

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
PSOTGRA DE ODONTOLOGÍA INFANTIL

**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 mínima y moderada)**

AUTORES:

Od. Coto Ríos, María Josefina
Od. Pérez Díaz, Cristina A.
Trabajo especial de grado presentado
como requisito para optar al título de
Especialista en Odontología Infantil

Caracas, Mayo 2002

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
PSOTGRA DE ODONTOLOGÍA INFANTIL

**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 mínima y moderada)**

AUTORES:

Od. Coto Ríos, María Josefina
Od. Pérez Díaz, Cristina A.

TUTOR Y ASESOR:

Dra. María Elena Casanova

Caracas, Mayo 2002

DEDICATORIA

A mis hijos Reinaldo y Rodolfo, quienes a veces bajo protesta, supieron entender mis ausencias, preocupaciones, alteraciones y hasta la omisión ocasional de mis obligaciones para con ellos.

Od. Cristina Pérez Díaz

A la memoria de mi amada Madre y a mi familia quienes a lo largo de mi vida con su colaboración y paciencia han sido el estímulo y apoyo necesario para dar cada uno de los pasos que me han conducido al logro de mis metas.

Od. María J. Coto Ríos

AGRADECIMIENTO

Cuando se habla de agradecimiento es muy difícil para nosotros cuantificar la importancia de las ayudas y apoyos recibidos; es tan importante la persona que nos ayudó a recibir información como la que nos facilitó las historias clínicas o el libro de registro del quirófano o la que elaboró el plano del diseño de la sala clínica o nos elaboró el presupuesto o nos ayudó con los recursos para la presentación. Todos fueron igualmente importantes y para ellos hacemos llegar nuestro profundo agradecimiento.

Sin embargo hay un sentimiento de gratitud muy especial para nuestra tutora y asesora la Dra. María Elena Casanova, sin cuya dedicación, estímulo y apoyo nos hubiese resultado muy difícil llevar a cabo nuestro modesto planteamiento que pretende brindar más oportunidad de atención a estos niños casi olvidados por la sensibilidad social.

INDICE

Introducción	01
Marco Teórico Referencial	03
Precisión de conceptos	04
Clasificaciones de la condición de discapacidad	08
I.- Clasificación establecida por Novak	
II.- El Acta para la educación de los Individuos con Discapacidades	
III.- Clasificación de la OMS (publicada en 1980)	
IV.- Clasificación de la OMS (publicada en el 2001)	
Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIDDDM)	
El Desarrollo de la CIDDDM	
Definiciones de los componentes en el contexto de una Condición de salud	
Algunas afecciones englobadas en el concepto de discapacidad	40
Incidencia y Condiciones de Salud Bucal	50
Situación General del Problema de Atención Odontológica del Paciente Discapacitado	54
Sedación	55
Anestesia general	57
La Experiencia en la Facultad de Odontología de la UCV	60
Casuística en el Postgrado de Odontología Infantil de la UCV a nivel de Sala Clínica	
Casuística en el Postgrado de Odontología Infantil de la UCV a nivel de Quirófano	
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 mínima y moderada)	67
Objetivo General	
Operacionalización	
Capacidad de cobertura	
Recursos	
De Orden Físico	
De Personal	
Diagramación de la Propuesta	
Esquema del Diseño Actual de la Sala Clínica del Postgrado	
Descripción del Esquema del Diseño Actual de la Sala Clínica del Postgrado de Odontología Infantil	
Esquema de Modificación de la Sala Clínica del Postgrado UCV	
Descripción del Diseño Sugerido para la Sala Clínica del Postgrado de de Odontología Infantil	
Costos del Proyecto	
Conclusiones	80
Recomendaciones	82
Bibliografía	84
Anexos	89

INTRODUCCIÓN

La existencia de un grupo de población afectado por limitaciones físicas y/o mentales es una realidad cada día más evidente en los países latinoamericanos. Venezuela como parte de Latinoamérica no escapa de esta circunstancia y aunque a paso lento se ha producido su reconocimiento, hoy en día nuestra legislación la define y consagra sus derechos fundamentales entre los que destacan el derecho a la educación y a la salud. Nos referimos a la población de discapacitados y en función de ellos orientamos el presente trabajo en virtud del compromiso que como profesionales de la salud tenemos ante la realidad planteada.

A partir de una revisión bibliográfica hemos construido un marco de referencia que pasa por la precisión de conceptos, clasificación de las patologías que constituyen condición de discapacidad, haciendo referencia a las condiciones del componente bucal de salud de este grupo y a la situación de su asistencia odontológica. De igual forma abordamos de manera general los mecanismos terapéuticos tales como anestesia general y sedación que constituyen un valioso elemento para hacer viable el tratamiento de ellos.

Una breve descripción y análisis de la experiencia que en este campo posee la Facultad de Odontología de la UCV con énfasis en sus limitaciones, al unirse a nuestras vivencias como estudiantes del Postgrado de Odontología Infantil nos permiten formular una propuesta alternativa de atención, la que se convierte en la esencia de nuestro trabajo y que ofrecemos como aporte a la institución.

Finalmente agrupamos a manera de conclusiones algunas reflexiones que se desprenden de la internalización de los elementos que nos suministra el contenido del trabajo y que nos inclinan, además de formular junto a la Propuesta Central unas recomendaciones adicionales que consideramos de interés.

Confirmamos con nuestro trabajo lo expresado por quienes nos han precedido en el estudio de este campo que el paciente en condición de discapacidad no solo es una realidad presente sino que cada vez es un mayor universo que se vislumbra en las generaciones futuras y en consecuencia la práctica odontológica que tiene como profesión de salud un contenido social debe asumir como parte de su responsabilidad la atención de estos; a la Facultad de Odontología como institución formadora de recursos corresponde también esa responsabilidad, ella la ha asumido en la medida en que las circunstancias lo han permitido, nuestra proposición pretender ser un modesto aporte cuya aplicación a manera de ensayo aspiramos ocurra en tiempo breve en función del beneficio colectivo.

MARCO TEORICO REFERENCIAL

PRECISIÓN DE CONCEPTOS

Diversos **conceptos** se han utilizado para identificar a un grupo de población cuyas limitaciones físicas y/o mentales constituyen un obstáculo para su normal desempeño:

Impedido: son considerados los niños (gente) que no pueden dentro de los límites normales jugar, aprender, trabajar o hacer cosas que otros de su edad pueden hacer, o si están trabados para alcanzar sus potencialidades completas físicas, mentales y sociales (Services of Handicap Children, 1961 citado por Casanova; 1994).

Incapacitado: Persona con limitaciones físicas causadas por herencia, enfermedad, daño traumático o proceso de envejecimiento (Kirck en Novak, 1979 citado por Casanova; 1994).

La Organización Mundial de La Salud define al niño incapacitado como aquel que es privado de su completa participación en actividades normales acordes con su grupo etario, incluyendo actividades de naturaleza social recreacional educativa y vocacional, por una condición física o mental (Contreras; 1994).

Según La Organización Mundial de La Salud el enfoque actual del problema de incapacidad se basa en la idea de que "Los individuos pueden nacer con impedimentos o pueden contraerlos pero lo que convierte el impedimento en incapacidad suele ser la actitud de los no impedidos".

Según la Organización Mundial de la Salud (Mayo, 2001) **las deficiencias** representan una desviación de la "norma" en el estado biomédico del cuerpo y sus funciones. La definición de sus componentes la llevan a cabo personas capacitadas para juzgar el funcionamiento físico y mental de acuerdo con las normas generalmente aceptadas.

Las deficiencias pueden ser temporales o permanentes; progresivas, regresivas o estáticas; intermitentes o continuas. La desviación de la norma puede ser leve o severa y puede fluctuar en el tiempo.

Las deficiencias no tienen una relación causal con la etiología ni con el modo en el que se desarrolla el estado de salud. Por ejemplo, la pérdida de visión o de un miembro puede surgir de una anomalía genética o de un trauma. La presencia de una deficiencia necesariamente implica una causa; sin embargo, la causa puede no ser suficiente para explicar la deficiencia resultante. De la misma manera, cuando existe una deficiencia, también existe una disfunción en las funciones o estructuras del cuerpo que puede estar relacionada con cualquier enfermedad, trastorno o estado físico.

Las deficiencias deben ser parte o una expresión de un estado de salud, pero no necesariamente indica que la enfermedad esté presente o que el individuo deba ser considerado enfermo.

Las deficiencias son más amplias y tienen un mayor alcance que las enfermedades o los trastornos; por ejemplo, la pérdida de una pierna es una deficiencia, no un trastorno o una enfermedad.

Las deficiencias pueden derivar en otras deficiencias; por ejemplo, la disminución de fuerza muscular puede trastornar las funciones de la movilidad, las afecciones cardiacas pueden estar relacionadas con déficit de las funciones respiratorias, y el deterioro de la percepción puede afectar a las funciones del pensamiento (OMS – Mayo; 2001).

El excepcional, niño o adulto que se desvía de las características de una persona promedio normal en los aspectos mentales, físicos o sociales; requiere servicios especiales de educación con la finalidad de desarrollar su máximo de capacidad (Kirck en Novak, 1962 citado por Casanova; 1994).

Pacientes excepcionales, especiales o discapacitados: aquellos pacientes cuya evolución psicológica, expresión social, juego o trabajo, están comprometidos por un problema físico, mental o ambas. Estos imponen compromisos que pueden variar desde muy leves a extremadamente severos (Merck; 1989).

Para la odontología estos pacientes pueden ser considerados como de salud bucal normal, pero que presentan impedimentos físicos, mentales o emocionales o todos ellos, que pueden o no impedir que sean tratados sistemáticamente en un ambiente dental (Merck; 1989).

El Acta para la Educación de los Individuos con Discapacidades (IDEA); es la legislación federal bajo la cual los niños y jóvenes con discapacidades reciben servicios de educación especial y servicios relacionados en E.E.U.U.; define a los “**Niños Discapacitados**” de la siguiente manera: cualquier niño que tenga autismo, sordo - ciego, impedimentos auditivos (incluyendo la sordera), problemas emocionales serios, problemas específicos del aprendizaje, impedimentos del habla, lesiones cerebrales traumáticas, e impedimentos visuales (incluyendo la ceguera) (NICHCY, publicaciones en español, Octubre; 1996).

El término **discapacidad** fue aceptado por la Real Academia de la Lengua Española hace diez años. Quiere decir una falta de habilidad en algún ramo específico. Otros términos quizás más comunes como por ejemplo “incapacidad”, “minusválido” e “inválido” pueden dar a entender que

las personas con discapacidades son personas “sin habilidad”, de “menor valor”, o “sin valor” (NICHCY, publicaciones en español, Marzo; 1999).

En particular, la **OMS** reconoce que los *términos utilizados en su clasificación* (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud - CIDDM-2) pueden, a pesar de todos los esfuerzos realizados, estigmatizar y etiquetar. Como respuesta a esto, se tomó la decisión al inicio del proceso de revisión de abandonar totalmente el término “*minusvalía*” debido a su connotación peyorativa en Inglés y de no utilizar el término “*discapacidad*” como nombre de un componente, sino como término genérico global, término paraguas (OMS – Mayo; 2001).

Sin embargo, la difícil pregunta de cómo referirse a los individuos que experimentan algún grado de limitación funcional o restricción, todavía perdura. La OMS utiliza el término “*discapacidad*” para denominar a un fenómeno multidimensional, resultado de la interacción de las personas con su entorno físico y social. Por múltiples razones, cuando se hace referencia a individuos, algunos prefieren la utilización del término “*personas con discapacidades*” y otros prefieren “*personas discapacitadas*”. Teniendo en cuenta esta divergencia, no existe una práctica universal que pueda ser adoptada por la OMS. Por lo tanto, no es apropiado que la OMS exprese una posición determinada en relación con este tema, respetando el principio de que *las personas tienen el derecho de ser llamadas como ellas elijan* (OMS – Mayo; 2001).

La discapacidad existirá independientemente de cómo se la llame y de qué etiqueta se utilice. El problema no es sólo de lenguaje sino que depende principalmente de las actitudes de otros individuos y de la sociedad en relación con la discapacidad (OMS – Mayo; 2001).

La noción política de que la discapacidad es más el resultado de barreras ambientales que de una condición de salud o de una deficiencia, debe ser transformada en la agenda científica y, después, en una evidencia válida y fiable.

Esta evidencia puede traer consigo el auténtico cambio social para las personas discapacitadas de todo el mundo (OMS – Mayo; 2001).

Con esto podemos concluir que la discapacidad en el mundo así como en nuestro país esta muy limitada, desde el punto de vista político y social; debido a que no existen programas de salud dirigidos a este sector de la población. Aquí se inicia la inquietud que nos ha llevado a presentar una nueva propuesta planteando una manera viable de cambiar la realidad social donde nos hallamos inmersos; ofreciendo una alternativa de tratamiento accesible a estos pacientes. Recién en 1999 la Constitución Bolivariana de

Venezuela les dedica atención y consagra sus derechos a la salud y a la educación, al tiempo que establece penalidades para quien se las niegue.

Así mismo se trabaja en el Anteproyecto de la Ley Orgánica de la Persona con Discapacidad. De acuerdo a esto *en nuestro país se define el **discapacitado*** de la siguiente manera:

“Personas con discapacidad son niños, niñas, adolescentes, hombres, mujeres y adultos mayores que, por diversas razones genéticas, congénitas o adquiridas como consecuencia de accidentes paranatales, laborales, de tránsito, domésticos o de otros tipos, de enfermedades laborales o no, intervenciones quirúrgicas, tratamientos médicos, aplicación de medicamentos, exposición a sustancias o ambientes contaminantes, evidencian una disminución de diverso valor estadístico, o ausencia, prolongada o permanente, de algunas de sus capacidades sensoriales, motrices o intelectuales”.

En el Artículo 3 del Anteproyecto de la ley Orgánica de Atención a la Persona con Discapacidad se establece que: Se reconocen personas con discapacidad, las sordas y con discapacidad auditiva, ciegas y con discapacidad visual, sordociegas, con retardo mental, con discapacidad intelectual, con alteraciones de la integración y la capacidad cognoscitiva, autistas, amputadas, con discapacidad motora de cualquier tipo y con cualesquiera combinaciones de algunas de las discapacidades o ausencias mencionadas, y quienes padezcan enfermedades o trastornos discapacitantes científica, técnicas y profesionalmente calificadas como tales en la tabla de clasificación de discapacidades que sea adoptada por el organismo que esta ley crea para garantizar la Atención Integral de las Personas con Discapacidad dentro de la República Bolivariana de Venezuela”.

El mismo Anteproyecto de Ley en su Artículo 5 señala “Los principios que rigen para las consideraciones contempladas en esta Ley son los de humanismo social, solidaridad, vigencia plena de los derechos humanos, integración, no segregación, no discriminación, participación ciudadana, corresponsabilidad, coordinación intersectorial, servicio debido por el Estado a los ciudadanos, respeto a la dignidad de los ciudadanos, igualdad de oportunidades, libre desenvolvimiento de la personalidad, así como los aquí no enunciados y establecidos en la Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela y en los Pactos, Acuerdos, Convenios, Declaraciones y compromisos internacionales e intergubernamentales válidamente suscritos o contraídos por la nación.

Se infiere que la discapacidad es una condición que desde el punto de vista político y social presenta limitaciones a quienes la padecen, la no

claridad y/o unidad de criterios en su definición pueden entre otros ser indicativos de su pobre atención. Desde nuestra posición de profesionales de un área de la salud manifestamos nuestra inquietud expresada en una propuesta que pretende establecer un mecanismo de atención como alternativa para abordar en términos de más amplia cobertura su situación de salud bucal; propuesta que constituye el centro de nuestro trabajo.

Se han propuesto diferentes **modelos** (el término modelo aquí significa constructo o paradigma) **conceptuales para explicar y entender la discapacidad** y el funcionamiento. Esta variedad puede ser expresada en una dialéctica de “modelo médico” versus “modelo social”.

El *modelo médico* considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o estado de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales. El tratamiento de la discapacidad está encaminado a una mejor adaptación de la persona y a un cambio de conducta. La atención sanitaria es considerada como una cuestión primordial y en el ámbito político, la respuesta principal es la de modificar y reformar la política de atención a la salud. Por otro lado, el *modelo social* de la discapacidad, considera el fenómeno principalmente como un problema “social”, desde el punto de vista de la integración de las personas con discapacidad en la sociedad. La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social. Por lo tanto, el manejo del problema requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida social. La cuestión se sitúa, por lo tanto, en el nivel de las actitudes y de la ideología, y requiere cambios sociales, los cuales se transforman en el nivel político en una cuestión de derechos humanos. Según este modelo, la discapacidad se configura como un tema de índole político (OMS – Mayo; 2001).

CLASIFICACIONES DE LA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

Varias clasificaciones se han establecido para agrupar las patologías que constituyen la discapacidad:

I.- Clasificación establecida por Novak en 1979; la cual comprende nueve (9) categorías amplias que incluyen:

1.- Discapacidad física: señala que un individuo físicamente impedido tiene uno o más defectos estructurales que hacen más difícil y a veces imposible realizar o ejecutar tareas normales. Tres de las condiciones principales que

pueden causar este impedimento son los problemas cardíacos, los medulares, los artríticos y reumáticos.

2.- Retardo mental: En este grupo el mayor problema lo constituirá la parálisis cerebral que como termino amplio es utilizado para describir: “Un grupo de trastornos no progresivos, estáticos, causados por un daño cerebral que ocurrió prenatalmente, durante el nacimiento o en el período posnatal antes que el sistema nervioso central alcanzara su madurez. El daño cerebral resultante se manifiesta como una malformación de los centros motores y se caracteriza por parálisis, debilidad muscular, incoordinación y otros trastornos de la función motora” (Novak;1979).

3.- Defectos congénitos: se pueden agrupar en aquellos de las estructuras orofaciales y los de carácter general; pueden aparecer como defectos aislados o formar parte de un síndrome.

4.- Trastornos metabólicos y generales: Se ubican en aquellos de origen endocrino, respiratorio y renal, incluyendo problemas cardiovasculares (Estos últimos también forman parte de la primera categoría – Discapacidad física).

5.- Convulsiones: Aquellas originadas por daños intracraneales durante el nacimiento (efectos causados por anoxia y hemorragia), las que se originan en una infección aguda tanto intra como extracraneal y la epilepsia ideopática, definiendo estos problemas como “un complejo sintomático caracterizado por ataques paroxísticos recurrentes, de inconsciencia o conciencia parcial, habitualmente con una sucesión de espasmos musculares tónicos o clónicos. Estas convulsiones recurrentes pueden ser causa de un deterioro del SNC que resultan en Parálisis cerebral y/o retardo mental”.

6.- Autismo: Constituye una grave forma de discapacidad que consiste en un “trastorno muy complejo de lenguaje, socialización y dificultades perceptomotoras”.

7.- Ceguera y sordera: Según Novak estas no son entidades aisladas sino que representan un espectro de discapacidades.

- La ceguera puede tener su origen en:

Causas prenatales como atrofia óptica, microftalmus, catarata, tumores, sífilis, rubéola, entre otras; y

Causas postnatales asociadas a trauma, hipertensión, leucemia, diabetes, y glaucoma. En otros casos puede estar asociada a daño cerebral u otros impedimentos.

- La sordera es otra situación limitante ya que puede llegar a alterar la conducta del individuo, sus causas también pueden ser:

Prenatales como defectos hereditarios y/o congénitos, infecciones, y traumas del nacimiento entre otros.

Postnatales: debido a infecciones, drogas, lesiones corticales.

La sordera puede aparecer en forma aislada o asociada a síndromes.

8.- Hemofilia

9.- Neoplasias

II.- El Acta para la Educación de los Individuos con Discapacidades (IDEA - Ley Pública 101 - 476 E.E.U.U.) en su definición de “Niños con Discapacidades” engloba los siguientes términos:

1.- Autismo: Una discapacidad del desarrollo la cual afecta la comunicación verbal y no verbal y la interacción social. Generalmente es evidente antes de los tres años de edad, lo cual afecta adversamente el desempeño escolar. Otras características a menudo asociadas con el autismo son la exhibición de actividades repetitivas y movimientos estereotípicos, resistencia a todo cambio en el medio ambiente o cambio en la rutina diaria y reacciones poco usuales a las experiencias sensoriales.

2.- Sordera: un impedimento auditivo tan severo que el niño se ve impedido al intentar procesar información lingüística a través del oído con o sin ampliación, lo cual afecta adversamente el desempeño escolar.

3.- Sordo - ciego: impedimentos auditivos y visuales simultáneos. La combinación de los cuales causa tantos problemas de la comunicación y educación que el niño no pueda acomodarse en los programas para niños sordos o ciegos.

4.- Impedimentos auditivos: un impedimento auditivo ya sea permanente o fluctuante, el cual afecta adversamente el desempeño escolar pero no se incluye bajo la definición de sordera.

5.- Retraso mental: un funcionamiento general bajo promedio, el cual coexiste con déficit en la conducta adaptable, manifestándose durante el período del desarrollo y afectando adversamente el desempeño escolar del niño.

El “funcionamiento general intelectual” se mide, generalmente, por medio de un examen de la inteligencia. Las personas con retraso mental típicamente obtienen un promedio de 70 o menos. El “comportamiento adaptativo” se refiere al ajustamiento de la persona a la vida cotidiana.

El retraso mental no es una enfermedad, ni debe ser confundido con enfermedades mentales. Los niños con discapacidades intelectuales llegan a ser adultos no permanecen “niños” toda la vida. Si aprenden, pero más lentamente, y con dificultad.

6.- Discapacidades múltiples: impedimento simultáneo tales como (retraso mental/ceguera, retraso mental/impedimentos ortopédicos, etc.), cuya combinación causa tales problemas educacionales que el niño no puede acomodarse en un programa de educación especial que trate un solo impedimento. El término no incluye a los niños sordo ciegos.

7.- Impedimentos ortopédicos: un impedimento ortopédico severo el cual afecta adversamente el desempeño escolar del niño. El término incluye impedimentos causados por alguna anomalía congénita (por ejemplo falta de algún miembro del cuerpo, etc.), impedimentos causados por enfermedad (la poliomielitis, tuberculosis, etc.) e impedimentos que resultan de otras causas (parálisis cerebral, amputaciones, fracturas y/o quemaduras que causan contracturas).

8.- Otros impedimentos de la salud: una condición que se caracteriza por falta de energía vitalidad o actividad, por causa de problemas de la salud crónicos o agudos, tales como una condición cardíaca, tuberculosis, fiebre reumática, nefritis, asma, anemia falciforme, hemofilia, epilepsia, leucemia, diabetes la cual afecta adversamente el desempeño escolar del niño o déficit de atención.

9.- Problemas emocionales serios: (I) Una condición que exhibe una o más de las siguientes características, bien marcadas y a través de un largo período, las cuales afectan adversamente el desempeño escolar: (A) La inhabilidad de aprender, la cual no puede explicarse mediante factores intelectuales, sensoriales, ni de la salud; (B) La inhabilidad de formar y mantener relaciones interpersonales con los compañeros de escuela ni con los profesores; (C) Un comportamiento o sentimientos inapropiados, bajo circunstancias normales; (D) un mal humor general, o una depresión; o (E) una tendencia a desarrollar síntomas físicos o temores asociados con los problemas personales o escolares. (II) El término incluye a los niños con esquizofrenia. El término no incluye a los niños que son mal ajustados socialmente, a no ser que se determine que estos tengan algún problema emocional serio.

10.- Problemas específicos del aprendizaje: la presencia de algún disturbio en uno o más de los procedimientos psicológicos básicos comprometidos en la comprensión o uso del lenguaje hablado o escrito, el cual puede manifestarse con una habilidad imperfecta para escuchar, pensar, hablar, leer, escribir, ortografía o realizar cálculos matemáticos. El término incluye tales condiciones como los desordenes perceptuales, lesiones cerebrales, disfunción cerebral, disfunción cerebral mínima, dislexia y afasia del desarrollo. El término no incluye a los niños que tienen problemas del aprendizaje que principalmente son el resultado de discapacidades visuales, auditivas o motrices del retraso mental, de problemas emocionales, o de las desventajas culturales, económicas o ambientales.

11.- Impedimento del habla o lenguaje: un problema de la comunicación como por ejemplo el tartamudeo, un impedimento de la articulación o un impedimento del lenguaje o voz, lo cual afecta adversamente el desempeño escolar del niño.

12.- Lesión cerebral traumática: una herida al cerebro causada por alguna fuerza física externa lo cual resulta en una discapacidad funcional total o parcial o algún impedimento psicosocial, o ambos, los cuales afectan adversamente el desempeño escolar. El término no incluye las lesiones cerebrales congénitas ni las que resultan en una degeneración, ni las lesiones cerebrales inducidas por algún trauma sufrido por el niño al nacer.

13.- Impedimentos visuales, incluyendo la ceguera: un impedimento visual, el cual aún con su corrección afecta adversamente el desempeño escolar del niño. El término incluye a niños videntes parciales y a los ciegos (NICHCY, publicaciones en español, Marzo; 1999).

III – Clasificación de la OMS (publicada en 1980)

- Deterioro o daño: Pérdida o anormalidad de la función psicológica, fisiológica o de alguna estructura anatómica que puede ser temporal o permanente y que incluye la existencia de alguna anomalía, defecto o pérdida de algún órgano, tejido u otra estructura del cuerpo. Representa exteriorización de un estado patológico y en principio refleja disturbios a nivel de un órgano.

Comprende:

1.- Deterioro intelectual

1.1.- de la inteligencia

1.2.- de la memoria

- 1.3.- del pensamiento
- 1.4.- otros deterioros intelectuales

2.- Deterioros psicológicos

- 2.1.- del conocimiento y la vigilia
- 2.2.- de la percepción y la atención
- 2.3.- de la función emotiva y voluntaria
- 2.4.- en el patrón de conducta

3.- Deterioro del lenguaje

4.- Deterioro auricular

5.- Deterioro ocular

6.- Deterioro visceral

7.- Deterioro esquelético

8.- Deterioro por desfiguración

9.- Deterioro generalizado, sensorial u otros

- Incapacidad: Restricción o escasez de la habilidad para desarrollar una actividad de la manera o dentro del rango considerado como normal para un ser humano. Se caracteriza por deficiencia de lo que se espera comúnmente en el desarrollo de una actividad o conducta; puede ser temporal o permanente, reversible e irreversible, progresiva o regresiva.

Comprende:

- 1.- Incapacidad en la conducta
- 2.- Incapacidad en la comunicación
- 3.- Incapacidad de cuidado personal
- 4.- Incapacidad locomotora
- 5.- Incapacidad en la disposición personal
- 6.- Incapacidad de destreza
- 7.- Incapacidad ocasional

8.- Incapacidad de conductas particulares

9.- Otra actividad de restricción

- Condición de desventaja o inferioridad: Resulta de un daño o incapacidad que limita o impide el cumplimiento de un rol que es normal para cada individuo dependiendo de la edad, sexo, factores culturales y sociales.

Está caracterizada por una discordancia entre el desarrollo del individuo o estatus y lo que se espera del mismo individuo, o del grupo particular del cual es miembro. La desventaja representa así la socialización de un daño.

Comprende:

1.- Roles de supervivencia

2.- Otras desventajas

IV.- Clasificación de la OMS (publicada en el 2001)

Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIDDM)

- El desarrollo de la CIDDM:

En 1972, la OMS desarrolló un esquema preliminar contemplando las consecuencias de la enfermedad. A los pocos meses, se sugirió un enfoque más exhaustivo. Estas sugerencias fueron realizadas sobre la base de dos principios importantes: se tuvo que hacer una diferenciación entre las deficiencias y su importancia, por ejemplo sus consecuencias funcionales y sociales, y estos diversos aspectos o ejes de información tuvieron que ser clasificados independientemente en diferentes campos de dígitos. En esencia este enfoque consistía en un número de diferentes, aunque paralelas, clasificaciones. Esto contrastó con las tradiciones de la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades), donde múltiples ejes (etiología, anatomía, patología, etc.) se integran en un sistema jerárquico, ocupando un sólo campo de dígitos. Se exploró la posibilidad de asimilar estas propuestas en un esquema compatible con los principios subyacentes a la estructura de la CIE. Al mismo tiempo, se hicieron intentos preliminares para sistematizar la terminología aplicable a las consecuencias de la enfermedad. Estas sugerencias fueron distribuidas formalmente en 1973 y se solicitó ayuda,

particularmente de los grupos con un interés especial en el campo de la rehabilitación (OMS – Mayo; 2001).

En 1974, se distribuyeron clasificaciones separadas para deficiencias y minusvalías, y las discusiones continuaron. Se recogieron los comentarios y se desarrollaron propuestas definitivas. Estas propuestas fueron sometidas a consideración de la Conferencia Internacional para la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades en Octubre de 1975. Habiendo estudiado la clasificación, la Conferencia recomendó su publicación con carácter experimental. En Mayo de 1976, la Vigésimo Novena Asamblea Mundial de la Salud prestó atención a esta recomendación y adoptó la resolución WHA-29.35, en la que se aprobaba la publicación con carácter experimental de la Clasificación de Deficiencias y Minusvalías, como suplemento, pero no como parte integrante, de la Clasificación Internacional de Enfermedades. En consecuencia, la primera edición de la CIDDM fue publicada en 1980. En 1993, fue reeditada con un prólogo adicional y se decidió comenzar un proceso de revisión de la CIDDM. (OMS – Mayo; 2001).

Inicialmente, se encomendó al Centro Colaborador Francés, la tarea de hacer una propuesta sobre la sección de Deficiencias y sobre los aspectos verbales y sensoriales del lenguaje. El Centro Colaborador Holandés debía sugerir una revisión de la Discapacidad y de los aspectos relacionados con la locomoción de la Clasificación y preparar una revisión de la literatura, mientras que el Centro Colaborador de Norte América debía confeccionar propuestas para la sección de Minusvalías. Además, dos grupos de trabajo debían presentar propuestas sobre aspectos relacionados con la salud Mental y la infancia, respectivamente. En la Reunión de Ginebra de 1996, se elaboró un borrador incorporando las diferentes propuestas y se desarrolló el estudio piloto inicial. En la reunión de 1996 se decidió que cada centro colaborador y cada grupo de trabajo debía dedicarse a todo el borrador y no sólo a sus respectivas áreas individuales de revisión. Desde Mayo de 1996 a Febrero de 1997 se distribuyó el Borrador entre los centros colaboradores y grupos de trabajo y se recogieron sus comentarios y sugerencias en las oficinas centrales de la OMS. Una serie de cuestiones básicas, que contenían los principales temas relacionados con la revisión, fue también distribuida para facilitar la recogida de comentarios (OMS – Mayo; 2001).

Los siguientes temas fueron considerados durante el proceso de revisión:

- 1) La clasificación en tres niveles, ejemplo: Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía ha sido de utilidad y debería permanecer. La inclusión de los factores contextuales/ambientales debería ser considerada, aunque la

mayoría de las propuestas permanezcan en estado de desarrollo teórico y estudio empírico.

- 2) Las interrelaciones entre Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía y una adecuada relación entre ellas, fue un tema de discusión. Muchas críticas han señalado el modelo causal subyacente en la versión de 1980, la ausencia de cambio con el paso del tiempo, y el flujo unidireccional desde la deficiencia a la discapacidad y a la minusvalía. El proceso de revisión ha sugerido representaciones gráficas alternativas.
- 3) La CIDDM de 1980 es difícil de utilizar. Se considera necesaria la simplificación en su utilización: la revisión debería tender hacia una simplificación más que hacia un aumento de detalle.
- 4) Los Factores Contextuales (externos – factores ambientales/internos – factores personales): Estos factores, que son componentes muy importantes del proceso de la minusvalía (como se conceptualizaron en la versión de 1980 de la CIDDM) debían ser desarrollados como esquemas adicionales dentro de la CIDDM. Sin embargo, ya que los factores sociales y físicos del entorno y su relación con las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías están fuertemente ligados a la cultura, no deberían formar una dimensión separada dentro de la CIDDM. No obstante, las clasificaciones de los factores ambientales pueden resultar útiles en el análisis de situaciones nacionales y en el desarrollo de soluciones en el ámbito nacional.
- 5) Las deficiencias debían reflejar los avances en el conocimiento de los mecanismos biológicos básicos.
- 6) La aplicabilidad cultural y la universalidad podrían ser los objetivos principales.
- 7) El desarrollo de materiales de formación y presentación también constituye un objetivo básico del proceso de revisión (OMS – Mayo; 2001).

La versión Pre-final de la CIDDM-2 fue redactada en Octubre del 2000. Este borrador fue presentado en la reunión de Revisión en Noviembre del 2000. Siguiendo las recomendaciones de la reunión la versión Pre-final de la CIDDM-2 (Diciembre del 2000) fue presentada. La versión final de la CIDDM-2 fue programada y discutida en la quincuagésima cuarta Asamblea Mundial de la Salud en Mayo del 2001 (OMS – Mayo; 2001).

- Definiciones de los componentes en el contexto de una condición de salud (CIDDM-2 – OMS – Mayo; 2001):
- 1) *Funciones corporales* son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas).
 - 2) *Estructuras corporales* son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.
 - 3) *Deficiencias* son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida.
 - 4) *Actividad* es el desempeño/realización de una tarea o acción por parte de un individuo.
 - 5) *Participación* es el acto de involucrarse en una situación vital.
 - 6) *Limitaciones en la Actividad* son dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de actividades.
 - 7) *Restricciones en la Participación* son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.
 - 8) *Factores Ambientales* constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que una persona vive y conduce su vida (Ver anexos).

1) *Funciones corporales*

Capítulo 1

Funciones mentales

Funciones mentales globales (b110-b139)

b110 Funciones de la conciencia

b114 Funciones de la orientación

b118 Funciones intelectuales

b122 Funciones psico - sociales globales

b126 Funciones del temperamento y la personalidad

b130 Funciones relacionadas con la energía y el impulso

b134 Funciones del sueño

b139 Funciones mentales globales, otras especificadas y no especificadas

Funciones Mentales Específicas (b140-b189)

b140 Funciones de la atención

b144 Funciones de la memoria

b148 Funciones psico - motoras

b152 Funciones emocionales

b156 Funciones de la percepción

b160 Funciones del pensamiento

b164 Funciones cognitivas superiores

b168 Funciones mentales del lenguaje

b172 Funciones de cálculo

b176 Funciones mentales de encadenamiento de movimientos complejos

b180 Experiencias de uno mismo y funciones del tiempo

b189 Funciones mentales específicas, otras especificadas y no especificadas

b198 Funciones mentales, otras especificadas

b199 Funciones mentales, no especificadas

Capítulo 2

Funciones sensoriales y dolor

Vista y funciones relacionadas (b210-b229)

b210 Funciones visuales

b215 Funciones de las estructuras adyacentes al ojo

b220 Sensaciones asociadas con el ojo y estructuras adyacentes

b229 Funciones visuales y funciones relacionadas, otras especificadas y no especificadas

Funciones auditivas y vestibulares (b230-b249)

b230 Funciones auditivas

b235 Funciones vestibulares

b240 Sensaciones asociadas con las funciones auditivas y vestibulares

b249 Funciones auditivas y vestibulares, otras especificadas y no especificadas

Funciones sensoriales adicionales (b250-b279)

b250 Función gustativa

b255 Función olfativa

b260 Función propioceptiva

b265 Funciones táctiles

b270 Funciones sensoriales relacionadas con la temperatura y otros estímulos

b279 Funciones sensoriales, otras especificadas y no especificadas

Dolor (b280-b289)

b280 Sensación de dolor

b289 Sensación de dolor, otra especificada y no especificada

b298 Funciones sensoriales y dolor, otras especificadas

b299 Funciones sensoriales y dolor, no especificadas

Capítulo 3

Funciones de la voz y el habla

b310 Funciones de la voz

b320 Funciones de articulación

b330 Funciones relacionadas con la fluidez y ritmo del habla

b340 Funciones alternativas de vocalización

b398 Funciones de la voz y el habla, otras especificadas

b399 Funciones de la voz y el habla, no especificadas

Capítulo 4

Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio

Funciones del sistema cardiovascular (b410-b429)

b410 Funciones del corazón

b415 Funciones de los vasos sanguíneos

b420 Funciones de la presión sanguínea

b429 Funciones del sistema cardiovascular, otras especificadas y no especificadas

Funciones de los sistemas hematológico e inmunológico (b430-b439)

b430 Funciones del sistema hematológico

b435 Funciones del sistema inmunológico

b439 Funciones de los sistemas hematológico e inmunológico, otras especificadas y no especificadas

Funciones del sistema respiratorio (b440-b449)

b440 Funciones respiratorias

b445 Funciones de los músculos respiratorios

b449 Funciones del sistema respiratorio, otras especificadas y no especificadas

Funciones y sensaciones adicionales de los sistemas cardiovascular y respiratorio (b450-b469)

b450 Funciones respiratorias adicionales

b455 Funciones relacionadas con la tolerancia al ejercicio

b460 Sensaciones asociadas con las funciones cardiovasculares y respiratorias

b469 Funciones adicionales y sensaciones del sistema cardiovascular y respiratorio, otras especificadas y no especificadas

b498 Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio, otras especificadas

b499 Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio, no especificadas

Capítulo 5

Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino

Funciones relacionadas con el sistema digestivo (b510-b539)

b510 Funciones relacionadas con la ingestión

b515 Funciones relacionadas con la digestión

b520 Funciones relacionadas con la asimilación

b525 Funciones relacionadas con la defecación

b530 Funciones relacionadas con el mantenimiento del peso

b535 Sensaciones asociadas con el sistema digestivo

b539 Funciones relacionadas con el sistema digestivo, otras especificadas y no especificadas

Funciones relacionadas con el sistema metabólico y endocrino (b540-b559)

b540 Funciones metabólicas generales

b545 Funciones relacionadas con el equilibrio mineral, electrolítico y de agua

b550 Funciones termorreguladoras

b555 Funciones de las glándulas endocrinas

b559 Funciones relacionadas con el sistema metabólico y endocrino, otras especificadas y no especificadas

b598 Funciones del sistema digestivo, metabólico y endocrino, otras especificadas

b599 Funciones del sistema digestivo, metabólico y endocrino, no especificadas

Capítulo 6

Funciones genito - urinarias y reproductoras

Funciones urinarias (b610-b639)

b610 Funciones relacionadas con la excreción urinaria

b620 Funciones urinarias

b630 Sensaciones asociadas con las funciones urinarias

b639 Funciones urinarias, otras especificadas y no especificadas

Funciones genitales y reproductoras (b640-b679)

b640 Funciones sexuales

b650 Funciones relacionadas con la menstruación

b660 Funciones relacionadas con la procreación

b670 Sensaciones asociadas con las funciones genitales y reproductoras

b679 Funciones genitales y reproductoras, otras especificadas y no especificadas

b698 Funciones genito - urinarias y reproductoras, otras especificadas

b699 Funciones genito - urinarias y reproductoras, no especificadas

Capítulo 7

Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento

Funciones de las articulaciones y los huesos (b710-b729)

b710 Funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones

b715 Funciones relacionadas con la estabilidad de las articulaciones

b720 Funciones relacionadas con la movilidad de los huesos

b729 Funciones relacionadas con las articulaciones y los huesos, otras especificadas y no especificadas

Funciones musculares (b730-b749)

b730 Funciones relacionadas con la fuerza muscular

b735 Funciones relacionadas con el tono muscular

b740 Funciones relacionadas con la resistencia muscular

b749 Funciones musculares, otras especificadas y no especificadas

Funciones relacionadas con el movimiento (b750-b779)

b750 Funciones relacionadas con los reflejos motores

b755 Funciones relacionadas con las reacciones al movimiento involuntario

b760 Funciones relacionadas con el control de los movimientos voluntarios

b765 Funciones relacionadas con los movimientos involuntarios

b770 Funciones relacionadas con la modalidad de la marcha

b779 Funciones relacionadas con el movimiento, otras especificadas y no especificadas

b780 Sensaciones relacionadas con los músculos y las funciones del movimiento

b798 Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento, otras especificadas

b799 Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento, no especificadas

Capítulo 8

Funciones de la piel y estructuras relacionadas

Funciones de la piel (b810-b849)

b810 Funciones protectoras de la piel

b820 Funciones reparadoras de la piel

b830 Otras funciones de la piel

b840 Sensaciones relacionadas con la piel

b849 Funciones de la piel, otras especificadas y no especificadas

Funciones del pelo y las uñas (b850-b869)

b850 Funciones del pelo

b860 Funciones de las uñas

b869 Funciones del pelo y las uñas, otras especificadas y no especificadas

b898 Funciones de la piel y estructuras relacionadas, otras especificadas

b899 Funciones de la piel y estructuras relacionadas, no especificadas

2) *Estructuras corporales*

Capítulo 1

Estructuras del sistema nervioso

s110 Estructura del cerebro

s120 Médula espinal y estructuras relacionadas

s130 Estructura de las meninges

s140 Estructura del sistema nervioso simpático

s150 Estructura del sistema nervioso parasimpático

s198 Estructura del sistema nervioso, otra especificada

s199 Estructura del sistema nervioso, no especificada

Capítulo 2

El ojo, el oído y estructuras relacionadas

s210 Estructura de la órbita del ojo

s220 Estructura del globo ocular

s230 Estructuras alrededor del ojo

s240 Estructura del oído externo

s250 Estructura del oído medio

s260 Estructura del oído interno

s298 Estructuras del ojo, el oído y sus estructuras relacionadas, otras especificadas

s299 Estructuras del ojo, el oído y sus estructuras relacionadas, no especificadas

Capítulo 3

Estructuras relacionadas con la voz y el habla

s310 Estructura de la nariz

s320 Estructura de la boca

s330 Estructura de la faringe

s340 Estructura de la laringe

s398 Estructuras relacionadas con la voz y el habla, otras especificadas

s399 Estructuras relacionadas con la voz y el habla, no especificadas

Capítulo 4

Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio

s410 Estructura del sistema cardiovascular

s420 Estructura del sistema inmunológico

s430 Estructura del sistema respiratorio

s498 Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio, otras especificadas

s499 Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio, no especificadas

Capítulo 5

Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino

s510 Estructuras de las glándulas salivales

s520 Estructura del esófago

s530 Estructura del estómago

s540 Estructura de los intestinos

s550 Estructura del páncreas

s560 Estructura del hígado

s570 Estructura de la vesícula y los conductos biliares

s580 Estructura de las glándulas endocrinas

s598 Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino, otras especificadas

s599 Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino, no especificadas

Capítulo 6

Estructuras relacionadas con el sistema urogenital y el sistema reproductor

s610 Estructura del sistema urinario

s620 Estructura del suelo pélvico

s630 Estructura del sistema reproductor

s698 Estructuras relacionadas con el sistema urogenital y sistema reproductor, otras especificadas

s699 Estructuras relacionadas con el sistema urogenital y sistema reproductor, no especificadas

Capítulo 7

Estructuras relacionadas con el movimiento

s710 Estructuras de la región de la cabeza y el cuello

s720 Estructura de la región del hombro

s730 Estructura de la extremidad superior

s740 Estructura de la región pélvica

s750 Estructura de la extremidad inferior

s760 Estructura del tronco

s770 Estructuras musculoesqueléticas adicionales relacionadas con el movimiento

s798 Estructuras relacionadas con el movimiento, otras especificadas

s799 Estructuras relacionadas con el movimiento, no especificadas

Capítulo 8

Piel y estructuras relacionadas

s810 Estructura de las áreas de la piel

s820 Estructura de las glándulas de la piel

s830 Estructura de las uñas

s840 Estructura del pelo

s898 Estructuras de la piel y estructuras relacionadas, otras especificadas

s899 Estructuras de la piel y estructuras relacionadas, no especificadas

4) y 5) *Actividades y Participación*

Capítulo 1

Aprendizaje y aplicación del conocimiento

Experiencias sensoriales intencionadas (d110-d129)

d110 Mirar

d115 Escuchar

d120 Otras percepciones sensoriales intencionadas

d129 Experiencias sensoriales intencionadas, otras especificadas y no especificadas

Aprendizaje básico (d130-d159)

d130 Copiar

d135 Ensayar

d140 Aprender a leer

d145 Aprender a escribir

d150 Aprender a calcular

d155 Adquisición de habilidades

d159 Aprendizaje básico, otro especificado y no especificado

Aplicación del conocimiento (d160-d179)

d160 Centrar la atención

d163 Pensar

d166 Leer

d169 Escribir

d172 Calcular

d175 Resolver problemas

d178 Tomar decisiones

d179 Aplicación de conocimientos, otra especificada y no especificada

d198 Aprendizaje y aplicación de conocimientos, otro especificado

d199 Aprendizaje y aplicación de conocimientos, no especificado

Capítulo 2

Tareas y demandas generales

d210 Llevar a cabo tareas simples

- d220 Llevar a cabo múltiples tareas
- d230 Llevar a cabo rutinas diarias
- d240 Manejo del estrés y otras demandas psicológicas
- d298 Tareas y demandas generales, otras especificadas
- d299 Tareas y demandas generales, no especificadas

Capítulo 3

Comunicación

Comunicación - recepción (d310-d329)

- d310 Comunicarse con recepción de mensajes hablados
- d315 Comunicarse con recepción de mensajes no verbales
- d320 Comunicarse con recepción de mensajes en lenguaje de signos formal
- d325 Comunicarse con recepción de mensajes escritos
- d329 Comunicación - recepción de mensajes, otra especificada y no especificada

Comunicación - producción de mensajes (d330-d349)

- d330 Habla
- d335 Producción de mensajes no verbales
- d340 Producción de mensajes en lenguaje de signos formal
- d345 Mensajes escritos
- d349 Comunicación - producción de mensajes, otra especificada y no especificada

Conversación y utilización de aparatos y técnicas de comunicación (d350-d369)

- d350 Conversación

d355 Discusión

d360 Utilización de dispositivos y técnicas de comunicación

d369 Conversación y utilización de dispositivos y técnicas de comunicación, otros especificados y no especificados

d398 Comunicación, otra especificada

d399 Comunicación, no especificada

Capítulo 4

Movilidad

Cambiar y mantener la posición del cuerpo (d410-d429)

d410 Cambiar las posturas corporales básicas

d415 Mantener la posición del cuerpo

d420 Cambiar de lugar

d429 Cambiar y mantener la posición del cuerpo, otra especificada y no especificada

Llevar, mover y usar objetos (d430-d449)

d430 Levantar y llevar objetos

d435 Mover objetos con las extremidades inferiores

d440 Uso fino de la mano

d445 Uso de la mano y el brazo

d449 Llevar, mover y usar objetos, otro especificado y no especificado

Andar y desplazarse (d450-d469)

d450 Andar

d455 Desplazarse en el entorno

d460 Desplazarse por distintos lugares

d465 Desplazarse utilizando algún tipo de equipo

d469 Desplazarse y actividades relacionadas, otro especificado y no especificado

Desplazarse utilizando transporte (d470-d479)

d470 Utilización de transporte como pasajero

d475 Conducción

d480 Montar animales para transporte

d489 Desplazarse utilizando transporte, otro especificado y no especificado

d498 Desplazarse, otro especificado

d499 Desplazarse, no especificado

Capítulo 5

Cuidado personal

d510 Lavarse

d520 Cuidado de partes del cuerpo

d530 Excreción

d540 Vestirse

d550 Comer

d560 Beber

d570 Cuidado de la salud propia

d598 Cuidado personal, otro especificado

d599 Cuidado personal, no especificado

Capítulo 6

Vida doméstica

Adquisición de lo necesario (d610-d629)

d610 Adquisición de un lugar para vivir

d620 Adquisición de bienes y servicios

d629 Adquisición de necesidades, otra especificada y no especificada

Tareas del hogar (d630-d649)

d630 Preparar comidas

d640 Quehaceres de la casa

d649 Tareas domésticas, otras especificadas y no especificadas

Cuidar de las pertenencias y ayudar a otros (d650-d669)

d650 Cuidar de las pertenencias

d660 Ayudar a otros

d669 Cuidar de las pertenencias y ayudar a otros, otro especificado y no especificado

d698 Vida doméstica, otras especificadas

d699 Vida doméstica, no especificadas

Capítulo 7

Interacciones y relaciones interpersonales

Interacciones interpersonales generales (d710-d729)

d710 Interacciones interpersonales básicas

d720 Interacciones interpersonales complejas

d729 Otras interacciones interpersonales generales especificadas y no especificadas

Interacciones interpersonales particulares (d730-d779)

d730 Relacionarse con extraños

d740 Relaciones formales

d750 Relaciones sociales informales

d760 Relaciones familiares

d770 Relaciones íntimas

d779 Relaciones interpersonales particulares, otras especificadas y no especificadas

d798 Interacciones y relaciones interpersonales, otras especificadas

d799 Interacciones y relaciones interpersonales, no especificadas

Capítulo 8

Áreas principales de la vida

Educación (d810-d839)

d810 Educación informal

d815 Educación preescolar

d820 Educación escolar

d825 Formación vocacional

d830 Educación superior

d839 Educación, otra especificada y no especificada

Trabajo y empleo (d840-d859)

d840 Aprendizaje (preparación para el trabajo)

d845 Conseguir, mantener y abandonar un trabajo

d850 Trabajo remunerado

d855 Trabajo no remunerado

d859 Trabajo y empleo, otro especificado y no especificado

Vida económica (d860-d879)

d860 Transacciones económicas básicas

d865 Transacciones económicas complejas

d870 Suficiencia económica

d879 Vida económica, otra especificada y no especificada

d898 Áreas principales de la vida, otras especificadas

d899 Áreas principales de la vida, no especificadas

Capítulo 9

Vida comunitaria, social y cívica

d910 Vida comunitaria

d920 Recreo y ocio

d930 Religión y espiritualidad

d940 Derechos humanos

d950 Vida política y ciudadanía

d998 Vida comunitaria, social y cívica, otra especificada

d999 Vida comunitaria, social y cívica, no especificada

6) *Factores contextuales (Factores ambientales y Factores personales)*

Capítulo 1

Productos y tecnología

e110 Productos o sustancias para el consumo personal

e115 Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria

e120 Productos y tecnología para la movilidad personal y el transporte en ambientes interiores y exteriores

e125 Productos y tecnología para la comunicación

e130 Productos y tecnología para la educación

e135 Productos y tecnología para el empleo

e140 Productos y tecnología para la cultura, actividades recreativas y deportivas

e145 Productos y tecnología para la práctica de la religión y la espiritualidad

e150 Productos y tecnología relacionados con la arquitectura, la construcción y el diseño para uso público

e155 Productos y tecnología relacionados con la arquitectura, la construcción y el diseño para uso privado

e160 Productos y tecnología relacionados con el uso/ explotación del suelo

e165 Pertenencias

e198 Productos y tecnología, otros especificados

e199 Productos y tecnología, no especificados

Capítulo 2

Entorno natural y cambios en el

Entorno derivados de la actividad humana

e210 Geografía física

e215 Población

e220 Flora y Fauna

e225 Clima

e230 Acontecimientos naturales

e235 Acontecimientos causados por el hombre

e240 Luz

e245 Cambios relacionados con el tiempo

e250 Sonido

e255 Vibración

e260 Calidad del aire

e298 Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana, otro especificado

e299 Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana, no especificado

Capítulo 3

Apoyo y relaciones

e310 Familia inmediata

e315 Familia ampliada

e320 Amigos

e325 Conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad

e330 Personas en posiciones de autoridad

e335 Personas en posiciones de subordinación

e340 Cuidadores y personal de ayuda

e345 Extraños

e350 Animales domésticos

e355 Profesionales de la salud

e360 Profesionales relacionados con la salud

e398 Apoyo y relaciones, otros especificados

e399 Apoyo y relaciones, no especificados

Capítulo 4

Actitudes

e410 Actitudes individuales de miembros de la familia inmediata

e415 Actitudes individuales de miembros de la familia ampliada

e420 Actitudes individuales de amigos

e425 Actitudes individuales de conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad

e430 Actitudes individuales de personas en posiciones de autoridad

e435 Actitudes individuales de personas en posiciones de subordinación

e440 Actitudes individuales de cuidadores y personal de ayuda

e445 Actitudes individuales de extraños

e450 Actitudes individuales de profesionales de la salud

e455 Actitudes individuales de profesionales relacionados con la salud

e460 Actitudes sociales

e465 Normas, convenciones e ideologías sociales

e498 Actitudes, otras especificadas

e499 Actitudes, no especificadas

Capítulo 5

Servicios, sistemas y políticas

e510 Servicios, sistemas y políticas para la producción de artículos de consumo

e515 Servicios, sistemas y políticas para la arquitectura, la edificación y la construcción

e520 Servicios, sistemas y políticas de planificación de los espacios abiertos

e525 Servicios, sistemas y políticas destinados a la vivienda

e530 Servicios, sistemas y políticas públicas

e535 Servicios, sistemas y políticas para la comunicación

e540 Servicios, sistemas y políticas de transporte

e545 Servicios, sistemas y políticas de protección civil

e550 Servicios, sistemas y políticas legales

e555 Servicios, sistemas y políticas prestados por asociaciones y organizaciones

e560 Servicios, sistemas y políticas prestados por los medios de comunicación

e565 Servicios, sistemas y políticas económicas

e570 Servicios, sistemas y políticas prestados por la Seguridad Social

e575 Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general

e580 Servicios, sistemas y políticas sanitarias

e585 Servicios, sistemas y políticas para la educación y formación

e590 Servicios, sistemas y políticas laborales y para el empleo

e595 Servicios, sistemas y políticas relacionados con los sistemas de gobierno

e598 Servicios, sistemas y políticas, otros especificados

e599 Servicios, sistemas y políticas, no especificados

ALGUNAS AFECCIONES ENGLOBADAS EN EL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD

Discracias sanguíneas

Discracia sanguínea: alteración de los componentes de la sangre (eritrocitos y leucocitos) (Listado Alfabético de Términos Médicos de la Unión Europea; 2001).

Entre las discracias sanguíneas tenemos (Tomado de Nelson et al.; 1988):

- Anemias (Anemia hipoplásica congénita, Anemias megaloblásticas, Anemia ferropénica, Eritroblastopenia transitoria de la infancia)
- Hemofilia (Hemofilia A, Hemofilia B, Hemofilia C, Déficit del factor XII, Enfermedad de Von Willebrand)
- Afibrinogenemia congénita
- Disfibrinogenemias congénitas
- Déficit de factor XIII
- Déficit posneonatal de Vitamina K
- Hepatopatías
- Trastornos plaquetarios y de los vasos sanguíneos (Trombocitopenias congénitas, Defectos congénitos de la función plaquetaria, Trastornos hereditarios de los vasos sanguíneos, Trombocitopenias adquiridas, Trastornos adquiridos de la función plaquetaria, Trastornos vasculares adquiridos, Trombocitosis)
- Trastornos trombóticos
- Esplenomegalia

Neoplasias y Tumores

Neoplasias: aunque no tienen una definición precisa con frecuencia se considera como un crecimiento nuevo de tejido independiente no coordinado, el cual potencialmente es capaz de proliferar sin limitaciones y no retrocede una vez que desaparece el estímulo que produjo la lesión (Shafer; 1986).

Tumor: aumento del volumen de parte de un tejido o un órgano. El tumor puede ser benigno o maligno (Diccionario comentado de VIH/SIDA; 2001). Abultamiento de tejido (Shafer; 1986).

Entre las neoplasias y tumores podemos citar (Tomado del Nelson et al.; 1988):

- Leucemias (Leucemia linfoblástica, Leucemia mieloblástica, Leucemia mieloide crónica, Leucemia congénita)
- Linfomas (Enfermedad de Hodgkin, Linfoma No Hodgkiniano)
- Neuroblastoma
- Neoplasias renales (Tumor de Wilms, Nefroblastomatosis, Nefroma mesoblastico, Carcinoma de células renales)
- Sarcomas de tejidos blandos (Rabdomiosarcoma)
- Tumores óseos (Osteosarcoma, Sarcoma de Ewing, Condrosarcoma, Fibrosarcoma)
- Retinoblastoma
- Neoplasia de las gónadas y células germinales
- Tumores hepáticos (Hepatoblastoma, Carcinoma hepatocelular)
- Neoplasias digestivas (Carcinoma nasofaríngeo, Polipos de colon, Adenocarcinoma de colon y recto)
- Cáncer de piel
- Tumores benignos (Hemangioma, Timoma)
- Neoplasias laríngeas (Papiloma, Nódulos de las cuerdas vocales)

- Tumores del corazón

Enfermedades renales

Enfermedades relativas a los riñones.

Entre éstas podemos citar (Tomado del Nelson et al.; 1988):

- Enfermedades del glomérulo
- Macrohematuria recidivante
- Glomerulonefritis postestreptocócica aguda
- Lupus eritematoso sistémico
- Glomerulonefritis membranoproliferativa (mesangiocapilar)
- Glomerulonefritis asociada a infecciones crónicas
- Glomerulonefritis rápidamente progresiva
- Síndrome hemolítico - urémico
- Enfermedades hematológicas que causan hematuria (Coagulopatias y Trombocitopenia, Nefropatía falciforme, Trombosis de las venas renales)
- Nefrosis (Síndrome nefrótico ideopático, Glomerulonefritis, Síndrome nefrótico congénito)
- Acidosis tubular renal (Raquitismo asociado con acidosis tubular renal, Síndrome de Fanconi, Cistinosis, Distrofia oculocerebrorenal, Osteodistrofia renal)
- Diabetes insípida nefrógica
- Síndrome de Bartter
- Nefritis intersticial
- Nefropatía tóxica
- Necrosis cortical

- Insuficiencia renal (Aguda, Crónica, Terminal)
- Trasplante de riñón: transferencia de un tejido u órgano de una persona a otra.

Trastornos endocrinos

Trastornos en el sistema formado por las glándulas que secretan sustancias llamadas “hormonas” hacia la sangre y los tejidos (Diccionario comentado de VIH/SIDA; 2001).

Más de cincuenta sustancias biológicamente activas, circulan continuamente en la sangre de los mamíferos como hormonas, pero con pocas excepciones estas sustancias no son esenciales para la vida (Shafer; 1986).

Entre otros podemos citar (Tomado del Nelson et al.; 1988):

- Hipopituitarismo
- Diabetes insípida
- Hiperpituitarismo
- Hipotiroidismo
- Tiroiditis
- Hipertiroidismo
- Carcinoma de Tiroides
- Hipoparatiroidismo
- Pseudohipoparatiroidismo
- Hiperparatiroidismo
- Insuficiencia corticosuprarrenal
- Síndrome de Cushing
- Síndrome de Klinefelter

- Síndrome de Turner
- Diabetes mellitus

Trastorno respiratorio

Es una enfermedad multifactorial cuya etiología exacta no esta bien definida (Little; 1998).

Entre los trastornos respiratorios podemos mencionar (Tomado del Nelson et al.;1988):

- Infecciones de las vías respiratorias superiores (Nasofaringitis aguda, Faringitis aguda, Rinitis y Nasofaringitis crónicas, Sinusitis)
- Amigdalitis crónica
- Hipertrofia de las Adenoides
- Anomalías congénitas
- Bronquitis
- Bronquiolitis

Convulsiones

Son desordenes de la energía eléctrica cerebral o bien descargas eléctricas anormales de las neuronas cerebrales (Velásquez, B.; 2001).

Por convulsión o crisis se entiende una alteración súbita en la actividad eléctrica cortical que se manifiesta por una alteración de la conciencia o por la aparición de síntomas motores sensitivos o conductuales. Su origen se debe a diversas causas (Velásquez, B.; 2001).

Contracción violenta e involuntaria de los músculos voluntarios lo que provoca movimientos irregulares (Diccionario comentado de VIH/SIDA; 2001).

Tipos de alteraciones convulsivas (Tomado del Nelson et al.; 1988):

- Crisis parciales

- Crisis generalizadas
- Crisis febriles
- Crisis epilépticas del recién nacido
- Status epiléptico

Encefalopatía

Enfermedad que consiste en la degeneración del tejido cerebral; sus principales manifestaciones son pérdida progresiva de la memoria, alteraciones del estado de alerta, convulsiones, cefaleas, falta de retención e interés, se puede diagnosticar por encefalograma y tomografía axial computarizada (TAC) (Diccionario comentado de VIH/SIDA; 2001).

Entre las encefalopatías podemos encontrar (Tomado del Nelson et al.; 1988):

- Parálisis cerebral
- Encefalopatías mitocondriales
- Encefalopatía de los quemados
- Encefalopatía hipertensiva
- Encefalopatía por irradiación

Traumatismo craneoencefálico

Traumatismo: Término general que se emplea para designar todas las lesiones internas o externas provocadas por una violencia exterior. Estado del organismo afectado de una herida o contusión grave. Proceso o lesión traumática (abctusalud.com, 2001).

Traumatismo craneoencefálico: Traumatismo que afecta al cráneo y al cerebro (abctusalud.com, 2001).

Cardiopatías congénitas

Dependiendo de la circulación del flujo sanguíneo existen tres tipos principales de malformaciones cardíacas congénitas. El primer tipo incluye las malformaciones con cortocircuito sanguíneo de izquierda a derecha: defectos septales interauriculares, defectos septales interventriculares, conducto arterioso permeable. El segundo incluye malformaciones con cortocircuito inicial de derecha a izquierda: transposición de los grandes vasos, tronco arterioso persistente, tetralogía de Fallot. El tercero incluye malformaciones que obstruyen el flujo sanguíneo: estenosis pulmonar, coartación aórtica (Little; 1998).

Otras cardiopatías congénitas que podemos citar son (Tomado del Nelson et al.; 1988):

- Cardiopatías congénitas no cianóticas
- Cardiopatías congénitas cianóticas
- Arritmias cardíacas
- Alteraciones de la frecuencia y del ritmo cardíaco (Taquiarritmias, Braquiarritmias)
- Endocarditis infecciosa
- Fibroelastosis endocárdica
- Miocardiopatías primarias
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Trasplante cardíaco pediátrico

Trastornos mentales y neurológicos

Trastorno: Presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas, identificables en la práctica clínica, que, en la mayoría de los casos, se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo (abctusalud.com, 2001).

Los trastornos mentales son modificaciones sobre la función del cerebro y del sistema nervioso central (OMS; 1980).

Según la OMS (Ginebra; 2001) entre los trastornos mentales y neurológicos podemos mencionar:

- Epilepsia
- Retraso Mental (Síndrome de Down)
- Trastornos de la infancia y la adolescencia:
 1. Trastornos del desarrollo psicológico, ejemplo: Déficit o retraso de la aparición ya sea de funciones cognoscitivas o cerebrales específicas, como el habla y el lenguaje (dislexias), o de funciones más generales, ejemplo: El Autismo
 2. Trastornos conductuales y emocionales, ejemplo: Depresión, Trastornos de déficit de atención con hiperactividad – ADHD

Trastornos psicológicos

Se pueden clasificar en (Tomado del Nelsón et al.;1988):

- Trastornos psicósomáticos
- Trastornos vegetativos
- Trastornos de hábitos motores (Bruxismo, Succión del pulgar, Tartamudeo, etc.)
- Trastornos de ansiedad (Fobias, etc.)
- Trastornos afectivos
- Trastornos de conducta perturbadores
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)
- Variaciones de la conducta sexual (Trastorno de identidad de género, Homosexualidad, etc.)

- Psicosis en la infancia (Autismo infantil, Trastorno generalizado del desarrollo, Trastorno de la personalidad límite)

Retraso mental

El retraso mental es consecuencia de un freno del desarrollo, o un desarrollo parcial, del cerebro, y se caracteriza por el deterioro de las aptitudes y la inteligencia general en áreas como la cognición, el lenguaje y las funciones motoras y sociales (OMS; 2001).

Síndromes

Síndrome: conjunto de síntomas, indicios, signos, señales, manifestación o manifestaciones que aparecen de manera simultánea independientemente de las causas que lo producen y que ayudan a identificar un padecimiento. Es decir un síndrome, es un conjunto de manifestaciones que puede deberse a varias causas (Diccionario comentado de VIH/SIDA; 2001).

Algunos de estos pueden ser:

- Síndromes neurocutáneos (Tomado del Nelson et al.; 1988):
 - Neurofibromatosis
 - Esclerosis tuberosa
 - Enfermedad de Sturge – Weber
 - Enfermedad de Von Hippel – Lindau
- Síndrome de Down
- Síndrome de Apert
- Síndrome de Crouzon
- Síndrome de Incontinentia Pigmenti
- Otros

Es tanta la cantidad de síndromes conocidos reportados hasta la fecha que resultaría muy extensa su completa mención.

Malformaciones Congénitas del Sistema Nervioso Central

Una malformación puede definirse como el defecto morfológico de un órgano, parte del mismo o una región corporal más grande, o el desarrollo intrínsecamente anormal. Casi 3% de los recién nacidos presentan malformaciones importantes, y cerca del 1% muestran malformaciones múltiples, conocidas como síndromes (Enlow; 1992). Es posible definir una deformidad como una forma o postura anormal de una parte del cuerpo, debido a fuerzas mecánicas no disruptivas; casi 2% de los recién nacidos presentan estos trastornos (Enlow; 1992).

Es posible definir un síndrome de malformación como varias malformaciones en un mismo individuo que se consideran relacionadas en su patogenia se caracteriza por pleiotropía embrionaria en la cual se presenta un patrón de malformaciones sin vínculos relativos al desarrollo; o sea las malformaciones que conforman el síndrome ocurren en áreas embrionariamente no contiguas (Enlow; 1992).

Entre las Malformaciones Congénitas del Sistema Nervioso Central podemos citar (Tomado del Nelson et al.; 1988):

- Microcefalia
- Hidrocefalea
- Craneosinostosis

VIH – SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida)

Es una enfermedad descubierta recientemente, reportada por primera vez en 1981. Es una enfermedad viral hasta el presente mortal, que ataca el sistema inmunológico especialmente a los linfocitos T4 y a los macrófagos destruyendo la capacidad del individuo para combatir cualquier otro tipo de infección sobre todo las llamadas oportunistas (Greenspan, D.; Greenspan, J.; Pindborg, J.; Schiodt, M.; 1990).

Es una enfermedad infecciosa que se transmite predominantemente por contacto sexual íntimo y por vía parenteral.

La definición de SIDA realizada por los Centers for Disease Control, en su rectificación publicada en 1993, implica que el recuento de linfocitos CD4 sea inferior a 200 en un paciente infectado por VIH (Little y et al.; 1998).

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es una enfermedad de alta mortalidad causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) el cual se caracteriza por un defecto adquirido aparentemente irreversible en la inmunidad celular, que predispone al huésped a infecciones oportunistas severas y/o neoplásicas inusuales.

Se estima que el Virus de Inmunodeficiencia Humana infecta a mil niños cada día en el mundo, el 90% de estos se han contaminado durante el embarazo, parto o lactancia a partir de una madre infectada (Guerra; 1999).

INCIDENCIA Y CONDICIONES DE SALUD BUCAL

El 10% de la población mundial padece alguna forma de impedimento físico o mental y el total mundial de impedidos es de aproximadamente cuatrocientos cincuenta millones de individuos. Las tres cuartas partes de esta población no recibe ayuda especializada de ningún tipo y de los cuales ciento cuarenta y seis millones de estos son niños menores de quince años (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1979 citada por Contreras; 1994).

El 80% de los impedidos viven en países en desarrollo y solo menos del 1% recibe ayuda especializada (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1979 citada por Contreras; 1994).

Aunque no existen alteraciones bucales típicas o exclusivas en el niño impedido, ellos están más expuestos a adquirir enfermedades bucales, con mayor frecuencia y mayores daños que la población general (Ticks, 1973 citado por Contreras; 1994).

Es bastante común observar en este tipo de pacientes una higiene bucal deficiente con un gran acúmulo de materia alba, placa bacteriana y cálculo supragingival, lo que conlleva a agravar su salud bucal.

Generalmente el paciente discapacitado recibe tratamiento dental por vía de emergencia, sin recibir atención integral, lo que soluciona parcialmente su problema local, provocando un desequilibrio patológico del sistema bucal.

Respecto a los problemas bucodentales en niños excepcionales, estudios realizados en Cuba, Japón y Norteamérica, señalan que la prevalencia de caries es casi la misma que en niños sin impedimentos pero el número de dientes tratados es menor y aunque el estado periodontal es

grave no reportan enfermedades periodontales serias. Indican igualmente, estos estudios que es poco frecuente la atención odontológica de ésta población y cuando se realiza, la mayoría acepta el cuidado odontológico de rutina (Pirela; Salazar; Manzano; 2000).

El comité de expertos en genética de la Organización Mundial de la Salud señala que un 4% de los nacidos vivos padecen una enfermedad genética o parcialmente genética y el 2,5% una enfermedad genética reconocible. Aplicado a Venezuela, los valores señalados "Se encontraría que de acuerdo a la tasa de natalidad, 60 niños nacen diariamente con algún problema total o parcialmente genético; cifra que no reviste carácter alarmante pero que resulta importante dado el crecimiento demográfico del país". "En Venezuela existen actualmente más de 819.000 retardados, personas con un funcionamiento intelectual por debajo del promedio con deficiencia de adaptación que se presenta desde el nacimiento hasta los 18 años" (Pirela; Salazar; Manzano; 2000).

El Síndrome de Down o trisomía 21, que representa del 10 al 15% de todas las causas de retardo mental y tiene una incidencia de 1:600 nacidos vivos presenta toda una serie de manifestaciones bucales y aunque se les describe una relativa resistencia a la caries dental, se le señala una frecuente presencia de enfermedad periodontal de diversos grados, con formación de sacos patológicos y pérdida de huesos de soporte (Contreras;1994).

En niños con parálisis cerebral; cuya población afectada según Prado citado por Contreras en 1994, debiera calcularse para Venezuela sobre la base de 550/100.000 habitantes se ha observado alta prevalencia de hipoplasia del esmalte, susceptibilidad mayor a la caries dental y enfermedad periodontal de diversa severidad.

En nuestro país la caries dental tanto en dentición temporal como permanente es una de las enfermedades que ocupa el primer lugar en los problemas de orden odontológico por lo que sigue siendo un problema de salud pública (Fundacredesa; 1996).

En el año 1972 Fundacredesa realizó el primer estudio a nivel nacional donde se mide la incidencia y prevalencia de la caries dental tomando en cuenta factores como sexo, edad, nivel educativo, nivel de ingreso y zona geográfica. De acuerdo a éste estudio se concluye que ésta enfermedad se inicia en los niños venezolanos a temprana edad observándose en un 80% de la población infantil.

En el año de 1996 con el Proyecto Venezuela, realizado por Fundacredesa (veinte años después) se puede decir que sólo ha existido una leve mejoría en el cuadro de la salud bucal de la población; situación que no

se corresponde con todos los esfuerzos y recursos que se han destinado para el logro de una salud bucal aceptable.

Diez de cada mil personas presentan algún defecto severo limitante de la fisiología del sistema estomatognático. 1,4 por mil habitantes necesitan especialistas para solucionar en ellos lesiones graves y no solo resolver su problema de salud sino también su problemática existencial. En nuestro país no existen estos recursos para toda la población, menos aún para los más desvalidos (Fundacredesa;1996).

El porcentaje de habitantes de 6 a 16 años de edad que presentan algún síndrome de maloclusión es elevado: 47,87%; y el índice de caries dental de ésta población es de 72% (Proyecto Venezuela - Fundacredesa; 1996).

En otros estudios de incidencia y prevalencia de caries dental, problemas periodontales y maloclusiones en niños en diversos sectores del país han reflejado índices muy altos, cabe observar que la mayoría de éstos estudios son realizados en una población de niños sin limitaciones físicas y/o mentales o sea sin discapacidad.

Podemos destacar que estos resultados del Proyecto Venezuela son para niños, jóvenes y adultos "normales" que no presentan ningún tipo de discapacidad física y/o mental. Si sumado a ésta realidad le agregamos las limitantes que se nos presentan con la discapacidad podemos atrevernos a decir que la situación desde el punto de vista odontológico en nuestros pacientes (objeto de estudio) debe ser alarmante.

Según diversos estudios (El paciente impedido, un Enfoque Preventivo de Salud Oral de Contreras,1994; Condiciones del Componente Bucal de Salud en un Grupo de Pacientes Institucionalizados con Retardo Mental del Área Metropolitana de Longobardi y Martínez,1997; Patología Bucal Prevalente en Niños Excepcionales de Pirela, Salazar y Manzano, 2000; El Componente Bucal en el Marco de los Criterios y Principios de Abordaje Integral que Maneja el Centro de Desarrollo Infantil N°1 Distrito Escolar N° 6 de Barrios, 2001 - éstos estudios no son a nivel nacional) consultados no existe aún en nuestro país una estadística de la incidencia y prevalencia de caries dental, enfermedad periodontal y maloclusiones en pacientes discapacitados a pesar de que en los mencionados estudios se incluyen este tipo de pacientes, por lo que aún se siguen utilizando como patrones de referencia los estudios realizados en otros países cuyos resultados probablemente no se adecuan a las verdaderas necesidades en Venezuela.

En el estudio realizado por Longobardi y Martínez en 1997, en una población de 75 individuos en edades comprendidas entre 6 y 15 años en el

Instituto para la Capacitación del Niño con Necesidades Especiales encontraron que el 86,2% de la misma estaba afectada por caries; y solo el 13,8% no presentó dientes afectados por caries, esto es comprensible, debido a las limitaciones físicas y psicológicas que tienen estos pacientes para poder cepillarse, así como también el tipo de alimentación y medicamentos que pudieran estar tomando estos niños y adolescentes.

Winer y Cohen (citados por Rosenstein y col. en 1971) reportaron en su estudio de niños con Síndrome de Down institucionalizados una menor prevalencia de caries en comparación con la población normal, con un 58% de dientes sanos, pero ellos no incluyeron los dientes perdidos en su evaluación debido a que estos pacientes con Síndrome de Down tienden a perder dientes con enfermedad periodontal.

“De acuerdo con la incidencia del retardo mental en los países subdesarrollados, podemos calcular para Venezuela unos cuatrocientos mil (400.000) casos de retardo mental” (Longobardi; Martínez;1997).

En Venezuela se reporta frecuencia mayor de caries dental en niños con parálisis cerebral, producto de una dieta blanda y deficiencia de la información para la prevención y curación de ésta enfermedad (Pirela; Salazar; Manzano; 2000).

No es posible proporcionar con exactitud una cifra del número de retardos mentales que existe en el país porque no hay estadísticas precisas que permitan esos controles. Se aspiraba que al realizarse el último Censo Nacional pudiera determinarse cuántas personas con retardo mental o cualquier discapacidad tenía Venezuela, pero lamentablemente en la planilla del censo no se estableció esa pregunta. Lo que se acostumbra es aplicar la proporción establecida por la Organización Mundial de la Salud, de calcular que en cada país del 3 al 5 % de la población total nacional padece de retardo mental.

Según el Instituto Nacional de Estadística (anteriormente Oficina Central de Estadística e Informática - OCEI) en un reporte informativo para Enero del 2002 existen 22.688.803 habitantes sin contar la población indígena, si tomamos en cuenta estos valores se podría decir que existen 1.134.440 discapacitados en el país (valores reales hasta los momentos tomando en cuenta que la OMS calcula el 5%).

De acuerdo a un libro de informaciones de la OCEI (1999) para el año 2003 habrá un total de 25.553.504 habitantes por lo que se calcula que la población de pacientes discapacitados será de 1.277.675. Para el año 2035 donde la población total Venezolana alcanzará el número de 38.192.162, la cifra de discapacitados será de 1.909.608.

El estado lamentable de salud bucal de los niños venezolanos evidenciado en todos los estudios nacionales de prevalencia de enfermedad bucal, las condiciones agravantes de los niños discapacitados, y la situación de minusvalía social, nos puede dar una idea del grado de afección y sufrimiento que nuestros niños discapacitados padecen y que la mayoría de las veces permanece oculta y en silencio (Cañizales, 1981 citado Contreras;1994).

SITUACIÓN GENERAL DEL PROBLEMA DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DEL PACIENTE DISCAPACITADO

Si bien es sabido que la atención odontológica integral en pacientes normales o capacitados, representa una situación crítica por diversos factores tales como: políticos, sociales, culturales y económicos. La atención a niños discapacitados se encuentra casi anulada y totalmente en desventaja debido a que no existen programas de atención dirigida a este tipo de pacientes y el estímulo hacia los padres no existe. Por supuesto muchos de los padres dedican mayor atención al problema médico presente en el niño y dejan relegado el problema de salud bucal.

Además de la negligencia ya mencionada, a menudo desempeñan un papel importante los sentimientos personales de los padres respecto a la odontología, pues es bien sabido que el 50% aproximadamente de la población se abstiene de acudir a consulta salvo en casos de emergencia. Por lo tanto no debe sorprender cierto abandono en el cuidado dental del paciente discapacitado (Attrill y Hobson, 1984 citados por Contreras; 1994).

En nuestro país el odontólogo general no recibe ningún tipo (o recibe un muy escaso nivel) de instrucción en lo que se refiere a la atención del paciente discapacitado. Ante esta situación el profesional se inhibe de atenderlos, y los deja a la deriva, sin atención odontológica.

Mathewson y col. (1970) señalan que la razón de algunos practicantes que son renuentes a tratar pacientes impedidos varía desde la escasez de educación de ambos, odontólogos y padres para proveer e informar, hasta el equipamiento y métodos de tratamiento (Longobardi; Martínez;1997).

Además afirma, que los programas de salud gubernamental sobre atención de pacientes impedidos han sido omitidos.

Miller en 1965 describió *algunas razones para explicar* cuál era el motivo de *la omisión de la atención odontológica hacia los pacientes discapacitados*:

- Los odontólogos son reacios a atender pacientes discapacitados en sus consultorios privados.
- Los profesionales no están equipados para manejar los problemas especiales que el paciente discapacitado pueda presentar.
- El diseño curricular de las escuelas de odontología no incluye experiencias educacionales para el manejo de los pacientes discapacitados.
- Hay una falta de información real acerca de las necesidades odontológicas de estos pacientes.
- Los servicios odontológicos han sido omitidos de muchos programas porque los odontólogos no han participado en los equipos de planificación de salud.
- Los padres y/o cuidadores del paciente son indiferentes en cuanto a las necesidades odontológicas, porque las necesidades educativas, médicas, ocupacionales y fisioterapéuticas de estos pacientes son muy grandes.

Además agrega dos razones particulares:

- Hay una falta en aceptar filosofía preventiva odontológica en la escuela, el hogar y la clínica dental.
- Existe ausencia de esfuerzos coordinados entre la profesión médica y la odontológica para el cuidado total de la salud de nuestros pacientes.

SEDACIÓN

La palabra *sedación* deriva de la voz latina *sedatium*, que quiere decir calmar, apaciguar. El Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas Salvat, la define como el estado de sosegamiento o calma producida por un sedante. En relación con su empleo en Odontología, la sedación inicialmente fue definida como “un estado inducido por un fármaco o fármacos, en el cual el paciente queda consciente pero menos sensible. Los reflejos de protección se retienen, y el paciente responde a una orden hablada. Puede disminuir el dolor, pero, en algunos casos, es necesario la anestesia local” (Bell, 1998 citado por Salazar, 2001). Posteriormente en 1994, la American Dental Association Council on Dental Education propone dos *definiciones para referirse a los planos o niveles de la sedación* (McCarthy, F.; Solomón, A.; Jastak, J.; 1984).

Sedación Conciente: Nivel de depresión de la conciencia que permite al paciente mantener de forma independiente la integridad de su vía aérea y respuestas apropiadas ante estímulos físicos y comandos verbales.

Sedación Profunda: estado controlado de depresión de la conciencia acompañado de la pérdida parcial o completa de los reflejos protectores de la vía aérea, incluyendo la capacidad para mantener la función respiratoria y responder ante estímulos verbales o táctiles.

La Sociedad Americana de Anestesiología propuso el término “*sedación analgesia*” para describir el estado que permite al paciente tolerar procedimientos desagradables mientras mantiene una adecuada función cardiorrespiratoria y la capacidad para responder ante estímulos verbales o táctiles. El concepto de “*sedación analgesia*” o “*sedación/analgesia*” se aproxima más al objetivo principal que se busca cuando se emplean analgésicos y/o sedantes para facilitar la práctica de un determinado procedimiento diagnóstico o terapéutico el cual es brindar confort y seguridad a un paciente mientras se realiza el procedimiento diagnóstico o terapéutico desagradable o molesto.

En el año de 1999 La American Society of Anesthesiologists (A.S.A.) propuso las siguientes definiciones para clasificar los *diferentes niveles de sedación analgesia* (Salazar; 2001).

Sedación Mínima (Ansiolisis):

Es un estado inducido por fármacos en el cuál el paciente responde normalmente a comandos verbales. Sin embargo la función cognitiva y la coordinación motora pueden estar atenuadas. La ventilación y la función cardiovascular permanecen inalteradas.

Sedación/analgesia (Moderada):

Es un estado de depresión de la conciencia inducido por fármacos en el cual el paciente responde adecuadamente a órdenes solas o acompañadas por leve estimulación táctil. No se requiere ningún tipo de intervención para mantener la permeabilidad de la vía aérea, la respiración es espontánea y la función cardiovascular usualmente se mantiene inalterada.

Sedación/analgesia (Profunda):

Es un estado de depresión de la conciencia inducido por fármacos, durante el cual el paciente no responde fácilmente, pero puede haber respuesta tras la estimulación táctil o dolorosa repetida. La capacidad para

sostener la función respiratoria en forma independiente puede estar atenuada, el paciente puede requerir asistencia para mantener su vía aérea y su respiración, la función cardiovascular usualmente se mantiene sin alterarse.

ANESTESIA GENERAL

Es un estado de pérdida de la conciencia inducido por fármacos durante el cual el paciente no puede ser despertado ni aún con estímulos dolorosos.

Se define como un estado reversible de inconciencia producido por agentes anestésicos, con la pérdida de la sensación de dolor de todo el cuerpo (Collins, 1980 citado por Casanova; 1999).

Habitualmente hay incapacidad para mantener la respiración en forma independiente, requiriéndose asistencia para mantener la permeabilidad de la vía aérea y presión positiva para permitir la respiración. La función cardiovascular puede estar disminuida.

Debido a que la sedación es un estado continuo, no siempre es posible predecir cual va a ser la respuesta individual de cada paciente. Por lo tanto la persona que desee provocar un determinado estado de sedación, debe ser capaz de brindar apoyo al paciente en el cual el nivel de sedación alcanzado sea más intenso que el inicialmente deseado.

De esta manera la persona que administre sedación/analgesia moderada debe ser capaz de brindar soporte vital a un paciente que alcance un nivel de sedación profunda, mientras que aquellos que pretendan suministrar una sedación profunda deben estar en condiciones de prestar soporte vital a un paciente que pueda alcanzar un estado de anestesia general (Salazar; 2001).

Pautas de Sedación de la Academia Americana de Pediatría (Committee on Drugs, 1992 citado por Salazar; 2001)

Para el año de 1992, la Academia Americana de Pediatría escribe las Normas para la Sedación de Pacientes Pediátricos debido al incremento en el uso de la sedación en muchas áreas de atención a estos pacientes y a la necesidad de extender pautas que regularan el uso de la sedación. Por otro lado, algunos médicos pensaron que las pautas para la sedación publicadas en 1985 sólo aplicaban para el área odontológica. Las pautas de la Academia Americana de Pediatría en 1992 sostenían el criterio expuesto en las precedentes pautas en cuanto a las definiciones de los diferentes niveles de

la sedación, sedación superficial o consciente, sedación profunda y anestesia general. En cuanto a la selección y clasificación del paciente acoge la *Clasificación de Riesgo* elaborada por la sociedad americana de anestesiología (A. S. A) mejor conocida como la “*Clasificación A. S. A*”, según la cual los pacientes, dependiendo de su estado de salud previo al procedimiento, son agrupados en una de las siguientes categorías:

- ASA I: Paciente sano, cuya única afección es aquella por la que va a ser intervenido.
- ASA II: Paciente con afecciones o enfermedades sistémicas leves.
- ASA III: Paciente con enfermedad severa o descompensada.
- ASA IV: Paciente con enfermedad sistémica que amenaza su vida.
- ASA V: Paciente moribundo.

Las pautas de la Academia Americana de Pediatría señalan que las mismas aplican sólo para los pacientes ASA I y ASA II, pues los pacientes ASA III y ASA IV, requieren cuidados especiales. Se señala también la necesidad de que el paciente sea acompañado por un adulto responsable quien lo conducirá a su casa después del procedimiento y la recuperación. En cuanto al *equipo que debe estar disponible en el lugar donde se suministra la sedación* las pautas establecen contar con lo siguiente:

- 1.- Equipo que permita suministrar presión positiva de oxígeno, que sea capaz de brindar concentraciones del 90% de dicho gas.
- 2.- Succión adecuada con diversos catéteres o sondas para succión.
- 3.- Equipo para monitoreo no invasivo de tensión arterial (tensiómetro manual o electrónico).
- 4.- Monitoreo de saturación de oxígeno (oxímetro de pulso).
- 5.- Equipo para el manejo de la vía aérea (laringoscopio, sondas de mayo, sondas o tubos endotraqueales).
- 6.- Un “carro de emergencia” con drogas apropiadas para soporte vital avanzado, con suficiente provisión para brindar soporte vital, hasta que el paciente sea trasladado a un área de mayor atención.

Dentro de las indicaciones para el paciente o padres se establece, la necesidad de un *ayuno preoperatorio* de acuerdo a los siguientes criterios:

Edad	Leche/sólido	Líquidos claros
Menor de 6 meses	4 horas	2 horas
De 6 a 36 meses	6 horas	3 horas
Mayor de 36 meses	8 horas	3 horas

El *Registro Escrito* debe incluir el consentimiento informado por parte del paciente o representante. La información al familiar del paciente con respecto a las instrucciones dietéticas.

La *Evaluación pre - operatoria* del estado de salud del paciente debe incluir la historia sobre antecedentes personales y familiares con énfasis en antecedentes de alergias, o reacciones adversas a algún medicamento, hospitalizaciones previas o cirugías anteriores. Examen físico que incluya: talla y peso, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, tensión arterial y temperatura, evaluación cardiovascular, respiratoria, y de la vía aérea y ubicación del paciente en una de las categorías descritas como clasificación A. S. A. Se recomendaba un registro o historia durante el procedimiento la cual incluía: la vía de administración del medicamento, dosis, tipo, nivel de conciencia, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno en forma continua y consignada en la historia cada 5 minutos.

Las pautas recomendaban el establecimiento de un protocolo, para el traslado y asistencia de un paciente a un servicio de emergencia capaz de brindar apoyo avanzado en caso de que por cualquier eventualidad éste pudiera requerirse (tomado de Salazar; 2001).

Recomendaciones para sedación consciente: Las pautas para sedación de la Academia Americana de Pediatría establecían que para la sedación consciente era necesario contar con una persona encargada de suministrar la sedación, que vigilara los parámetros antes señalados y que estuviera entrenada en soporte vital básico pediátrico y reanimación cardiopulmonar, así como disponer del entrenamiento necesario para la resolución de las posibles complicaciones derivadas del uso de las drogas que se emplearán durante el procedimiento.

Recomendaba el uso de oxímetro de pulso y vigilar los signos vitales y la frecuencia respiratoria. También indicaban la necesidad de disponer equipo para succión con presión negativa y oxígeno suplementario (tomado de Salazar; 2001).

El profesional encargado de impartir la sedación debe completar un programa de entrenamiento, impartido por la ADA, que lo capacite para suministrar éste tipo de sedación; y un programa de postgrado acreditado por la ADA que lo capacite en el manejo de estas técnicas (Salazar; 2001).

En Venezuela, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social define a través de su resolución de fecha 11 de Agosto de 1998, lo que es la *cirugía ambulatoria*: “Es aquella que se realiza en pacientes no hospitalizados, en la cual el tipo de anestesia puede ser, general, regional o local. El tiempo o período de observación no es mayor de 12 horas” (citado por Casanova;1999).

Este organismo nacional además clasifica la cirugía en mayor y menor teniendo así:

La *cirugía ambulatoria menor* es aquella que se realiza en áreas acondicionadas para tal fin y en las que sólo es necesario utilizar anestesia local, siendo inmediata la recuperación del paciente.

La *cirugía ambulatoria mayor* es aquella que se realiza en áreas acondicionadas o construidas para tal fin utilizando anestesia general, regional, o local, con un período de recuperación no mayor de 12 horas; en la que no interesen las principales cavidades del cuerpo excepto cuando se utilicen procedimientos de cirugía endoscópica en pacientes cuyo período de recuperación no sea mayor de 12 horas y solamente en unidades que se encuentren dentro de una institución pública o privada.

Así mismo el Ministerio de Sanidad establece que la cirugía ambulatoria “Es un procedimiento por el cual el paciente es restituido e incorporado prontamente a sus actividades en el seno de su vida familiar, laboral, social, económica, con indudables beneficios para la persona” (citado por Casanova; 1999).

LA EXPERIENCIA EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCV

A nivel del curso de Postgrado en Odontología Infantil se aborda de manera formal el estudio y tratamiento de este tipo de población habiendo ocurrido la inclusión en el diseño curricular como asignatura regular a partir del año 2001, en fecha anterior su abordaje era de manera clínica directamente sin el enfoque teórico conceptual del problema.

En 1987 se da inicio a un programa de atención bajo anestesia general y/o sedación para lo cual se acondiciona un quirófano ya existente en nuestra facultad y el que con el transcurso de los años ha sido dotado

paulatinamente de los insumos requeridos de acuerdo a las normas nacionales e internacionales que rigen para este tipo de servicio pudiendo señalarse que para la fecha se dispone de un área cabalmente dispuesta para estos fines y que constituye un servicio de atención especial.

Casanova y Salazar en 1999 al hacer referencia a él señalan que dentro de la Clasificación Internacional éste se corresponde con un servicio ambulatorio destinado a pacientes sin un mayor compromiso que serán sometidos a tratamiento breve, cuyo ingreso se produce horas antes de su intervención y su alta ocurre concomitante con su período de recuperación. Agregan los autores que dentro de la reglamentación dictada por el Ministerio de Sanidad (hoy de Salud y Desarrollo Social), estaría clasificado como una unidad satelital independiente, esto es que no pertenece a establecimientos de salud hospitalaria y no depende técnica ni administrativamente de los mismos. En cuanto a su dependencia jerárquica es considerado como un servicio de la Facultad a pesar que circunstancialmente por su situación sea coordinado por el Postgrado de Cirugía en cuanto a su disponibilidad y funcionamiento, no así en cuanto a su programación académica y de servicio ya que esta es compartida entre los cursos de Cirugía Bucal y Odontología Infantil.

El tipo de paciente que aquí se trata se corresponde con la Clasificación ASA I y ASA II; las técnicas anestésicas son seleccionadas por el docente del área de anestesiología atendiendo a las características del paciente en particular. Se es riguroso en cuanto a la selección la que se efectúa en primera instancia a través de un triaje realizado por el docente de Odontología Infantil quien indica los exámenes requeridos: laboratorio, genética, Rx., evaluación pediátrica y/o de medicina interna, así como los procedimientos administrativos que deben hacerse en la institución; esta selección es confirmada en forma definitiva por el docente anestesiólogo luego de la evaluación tanto de los resultados de los exámenes previos como del examen clínico que tiene lugar en ese momento además de solicitar cualquier otra evaluación que considere necesario previo al acto anestésico (Casanova; Salazar; 1999).

La historia clínica general así como la odontológica es elaborada por los odontólogos cursantes del Postgrado de Odontología Infantil la que luego de discutida con el docente coordinador forma parte previa a la intervención, en ella se formula además el plan de tratamiento cuando las condiciones del paciente así lo permiten caso contrario se formula durante el mismo acto anestésico y es ejecutado de inmediato por el mismo odontólogo (Casanova; Salazar; 1999).

De acuerdo a referencias de quienes coordinan esta actividad y a nuestra vivencia la demanda a sido considerable sin embargo el registro

estadístico no ha sido regular por lo que las cifras con que podemos ilustrar esta descripción serían aproximadas a partir de los datos encontrados. Así tenemos que en el período comprendido entre 1991 y 2002 han sido atendidos en la sala clínica 493 pacientes (atención convencional) en el período 1999 – 2002 hay una cifra de 464 nuevos registros pudiendo señalar un promedio de 164 pacientes por año que significa un fuerte incremento en comparación con el período anteriormente señalado.

Al remitirnos a la atención realizada en quirófano (sedación y/o anestesia general) el registro nos indica que se ha brindado tratamiento a 223 pacientes del área de Odontología Infantil de un total de 604 pacientes lo que significa un 36,92% del total ya que el quirófano es compartido con el Postgrado de Cirugía que cubre también atención quirúrgica bajo ambas modalidades (sedación y/o anestesia general). Esto a todas luces resulta una cobertura mínima si consideramos no solo el estimado de población con la condición de discapacidad y más aún la prevalencia de patologías bucales si no la capacidad de disponibilidad expresada en horas/quirófano para su atención así tenemos que el año escolar dispone de 200 días hábiles (ya que se omiten feriados y vacaciones) y cada día ofrece 8 horas de trabajo pudiendo contar con 1600 horas para esta actividad. Si estimamos de acuerdo a la experiencia derivada de nuestro curso de postgrado que se requiere un promedio de 4 horas para la atención de un paciente discapacitado con una patología bucal de mediana y alta complejidad, pudiésemos señalar que se nos hubiese permitido la atención de 400 pacientes por año esto es para el período que revisamos (1987 – 2002) equivalente en 14 años a 5600 pacientes.

La circunstancia real es otra en virtud de que: la condición de quirófano compartido limita la disponibilidad horaria, la aberrante tradición establecida en la institución de trabajar en esta área solo medio día, los permanentes déficit presupuestarios de la Universidad Central de Venezuela que han impedido el contar con el suficiente recurso humano especializado para cubrir esta actividad (médicos anesthesiólogos, enfermeras instrumentistas, higienistas dentales) la excesiva carga horaria que repartida en las diferentes asignaturas del plan de estudio exige la participación del estudiante de postgrado en todas ellas así como las continuas interrupciones derivadas de fallas en los servicios eléctricos, de agua, de suministros, así como las acciones conflictivas, reducen la posibilidad de aprovechar el tiempo del que supuestamente se dispondría.

A esto debemos agregar que las disposiciones internacionales establecen que el número de pacientes a atender bajo esta modalidad no debe exceder la capacidad del área de recuperación, que en nuestro caso es de dos (2) camas.

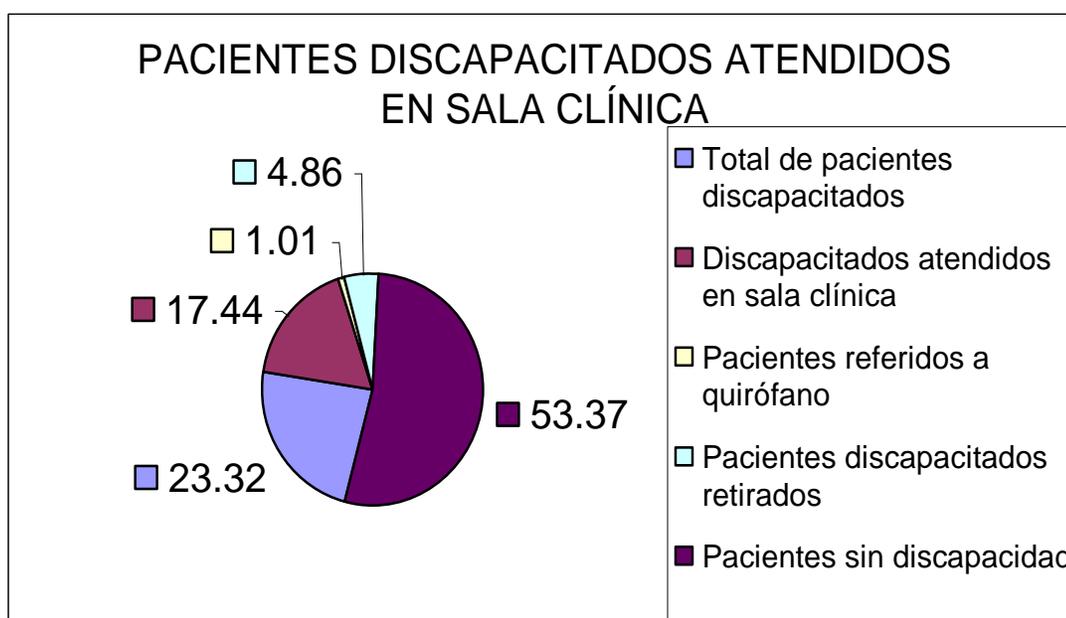
Mención aparte merece el elevado costo tanto en material como en medicamentos (gases anestésicos, drogas, entre otros) lo que unido al ya señalado déficit presupuestario y a la baja capacidad o condición económica de nuestros pacientes incide negativamente en la ampliación de la cobertura.

Sin embargo resulta importante destacar que desde el inicio de sus actividades este programa ha ofrecido excelentes resultados representados en una mortalidad de 0% y una morbilidad muy baja y de optima evolución en todos los casos; el brindar este servicio significa una solución a los problemas de una población prácticamente desasistida y la existencia de un excelente campo de capacitación profesional (Casanova; Salazar; 1999).

De manera tal que la situación que se plantea exige de otras alternativas para asumir a cabalidad la responsabilidad de asistencia al paciente discapacitado, estas alternativas pasan entre otras por las medidas de carácter administrativo de competencia exclusiva de la institución. En nuestro caso solo podemos formular una propuesta que al aliviar la situación permita dar cumplimiento a los objetivos de orden académico asistencial inherentes a la formación de cuarto nivel. Esta propuesta constituirá como ya señalamos un capítulo aparte del presente trabajo.

Casuística en el Postgrado de Odontología Infantil de la Facultad de Odontología de la UCV a nivel de Sala Clínica (Del año 1991 al año 2002)
(Ver anexos)

Total de pacientes asignados a sala clínica	Pacientes sin discapacidad	Total de pacientes discapacitados atendidos	Pacientes discapacitados atendidos en sala clínica	Pacientes discapacitados referidos a quirófano	Pacientes discapacitados retirados
493	263	115	86	05	24
100 %	53,37 %	23,32 %	17,44 %	1,01 %	4,86 %



Fuente: Registro de pacientes asignados en la Sala Clínica del Postgrado de Odontología Infantil de la Facultad de Odontología de la UCV.

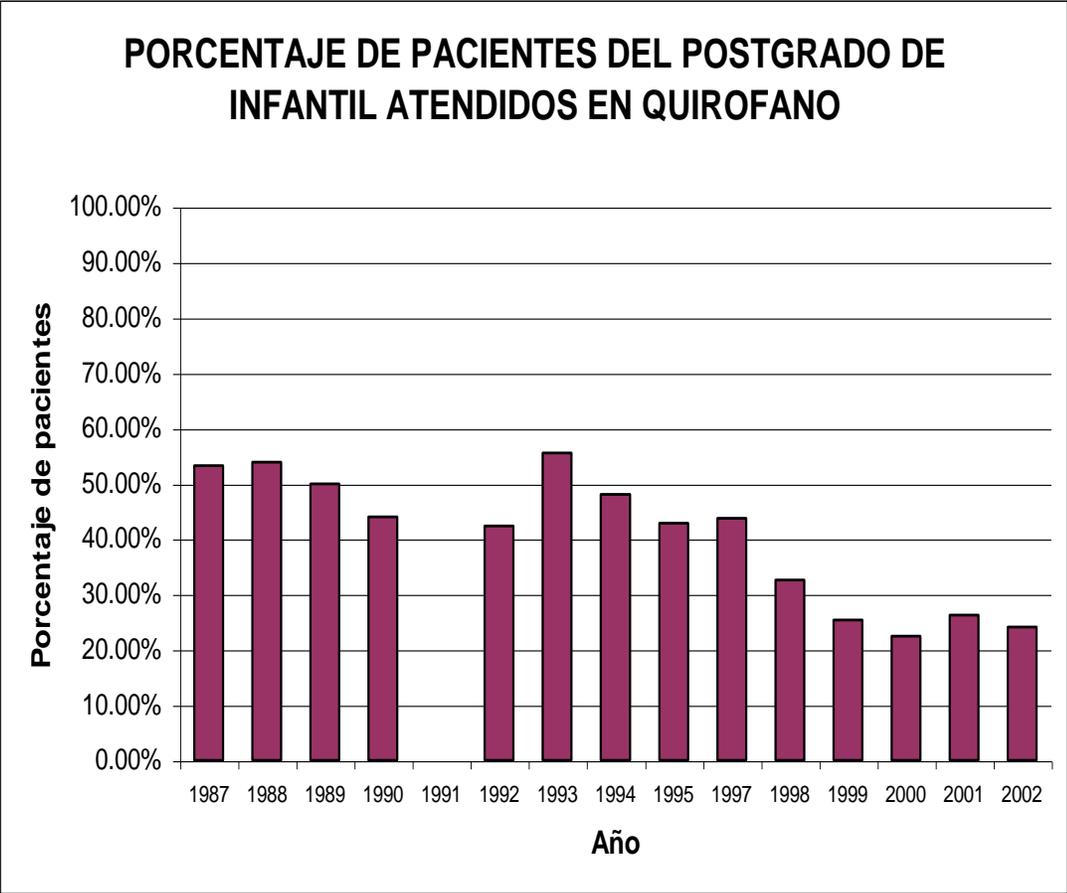
Comentarios: El porcentaje de pacientes discapacitados en relación al total de pacientes atendidos resulta significativo y confirma no solo la existencia de este grupo poblacional sino la necesidad de atención. El porcentaje de estos pacientes atendidos en sala clínica en comparación con el porcentaje de ellos que debió remitirse a quirófano pudiera ser indicativo de que el grado de afección en cuanto a su condición de discapacidad se ubica en un nivel que permite su tratamiento desde el punto de vista convencional.

No hay datos que indiquen el porque del retiro de ese 4,86% de pacientes de manera que cualquier comentario sería meramente especulativo.

Casuística en el Postgrado de Odontología Infantil de la Facultad de Odontología de la UCV a nivel de Quirófano (Del año 1987 al año 2002)
(Ver anexos)

AÑO	NÚMERO TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN QUIRÓFANO	NÚMERO TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN QUIRÓFANO POR EL POSTGRADO DE INFANTIL	% DE PACIENTES DEL POSTGRADO DE INFANTIL ATENDIDOS EN QUIRÓFANO
1987	47	25	53,19 %
1988	39	21	53,84 %
1989	36	18	50 %
1990	25	11	44 %
1991	7	0	0 %
1992	26	11	42,30 %
1993	9	5	55,55 %
1994	50	24	48 %
1995	21	9	42,85 %
1996	42	18	42,85 %
1997	16	7	43,75 %
1998	43	14	32,55 %
1999	67	17	25,37 %
2000	67	15	22,38 %
2001	80	21	26,25 %
2002	29	7	24,13 %
TOTAL	604	223	36,92 %

AÑO	% DE PACIENTES DEL POSTGRADO DE INFANTIL ATENDIDOS EN QUIRÓFANO
1987	53,19 %
1988	53,84 %
1989	50 %
1990	44 %
1991	0 %
1992	42,30 %
1993	55,55 %
1994	48 %
1995	42,85 %
1996	42,85 %
1997	43,75 %
1998	32,55 %
1999	25,37 %
2000	22,38 %
2001	26,25 %
2002	24,13 %
TOTAL	36,92 %



Fuente: Libro de Registro del Área de Quirófano.

Comentario: El porcentaje fue sacado en base al número total de pacientes atendidos en quirófano (604), lo que representa el 100% de nuestra muestra.

**LINEAMIENTOS PARA UN
PROGRAMA DE ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA PARA
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 mínima y
moderada)**

Dadas las limitaciones que se desprenden del análisis de la experiencia de la Facultad de Odontología de la UCV y que impiden ampliar la cobertura actual del servicio en contradicción con la demanda existente, nuestra propuesta se dirige al establecimiento de un programa que aborde la sedación en sus aspectos mínimo y moderado (Clasificación A.S.A.; 1999). Como medio para facilitar la atención odontológica de aquellos pacientes cuya condición general y de salud bucal se enmarquen dentro de las indicaciones que para ellos se establecen, reservando la anestesia general y/o la utilización de fármacos por vía intravenosa o inhalatoria para aquellos casos cuya complejidad indiquen su abordaje en un área (quirófano) y con las técnicas que para ello se prevee.

Se fundamenta la propuesta a partir del marco referencial que hemos construido para el presente trabajo y que reforzamos al señalar que esta proveería al odontólogo de mejores herramientas para atender al paciente discapacitado, al tiempo que aumentaría la capacidad de atención todo ello en función de una mejor calidad redundando en beneficio mutuo ya que se minimizaría y/o eliminaría la ansiedad y las alteraciones que como su consecuencia pudiesen generarse en el paciente, así mismo la situación de stress en los padres se haría menor ya que entre otras cosas ocurriría una reducción en el número de sesiones, además de que la efectividad del tratamiento en términos de ahorro de tiempo y aumento de calidad se haría mayor.

El **Objetivo general** de la propuesta que formulamos se expresa entonces inmerso en lo expresado y que podemos resumir en:

“Proporcionar un Programa de Atención para Pacientes Discapacitados que al utilizar la sedación en sus niveles menores y con las técnicas de administración vía oral, proporcione adecuadas condiciones de trabajo tanto para el paciente como para el profesional”.

Operacionalización

- De común acuerdo con los cursos de Postgrado en Odontología Infantil y Ortodoncia (usuarios habituales de la sala clínica, ubicada en el cuarto piso de la Facultad de Odontología de la UCV) establecer adecuando los horarios, los turnos de disponibilidad de manera de reservar de forma exclusiva la sala durante ese tiempo para la atención de este grupo de pacientes discapacitados cuya evaluación previa determine la pertinencia del uso de agentes ansiolíticos para su abordaje.

- Un triaje especializado del cual participaría un equipo integrado por odontopediatra, médico anesthesiólogo e higienista dental conjuntamente con un residente del Postgrado de Odontología Infantil determinarían la condición de pertinencia a la que hacemos referencia; de igual forma aquellos pacientes que no califiquen para este programa quedarían incluidos para la atención en quirófano una vez cubiertas las pautas que para ello se establecen.
- Un formulario diseñado a este fin recogería los datos que analizados junto con el comportamiento del paciente en esa cita suministrarían los elementos que orienten la decisión, la cual se haría firme con los exámenes complementarios e interconsulta a que hubiese lugar.
Una primera cita luego de ese triaje se destinaría exclusivamente a la elaboración de la historia clínica y diseño del plan de tratamiento apoyado este en los elementos previos de diagnóstico (Rx., entre otros). Esto nos permitiría predeterminar el tiempo a requerir para su ejecución en términos del número de citas sujeto este también a la opinión del médico anesthesiólogo referida a la factibilidad del uso dosis de ansiolíticos a repetición de acuerdo a cada caso en particular.
- Cumplidos los item anteriores se procedería a la ejecución del tratamiento bajo sedación oral con la vigilancia continua del médico anesthesiólogo, basada en los parámetros que para ello existen fundamentalmente nivel de saturación de oxígeno (utilizando el oxímetro de pulso) y las manifestaciones clínicas expresadas en frecuencia respiratoria y pulso.
- Al no estar exentos de complicaciones que pudiesen surgir es imprescindible la dotación de la sala clínica de instrumental, equipos y medicamentos para la atención de emergencia.
- En base a lo planteado se considera pertinente el rediseño sencillo de la sala clínica para dar cabida al equipamiento necesario y permitir un más fácil tránsito del personal.
- El entrenamiento previo del estudiante de postgrado en maniobras de RCP y de cualquier otro elemento que le coloquen en situación de poder constituirse en ayuda para el médico y no en un elemento entorpecedor en el momento que ocurriese una situación de emergencia, es fundamental y debe establecerse como requisito que prele su participación en este programa.

Capacidad de cobertura

Tomando en consideración el área disponible en sala clínica equipada con seis unidades (seis pacientes) no debe exceder este número por turno (mañana y/o tarde). En el supuesto que contáramos con dos turnos/semana estaríamos en capacidad de atender doce pacientes/semana, es decir 48 pacientes/mes; si se tratase de patologías leves que ameriten de una sola sesión para ser tratados. Sin embargo la realidad nos indica lo contrario por lo que deberíamos establecer un mínimo de tres sesiones tomando en consideración además que este tipo de sedación se recomienda para procedimientos cortos y que no impliquen dolor (en todo caso la anestesia local debe ser aplicada). Es importante acotar que el número de pacientes que serán tratados bajo sedación oral (de ser necesaria) debe ser igual al número de anestesiólogos disponibles en la institución, de haber dos anestesiólogos (cantidad propuesta) sólo serán sedados dos pacientes dentro de la sala clínica, pudiendo exceder este número de acuerdo al criterio del anestesiólogo basado en las características de cada caso en particular.

Lo planteado nos coloca en condición de no poder establecer de manera determinante la cobertura a alcanzar pues el acto odontológico integral a diferencia del médico quirúrgico o el odontoquirúrgico requiere de varios tiempos para su culminación, inherentes estos a las características individuales.

En todo caso con este programa nos atrevemos a afirmar que conlleva a un aumento de cobertura a diferencia de la que se puede lograr en quirófano, donde las patologías generales y bucales son de mayor complejidad y las técnicas utilizadas requieren de un estricto monitoreo que implica mayor tiempo de permanencia a lo que se agregan las características descritas al hacer referencia a la experiencia de la facultad.

Recursos:

De Orden Físico

Los requerimientos para realizar este proyecto serían:

- 1.- Acondicionamiento de la sala clínica
 - a. Climatización
 - b. Unidades odontológicas (6)
 - c. Disponibilidad de almacenaje de los equipos utilizados en sedación
 - d. Aislamiento del área de sedación oral

2.- Equipos médico - quirúrgicos:

- a. Silla de ruedas
- b. Monitor de signos vitales
- c. Electrocardiógrafo
- d. Estetoscopio
- e. Tensiómetro
- f. Oxímetro de pulso
- g. Capnógrafo
- h. Laringoscopio
- i. Ambú (adulto y pediátrico)
- j. Cánulas y mascarillas de diferentes tamaños
- k. Bombona de oxígeno
- l. Aparato de succión
- m. Desfibrilador
- n. Resucitador ambulatorio

3.- Instrumental y material odontológico

4.- Medicamentos (Benzodiazepinas entre otros)

De Personal:

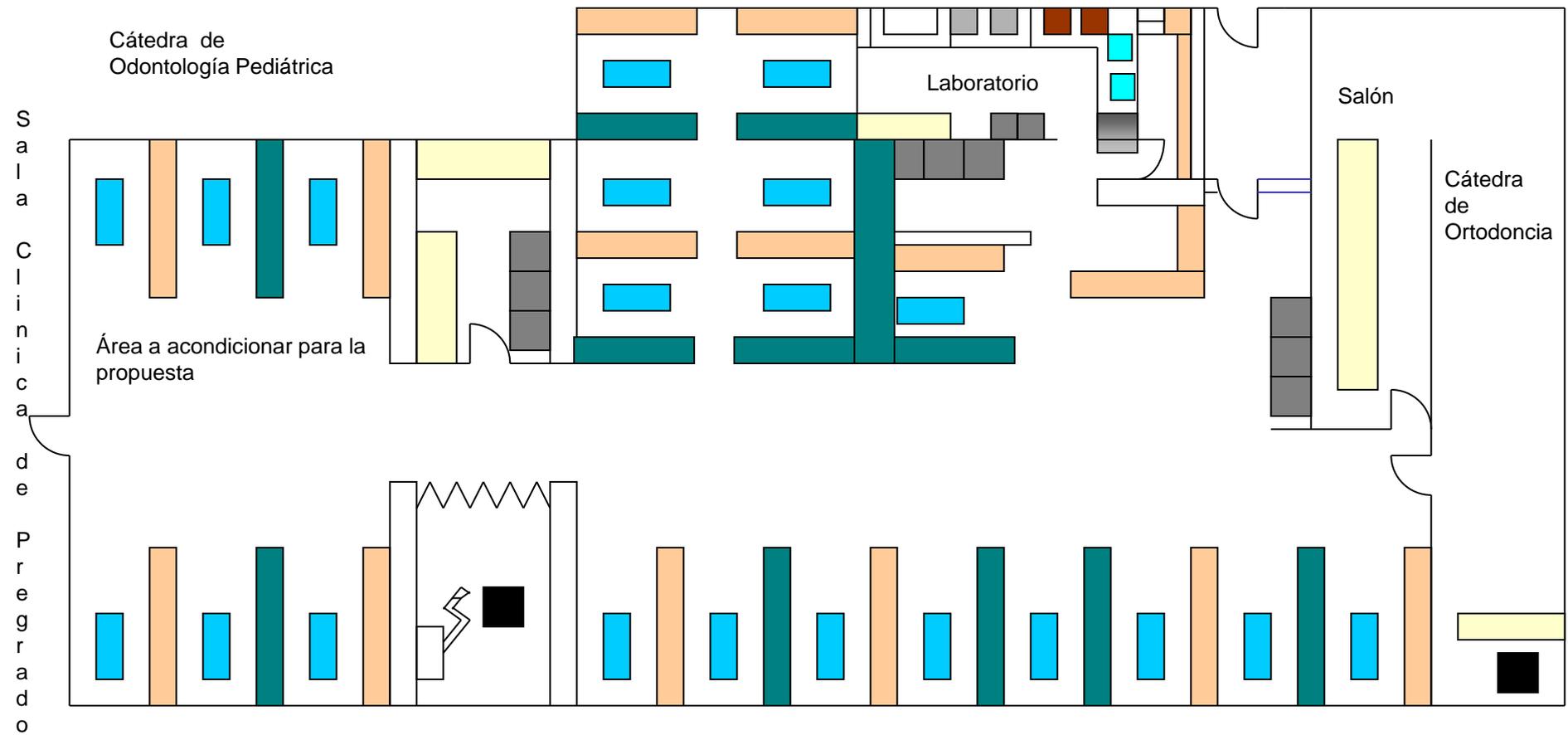
- a. Anestesiólogos (2)
- b. Enfermera instrumentista (1)
- c. Estudiantes del postgrado (6)
- d. Docente encargado (1)
- e. Asistentes Dentales (6)
- f. Personal de limpieza (1)

Diagramación de la Propuesta

Objetivo General	Objetivos específicos	Resultados Esperados	Recursos Necesarios	Población objetivo	Meta	Cobertura a lograr	Actividades a realizar	Responsables
<p>Proporcionar un Programa de Atención para Niños Discapacitados que al utilizar la sedación en sus niveles menores y con las técnicas de administración por vía oral proporcione adecuadas condiciones de trabajo tanto para el paciente como para el profesional</p>	<p>1. Efectuar un diagnóstico actual de la forma de atención a los niños discapacitados del Postgrado de Odontología Infantil de la Facultad de Odontología de la UCV.</p> <p>2. Analizar la cantidad de pacientes discapacitados (censo) que requieren atención odontológica, que acuden a nuestro servicio.</p> <p>3. Dar un enfoque de la forma de atención que deben recibir estos pacientes y determinar la importancia de un tipo de atención especial para los mismos.</p>	<p>1. Crear e un futuro cercano un servicio de sedación mínima y moderada por vía oral a nivel de la sala clínica del Postgrado de Odontología Infantil de la Facultad de Odontología de la UCV, para que de ésta manera se convierta en un centro de referencia nacional, que permita dar una atención rápida y efectiva a nuestros niños discapacitados.</p> <p>2. Aumentar la cobertura de niños discapacitados del Postgrado de Odontología Infantil de la UCV.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Silla de ruedas • Monitor de signos vitales • Electrocardiografo • Estetoscopio • Tensiómetro • Oxímetro de pulso • Capnógrafo • Laringoscopia • Ambú • Cánula • Mascarilla de oxígeno • Bombona de oxígeno • Aparato de succión • Desfibrilador • Resucitador ambulatorio 	<p>Pacientes discapacitados que son referidos o que acuden al Postgrado de Odontología Infantil de la Facultad de Odontología de la UCV</p>	<p>Lograr la mayor cobertura posible de pacientes discapacitados que son referidos o que acuden al Postgrado de Odontología Infantil de la Facultad de Odontología de la UCV</p>	<p>100% de la población estimada</p>	<p>1. Diseño de las áreas a remodelar dentro de la Sala Clínica del Postgrado de Odontología Infantil de la Facultad de Odontología de la UCV.</p> <p>2. Remodelación y equipamiento de la Sala Clínica del Postgrado de Odontología Infantil de la Facultad de Odontología de la UCV.</p> <p>3. Entrenamiento previo del personal instrumentista, auxiliar, y estudiantil para realizar la atención de los niños discapacitados bajo sedación oral dentro de la sala clínica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos económicos destinados al área de postgrado de la Facultad de Odontología de la UCV - Médicos anestesiólogos - Enfermera instrumentista - Higienistas dentales - Estudiantes del Postgrado de Odontología Infantil - Docentes - Empresas privadas (donaciones)

Objetivo General	Objetivos específicos	Resultados Esperados	Recursos Necesarios	Población objetivo	Meta	Cobertura a lograr	Actividades a realizar	Responsables
Proporcionar un Programa de Atención para Niños Discapacitados que al utilizar la sedación en sus niveles menores y con las técnicas de administración por vía oral proporcione adecuadas condiciones de trabajo tanto para el paciente como para el profesional	4. Analizar la factibilidad para realizar este programa dentro del Postgrado de Odontología Infantil de la Facultad de Odontología de la UCV 5. Hacer de la Facultad de Odontología de la UCV un centro de referencia donde puedan ser enviados todos estos pacientes de tratamientos especiales.	3. Generar la inquietud en las futuras generaciones de odontopediatras que participan en nuestro postgrado de cuan importante es prestar mejores servicios a los niños discapacitados					4. Realizar un mejor registro de todos los pacientes discapacitados que son referidos y atendidos en nuestro postgrado	

ESQUEMA DEL DISEÑO ACTUAL DE LA SALA CLÍNICA DEL POSTGRADO



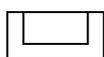
Escritorio



Máquina de soldar



Sillas



Lavamanos



Archivos y lockers



Unidades dentales



Esterilizador



Mesones



Recortadores



Aparato de Rx. de cono paralelo



Puerta corrediza



Puertas



Paredes existentes en Drywall



Paredes

Descripción del Esquema del Diseño Actual de la Sala Clínica del Postgrado de Odontología Infantil

- 21 unidades odontológicas (que disponen de dos sillas una para el operador y otra para el ó la asistente dental). Cada unidad tiene un mesón para colocar materiales odontológicos de trabajo, los cuales poseen en su parte inferior lockers asignados a los estudiantes de postgrado; debido a la falta de espacio algunas unidades comparten su mesón, sólo seis unidades poseen un mesón único. Por lo antes expuesto existen dentro de la sala clínica lockers portátiles individuales los cuales son utilizados por los estudiantes que deben compartir sus mesones para guardar material odontológico.
Las unidades se encuentran distribuidas a lo largo de toda la sala clínica, nos parece importante acotar que seis de ellas (las que por su tamaño son específicas para niños) se encuentran en un área separadas de las demás. Ésta área consta de nueve (9) metros de largo por seis (6) de ancho y tres (3) de alto. En ésta área se encuentra una puerta que comunica con el área de sala clínica para estudiantes de pregrado de infantil (éstas son las unidades que sugerimos sean utilizadas en esta propuesta).
- Cuarto para toma de radiografías con un (1) aparato de Rx. de cono paralelo.
- Puesto de higienistas dentales desde donde se despachan los materiales odontológicos a toda la sala clínica.
- Laboratorio dental que contiene: dos recortadores de modelos, dos cajas de revelado de radiografías, dos esterilizadores, un soldador, un lavamanos y un mesón para trabajos de laboratorio el cual contiene en su parte inferior varios gabinetes que son utilizados para guardar material.
- Cuarto de descanso donde se encuentra un microondas, un mesón para comer u otras actividades, una cafetera y un lavamanos.
- Archivos para almacenar papelería.
- Pequeño salón de conferencias, reuniones o clases utilizado por la cátedra de Ortodoncia.
- Cátedra de Ortodoncia.
- Oficina de los docentes del Postgrado de Odontología Infantil donde encontramos: una mesa, varios archivos y una computadora.

Descripción del Esquema del Diseño Sugerido para la Sala Clínica del Postgrado de Odontología Infantil

La modificación sugerida de la sala clínica solo será realizada en el área antes descrita donde se encuentran las seis (6) unidades para niños. Se colocará la puerta corrediza para independizar el área, dos muebles aéreos para almacenaje de los equipos, un equipo de aire acondicionado portátil y un cielo raso para lograr la correcta climatización del área.

Costos del Proyecto

1.- Acondicionamiento de la sala clínica

a. Climatización

Remodelación de ducteria existente en oficinas adyacentes para incluir aire en sala clínica (Este presupuesto es utilizando las máquinas existentes)	Bs. 1.250.000,00
Aire acondicionado portátil (70 x 70)	Bs. 800.000,00
Suministro e Instalación de Cieloraso tipo suspensión con lamina de yeso	Bs. 316.000,00

b. Unidades odontológicas (6 - están disponibles en la sala clínica)

c. Disponibilidad de almacenaje de los equipos utilizados en sedación

Suministro e instalación de dos (2) muebles aéreos	Bs. 408.500,00 c/u Total Bs. 817.000,00
--	---

d. Aislamiento del área de sedación oral

Suministro e instalación de puerta corrediza en formica	Bs. 480.000,00
---	----------------

2.- Personal:

Anestesiólogos (2)	<ul style="list-style-type: none"> • Profesor tiempo completo Bs. 11.200.000,00 anual • Profesor ½ tiempo Bs. 4.900.000,00 anual
Enfermera instrumentista (1)	<ul style="list-style-type: none"> • Bs. 4.480.000 anual
Estudiantes del postgrado (6)	Sin costo
Docente encargado (1)	<ul style="list-style-type: none"> • Profesor tiempo completo Bs. 11.200.000,00 anual • Profesor ½ tiempo Bs. 4.900.000,00 anual
Asistentes Dentales (6)	Sin costo (estudiantes)
Personal de limpieza (1)	

3.- Equipos médico – quirúrgicos (para situaciones de emergencia)

Recursos necesarios	Costo unitario (Precio estimado en bolívares)
• Bombona de oxígeno	Bs. 200.000,00
• Oxímetro de pulso	Bs. 1.350.000,00
• Ambú	Bs. 100.000,00
• Tensiómetro	Bs. 30.000,00
• Monitor de signos vitales	Bs. 8.000.000,00
• Electrocardiografo	Bs. 2.000.000,00
• Estetoscopio	Bs. 24.000,00
• Capnógrafo	Bs. 2.500.000,00
• Laringoscopio	Bs. 350.000,00
• Aparato de succión	Bs. 350.000,00
• Desfibrilador	Bs. 6.000.000,00
• Cánula	Bs. 1.112,94
• Mascarilla de oxígeno	Bs. 1.576,67
• Silla de ruedas	Bs. 150.000,00
• Resucitador ambulatorio	Bs. 215.884,60

4.- Instrumental y material odontológico

- a. Instrumental: Cada estudiante del Postgrado cuenta con su propio instrumental
- b. Material Odontológico: Disponible en la Facultad

5.- Medicamentos (de acuerdo a los requerimientos)

Medicamentos	Costo en Bs.
Bezodiazepinas (entre otros)	Variables, sujeto a necesidad de reposición

Costo aproximado del proyecto: Treinta millones de bolívares (Bs. 30.000.000,00). Este costo es único debido a que en él se incluyeron los gastos globales (acondicionamiento de la sala clínica, sueldo anual del personal, equipos medico – quirúrgicos y medicamentos); dentro de este presupuesto varían los honorarios profesionales del personal y el costo de los medicamentos lo que reduce el mismo ha quince millones de bolívares (Bs. 15.000.000,00) anuales aproximadamente. El año pasado el Gobierno actual realizó la donación al Postgrado de Odontología Infantil un equipo completo para sedación y anestesia general lo que reducirá todavía más los costos de nuestra propuesta estimándose los mismos en cinco millones de bolívares aproximadamente (Bs. 5.000.000,00).

Se puede considerar la posibilidad de utilizar anestesiólogos externos que se les pague por hora como en un servicio privado y con los que se trabajaría de acuerdo al recurso del paciente. Recordemos que la Facultad de Odontología de la UCV no es una institución con fines de lucro pero debe establecer como en efecto las hay tarifas para recuperar la inversión y reinvertir nuevamente en materiales.

El costo de sedación sería adicional al del tratamiento y solo llevaría implícito el pago al anestesiólogo externo y la reposición de medicamentos

CONCLUSIONES

La realidad de la existencia de un grupo de población cuyas patologías y/o limitaciones les colocan en condición de incapacitado, establece el compromiso del estado venezolano de suministrarle atención en todos los niveles. Salud es uno de ellos, en éste no esta exenta la salud bucodental.

La legislación venezolana al reconocer su existencia consagra para ellos derechos y establece penalidades para quien lo niegue (individuo y/o institución).

La Facultad de Odontología de la UCV como institución formadora de recursos en salud ha entendido esta realidad y es así como ha orientado sus esfuerzos en un programa vigente desde 1987. Sin embargo las limitaciones que le afecta hacen imperativo establecer alternativas viables.

La existencia de técnicas y procedimientos de carácter médico ofrecen la posibilidad de facilitar el abordaje y atención de estos pacientes y es un deber de las instituciones de salud asumirlas. El proceso de formación del estudiante de pregrado y más aún el del postgrado debe incluir el adiestramiento en este interesante campo para la práctica odontológica.

Las patologías bucodentales que afectan esta población no difieren de las específicas para poblaciones normales. La dificultad se presenta para el abordaje de este tipo de pacientes.

La sedación es un valioso instrumento de aplicación en la practica odontológica, sin embargo su manejo requiere de un alto nivel de capacitación por lo que debe reservarse al especialista (médico anesthesiólogo) dentro de la práctica odontológica.

Es fundamental la capacitación del odontólogo en los aspectos de sedación y anestesiología de manera de poder integrarse con propiedad a un equipo de salud no como ejecutor de esas técnicas sino como apoyo al especialista de manera de no entorpecer sus acciones en un momento de emergencia y para comprender el cómo y por qué de su aplicación y la responsabilidad que como integrante de ese equipo de salud debe compartir.

La atención odontológica debe ir más allá del conocimiento de la cavidad bucal y de las técnicas de restauración y o prevención para darle un sentido de integralidad a su práctica a través del conocimiento del paciente, de su entorno y del establecimiento de una correcta relación con otras disciplinas. Siempre dentro del marco que establecen los principios éticos.

RECOMENDACIONES

Constituida por la Propuesta que formulamos en capítulo precedente, ésta pudiese ser la recomendación más importante y ese carácter prioritario se lo conferimos en consecuencia.

Ante la existencia de un Programa de Atención en la facultad que asume la anestesia general como una vía para el abordaje y tratamiento y en virtud de las limitaciones que la afectan así como de la mínima existencia de servicios similares en el área metropolitana y en el país en general pareciera conveniente dar mayor uso al recurso físico existente por lo que sugerimos la posibilidad de su conversión en un verdadero servicio que tal y como está enmarcado en el carácter de unidad ambulatoria pueda abrirse más al público, es decir ofrecer la posibilidad de que profesionales de la odontología externos a la facultad pudiesen atender en él éste tipo de pacientes de acuerdo a normas preestablecidas y con tarifas que al diferir de las que rigen para la facultad permitan ingresos tanto al profesional como a la institución.

Que el Comité Académico del Postgrado de Odontología Infantil asuma la propuesta que presentamos y la eleve a las instancias pertinentes a fin de hacerla real a la brevedad posible.

BIBLIOGRAFÍA

- abctusalud.com (2001). Diccionario. Disponible en: <http://www.abctusalud.com/diccionario.asp?>
- Ayala, O.; Barrios, R.; Córdova, Y. (1999): Consideraciones Teórico - Metodológicas en el Abordaje del Componente Bucal de la Salud Colectiva. Ponencia presentada en el V Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina. Porlamar. Margarita. Venezuela.
- Barrios, R. (2001): El Componente Bucal en el Marco de los Criterios y Principios de Abordaje Integral que Maneja el Centro de Desarrollo Infantil N° 1 Distrito Escolar N° 6 Caracas 1998 - 2000. Trabajo presentado para ascender a la categoría de Profesor Agregado en el Escalafón Universitario. Facultad de Odontología. U. C. V. Caracas - Venezuela. Mimeografiado.
- Cameron, A.; Widmer, R. (1998): Manual de Odontología Pediátrica. Harcourt Brace de España.
- Cañizales, A. (1979): Atención Odontológica a Incapacitados en el Hospital Ortopédico Infantil (una experiencia docente asistencia extramuros). Trabajo presentado para ascender a la categoría de Profesor Asistente en el Escalafón Universitario. Facultad de Odontología. U. C. V. Caracas - Venezuela. Mimeografiado.
- Carmona, J. (1998): La Integración Social de los Individuos con Necesidades Especiales a los Programas de Atención Odontológica de la Red Hospitalaria del Sector Público adscrito al Servicio Autónomo de Salud del Distrito Federal. Trabajo presentado para optar al Título de Magíster Scientiarum en Educación Especial y Rehabilitación Integral con base Comunitaria. Universidad Gran Mariscal de Ayacucho. Venezuela.
- Casanova, M. (1994): El Paciente en Desventaja. Una Realidad - Una Propuesta. Trabajo presentado para ascender a la categoría de Profesor Agregado en el Escalafón Universitario. Facultad de Odontología. U. C. V. Caracas - Venezuela. Mimeografiado.
- Casanova, M.; Salazar, A. (1999): El Contenido Gástrico como Factor de Riesgo en Anestesia General. Estudio Comparativo entre dos grupos de Pacientes. Trabajo presentado para ascender a la categoría de Profesor Asociado y Asistente respectivamente en el Escalafón Universitario. Facultad de Odontología. U. C. V. Caracas - Venezuela. Mimeografiado.
- Contreras, K. (1994): El Paciente Impedido. Un Enfoque Preventivo de Salud Oral. Trabajo especial de Grado para optar al título de Especialista

en Odontología Infantil. Facultad de Odontología. U. C. V. Caracas - Venezuela. Mimeografiado.

- Córdova, Y. (1996): La Boca como Territorio de la Vida. En proceso de publicación.
- Deirdre y Thornton (1990): Managing The Dental Patient with Sickle Cell Anemia. A Review Pediatric Dentistry (12). Pp. 316-319.
- Diccionario comentado de VIH/SIDA (2001). Disponible en: <http://www.zonamedica.com.ar/categorias/marcodiccionarios.htm>
- Enlow, D. (1992): Crecimiento Maxilofacial. Editorial Interamericana. McGraw - Hill. 3ra edición. México.
- FUNDACREDESA (1998): Condiciones de Vida del Venezolano. Estudio realizado en el Área Metropolitana. Caracas - Venezuela.
- FUNDACREDESA (1999): Condiciones de Vida del Venezolano. Estudio realizado en el Área Metropolitana. Caracas - Venezuela
- Graef, J. (1990): Manual de Terapéutica Pediátrica. Editorial Salvat. España.
- Greenspan, D.; Greenspan, J.; Pindborg, J.; Schiodt, M. (1990): El SIDA en la Cavidad Bucal. Editorial Munksgaard International Publishers Ltd. Copenhagen. Dinamarca.
- Guerra, M. (1999): Tratamiento Odontopediátrico de un Paciente VIH (+) Bajo Anestesia General: Primer Caso en la Facultad de Odontología de la UCV. Postgrado de Odontología Infantil. Facultad de Odontología. U. C. V. Caracas - Venezuela. Mimeografiado.
- Instituto Nacional de Estadística (2002): Avances Informativos. Censo 2001 Población y Vivienda. Caracas - Venezuela
- Katz, J.; et al. (1984): Anestesia en Enfermedades Poco Frecuentes (correlaciones fisiopatológicas y clínicas). 2ª edición. Editorial Salvat. España.
- Listado Alfabético de Términos Médicos de la Unión Europea (2001). Disponible en: <http://allserv.rug.ac.be/~rvdstich/eugloss/ES/lijst.html>

- Little, J.; Falace, D.; Miller, C.; Rhodus, N. (1998): Tratamiento Odontológico del Paciente Bajo Tratamiento Médico. 5ta edición. España. Harcourt Brace de España.
- Longobardi, M.; Martínez, V. (1997): Condiciones del Componente Bucal de Salud en un Grupo de Pacientes Institucionalizados con Retardo Mental del Área Metropolitana. Trabajo especial de Grado para optar al título de Especialistas en Odontología Infantil. Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela. Caracas - Venezuela. Mimeografiado.
- McCarthy, F.; Solomón, A.; Jastak, J. (1984): Conscious Sedation: Benefits and Risk. Jour. Amer. Dent. Assoc 109: 546-547
- Malamed, S. (1994): Urgencias Médicas en la Consulta de Odontología. 4ta edición. España. Editorial Mosby / Doyma libros.
- Méndez - Castellano, H.; y Colaboradores (1996): Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo Humano de la República de Venezuela. Tomo III. Proyecto Venezuela. Fundacredesa. Caracas - Venezuela.
- Merck (1989): Diagnóstico y Terapéutica. Ediciones Dogma. Pp. 1247 - 1250.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2000): Atención Integral en Venezuela. Caracas – Venezuela. Tesis Mimeografiada.
- National Information Center for Children and Youth with Disabilities (1999) (NICHCY) Publicaciones en español. Disponible en: <http://www.nichcy.org/pubs/spanish/gr3stxt.htm>
- Nelson, W.; Vaughan, I.; Mckar, R. (1988): Tratado de Pediatría. 9na edición. Tomo I. Editorial Salvat. Barcelona - España.
- Nelson, W.; Vaughan, I.; Mckar, R. (1988): Tratado de Pediatría. 9na edición. Tomo II. Editorial Salvat. Barcelona - España.
- Nelson; Behrman; Kliegman; Arvin (1998): Tratado de Pediatría. Decimoquinta edición. Volumen I. Editorial Interamericana. McGraww - Hill. México.
- Nelson; Behrman; Kliegman; Arvin (1998): Tratado de Pediatría. Decimoquinta edición. Volumen II. Editorial Interamericana. McGraww - Hill. México.

- Novak, A. (1979): Odontología para el Paciente Impedido. Editorial Mundi. Argentina.
- Oficina Central de Estadística e Informática, OCEI (1999): VENEZUELA: Estimaciones y Proyecciones de Población 1950 - 2035 (Total Nacional, Entidades Federales, Municipios y Parroquias). Caracas - Venezuela.
- Organización Mundial de la Salud (1980): International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. Suiza. Disponible en: <http://www.who.int/home-page/>
- Organización Mundial de la Salud (2001): International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. Suiza. Disponible en: <http://www.who.int/home-page/>
- Pirela, M.; Salazar, C.; Manzano, M. (2000): Patología Bucal Prevalente en Niños Excepcionales. Acta Odontológica Venezolana. Edición especial. 37 (3). Pp. 194 -197. Caracas - Venezuela.
- Ramírez, M. (1992): Manejo del Paciente con Anemia Drepanocítica en el Consultorio Odontológico. Postgrado de Odontología Infantil. Facultad de Odontología. U. C. V. Caracas - Venezuela. Mimeografiado.
- Rosenstein, S. y col. (1971): Dental and Oral conditions in a Group of Mental Retardated. Attending occupation day Center. The New York State Dental Journal. 37(7). Pp. 416 - 421.
- Salazar, A. (2001): Pautas Para la Aplicación de la Sedación Analgesia En la Práctica Odontológica. (Una Propuesta para la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela). Trabajo presentado para ascender a la categoría de Profesor Agregado en el Escalafón Universitario. Facultad de Odontología. U. C. V. Caracas - Venezuela. Mimeografiado.
- Shafer, W.; Levy, B. (1986): Tratado de Patología Bucal. 4ta edición. Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C. V. México.
- Simoza, V. (1989): Morfogénesis y Dismorfogénesis. Centro Nacional de Genética Humana. U. C. V. Caracas - Venezuela. Mimeografiado.
- Velásquez, B. (2001). Alteraciones Convulsivas y Epilepsia. Disponible en <http://www.unam.mx/rompan/47/rf47b.html>

ANEXOS

CLASIFICACIÓN DE LA OMS (Publicada en el 2001)

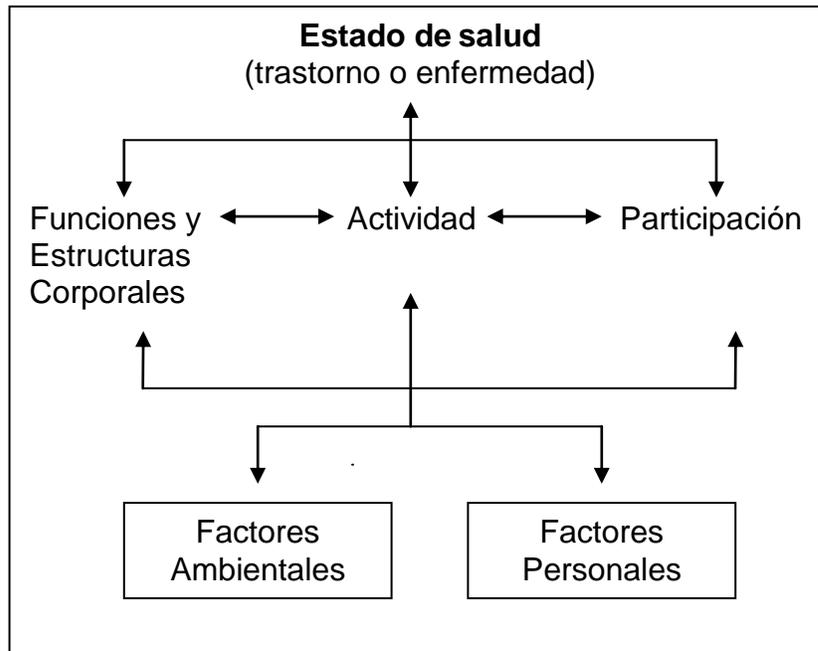
Una visión de conjunto de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud - CIDDM-2

	Parte 1: Funcionamiento y Discapacidad		Parte 2: Factores Contextuales	
	Funciones y estructuras corporales	Actividades y Participación	Factores Ambientales	Factores Personales
Dominios	1 Funciones corporales 2 Partes del cuerpo	Áreas Vitales (tareas, acciones)	Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad	Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad
Constructos	Cambios en las funciones del cuerpo (fisiológica) Cambios en las estructuras del cuerpo (anatómica)	Capacidad Ejecución de tareas en un entorno uniforme Desempeño/ Realización Ejecución de tareas en el entorno real	El impacto de elementos facilitadores y barreras del mundo físico, social y actitudinal	El impacto de los atributos de la persona
Aspectos Positivos	Integridad funcional y estructural	Actividad Participación	Facilitadores	No aplicable
	Funcionamiento			
Aspectos Negativos	Deficiencia Limitaciones en la actividad	Restricciones en la participación	Barreras/ Obstáculos	No aplicable
	Discapacidad			

Disponible en: <http://www.who.int/home-page/>
<http://www.who.int/classification/icf/ebres/spanish.pdf>

CLASIFICACIÓN DE LA OMS (Publicada en el 2001)

Situación actual del conocimiento respecto a las interacciones entre los componentes de la CIDDM-2



Disponible en: <http://www.who.int/home-page/>
<http://www.who.int/classification/icf/ebres/spanish.pdf>

CLASIFICACIÓN DE LA OMS (Publicada en el 2001)

Calificadores

Dimensión	Primer Calificador	Segundo Calificador
Funciones Corporales (b)	Calificador genérico con escala negativa utilizado para indicar la extensión o magnitud de una deficiencia <i>Ejemplo: b168.3 para indicar una deficiencia severa en las funciones mentales específicas del lenguaje</i>	Ninguno
Estructuras Corporales (s)	Calificador genérico con escala negativa utilizado para indicar la extensión o magnitud de una deficiencia. <i>Ejemplo: s730.3 para indicar deficiencia severa de la extremidad superior</i>	Utilizado para indicar la naturaleza del cambio en las estructuras respectivas 0 no hay cambio 1 ausencia total 2 ausencia parcial 3 parte adicional 4 dimensiones aberrantes 5 discontinuo 6 posición desviada 7 cambios cualitativos en la estructura, incluyendo acumulaciones de fluido 8 sin especificar 9 no aplicable <i>Ejemplo: s7300.32 para indicar ausencia parcial de la extremidad superior</i>
Actividad y Participación (d)	DESEMPEÑO/REALIZACIÓN Calificador genérico Problema en el contexto/entorno actual de la persona <i>Ejemplo: d5101.1 para indicar dificultades leves para limpiar todo el cuerpo con la ayuda de dispositivos de ayuda que son accesibles para la persona en su contexto/entorno real</i>	CAPACIDAD Calificador genérico Limitación sin ayudas <i>Ejemplo: d5101.2 para indicar dificultad moderada para limpiar todo el cuerpo, implicando dificultad moderada sin el uso de dispositivos de ayuda o ayuda de terceras personas</i>
Factores contextuales (e)	Calificador genérico con escala negativa y positiva utilizado para indicar la extensión de las barreras y los facilitadores respectivamente <i>Ejemplo: el 30.2 para indicar que los productos educativos son una barrera moderada. Al contrario el 30+2 indicaría que los productos educativos son un facilitador moderado</i>	Ninguno

Disponible en: <http://www.who.int/home-page/>
<http://www.who.int/classification/icf/ebres/spanish.pdf>

TABLA UTILIZADA PARA RECOPIRAR LOS DATOS (CANTIDAD DE PACIENTES ATENDIDOS) A NIVEL DE SALA CLINICA

Paciente	Edad	Enfermedad	Fecha de Ingreso	Alta	Od. Tratante. Pacientes retirados y referidos a quirófano

TABLA UTILIZADA PARA RECOPIRAR LOS DATOS (CANTIDAD DE PACIENTES ATENDIDOS) A NIVEL DE QUIROFANO

FECHA	NOMBRE DEL PACIENTE	EDAD	Nº DE HISTORIA CLÍNICA	INTERVENCIÓN	ANESTESIA	OBSERVACIONES

Objetivo General de la Propuesta

Proporcionar un Programa de Atención para Niños Discapacitados que al utilizar la sedación en sus niveles menores y con las técnicas de administración por vía oral proporcione adecuadas condiciones de trabajo tanto para el paciente como para el profesional.

Objetivos Específicos de la Propuesta

1. Efectuar un diagnóstico actual de la forma de atención a los niños discapacitados del Postgrado de Odontología Infantil de la Facultad de Odontología de la UCV.
2. Analizar la cantidad de pacientes discapacitados (censo) que requieren atención odontológica, que acuden a nuestro servicio.
3. Dar un enfoque de la forma de atención que deben recibir estos pacientes y determinar la importancia de un tipo de atención especial para los mismos.
4. Analizar la factibilidad para realizar este programa dentro del Postgrado de Odontología Infantil de la Facultad de Odontología de la UCV.
5. Hacer de la Facultad de Odontología de la UCV un centro de referencia donde puedan ser enviados todos estos pacientes de tratamientos especiales.