

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
POSTGRADO DE ODONTOLOGÍA INFANTIL

**NECESIDAD DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN UN
GRUPO DE PACIENTES ATENDIDOS BAJO ANESTESIA
GENERAL EN EL QUIRÓFANO DE LA FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE
VENEZUELA EN EL AÑO 2007.**

Trabajo Especial de Grado
presentado ante la Ilustre
Universidad Central de
Venezuela por el Odontólogo
Deborah Reyes para optar al
Título de Especialista en
Odontología Infantil

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
POSTGRADO DE ODONTOLOGÍA INFANTIL

**NECESIDAD DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN UN GRUPO
DE PACIENTES ATENDIDOS BAJO ANESTESIA GENERAL EN EL
QUIRÓFANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA EN EL AÑO 2007.**

Autor: Deborah D. Reyes L.

Tutor: Mildred V. Longobardi C.

Caracas, 6 De Mayo De 2008

VEREDICTO

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

Firma _____

Mildred V. Longobardi C. (Coordinador)

Firma _____

Ana Isabel San Agustin U. (Jurado)

Firma _____

Belkis Rodríguez de Galárraga. (Jurado)

Lugar y Fecha _____

Observaciones _____

DEDICATORIA

A todos los que colaboraron de alguna manera en la realización de este trabajo: a mi familia, a la Dra. Mildred, a mis amigas y pacientes del Postgrado de Odontología Infantil.

LISTA DE CONTENIDOS

Introducción	1
I PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
II JUSTIFICACIÓN	5
III OBJETIVO GENERAL.....	7
IV OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
V MARCO TEÓRICO	10
1 Anestesia general	10
1.1 Definición.....	10
1.2 Antecedentes históricos	11
1.3 Indicaciones de la anestesia general	16
1.4 Contraindicaciones de la anestesia general	18
1.5 Objetivos de la anestesia general	19
1.6 Pautas para la anestesia general	19
1.7 Etapas de la anestesia general	23
2 Paciente con discapacidad	26
2.1 Definición.....	26
3 Aspectos epidemiológicos	29

4	Clasificación de las discapacidades	30
5	Características bucales del paciente con discapacidad	36
VI	MARCO METODOLÓGICO	42
1	Características de la investigación	42
1.1	Tipo y nivel de la investigación	42
1.2	Población y muestra	42
2	Procedimientos	44
2.1	Medición de variables	45
3	Aspectos administrativos	45
	Recursos institucionales	45
	Recursos humanos	45
	Materiales y equipos	45
4	Resultados	47
VII	DISCUSIÓN	86
VIII	CONCLUSIONES	92
IX	RECOMENDACIONES	94
X	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.....	24
Figura 2.....	25
Figura 3.....	36
Figura 4.....	37
Figura 5.....	37
Figura 6.....	39

LISTA DE TABLAS

Tabla I.....	36
Tabla II.....	37

LISTA DE CUADROS

Cuadro N°1.....	47
Cuadro N°2.....	48
Cuadro N°3.....	49
Cuadro N°4.....	50
Cuadro N°5.....	53
Cuadro N°6.....	55
Cuadro N°7.....	57
Cuadro N°8.....	59
Cuadro N°9.....	61
Cuadro N°10.....	63
Cuadro N°11.....	64
Cuadro N°12.....	65
Cuadro N°13.....	66
Cuadro N°13.1.....	67
Cuadro N°14.....	69
Cuadro N°15.....	70

Cuadro N°16.....	71
Cuadro N°17.....	72
Cuadro N°18.....	73
Cuadro N°19.....	74
Cuadro N°20.....	75
Cuadro N°21.....	76
Cuadro N°22.....	77
Cuadro N°23.....	79
Cuadro N°24.....	80
Cuadro N°25.....	81
Cuadro N°26.....	83
Cuadro N°26.1.....	84
Cuadro N°27.....	85

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico N°1.....	47
Gráfico N°2.....	48
Gráfico N°3.....	49
Gráfico N°4.....	51
Gráfico N°5.....	53
Gráfico N°6.....	55
Gráfico N°7.....	57
Gráfico N°8.....	59
Gráfico N°9.....	61
Gráfico N°10.....	63
Gráfico N°11.....	64
Gráfico N°12.....	65
Gráfico N°13.....	66
Gráfico N°13.1.....	67
GráficoN°14.....	69
Gráfico N°15.....	70

Gráfico N°16.....	71
Gráfico N°17.....	72
Gráfico N°18.....	73
Gráfico N°19.....	74
Gráfico N°20.....	75
Gráfico N°21.....	76
Gráfico N°22.....	77
Gráfico N°23.....	79
Gráfico N°24.....	80
Gráfico N°25.....	81
Gráfico N°26.....	83
Gráfico N°26.1.....	84
Gráfico N°27.....	85

RESUMEN

El presente trabajo fue realizado con la finalidad de determinar las necesidades de tratamiento odontológico en los pacientes pediátricos, jóvenes y adultos con discapacidad atendidos bajo anestesia general, en el Quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela en el año 2007 por el Postgrado de Odontología Infantil.

La muestra comprende 32 paciente pediátricos y jóvenes y adultos con discapacidad, de ambos sexos, con edades comprendidas entre 2 y mayores de 20 años. Los materiales y métodos incluyeron el estudio descriptivo, transversal y retrospectivo no experimental. Para el análisis estadístico de los datos se confeccionaron cuadros, en los cuales se relacionaron las diferentes variables que son la edad, sexo, tipo de discapacidad y tratamiento odontológico realizado. Se realizaron un total de 34 procedimientos de los cuales 33 casos fueron realizados bajo anestesia general y 1 caso bajo sedación. Hubo mayor proporción de varones 56,25% que hembras 43,75%. Se realizaron un total de 114 procedimientos preventivos, 180 restauraciones con diferentes tipos de materiales como resina, amalgamas, vidrio ionomérico, 17 tratamientos endodónticos en dientes primarios y permanentes, 253 exodoncias de dientes

primarios y permanentes, y 11 prótesis. Los resultados proveen una evidencia de las necesidades de rehabilitación bucal en los pacientes pediátricos de corta edad y de lo pacientes con discapacidad.

INTRODUCCIÓN

La atención odontológica integral del paciente pediátrico y del paciente con discapacidad se encuentra en desventaja cuando es comparada con pacientes normales; pero cada vez este sector de la población exige mayor demanda en cuanto al acceso a la atención odontológica.

Por lo general estos pacientes como consecuencia de su condición física o psíquica son incapaces de colaborar, comprender o tolerar el tratamiento en la consulta odontológica convencional, por tal motivo se recurre a considerar el empleo de la anestesia general para poder facilitar la rehabilitación bucal con calidad.

La presencia de caries dental y de enfermedad periodontal son las manifestaciones clínicas más comunes que presentan estos pacientes; por ende los tratamientos que con mayor frecuencia son realizados en el quirófano bajo anestesia general son tratamientos preventivos, restauradores, endodónticos y exodoncias.

Como respuesta a estas necesidades, en el Quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela son atendidos por Residentes del Postgrado de Odontología

Infantil, aproximadamente un promedio de 30 pacientes nuevos cada año, dando una respuesta a las necesidades odontológicas, capacitando en esta área de manera amplia y profunda a los profesionales que cursan esta especialización.

La definición del problema y a partir de él, la formulación de objetivos y la revisión de la literatura, permitirán estructurar un marco de referencia, así como la construcción y descripción del marco metodológico, lo cual precede a la base del estudio de las necesidades de tratamiento odontológico en los pacientes atendidos en el Quirófano de la Facultad de Odontología por el Postgrado de Odontología Infantil de la Universidad Central de Venezuela durante el año 2007, la recolección de datos, evaluación de los resultados, seguidos de la discusión, finalmente conducirán a establecer conclusiones y a la formulación de recomendaciones.

Esta investigación pudiera contribuir hacia la realización de otras investigaciones que al poner de manifiesto la realidad de una condición de salud, establezca bases sólidas para la formulación y ejecución de programas dirigidos a la atención formal de este sector de la población tan necesitado.

I PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La rehabilitación bucal bajo anestesia general es considerada una alternativa de tratamiento con el fin de facilitar la restauración bucal con calidad ¹ en aquellos casos donde se presenten pacientes de corta edad o pacientes con discapacidad que sean incapaces de colaborar, comprender o tolerar el tratamiento odontológico durante la consulta convencional.^{2,3,4}

Las necesidades odontológicas constituyen un problema de salud que afecta prácticamente a toda la población con discapacidad⁵, derivadas de una higiene bucal deficiente; y en muchos casos de una dieta inadecuada, que ocasionan una elevada prevalencia de caries dental y enfermedad periodontal ², que deben ser tratadas para poder ser restauradas.

Estos pacientes por lo general presentan múltiples lesiones activas de caries por lo cual es importante determinar las necesidades de tratamiento odontológico que requieren cuando son sometidos bajo anestesia general; ya que por lo general son tratamientos extensos que involucran la realización de terapia pulpar, coronas de acero inoxidable, restauraciones de amalgamas o resinas y exodoncias entre otras.⁶

Por lo antes expuesto, nos propusimos realizar un estudio retrospectivo para determinar cuales son las necesidades de tratamiento odontológico en los pacientes pediátricos y jóvenes y adultos con discapacidad, atendidos bajo anestesia general durante el año 2007 por el Postgrado de Odontología Infantil.

II JUSTIFICACIÓN

En los últimos años ha habido una gran demanda en el tratamiento dental bajo anestesia general en pacientes que presentan algún tipo de discapacidad, o niños de muy corta edad poco colaboradores, que son incapaces de tolerar el tratamiento odontológico durante la consulta convencional.⁷

Específicamente en la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, se utiliza la anestesia general para la rehabilitación bucal del paciente pediátrico o del paciente con discapacidad desde hace más de 10 años en el Postgrado de Odontología Infantil.⁸

Durante el año 2007, fueron atendidos por Residentes del Postgrado de Odontología Infantil, en el Quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela un total de 34 casos en 32 pacientes (2 fueron re-intervenidos).^A

Varios estudios demuestran la alta prevalencia de caries dental en los pacientes que son sometidos bajo anestesia

^A Libro de Registro de pacientes atendidos en el Quirófano de la Facultad de Odontología del Postgrado de Odontología Infantil de la Universidad Central de Venezuela. Período 2005-2007.

general; observándose como principal manifestación bucal la presencia de múltiples lesiones activas de caries en dientes primarios ⁷. Sin embargo Hennquim y cols. reportan, que en pacientes adultos con discapacidad la incidencia de caries aumenta y la enfermedad periodontal se convierte en una problemática particular, coincidiendo con lo expuesto por Shenkin y cols. en el 2001.^{9,10}

Los hallazgos obtenidos a través de este estudio darán una visión aproximada de las necesidades de tratamiento odontológico en los pacientes con discapacidad o de corta edad que son atendidos bajo anestesia general para su rehabilitación bucal.

III OBJETIVO GENERAL

Determinar las necesidades de tratamiento odontológico en un grupo de pacientes pediátricos y jóvenes y adultos con discapacidad, atendidos bajo anestesia general en el Quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela en el año 2007 por el Postgrado de Odontología Infantil.

IV OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el número de casos atendidos bajo anestesia general o sedación por el Postgrado de Odontología Infantil en el Quirófano de la Facultad de Odontología de la UCV en el año 2007.
- Determinar las discapacidades mas frecuentes atendidas en el Quirófano de la Facultad de Odontología de la UCV por los Residentes del Postgrado de Odontología Infantil durante el año 2007.
- Determinar los tratamientos odontológicos realizados en los pacientes pediátricos y jóvenes y adultos con discapacidad atendidos en el Quirófano de la Facultad de Odontología en el año 2007 por el Postgrado de Odontología Infantil.
- Determinar los tratamientos odontológicos realizados en los pacientes pediátricos y jóvenes y adultos con discapacidad atendidos en el Quirófano de la Facultad de Odontología en el año 2007 por el Postgrado de Odontología Infantil, discriminados por sexo y edad.
- Determinar las interdisciplinas involucradas en la resolución de los casos atendidos bajo anestesia general en el Postgrado de Odontología Infantil de la Facultad de

Odontología de la UCV durante el año 2007.

- Determinar el número de altas de los pacientes atendidos bajo anestesia general por el Postgrado de Odontología Infantil de la Facultad de Odontología de la UCV durante el año 2007.

V MARCO TEÓRICO

1 ANESTESIA GENERAL

1.1 DEFINICIÓN

La Anestesia General es un estado de pérdida de la conciencia inducido por fármacos, durante el cual el paciente no puede ser despertado ni aun con estímulos dolorosos. 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.⁸

Se define como un estado de inconsciencia reversible producido por el suministro de gases o agentes anestésicos; se acompaña también de la pérdida de dolor y se produce un estado de inconsciencia controlado con la pérdida de reflejos de protección, incluyendo la incapacidad de mantener una vía aérea independiente y la incapacidad de responder a estímulos físicos o verbales.⁷

La anestesia general se obtiene con una pérdida de consciencia controlada, acompañada por una pérdida parcial o total de los reflejos defensivos, incluyendo la incapacidad de

mantener independientemente una vía aérea y de responder a ordenes verbales; comprende toda una serie de técnicas que han de ser practicadas obligatoriamente por un médico anesthesiologo 8.

1.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La Anestesiología tuvo una gran influencia en el uso de la administración de drogas intravenosas. La historia revela que fueron unos cuantos preocupados y compasivos por aliviar el dolor y el sufrimiento quienes aportaron uno de los avances más grandes dentro de la cirugía, en el control del dolor.¹¹

El descontento de médicos y odontólogos con las técnicas de anestesia inhalatoria ante el tiempo de espera y sufrimiento que padecían los pacientes para comenzar un procedimiento quirúrgico o simplemente aliviar el dolor, estimuló a algunos científicos para experimentar o producir las drogas que introducidas al organismo por vía endovenosa permitieran abordar rápida, directa y eficazmente el sistema cardiovascular y lograr producir un efecto de inmediato en el Sistema Nervioso Central.¹¹

En 1771, Joseph Priestley de Inglaterra descubre el óxido nitroso (N₂O), el cual fue usado por un joven odontólogo de

Nueva Inglaterra llamado Horace Wells en 1844 para realizar extracciones dentales sin dolor.¹

En 1846 William Morton quien conocía bien las propiedades hipnóticas y analgésicas del éter sulfúrico, lo introduce para la realización de exodoncias.^{1,12}

En 1863 Colton introduce el gas de la risa conocido con el nombre de óxido nitroso. El uso de este gas al 100 por ciento por vía inhalatoria aseguraba la pérdida de la conciencia, y la rapidez del procedimiento permitía a los pacientes sobrevivir a la agresión hipóxica.¹

En los años siguientes los mayores logros se basaron en el uso de drogas intravenosas, anestesia local y refinamiento de las técnicas de anestesia.

La historia de la anestesia administrada en la consulta de odontología, sobre todo por lo que respecta a la cirugía oral, se relaciona íntimamente con el desarrollo de la sedación y la anestesia intravenosa. Aunque la tecnología necesaria para la inyección parenteral de fármacos ya existía en 1853, fue en 1874 cuando Oré intentó por primera vez inducir anestesia por vía intravenosa al administrar hidrato de cloral a un paciente.¹

Drummond-Jackson en 1934 en Gran Bretaña fue el pionero

en usar por vía endovenosa un barbitúrico como anestesia para tratamientos de odontología.¹

A mitad del siglo XX, se fue mejorando la efectividad de la anestesia local, la cual se convirtió en uno de los más usados procedimientos para controlar el dolor en el consultorio dental; la Lidocaína un seguro y efectivo anestésico local que fue introducido en 1945.¹¹

En 1945 Niels Bjorn Jorgensen, Padre de la Sedación Intravenosa en Odontología, fue el primero en usar la vía intravenosa (I.V.) para proveer, como él mismo lo denomina "premedicación I.V."¹¹

A mediados de la década de 1950-59, se inició la proliferación de métodos para lograr diversos niveles de depresión del sistema nervioso central, que iban desde la sedación conciente hasta la anestesia general superficial.¹

Davidau en 1965, usó el diazepam (Valium) por primera vez como un sedante en Odontología.¹¹

En 1986, aparece el Midazolam, que es una benzodiazepina soluble en agua, convirtiéndose en la droga intravenosa más popular de nuestros días.^{11,13}

La primera organización odontológica en Estados Unidos dedicada exclusivamente a la anestesia con influencias significativas en el tratamiento del paciente fue la American Dental Society of Anesthesiology (ADSA), fundada en 1954 por un grupo de odontólogos, anesthesiólogos y cirujanos bucales; cuyo objetivo era establecer la anestesia general como un componente reconocido de la odontología.¹¹

Las primeras directrices oficiales relativas a la administración de sedación y anestesia general en odontología, fueron emitidas de forma conjunta por la American Academy of Pediatric Dentistry y la American Academy of Pediatrics en 1985. ASDA (1988), ASA (1995) y ADA (1996) emitieron nuevas directrices de forma independiente.¹¹

Específicamente en la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, se utiliza la anestesia general en el área quirúrgica desde hace más de 35 años en la Cátedra de Cirugía Estomatológica, y más de 10 años en los Postgrados de Cirugía Bucal y Odontología Infantil.⁸

Con el ingreso del Dr. Octavio Hurtado en el Servicio de Cirugía, este le da un vuelco a la aplicación de la anestesia general no solo para el tratamiento quirúrgico sino también para el tratamiento de la odontología general.⁸

Siguieron esta labor tanto en la Cátedra de Cirugía Estomatológica como en el postgrado de Cirugía Bucal, los doctores Ana Carbonell y luego Martín Toro, siendo en la actualidad quien cumple esta función dentro del servicio de quirófano del postgrado como jefe del mismo el Dr. Alejandro Salazar.⁸

Es importante resaltar que para el año 2001 es aprobada por el Consejo Universitario la Cátedra de Anestesiología Aplicada a la Odontología dando inicio de manera formal a su actividad docente y de investigación como una Unidad Académica independiente. La Cátedra también dedica una parte de su actividad a la docencia clínica propiamente dicha, a través de la práctica de procedimientos anestésicos, los cuales de una forma demostrativa representan un aprendizaje para el odontólogo que se forma en las especialidades tanto de Cirugía Bucal como la de Odontología Infantil.

En los últimos años ha habido una gran demanda en el tratamiento dental en pacientes que presenta algún tipo de discapacidad. La preocupación odontológica general de poder brindar atención a las necesidades orales de los pacientes discapacitados ha ido aumentando significativamente en las últimas décadas¹⁴. Según Rosentein, la principal atención estuvo

dirigida en un principio al diagnóstico y tratamiento del paladar hendido y los pacientes con parálisis cerebral.¹⁵

Recientemente, una atención muy similar ha estado dirigida a conocer la condición de salud oral y necesidades de tratamiento de los individuos discapacitados en países como Cuba, Japón y Norteamérica, y en nuestro país es a partir de la década de los 80 cuando se comienza a estudiar las condiciones de salud bucal de esta población tan diversa.¹⁶

En los últimos años las escuelas americanas sostienen que los cuidados de los pacientes con necesidades especiales constituyen una responsabilidad que comparten los odontólogos generales y los especialistas en odontopediatría. Esta última por definición es la especialidad que se encarga de los cuidados de niños especiales.¹⁴

Entre los años 2005-2007, fueron atendidos por Residentes del Postgrado de Odontología Infantil, en el Quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela un total de 81 casos, de los cuales 72 recibieron rehabilitación bucal bajo anestesia general y 9 casos bajo sedación.^A

1.3 INDICACIONES DE LA ANESTESIA GENERAL

Nathan ¹⁷, considera que aunque probablemente no existe un

acuerdo entre los odontopediatras en relación a las circunstancias que justifiquen la anestesia general, si hay unos parámetros fundamentales con los cuales médicos, odontólogos y padres pueden determinar si es apropiado.

La anestesia general está indicada sólo para aquellas personas que no se puedan tratar en la consulta odontológica convencional. Estos pacientes son:

1. Pacientes médicamente comprometidos⁶, con problemas de distinta índole como lo son:

- Alteraciones cardíacas congénitas
- Discrasias sanguíneas
- Insuficiencia hepática severa
- Insuficiencia renal severa
- Epilepsias incontrolables que hacen peligroso el tratamiento dental durante la consulta convencional.^{14,18}

2. Pacientes con discapacidad física que presentan movimientos incontrolados que impidan su colaboración durante el tratamiento.¹⁹

3. Pacientes con casos severos de autismo y psicosis.¹⁹

4. Pacientes alérgicos a los anestésicos locales.^{20,21.}

5. Pacientes incapaces de colaborar, comprender o tolerar el tratamiento ya sea por deficiencia física, psíquica o por su corta edad.^{2,3,4,21}

6. Niños o adolescentes extremadamente poco colaboradores, aprensivos, ansiosos o dispuestos a poner resistencia física, con necesidades odontológicas importantes y de los que no cabe esperar que el comportamiento mejore de forma inmediata.^{1,2, 22}

7. Pacientes con necesidades extensas de tratamiento odontológico, imposibles de realizar en la consulta odontológica, y que por cualquier motivo han de ser realizadas en una sola sesión. Muchos de estos pacientes podrían tolerar en el futuro citas cortas sin anestesia general para tratamiento preventivo como profilaxis dental o para la confección de una prótesis.^{9,3,4}

8. Pacientes con grandes anomalías craneofaciales con necesidades de tratamiento dental extenso.⁴

9. Pacientes con grandes traumatismos orofaciales o con fracturas de maxilares.^{1,19,21}

1.4 CONTRAINDICACIONES DE LA ANESTESIA GENERAL

Las contraindicaciones del tratamiento odontológico bajo

anestesia general son las mismas que para cualquier otro procedimiento quirúrgico bajo anestesia general. El establecimiento de los criterios ASA son fundamentales a la hora de valorar las contraindicaciones del procedimiento.²³

La anestesia general para el tratamiento odontológico esta contraindicada en los pacientes sanos que respondan a las técnicas de manejo, aún cuando requiera un tratamiento extenso; y en aquellos casos cuando el profesional no tiene el conocimiento, el equipo y la infraestructura necesaria para brindar al paciente un tratamiento seguro y eficiente.²⁴

1.5 OBJETIVOS DE LA ANESTESIA GENERAL

Los objetivos de la anestesia general en el paciente odontológico pediátrico y del paciente con discapacidad, consiste en eliminar cualquier actividad cognitiva, sensitiva y motora del músculo esquelético con el fin de facilitar la restauración bucal con calidad.¹

1.6 PAUTAS PARA LA ANESTESIA GENERAL

Se utiliza la clasificación de riesgo elaborada por la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA) mejor conocida como la Clasificación ASA, según la cual los pacientes, dependiendo de su estado de salud previo al procedimiento son

agrupado en las siguientes categorías: ⁸

- ASA I: Paciente sano cuya única afección es aquella por la que va a ser intervenido
- ASA II: Paciente con afección o enfermedad sistémica leve
- 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 Asociación Dental Americana, no establece diferencia cuando se trata de la anestesia general, al igual que para los niveles de sedación.

Es necesario la evaluación, médica previa para determinar la clasificación ASA del paciente y de esta manera determinar el estado de salud previo que el paciente presenta antes de ser sometido al acto quirúrgico.⁸

Es importante hacer resaltar que el quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela sólo presta atención a aquellos pacientes que se encuentran dentro de la clasificación de ASA I y ASA II; estos pacientes son tratados bajo una técnica anestésica conocida con el nombre de anestesia ambulatoria, anestesia del día, anestesia sin ingreso

hospitalario o unidad satelital independiente.¹

La anestesia ambulatoria que es empleada para este tipo de pacientes consiste en la realización de una técnica anestésica en la que el paciente vuelve a su domicilio el mismo día de la intervención, ellos no necesitan ser internados¹. Las drogas empleadas para la técnica anestésica se centran específicamente en las necesidades del paciente de tal manera que esta experiencia se hace segura, conveniente y rentable.

A pesar de que la anestesia ambulatoria fue rechazada por los anesthesiólogos formados en el medio hospitalario tradicional, y acostumbrados a trabajar en el mismo; para 1997 representaba el 60% de todos los procedimientos electivos en los Estados Unidos.¹

El 12 de agosto de 1998 fue publicada en la Gaceta Oficial de la República de Venezuela, las Normas de Funcionamiento de las Unidades de Cirugía Ambulatoria del Sector Público y Privado. Dichas normas definen la Cirugía Ambulatoria como aquella que se realiza en pacientes no hospitalizados, en la cual el tipo de anestesia puede ser general, regional o local y el tiempo o período de observación en recuperación no es mayor de 12 horas (Artículo 1º). También clasifica a la Cirugía Ambulatoria según sus características en dos grandes grupos: ²⁵

- **Cirugía Ambulatoria Menor:** Aquella que se realiza en áreas acondicionadas para tal fin y en la que solo es necesario utilizar anestesia local siendo inmediata la recuperación del paciente.²⁵
- **Cirugía Ambulatoria Mayor:** 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, y que no interesen las principales cavidades del cuerpo, excepto el tórax y abdomen cuando se utilicen procedimientos endoscópicos que no requieran recuperación mayor de 12 horas. (Artículos 2º y 3º).²⁵

Como se puede observar, la Legislación Venezolana define a la Cirugía Ambulatoria Mayor como aquella que requiere anestesia general, regional o local, donde la recuperación no es inmediata pero no excede de 12 horas.

Esta definición perfectamente enmarca la mayoría de los procedimientos bucales que el odontopediatra efectúa en estos pacientes durante el procedimiento quirúrgico.²⁵

Así cualquier procedimiento que requiera la aplicación de anestesia general, deberá acogerse a todo lo citado en estas normas, donde refieren el uso de un equipo humano multi e

interdisciplinario, características físicas del lugar donde se efectúe el procedimiento y la aparatología mínima indispensable que debe existir. Como hemos señalado no existe en Venezuela una normativa específica para anestesia general como las promulgadas por la Asociación Dental Americana (ADA), Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD), Sociedad Americana de Anestesiología (ASA); pero dicha normativa está implícita dentro de las Normas que regulan la Cirugía Ambulatoria de nuestro país.²⁵

Aquellos pacientes que se encuentran dentro de la clasificación ASA III, IV y V reciben atención bajo un ambiente hospitalario; ya que por su condición requieren de cuidado y asistencia medica-hospitalaria.

1.7 ETAPAS DE LA ANESTESIA GENERAL

1.7.1 Medicación anestésica previa o preanestesia

Consiste en la administración de droga o drogas, en el período preoperatorio, destinadas a reducir la ansiedad, facilitar la anestesia y minimizar sus complicaciones y/o efectos colaterales. Podría prescindirse de esta etapa, pues en algunas oportunidades puede no estar indicada.²⁶ (Figura 1)



Figura 1. Paciente recibiendo medicación pre-anestésica

1.7.2 Inducción anestésica

Es la fase de la anestesia general que se caracteriza por la pérdida de la consciencia y de otros estados como el miedo, la ansiedad, la angustia, etc. Esta etapa comprende la administración de drogas, hipnóticos y relajantes musculares que permitan la intubación traqueal, la cual puede ser bucotraqueal o nasotraqueal. La intubación traqueal es un procedimiento que permite la administración de anestésicos y oxígeno por vía inhalatoria, sin el riesgo de paso de sangre u otros líquido al árbol bronquial. En la mayoría de las intervenciones de cirugía bucomaxilifacial y odontopediatría, se prefiere la intubación nasotraqueal, para permitir un campo bucal libre (Fig 1 y 2).²⁶



Figura 2. A y B Pacientes con intubación nasotraqueal

1.7.3 Mantenimiento de la anestesia

Una vez alcanzado el plano quirúrgico adecuado, éste debe mantenerse; para ello, se utilizan gases por vía inhalatoria tales como el Oxido Nitroso; halogenados como Ethrane, Halothano, Isoflurano, Sevoflurano; anestésicos Endovenosos tales como Propofol, Etomidato, Ketamina, Fentanil, Alfentanil, Sufentanil, entre otras. Durante el mantenimiento de la anestesia se requiere de una continua vigilancia de los parámetros vitales tales como presión arterial, frecuencia y ritmo cardíaco, saturación de oxígeno, dióxido de carbono expirado, temperatura.²⁶

1.7.4 Recuperación

Una vez culminado el acto quirúrgico, y suspendida la administración de drogas anestésicas, se inicia el proceso de

recuperación, que no es más que recorrer el camino inverso hasta el despertar del paciente. La prontitud en lograr la recuperación dependerá de las drogas utilizadas durante la inducción y el mantenimiento de la anestesia, su dosis y las características propias de su metabolismo y eliminación. En esta etapa la vigilancia hacia el paciente debe ser máxima, para evitar posibles complicaciones derivadas de la hipoventilación, dolor, arritmias, náuseas o vómitos.²⁶

2 PACIENTE CON DISCAPACIDAD

2.1 DEFINICIÓN

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 las de naturaleza social, recreacional, educativa y vocacional, por una condición física o mental.²⁷

Un paciente con discapacidad es definido como aquel que presenta signos y síntomas que lo alejan de la normalidad, sean de orden físico, mental o sensorial, así como de comportamiento y que, para su atención odontológica exige maniobras, conceptos, equipamiento y personal de ayuda especial, con capacidad de atender las necesidades que estos generan,

escapando de los programas y rutinas estándares que se llevan a cabo para el mantenimiento de la salud bucal de la población.²⁸

La atención odontológica integral del paciente con discapacidad se encuentra en desventaja cuando es comparada con pacientes normales. Estos pacientes en determinados casos deben ser tratados bajo anestesia general debido a que son incapaces de colaborar, comprender o tolerar el tratamiento en la consulta odontológica.²³

Según la Ley Para las Personas con Discapacidad publicado en Gaceta Oficial número: 38.598 con fecha de 05 de enero de 2007 , artículo 5 define como discapacidad, “ la condición compleja del ser humano constituida por factores biopsicosociales, que evidencia una disminución o supresión temporal o permanente, de alguna de sus capacidades sensoriales, motrices o intelectuales que puede manifestarse en ausencias, anomalías, defectos, pérdidas o dificultades para percibir, desplazarse sin apoyo, ver u oír, comunicarse con otros, o integrarse a las actividades de educación o trabajo, en la familia con la comunidad, que limitan el ejercicio de derechos, la participación social y el disfrute de una buena calidad de vida, o impiden la participación activa de las personas en las actividades de la vida familiar y social, sin que ello implique necesariamente

incapacidad o inhabilidad para insertarse socialmente”.²⁹

La Ley para las Personas con Discapacidad define, personas con discapacidad como, “todas aquellas personas que por causas congénitas o adquiridas presenten alguna disfunción o ausencia de sus capacidades de orden físico, mental, intelectual, sensorial o combinaciones de ellas; de carácter temporal, permanente o intermitente, que al interactuar con diversas barreras le impliquen desventajas que dificultan o impidan su participación, inclusión e integración a la vida familiar y social, así como el ejercicio pleno de sus derechos humanos en igualdad de condiciones con los demás.”²⁹

Se reconocen como personas con discapacidad: Las sordas, las ciegas, las sordociegas, las que tienen disfunciones visuales, auditivas, intelectuales, motoras de cualquier tipo, alteraciones de la integración y la capacidad cognoscitiva, las de baja talla, las autistas y con cualesquiera combinaciones de algunas de las disfunciones o ausencias mencionadas, y quienes padezcan alguna enfermedad o trastorno discapacitante; científica, técnica y profesionalmente calificadas, de acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud de la Organización Mundial de la Salud. (Artículo 6)²⁹

Son aquellos que por largos periodos de tiempo, por

condiciones físicas o mentales están limitados de una participación completa en las actividades normales de su grupo de edad, incluyendo aquellas de naturaleza social, recreativa, educacional y vocacional.²⁸

3 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Arteaga, citado por Longobardi señala que el número de individuos con discapacidad, a nivel mundial se estima que aumenta cada año, calculándose que aproximadamente el 10 % de la población padece de algún tipo de impedimento físico y/o mental. Este porcentaje varía de acuerdo a su nivel de desarrollo.³⁰

Cerca del 20% de la población norteamericana presenta algún tipo de discapacidad y de este porcentaje el 12% de la población se considera que presenta una discapacidad severa.³¹

Se estima que en España un 15% de la población padece de algún tipo de discapacidad, y que el 4-5% de los casos corresponden a minusvalía de grado moderado o severo.²

En América Latina se estimó para el año 2000, la existencia de 16 millones de niños con discapacidad.³²

Según los Registros de la Población Venezolana con discapacidad en Venezuela, se manejan diferentes cifras en

cuanto al número de personas con discapacidad; se desconoce el número exacto, debido a que en los censos nacionales no son considerados, el Consejo Nacional para la Integración de Personas Incapacitadas maneja cifras que oscilan entre un 12 y 14 % del total de la población según los parámetros internacionales, de aquí se puede inferir entonces que si para el censo nacional del año 2001 la población total de Venezuela fue de 23.232.553 habitantes la cifra de individuos con discapacidad oscila entre 2.787.906 y 3.252.448 individuos.³⁰

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, dos terceras partes de la población portadora de deficiencias, no recibe atención odontológica alguna y aunque los porcentajes estimados de población con discapacidad varían de una localidad a otra, los aspectos de salud integral para este grupo poblacional no incluyen su rehabilitación bucal.³³

4 CLASIFICACIÓN DE LAS DISCAPACIDADES

La aproximación que hasta ahora se guía para considerar y clasificar las dimensiones relacionadas con la salud y discapacidad se ha visto modificada y actualizada por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de las Discapacidad y de la Salud (CIF).³⁴

Es importante recordar que la Clasificación de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) anteriormente vigente fue publicada por la OMS por primera vez en 1980; el proceso de revisión de dicha clasificación a lo largo del tiempo ha presentado modificaciones, y con el cambio del nombre se ha intentado reflejar el deseo de sustituir las negativas de las deficiencias a perspectivas positivas. A esta nueva clasificación se le incluyó la importancia que tienen los factores ambientales para generar una discapacidad o en su extremo a restablecer el funcionamiento de la salud.³⁴

La LIV Asamblea Mundial de la Salud aprobó la nueva clasificación con el título Clasificación Internacional del Funcionamiento de las Discapacidades y de la Salud en mayo de 2001 con el nuevo acrónimo CIF distanciándose de la anterior clasificación CIDDM.³⁴

El objetivo de esta nueva clasificación es "...brindar un lenguaje unificado y estandarizado y un marco conceptual para la descripción de la salud y de los estados relacionados con la salud pública..."³⁴

La clasificación considera la discapacidad no como un problema minoritario, y sitúa a todas las enfermedades y los problemas de salud en pie de igualdad con independencia de su

causa.³⁴

La CIF se divide en dos componentes: (*Tabla 1*)

PARTE 1:

1. Funcionamiento y Discapacidad:

1.1 Funciones y estructuras corporales: son las partes anatómicas del cuerpo, órganos, extremidades y componentes.

1.1.1 Funciones corporales; son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales que incluye las funciones psicológicas. Las deficiencias constituyen problemas en las funciones o estructuras corporales.

1.1.2 Partes del cuerpo.

Parte 2:

2. Factores contextuales:

2.1 Factores ambientales: constituyen el entorno inmediato y social.

2.2 Factores personales: incluyen las características de las personas y estilo de vida.

Cada componente puede ser expresado tanto en términos positivos como negativos, y contiene varios dominios de los cuales son unidades de clasificación. La salud y los estados

relacionados con la salud de una persona se puede registrar, seleccionando el código o los códigos de la categoría apropiada y añadir los calificadores. La *tabla 2* establece códigos numéricos que determinan la extensión o magnitud del funcionamiento o la discapacidad en esa categoría.

Tabla 1. Visión de conjunto de la CIF

Componentes	Parte 1: Funcionamiento y Discapacidad		Parte 2: Factores Contextuales	
	Funciones y Estructuras Corporales	Actividades y Participación	Factores Ambientales	Factores Personales
Dominios	Funciones corporales. Estructuras Corporales.	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 corporales (fisiológicos). Cambios en las estructuras del cuerpo (anatómicos).	Capacidad. Realización de tareas en un entorno uniforme. Desempeño/realización Realización de tareas en el entorno real.	El efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal.	El efecto de los atributos de la persona.
Aspectos positivos	Integridad funcional, estructural. Funcionamiento	Actividad. Participación	Facilitadores.	No aplicable.
Aspectos negativos	Deficiencia. Discapacidad	Limitación a la actividad. Restricción en la participación.	Barreras/obstáculos.	No aplicable.

Nota: Datos tomados de Jiménez M, Buñuales D, Martín J. La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF)

2001. Rev Esp Salud Pública 2001; 76: 271-279

Tabla 2. Actividades y Participación: matriz de información

<i>Dominios</i>		<i>Calificadores</i>	
		<i>Desempeño/ Realización</i>	<i>Capacidad</i>
D1	Aprendizaje y aplicación		
D2	Tareas y demandas generales		
D3	Comunicación		
D4	Movilidad		
D5	Autocuidado		
D6	Vida doméstica		
D7	Interacciones y relaciones interpersonales		
D8	Áreas principales de la vida		
D9	Vida comunitaria, cívica y social		

Nota: Datos tomados de Jiménez M, Buñuales D, Martín J. La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF)

2001. Rev Esp Salud Pública 2001; 76: 271-279

5 CARACTERÍSTICAS BUCALES DEL PACIENTE CON DISCAPACIDAD

La salud bucal es un aspecto que cada día interesa mas a la sociedad, fundamentalmente a los padres que desean que sus hijos tengan una adecuada condición oral.³⁵

Los niños con discapacidad, tantos físicos como psíquicos, constituyen un colectivo que no siempre recibe las atenciones odontológicas que precisan ³⁵; por tal razón las necesidades odontológicas constituyen un problema de salud que afecta prácticamente a toda la población con discapacidad⁵ y al paciente pediátrico de corta edad; derivadas de una higiene bucal deficiente; y en muchos casos de una dieta inadecuada, que ocasionan una elevada prevalencia de caries (Fig. 3 A y B) y enfermedad periodontal.^{2, 36,37,38,39,40}



Figura 3. A y B Pacientes pediátricos con lesiones de caries

Es común observar en este tipo de pacientes una higiene bucal deficiente con un gran cúmulo de materia alba, placa bacteriana y cálculo supragingival (Fig.4 A, B y C), lo que conlleva agravar su salud bucal.^{10,41}



Figura 4. A, B y C Paciente con discapacidad, con presencia de placa y cálculo supragingival

En niños pequeños existe una incidencia en desarrollar caries⁹. Jamieson, hace referencia que la caries dental es la enfermedad crónica más común de la niñez²⁰. Rayner y cols. señalan que los dos problemas de salud bucal que afectan con mayor prevalencia a los niños de corta edad son la caries dental y la erosión.⁴²

Estos niños con discapacidad presentan múltiples lesiones activas de caries en dientes primarios (Fig.5 A, B y C).²⁰



Figura 5. A, B, C Pacientes pediátricos con lesiones activas de caries

En un estudio realizado en Leuven-Bélgica, por Frank Vinckier y cols. en el 2001, cuyo objetivo fue reflexionar acerca de la estrategia del tratamiento para la rehabilitación dental de niños de corta edad con caries rampante utilizando la anestesia

general ambulatoria, donde tomaron una muestra de 98 pacientes referidos para tratamiento odontológico bajo anestesia general en edades comprendidas entre 4.8 y 9.3 años, obtuvieron que la razón más común de referencia para tratamiento bajo anestesia general era la presencia de caries rampante.⁷

Otro estudio realizado en España en el año 2003, donde evaluaron a 564 pacientes con discapacidad, en la Unidad de Pacientes Especiales de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Santiago de Compostela entre 1997 y 2001 para recibir tratamiento odontológico bajo anestesia general, obtuvieron que el 65% de la muestra, presentaban caries dental y sus complicaciones.²

Sin embargo varios estudios reportan, que en pacientes adultos con discapacidad la incidencia de caries aumenta y la enfermedad periodontal se convierte en una problemática particular.^{9,10,43,44,45}

Del Cojo y cols. hacen referencia que estos pacientes pudieran presentar patologías orales más marcadas, como consecuencia de su discapacidad o por otras razones ya sean de naturaleza médica, económica o social; o aún así, porque sus padres encuentran muy difícil de realizar una higiene bucal apropiada.³⁵

El paciente con discapacidad por lo general presenta desórdenes genéticos y neuromusculares que a menudo suelen causar defectos esqueléticos y faciales, alteraciones de número y de morfología dentaria y maloclusiones.^{36,46}

Becker y cols. hacen referencia que estos pacientes por su condición exhiben generalmente altas necesidades de tratamiento ortodóntico, debido al creciente predominio y severidad de maloclusiones .^{47,48} (Fig. 6. A, B y C)



Figura 6. A, B y C Maloclusiones en pacientes con discapacidad

En un estudio realizado en Arabia Saudita, en donde evaluaron a 66 pacientes con discapacidad en edades comprendidas entre 3 y 14 años, en sus resultados obtuvieron que el 15% de estos niños presentaban como maloclusión más común una mordida abierta anterior.⁴³

En nuestro país se conocen solamente dos estudios que relacionan las maloclusiones presentes en los pacientes con discapacidad. El primer estudio realizado por Longobardi y Martínez en el año 1996, evaluaron las condiciones del componente bucal de salud en un grupo de pacientes institucionalizados con retardo mental del área metropolitana cuya población estuvo conformada por 58 individuos, reportaron que el 62% de la muestra presentaba maloclusión Clase I, 20% Clase II y el 10% maloclusiones Clase III. Entre sus conclusiones señalan que parece ser una característica común entre los autores consultados, que los individuos con Síndrome de Down tienen una tendencia a desarrollar maloclusiones Clase III y los pacientes con Autismo y Parálisis Cerebral una tendencia a desarrollar maloclusiones Clase II.⁴⁹

El segundo estudio realizado en Maracaibo, por Pirela y cols. que evaluaron 789 niños entre 3 y 4 años de edad, con diagnóstico médico de: Síndrome de Down, Autismo, Parálisis Cerebral, Ciego y Sordomudo; en el 90,25% de los examinados observaron alteraciones en las características de la oclusión. Se registraron fundamentalmente las maloclusiones Clases I y Clase II en los pacientes sordomudos, ciego y autista; las maloclusiones clase III predominaron en los pacientes con

Síndrome de Down. Hacen referencia que las alteraciones en la oclusión parecen coadyudar a la aparición de patologías como la queilitis, ya que de los 120 individuos con maloclusión, un 48,33% presentó esta condición.¹⁶

VI MARCO METODOLÓGICO

1 CARACTERÍSTICAS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

- Documental (se analizaron los registros clínicos recopilados durante 1 año)
- Estudio descriptivo transversal, retrospectivo, no experimental

1.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población la constituyen el total de registros de pacientes pediátricos y jóvenes y adultos con discapacidad que fueron diagnosticados y atendidos para rehabilitación bucal bajo anestesia general en el Quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela durante el año 2007 por el Postgrado de Odontología Infantil.

Teniendo en cuenta los objetivos del estudio, la población muestral la constituyen los registros de los pacientes pediátricos y jóvenes y adultos con discapacidad, de ambos sexos, con edades comprendidas entre 2 y mayores de 20 años, que fueron diagnosticados y atendidos durante el año 2007 en el Quirófano de la Facultad de Odontología. Al momento de realizar el estudio

se evaluaron un total de 32 pacientes. Las características de esta población son particulares.

Comprende un grupo de niños con corta edad, poco colaboradores que presentan caries rampante y pacientes con discapacidad que acuden al Postgrado de Odontología Infantil para ser atendidos en el Quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela.

La muestra quedó constituida por 32 pacientes, 18 del sexo masculino y 14 del sexo femenino, con edades comprendidas entre los 2 años y 41 años, que fueron rehabilitados bucalmente bajo anestesia general.

RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnicas de Recolección de Datos:

Observación documental (los registros se obtuvieron de las Historias Clínicas de los pacientes)

Instrumentos de Recolección de Datos:

- Historia clínica
- Libro de registro de pacientes atendidos en el Quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela

- Hojas de registro del Postgrado de Odontología Infantil

Técnicas de Procesamiento de Datos:

- Transcripción y tabulación de los datos
- Procesamiento de datos computarizado con software estadístico

Técnicas de Análisis de Datos:

- Cuantitativos (Estadísticas)
- Descriptivas
- Gráficos
- Porcentaje

2 PROCEDIMIENTOS

Para el análisis estadístico de los datos se confeccionaron cuadros en los cuales se registraron las diferentes variables que son la edad, sexo, tipo de discapacidad y tratamiento odontológico realizado, para establecer su asociación con las necesidades odontológicas expresándose los resultados en valores absolutos y porcentuales.

2.1 MEDICIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	NIVEL
Edad	Cuantitativa
Sexo	Cualitativa
Indicaciones	Cualitativa
Tipo de discapacidad	Cualitativa
Tratamiento odontológico realizado	Cualitativa

3 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

Los recursos que se utilizaron para la realización de la investigación están constituidos por:

RECURSOS INSTITUCIONALES

- Facultad de Odontología UCV:

Archivo

Biblioteca

RECURSOS HUMANOS

- Docentes del Post-grado de Odontología Infantil
- Estudiantes del Post-grado de Odontología Infantil

MATERIALES Y EQUIPOS

- Computadora deskpot
- Monitor

- Equipo multimedia
- Cd's
- Impresora

4 RESULTADOS

Cuadro N° 1

Distribución de la muestra según el procedimiento anestésico.

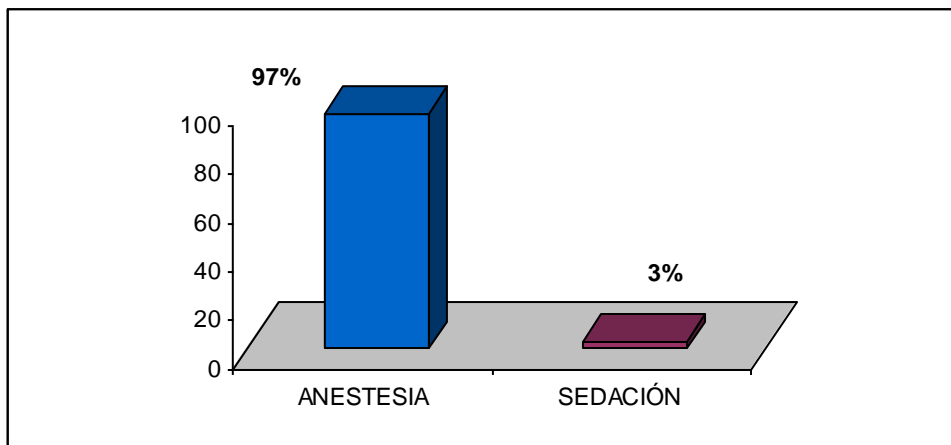
Facultad de Odontología. UCV. 2007

PROCEDIMIENTO	FRECUENCIA	%
SEDACIÓN	1	3%
ANESTESIA GENERAL	31	97%
TOTAL	32	100%

Gráfico N° 1

Distribución de la muestra según el procedimiento anestésico.

Facultad de Odontología. UCV. 2007

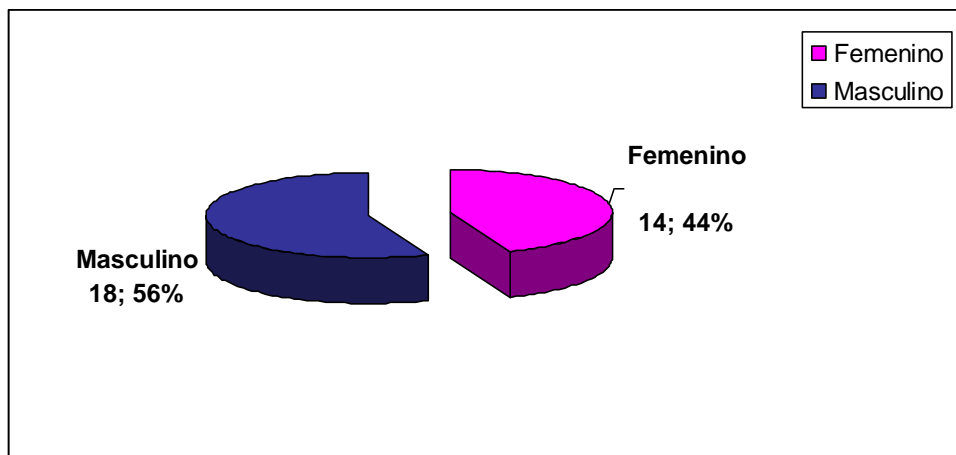


La distribución de la muestra según el procedimiento anestésico indica que, del total de 32 pacientes un solo caso se realizó bajo sedación y 31 casos bajo anestesia general, que representa respectivamente el 3% y 97%. (Cuadro N°1 y Gráfico N° 1)

Cuadro No. 2
Distribución de la muestra según el sexo.
Facultad de Odontología. UCV. 2007

SEXO	MASCULINO	TOTAL
FEMENINO	14	44%
MASCULINO	18	56%
TOTAL	32	100%

Gráfico N°2.
Distribución de la muestra según el sexo.
Facultad de Odontología. UCV. 2007



Del total de la muestra de 32 pacientes, la distribución por sexo fue de la siguiente manera: 14 hembras y 18 varones, que representan respectivamente el 44% y 56 %. (Cuadro N°2 y Gráfico N°2)

Cuadro N° 3

Distribución de la muestra según el grupo de edad.

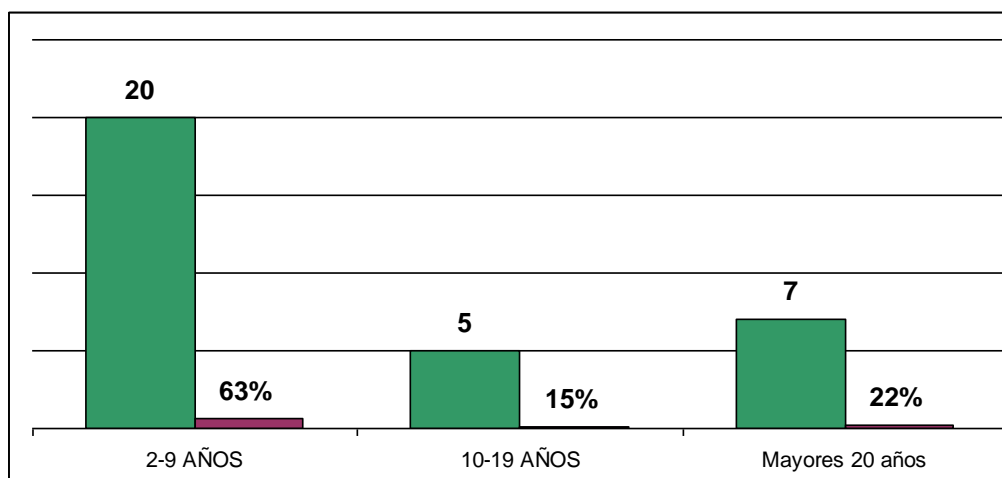
Facultad de Odontología. UCV. 2007

GRUPO – EDAD	FRECUENCIA	%
2-9 años	20	63%
10-19 años	5	15%
Mayores de 20 años	7	22%
TOTAL	32	100%

Gráfico N°3

Distribución de la muestra según el grupo de edad.

Facultad de Odontología. UCV. 2007



La distribución de la muestra por edad indica que del total de 32 pacientes, la edad que ocupó la mayor frecuencia fue el grupo de 2 a 9 años con 20 pacientes representando el 63%, en orden decreciente el grupo mayor de 20 años ocupa el segundo lugar con 7 pacientes y de tercero el grupo de 10 a 19 años, siendo atendidos 5 pacientes, lo que representa el 22% y 15%

respectivamente. (Cuadro N°3 y Grafico N°3)

Cuadro N°4

Distribución de la muestra según las indicaciones.

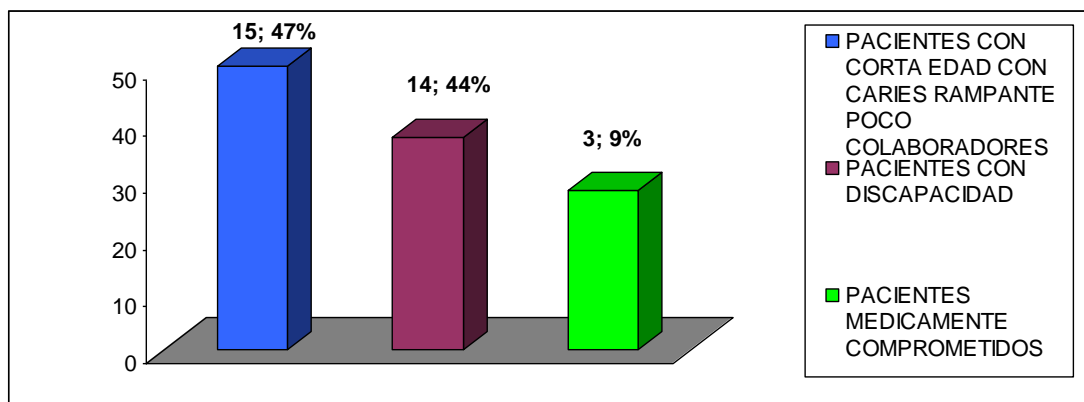
Facultad de Odontología. UCV. 2007

INDICACIONES	FRECUENCIA	%
Pacientes con corta edad	15	47%
Pacientes con discapacidad	14	44%
Pacientes medicamente comprometidos	3	9%
TOTAL	32	100%

Gráfico N°4

Distribución de la muestra según las indicaciones.

Facultad de Odontología. UCV. 2007



La distribución de la muestra según las indicaciones por las cuales los pacientes fueron referidos para ser tratados bajo anestesia general, mostró que el 47%, es decir 15 pacientes fueron referidos por presentar corta edad y tratamiento extenso, el 44% pacientes con discapacidad y sólo el 9% por problemas

médicos, es decir 3 pacientes. (Cuadro N°4 y Gráfico N°4)

Cuadro N°5.

Distribución de la muestra según el tipo de discapacidad.

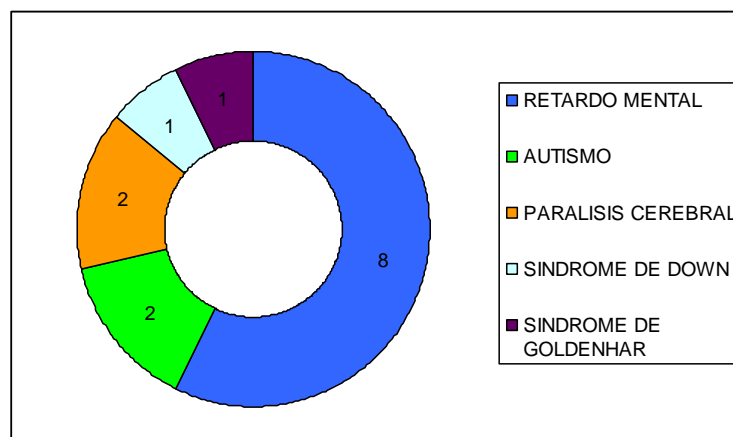
Facultad de Odontología. UCV. 2007

TIPOS DE DISCAPACIDAD	FRECUENCIA	%
RETARDO MENTAL	8	58%
AUTISMO	2	14%
PARALISIS CEREBRAL	2	14%
SINDROME DE DOWN	1	7%
SINDROME DE GOLDENHAR	1	7%
TOTAL	14	100%

Gráfico N°5

Distribución de la muestra según el tipo de discapacidades.

Facultad de Odontología. UCV 2007



Según la discapacidad que presentaron los pacientes atendidos en el Quirófano tenemos 5 tipos, la mayor frecuencia de distribución se encontró el Retardo Mental con el 58% es decir 8 pacientes, en orden decreciente le siguen Autismo y

Parálisis Cerebral con 14% cada uno y en tercer y último lugar el Síndrome de Down y Síndrome de Goldehanr con un caso cada uno que representan el 7%. (Cuadro N°5 y Gráfico N°5)

Cuadro N° 6

Distribución de la muestra según los tipos de tratamientos odontológicos realizados.

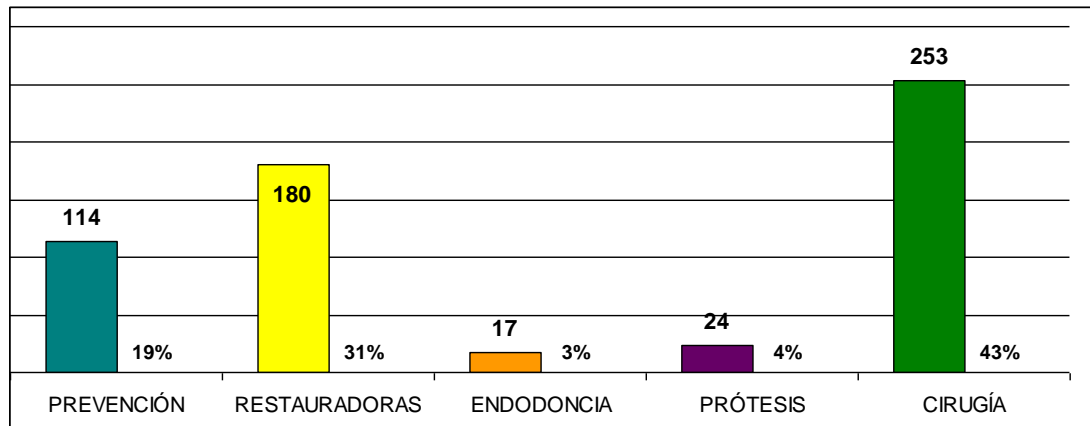
Facultad de Odontología. UCV. 2007

TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS	FRECUENCIA	%
PREVENCIÓN	114	19%
RESTAURADORA	180	31%
ENDODONCIA	17	3%
CIRUGÍA	253	43%
PRÓTESIS	24	4%
TOTAL	588	100%

Gráfico N°6

Distribución de la muestra según los tipos de tratamientos odontológicos realizados.

Facultad de Odontología. UCV. 2007



La distribución de la muestra según los tratamientos odontológicos realizados, indican una alta frecuencia de cirugías con 253 que representan el 43%, seguido de el área restauradora con 180 que representa el 31%, en el área de prevención se

realizaron 114 actividades que representan el 19% y en cuarto y quinto lugar endodoncia y prótesis con el 3 y 4% respectivamente. (Cuadro N°6 y Gráfico N°6)

Cuadro N°7

Distribución de la muestra según los tratamientos preventivos.

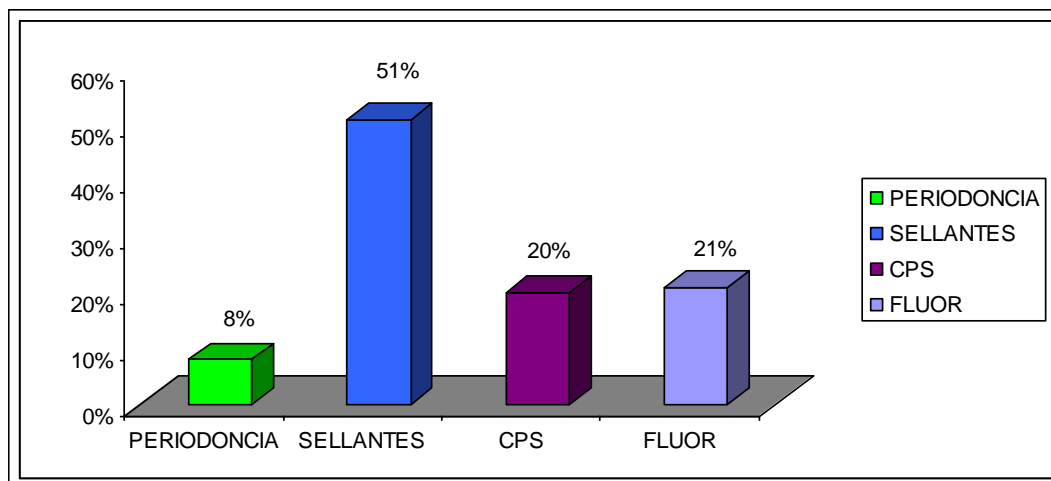
Facultad de Odontología. UCV. 2007

TRATAMIENTOS PREVENTIVOS	FRECUENCIA	%
PERIODONCIA	9	8%
SELLANTES	58	51%
CPS	23	20%
FLÚOR	24	21%
TOTAL	114	100%

Gráfico N°7

Distribución de la muestra según los tratamientos preventivos.

Facultad de Odontología UCV, 2007



Los resultados muestran que fueron realizados 114 procedimientos preventivos, de los cuales el 51% corresponden a la colocación de sellantes de fosas y fisuras, 23% cavidades preventivas de sellantes, y las aplicaciones de flúor

representaron el 21% y el 8% de tratamientos periodontales (tartrectomías y curetaje). (Cuadro N°7 y Gráfico N°7)

Cuadro N°8

Distribución de la muestra según la restauración realizada.

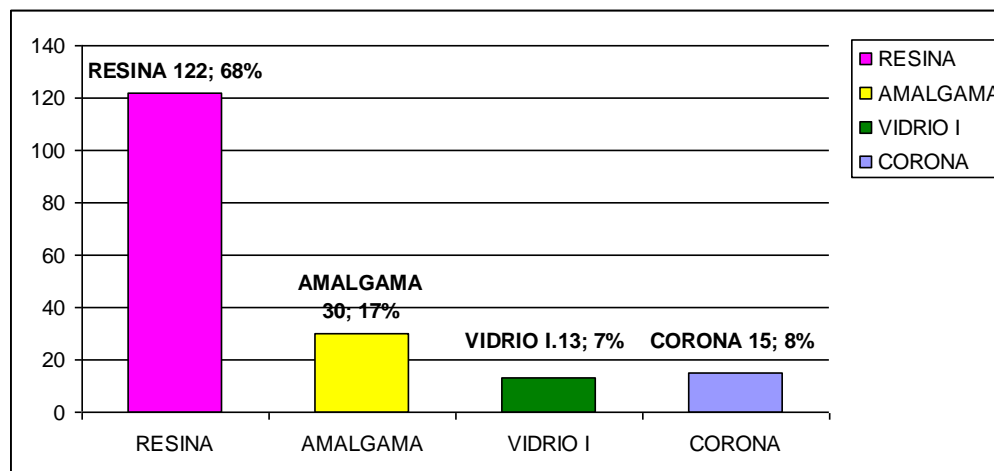
Facultad de Odontología. UCV. 2007

RESTAURACIONES	FRECUENCIA	%
RESINA	122	68%
AMALGAMA	30	17%
VIDRIO IONÓMERIC	13	7%
CORONA	15	8%
TOTAL	180	100%

Grafico N° 8

Distribución de la muestra según la restauración realizada.

Facultad de Odontología. UCV. 2007



El total de restauraciones realizadas fue de 180 distribuidas de la siguiente manera: 122 resinas que representa el 68%, en segundo lugar 30 restauraciones de amalgama que representan el 17%, 13 restauraciones con vidrio ionomérico que representan el 7% y 15 coronas de acero inoxidable y/o resina

que representaron el 8%. (Cuadro N°8 y Gráfico 8)

Cuadro N° 9

Distribución de la muestra según el tipo de restauración de resina.

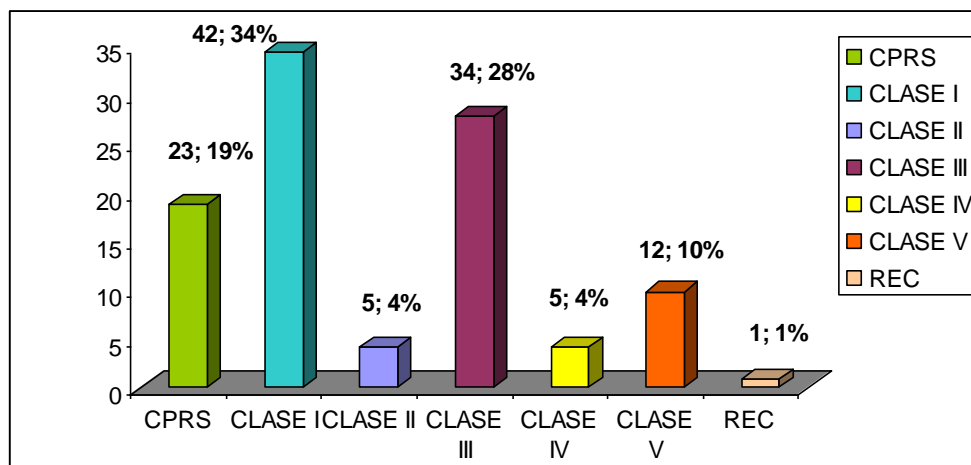
Facultad de Odontología. UCV. 2007

RESTAURACIONES DE RESINA	FRECUENCIA	%
CPRS	23	19%
CLASE I	42	34%
CLASE II	5	4%
CLASE III	34	28%
CLASE IV	5	4%
CLASE V	12	10%
RECONSTRUCCIÓN	1	1%
TOTAL	122	100%

Gráfico N°9

Distribución de la muestra según el tipo de restauración de resina.

Facultad de Odontología. UCV. 2007



La distribución de la muestra según el tipo de restauración de resina realizadas, nos muestra 7 tipos, la mayor frecuencia se encontró en las cavidades Clase I de resina con el 34% es decir

42 restauraciones, en orden decreciente las cavidades Clase III ocupan el segundo lugar con el 28%, las cavidades preventivas de resina-sellante ocupan el tercero con el 19%, en el cuarto lugar las cavidades Clase V con 10% y en el quinto lugar las reconstrucciones de resina con el 1%. (Cuadro N°9 y Gráfico N°9)

Cuadro N°10

Distribución de la muestra según las restauraciones de amalgama

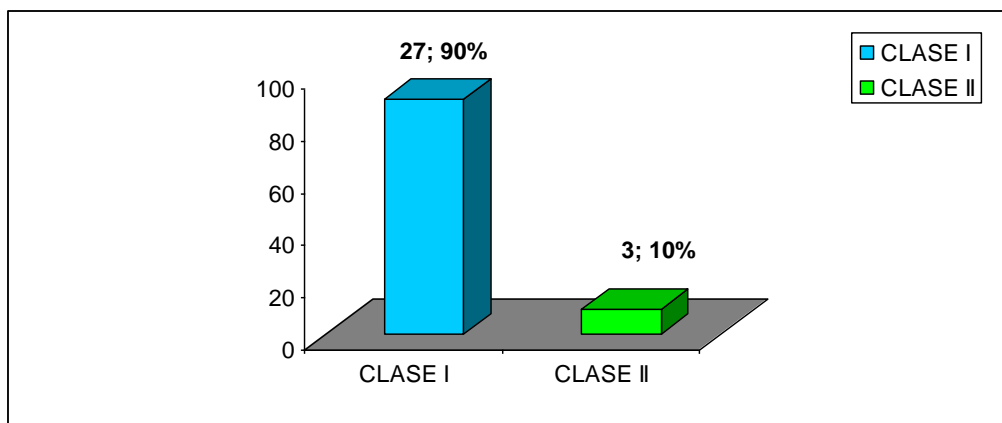
Facultad de Odontología. UCV. 2007

RESTAURACIONES DE AMALGAMA	FRECUENCIA	%
CLASE I	27	90%
CLASE II	3	10%
RECONSTRUCCIÓN	0	0
TOTAL	30	100%

Gráfico N°10

Distribución de la muestra según las restauraciones de amalgamas

Facultad de Odontología. UCV. 2007



Del total de 30 restauraciones de amalgamas realizadas, 27 amalgamas fueron Clase I y 3 Clase II que representan respectivamente el 90% y 10%. (Cuadro N°10 y Gráfico N°10)

Cuadro N°11

Distribución de la muestra según las restauraciones de vidrio ionomérico.

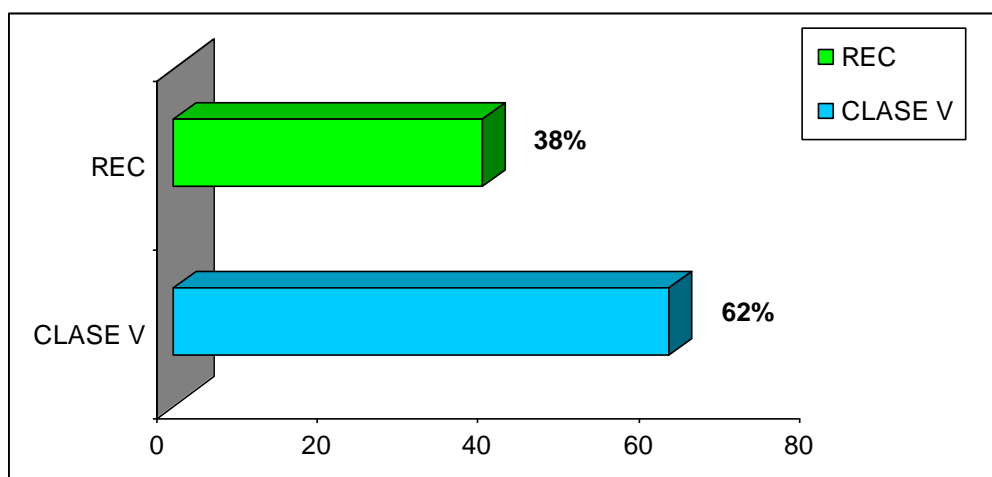
Facultad de Odontología. UCV. 2007

RESTAURACIONES DE VIDRIO IONOMÉRICO	FRECUENCIA	%
CLASE V	8	62%
RECONSTRUCCIÓN	5	38%
TOTAL	13	100%

Gráfico N°11

Distribución de la muestra según las restauraciones de vidrio ionomérico.

Facultad de Odontología. UCV. 2007



Se realizaron 13 restauraciones con vidrio ionómerico, de los cuales 8 fueron cavidades Clase V y 5 reconstrucciones, lo que representa el 62% y 38% respectivamente. (Cuadro N°11 y Gráfico N°11)

Cuadro N°12

Distribución de la muestra según las restauraciones con coronas.

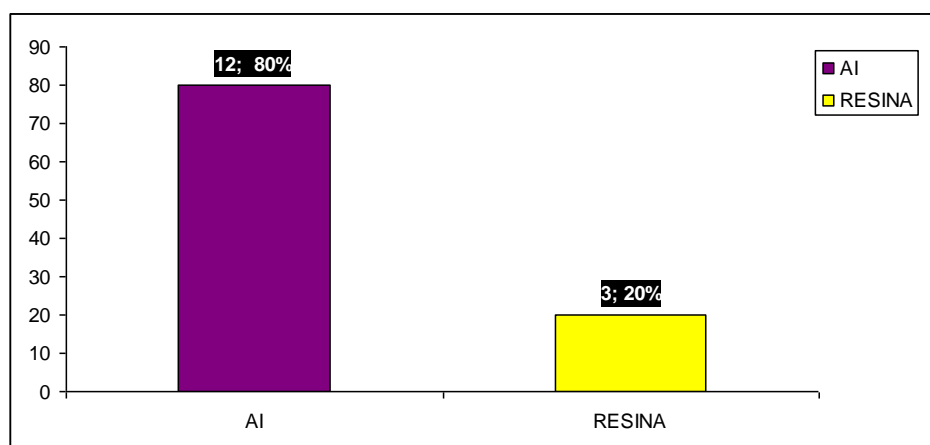
Facultad de Odontología. UCV. 2007

RESTAURACIONES CON CORONAS	FRECUENCIA	%
ACERO INOXIDABLE	12	80%
RESINA	3	20%
TOTAL	15	100%

Gráfico N°12

Distribución de la muestra según las restauraciones con coronas.

Facultad de Odontología. UCV. 2007



El resultado demostró que fueron realizadas 15 restauraciones de coronas, de las cuales 12 fueron de acero inoxidable y 3 de resinas, que representan el 80% y 20% respectivamente. (Cuadro N°12 y Gráfico N°12)

Cuadro N°13

Distribución de la muestra según los tratamientos endodónticos.

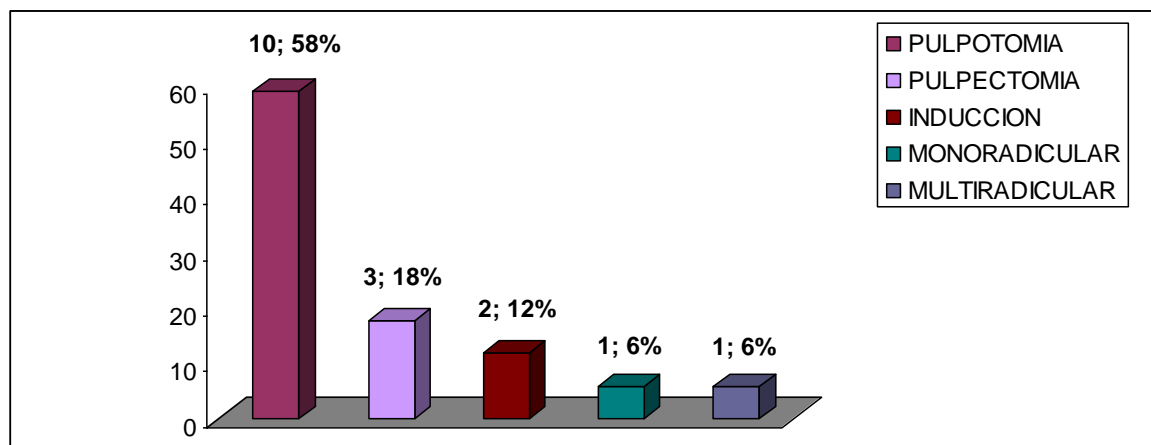
Facultad de Odontología. UCV. 2007

TRATAMIENTOS ENDODÓNTICOS	FRECUENCIA	%
PULPOTOMÍA	10	58%
PULPECTOMIA	3	18%
INDUCCIÓN A CIERRE	2	12%
MONORADICULAR	1	6%
MULTIRADICULAR	1	6%
TOTAL	17	100%

Gráfico N°13

Distribución de la muestra según los tratamientos endodónticos.

Facultad de Odontología. UCV. 2007



Cuadro N°13.1

Distribución de la muestra según los tratamientos endodónticos.

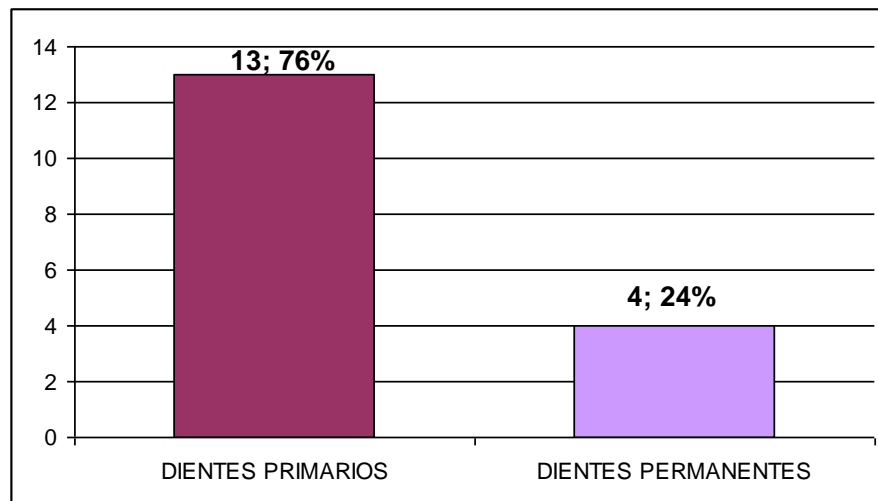
Facultad de Odontología. UCV. 2007

TRATAMIENTOS ENDODÓNTICOS	FRECUENCIA	%
DIENTES PRIMARIOS	13	76%
DIENTES PERMANENTES	4	24%
TOTAL	17	100%

Gráfico N°13.1

Distribución de la muestra según los tratamientos endodónticos.

Facultad de Odontología. UCV. 2007



En relación a la distribución de los tratamientos endodónticos, los resultados muestran que fueron realizadas 10 pulpotomías y 3 pulpectomías en dientes primarios que representa el 58% y 18% respectivamente. Se realizaron una endodoncia monoradicular, una multiradicular y dos inducciones

a cierre que representan el 6% y 12% respectivamente. (Cuadro N°13 y Gráfico N°13). El porcentaje de tratamientos endodónticos realizados en dientes primarios y permanentes fue de 76% y 24% respectivamente. (Cuadro 13.1 y Gráfico 13.1)

Cuadro N°14

Distribución de la muestra según las de cirugías.

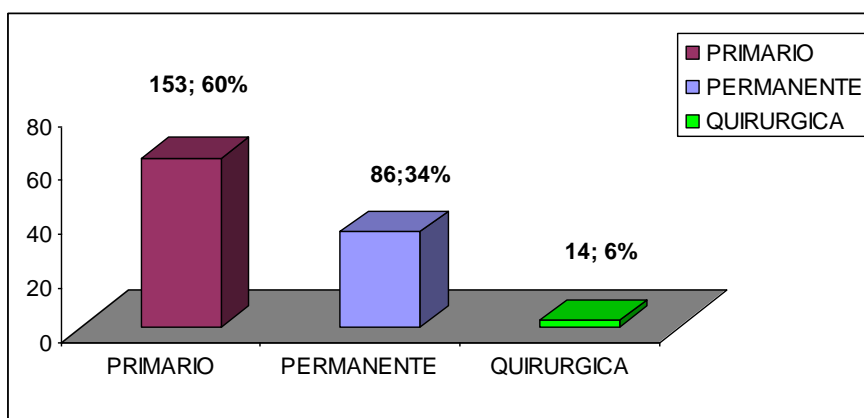
Facultad de Odontología. UCV. 2007

CIRUGÍAS	FRECUENCIA	%
DIENTES PRIMARIOS	153	60%
DIENTES PERMANENTES	86	34%
QUIRÚRGICAS	14	6%
TOTAL	253	100%

Gráfico N°14

Distribución de la muestra según las cirugías.

Facultad de Odontología. UCV. 2007



De un total de 253 exodoncias, 153 fueron en dientes primarios lo que representa el 60% y 86 fueron en dientes permanentes representando el 34%, solo 14 fueron exodoncias quirúrgicas que representan el 6%. (Cuadro N°14 y Gráfico N°14)

Cuadro N°15

Distribución de la muestra según los tratamientos protésicos.

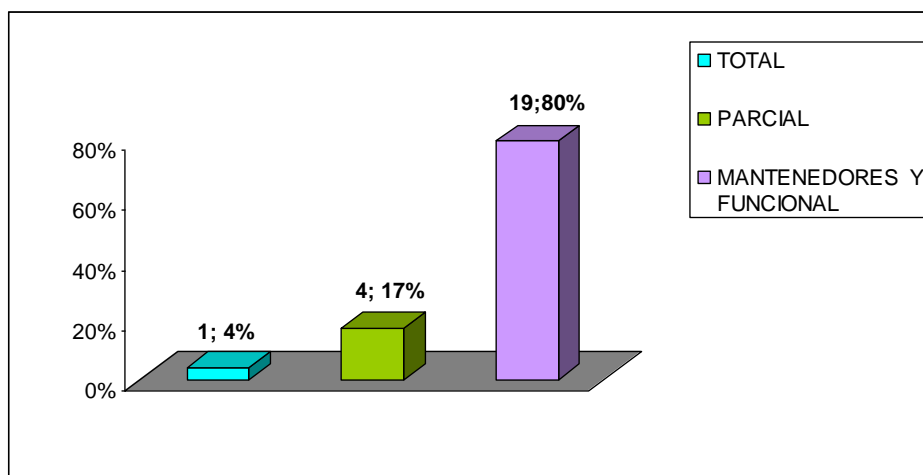
Facultad de Odontología. UCV. 2007

PROTÉSIS	FRECUENCIA	%
TOTAL	1	4%
PARCIAL	4	17%
MANTENEDOR DE ESPACIOS- APARATO FUNCIONAL	19	80%
TOTAL	24	100%

Gráfico N°15

Distribución de la muestras según los tratamientos protésicos.

Facultad de Odontología. UCV. 2007



Fueron realizados 24 tratamientos protésicos distribuidos de la siguiente manera: 19 mantenedores de espacios y aparato funcional (80%), 4 prótesis parciales (17%) y una prótesis total (4%). (Cuadro N°15 y Gráfico N°15)

Cuadro N°16

Distribución de la muestra relacionando el sexo con el tratamiento preventivo.

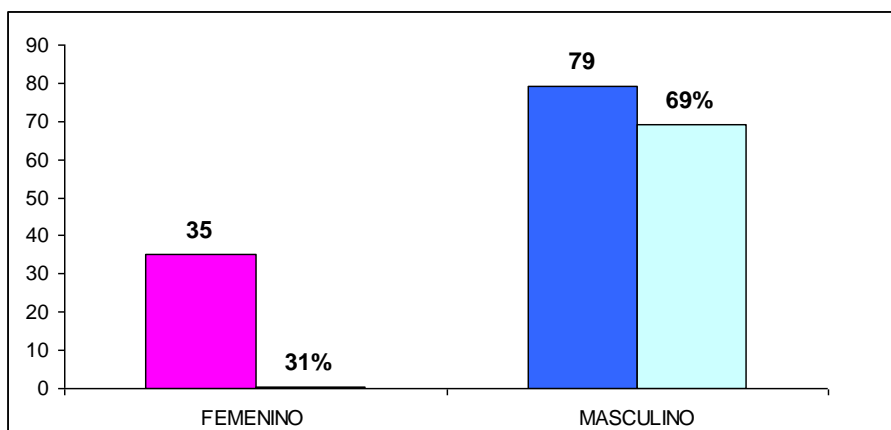
Facultad de Odontología. UCV. 2007

TRATAMIENTOS PREVENTIVOS		
SEXO	FRECUENCIA	%
FEMENINO	35	31%
MASCULINO	79	69%
TOTAL	114	100%

Gráfico N°16

Distribución de la muestra relacionando el sexo con el tratamiento preventivo.

Facultad de Odontología. UCV. 2007



Se realizaron 114 tratamientos preventivos, de los cuales 35 fueron en hembras y 79 en varones representado en 31% Y 79% respectivamente. (Cuadro N°16 y Gráfico N°17)

Cuadro N°17

Distribución de la muestra relacionando el sexo con las restauraciones.

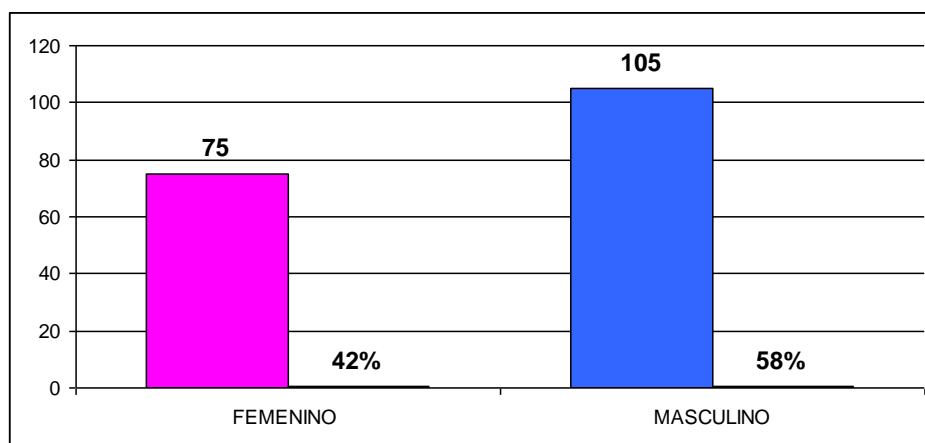
Facultad de Odontología. UCV. 2007

RESTAURACIONES		
SEXO	FRECUENCIA	%
FEMENINO	75	42%
MASCULINO	105	58%
TOTAL	180	100%

Gráfico N°17

Distribución de la muestra relacionando el sexo con las restauraciones.

Facultad de Odontología. UCV. 2007



La distribución según la relación del sexo con las restauraciones indica que de un total de 180 restauraciones la mayor frecuencia se ubica en el sexo masculino con el 58% y en el sexo femenino con el 42%. Cuadro N° 17 y Gráfico N°17)

Cuadro N°18

Distribución de la muestra relacionando el sexo con los tratamientos endodónticos.

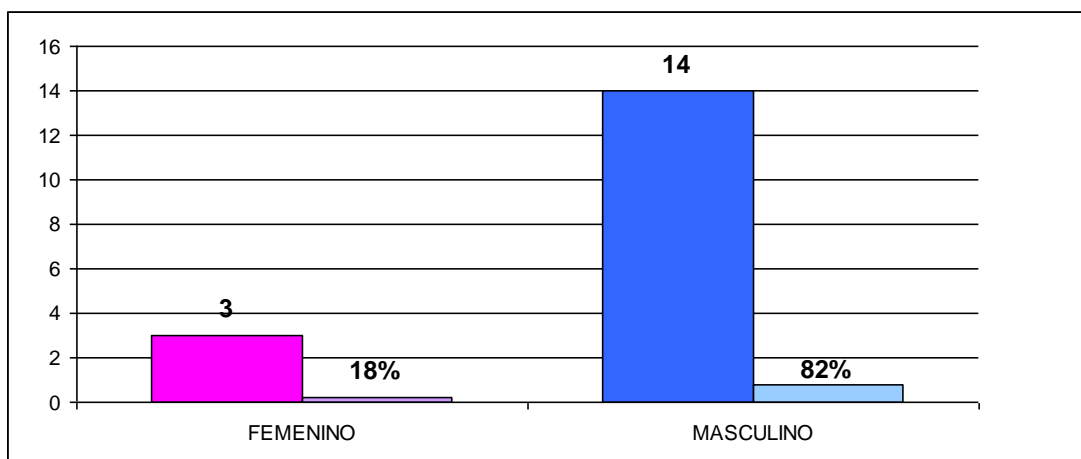
Facultad de Odontología. UCV. 2007

TRATAMIENTOS ENDODÓNTICOS		
SEXO	FRECUENCIA	%
FEMENINO	3	18%
MASCULINO	14	82%
TOTAL	17	100%

Gráfico N°18

Distribución de la muestra relacionando el sexo con los tratamientos endodónticos.

Facultad de Odontología. UCV. 2007



Según la distribución de la muestra relacionando el sexo con los tratamientos endodónticos registró que la frecuencia en varones es mayor que en las hembras, representando el 82% y 18% respectivamente. (Cuadro N°18 y Gráfico N°18)

Cuadro N°19

Distribución de la muestra relacionando el sexo con las cirugías.

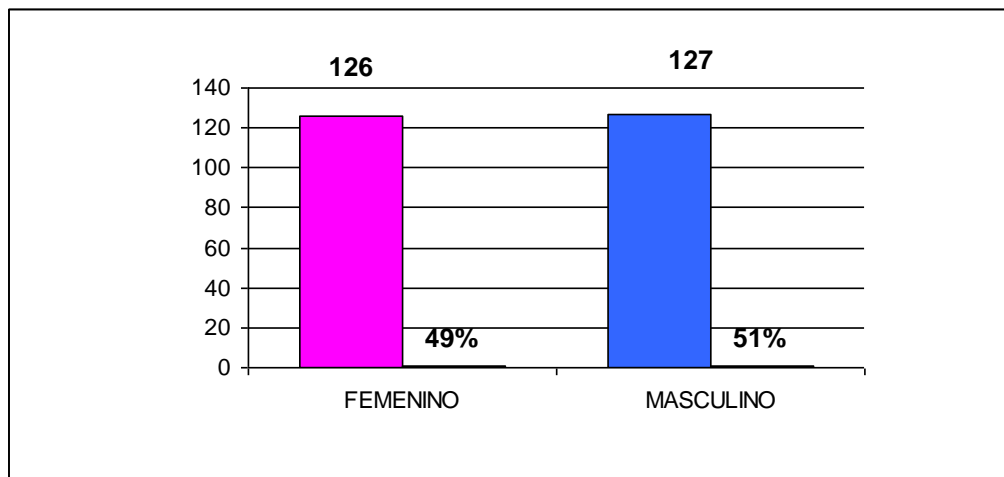
Facultad de Odontología. UCV. 2007

CIRUGÍAS		
SEXO	FRECUENCIA	%
FEMENINO	126	49%
MASCULINO	127	51%
TOTAL	253	100%

Gráfico N°19

Distribución de la muestra relacionando el sexo con las cirugías.

Facultad de Odontología. UCV. 2007



Se realizaron 253 cirugías distribuidas de la siguiente manera al relacionarlos con el sexo, 126 en las hembras y 127 en varones, representando respectivamente el 49% y 51%. (Cuadro N°19 y Gráfico N°19)

Cuadro N°20

Distribución de la muestra relacionando el sexo con los tratamientos protésicos.

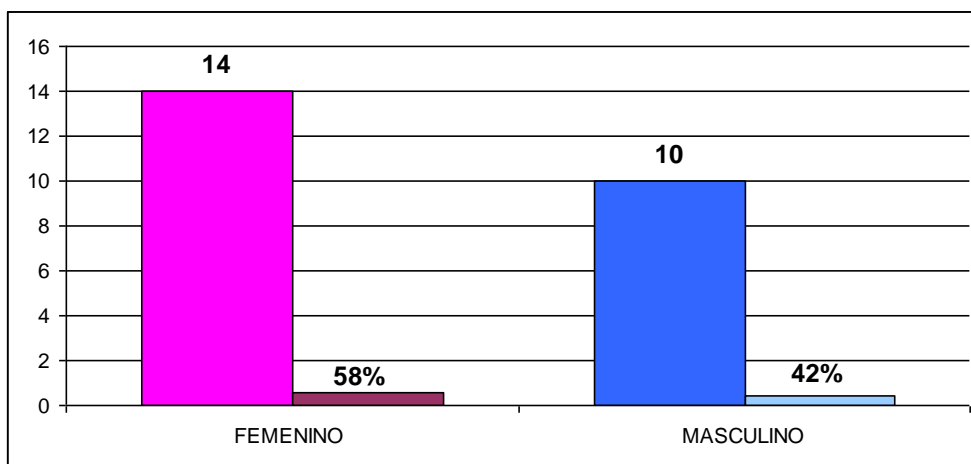
Facultad de Odontología. UCV. 2007

PRÓTESIS		
SEXO	FRECUENCIA	%
FEMENINO	14	58%
MASCULINO	10	42%
TOTAL	24	100%

Gráfico N°20

Distribución de la muestra relacionando el sexo con los tratamientos protésicos.

Facultad de Odontología. UCV. 2007



Según el sexo la mayor frecuencia de tratamientos protésicos realizados se registró en el femenino en 14 pacientes y en el masculino en 10, lo que representa el 58% y 42% respectivamente. Cuadro N°20 y Gráfica N°20)

Cuadro N°21

Distribución de la muestra relacionando el tratamiento preventivo con el grupo de edad.

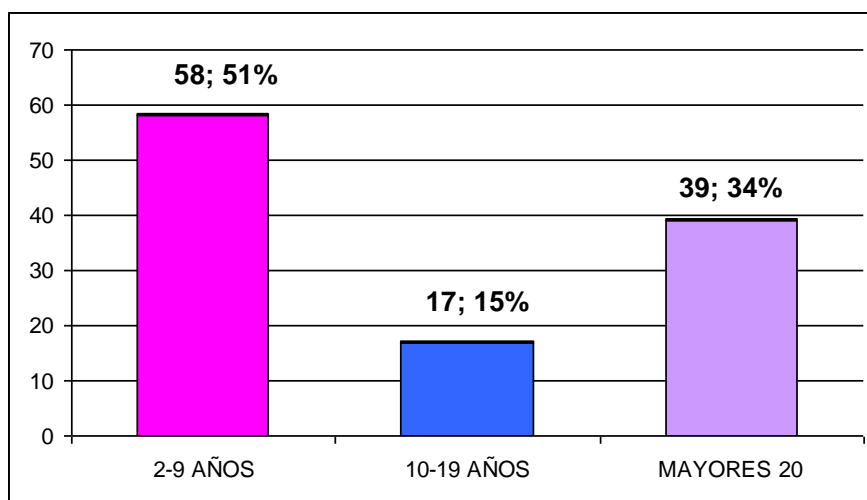
Facultad de Odontología. UCV. 2007

TRATAMIENTOS PREVENTIVOS		
GRUPO-EDAD	FRECUENCIA	%
2-9 AÑOS	58	51%
10-19 AÑOS	17	15%
MAYORES 20	39	34%
TOTAL	114	100%

Gráfico N°21

Distribución de la muestra relacionando el tratamiento preventivo con el grupo de edad.

Facultad de Odontología. UCV. 2007



Del total de 114 procedimientos preventivos, los resultados muestran que el 51% fueron realizados en el grupo con edades comprendidas entre 2-9 años, 34% en el grupo mayores de 20 años y 15% en el de 10-19 años. (Cuadro N°21 y Gráfico N°21)

Cuadro N°22

Distribución de la muestra relacionando las restauraciones con el grupo de edad.

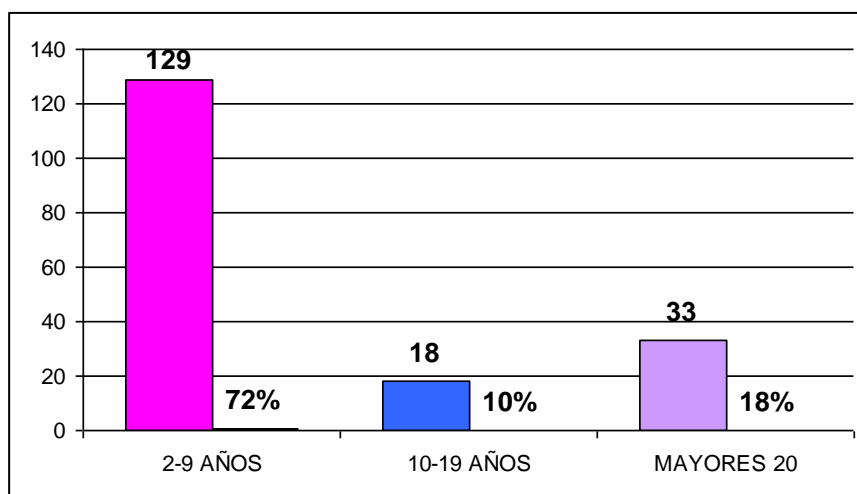
Facultad de Odontología. UCV. 2007

RESTAURACIONES		
GRUPO-EDAD	FRECUENCIA	%
2-9 AÑOS	129	72%
10-19 AÑOS	18	10%
MAYORES 20	33	18%
TOTAL	180	100%

Gráfico N°22

Distribución de la muestra relacionando las restauraciones con el grupo de edad.

Facultad de Odontología. UCV. 2007



En relación a la distribución de las restauraciones con el grupo de edad, los resultados muestran que fueron realizadas 180 restauraciones en los pacientes del grupo entre 2-9 años que representa el 71%, 33 en los de 10-19 años y 18 en el grupo mayores de 20 años, lo que representa el 18% y 10%

respectivamente. (Cuadro N°22 y Gráfico N°22)

Cuadro N°23

Distribución de la muestra relacionando los tratamientos endodónticos con el grupo de edad.

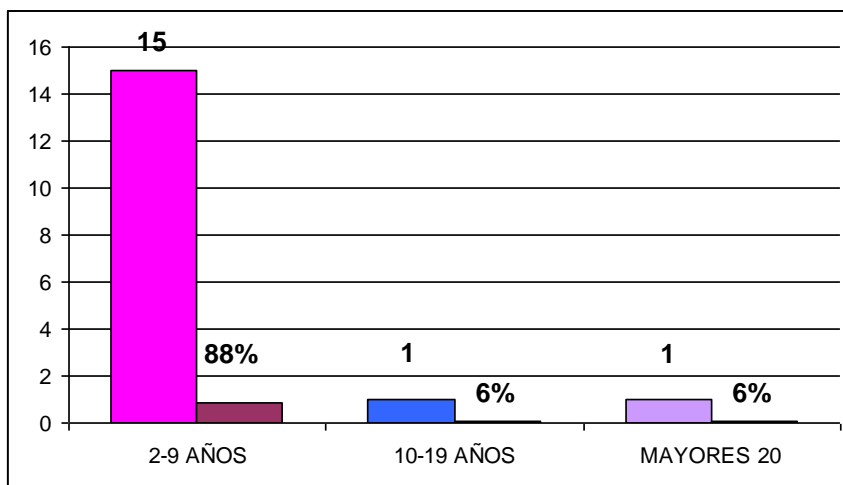
Facultad de Odontología. UCV. 2007

TRATAMIENTOS ENDODÓNTICOS		
GRUPO-EDAD	FRECUENCIA	%
2-9 AÑOS	15	88%
10-19 AÑOS	1	6%
MAYORES 20	1	6%
TOTAL	17	100%

Gráfico N°23

Distribución de la muestra relacionando los tratamientos endodónticos con el grupo de edad.

Facultad de Odontología. UCV. 2007



Del total de 17 tratamientos endodónticos, 88% fueron realizadas en niños con edades comprendidas entre 2-9 años, mientras que en los grupos de 10-19 años y mayores de 20 se registraron solo un caso en cada uno. (Cuadro N°23 y Gráfico N°23)

Cuadro N°24

Distribución de la muestra relacionando las cirugías con el grupo de edad.

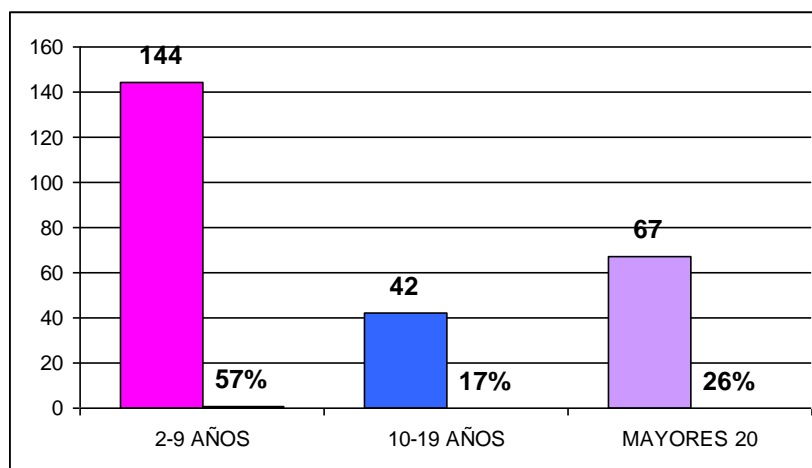
Facultad de Odontología. UCV. 2007

CIRUGÍA		
GRUPO-EDAD	FRECUENCIA	%
2-9 AÑOS	144	57%
10-19 AÑOS	42	17%
MAYORES 20	67	26%
TOTAL	253	100%

Gráfico N°24

Distribución de la muestra relacionando las cirugías con el grupo de edad.

Facultad de Odontología. UCV. 2007



La distribución de la muestra relacionando las cirugías con el grupo de edad demostró que la mayor frecuencia se encontró en el grupo de 2-9 años con el 57% con 147 exodoncias, en orden decreciente lo pacientes mayores de 20 años ocupan el segundo lugar con el 17% y en tercer lugar por el grupo de 10-19 años con el 17%. (Cuadro N°24 y Gráfico N°24)

Cuadro N°25

Distribución de la muestra relacionando los tratamientos protésicos con el grupo de edad.

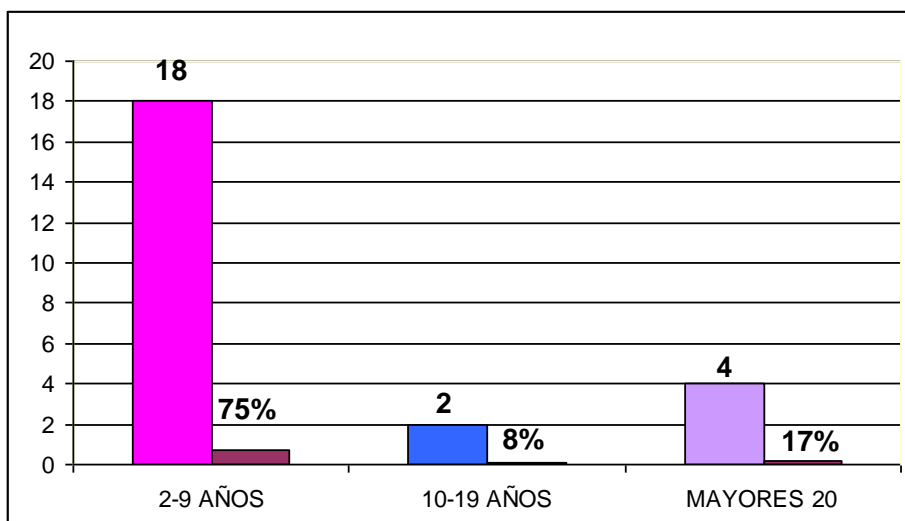
Facultad de Odontología. UCV. 2007

TRATAMIENTO PROTÉSICO		
GRUPO-EDAD	FRECUENCIA	%
2-9 AÑOS	18	75%
10-19 AÑOS	2	8%
MAYORES 20	4	17%
TOTAL	24	100%

Gráfico N°25

Distribución de la muestra relacionando los tratamientos protésicos con el grupo de edad.

Facultad de Odontología. UCV. 2007



Fueron realizados 24 tratamientos protésicos distribuidos de la siguiente manera relacionados con el grupo de edad: 18 en pacientes con edades comprendida entre 2 y 9 años (75%), 4 prótesis en pacientes mayores de 20 años (17%) y 2 en el grupo

comprendido de pacientes entre 10-19 años (4%). (Cuadro N°25 y Gráfico N°25)

Cuadro N° 26

Distribución de los casos según la participación o no de otras interdisciplinas.

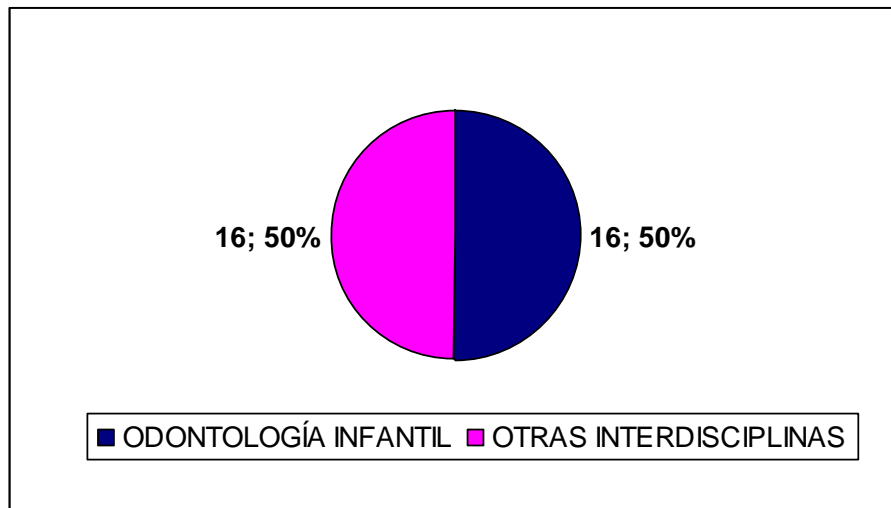
Facultad de Odontología. UCV. 2007

INTERDISCIPLINAS	FRECUENCIA	%
ODONTOLOGÍA INFANTIL	16	50%
OTRAS INTERDISCIPLINAS	16	50%
TOTAL	32	100%

Gráfico N°26

Distribución de los casos según la participación o no de otras interdisciplinas.

Facultad de Odontología. UCV. 2007



Cuadro N°26.1

Números de casos en los cuales intervinieron los diferentes Postgrados.

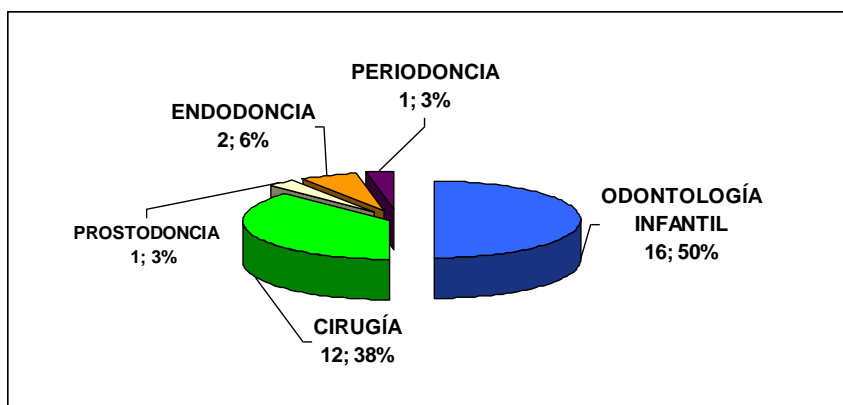
Facultad de Odontología. UCV. 2007

INTERDISCIPLINAS	FRECUENCIA	%
ODONTOLOGÍA INFANTIL	16	50%
CIRUGÍA	12	38%
PROSTODONCIA	1	3%
ENDODONCIA	2	6%
PERIODONCIA	1	3%
TOTAL	32	100%

Gráfico N°26.1

Números de casos en los cuales intervinieron los diferentes Postgrados.

Facultad de Odontología. UCV. 2007



En el 50% de los casos intervino el Postgrado de Odontología Infantil conjuntamente con otras interdisciplinas, distribuidos de la siguiente manera: 12 por el Postgrado de Cirugía Bucal (38%), 2 por el Postgrado de Endodoncia (6%) y 1 caso para el Postgrado de Periodoncia y Operatoria y Estética representando cada uno el 3%. Cuadro N°26 y 26.1 y Gráfico N° 26 y 26.1)

Cuadro N°27

Distribución de la muestra según el alta.

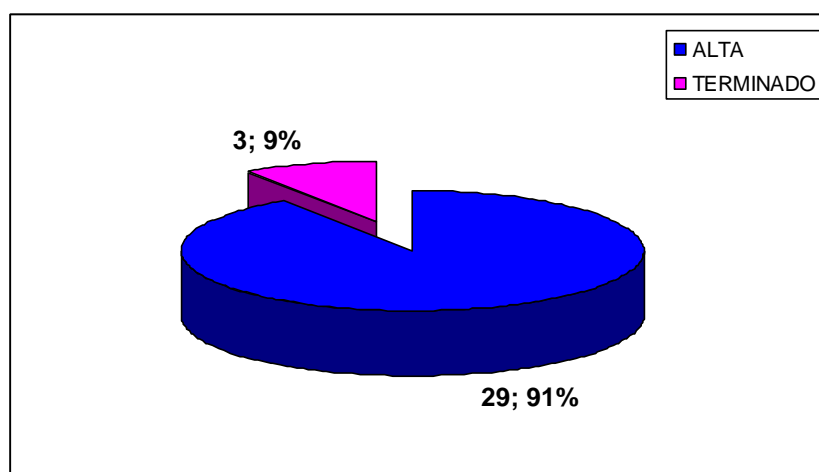
Facultad de Odontología. UCV. 2007

	FRECUENCIA	%
ALTA	29	91%
TERMINADO	3	9%
TOTAL	32	100%

Gráfico N°27.

Distribución de la muestra según el alta.

Facultad de Odontología. UCV. 2007



La distribución de la muestra demostró que 29 pacientes fueron dados de alta y 3 terminados, lo que representa el 91% y 9% respectivamente. (Cuadro N° 27 y Gráfico N°27)

VII DISCUSIÓN

Partiendo del hecho de que el especialista en odontología infantil se encarga de promover y proporcionar la salud bucal en los pacientes pediátricos y adolescentes⁵⁰, existe un sector de la población con discapacidad que es de competencia y responsabilidad del odontopediatra para su atención, independientemente de la edad y tipo de discapacidad.^{30,51,52}

Es común el uso de anestesia general para facilitar el tratamiento dental en pacientes de corta edad^{49,53,54} y con discapacidad^{2,3,4,9,21}, ya que por lo general requieren de tratamientos extensos, y no cuentan con la madurez y desarrollo necesario para colaborar durante la consulta odontológica convencional.

Se ha demostrado que los procedimientos realizados bajo anestesia general minimizan las visitas a la consulta odontológica para repetir las restauraciones que fueron realizadas durante este procedimiento^{55,56}, facilitando la rehabilitación bucal con calidad¹.

El propósito de este estudio fue describir las necesidades de tratamiento odontológico en un grupo de pacientes pediátricos y jóvenes y adultos con discapacidad atendidos bajo

anestesia general en el Quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela por los Residentes del Postgrado de Odontología Infantil en el año 2007.

En la población muestral que fue objeto de estudio se encontró que el 97% de la misma recibió rehabilitación bucal bajo anestesia general y el 3% bajo sedación. El número total de casos realizados en el quirófano fue de 34 ya que dos de los pacientes necesitaron ser re-intervenidos.

La distribución de los pacientes según el sexo fue de 18 varones y 14 hembras que representan 56% y el 44% respectivamente. Mirko y cols. reportaron en su estudio de 1982 a finales del 2002 en donde trataron a 680 pacientes con discapacidad y niños con corta edad bajo anestesia general; el 57% fueron varones y el 47% hembras¹². Coincidiendo estos resultados con nuestro estudio.

En Arabia Saudita, Al-Malik y cols. determinaron las características y tipo de tratamiento dental que se le realizaban a los pacientes bajo anestesia general, del total de su muestra 182 pacientes, el 56% estuvo representado por varones y el 44% por hembras⁵⁷. Haubek al evaluar 867 pacientes también tratados bajo anestesia general obtuvo el mismo resultado según la distribución por sexo.⁶

Anderson y cols. al estudiar los cambios en 95 niños después que habían sido rehabilitados bajo anestesia general obtuvieron que la proporción de pacientes varones era mayor al ser comparada con las hembras.⁵⁸

Los porcentajes citados anteriormente concuerdan con la población objeto de nuestro estudio; sin embargo otros estudios difieren un poco con los resultados obtenidos. Savanheimo y cols. evaluaron a 103 niños, de los cuales las hembras fueron las que mayormente recibieron tratamiento odontológico bajo anestesia general al ser comparados con los del sexo masculino⁵⁹, al igual que la investigación reportada por Kakaounaki y cols. en el Reino Unido.⁶⁰

Lo anteriormente señalado indica que los resultados en relación al sexo dependen de la población estudiada.

Pacientes con corta edad y con caries rampantes constituyó la mayor indicación para el uso de anestesia general en nuestro estudio, representando el 47% de los casos, coincidiendo con el estudio reportado por Vinkier y cols⁷. Los pacientes con discapacidad representaron un 44% siendo el retardo mental la discapacidad que con mayor frecuencia fue atendida en el quirófano durante el año 2007, tal y como lo reportó Al-Malik y Takano en el año 2006 y en 1994 en el estudio de Arabia Saudita

y Tsurumi^{57,61}, y el 9% por pacientes con discapacidad. Sin embargo varios estudios afirman que son los niños pequeños con tratamiento extenso los que comúnmente reciben tratamiento dental bajo anestesia general⁶². Quedando demostrado en este estudio, que los niños con corta edad y con caries rampante son los que tienen la mayor atención del cuidado dental bajo anestesia general en el Quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela durante el año 2007.^{36,42,53,62,63,64}

La alta prevalencia de caries dental y enfermedad periodontal en este sector de la población pediátrica, poco colaboradora con presencia de caries rampante y del paciente con discapacidad, como consecuencia de una higiene bucal deficiente y en muchos casos por una dieta inadecuada, se ven con la necesidad de ser atendidos bajo anestesia general para recibir tratamiento restaurador en dientes primarios y permanentes y así devolver la anatomía y función que requieren.

El tratamiento odontológico mayormente realizado en el área quirúrgica resultó ser las exodoncias de dientes primarios y permanentes y en menor proporción los tratamientos endodónticos; esto puede deberse a que estos pacientes no reciben el cuidado dental que requieren; ya que aun cuando en

condiciones normales en el tratamiento ambulatorio se pueden realizar tratamientos endodónticos (curas formocresoladas, pulpotomías no fijadas) en varias sesiones, en el acto quirúrgico se debe ser radical en el sentido que dientes con pronóstico dudoso o reservado debe ser extraído a fin de evitar complicaciones futuras, pues el paciente no podría ser re-intervenido.

Como consecuencia de lo anteriormente expuesto la prevalencia de pérdidas dentarias en este tipo de población es mayor; como consecuencia de esto las prótesis⁶⁵ y los mantenedores de espacios constituyen una opción para reemplazar los dientes ausentes; tomando en consideración y valorando las alternativas posibles para la rehabilitación protodóncica de forma individual⁶⁵ ya que se presentan casos en que la rehabilitación protésica estará contraindicada.

El área restauradora ocupó el segundo lugar de los tratamientos que con mayor frecuencia fueron realizados, se utilizaron diferentes tipos de materiales para restaurar dientes primarios y permanentes como resina, amalgama, vidrio ionomérico y restauraciones con coronas de acero y/o resina.

Los resultados concuerdan con la mayoría de los estudios que reportan que las restauraciones y las exodoncias son los

procedimientos que con mayor frecuencia son realizados en el quirófano, siendo las resinas el material mas utilizado seguido de la amalgama y restauraciones con coronas de acero inoxidable.^{9,12, 36,58}

El estudio realizado por Vinkier y cols. difieren de nuestros resultados ya que el material que con mayor frecuencia utilizó para la restauración de dientes fue la amalgama seguido de la resinas.⁷

De los 32 pacientes atendidos, 29 fueron dados de alta y sólo tres terminados.

VIII CONCLUSIONES

- La técnica de anestesia general se considera una alternativa para la rehabilitación bucal del paciente pediátrico, joven y adulto con discapacidad.
- Hubo mayor proporción de varones para un 56 % del total de la muestra, mientras que las hembras conformaron el 44%.
- La indicación mas común para que el paciente sea tratado con anestesia general en el Quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela por el Postgrado de Odontología Infantil durante el año 2007, fue en niños con corta edad con caries rampante seguido de pacientes con discapacidad.
- La caries dental, problemas periodontales y maloclusiones son las manifestaciones clínicas que comúnmente se observan en la mayoría de los pacientes atendidos bajo anestesia general para recibir atención odontológica
- Las exodoncias de dientes primarios y permanentes seguido de las restauraciones y tratamientos preventivos, fueron los tratamientos odontológicos que con mayor frecuencia se realizaron.

- El Postgrado de Cirugía Bucal es el que con mayor frecuencia interviene en los procedimientos de atención al paciente joven y adulto con discapacidad conjuntamente con el Postgrado de Odontología Infantil.
- La mayoría de los pacientes fueron dados de alta, sólo tres fueron terminados ya que uno esta en fase de rehabilitación protésica, otro esta siendo atendido por el Postgrado de Endodoncia y una no asistió mas a la consulta.

IX RECOMENDACIONES

Es importante la planificación de estudios que involucren a todo el gremio odontológico en la participación para la atención del paciente con discapacidad, ya que dicha población es amplia y no solamente debe ser competencia del odontopediatra como tradicionalmente ha sido hasta ahora en nuestro país.

Es necesario realizar estudios que permitan conocer la realidad del estado bucal de estos pacientes para poder brindarles mejor calidad de vida, por medio de programas y políticas asistenciales, de tal manera que se proyecten hacia la formación para la atención de la población con discapacidad de manera conjunta e integrada.

Ajustar las políticas y planes de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela a la realidad de las necesidades de tratamiento odontológico de esta población, por lo que se hace necesario seguir investigando, comprometiendo de esta manera a todos los Postgrados en la atención de este grupo de pacientes tan necesitado ya que sólo el Postgrado de Cirugía Bucal trabaja conjuntamente con el Postgrado de Odontología Infantil y en ciertos casos se cuenta con la colaboración del Postgrado de Endodoncia, Estética y Prótesis de manera no formal ni permanente.

Implementar mayor cantidad de turnos para poder brindar mayor atención odontológica a esta población; ya que sólo se cuenta con un turno clínico a la semana y esto trae como consecuencia que sean atendidos menor cantidad de pacientes.

X REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Clínicas odontológicas de norteamérica. Anestesia en odontología. 1999. Vol.21.

² Limeres P, Vásquez E, Medina J, Tomás I, Fernández F, Dis P. Evaluación preanestésica de discapacitado severos susceptibles de tratamiento odontológico bajo anestesia general. Med Oral 2003;8:353-60.

³ Wilson S. Pharmacologic behavior management for paediatric dental treatment. Paediatr Clin Noth Am 2000;47:1159-7.

⁴ Carson P, Freeman R. Dental caries, age and anxiety: factors influencing choice for children attending for emergency dental care. Community Dent Oral Epidemiol 2001;29:30-6.

⁵ Tiller, S.; Wilson, KL.; Gallagher JE. Oral health status and dental service use of adults with learning disabilities living in residential institutions and in the community. Community Dent Health 2001;18:167-71

⁶ Haubek D, Fuglsang M, Poulsen S, Rolling I. Dental treatment of children referred to general anaesthesia-association with country of origin and medical status. International Journal of Paediatric Dentistry 2006;16:239-246.

⁷ Vinkier F, Giziani S, Declerk D. Comprehensive dental care for children with rampant caries under general anaesthesia. *International Journal of Pediatric Dentistry* 2001;11:25-32.

⁸ Salazar A. Sedación analgesia en la práctica odontológica. 2005.

⁹ Hennequin M, Faulks D, Roux D. Accuracy of estimation of dental treatment need in special care patients. *Journal of dentistry* 2000: pp. 131-136.

¹⁰ Shenkin J, Martin D, Corbin Stephen. The oral health of special needs children: dentistry's challenge to provide care. *Journal of Dentistry for Children* 2001;201-205.

¹¹ Del Valle S. Manejo multidisciplinario de la sedación intravenosa en Cirugía Bucal. *Acta Odontológica Venezolana* 2005; Vol.43.No.1. p.p.69-80

¹² Mirko M, Stipe C. Our experieencie in oral treatment on handicapped and children and young people by the application of general anaesthesia. *Acta Stomtol Croat* 2005; Vol 39, br,2:211-215.

¹³ American Academy of Pediatric Dentistry. Guidelines for the elective use of conscious sedation, deep sedation and general

anesthesia in pediatric dental patients. 1999-2000;68-73.

¹⁴ Pinkham, J.R. Odontología pediátrica. 3^a Ed. 2001. p.p 306-308

¹⁵ Rosestein, S. Dental and oral conditions in a group of mental retardated. Attending occupation day center. The New York State Dental Journal 1971; Vol.37. N.7 pp: 416-421

¹⁶ Pirela M, Salazar C, Manzano M. Patología bucal prevalente en niños excepcionales. Acta Odontológica Venezolana 1999; Vol.37. N3. pp: 192-198.

¹⁷ Nathan J. Managing behavior of preoperative children. Dent Clin. Nort Am 1995; 39:803_11.

¹⁸ Wilson S. Pharmacologic behavior management for paediatric dental treatment. Paediatr Clin Noth Am 2000; 47:1159-75.

¹⁹ Nova J, Gallardo N, Martín C, Mourelle R, Alonso Y, Cariacedo E. Criteria for selecting children with special needs for dental treatment under general anaesthesia. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2007; Nov 1;2(7):E496-503.

²⁰ Jamieson W, Vargas K. Recall rates and caries experience of patients undergoing general anesthesia for dental treatment. Pediatric Dentistry 2007;29:253-7.

-
- ²¹ Bello L. A retrospective study of pediatric dental patients treated under general anesthesia. Saudi dental Journal 2000; Vol. 12, No,1;10-13
- ²² White H, Lee Y, Rozier G. The effects of general anesthesia legislation on operating room visits by preschool children undergoing dental treatment. Pediatric Dentistry 2008; Vol. 30. No. 1;70-75.
- ²³ Del Petrocinio M, Rodriguez S, Machuca G. Tratamiento odontológico bajo anestesia general: ¿un procedimiento útil en el tercer milenio?. Med Oral 2003; 8:129-35.
- ²⁴ Saldarriaga A. Anestesia general: una estrategia de manejo en odontopediatría. [Página web en línea]. Disponible: [http://encolombia.com/ortopedivol197-guia de manejo9-4.htm](http://encolombia.com/ortopedivol197-guia%20de%20manejo9-4.htm). [Consulta: 2007, Octubre 16].
- ²⁵ Salazar A. Pautas para la Aplicación de la Sedación/Analgesia en la Práctica Odontológica. (Una propuesta para la Facultad de Odontología, de la UCV). 2001. Trabajo de Ascenso.
- ²⁶ Salazar A. Anestesia General y sedación en odontología. Acta Odontológica Venezolana 1999; Vol. 37. N°2.
- ²⁷ Casanova M. El paciente en desventaja. Una realidad-una

propuesta”. Trabajo para ascender a la categoría de Agregado en el Escalafón Universitario,UCV. 1999.

²⁸ Paciente discapacitado. Normas para su atención en odontología.Disponible:<http://www.odontologiaonline.com/casos/part/YRG/YRG01/yrg01a.html> - 71k [Consulta: 2007, Octubre 16].

²⁹ Ley para personas con discapacidad. Asamblea Nacional. Gaceta Oficial Número 38598 del 05/01/2007.

³⁰ Longobardi M. Prevalencia de caries y enfermedad periodontal en un grupo de pacientes institucionalizados con retardo mental en el área metropolitana. Trabajo para ascender a la categoría de Profesor Asistente en el Escalafón Universitario, UCV.2007.

³¹ Lawton L. Providing dental care for special patients. Jada 2002; Vol.133;1667-1671.

³² Quintero M, Salazar C, Padrón M, Salazar J, Buitrago S. Actitud del odontólogo hacia los niños y adolescentes discapacitados. Acta Odontológica de Venezuela 2005;Vol.43.No.3.54-58.

³³ Aquino A, Contreras B, Martinez I, Morales A, López R. Estado de salud bucal en pacientes con discapacidad y sus diversas patologías”.[Página web en línea]. Disponible: <http://>

[www.odontologia.iztacala.unam.mx/intrum_y_lab1/coloquioXVII/c
ontenido/cartel/cartel_15w.htm_90k](http://www.odontologia.iztacala.unam.mx/intrum_y_lab1/coloquioXVII/c
ontenido/cartel/cartel_15w.htm_90k)[Consulta: 2007, Octubre 16].

³⁴ Jiménez M, Buñuales D, Martín J. La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) 2001. Rev Esp Salud Pública 2001; 76: 271-279.

³⁵ Del Cojo M, Gallardo N, De Nova García J, Mourelle M. Dental treatment for disabled children in spanish public health system. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2007; 1:12(6).

³⁶ Baenz-Ferrer C, Roseman B, Dumas H, Haley S. Parenteral perceptions of oral health-related quality of life for children with special needs: impact of oral rehabilitation under general anesthesia. Pediatric Dentistry 2005; 27:2.

³⁷ Adenubi J, Saleem P, Martinez J. Dental health care at the disable children's rehabilitation center in Riyadh. Saudi Dental Journal 1997.

³⁸ Snyder JR, Knopp JJ, Jordan W. Dental problems of non-institutionalized mentally retarded children. Northwest Dent 1960;39:123-33.

³⁹ Thornt J, Al Zahid S, Campbel V, Marchetti A, Bradley E. Oral hygiene levels and periodontal disease prevalence among

residents with mental retardation at various residential settings. *Spec Care Dent* 1989;9:186-90.

⁴⁰ Mouradian W. The Face of a Child: Children's Oral Health and Dental Education. *Journal of Dental Education* 2001; Vol.65.No.9.

⁴¹ Hernández A, Hernández T, Ruiz E, Porteros J. Results of a dental care protocol for mentally handicapped patients set in a primary health care area in Spain. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2007; Nov 1;12(7):E492-5.

⁴² Rayner J, Holt R, Blinkhorn F, Duncan K. British society of paediatric dentistry: a policy document on oral health care in preschool children. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2003;13:279-285.

⁴³ Kopicka D, Auinger P. Dental needs and status of autistic children: results from the national survey of children's health. *Pediatric Dentistry* 2008; Vol.30. No.1.54-58.

⁴⁴ Shapira J, Mann J, Tamar I, et al. Oral health status and dental needs of an autistic population of children and young. *Spec Care Dent* 1989;9:38-41.

⁴⁵ Ferreira M, Ferreira J. Untreated dental caries in children with cerebral palsy in the Brazilian context. *International Journal of*

Paediatrics Dentistry 2008;18:131.136.

⁴⁶ Oral Conditions in Children with Special Needs. A guide for health care providers. 2006. Disponible: <http://www.nidcr.nih.gov/HealthInformation/DiseasesAndConditions/ChildrensOralHealth/SpecialNeeds.htm>. Consulta: 2008, Abril 9.

⁴⁷ Becker A, Chaushu S, Shapira J. Treatment for the special needs child. Seminars in Orthodontics. J. Orthodontic 2004; Vol.10.Issue 4. pp. 281-292.

⁴⁸ Chadwick S, Asher-Mcdade C. The orthodontic management of patients with profound learning disability. British Journal of Orthodontics 1997;Vol. 24/117–125.

⁴⁹ Longobardi M, Martínez V. Condiciones del componente bucal de salud en un grupo de pacientes institucionalizados con retardo mental del área metropolitana. Trabajo Especial de grado para optar el Título de Especialista en Odontología Infantil. 1997.

⁵⁰ Guidelines of use of anesthesia personnel in the administration of office based deep sedation/general anesthesia to the pediatric dental patient. American Academy of Pediatric Dentistry 2008; Vol. 29. No 7.152-154.

⁵¹ Coto M, Pérez C. Lineamientos para un programa de atención

odontológica en 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 la técnica de sedación mínima y moderada. Trabajo de grado para optar al Título de Especialista en Odontopediatría, UCV. 2002.

⁵² Pezzementi M, Fisher M. Oral health status of people with intellectual disabilities in the southeastern United States. *The Journal of the American Dental Association* 2005; 136:903-912.

⁵³ Schroth R, Smith W. A review of repeat general anesthesia for pediatric dental surgery in Alberta, Canada. *Pediatric Dentistry* 2007; Vol. 29. No.6;480-487.

⁵⁴ Amin M, Harrison R, Weinstein P. A qualitative look at parent's experience of their child's dental general anaesthesia. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2006; 16:309-319.

⁵⁵ Stapleton M, Sheller B, Williams B. Combining procedures under general anesthesia. *Pediatric dentistry* 2005; Vol. 29. No.5:397-402.

⁵⁶ Lee Y, Vann W, Roberts M. A cost treating pediatric dental patients using general anesthesia vs conscious sedation. *Pediatric Dentistry* 2000;22:27-32.

⁵⁷ Al-Malik M, Al-Sarheed M. Comprehensive dental care of pediatric patients treated under general anesthesia in a hospital setting in Saudi Arabia. *The Journal of Contemporary Dental Practice* 2006; Vol. 7. No. 1;1-9.

⁵⁸ Anderson H, Drummond B, Thonsson W. Changes in aspects of children's oral-health-related quality of life following dental treatment under general anaesthesia. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2004;14:317-327.

⁵⁹ Savanheimo N, Vehkalahti M. Preventive aspects in children's carie treatments preceding dental care under general anaesthesia. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2008;18:117-123.

⁶⁰ Kakaounaki E, Thhmassebi J, Fayle S. Further dental treatment needs of childrens receiving exodontia under general anaesthesia at a teaching hospital in the UK. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2006;16:263-269.

⁶¹ Takano F, Ohmori I. A longitudinal survey on the oral condition of the handicapped after dental treatment under general anesthesia. *Pediatric Dental Journal* 1994; 4(1):55-60.

⁶² Jamjoom M, Al-Malik M, Holt R, El-Nassry A. dental treatment

Ander general anaesthesia at a hospital in Yeddah, Saudi Arabia.
International Journal of Paediatric Dentistry 2001;11:110-116.

⁶³ Albadri S, Jarad F, Lee G, Mackie. The frequency of repeat general anaesthesia for teeth extractions in children.
International Journal of Paediatric Dentistry 2006; 16:45-48.

⁶⁴ Harrison M, Nutting. Repeat general anaesthesia for paediatric dent. British Dental Journal 2000. Vol 189:35-37.

⁶⁵ Jiménez J, Domínguez A, Jiménez M. Implantes en pacientes discapacitados. Méd Oral 2003;8:288-293.