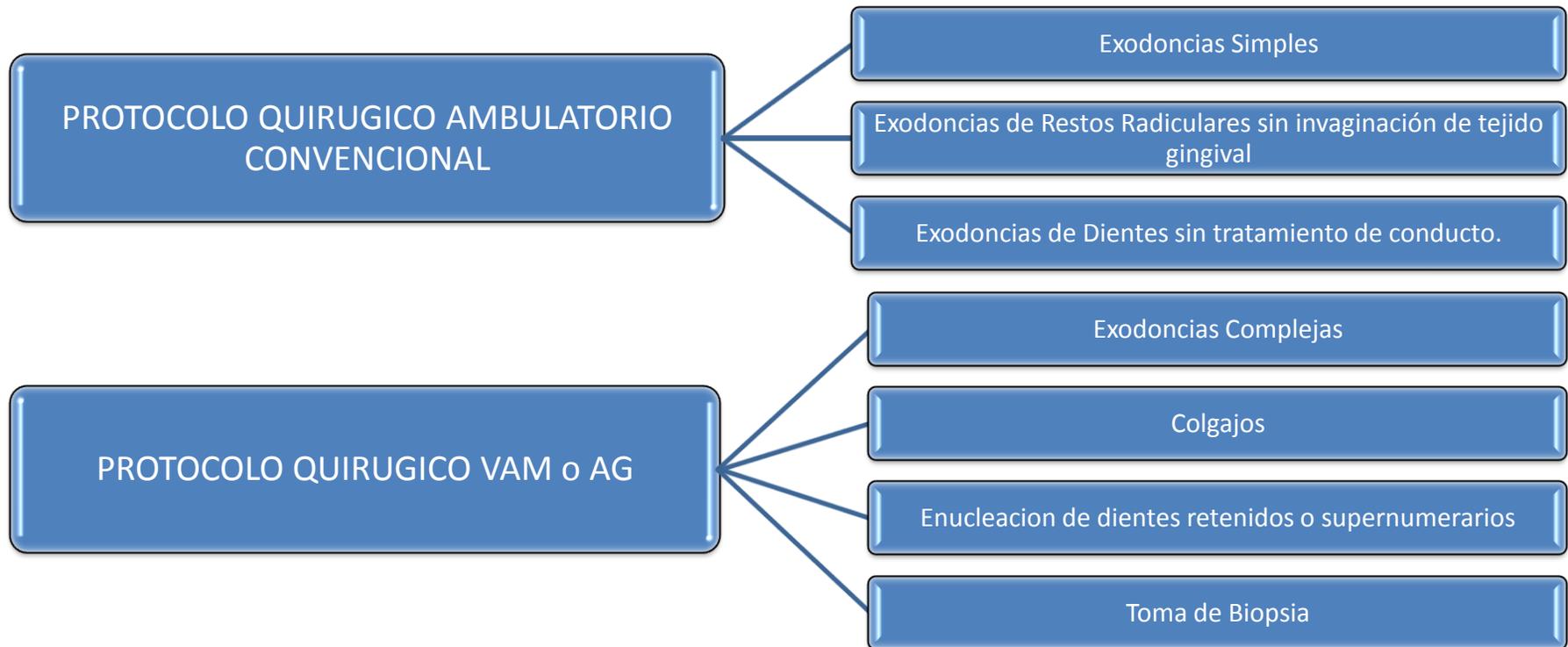


Gráfico 7. Protocolo Quirúrgico de Tratamiento para pacientes con Discapacidad Intelectual

2.5 PROTOCOLO PROTÉSICO

Este protocolo, Gráfico 8, consiste en devolver la funcionalidad a la boca de los pacientes a través de prótesis. Este también debe ser realizado por el especialista (Protesista en caso de Adultos y Odontopediatra en caso de niños.) Se recomienda el uso única y exclusivamente de prótesis fijas e Incrustaciones a pacientes Adultos con Retardo Mental Leve; el uso de coronas de Acero Inoxidable y Prótesis Totales o parciales en casos de Niños con Retardo Mental leve. Para el caso de los pacientes con Síndrome Down y Autismo, por sus consideraciones odontológicas se hacen intolerables al uso de cualquier tipo de prótesis, por tal motivo no es recomendable.

Para la atención de manera ambulatoria convencional de dientes permanentes, se realizaran prótesis fijas mayormente debido a que las consideraciones odontológicas de las entidades no permiten el uso de prótesis removibles. Se realizará el tallado de los dientes pilares, toma de impresión y confección de provisional.

Para la atención ambulatoria convencional de dientes primarios, se utilizará como tratamiento de elección, coronas de Acero Inoxidable, las cuales serán talladas, adaptadas y cementadas de manera provisional o fija dependiendo de la Radiografía. En caso de ser cementada de manera provisional se realizará su cementado definitivo en una segunda cita.

Para el Tratamiento en Quirófano, deberá asistir el Protesista, el cual deberá estar preparado con todo su material antes de ingresar al quirófano, ya que una vez tallado los pilares y tomada la impresión deberá confeccionar un buen provisional mientras se continua el tratamiento del paciente por otras especialidades. Una vez realizado el provisional, se adapta y cementa.

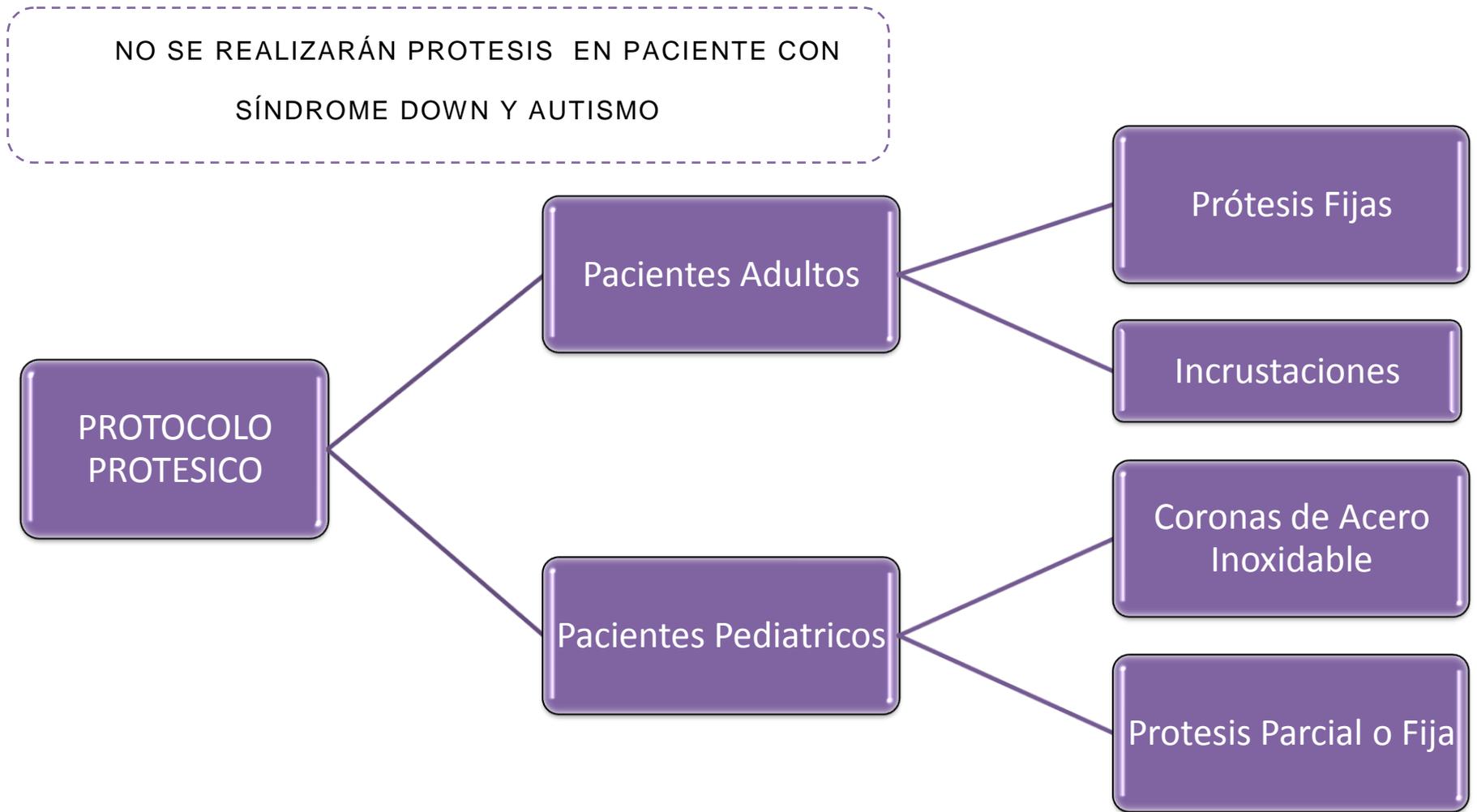


Gráfico 8. Protocolo Protésico de Tratamiento para pacientes con Discapacidad Intelectual

2.6 PROTOCOLO ORTODÓNCICO

Este protocolo, Grafico 9, consiste en solventar el problema de maloclusión del paciente. Este también debe ser realizado por el especialista (Ortodoncista.) Se recomienda en pacientes pediátricos, el uso única y exclusivamente de mantenedores de espacio sencillos fijos tipo: Arco Lingual, Botón de Nance, Corona Asa y Banda Asa, ya que son aparatos que requieren poca colaboración por parte del paciente o su cuidador así como una higiene bucal adecuada. Para el paciente adulto o ya con dentición permanente completa, no es muy recomendable el uso de aparatología, sin embargo ciertos estudios como los de Mayoral, Outumuro y cols y Kleint y cols,^{64,65,66} sustentan el uso de los mismos con un control muy exhaustivo por parte del Ortodoncista y sus cuidadores.

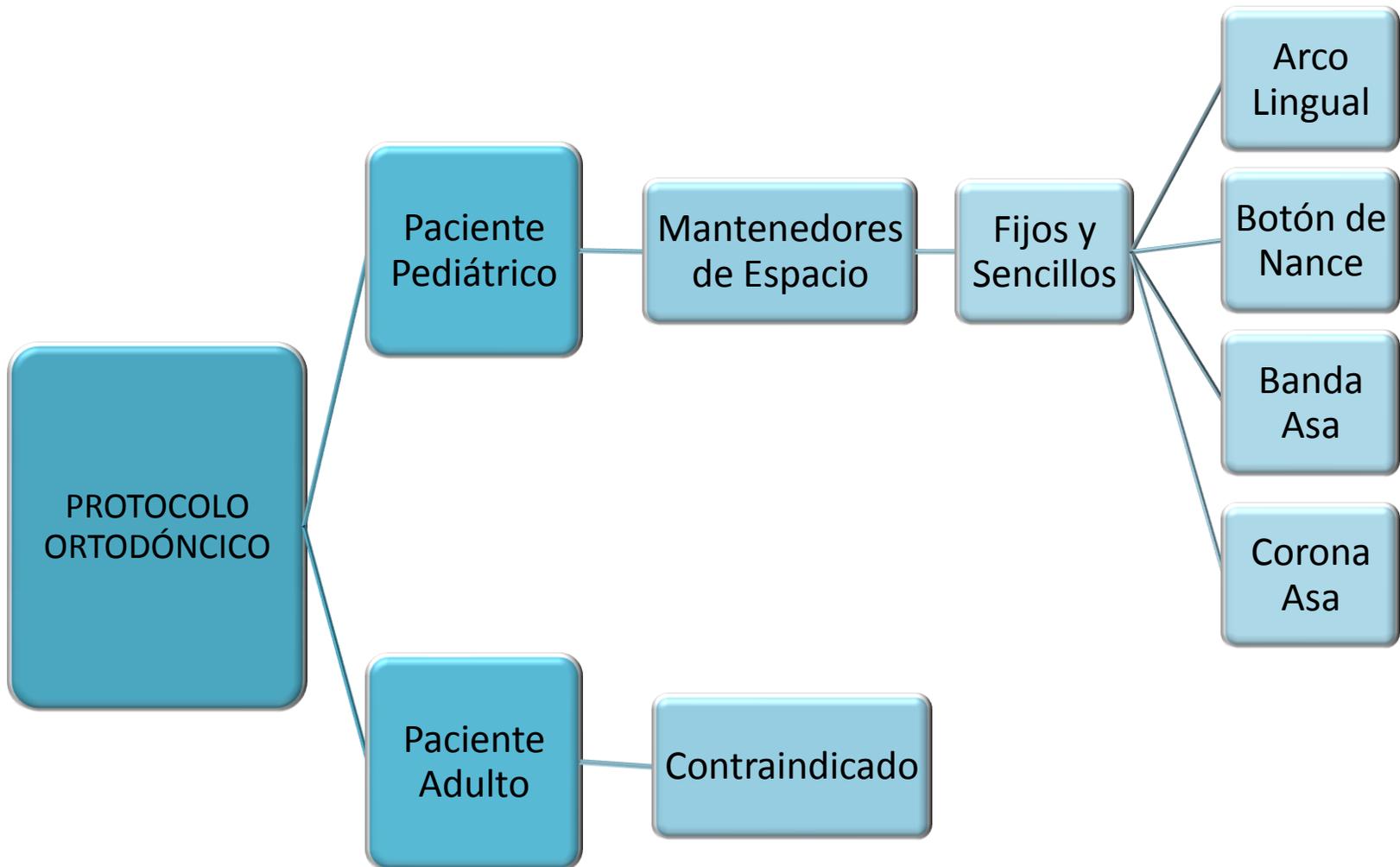


Gráfico 9 Protocolo Ortodóncico de Tratamiento para pacientes con Discapacidad Intelectual

2.7 PROTOCOLO PARA QUIRÓFANO

Para la atención odontológicas de los pacientes Moderados y Profundos se realizara bajo Vigilancia Anestésica Monitorizada y Anestesia General, bien sea de manera Intrahospitalaria (Ambulatoria o con hospitalización) o Extra hospitalaria (Ambulatoria), En este protocolo se va actuar de las misma manera para las tres entidades aquí estudiadas, sin embargo debemos tomar en cuenta que para el paciente con Síndrome Down y paciente con Autismo, se aplicará un estudio un poco más exhaustivo para la realización de plan de tratamiento, debido a que estos pacientes presentan otras patologías que pueden estar asociadas, Por ejemplo Síndrome Down que frecuentemente cursa con cardiopatía congénita y en este caso requiere un poco mas de preparación. Gráfico 10



Gráfico 10. Protocolo de Tratamientos para Quirófano e la atención de pacientes con Disc. Intelectual.

➤ **PROTOCOLO PRELIMINAR:**

Dicho protocolo consiste en el estudio exhaustivo que se le debe realizar al paciente antes de ingresar al Quirófano, bien sea para realizar Vigilancia Anestésica Monitorizada o Anestesia General. Comprenderá la solicitud de: Radiografía de Tórax Postero Anterior y Lateral Derecha, Hematología completa, PT, PTT, urea, creatinina, VDRL, VIH, etc., evaluación por escrito del Médico Pediatra (Niños y adolescentes) o Médico Internista o Cardiólogo (Adultos), los cuales serán entregados al Médico Anestesiólogo quien realizara un informe con la Evaluación.

Gráfico 11

➤ **PROTOCOLO EN EL ACTO QUIRURGICO
PROPIAMENTE DICHO:**

Este protocolo va a consistir en el momento quirúrgico propiamente dicho, para este protocolo se tomara en cuenta de manera individualizada el tratamiento a realizar en el paciente. En esta parte del protocolo van a intervenir los especialistas necesarios para llevar a cabo de manera excelente y en corto

tiempo todos los tratamientos a realizar en el paciente. Gráfico 11.

Según el tratamiento necesario ingresaran a quirófano de manera organizada, previo estudio del caso, las diferentes especialidades, en el caso del paciente adulto en el siguiente orden:

- Operatoria y Estética: el residente realizará los tratamientos correspondientes en el área restauradora comenzando por el cuadrante mas complejo y bajo aislamiento absoluto, procederá a realizar todas las eliminaciones de caries y en caso de llegar al órgano Pulpar avisará al Endodoncista en voz alta a fin de que este preparado endodoncia.
- Endodoncia: el residente estará destinado a realizar todo el tratamiento correspondiente a su especialidad (guiado bajo el protocolo endodontico) como lo son: tratamientos de conducto mono y multiradiculares, inducciones de cierre apical, etc. obturará los mismos una vez concluido se

retirara del área quirúrgica propiamente dicha para que puedan restaurar.

- Prótesis: En caso de que entre esta especialidad se comenzara por el cuadrante que la involucre a fin de que realice los tallados correspondientes, tome la impresión y pueda confeccionar los provisionales.
- Periodoncia: estará destinado a realizar tratamientos de Tartrectomías, Profilaxis y/o Raspado y Alisado Radicular una vez concluido todas las restauraciones y endodoncias, pues esta área involucra sangramiento.
- Cirugía: se realizara los tratamientos referentes al área de Cirugía Bucal, como lo son Exodoncia Simple, Quirúrgicas, regularizaciones de rebordes, etc.

En el caso del paciente adulto debe haberse discutido el caso exhaustivamente con todas las especialidades a fin de definir si se puede o no realizar la parte protésica en cuyo caso incluso se pueden realizar los tallados y provisionales en el quirófano.

En el caso del paciente pediátrico entrará al quirófano el Odontopediatra quien realizará el protocolo establecido anteriormente: Preventivo, Endodóntico, Restaurador, Protésico, Quirúrgico (siempre y cuando involucre a la dentición primaria), tomando en cuenta todas las consideraciones odontológicas establecidas para cada uno de ellos en quirófano.

Existen casos especiales en los cuales se debe contar con la participación de otras especialidades, ya que el paciente pudiese presentar extracciones de dientes permanentes, donde se requiere el abordaje por parte del Cirujano Bucal, o requiera la eliminación quirúrgica de patologías, donde se necesitara la presencia de la Maestría de Estomatología.

➤ **PROTOCOLO POSTOPERATORIO:**

Esta comprendido en dos áreas y momentos específicos.

Protocolo de Recuperación: es el que se realiza

inmediatamente después de finalizado el procedimiento en quirófano y el paciente es pasado al área de recuperación. En esta área el paciente seguirá siendo monitorizado, permanecerá con una vía permeable y colocación de oxígeno si lo amerita. Se evaluará para su egreso que los signos vitales estén estables, orientación y deambulación del paciente adecuada, no presentar dolor, náuseas o vómitos, no debe existir sangrado quirúrgico, Debe tolerar la ingesta de líquidos incoloros y alimentación semisólida. Gráfico 12

Protocolo de Control: es el que se realizará a los 8 días después de realizada la intervención, y va a consistir en el chequeo general del estado de salud bucal del paciente, desde todo punto de vista, es decir, si se realizaron cirugías revisar la cicatrización; si se realizaron coronas de acero inoxidable hacer su chequeo radiográfico y de oclusión para su posterior cementado definitivo, entre otros. Gráfico 12

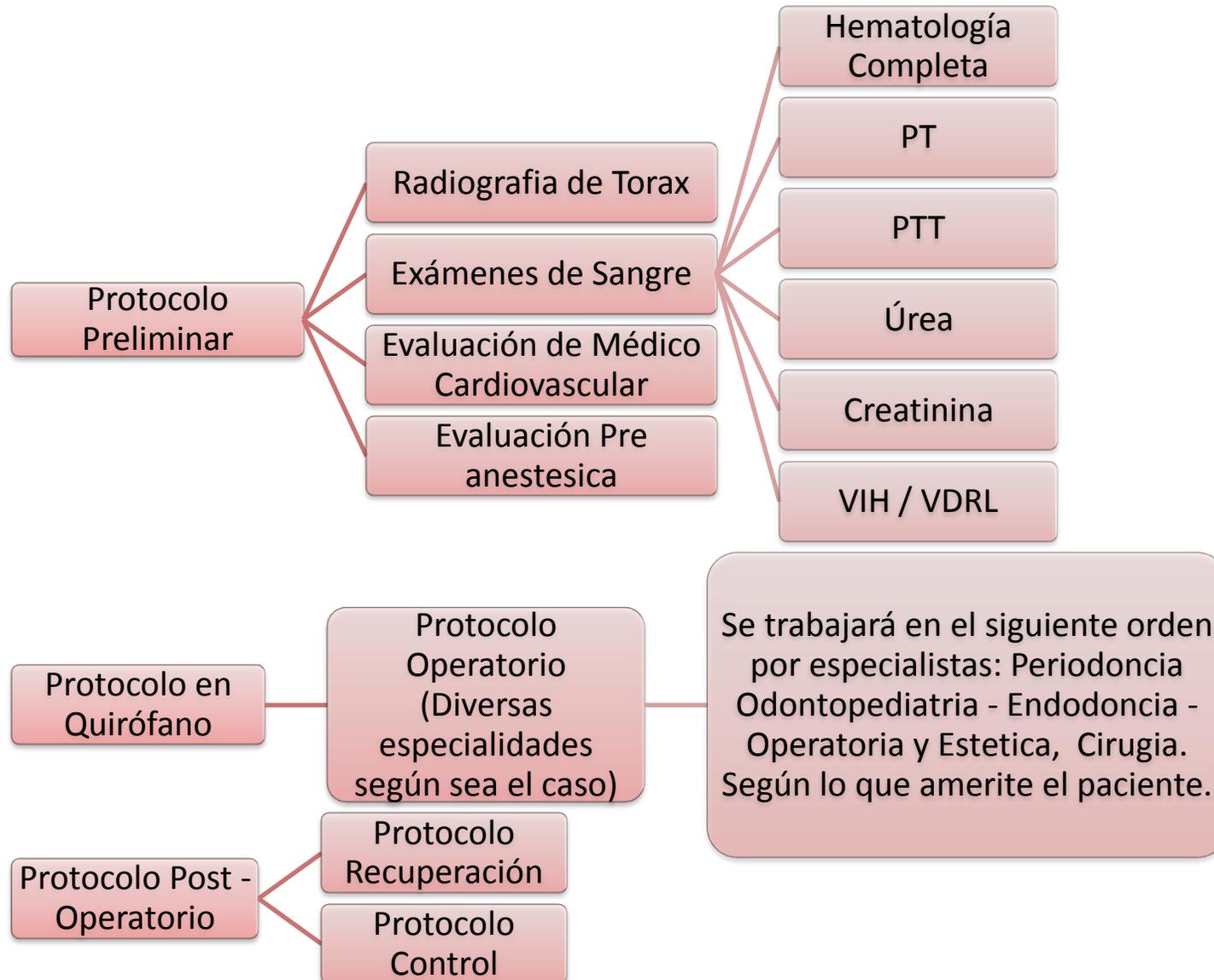


Gráfico 11 Protocolo Preliminar, Quirúrgico y Post Operatorio

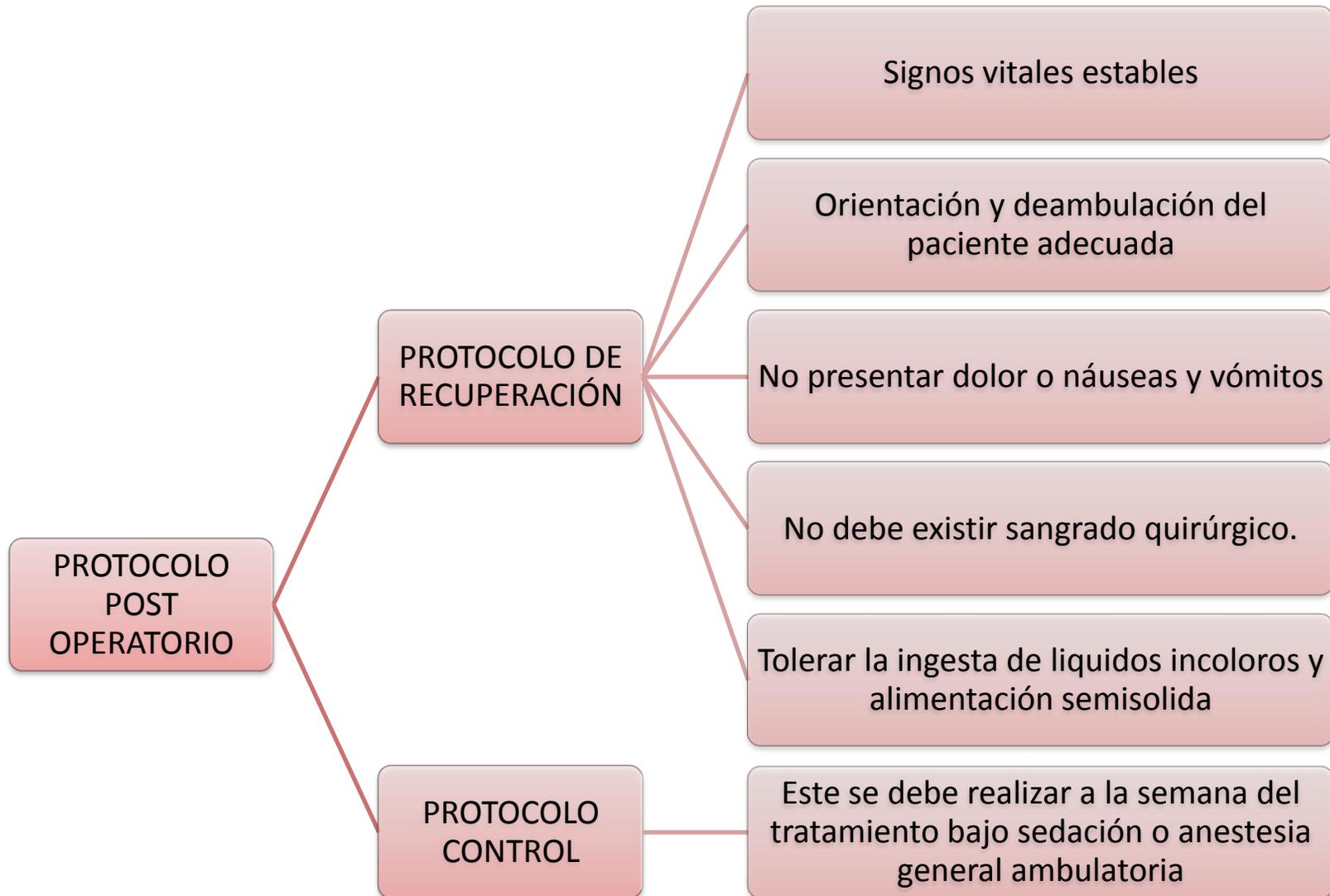


Gráfico 12 Protocolo Postoperatorio

IV CONCLUSIONES

1. Los pacientes con Discapacidad Intelectual, son pacientes que requieren de atención odontológica específica. Actualmente son pocos los odontólogos generales o especialistas, excluyendo al Odontopediatra, que conocen acerca de su condición bucal y su manejo.
2. Realizar una Historia Clínica completa y detallada del caso ya que mientras mas información podamos obtener, mas fácil será la toma de decisión de cómo hacer el tratamiento odontológico, conformar el equipo Inter, Multi y Transdisciplinario que sea necesario, para resolver y mejorar las condiciones bucales en estos pacientes.
3. Es importante conocer y manejar las escalas de riesgo/beneficio que nos permitan ubicar al paciente según su condición física y nivel intelectual, a fin de poder decidir la manera mas idónea de realizar el tratamiento y garantizar la seguridad de la modalidad del tratamiento, longevidad y evitar reintervenciones a corto plazo.

4. La anestesia general es una modalidad de tratamiento útil, que tiene sus indicaciones precisas para los pacientes con Discapacidad Intelectual, pues no todas ameritan por su condición especial ser vistos bajo esta modalidad.
5. En estos pacientes es importante hacer énfasis en la prevención, tanto en sus padres, cuidadores como personal medico tratante, a fin de evitar que se instauren problemas odontológicos que pudieran ameritar por su condición y extensión ser solucionados bajo anestesia general o VAM.
6. Los protocolos generales son una guía para la atención de este tipo de pacientes, sin embargo cada paciente es un caso individual, por tal motivo deben tomarse estos protocolos como una base que puede ser modificada según sea el caso.

V RECOMENDACIONES

Evaluación del Protocolo a nivel práctico para conocer si cumple con los parámetros mínimos exigidos para la atención de pacientes con discapacidad intelectual.

Continuar con la línea de investigación en Protocolos de Atención Odontológica en pacientes con discapacidad, pues esta no se limita solamente a la intelectual sino que tenemos otras discapacidades como lo son: Físicas, Sensoriales, Infecciosas, etc.

VI REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Luckasson R. Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports. 2002.
2. Silvestre FJ, Plaza A. Odontología en pacientes especiales España: Universitat de Valencia; 2007.
3. Ravaglia C. Odontología en niños discapacitados. Metodología para su atención. Buenos Aires, Arg.: Agencia Periodistica CID; 1999.
4. Ravaglia C. Webodontologica. Online, 2001; Consultado 2010 Diciembre 10. Available from: http://www.webodontologica.com/odon_arti_asp_rav.asp.
5. Quintero M, Salazar C, Padrón M,SJ, Buitrago S. Actitud del Odontólogo hacia los niños y adolescentes discapacitados. Acta Odontol Venez. 2005; 43(3): p. 240 - 251.
6. Bullón P, Machuca G. Tratamiento Odontológico en Pacientes Especiales España: Lab. Normon; 1996.
7. Vallejo B. E. Odontología en pacientes pediátricos con necesidades especiales (II): discapacitados psíquicos y

- sensoriales. In Boj JR, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A. Odontopediatría. España: Masson; 2005. p. 467 - 475.
8. Pestana L. Integración de personas con discapacidad en la educación superior en Venezuela. Caracas: IESALC; 2005 Septiembre.
9. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online]. Ginebra; 2011. Consultado 2010. Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf.
10. Pirela M. SC. Patología bucal prevalente en niños excepcionales. Acta odontológica venezolana. 1999; 37(3).
11. Ravaglia C. Atención dental para discapacitados. [Online]. Consultado 2011 Mayo 12. Disponible en: www.odontologiaonline.com.
12. UNICEF. Cartera de Discapacidad.. [Online]. Consultado 10 Diciembre 2010. Disponible en: www.unicef.org.
13. Organization WH. World Health Organization. [Online]. Consultado 2011. Disponible en:

<http://www.who.int/countries/ven/es/>.

14. AAMR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. [Online]. Consultado 2010 Diciembre.
15. Egea C, Sarabia A. Clasificaciones de la OMS sobre Discapacidad. 2001;; p. 1 - 16.
16. Jiménez MT, González P, Martín J. La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF). 2002 Julio - Agosto;(76): p. 271 - 279.
17. Asamblea Nacional Venezolana. Ley para las Personas con Discapacidad. 2007 Noviembre..
18. Verdugo MA. Análisis de la definición de la Discapacidad Intelectual de la Asociación Americana sobre Retraso Mental. 2002;; p. 1 - 26.
19. Inst. Nac. de Estadística INE. Avances Informativos. Censo 2001 Población y Vivienda. Caracas, Venezuela: INE, CONAPDIS; 2002.
20. Coto M, Perez C. Lineamientos para un Programa de Atención Odontológica a Pacientes Discapacitados en la Sala Clínica

del Postgrado de Odontología Infantil de la Facultad de Odontología de la UCV (Una Propuesta para la aplicación de las técnicas de sedación mín. y mod. 2002 Mayo..

21. Longobardi M, Martínez V. Condiciones del Componente Bucal de Salud en un grupo de pacientes institucionalizados con Retardo Mental del Area Metropolitana. 1997 Julio..
22. Katz G, Lazcano-Ponce E. Intellectual disability: definition, etiological factors, classification, diagnosis, treatment and prognosis. Salud Publica Mex. 2008; 2(50): p. 132 - 141.
23. González D. Retraso Mental: Guía Básica para comenzar un siglo. 2000.
24. Sáez U, Castejón I, Molina A, Roncero M, Martínez MA. Salud Bucodental de los pacientes internados en el Centro de Atención a Discapacitados Psiquicos de Albacete. Rev. Clin. Med. Fam. 2010; 3(1): p. 23 - 26.
25. Armatas V. Mental retardation: definitions, etiology, epidemiology and diagnosis. Journal of Sport and Health Research. 2009; 1(2): p. 112 - 122.

26. Curry Cea. Evaluation of mental retardation: recommendations of a consensus conference. American Journal of Medical Genetics. 1997;(72): p. 468 - 477.
27. Dávila M, Gil M, Daza D, Bullones X, Ugel E. Caries Dental en personas con Retraso Mental y Síndrome de Down. 2006; 3(8): p. 207 - 213.
28. Malamed S. Sedación. Guía Práctica. 3rd ed. Madrid: Mosby/Doyma Libros; 1996.
29. Rahman A. Salud Bucal para niños con Discapacidades y Necesidades Especiales. Childcare Health Program. .
30. Croen LA,GJK,&SS. The Epidemiology of Mental Retardation of Unknown Cause. Pediatrics. 2001; 107(6): p. 1 - 5.
31. Nualart Z, Morales M, Silvestre F. Periodontal Disease Associated to Systemic Genetic Disorders. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2007; 12: p. E211 - E215.
32. Dávila M, Gil M, Daza D, Bullones X, Ugel E. Salud Oral de las personas con retraso mental de cuatro municipios del Estado Lara. Acta Odont Venezolana. 2005; 43(3): p. 275 - 281.

33. Quijano G, Díaz M. Caries Dental en niños preescolares con Síndrome de Down. Rev Estomatol Herediana. 2005; 15(2): p. 128 - 132.
34. Basile H. Retraso Mental y Genética. Síndrome de Down. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. 2008; 15(1): p. 9 - 23.
35. Fiske J, Shafik H. Down's Syndrome and Oral Care. Special Care Dentist. Dental Update. 2001;;: p. 148 - 156.
36. Lozano L. Odontología y Discapacidad. 2003;;: p. 25 - 30.
37. Serés A. Trisomía 21: Cincuenta años de historia. Revista Médica Internacional sobre el Síndrome de Down. 2009; 13(3): p. 33.
38. Pilcher E. Dental Care for the patient with Down Syndrome. Journal Down Syndrome Research and practice. 1998; 5(3): p. 111 - 116.
39. Miki P, Valdivieso M. Características Cráneo - Faciales en pacientes con Síndrome de Down en dos colegios de educación especial en Lima. Rev Estomatol Herediana. 2004;

14: p. 51 - 53.

40. Monner A. Macroglosia y el Síndrome de Down. Revista Médica Internacionl sobre el Síndrome de Down. 2008; 12(2): p. 17.
41. Salazar M. Manejo de la Conducta en pacientes con Síndrome de Down. ; 2008.
42. Oral Health Fact Sheet for Dental Professionals. Children with Down Syndrome (Trisomy 21). [Online]. [Consultado 2011 Septiembre. Disponible en: http://dental.washington.edu/sites/default/files/departments/spec_need_pdfs/Down-Dental.pdf.
43. Quijano G, Díaz M. Caries Dental en niños preescolares con Síndrome de Down. Rev Estomatol Herediana. 2005; 15(2).
44. Fiske J, Shafik H. Down's Syndrome and Oral Care. Special Care Dentist. Dental Update. 2001.
45. Miki P, Valdivieso M. Características Cráneo - Faciales en pacientes con Síndrome de Down en dos colegios de educación especial en Lima. Rev Estomatol Herediana. 2004;

- 14.
46. Monner A. Macroglosia y el Síndrome de Down. Revista Médica Internacionl sobre el Síndrome de Down. 2008; 12(2).
47. Otero J. Revisión de artículos odontológicos en pacientes Síndrome de Down. [Online]. [Consultado 2010 Marzo 25. Disponible en: www.webodontologiaonline.com.
48. Hervás A, Sánchez L. Autismo. Espectro Autista. 1998;; p. 3 - 19.
49. Barbero A. El Síndrome Autista. Revisión de Conceptos. Fundación Nuevo D.I.A. 2001.
50. Morales M. El paciente Autista en la Clínica Dental. Revista Oficial del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Valencia. 2006;; p. 4 - 8.
51. Loo C, Graham R, Hughes C. Behavior guidance in dental treatment of patients with autism spectrum disorder. International Journal of Paediatric Dentistry. 2009;(19): p. 390 - 398.
52. Marshall J, Sheller B, Mancl L. Caries - Risk Assessment and

Caries Status of children with Autism. *Pediatric Dentistry*. 2010 Jan - Feb; 32(1): p. 69 - 75.

53. Marshall J, Sheller B, Williams B, Mancl L, Cowan C. Cooperation predictors for dental patients with Austim. *Pediatr Dent*. 2007; 29: p. 369 - 376.

54. Rios Y, SE. *Odontología ONLINE*. [Online].; 2006 [Consultado 2011 Enero. Disponible en: http://www.odontologia-online.com/verarticulo/Paciente_discapacitado._Normas_para_su_atencion_en_Odontologia.html.

55. Disorder OHFSfMPCwAS. IAPD Org. [Online]. [Consultado 2011 Septiembre. Disponible en: http://dental.washington.edu/sites/default/files/departments/spec_need_pdfs/Autism-Medical.pdf.

56. Vargas M, Rodríguez S, MG. Tratamiento odontológico bajo anestesia general: ¿un procedimiento útil en el tercer milenio? (I). *Medicina Oral*. 2003; 8: p. 129 - 135.

57. Salazar A. Anestesia General y Sedación en Odontología. *Acta Odontológica Venezolana*. 1999.

58. Salazar A. Sedación Analgesia en la Práctica Odontológica
Caracas: Sociedad Venezolana de Anestesiología; 2005.
59. De Nova MJ, Gallardo N, Martín C. Criteria for selecting
children with special needs for dental treatment under general
anaesthesia. Med. Oral Patol Oral Cir Bucal. 2007 Nov.; 12(7):
p. E496 - E503.
60. Anestesiología SVd. Normas de Seguridad en Anestesiología.
SVA. [Online].; 2008 [Consultado 2011 Septiembre. Disponible
en:
http://www.anestesia.net.ve/index.php?option=com_content&task=view&id=21&Itemid=58&limit=1&limitstart=9.
61. Anesthesiologists ASo. ASA Physical Status Classification
System. [Online].; 2011 [Consultado 2011 Septiembre.
Disponible en:
<http://www.asahq.org/clinical/physicalstatus.htm>.
62. Anestesiología SVd. Consentimiento Informado según la SVA.
[Online].; 2011 [Consultado 2011 Septiembre. Disponible en:
http://www.sva.org.ve/TS_PORTAL/login/TS_LOGIN.aspx.
63. Bigatello L. "Unidad de cuidados post anestésicos". Manual de

procedimientos en anestesia del Mass. General Hospital.
1999.

64. Mayoral M. Ortodoncia y Síndrome de Down. In Corretger J. Síndrome de Down. Aspectos Médicos. Barcelona: Masson; 2005.
65. Outumuro M, Abeleira M, Caamaño F, Limeres J, Suarez D, Diz P. Maxillary Expansion therapy in children with Down Syndrome. *Pediatr Dent*. 2010 Nov - Dec; 32(7): p. 499 - 504.
66. Kleint G, Kanitz G, Harzer W. Orthodontic treatment in handicapped children: report of four cases. *ASDC J Dent Child*. 2002 Jan - Apr; 69(1): p. 31 - 38.

VII ANEXOS



CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE EN EL CENTRO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA AL PACIENTE CON DISCAPACIDAD EN (CAPDIS) DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCV.



Yo, _____, de _____ edad, identificado con la cedula de identidad N° _____, domiciliado(a) en _____ como representante legal o familiar de _____, declaro lo siguiente:

He sido informado(a) que la atención brindada en esta institución es de tipo docente-asistencial, caracterizada por la atención odontológica del paciente con discapacidad sensorial, física, psíquica o con cualquier síndrome que curse con discapacidad, así como pacientes con patologías sistémicas asociadas con discapacidad, que requiera de protocolos de atención específicos, a cargo de estudiantes de pregrado, postgrado u odontólogos, bajo la supervisión clínica de docentes-especialistas, según sea el nivel de atención acorde a la complejidad de mi situación.

Me han explicado en forma clara y suficiente, el diagnóstico, la naturaleza de la enfermedad que padezco o padece mi representado y su evolución natural, objetivos del tratamiento propuesto, así como las alternativas de tratamiento (sobre lo cual pude participar), descripción de las consecuencias derivadas del tratamiento o intervención, beneficios, riesgos comunes del tratamiento (posibles complicaciones que se pueden desencadenar durante o después del mismo), riesgos personalizados (por presentar problemas de salud general que incidan sobre el tratamiento) por lo que debo acudir al centro sanitario y buscar al médico tratante en el caso de desencadenarse algún riesgo, adicionalmente debo presentar el informe médico correspondiente para anexarlo a la historia clínica y seré informado(a) en cada momento y a mi requerimiento de la evolución del proceso.

Debo realizar los exámenes pertinentes que se me indiquen, previamente al tratamiento, los cuales cancelaré. Se pueden requerir interconsultas con cualquier otra especialidad odontológica o médica para minimizar los riesgos y lograr el propósito del tratamiento. Acepto la realización de las radiografías, fotografías, y otros medios diagnósticos que sean necesarios; garantizándome la confidencialidad, el resguardo de mi identidad o la de mi representado y la utilización de dichos record sólo con fines académicos.

Los diagnóstico(s), tratamiento(s) por realizar, tratamientos alternativos, riesgos y complicaciones inherentes al tratamiento, riesgos y complicaciones en caso de no efectuarse el tratamiento, constan en la historia clínica.

Comprendo que la atención del paciente con discapacidad sensorial, física, psíquica o con cualquier síndrome que curse con discapacidad permanente, así como pacientes con patología sistémica permanente asociadas con discapacidad, que se realiza en este Centro se encarga de restablecer la salud bucal integral de niños, adolescentes y adultos con discapacidad o médicamente comprometidos. Entre los beneficios de dicho tratamiento está la restitución de la forma y función de los dientes, la estética, masticación y fonación adecuadas, así como la actualización de conocimientos permanentemente, calidad de materiales, técnicas y gran dedicación. Los riesgos pueden ser: molestias, dolor, tiempo invertido o cualquier complicación que pueda presentarse como consecuencia del tratamiento, de la cual el profesional se hará responsable, así mismo entiendo que se pueden producir alguna(s) complicación(ones) citada(s) u otras, que no dependen de la técnica empleada ni de su correcta realización.

Comprendo que la odontología no es una ciencia exacta y por tanto la garantía de los resultados está sujeta a múltiples factores. Los tratamientos en algunas ocasiones, entiendo que no serán los ideales, ya que es más importante la función y el estado de salud o discapacidad, lo que conllevará a tratamientos más ajustados a la realidad de la situación que se nos presente. Confío en el buen juicio y las decisiones del profesional durante el tratamiento, buscando siempre el mayor beneficio mio o de mi niño o representado, razón por la cual si surgiese cualquier situación inesperada durante el tratamiento, autorizo al operador a realizar el procedimiento o maniobra que estime oportuna para la resolución de dicha situación.

Se me ha explicado que se me darán las indicaciones postoperatorias, medicación ambulatoria, según sea el caso, las cuales me comprometo a cumplir. Me comprometo a acudir a las citas y controles cuando el odontólogo así me lo indique, así como a mantener una higiene adecuada y cumplir con las instrucciones dadas. Estoy al tanto y me comprometo a cancelar las tarifas de la Institución; los costos están sujetos a posibles cambios sin previo aviso, pero notificados oportunamente.

Me siento libre, sin coacción ni manipulación, para decidir de acuerdo con mis valores e intereses y me declaro competente para tomar las decisiones que correspondan. En tal sentido DOY MI CONSENTIMIENTO AL FACULTATIVO A REALIZAR EL TRATAMIENTO PERTINENTE _____ o NO CONSIENTO _____, con el buen entendido que puedo retirar este consentimiento por escrito cuando así lo desee, sin represalia, ni penalidad alguna. Así mismo doy fe de que mi representado FUE OÍDO _____ o dio su ASENTIMIENTO _____.

Nombre del paciente: _____ Edad: _____
Nombre del representante legal: _____ CI: _____
Parentesco: _____ Firma: _____
Nombre del profesional: _____ Firma: _____
Nombre de testigo: _____ Firma: _____
Nombre de testigo: _____ Firma: _____

Caracas, _____ de _____ de _____.

Anexo 1. Consentimiento Informado para pacientes que asisten a CAPDIS



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA DEL PACIENTE EN EL
POSTGRADO DE ODONTOLOGÍA INFANTIL DE LA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCV**



Yo, _____, de _____ edad, identificado con la cedula de identidad N° _____, domiciliado(a) en _____ como representante legal o familiar de _____, declaro lo siguiente:

He sido informado(a) que la atención brindada en esta institución es de tipo docente-asistencial, caracterizada por la atención odontológica a cargo de odontólogos bajo la supervisión clínica de docentes-especialistas.

Me han explicado en forma clara y suficiente, el diagnóstico, la naturaleza de la enfermedad que padece mi representado y su evolución natural, objetivos del tratamiento propuesto, así como las alternativas de tratamiento (sobre lo cual pude participar), descripción de las consecuencias derivadas del tratamiento o intervención, beneficios, riesgos comunes del tratamiento (posibles complicaciones que se pueden desencadenar durante o después del mismo), riesgos personalizados (por presentar problemas de salud general que incidan sobre el tratamiento) por lo que debo acudir al centro sanitario y buscar al médico tratante de mi representado en el caso de desencadenarse algún riesgo, adicionalmente debo presentar el informe médico correspondiente para anexarlo a la historia clínica y seré informado(a) en cada momento y a mi requerimiento de la evolución del proceso.

Debo realizar los exámenes pertinentes que se me indiquen, previamente al tratamiento, los cuales cancelaré. Se pueden requerir interconsultas con cualquier otra especialidad odontológica o médica para minimizar los riesgos y lograr el propósito del tratamiento. Acepto la realización de las radiografías, fotografías, y otros medios diagnósticos que sean necesarios; garantizándome la confidencialidad, el resguardo de la identidad de mi representado y la utilización de dichos record sólo con fines académicos.

Diagnóstico(s) _____
 Tratamiento(s) por realizar _____
 Tratamientos alternativos _____
 Riesgos y complicaciones inherentes al tratamiento _____
 Beneficio esperado con el tratamiento por realizar _____
 Riesgos y complicaciones en caso de no efectuarse el tratamiento _____

Comprendo que la Odontología Infantil, es la especialidad de la odontología que se encargan de restablecer la salud bucal integral de niños y adolescentes. Entre los beneficios de dicho tratamiento está la restitución de la forma y función de los dientes, la estética, masticación y fonación adecuadas, así como la actualización de conocimientos permanentemente, calidad de materiales, técnicas y gran dedicación. Los riesgos pueden ser: molestias, dolor, tiempo invertido o cualquier complicación que pueda presentarse como consecuencia del tratamiento, de la cual el profesional se hará responsable, así mismo entiendo que se pueden producir alguna(s) complicación(ones) citada(s) u otras, que no dependen de la técnica empleada ni de su correcta realización.

Comprendo que la odontología no es una ciencia exacta y por tanto la garantía de los resultados está sujeta a múltiples factores. Confío en el buen juicio y las decisiones del profesional durante el tratamiento, buscando siempre el mayor beneficio de mi niño, razón por la cual si surgiese cualquier situación inesperada durante el tratamiento, autorizo al operador a realizar el procedimiento o maniobra que estime oportuna para la resolución de dicha situación.

Se me ha explicado que se me darán las indicaciones postoperatorias, medicación ambulatoria, según sea el caso, las cuales me comprometo a cumplir. Me comprometo a acudir a las citas y controles cuando el odontólogo así me lo indique, así como a mantener una higiene adecuada y cumplir con las instrucciones dadas. Estoy al tanto y me comprometo a cancelar las tarifas de la Institución; los costos están sujetos a posibles cambios sin previo aviso, pero notificado oportunamente.

Me siento libre, sin coacción ni manipulación, para decidir de acuerdo con mis valores e intereses y me declaro competente para tomar las decisiones que correspondan. En tal sentido DOY MI CONSENTIMIENTO AL FACULTATIVO A REALIZAR EL TRATAMIENTO PERTINENTE _____ o NO CONSIENTO _____, con el buen entendido que puedo retirar este consentimiento por escrito cuando así lo desee, sin represalia, ni penalidad alguna. Así mismo doy fe de que mi representado FUE OÍDO _____ o dio su ASENTIMIENTO _____.

Nombre del paciente: _____ Edad: _____
 Nombre _____ del _____ representante legal: _____
 CI: _____
 Parentesco: _____ Firma: _____
 Nombre del profesional: _____ Firma: _____

Caracas, _____ de _____ de _____.

*Anexo 2. Consentimiento Informado para la atención del paciente en el
Postgrado de Odontología Infantil*



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA EN QUIRÓFANO DEL PACIENTE EN EL
POSTGRADO DE ODONTOLÓGÍA INFANTIL DE LA
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA DE LA UCV**



Yo, _____, de _____ edad, identificado con la cedula de identidad N° _____, domiciliado(a) en _____ como representante legal o familiar de _____, declaro lo siguiente:

He sido informado(a) que la atención brindada en esta institución es de tipo docente-asistencial, caracterizada por la atención odontológica a cargo de odontólogos bajo la supervisión clínica de docentes-especialistas, médico anestesiólogo y personal auxiliar.

Me han explicado en forma clara y suficiente, el diagnóstico, la naturaleza de la enfermedad que padece mi representado y su evolución natural, objetivos del tratamiento propuesto, así como las alternativas de tratamiento (sobre lo cual pude participar), beneficios, riesgos comunes y no comunes del tratamiento (complicaciones que se pueden desencadenar durante o después del mismo), riesgos personalizados (por presentar problemas de salud general que incidan sobre el tratamiento).

Comprendo que la intervención quirúrgica consiste en un procedimiento clínico, con el objeto de conservar la salud bucal de mi representado, que involucra la administración de anestesia general/sedación y probablemente también se emplearán anestésicos locales; los agentes para la anestesia general serán suministrados por un médico anestesiólogo, quien empleará todo el equipo necesario para la vigilancia y monitoreo de mis funciones vitales, así como el equipo y medicamentos necesarios para el soporte vital durante el procedimiento. Dicha intervención pretende restablecer la salud bucal integral de niños y adolescentes que por múltiples causas no pueden ser atendidos en el área odontológica habitual. A pesar de la adecuada elección de las técnicas y de su correcta realización pueden presentarse ciertos riesgos, comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento; poco graves y frecuentes, como pueden ser: molestias, dolor, o cualquier complicación por el tratamiento, medicamentos o agentes anestésicos, que incluyen, pero no se limitan a: entorpecimiento, infección inflamación, hemorragia, coloración, náuseas vómitos, reacciones alérgicas, daño cerebral y muy excepcionalmente riesgo para la vida, que pueda presentarse como consecuencia del tratamiento y deberá llamar al profesional responsable, así mismo entiendo que se pueden producir alguna(s) complicación(ones) citada(s) u otras, que no dependen de la técnica empleada ni de su correcta realización.

Debo realizarme y anexar a la historia clínica una evaluación médica y los exámenes pertinentes que se me indiquen, previamente a la intervención quirúrgica, que describan o señalen indicios de una condición médica particular. Se pueden requerir interconsultas con cualquier otra especialidad odontológica o médica para minimizar los riesgos y lograr el propósito del tratamiento. Acepto la realización de las radiografías, fotografías, y otros medios diagnósticos que sean necesarios; garantizándome la confidencialidad, el resguardo de la identidad de mi representado y la utilización de dichos record sólo con fines académicos.

Confío en el buen juicio y las decisiones del profesional durante el tratamiento, buscando siempre el mayor beneficio de mi representado, razón por la cual si surgiese cualquier situación inesperada durante el tratamiento, autorizo a los profesionales a realizar el procedimiento o maniobra que estime oportuna para la resolución de dicha situación.

Se me ha explicado que se me darán las indicaciones postoperatorias o de medicación ambulatoria, según sea el caso, las cuales me comprometo a cumplir, así como a acudir a las citas y controles cuando el odontólogo así me lo indique, mantener una higiene adecuada y cumplir con las instrucciones dadas. Estoy al tanto y asumo la cancelación de las tarifas de la Institución; los costos están sujetos a posibles cambios sin previo aviso, pero notificado oportunamente.

Me siento libre, sin coacción ni manipulación, para decidir de acuerdo con mis valores e intereses y me declaro competente para tomar las decisiones que correspondan. En tal sentido DOY MI CONSENTIMIENTO AL FACULTATIVO A REALIZAR EL TRATAMIENTO PERTINENTE _____ o NO CONSENTIMIENTO _____, con el buen entendido que puedo retirar este consentimiento por escrito cuando así lo desee, sin represalia, ni penalidad alguna.

Nombre del paciente: _____ Edad: _____
 Nombre del representante legal: _____ CI: _____
 Parentesco: _____ Firma: _____
 Nombre del anestesiólogo: _____ Firma: _____
 Nombre del docente responsable: _____ Firma: _____
 Nombre del profesional: _____ Firma: _____
 Nombre de testigo: _____ Firma: _____
 Nombre de testigo: _____ Firma: _____

Caracas, _____ de _____ de _____.

**Anexo 3. Consentimiento Informado para la atención en quirófono del
paciente en el postgrado de Odontología infantil**