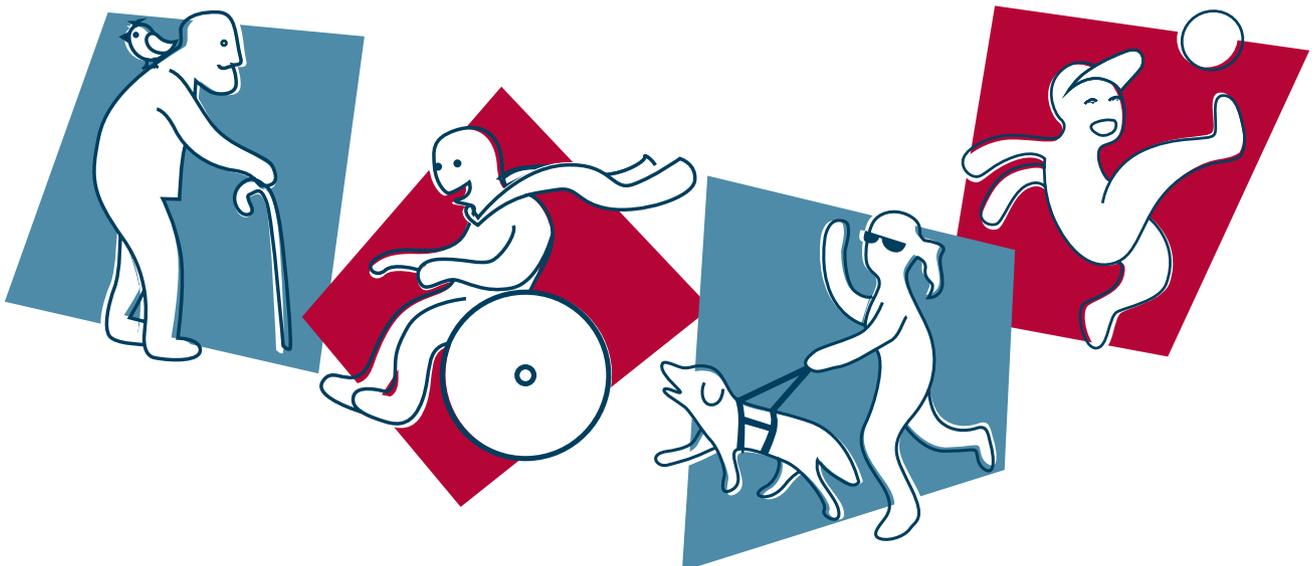


Manual de
Cuidados Especiales
en Odontología

Atención Odontológica de Personas en Situación de Discapacidad **que requieren Cuidados Especiales en Salud**



Editores:

Dra. Susanne Krämer Strenger
Dr. Marcelo Valle Maluenda

Autores:

Dra. Susanne Krämer ¹	Dr. Daniel Carreño ⁴	Dra. Pamela Espinoza ¹
Dr. Marcelo Valle ¹	Dra. Sofia Bonvallet ¹	Dra. Camila Pérez ¹
Dra. Mariana Cubillos ²	Dr. Andrés González ²	Dra. Dominique Gaete ¹
Dra. María José Letelier ¹	Dra. Nadia Ovies ¹	Dra. Karen Manríquez ⁵
Dra. Andrea Véliz ¹	Dra. Daniella Vergara ¹	Dr. Felipe Delgado ¹
Lorena Sepúlveda, Flga. ¹	Dra. Anika Stillfried ¹	Dra. Marcela Longos ¹
Ignacio Camarda, Flgo. ³	Dra. Silvia Monsalves ¹	Dra. Paola Torres ⁶
Dra. Chris Bergamin ¹	Dra. Carla Mendieta ¹	

1. Diploma de Postítulo en Atención Odontológica de Pacientes que requieren Cuidados Especiales. Facultad de Odontología, Universidad de Chile
 2. Servicio de Salud Valparaíso San Antonio.
 3. Fundación Alter Ego.
 4. Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda.
 5. Hospital de Lonquimay, Servicio de Salud Araucanía Norte.
 6. Hospital Dr. Rafael Avaria, Curanilahue, Servicio de Salud Arauco
-

Cursos:

VI Región del Libertador Gral. Bernardo O'Higgins, 5 y 6 de Septiembre 2014
V Región de Valparaíso, 26 y 27 de Septiembre 2014
VII Región del Maule, 10 y 11 de Octubre 2014
IX Región de la Araucanía, 28 y 29 de Noviembre 2014
VIII Región del Biobío, 12 y 13 de Diciembre 2014
IV Región de Coquimbo, 27 y 28 de Marzo 2015
XIV Región de Los Ríos, 17 y 18 de Abril 2015
X Región de Los Lagos, 24 y 25 de Abril 2015
XIII Región Metropolitana (1), 17 y 18 de Mayo 2015
XIII Región Metropolitana (2), 29 y 30 de Mayo 2015

Equipo Docente:

Dra. Susanne Krämer	Dr. Gerhart Wegener	Dra. Andrea Véliz	Dra. Daniella Vergara
Dr. Marcelo Valle	Ignacio Camarda, Flgo.	Dra. Claudia Díaz	Dr. Enrico Escobar
Dra. Silvia Monsalves	Dra. Mariana Cubillos	Dr. Daniel Carreño	Dra. Maricela Sepúlveda
Lorena Sepúlveda, Flga.	Dr. Mauricio Baeza	Dra. Javiera Morán	Srta. Mónica Moraga
Dra. Gisela Zillmann	Dra. Gina Pennacchiotti	Dr. Victor Tirreau	Sra. Eugenia Rojas
Dr. Cristián González	Dra. Livia Barrionuevo	Dr. Miqueas Espinoza	

Diseño Gráfico:

Magdalena Domínguez

Fuente de financiamiento:

Servicio Nacional de Discapacidad – SENADIS

Palabras Vicedecana. Facultad de Odontología. Universidad de Chile

Desde el año 2005 un equipo de académicos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, Universidad estatal y pública que cumple un relevante rol social, preocupados por la salud oral de las personas en situación de discapacidad y de las falencias de la formación de los cirujanos dentistas a nivel nacional han estado realizando actividades destinadas a la atención inclusiva. Nos hemos perfeccionado en el tema, entusiasmado a las autoridades políticas de la Universidad y contactado con las instituciones encargadas de fortalecer las actividades que se puedan realizar en salud, como son el Servicio Nacional de la Discapacidad (Senadis) y el Ministerio de Salud. En el año 2010 este grupo de académicos inició la atención clínica de pacientes que requieren cuidados especiales en las dependencias de la Clínica Odontológica de la Universidad de Chile creando la "Clínica de Cuidados Especiales en Odontología".

Hasta ahora los cirujanos dentistas no han tenido educación universitaria formal en sus cursos de pregrado para atender personas en situación de discapacidad, desconociendo incluso no solo algunas patologías sistémicas, sino también la gravedad de patologías bucales prevalentes en ellas y muchas veces frente a la incertidumbre o susto a lo desconocido estos pacientes no son atendidos en un box dental, ni referidos a la atención de algún especialista.

El índice de natalidad en nuestra población ha disminuido notablemente en los últimos 20 años y como consecuencia tenemos una población que rápidamente va envejeciendo, lo que significa que en la medida que esta población avanza en edad también va presentando mayores riesgos de tener, a lo menos, enfermedades crónicas o algún tipo de invalidez física o neurológica que hay que tener presente cuando se deben realizar atenciones de salud, más aún cuando esta salud se ve afectada en uno de sus órganos que tiene que ver con la comunicación y alimentación, como lo es la cavidad oral y el aparato estomatognático.

Los autores y colaboradores de este manual pertenecemos a un equipo de trabajo interdisciplinario, donde confluyen el trabajo de odontólogos generales y especialistas, fonoaudiólogos, asistentes y técnicos en odontología cuyo interés común ha sido que las personas en situación de discapacidad y con problemas de salud oral puedan ser atendidas por un odontólogo, en lo posible en la forma más convencional posible (box dental) en atención primaria bajo el argumento de que no sólo debe tener atención inclusiva en el sistema de salud, sino también considerando el contexto sicosocial en que esta persona se debe desenvolver en su vida diaria y sólo poder referir a la atención secundaria si no se puede dar solución por la dificultad o complejidad que presente el caso.

Con gran alegría y entusiasmo hemos emprendido este viaje de sensibilización a la comunidad odontológica de nuestro largo país, para que se interesen en una atención inclusiva de niños, adolescentes y adultos que requieren cuidados especiales en odontología por presentar alguna discapacidad o capacidad diferente. Este entusiasmo se ha manifestado a través de los cursos "Capacitando en red" donde se ha llegado a diferentes zonas del país.

Como apoyo a la adquisición de estas competencias se ha decidido dejar plasmado en el presente "Manual de cuidados especiales en odontología" algunos tópicos y guías de refuerzo de los temas abordados en los cursos con la finalidad de que quienes lo consulten logren asumir también la responsabilidad de ser facilitadores en la construcción social de la salud y no una barrera más de acceso para las necesidades de salud que debe tener cualquier ciudadano de este país.

Se destaca que este manual ha sido elaborado interdisciplinariamente por un equipo de trabajo no sólo de académicos universitarios, sino también por profesionales que trabajan en algunos de los servicios de salud que han recibido capacitación o a través del Diplomado que oficialmente imparte el mismo equipo desde el año 2014, por lo que los temas son aquellos que se presentan en la realidad de atención de nuestro país.

Se debe agradecer a Senadis, Ministerio de Salud y a la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, instituciones que han estado siempre presentes en todo el proceso de desarrollo y que han posibilitado la elaboración de este manual.

Prof. Dra. Gisela Zillmann Geerds

Odontopediatra. Especialista en Salud Pública Odontológica
Vicedecana. Facultad de Odontología. Universidad de Chile



FACULTAD
ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Palabras Director Nacional. Servicio Nacional de la Discapacidad

Es sabido que la salud bucal representa un ámbito de la discapacidad habitualmente invisible, muchas veces no considerada por parte de los tomadores de decisiones públicas y, por tanto, con escasa presencia en las políticas, planes o programas del Estado.

Además, es altamente conocido que la salud bucal es tremendamente importante para el cuidado de la salud y bienestar social, existiendo una alta prevalencia y severidad de las enfermedades bucales que afectan la salud general y la calidad de vida de las personas; toda vez que existe un sinnúmero de acciones sociales que se dejan de realizar por complejos o complicaciones con su imagen, donde la salud bucal es fundamental para permitir un mejor desarrollo de la participación social de las personas en situación de discapacidad que se ven aquejados por estas dificultades.

Del mismo modo, las dificultades de acceso a las prestaciones de salud por parte de las personas en situación de discapacidad, las cuales van desde la falta de herramientas teóricas y prácticas por parte de los equipos de salud para atender y entregar tratamiento a las personas en situación de discapacidad hasta el no ser considerado como un factor relevante de atender por parte de las familias y personas en situación de discapacidad, propician un aumento de las complicaciones dentales al no recibir la atención necesaria en los plazos adecuados en comparación con la población general.

Es por ésto que el Estado, y el Servicio Nacional de Discapacidad (Senadis) en particular, trabajan con instituciones que desarrollan acciones entorno a visibilizar y mejorar la calidad de vida de las personas en situación de discapacidad en estos ámbitos, realizando acciones que promuevan el reconocimiento, respeto y valoración de estas situaciones e incentiven la igualdad de oportunidades de personas en situación de discapacidad.

Esta iniciativa, desarrollada en conjunto con la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile y el Ministerio de Salud, donde se recolectan los conocimientos que se han solicitado frecuentemente por los equipos territoriales en los cursos de Atención Odontológica para personas con necesidades especiales en odontología, que se están realizando a lo largo de todo el país. Contribución, que esperamos, permita entregar orientaciones claras y precisas sobre la importancia que tiene el cuidado oral en las personas en situación de discapacidad.

Para Senadis es muy importante contribuir en este tipo de iniciativas, estamos seguros que el trabajo con las entidades especializadas que trabajan con las personas en situación de discapacidad, las organizaciones que los agrupan, sus representantes y familias, impulsando la inclusión y el cambio social, nos permite avanzar en la eliminación de las barreras que limitan el goce pleno de los derechos de las personas en situación de discapacidad. De la misma forma esperamos que éste sea el inicio de la generación de Políticas Públicas en materia de salud bucal para las personas en situación de discapacidad, aumentando la oferta de prestaciones en los distintos niveles de atención, el fortalecimiento de los equipos de trabajo, la formación de redes de colaboración entre la atención primaria y secundaria, vinculando a la familia en acciones de promoción y prevención. Siempre sin olvidar que el eje central de estas acciones son mejorar el bienestar e inclusión social de las personas en situación de discapacidad.

Daniel Concha Gamboa

Director Nacional
Servicio Nacional de la Discapacidad



ÍNDICE

Introducción	08
I. Unidad: Generalidades de discapacidad y odontología	09
1. Cuidados especiales en odontología	09
2. Constructo sociocultural, clasificación de la discapacidad y realidad en Chile	10
3. Barreras de acceso a la atención dental	12
4. Guías y programas de atención odontológica y cuidados especiales en Chile	13
5. Consentimiento informado en personas en situación de discapacidad	15
II. Unidad: Herramientas de adaptación conductual y comunicación	17
6. Comunicación, lenguaje y habla	18
7. Trastornos del desarrollo de la comunicación, lenguaje y habla	20
8. Comunicación sorprendente	22
9. Herramientas de manejo conductual en personas con necesidades especiales	23
10. Comunicación alternativa y/o aumentativa para la atención odontológica	26
11. Integración sensorial	29
III. Unidad: Condiciones específicas que requieren cuidados especiales	32
12. Discapacidad intelectual y escalas de medición	33
13. Síndrome de Down	36
14. Trastorno del espectro autista	39
15. Parálisis cerebral	42
16. Daño orgánico cerebral	44
17. Hidrocefalia	47
18. Esclerosis Múltiple	49
19. Enfermedad de Huntington	51
20. Esclerosis lateral amiotrófica	54
21. Demencias: Alzheimer	56
22. Disfagia en personas con daño neurológico	58
23. Epilepsia	60
24. Psiquiatría y afecciones relacionadas con la adicción a drogas	63
25. Displasia ectodérmica	65
26. Epidermolisis bullosa	67
27. Radioterapia	69
28. Quimioterapia.	71
29. Artritis reumatoide	73
30. Hemofilia	75
IV. Unidad: Emergencias médicas en odontología	77
31. Síncope	77
32. Hiperventilación	78
33. Crisis asmática	78
34. Crisis epiléptica	80

INTRODUCCIÓN



Imagen 1. Enseñanza de técnica de cepillado adaptada.

“Deseo que la salud se deje de considerar como una bendición esperada, y se conciba en cambio como un derecho humano por el que se ha de luchar” Kofi Annan, Secretario General Naciones Unidas. La política para la integración social de las personas con discapacidad se enmarca en los objetivos de acción social del país, que a su vez ha incorporado los consensos internacionales expresados en convenciones

suscritas por el Estado de Chile. La convención sobre los derechos de las personas con discapacidad establece en su artículo 25 que las personas con discapacidad tienen el derecho al más alto nivel posible de salud sin discriminación debido a su discapacidad. Deben recibir la misma gama, calidad y nivel de servicios de salud gratuitos o asequibles que se proporcionan a otras personas, recibir los servicios de salud que necesiten debido a su discapacidad, y no ser discriminadas en el suministro de seguro de salud. En este proceso le corresponde al Estado dirigir las estrategias orientadas al logro de una mayor igualdad de oportunidades, mediante la implementación de programas sociales.

En Chile según el Estudio Nacional de Discapacidad (ENDISC 2004), el 12,9% de los chilenos y chilenas viven con discapacidad, lo que supone 2.068.072 personas. De ellas 1.150.133 presentan alguna dificultad para llevar a cabo actividades de la vida diaria, pero son independientes y no requieren apoyo de terceros y pueden superar obstáculos del entorno (discapacidad leve); 513.997 personas presentan una disminución o imposibilidad importante de su capacidad para realizar la mayoría de las actividades de la vida diaria, llegando incluso a requerir apoyo en labores básicas de auto cuidado y superan con dificultades sólo algunas barreras del entorno (discapacidad moderada); y 403.942 personas, por su discapacidad severa, ven gravemente dificultada o imposibilitada la realización de sus actividades cotidianas, requiriendo del apoyo o cuidados de una tercera persona y no logran superar las barreras del entorno o lo hacen con gran dificultad.

Con el objetivo de aumentar el acceso a atención odontológica y acciones de prevención y promoción en la salud bucal de las personas en situación de discapacidad en las redes de salud, SENADIS y Universidad de Chile firmaron un Convenio para realizar el presente Programa de Prevención y Promoción de la Salud en personas con discapacidad.

El programa consiste en la realización de “Cursos Teórico - Prácticos de Cuidados Especiales Odontológicos en Personas en Situación de Discapacidad” para Odontólogos, Asistentes dentales y Familias a nivel nacional. Esta estrategia tiene una planificación a 3 años (2014-2016) logrando abarcar todo el territorio nacional durante este tiempo. El Proyecto se apoda Capacitando en Red, ya que al capacitar a dentistas de la red primaria y secundaria busca fortalecer las redes de derivación. Así mismo, al capacitar a Odontólogos y Asistentes dentales busca fortalecer el trabajo en equipo dentro del box. Por último, y de gran importancia, al capacitar a personas en situación de discapacidad, sus familias y cuidadores busca crear una fuerte alianza terapéutica entre el usuario y el equipo dental, así como promover estrategias de autocuidado en los usuarios.



Imagen 2. Fortaleciendo la Red de Derivación de la Región de Valparaíso.

I. UNIDAD: GENERALIDADES DE DISCAPACIDAD Y ODONTOLOGÍA.

1. Cuidados Especiales en Odontología

Prof. Dra. Susanne Krämer Strenger

Necesidades Especiales en Salud (NES) se ha definido por la asociación americana de odontopediatría AAPD como "toda condición o limitación física, del desarrollo, mental, sensorial, conductual, cognitiva o deterioro emocional que requiere tratamiento médico, intervención de atención de la salud, y/o el uso de servicios o programas especializados". La condición puede ser congénita, del desarrollo o adquirida a través de enfermedad, traumatismo o causa medio-ambiental y puede imponer limitaciones en la realización de actividades de auto-mantenimiento diario o limitaciones sustanciales en una actividad importante de la vida. La atención de salud para las personas con necesidades especiales requiere de conocimiento especializado adquirido por entrenamiento adicional, así como de preocupación, dedicación, manejo y adaptación de técnicas más allá de lo que se considera de rutina». ¹

Condición o limitación:

- Física
- Del desarrollo
- Mental
- Sensorial
- Conductual
- Cognitiva
- Emocional

que requiere atención especializada.

Las personas con NES pueden estar en un mayor riesgo de enfermedades bucales a lo largo de su vida. Esta patología oral puede tener un impacto en la salud general y la calidad de vida de las personas con ciertos problemas de salud. Por ejemplo, las personas con compromiso del sistema inmune o condiciones cardíacas asociadas con endocarditis son especialmente vulnerables a los efectos de los patógenos orales. Las personas en situación de discapacidad cognitiva, del desarrollo o física que no tienen la habilidad de entender, asumir responsabilidades, o de cooperar con las prácticas de prevención en salud bucal, también aumentan su susceptibilidad a enfermedades bucodentales. La salud bucal es una parte inseparable de la salud general y el bienestar. ²

Por otro lado, en personas con NES también se incluyen los trastornos o afecciones que se manifiestan sólo en el complejo orofacial (por ejemplo, la amelogénesis imperfecta, dentinogénesis imperfecta, labio / paladar fisurado y cáncer oral). Aunque estas personas pueden no presentar las mismas limitaciones físicas o comunicativas de otras personas con necesidades especiales, sus necesidades son únicas, afectan su salud general, y por lo tanto requieren un cuidado de la salud bucal de carácter especializado. ²

La atención odontológica de personas con NES – también conocida como Special Care Dentistry- es una especialidad de la odontología reconocida en países como Inglaterra, Australia, Argentina, Brasil y Perú. Internacionalmente los odontólogos dedicados a este tema se reúnen en la International Association for Disability and Oral Health (IADH), que fue fundada en el año 1971 y ya cuenta al menos con 35 países afiliados. ³ En Chile los equipos odontológicos se reúnen en la asociación latinoamericana de odontología para pacientes especiales Chile (ALOPE Chile). ⁴

La tendencia actual, siguiendo el modelo social de la discapacidad, es la utilización del término **Cuidados Especiales en Odontología**, ya que atribuye la responsabilidad del cuidado del paciente al profesional de salud, liberando al paciente el concepto de necesitar algo especial.

Referencias:

1. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of special health care needs. *Pediatr Dent* 2012; 34 (special issue):16.
2. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Management of Dental Patients with Special Health Care Needs. Revised 2012.
3. www.iadh.org [2015]
4. www.alopechile.cl [2015]

2. Constructo sociocultural, clasificación de la discapacidad y realidad en Chile

Dr. Marcelo Valle Maluenda

Constructo es una construcción teórica conceptual para definir algo.

Construcción Social corresponde a un conjunto de reglas o normas aceptadas o inculcadas socialmente, donde la cultura determinada en cada sociedad establece patrones de conducta comunes y respetados como costumbre social.¹ Esta construcción social surge de la interacción de las relaciones humanas en una sociedad determinada y establece códigos de comportamiento aceptados y respetados por los individuos a través del tiempo.¹ En base a esta interacción humana entre sujetos (intersubjetividad) se crea la Realidad Social; y esta realidad social será el plano para formar construcciones sociales específicas (ej.: conceptos como idioma, nacionalidad, gobiernos, raza, género, status social, discapacidad, etc.).² Es así como la forma de relacionarnos entre sujetos y ambiente crea la realidad donde vivimos y el lenguaje que usemos (verbal y no verbal) la determina. El lenguaje crea realidades y desde esta intersubjetividad entre individuos y ambiente se funda la construcción social de la salud.³

Bajo esta premisa observaremos el concepto de discapacidad en la historia. La conceptualización social de la discapacidad ha evolucionado durante los últimos 50 años. También, desde el término de “normalización” a “integración” e “inclusión”. También, desde la adaptación del individuo a la sociedad a una adaptación de la sociedad al individuo. Este cambio de paradigma es notable, ya que respeta la dignidad de cada ser humano en su diferencia e individualidad (realidad social inclusiva y universal).

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha evolucionado el concepto de discapacidad desde la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidad y Minusvalías (CIDDM) a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF).⁴ La discapacidad es un término genérico que incluye deficiencias de las funciones y/o estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. La discapacidad denota los aspectos negativos de la interacción entre el individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales individuales (factores ambientales y personales).

- Deficiencias: corresponden a la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica (incluyendo las funciones mentales). Con “anormalidad” se hace referencia, estrictamente, a una desviación significativa respecto a la norma establecida.
- Limitación de la actividad: abarca desde una desviación leve hasta una grave en la realización de la actividad, tanto en cantidad como en calidad, comparándola con la manera, extensión o intensidad en que se espera que la realizaría una persona sin esa condición de salud. Esta expresión sustituye al término “discapacidad” utilizado en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM).
- Restricciones en la participación: son los problemas que enfrenta el individuo para implicarse en situaciones vitales, determinadas por la comparación de la participación de esa persona con la participación esperable de una persona sin discapacidad en esa cultura o sociedad. Este concepto sustituye al término “minusvalía” de la CIDDM.
- Factores contextuales de un individuo: constituyen, conjuntamente, el contexto completo de la vida de un individuo y, en concreto, el trasfondo sobre el que se clasifican los estados de salud en la CIF. Éstos poseen dos componentes: los factores ambientales, referidos a los aspectos del mundo extrínseco de la vida del individuo (mundo físico natural y mundo físico creado por los seres humanos); y los factores personales, que tienen que ver con el individuo, como lo son la edad, sexo, nivel social, experiencias vitales, etc.⁴

La CIF permite describir el funcionamiento humano y la discapacidad como elementos importantes de la salud, usando un lenguaje positivo y una visión universal. Siendo éste un término que se refiere a la relación del individuo y la sociedad, surge un nuevo concepto denominado “Necesidades Especiales de Atención en Salud” (NES) que corresponde a cualquier condición física, mental, sensorial, conductual, cognoscitiva,

impedimento o limitación emocional que requiere manejo médico, intervención de la atención en salud, y/o uso de programas o servicios especializados.⁵

En Chile no existen en la actualidad registros relacionados con la cobertura de atención en salud y en especial de la atención odontológica de personas con NES. Los datos epidemiológicos disponibles provienen de la ENDISC (Encuesta Nacional de Discapacidad) registrados el año 2004 por el SENADIS (Servicio Nacional de Discapacidad) dirigido a las personas en situación de discapacidad (PsD).⁶

Algunos resultados de este estudio, son:⁶

- a. El 12.9% de los chilenos y chilenas viven en situación de discapacidad.
- b. El 51% de las PsD se encuentran en la edad adulta (entre 30 y 64 años).
- c. Hasta los 15 años la discapacidad predomina más en el hombre que en la mujer, existiendo un 60% de niños y un 40% niñas en situación de discapacidad.
- d. Del total de las PsD, un 55.6% presenta un grado leve de discapacidad; un 24.9% moderado y un 19.5% severo.
- e. La distribución de los diferentes tipos de deficiencias en las PsD, indican que las más prevalentes corresponden a las físicas, las que representan un 31,2% de las personas con discapacidad; seguida de las deficiencias visuales (18,9%), deficiencias viscerales (13,9%), múltiples (10,3%), intelectuales (10%), auditivas (8,7%) y psíquicas (7,3%).

Tres de cada cuatro PsD tuvo acceso a servicios de salud, sociales y de rehabilitación en el año 2004. El 67% recibió atención básica de salud y el 40% recibió algún tipo de servicio de diagnóstico. En concreto, sólo dos de cada tres personas con discapacidad recibieron atención de salud y menos de la mitad servicios de diagnóstico. Tan sólo el 6,5% de las personas en situación de discapacidad recibió servicios de rehabilitación.

El lenguaje crea realidades. Es así como hoy además de hablar de Necesidades Especiales de atención en salud nos referimos a Cuidados Especiales en Salud, considerando así como responsabilidad del Terapeuta y su equipo adaptarse a tales necesidades y, a la vez, ser capaces de procurar los cuidados en salud adecuados a cada individuo y familia.



Imagen 3: Señalética utilizada en Málaga, España

Referencias:

1. Kerlinger, F.N. y Lee, H.B. (2002) Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en Ciencias Sociales. México: McGraw-Hill.
2. Berger y Luckmann. The Social Construction of Reality: A Treatise its the Sociology of Knowledge (Garden City, New York: Anchor Books, 1966), pp. 51-55, 59-61.
3. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS. Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud, Ottawa, Canadá, 1986.
4. Organización Mundial de la Salud , OMS (2001) "Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud". Madrid, España.
5. American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs (2004). "Definition of persons with special health care needs". Pediatric Dent. Reference Manual; 33(6):11-12.
6. Servicio Nacional de la Discapacidad , Senadis, Instituto Nacional de estadísticas (2004). Primer estudio nacional de la discapacidad en Cuidados Especiales en Odontología

3. Barreras de Acceso a la Atención Dental

Prof. Dra. Susanne Krämer Strenger

Hemos visto que las personas que requieren cuidados especiales para su atención odontológica tienen una serie de características que les son únicas. Muchos de ellos tienen manifestaciones orales específicas o mayor prevalencia de patología bucal, requiriendo una atención odontológica especializada. Sin embargo acceder a esta atención no siempre es fácil. Existen múltiples barreras que los pacientes experimentan para poder llegar a recibir la atención que necesitan. En este capítulo exploraremos distintas barreras de acceso a la atención Odontológica. Conocer a cabalidad las barreras de la atención odontológica es la única forma de poder planificar adecuadamente facilitadores para la atención.

Las barreras expuestas en este capítulo corresponden a una recopilación de la literatura y no necesariamente representan barreras presentes en Chile en la actualidad.



Yo soy discapacitado en la medida en que topo con barreras para desenvolverme en la vida diaria. Ahora que conocemos las potenciales barreras: ¡¡derribémoslas juntos!!

Referencia:

1. Special Care in Dentistry Handbook of Oral Healthcare. Crispian Scully, Pedro Diz Dios, Navdeep Kumar. Elsevier 2007

4. Guías y programas de atención odontológica y cuidados especiales en Chile

Dra. Mariana Cubillos Gómez y Dra. María José Letelier Ruiz

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), dos terceras partes de la población portadora de deficiencias no recibe ningún tipo de atención bucodental¹. Consecuentemente, es más probable que las personas en situación de discapacidad no busquen ni reciban cuidados preventivos de salud.

La Convención Internacional sobre Derechos de las Personas con Discapacidad² es un instrumento internacional de derechos humanos de las Naciones Unidas que fue adoptado el año 2006. Chile fue uno de los primeros estados en suscribirlo y está incorporado al marco jurídico vigente al ser ratificado por Chile junto a su protocolo facultativo, mediante el Decreto número 210, el año 2008.

A pesar de los esfuerzos que se han realizado por mejorar el acceso a las prestaciones de salud, la educación, la accesibilidad al entorno, el empleo, la protección social, la cultura, el transporte, el acceso a la información e inclusión social y además de contar en Chile ya con un marco jurídico específico para asegurar estos derechos, como lo son la ley 20.422 del año 2010 sobre “Normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social”³ y la ley 20.584 desde el año 2012 sobre “Derechos que tienen las personas en relación a acciones vinculadas con su atención en salud”⁴, aún existen muchas Personas en situación de Discapacidad (PsD) que no logran obtener igualdad de oportunidades y de condiciones en comparación al resto de las personas sin discapacidad.

Por otra parte, se ha observado que dentro de la formación curricular de las diferentes universidades chilenas que imparten la carrera de odontología, el 38% no entregan formación en atención en PsD y cuidados especiales en pregrado, el 31% cuentan al menos con 10 horas y solo un 31% poseen más de 10 horas de clases de pregrado en esta materia. A nivel de estudios de postgrado, se observa que el 62% de los profesionales tienen formación en atención de PsD, pero la cantidad total de horas varía entre 30 y 648 horas lectivas. En lo particular, recién en el año 2014, se dictó el primer Diplomado de Atención Odontológica de Pacientes que Requieren Cuidados Especiales, en una Universidad chilena.

Consciente que la falta de acceso a la atención odontológica de personas con necesidades especiales de atención en salud (NES) tiene impacto emocional, de cuidado específico y económico, que no puede ser asumido sólo por la familia y que es indispensable el apoyo del equipo de salud para minimizar el posible daño extra de estas personas⁵, Chile ha logrado avanzar paulatinamente en la mejora del acceso de estas personas a la atención dental.

Inicialmente, en 2005, el Ministerio Salud Chile (MINSAL) desarrolló la Norma de Control de la Ansiedad en la Atención Odontológica, cuya actualización se realizó el año 2007⁵. Esta norma regula qué tipo de sedación se puede dar, quién puede administrarla y en qué lugares se pueden realizar los diferentes procedimientos.

Posteriormente, en el año 2012, MINSAL puso a disposición la “Guía de Práctica Clínica: Salud Oral Integral para menores de 20 años en situación de discapacidad que requieren cuidados especiales en odontología”⁶, que entrega a odontólogos generales o especialistas con experiencia en atención a PsD, tanto del sector público como privado, la mejor evidencia disponible para la atención de estas personas y sus recomendaciones.

En el año 2013, el MINSAL publica un manual de “Higiene bucal en personas en situación de discapacidad: Consejos para los cuidadores”⁷, que busca entregar herramientas a los cuidadores de las PsD para la mantención de la salud bucal que ha sido recuperada con los tratamientos realizados, aumentando



Imagen 4: Portada Guía para cuidadores



Imagen 5: Portada Guía Clínica para Odontólogos

de esta forma su efectividad y logrando mejorar así su pronóstico.

Paralelamente, durante el año 2012, se inició el Programa Piloto de atención Odontológica para PsD en el sector público de salud. El cual ofrece tres tipos de prestaciones: Actividades preventivas en sillón dental, tratamiento odontológico convencional en sillón y tratamiento odontológico en pabellón bajo anestesia general. La selección de la modalidad de atención debe considerar las características de la discapacidad, la colaboración del paciente y del entorno, el tipo y complejidad del tratamiento a realizar.

Este Programa fue incorporado al listado de prestaciones valoradas de FONASA (PPV otros programas), lo cual permite al establecimiento de nivel secundario de salud, otorgar, programar y negociar su número anualmente. Durante el primer año de funcionamiento del programa se logró realizar tratamiento odontológico bajo anestesia general a 397 PsD y atención odontológica en el sillón dental convencional a 3.256 PsD.

Finalmente el Departamento de Salud Bucal del MINSAL efectuó a comienzos del año 2015⁸ una actualización al formulario REM serie A-0.9, incorporando a éste

el registro de la atención odontológica de PsD, tanto de nivel primario como de especialidades.

Para aumentar las competencias del equipo de salud para la atención de PsD, a partir del año 2014, el Servicio Nacional Discapacidad (SENADIS) en conjunto con el MINSAL y la Universidad de Chile, han desarrollado un proyecto de capacitación teórico práctico, para odontólogos y asistentes dentales de la red pública de salud, en atención y cuidados especiales en PsD, incorporando a las familias y sus cuidadores a dicha jornada. Durante el primer año del proyecto se capacitaron 189 odontólogos y 129 técnicos paramédicos de odontología pertenecientes a 5 regiones del país. Durante el 2015 se realizaron 5 cursos más y el 2016 se espera completar las 15 regiones del país, con el objetivo de entregar herramientas a un mayor número de profesionales, en atención odontológica de PsD y así lograr mejorar el acceso a la atención odontológica dentro del territorio nacional.

Referencias

1. Morales, Mariana. ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES ESPECIALES: UNA REALIDAD CRECIENTE. Acta Odontológica Venez. 2012; 50(1).
2. BCN; Convención Internacional sobre derechos de las personas con discapacidad, decreto 210
3. BCN; Ley 20.422 sobre "Normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social",
4. BCN, Ley 20.584, sobre "Derechos que tienen las personas en relación a acciones vinculadas con su atención en salud".
5. MINSAL. NORMA CONTROL DE LA ANSIEDAD EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA. 2007
6. MINSAL. GUÍA CLÍNICA Salud Oral Integral para Menores de 20 años en Situación de Discapacidad que Requieren Cuidados Especiales en Odontología. 2012
7. MINSAL. Higiene bucal en personas en situación de discapacidad. Consejo para los cuidadores. 2013
8. REM 2015, Modificación de secciones, cambios series sección A, año 2015, Departamento de Estadística en Información en Salud (DEIS)
9. Sepúlveda M, Kramer S, Valle M, Vergara C. Comparación del tiempo requerido para la atención odontológica de pacientes con discapacidad intelectual y pacientes sanos atendidos en la clínica odontológica de la Universidad de Chile. 2013

5. Consentimiento Informado en Personas en Situación de Discapacidad

Prof. Dra. Andrea Véliz Ramírez y Prof. Dra. Susanne Krämer Strenger

El Consentimiento Informado (CI) es el proceso en el que se provee al paciente y a sus acompañantes de toda la información relevante en relación a diagnóstico y necesidades de tratamiento para que pueda tomar una decisión educada y voluntaria en relación al tratamiento.

El CI está basado en:

- La **Libertad**, para la toma de decisiones
- El **Conocimiento**, respecto al procedimiento
- La **Capacidad**, de comprender riesgos y beneficios

Se caracteriza por:

- Es una discusión verbal entre el profesional y paciente, que puede estar acompañado por su tutor. No es solamente rellenar y firmar un formulario.
- EL formulario del CI debe documentar el debate oral de la terapia propuesta, incluidos los riesgos, beneficios y posibles tratamientos alternativos.
- El formulario de CI debe ser para el procedimiento específico.
- El CI puede necesitar ser actualizado o modificado a consecuencia de cambios en los planes de tratamiento.
- El CI para sedación o para el uso de técnicas de contención se debe obtener por separado del consentimiento para otros procedimientos.

En Chile, el CI está bajo el marco jurídico de la Ley núm. 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. El CI se efectuará en forma verbal, pero deberá constar por escrito en el caso de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y, en general, para la aplicación de procedimientos que conlleven un riesgo relevante y conocido para la salud del afectado.

En relación a la **atención odontológica de personas en situación de discapacidad** son relevantes los siguientes artículos:

- Artículo 2º.- Toda persona tiene derecho, (...) a acciones de promoción, protección y recuperación de su salud y de su rehabilitación, (...) dadas oportunamente y sin discriminación arbitraria (...). La atención que se proporcione a las personas con discapacidad física o mental (...) deberá regirse por las normas que dicte el Ministerio de Salud, para asegurar que aquella sea oportuna y de igual calidad.
- Artículo 5º.- En su atención de salud, las personas tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia. En consecuencia, los prestadores deberán:
 - a) Velar porque se utilice un lenguaje adecuado e inteligible durante la atención; cuidar que las personas que adolezcan de alguna discapacidad, (...) puedan recibir la información necesaria y comprensible, por intermedio de un funcionario del establecimiento, si existiere, o con apoyo de un tercero que sea designado por la persona atendida
- Artículo 24.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 15 de esta ley, si la persona no se encuentra en condiciones de manifestar su voluntad, las indicaciones y aplicación de tratamientos invasivos e irreversibles, tales como esterilización con fines contraceptivos, psicocirugía u otro de carácter irreversible, deberán contar siempre con el informe favorable del comité de ética del establecimiento.
- Artículo 26.- El empleo extraordinario de las medidas de aislamiento o contención física y farmacológica deberá llevarse a cabo con pleno respeto a la dignidad de la persona objeto de tales medidas, las cuales sólo podrán aplicarse en los casos en que concurra indicación terapéutica acreditada por un médico, que no exista otra alternativa menos restrictiva y que la necesidad de su aplicación fuere proporcional en relación a la conducta gravemente perturbadora o agresiva. Estas excepcionales me-

didás se aplicarán exclusivamente por el tiempo estrictamente necesario para conseguir el objetivo terapéutico, debiendo utilizarse los medios humanos suficientes y los medios materiales que eviten cualquier tipo de daño. Durante el empleo de las mismas, la persona con discapacidad psíquica o intelectual tendrá garantizada la supervisión médica permanente. Todo lo actuado con motivo del empleo del aislamiento o la sujeción deberá constar por escrito en la ficha clínica. Además de lo anterior, se comunicará el empleo de estos medios a la Autoridad Sanitaria Regional, a cuya disposición estará toda la documentación respectiva.

- Artículo 28.- Ninguna persona con discapacidad psíquica o intelectual que no pueda expresar su voluntad podrá participar en una investigación científica. En los casos en que se realice investigación científica con participación de personas con discapacidad psíquica o intelectual que tengan la capacidad de manifestar su voluntad y que hayan dado consentimiento informado, además de la evaluación ético científica que corresponda, será necesaria la autorización de la Autoridad Sanitaria competente, además de la manifestación de voluntad expresa de participar tanto de parte del paciente como de su representante legal.

Para evaluar la capacidad de consentir de una persona se considera que ésta sea capaz de:

- Recibir el mensaje.
- Entender el contenido del CI.
- Valorar los riesgos y beneficios (la información entregada).
- Retener la información.
- Comunica su decisión.

Conclusión:

En Chile todas las personas, incluyendo a las PsD, tienen los mismos derechos y deberes. Es fundamental utilizar todas las herramientas de comunicación disponibles para lograr el mejor proceso de consentimiento informado posible con la PsD. Incluso en las situaciones en que el representante legal sea quien firme el formulario correspondiente, se debe considerar a la PsD en el proceso de información.

El uso de contención física debe respetar la dignidad de la persona, ser el menos restrictivo posible y aplicado por el tiempo estrictamente necesario.

Referencias:

1. The treatment of adult patients with a mental disability. Part 2: Assessment of competence. Bridgman AM, Wilson MA, British Dental Journal 189 (2000) 143 - 146
2. Guideline on Informed Consent, AAPD, 2009.
3. Ley Núm. 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, 01-10-2012

II. UNIDAD: HERRAMIENTAS DE ADAPTACIÓN CONDUCTUAL Y COMUNICACIÓN.

Se entiende que la discapacidad se presenta como la dificultad para realizar actividades de la vida cotidiana a consecuencia de barreras en la interacción de una persona con el medio que la rodea. Comprendiéndolo desde esa perspectiva, el equipo Odontológico puede ser una barrera para entregar atención en salud a personas en situación de discapacidad si no maneja algunas técnicas transversales y otras herramientas específicas para cada uno de sus pacientes.

A continuación se describen técnicas de manejo conductual que pueden ser utilizadas de forma transversal para personas en situación de discapacidad, poco colaboradoras, de difícil manejo o fóbicas. También se incluyen en esta Unidad capítulos preparados por los fonoaudiólogos del equipo para entregar herramientas de comunicación e integración sensorial. En la Unidad III se encuentran descritas las técnicas específicas que pueden mejorar la calidad de atención de personas según su diagnóstico sistémico.



Imagen 6. Odontólogos capacitados en IX Región. Noviembre 2014

6. Comunicación, lenguaje y habla

Prof. Lorena Sepúlveda Vega, Fonoaudióloga

¿Qué es la comunicación?

La comunicación es el intercambio de información o puesta en común de significaciones de manera intencionada, en una relación humana determinada. Requiere de participantes o interlocutores que aportan y reciben información.

La puesta en común puede ser realizada a través de palabras, gestos, actitudes, movimientos, entonación, que son códigos compartidos entre las partes. Todo realizado de manera intencionada.

La realización de un acto comunicativo puede responder a diversas finalidades, tales como:

- Transmisión de información
- Intento de influir en otros
- Manifestación de los propios estados o pensamientos
- Realización de actos

El proceso de la comunicación requiere de algunos factores y/o elementos, éstos son:

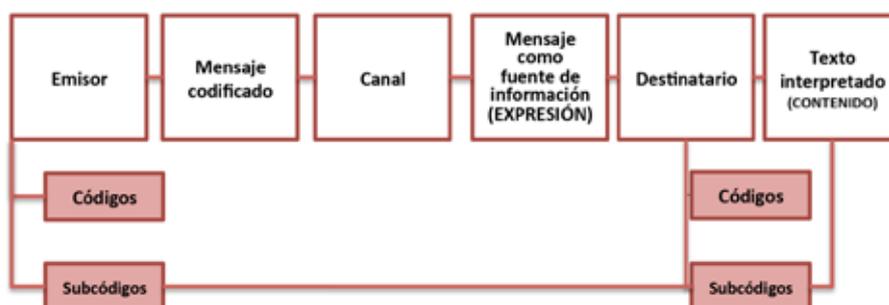


Fig. 1 Modelo comunicativo H. Eco (1976/2000)¹

Este modelo aporta una perspectiva semiológica que aproxima las corrientes estructuralistas y pragmáticas. Se destaca el rol del destinatario en la interpretación del mensaje, así como la constatación de la multiplicidad de códigos y subcódigos del emisor como del destinatario.

Un mismo mensaje entregado con diferentes códigos y la indefinida variedad de contextos y circunstancias hace que un mismo mensaje pueda codificarse desde puntos de vista diferentes y por referencia a sistemas convencionales distintos. De esta forma el mensaje puede ser interpretado de forma distinta, es decir, se le pueden atribuir varios sentidos.

TIPOS DE COMUNICACIÓN:

Comunicación Verbal:

- Oral: a través de signos orales y palabras habladas. Gritos, silbidos, risas, pueden expresar diferentes situaciones anímicas y son una de las formas más primarias de comunicación oral. La forma más evolucionada de la comunicación oral es el lenguaje articulado, que son sonidos estructurados que dan lugar a las sílabas, palabras, y oraciones.
- Escrita: por medio de representación gráfica de signos. Las formas de comunicación escrita también son muy variadas y numerosas (ideogramas, jeroglíficos, alfabetos, siglas, graffitis, logotipos, etc).

Comunicación No Verbal:

Se realiza a través de multitud de signos de gran variedad. Imágenes sensoriales (visuales, auditivas, olfativas, etc), sonidos, gestos, movimientos corporales, etc.

Características de la comunicación no verbal:

- Mantiene una relación con la comunicación verbal, pues suelen emplearse juntas.
- En muchas ocasiones actúa como reguladora del proceso de comunicación contribuyendo a ampliar o reducir el significado del mensaje.
- Los sistemas de comunicación no verbal varían según las culturas
- Cumple mayor número de funciones que la comunicación verbal, pues lo acompaña, completa, modifica o sustituye en ocasiones.
- Entre los sistemas de comunicación no verbal se encuentran:
 - El lenguaje corporal
 - El lenguaje icónico

Comunicación Paraverbal:

Expresada a través de sonidos y entonaciones que emitimos con nuestra voz y que modalizan lo que decimos aportando expresividad, significancia y especificidad al mensaje. Los elementos paraverbales acompañan la expresión lingüística y entregan al receptor claves que van más allá de lo verbal, pero que lo complementan. Posibilitan al oyente la interpretación del significado del mensaje con mayor precisión. Los elementos que componen la comunicación paraverbal son: la entonación, el énfasis de la voz, las pausas conversacionales y la expresividad.

¿Qué es lenguaje?

El lenguaje es un medio de comunicación a través de un sistema de símbolos. A través del lenguaje el niño será capaz de relacionarse con sus semejantes y exponer sus deseos y necesidades de forma más precisa. También es definido como un sistema de códigos con la ayuda de los cuales se designan los objetos del mundo exterior, sus acciones, cualidades y relaciones entre los mismos. ²

¿Qué es habla?

Es el acto motor que expresa el lenguaje, a través de un proceso complejo que comprende el sistema neuromuscular.³

Referencias.

1. Martínez M. Psicología de la Comunicación. 2ª Ed. Barcelona: Departamento de Psicología Básica Universidad de Barcelona; 2012.
2. Molina M. Trastornos del desarrollo del lenguaje y la comunicación. Universidad Autónoma de Barcelona.
3. Marchesan IQ. Alterações de Fala Músculoesquelética: possibilidades de Cura En: Comitê de Motricidade Orofacial. Motricidade Orofacial. Como atuam os especialistas. 1ª Ed. Brasil: Edit. Pulso; 2004.

7. Trastornos del desarrollo de la comunicación, lenguaje y habla

Prof. Lorena Sepúlveda Vega, Fonoaudióloga

La adquisición del lenguaje oral es un proceso cognitivo muy complejo, que se inicia, incluso, antes del nacimiento, cuando el niño empieza a desarrollar el sistema auditivo. Las alteraciones del lenguaje oral constituyen un grupo de trastornos con alta prevalencia dentro de la población infantil. Abarca desde simples problemas de articulación de un fonema hasta dificultades graves de comunicación, como afasias y disartrias.

El estudio de un trastorno del lenguaje requiere clasificar. La clasificación puede llevarse a cabo a partir de la descripción más o menos pormenorizada de las conductas lingüísticas de las personas que presentan trastornos, la cual incluye la descripción del fenómeno ocurrido, conocimiento del desarrollo típico, diferenciación de las dimensiones en el lenguaje (fonética-fonología, semántica, léxico, morfología, sintaxis y pragmática), grados de intensidad de trastornos (leve, moderado, severo), y evaluación de las modalidades de la conducta lingüística (afectación comprensiva y/o expresiva). Asimismo, es importante distinguir el momento en el que aparece el trastorno, pudiendo responder con eso si su origen es congénito o es un trastorno adquirido. En algunas formas de alteración del habla y del lenguaje esta distinción es clara, y es así como uno puede saber que las afasias son evidentemente trastornos adquiridos, que siguen a un daño cerebral; o que las disglosias son trastornos del habla congénitos por malformaciones de los órganos de la articulación en la etapa intrauterina.¹

Las alteraciones del lenguaje infantil se asocian a diferentes problemas neuropsicológicos, de los cuales los más frecuentes son los problemas de memoria, atención, funciones ejecutivas, disfunciones motoras, percepción temporal, reconocimiento táctil, esquema corporal, orientación espacial y discriminación visual.²

Tabla resumen descrita por CIE-10 y DSM IV-TR. Trastornos comunes del lenguaje infantil.

Patología	Definición
Afasias infantiles (CIE-10)	Deterioro del lenguaje a consecuencia de una lesión cerebral adquirida después de la adquisición del lenguaje elemental, es decir, después de los 2 años.
Trastorno Específico del Lenguaje (TEL) Disfasias infantiles (CIE-10), (DSM - IV)	Trastornos del desarrollo del lenguaje que se presentan de forma aislada y aparentemente primaria. Se define como un déficit en el desarrollo lingüístico en ausencia de factores que puedan causarlo ³ . A causa de éstos, se efectúa un diagnóstico por exclusión para asegurar que los niños no presenten dificultades auditivas, neurológicas, cognitivas o ambientales que expliquen su trastorno. Los niños que presentan TEL, evidencian déficits en los componentes fonológico, morfosintáctico, léxico y pragmático ⁴ .
Retraso simple del lenguaje (concepto asimilado a la forma clínica del trastorno de la programación fonológica de los TEL) (CIE-10)	Falta de desarrollo del lenguaje a la edad en que normalmente se presenta. Esta falta de desarrollo también conceptualiza la permanencia de patrones lingüísticos de niños de menor edad a la que realmente corresponde.

Disartrias (CIE-10)	Trastorno de la articulación de etiología orgánica asociado a lesión o disfunción del sistema nervioso central y/o periférico
Dislalias (CIE-10) DSM-IV	Alteraciones de la articulación de los fonemas sin que exista una causa orgánica que las justifique. Es una alteración específica de uno o varios sonidos (distorsión, sustitución, omisión), constante, y con ausencia de influencias en y de otros fonemas adyacentes o cercanos ¹ .

Tabla 1 : Trastornos comunes del lenguaje infantil. Descrita principalmente por: CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10º ed.; DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4º ed., texto revisado

Cuadro resumen explicativo de las clasificaciones basadas en la descripción DSM-IV.



Cuadro 1. Algoritmo diagnóstico de los Trastornos del lenguaje (DSM-IV)⁵

Referencias

1. Barrachina, LI, Aguado G, Cardona, M, Sanz-Torrent, M. El Trastorno Específico del Lenguaje: Diagnóstico e Intervención. 1ª Edición. Barcelona: Editorial UOC; 2013.
2. Conde-Guzón P, Conde-Guzón M, Bartolomé-Albistegui M., Quirós-Expósito P. Perfiles neuropsicológicos asociados a los problemas de lenguaje oral infantil. Rev. Neurol. 2009; 48: 32-8
3. Leonard, L. Children with Specific Language Impairment. 2ª Edición. EE.UU.: MIT Press; 2014
4. Wetherrell D, Botting N, Conti-Ramsden G. Narrative in adolescent specific language impairment (SLI): a comparison with peers across two different narrative genres. Int J Lang Commun Disord. 2007 Sep-Oct;42(5):583-605
5. Gallego López C, Rodríguez-Santos F. Trastornos Específicos del Lenguaje. En AEPap Ed Curso de Actualización Pediatría 2009. Madrid: Exlibris Ediciones; 2009. P.239-48

8. Comunicación sorprendente

Ignacio Camarda Rojas, Fonoaudiólogo

La comunicación es un proceso que se desarrolla a través de las diferentes habilidades que posee el ser humano, en donde se realiza un intercambio de mensajes entre dos o más interlocutores de forma directa o indirecta. Las diferentes patologías que afectan los procesos comunicativos (Parálisis Cerebral, Trastorno del Espectro Autista, Síndrome de Down, entre otros) no permiten el intercambio fluido anteriormente mencionado. Es ahí donde empieza a ser preponderante nuestra capacidad para adaptarnos a las diferentes formas comunicativas, para esto debemos recordar que existen formas de **Comunicación Aumentativa** - comunicación de apoyo o ayuda que tiene como objetivo promover y apoyar el desarrollo del habla- y **Comunicación Alternativa** - cualquier forma de comunicación distinta del habla empleada por una persona en un contexto cara a cara utilizado por personas que carecen de la habilidad de hablar-, y para poder llevarlas a cabo debemos incrementar nuestras habilidades perceptivas, para darnos cuenta de las diferentes formas de comunicación que presentan las personas en situación de discapacidad.

Por lo anterior, es que debemos aplicar el **“Concepto de la Manzana”** que nos habla de “no solo de mirar, sino de ver más allá”. No solo ver las discapacidades y problemas de nuestros pacientes y/o alumnos (mirar), sino que debemos centrarnos en sus habilidades y aptitudes (ver), las que nos ayudarán a desarrollar un proceso de comunicación acorde a sus características. Quizás éste no sea tan fluido como el habla, pero sí nos entregará la posibilidad de saber qué es lo que nos quiere comunicar en el momento que nos enfrentemos a él. Debemos incrementar nuestra habilidad de observación, centrándonos en los detalles positivos y no en el macro negativo.

La **Comunicación Sorprendente** no es más que el resultado del **Concepto de la Manzana**, ya que con éste es posible desarrollar las formas de Comunicación (Alternativa - Aumentativa) más sorprendentes, únicas para cada individuo y que van de acuerdo a sus capacidades cognitivas y motoras. Por ejemplo, podemos encontrar la comunicación a través de un simple tablero de comunicación en el que encontramos los lugares, personas, alimentos, actividades que son de preferencia para su usuario.

También encontramos comunicación a través de la música con la realización de adaptaciones a nivel de un control remoto; la utilización de un Relé (relevador de energía) que se puede utilizar para controlar un secador, una juguera o hasta una máquina de burbujas, cualquier elemento eléctrico.

Otra forma sería la utilización de juguetes adaptados que pueden ser activados mediante un Switch o Pulsador (botón de tamaño grande que puede ubicarse en cualquier lugar del cuerpo que controle el paciente) que reemplaza el botón de On/Off. Más sofisticado que los anteriores, pero no más importante, se encuentran los “Eye Tracking” que son computadores que se controlan a través de los ojos; en donde el mouse se mueve en la misma dirección que la vista de una persona y para hacer clic solo se debe parpadear o mantener la mirada un tiempo determinado en un lugar.

Todos los anteriores hacen posible la Comunicación Sorprendente. Independiente del material que utilicemos, si no conocemos a cabalidad las características de nuestros pacientes, ésta no se va a poder desarrollar.

Existe una premisa en Neuro-rehabilitación:

***“Si un paciente tiene un movimiento controlado,
éste puede jugar.... y si puede jugar..... puede aprender”***

9. Herramientas de manejo conductual en personas con necesidades especiales

Dr. Marcelo Valle Maluenda. y Dra. Susanne Krämer Strenger

En toda situación clínica se establece una relación particular terapeuta-paciente, la cual se define según la variable adaptación conductual recíproca de ambos sujetos, los cuales manifiestan sus criterios de realidad frente al otro. Esta relación será beneficiosa mientras más colaborativa y menos conflictiva sea, respetándose y no imponiendo criterios de realidad entre sí.

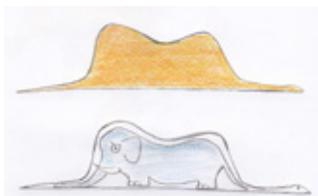
*"No hay realidad que no esté mediatizada por la razón, por el orden simbólico.
Recordar que el terapeuta no tiene que ver con los hechos,
sino con lo que el paciente CREE que son los hechos."*

De tal forma, los terapeutas requieren, además de sus capacidades científicas y técnicas, interpretar el significado que tiene una cosa desde la perspectiva cultural propia del paciente y no con estructuras predefinidas. La práctica clínica es inherentemente interpretativa.

Pilares del manejo conductual:

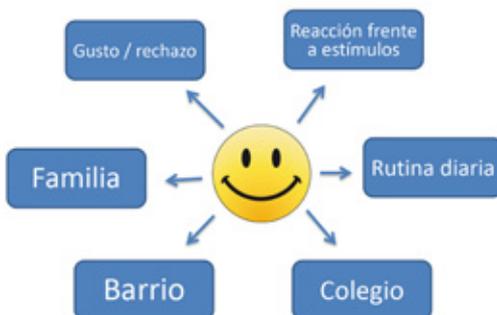
1. Hermenéutica:

Hermenéutica, como el arte de interpretar una cosa para fijar un significado particular, respetando los criterios de realidad del Otro. Si logramos interpretar los constructos socioculturales del Otro desde su propio criterio de realidad, se nos facilitará el establecimiento de vínculos terapéuticos sólidos y la capacidad de resignificar tales constructos y realidades en su orden simbólico. Lo cual ayudará en la obtención y/o refuerzo de cambios de conductas individuales y hábitos en salud. Así, el imaginario popular y hegemónico del mundo odontológico (equipo odontológico, sillón dental, tratamientos, agujas, ansiedad, dolor, temor, etc.) se puede modificar en la medida de la calidad y asertividad de las relaciones humanas que seamos capaces de establecer.



*¿Qué vemos? ¿Un sombrero o una boa que se comió a un elefante?
Cambiar el imaginario del paciente: en lugar de un sillón dental vemos nuestra pasión, un SPA dental, una nave espacial o un resbalín.*

Existen muchos factores condicionantes en la construcción de la realidad de cada persona (experiencias previas, riesgos social y biológico general, factores personales como edad-temperamento-desarrollo cognitivo, factores socioambientales, etc), los cuales actuarán de manera particular en cada individuo y su ambiente. Conocer estos factores en las ciencias médicas se define como proceso anamnético, y en las ciencias sociales como ramas de la sociografía (ej: etnografía).



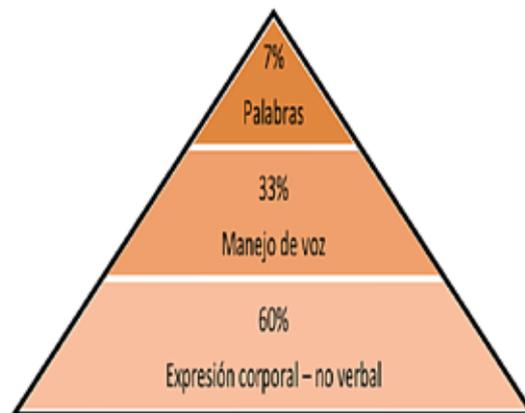
2.- Sociografía y Sociometría

Estudio observacional y descriptivo de los constructos socioculturales de un individuo y su ambiente. Se realiza mediante entrevistas en profundidad y, según el caso, Focus Group para obtener información de gran riqueza cualitativa, la cual se analiza en dominios y categorías cualitativas para lograr estructurar una forma de abordaje y aproximación conductual particulares a cada individuo y su entorno social. Permite identificar barreras de acceso, reforzadores específicos y facilitadores sociales (determinantes sociales en salud).

3.- Lenguaje no verbal (Corporal)

Una buena comunicación es fundamental para una buena práctica clínica.

Hay 3 elementos básicos de comunicación: la palabra, el tono de voz y el lenguaje corporal. La efectividad en la transmisión de un mensaje psicoafectivo en las relaciones humanas presenta diferentes porcentajes de eficacia en cada uno de dichos elementos: la palabra 7%, el tono de voz 33% y el lenguaje corporal 60%. Es tan evidente el efecto, que si la palabra y el lenguaje corporal no son congruentes, serán los elementos no verbales los que el receptor asumirá como verdaderos. Por lo tanto, enviar mensajes mixtos-mezclados o no congruentes llevará a malinterpretaciones en el diálogo.



Elementos del lenguaje corporal: Cinesia, proxemia, expresión facial, gestos, postura corporal, uso del silencio, contacto ocular proxémico y empatía tónica. Primer axioma de la comunicación: es imposible NO comunicar.

Compartiendo técnicas:

En toda aproximación conductual terapéutica se deben cautelar los tres pilares recién expuestos y los elementos transversales: lenguaje (verbal y corporal), empatía (cognitiva-afectiva-tónica), criterio clínico-ético y rol educador en salud coherentes. En paralelo a estos factores transversales, existen las técnicas de aproximación que son de base odontopediátrica. Algunos ejemplos de las técnicas clásicas son: decir-mostrar-hacer, desensibilización progresiva, distracción, modelado, control de voz, comunicación no verbal, ambientación y preámbulo, refuerzo positivo, comunicación estratégica, presencia/ausencia parental, contención física parental y técnicas avanzadas contingentes a capacitación como sedación, hipnosis, anestesia general, etc.

Además de las técnicas clásicas, hay adaptaciones específicas que se pueden hacer para mejorar la experiencia de atención odontológica de PsD:



- Reclinador de silla de ruedas: principales ventajas: confort, autonomía y seguridad.
- Pictogramas: comunicación alternativa y aumentativa con el paciente, anticipación de situaciones mediante imágenes.
- Musicoterapia: cantar con el paciente, que el paciente escuche su música predilecta, música ambiental que lo relaje.
- Cepillo de dientes especial de 3 cabezales para cepillado asistido o menor destreza motora.
- Apoyamordidas que eviten el cierre involuntario:
 - Creado en base a un mango de cepillo de dientes antiguo con un anillo acrílico.
 - Manguera (de compresor) rellena con silicona.
 - Varios baja-lenguas unidos, pueden estar envueltos en gasa y cubiertos por un dedo de guante.

- Estimulación sensorial y desensibilización sistemática: Utilizando elementos de la vida diaria para acercar al paciente las sensaciones experimentadas durante la atención dental: vibración, ruido, luz, agua, aire.
- Pedagogía del buen humor: Juguetes como elementos de poder para la seguridad del paciente.
- Técnica de aproximación empática personalizada: Mágicoterapia - Mimoterapia - Títereaterapia - Payasoterapia - Teatroterapia - Sicodelicoterapia - etc.
- Alianza Terapéutica: Debemos asumir nuestro rol como educadores en salud y comunicadores sociales; estableciendo vínculos terapeuta-familia-paciente con autenticidad, empatía (cognitiva, afectiva, tónica) y aceptación incondicional como preceptos indispensables para la comunicación y relación educativas con el entorno familiar.



Imagen 7 Odontólogos y Asistentes Dentales capacitados en Valdivia, Abril 2015

Referencias

1. Gadamer, Hans Georg. Hermeneutik, Wahrheit und Methode, 1960. (Traducción español: Alasagasti, Verdad y Método, Santillana, 1990).
2. Moreno J, Fundamentos de Sociometría, Buenos Aires, 1972.
3. Dougall A and Fiske J, Access to Special Care Dentistry: Communication, British Dental Journal, 2008.
4. Wanless, Communication in Dentistry, Oral Health report, 2007.

10. Comunicación Alternativa y/o Aumentativa para la atención Odontológica.

*Ignacio Camarda Rojas, Fonoaudiólogo
Prof. Lorena Sepúlveda Vega, Fonoaudióloga
Prof. Dra. Susanne Krämer Strenger
Dr. Marcelo Valle Maluenda*

Estimado usuario:

Los siguientes pictogramas (imágenes) han sido compuestos por nuestro equipo docente para facilitar la comunicación con sus pacientes. Estas son algunas representaciones gráficas de lo que puede ocurrir en la consulta odontológica, en donde Ud. puede utilizar los símbolos:

- **Como elemento flexible de comunicación**

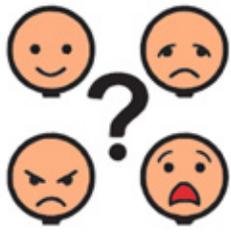
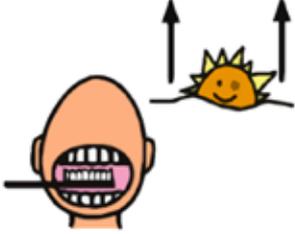
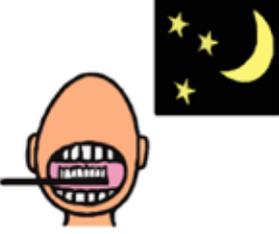
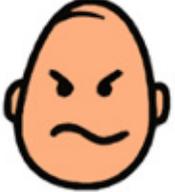
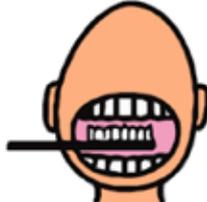
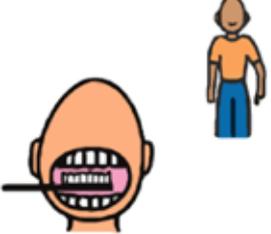
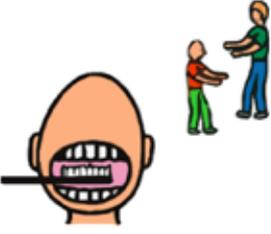
Al utilizarlo como tablero de comunicación brinda la posibilidad de interactuar y así entrevistar a su paciente acerca de cómo se siente o de sus procesos de higiene en el hogar. Es muy importante respetar los tiempos y ritmos del paciente. (Primer set de imágenes)

- **De forma estructurada anticipando al paciente en un proceso (secuencia).**

Esto equivaldría a un "story book" y permite al paciente incorporar la rutina de la atención odontológica y las distintas fases de ésta previo a la atención. De esta manera al visitar al dentista el paciente ya tendrá una idea más clara de los tiempos y procesos que sucederán. Para ello el equipo docente ha preparado el segundo set de imágenes. Estas pueden ser entregadas a la familia o los cuidadores en una sesión de preparación, con el objetivo de que puedan preparar la visita odontológica.



Imagen 8 Odontólogos y Asistentes Dentales capacitados en Santiago, Mayo 2015

<p>HOLA</p> 	<p>¿CÓMO ESTÁS?</p> 	<p>¿CUÁL ES TU NOMBRE?</p> 
<p>¿QUÉ TE GUSTA HACER?</p> 	<p>¿TE CEPILLAS EN LA MAÑANA?</p> 	<p>¿TE CEPILLAS EN LA NOCHE?</p> 
<p>¿TE MOLESTA ALGO?</p> 	<p>ESTOY BIEN</p> 	<p>¿TE DUELE?</p> 
<p>¿TE LAVASTE LOS DIENTES?</p> 	<p>¿QUIERES PARAR?</p> 	<p>¿QUIERES SEGUIR?</p> 
<p>¿TE CEPILLAS SOLO?</p> 	<p>¿TE CEPILLAS CON AYUDA?</p> 	<p>¿TE QUIERES ENJUAGAR?</p> 

Ilustraciones: Portal Aragonés de Comunicación Alternativa Aumentativa www.arasaac.org y
 Broadmaker Software www.mayer-johnson.com/boardmaker-software
 Composición: Fonoaudiólogos Ignacio Camarda y Lorena Sepúlveda, Cirujano dentistas
 Marcelo Valle y Susanne Krämer, Diseñadora Magdalena Domínguez

SALUDO AL DENTISTA



ME SIENTO



ABRO LA BOCA



ESPEJO



JERINGA TRIPLE



SONDA



EL DENTISTA ME REvisa



ME QUEDO TRANQUILO



ABRO LA BOCA



ME QUEDO TRANQUILO



EL DENTISTA ME REvisa



ME ENJUAGO



Ilustraciones: Portal Aragonés de Comunicación Alternativa Aumentativa www.arasaac.org y
Broadmaker Software www.mayer-johnson.com/boardmaker-software
Composición: Fonoaudiólogos Ignacio Camarda y Lorena Sepúlveda, Cirujano dentistas
Marcelo Valle y Susanne Krämer, Diseñadora Magdalena Domínguez

11. Integración Sensorial

Prof. Lorena Sepúlveda Vega, Fonoaudióloga

¿Qué es la integración sensorial?

Jean Ayres describe la integración sensorial como el acto de organizar las sensaciones para su uso. Ese "uso" puede ser una percepción del cuerpo o del mundo, una respuesta adaptativa, un proceso de aprendizaje o el desarrollo de determinada función neuronal. Es a través de este proceso que las múltiples partes del sistema nervioso trabajan en estrecha colaboración para que la persona pueda interactuar con todo su entorno de manera eficiente, experimentando como resultado un grado adecuado de satisfacción¹.

Cuando hay una disfunción de la integración sensorial el sujeto no puede adaptarse al entorno de forma eficiente, fluida y satisfactoria, porque su cerebro no ha desarrollado los procesos encargados de integrar las sensaciones. Es por esta razón que se requiere de un equipo altamente especializado para lograr y dirigir la integración de las sensaciones afectadas a través de desensibilización sistemática¹.

Dentro de los focos que puede afectar un trastorno de la integración sensorial se encuentran los 5 sentidos básicos conocidos, pero además los sistemas vestibular y propioceptivo. Se conoce como sistema vestibular aquel que informa acerca de la posición del cuerpo con respecto a la gravedad y nos ayuda a regular los movimientos de los ojos con los de la cabeza. Este sistema se encuentra ubicado en el oído interno. Por otro lado, el sistema propioceptivo se encuentra en los músculos y tendones, nos dice como tenemos colocadas las diferentes partes del cuerpo y nos ayuda a regular la fuerza que imprimimos a cada acto que hacemos².

La teoría de la integración sensorial se fundamenta a partir de tres aspectos o áreas²:

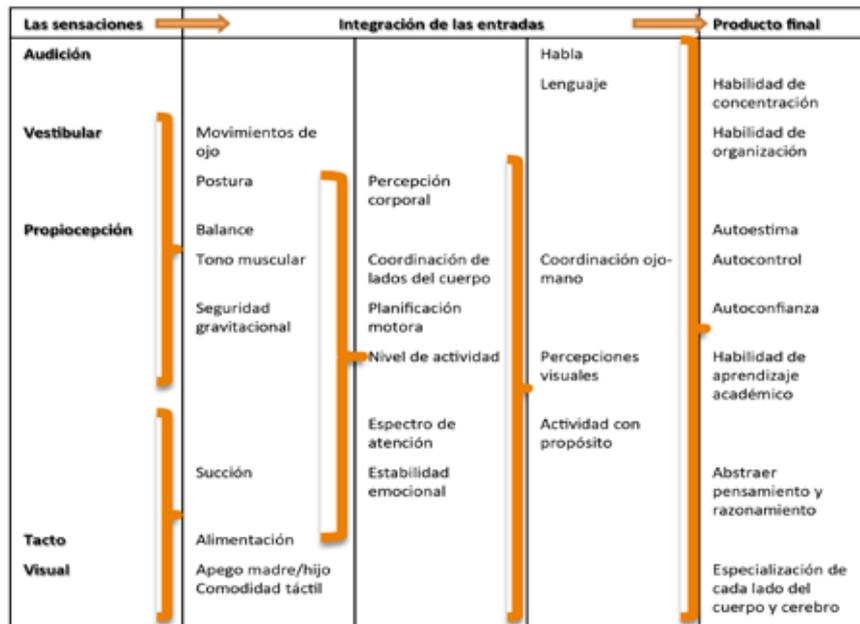
▪ Procesamiento sensorial

- Registro: permite tomar conciencia de cada estímulo por separado
- Modulación/Regulación: permite regular la intensidad con la que percibimos el estímulo
- Discriminación: permite la organización e interpretación del estímulo y distinguir su relevancia, características y cualidades específicas.
- Integración: une los estímulos significativos de los diferentes sentidos para interpretar las demandas del entorno y las posibilidades de nuestro propio cuerpo, para así poder elaborar una respuesta adecuada.

▪ Desarrollo sensorial y evolución de la integración sensorial

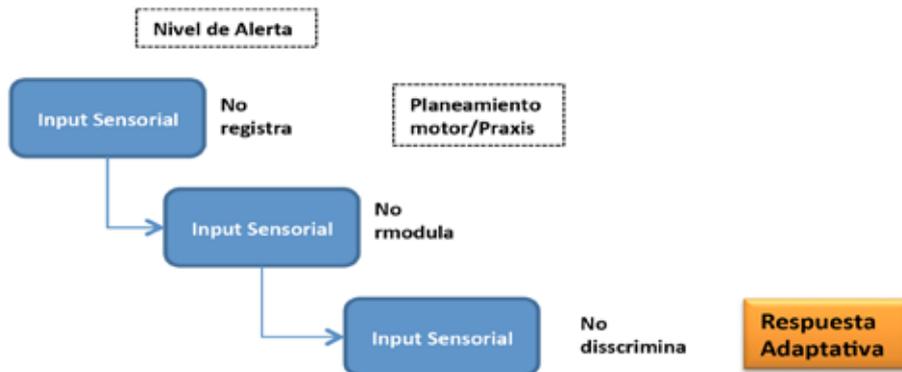


- Un adecuado procesamiento de la información sensorial de nuestro cuerpo es fundamental para el desarrollo de múltiples habilidades: motoras, cognitivas, sociales, entre otras³.



▪ **Disfunción de la integración sensorial:**

- Se produce cuando este procesamiento sensorial no se da de manera eficaz, ya que el sistema nervioso central no procesa, organiza e integra la información sensorial de manera adecuada³.



Signos de disfunción de integración:

1. Respuestas exageradas a ciertos estímulos: hipersensibilidades a determinadas texturas u olores, miedo al movimiento o a las alturas, hipersensibilidad al ruido o la luz.
2. Busca estímulos de forma exagerada y continuada: le cuesta estar quieto, lo toca todo, corre en vez de caminar, choca contra los objetos, busca el contacto con los demás de forma constante y con brusquedad.
3. Hiporreactivo: le cuesta responder de forma rápida a los estímulos o demandas del entorno.
4. Hiperreactivo: se muestra impulsivo, tiene un bajo control de sus reacciones.
5. Dificultad para seguir el ritmo de aprendizaje en comparación con sus compañeros.
6. Dificultades de coordinación motriz.
7. Dificultad para seguir normas, cambios de rutinas, problemas de comportamiento.
8. Alta distractibilidad. Falta de concentración y atención.
9. Rabietas y llantos frecuentes
10. Alta fatigabilidad.
11. Dificultades en el juego: juegos repetitivos, alteraciones del juego simbólico.
12. Dificultades para imaginar o tener ideas nuevas, y para abstraer conceptos.

En niños con afecciones del sistema nervioso es muy común encontrar alteraciones oromotoras y cuadros de trastornos de la alimentación con una historia previa de experiencias sensoriales anormales. El origen de éstas es múltiple y se relaciona con: prematuridad, presencia de enfermedad de reflujo gastroesofágico, antecedentes de ventilación mecánica y de alimentación por sonda nasogástrica o por gastrostomía³. La presencia de estas alteraciones puede constituirse en un fuerte factor de estrés para el niño y el cuidador y transformar todos los procesos orales en una experiencia traumática frente a la cual se crea aversión. Lo mismo ocurre con la atención dental, que además implica y estimula el sistema nervioso a través de diversas sensaciones que confluyen en una única experiencia e información sensorial.

Es importante considerar los aspectos relacionados con la integración sensorial durante la atención dental puesto que un correcto enfoque puede significar una puerta de entrada que permita poder llevar a cabo el tratamiento odontológico indicado. Es importante que una vez detectada alguna dificultad al respecto, se realice una derivación oportuna, considerando cuál sistema sensorial se encuentra afectado. Los profesionales capacitados para poder dar atención a esta condición son en general los terapeutas ocupacionales, sin embargo el área oral ha sido preferentemente tratada por fonoaudiólogos. No obstante, es relevante que el odontólogo al considerar esta condición, tome precauciones tales como posicionar el sillón dental antes de sentar al paciente, proveer contención y estabilidad postural durante la atención, realizar desensibilización táctil de la zona oral comenzando desde extremidades y por sobre todo dar tiempo al paciente para que alcance a modular su respuesta a la importante cantidad de estímulos que recibe durante la atención.

Referencias.

1. Ayres AJ. La integración sensorial en los niños. Desafíos sensoriales ocultos. Ed 25 aniversario. Madrid: TEA, 2008
2. Del Moral Orro G, Pastor Montañó MA, Sanz Valer P. Del marco teórico de Integración sensorial al modelo clínico de intervención. TOG (ACoruña); 10(17): (25p). Mayo 2013.
3. Bacco JL, Araya F, Flores E, Peña N. Trastornos de la alimentación y deglución en niños y portadores de parálisis cerebral: abordaje multidisciplinario. Rev. Med. Clin. Condes-2014; 25(2) 330-342

III. UNIDAD:

CONDICIONES ESPECÍFICAS QUE REQUIEREN CUIDADOS ESPECIALES

Habiendo revisado herramientas transversales para la atención de personas en situación de discapacidad, se entregan a continuación conceptos específicos para la atención odontológica según la condición individual que cada persona presenta.



Imagen 9 Odontólogos y Asistentes Dentales Capacitados en la IV Región. Marzo 2015

12. Discapacidad Intelectual y Escalas de Medición

Dra. Chris Bergamin Mesias

Definición

Podemos definir la Discapacidad Intelectual (DI) como una limitación en el área del aprendizaje, comprensión y comunicación, lo que genera dificultades en las habilidades conductuales y habilidades sociales. Estas dificultades provocan que la sociedad segregue a este grupo de personas que no se desenvuelven conductual y socialmente como el resto de ellas.¹⁻⁴

Epidemiología.

El número de casos de personas con DI se sitúa alrededor del 1,5% de la población mundial, pudiendo llegar al 4% en países no desarrollados según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En Chile según el CENSO 2012, la DI es de 9% en relación al resto de las discapacidades, siendo un 54,5% mujeres y un 45,4% hombres. En Chile se ha implementado una política de integración social de las personas con DI, enmarcado en la acción social del país, como también se han incorporado los consensos internacionales expresados en convenciones suscritas en Chile.^{5,6}

Etiología.

La causas de la DI son múltiples desde genéticas y hereditarias hasta ambientales; su tratamiento es evolutivo y variable; éste comienza desde que se pesquiza la DI y es de carácter multidisciplinario. No hay una cura para la DI pero si se pueden evidenciar avances y mejoras, a través de las escalas de medición que se mencionarán más adelante.^{3,4,7}

Los factores genéticos generalmente se diagnostican en etapas tempranas y en ocasiones en la vida intrauterina. Los más prevalentes son: Síndrome de Down (SD) (30% de los afectados con DI leve, 60% DI moderada y un 10-15% DI severa)⁸⁻¹⁰ y Síndrome X Frágil (presentan DI entre severa y moderada, hiperactividad, déficit de atención y rasgos autistas).^{9,11,12} Entre los factores asociados al embarazo se incluye ingesta de drogas, alcohol y patología viral. Los factores de la primera infancia pueden ser meningitis, encefalitis, intoxicación y traumas; y los factores socio-culturales tales como maltrato infantil, pobreza y desnutrición.^{1,5,11}

Clasificación y Escalas de Medición.

Existen varias clasificaciones para personas con discapacidad, como la Definición de Discapacidad Intelectual propuesta por la American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD)¹³ y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). Pero siguiendo el modelo social de la discapacidad utilizaremos la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). La CIF es una clasificación de pacientes que incluye la DI, además de muchas otras discapacidades que pueda presentar el individuo y está dividida en dos partes: la primera es el funcionamiento y discapacidad, y la segunda son los factores contextuales.^{2,7,13,14}

El CI (coeficiente intelectual) es razón entre el rendimiento logrado por un sujeto y el esperado. Sirve para determinar el nivel de funcionamiento intelectual de una persona.^{3,7} Las escalas de medición más conocidas y utilizadas a nivel nacional son la de WAIS y WISC.IIIV ch, que son una derivación de la escala de Weschler. Ambas escalas son un instrumento imprescindible en el diagnóstico de la DI, trastornos de aprendizaje, trastornos del espectro autista y del trastorno de déficit de atención con hiperactividad.^{8,15}

Manifestaciones generales.

Los signos y síntomas en la DI, a pesar de la multicausalidad, son: falta en el desarrollo de habilidades motoras, disgrafía, dispraxia, falta de expresión y comprensión, entre otras.^{3,16} Los exámenes que usualmente se realizan son: pruebas de desarrollo intelectual y sicomotor; puntaje en el comportamiento de adaptación; de desarrollo cognitivo; puntaje del coeficiente intelectual (CI) por debajo de 70.^{3,8}

Manifestaciones Orales.

Los estudios indican que las personas con DI tienen una mayor prevalencia de caries, gingivitis y enfermedades periodontales que la población general. Entre los factores asociados destacan una dieta cariogénica, la ingesta de medicamentos azucarados, xerostomía, maloclusión dentaria, bajo nivel de motricidad que resulta en una higiene oral deficiente.^{3,12,17}

Tratamiento médico general.

El enfoque terapéutico en personas con DI involucra a un equipo multidisciplinario, que comprenda: neurólogo, psicólogo, psicopedagogo, odontólogo, asistente social, terapeuta ocupacional y el especialista que se requiera según otras afecciones o necesidades. El objetivo del tratamiento es desarrollar al máximo el potencial de aprendizaje, de aplicación y comprensión del lenguaje de la persona, estimulándolo con diferentes métodos por los mismos profesores y/o psicopedagogos desde el diagnóstico de la DI.¹² El tratamiento de las personas con DI es diferente en cada caso según etiología. Los tratamientos más exitosos son los individualizados para cada persona comprendiendo una combinación de diferentes terapias.^{4,18}

Precauciones en el manejo Odontológico.

Antes de la cita odontológica se debe obtener y revisar la historia clínica del paciente.

Durante la atención es necesario reducir las distracciones, evitar sonidos u otros estímulos para compensar la baja y corta capacidad de atención. Explicar cada procedimiento antes de ser realizado de forma sencilla para reducir la ansiedad del individuo.^{17,19}

Instrucción de cepillado e higiene oral y dieta cariogénica: Fomentar el cepillado con técnicas adecuadas y modificadas para cada paciente. Cepillos modificados, abre bocas, uso de hilo dental, entre otros. Generar independencia de la persona en el cepillado dentro de lo que él pueda. Realizar un seguimiento con pastillas reveladoras. Instruir sobre dieta, a través de minutas y calendarios semanales de alimentación saludable, destacar a los cuidadores disminuir la oportunidad y frecuencia del consumo de alimentos azucarados.⁵ Es fundamental realizar tratamientos preventivos como fluoración tópica, indicación de pastas con alta concentración de flúor y sellantes según sea el riesgo cariogénico de cada individuo.¹⁹

Conclusión

La clave para una buena salud oral en personas con DI es la participación de los padres y cuidadores en las prácticas preventivas como técnica de cepillado y dieta no cariogénica, además de aplicar terapia de fluoruro adecuada y sellantes de fisuras por parte del odontólogo.^{10,19}



Imagen 10 Odontólogos y Asistentes Dentales capacitados en Ancud, Abril 2015

Referencias:

1. Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre Retraso Mental Verdugo, Miguel Ángel. (2002). Pp 6.
2. Análisis de la definición de Discapacidad Intelectual de la Asociación Americana sobre Retraso Mental . Verdugo, M. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. Universidad de Salamanca.2002; 24 (5).
3. Orientaciones técnicas para la evaluación diagnóstica de estudiantes con necesidades educativas especiales asociadas a discapacidad intelectual. Ministerio de Educación. División de educación general de educación especial Chile .20013
4. Mental Retardation: Definition, classification, and systems of supports. Luckasson, R.; Borthwick-Duffy, S.; Buntinx, W. H. E.; Coulter, D. L.; Craig, E. M.; Reeve, A.; Schalock, R. L.; Snell, M. E.; Spitalnik, D. M.; Spreat, S., y Tassé, M. J. 10th edition, Washington, D. C.; American Association on Mental Retardation.2002
5. Informe Mundial de la discapacidad OMS. 2011.
6. Ministerio de Salud. Salud Oral integral para menores de 20 años en situación de discapacidad que requieren cuidados especiales en odontología. Minsal. 2012.
7. Cambios conceptuales en la discapacidad. Verdugo, M.A. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. Universidad de Salamanca. II Congreso Internacional de Discapacidad Intelectual: Enfoques y Realidad: Un Desafío. Medellín, Colombia. 2004.
8. The New Definition of Intellectual Disability, Individual Supports, and Personal Outcomes. Robert L. Schalock, Ph.D, Revista española sobre discapacidad intelectual. 2009; Vol 40 (1) N° 229. 22-39
9. Down Syndrome: From Understanding the Neurobiology to Therapy Kathleen Gardiner,¹ Yann Hérault,² Ira T. Lott,³ Stylianos. J Neurosci. 2010. 10; 30(45).
10. Clinical Guidelines and Integrated Care Pathways for the Oral Health Care of People with Learning Disabilities. Faculty of Dental Surgery, The Royal College of Surgeons of England 2012.
11. Primary care: mental and behavioral health and persons with intellectual and developmental disabilities David A. Ervin, Ashley Williams, and Joav Merrick Front Public Health. 2014; 2: 76.
12. Síndrome X frágil: Desarrollo e intervención del lenguaje. Ma Paz Fernández L.1, Aníbal Puente F.2 y Ma Teresa Ferrando L.3 Rev. chil. neuro-psiquiatr. 2010; 48 (3): 219-231
13. The 11th edition of the AAIDD terminology and classification manual Schalock et al., 2010.
14. "Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud: CIF", Organización Mundial de la Salud, Edición en español, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid. España.2001.
15. Claves para la evaluación con el WISC-IV. Madrid. TEA Ediciones Flanagan, D. P. y Kaufman, A. S. John Wiley & Sons. 2004.
16. Epidemiología de la Discapacidad en Chile, niños y adultos .Dr. Carlo Paolinelli G, Dr. Milton González A. Revista Médica CLC. 2014;25
17. Nutritional Task Force. British Dental Journal.2002. 193, 563 - 568.
18. Pre-assessment of severely handicapped patients suitable of dental treatment under general anesthesia. Limeres Posse J, Vázquez García E, MedinaHenríquez J, Tomás Carmona I, Fernández ,Feijoo J, Diz Dios P. Rev Med Oral. 2003; 8:353-60.
19. National good practice guidance on pre-operative assessment for day surgery, London, Department of Health. NHS modernisation agency. 2002

13. Síndrome de Down

Prof. Dr. Daniel Carreño Henríquez
Prof. Dra. Silvia Monsalves Bravo

Definición y epidemiología

El Síndrome de Down (SD) es la causa genética más frecuente de discapacidad intelectual, su incidencia es de 2,4 en 1000 nacidos vivos, afectando todas las razas y todos los grupos económicos. Se produce normalmente debido a un evento azaroso durante la formación del óvulo o espermatozoide, el que puede causar uno de tres variantes genéticas: (1) Trisomía del cromosoma 21: un cromosoma 21 extra en todas las células (92%), (2) trisomía del 21 mosaico: un cromosoma 21 extra en algunas células (1 - 1,5%) y (3) trisomía del 21 por translocación (3,5 - 4% de los afectados). Entre los factores asociados se describe la edad de la madre: a mayor edad de la mujer, mayor probabilidad de tener un hijo con Síndrome de Down. La esperanza de vida reportada en la actualidad es de 61 años para los hombres y 58 años para las mujeres.

Características clínicas

Estatura baja, discapacidad intelectual, braquicefalia, obesidad, espacio entre los ojos aumentado, puntos de Brushfield en el iris, pliegues epicánticos, clinodactilia, pliegue palmar simiano (uno). Puede afectar muchos órganos y resultar en múltiples alteraciones.

<p>Problemas cardíacos</p> <p>50%: problemas cardíacos congénitos (defecto del septo auricular, prolapso de válvula mitral) y un inicio temprano de hipertensión pulmonar</p>	<p>Trastornos convulsivos</p> <p>5 - 13% (10 veces más que en la población general)</p>	<p>Demencia</p> <p>Demencia, pérdida de memoria y juicio alterado similar a Enfermedad de Alzheimer</p>
<p>Leucemia</p> <p>Personas con SD tienen 12 - 40 mayor riesgo de presentar leucemia</p>	<p>Defectos inmunológicos</p> <p>Infecciones en la piel, sistema gastrointestinal, respiratorio y a nivel bucal una mayor incidencia de gingivitis y enfermedad periodontal a temprana edad.³</p>	<p>Infecciones de tracto respiratorio</p> <p>Incluye infecciones en oído medio, amígdalas, nariz y senos paranasales. Relacionado a déficit inmunológico</p>
<p>Inestabilidad atlanto axial (20%)</p> <p>Puede causar compresión de medula espinal. Se debe evitar la hiperextensión del cuello. Es causada por hiperlaxitud ligamentaria</p>	<p>Características de la piel y mucosas</p> <p>Seca, áspera, se irrita fácilmente</p> <p>Condición puede comenzar en la infancia. Mayor incidencia de Candidiasis en piel y mucosas debido a deficiencia inmunológica.⁴</p>	<p>Malformaciones oculares y visión</p> <p>Ojos delgados, con forma de almendra, estrabismo. Presentan pliegues epicánticos. Riesgo aumentado de catarata (en 3%)</p>
<p>Oído externo y huesos de oído medio e interno</p> <p>Pueden presentar un desarrollo diferente</p> <p>Hasta un 90% presenta pérdida auditiva mayor de 15 - 20 decibelios en al menos un oído</p>	<p>Discapacidad intelectual</p> <p>Casi todos los individuos con SD</p> <p>Coeficiente intelectual 20 -50 (moderado a severo) es lo común</p>	<p>Automutilación</p> <p>Ocurren frecuentemente. La incidencia es mayor en pacientes con discapacidad intelectual severa. Puede indicar: Frustración por problemas para comunicarse, dolor oral o dental</p>

Tabla: Características clínicas generales, craneofaciales y dentales en personas con Síndrome de Down^{1,2,3,4}.

Características craneofaciales y dentales

<p>Hipoplasia de la zona media de la cara</p> <p>Puente nasal aplanado y ancho</p> <p>Ausencia de rebordes supraorbitarios</p>	<p>Características craneofaciales</p> <p>Ausencia de senos frontales</p> <p>Senos maxilares ausentes o reducidos de tamaño</p> <p>Desviación de septum nasal</p>	<p>Paladar</p> <p>Mayor incidencia de paladar fisurado, labio fisurado y úvula bífida. Generalmente presentan paladar alto</p>
<p>Lengua y labios</p> <p>Macroglosia relativa</p> <p>Por: paladar pequeño, largo del arco reducido, circunferencia de arco reducida, lengua fisurada</p> <p>Labios gruesos, secos y fisurados</p>	<p>Mandíbula</p> <p>Protrusión mandibular</p> <p>Postura de boca abierta</p>	<p>Maloclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Clase III (32-70%) ▪ Mordida cruzada (71%) ▪ Mordida abierta (5%) <p>Pronóstico ortodóncico es pobre: discapacidad intelectual, hábitos parafuncionales y enfermedad periodontal severa</p>

Características Dentales

- Microdoncia, coronas y raíces cortas, taurodontismo
- Retardo de la erupción de los dientes primarios y definitivos. Pueden producirse alteraciones en la secuencia eruptiva y persistencia de dientes primarios
- Agenesias: incisivos laterales primarios ausentes en el 15% de las personas con SD
- Dientes impactados, morfología dental variable en el 30% de las personas con SD
- Alteraciones de la estructura dentaria como hipoplasias e hipocalcificaciones en dientes primarios y definitivos.

Caries: Se ha descrito una menor tasa de caries que en grupos control, las posibles causas incluyen:

- Patrón de erupción retrasado
- Dientes diastemados
- Pérdida temprana de dientes secundaria a enfermedad periodontal

Enfermedad periodontal

- Presente en más del 90% de las personas con SD, de inicio temprano y progresión severa
- Pérdida de hueso alveolar comienza tempranamente (6 años)
- Sin relación con acumulación de placa bacteriana
- Respuesta inmune disminuida
- Laxitud ligamentosa: rápida degeneración. GUNA puede estar presente

Consideraciones en el manejo Odontológico

Manejo Conductual

Una herramienta fundamental es realizar una buena sociografía en el momento de la confección de la ficha clínica para conocer en profundidad al paciente, (es muy variable el comportamiento en los pacientes con Síndrome de Down y depende del grado de discapacidad cognitiva que presente) es importante conocer sus gustos y preferencias que nos pueden servir como reforzadores de conducta en forma positiva o como distractores en determinadas situaciones y también aquellos elementos que rechaza y que nos podrían afectar en su adaptación. También es de gran importancia buscar la atención y concentración del paciente, ya que con mayor comunicación podremos obtener mejores resultados terapéuticos. Se han reportado distintos recursos como la musicoterapia que al generar en ellos mayor concentración y relajación frente a las ondas sonoras, se genera disminución en sus niveles de ansiedad, modificándose el patrón respiratorio y fomentando una actitud receptiva y de mayor cooperación.⁵

Cuidado e Higiene bucal

En la educación en salud oral debe involucrarse tanto al paciente como a sus familiares y cuidadores. En un inicio las habilidades motoras son poco controladas, y sólo mejoran con la práctica. Esto se debe considerar al momento de la instrucción de higiene y de los logros que se van buscando. Asociado a esto se ha descrito como favorable el uso de cepillo eléctrico. Se ha descrito en la literatura que el revelador de placa tiene alta utilidad en pacientes con Síndrome de Down, porque ayuda a motivar y permite ver al cuidador las zonas donde se debe higienizar de mejor forma. A su vez se debe tener en cuenta un tratamiento según el riesgo del paciente y tener controles periódicos cada 3 a 6 meses.

Profilaxis antibiótica

Se debe considerar el uso de profilaxis antibiótica en casos de defectos congénitos cianóticos, válvulas protésicas, episodios de endocarditis infecciosa previa o trasplante cardiaco previo. Principalmente en aquellas atenciones que impliquen la manipulación de la encía o de tejidos periapicales; como destartraje subgingival, exodoncias dentales, remoción de suturas entre otras. Se aplican los mismos criterios que a la población en general para seleccionar el antibiótico adecuado.

Tratamiento de Enfermedad periodontal

- Tratar tempranamente y agresivamente, idealmente en equipo con un Periodoncista
- Se deben realizar frecuentes profilaxis y destartraje
- Considerar uso de Clorhexidina y de Doxiciclina
- Exodoncia de dientes primarios retenidos y dientes apiñados
- Manejo oclusal

Tratamiento de Ortodoncia

Las personas con síndrome de Down son tratados por un equipo multidisciplinario desde el nacimiento, por lo tanto, es recomendable que un ortodoncista esté incluido en este grupo de profesionales.

Son múltiples las anomalías bucodentomaxilares que pueden presentar las personas con síndrome de Down, por lo tanto un tratamiento ortodóncico temprano en conjunto con terapia miofuncional orofacial puede monitorear y corregir alteraciones funcionales, así como permitir un mejor desarrollo de las estructuras dentales y faciales.

Una de las tendencias de tratamiento radica en el uso de una placa palatina y terapia miofuncional, de acuerdo a los principios propuestos por Castillo Morales, cuya propuesta se propone eliminar las disfunciones linguales y mejorar la función de los músculos orbiculares de los labios y de la cara, lo que favorecería una adecuada succión, articulación, deglución y respiración nasal. Estudios demuestran que esta terapia es efectiva, mejorando la posición de la lengua y el cierre labial. Para que este tratamiento tenga éxito debe ser iniciado antes de los doce meses de edad.

La mayoría de las personas con síndrome de Down presentan maloclusión severa, por lo que sería esencial un tratamiento ortodóncico, el cual debe ser planificado de acuerdo a las necesidades y características bucodentales del paciente, dependiendo siempre del nivel de cooperación del paciente y promoviendo que las expectativas de los padres y del paciente sean realistas de acuerdo a cada situación.^{6,7}

Referencias

1. Lizama M, Retamales N, Mellado C. Recomendaciones de cuidados en salud de personas con síndrome de Down: 0 a 18 años. *Rev Med Chile*. 2013; 141(1): 80 - 89
2. Abanto J, Ciamponi A, et al. Medical problems and oral care of patients with Down syndrome: a literature review. *Spec Care Dentist* 31 (6): 197-203, 2011.
3. Khocht A, Janal M, Turner B. Periodontal health in Down syndrome: Contributions of mental disability, personal, and professional dental care. *Spec Care Dentist*. 2010;30:118-23
4. Carlstedt K, Krekmanova L, Dahllof G. Oral carriage of *Candida* species in children and adolescents with Down 's syndrome. *International Journal of Paediatric Dentistry* 1996, 6: 95-100.
5. Neumann, Ubilla. Musicoterapia En Niños Con Síndrome De Down: La Importancia Del Vínculo En La Creatividad Y Desarrollo Emocional 2004
6. Matthews-Brzozowska T, Cudziło D, Walasz J, Kawala B. Rehabilitation of the Orofacial Complex by Means of a Stimulating Plate in Children with Down Syndrome. *Adv Clin Exp Med*. 2015: 24(2); 301-5
7. Rahima F, Mohamed A, Nor M, Saub R. Malocclusion and orthodontic treatment need evaluated among subjects with Down syndrome using the Dental Aesthetic Index (DAI). *Angle Orthod*. 2014;84:600-6

14. Trastorno del Espectro Autista

Dr. Marcelo Valle Maluenda

Definición:

Hoy el autismo se considera una alteración del desarrollo crónica y relativamente mejorable en base a diagnóstico y tratamiento precoces. Se define como Trastorno del Espectro Autista (TEA), ya que si bien todas las personas con TEA tienen dificultades en ciertas áreas comunes, su condición los va a afectar de distinta manera (espectro de condiciones), y son descritas como un conjunto de síndromes definido por un Fenotipo cognitivo-conductual común, más que como una enfermedad.^{1,2}

Epidemiología:

Presenta mayor prevalencia en hombres que en mujeres (4:1). Incidencia 4-5 casos/10000 para autismo nuclear de Kanner; 20/10000 (Chacrobarti y Jama 2001); 40-60/10000 (Baird 2005). Se debe tener precaución con el sobrediagnóstico debido a dificultad en un diagnóstico muy precoz, signos leves y modificables, autismo sindrómico, susceptibilidad a condicionantes ambientales, desarrollo tardío, etc.

Etiología:

Polifactorial. Se relaciona con cromosomopatías y rasgos genéticos particulares, enfermedades metabólicas, infecciosas, tóxicas, sindrómicas, etc. (10-20 % casos TEA tienen origen relacionado con patología definida y 80-90 % con causa desconocida).^{1,2}

Criterio diagnóstico:

Principalmente se basan en las clasificaciones DSM IV-V (Asociación Americana de Psiquiatría), CIE-10 (OMS) y Misès (enfoque europeo francés). Se observan básicamente trastornos cualitativos de la Relación, Comunicación y Patrones de conducta, interés o actividad restrictivos, repetitivos o estereotipados. El diagnóstico precoz ocurre antes de los 3 años (30 meses aproximadamente). El DSM V lo considera desde el espectro de condiciones.

Manifestaciones generales.

Presenta alteración de la Comunicación, Relación (socialización) e Imaginación (Tríada de Wing, 1979), luego se complementa la Tríada con Patrones de conducta repetitivos y restringidos (Wing, 1981).¹

El espectro de condiciones incluye: Falta de comprensión (75% con problemas de aprendizaje; 50% con coeficiente intelectual menor a 50; ausencia parcial o total de lenguaje verbal; alteración sociocomunicativa del lenguaje corporal); Alteraciones sensoriales (hipo o hiper sensibilidad y distorsiones sensoriales; 30% presenta epilepsia); Invasión del espacio personal (puede ser intolerable y codificado sensorialmente como dolor un estímulo neutro). Su mundo interno comprende conductas de repliegue con una gran necesidad de inmutabilidad o miedo a los cambios.^{3,4,5} Su expresión psicoconductual se estructura con bases en un pensamiento rígido y concreto, con dificultad para vivenciar el mundo emocional de sí mismo y del otro.

Tratamiento médico general.

TEA es una condición permanente sin cura. Debido al paradójico contraste entre un buen funcionamiento orgánico basal y una severa alteración en las relaciones conceptuales y comunicativas humanas, los progenitores y cuidadores de personas con TEA persisten en la esperanza de un tratamiento alternativo y una eventual cura; lo cual conlleva una sensación de culpa/impotencia prolongada.

Se observa politerapia: zooterapia, musicoterapia, integración sensorial, arteterapia, psicomotricidad, dieta, fármacos, protocolos conductuales, etc. Los fundamentos basados en la evidencia científica son precarios, irregulares y contradictorios, ya que las terapias pueden funcionar en algunos casos y en otros no, e incluso funcionar sólo por períodos de tiempo imprecisos e imprevisibles. Las terapias con mayor eficacia y sustento científico son aquellas que se fundamentan en la conducta y refuerzan las habilidades de manera precoz y sostenida.^{3,4,5} Existen muchos mitos terapéuticos como la influencia de tóxicos, vacunas y dietas.

Manifestaciones Orales.

Las personas con TEA no presentan manifestaciones bucales exclusivas debidas a una condición orgánica, odontológicamente debemos cautelar los mismos criterios de salud bucal convencionales, sin embargo sus patrones de comportamiento y politerapias pueden tener impacto en su salud general.

Precauciones en el Manejo Odontológico.

- Establecer sólida Alianza Terapéutica (vínculo terapeuta-familia-paciente), para conocer patrones cognitivo-conductuales individuales, y desde ese referente biopsicosocial establecer la estrategia estructurada de aproximación terapéutica.
- Considerar las alteraciones sensoriales, en sus siete vertientes, para resignificar todo estímulo que pueda resultar desagradable, intolerable o gatillante de colapso sensorial:
 - Táctil: contacto físico y/o ocular (proxémico), dificultando el uso del cepillo dental y elementos rutinarios de higiene bucal en su boca, elementos de examen intraoral por su textura o temperatura fría del metal, vibraciones del equipamiento odontológico rotatorio; considerar que el cepillo dental eléctrico puede ser disruptor o desensibilizador conductual según el uso estratégico escogido.
 - Auditivo: ruidos generados por la turbina, micromotor, jeringa triple, eyector, medioambientales inherentes a la sala de espera y box de atención odontológica, inclusive tono y timbre de voz del terapeuta.
 - Visual: luces ambientales, terapéuticas y del sillón dental (20% potencial crisis en pacientes susceptibles epilepsia), aspecto físico terapeuta (delantal blanco, barba, pelo, maquillaje, anteojos, etc).
 - Olfativo: olores propios de productos odontológicos, guantes látex, perfumes y olores propios del terapeuta, halitosis implícita, etc.
 - Gustativo: sabor y textura dentífricos (suele ser la mayor dificultad la versatilidad de las características físicas del dentífrico), materiales dentales, enjuagatorios, etc.
 - Propioceptivo y Vestíbulo-coclear: movimiento sillón dental, secuencia sentarse-pararse, o derecha-izquierda, ó arriba-abajo, ascensores, reclinador de silla de ruedas, etc.
- Necesidad de rutinas establecidas y estructuradas, minimizando los cambios ambientales y anticipando siempre las situaciones nuevas.
- Instrucciones breves y precisas, cautelando pronunciar el nombre del paciente y luego dos o tres palabras de acciones requeridas concisas; reiterarlas hasta obtener consecución; reforzar positivamente; proseguir o finalizar evento educativo según capacidades y resultados.
- Nunca subestimar capacidades de las personas ni aparentar sapiencias personales supuestas o imaginarias.

- Desensibilización progresiva, resulta invaluable, pero requiere de mayor tiempo de aplicación y espera de respuestas e integración de la información sensorial. Existe una concepción alterada del transcurso y existencia del tiempo. Resultan de gran ayuda los recursos visuales de imágenes anticipatorias, secuenciales y concretas como pictogramas, libros de imagen-relato ("story-book") y aplicaciones tecnológicas ("stories-2-learn").
- Espacio personal, oscila desde disruptivo hasta colapso sensorial, debe ser siempre cautelado.
- Presencia parental, como vector de vinculación con el entorno odontológico y los cambios que ello implica. Relevante en 1ª consulta, evaluable según progresión clínica.
- Refuerzo positivo, ejemplar modélico en cambio de conductas individuales, observar que siempre tengan consecuencia con objetivos logrados en el momento definido, evitando premios cariogénicos o que el premio supere al objetivo definido.^{2,5,6}

Aspectos Psiquiátricos

La vivencia del Yo individual puede no lograrse (psico-orgánicamente se vivencia a los 3 años aprox.), lo cual significa no diferenciar la existencia de los otros o la propia individualidad, ó una dificultad para simbolizar la existencia del otro como real e independiente de sí mismo.

Imaginar lo que imagina el paciente es bastante utópico de nuestra parte, más bien debemos aceptar que poseen una percepción y centros de referencia simbólicos alterados, diferentes, únicos y verdaderos.

Cuando los detalles priman sobre el todo y las resignificaciones psicoafectivas del individuo con TEA son inciertas o desconocidas, la aproximación para la adaptación conductual odontológica se torna compleja y ajena a estándares preestablecidos.

Debemos ser metódicos e imaginativos desde la empatía; de nosotros depende ser barreras de acceso o facilitadores de la aproximación conductual a la odontología.

***Somos agentes de cambio social:
aceptemos la responsabilidad.***

Referencias

1. Wing L, The Definition and Prevalence of Autism: A Review, European Child and Adolescent Psychiatry, 1993, (2) 61-74.
2. Artigas-Pallarés J, Syndromic Autism, Rev Neurol, 2005, 40(supl1):S151-S162.
3. Backman and Pilebro, Visual Pedagogy in Dentistry for Children with Autism, BSPD and IAPD, International Journal of Paediatric Dentistry, 1999.
4. Backman and Pilebro, Teaching Oral Hygiene to Children with Autism, BSPD and IAPD, International Journal of Paediatric Dentistry, 2005.
5. Marshall et al, Clinical Psychology Review, 2010.
6. Special Care in Dentistry Handbook of Oral Healthcare. Crispian Scully, Pedro Diz Dios, Navdeep Kumar. Elsevier 2007

15. Parálisis Cerebral

Prof. Dra. Susanne Krämer Strenger

Definición y epidemiología.

La Parálisis Cerebral (PC) corresponde a un grupo de trastornos del desarrollo del movimiento y la postura que generan limitación en la actividad, determinados por una lesión cerebral de carácter no progresivo, acaecida en un cerebro inmaduro en período prenatal, perinatal o postnatal, previo a que el sistema nervioso central complete su desarrollo. Puede afectar a la sensación, la percepción, la cognición, la comunicación y el comportamiento. El control motor voluntario puede ser perturbado por espasticidad, disquinesia, hiperreflexia, activación excesiva de músculos antagonistas, malformaciones musculoesqueléticas y paresia.¹ Su incidencia es de 2 - 2.5 por 1000 nacidos vivos² y la prevalencia se ha reportado de hasta 5 por 1000 habitantes.

Manifestaciones generales.³

Junto con la alteración motora se puede encontrar una serie de complicaciones médicas, entre ellas:

- **Motoras:** Característica principal de la PC. Varía según descrito en párrafo anterior.
- **Neurológicas:** Retardo mental de diferente grado (50-70%), síndromes convulsivos (50%), espasticidad, alteraciones sensoriales: visuales (20-60%) y auditivas (15-20%), trastornos del aprendizaje, alteraciones del lenguaje, trastornos del ánimo y depresión.
- **Respiratorias:** Episodios frecuentes de enfermedades agudas intercurrentes del tracto nasofaríngeo y respiratorio (ej. Neumonía).
- **Gastrointestinales:** Disfagia / afagia, reflujo gastroesofágico, constipación, malnutrición
- **Nefrourológicas:** Infecciones urinarias recurrentes, enuresis y trastornos vesicales.
- **Ortopédicas:** Escoliosis o cifosis, luxación de cadera, contracturas musculares o articulares secundarias a la espasticidad, osteoporosis.

Manifestaciones Orales.

- Sialorrea o salivación excesiva como consecuencia de una disfunción en la deglución, no por producción excesiva de saliva. La prevalencia varía del 10% a 58% de las personas y puede afectar significativamente su calidad de vida.²
- Erosiones dentales se pueden presentar hasta en un 58% de los molares. Esta erosión puede ser una manifestación de reflujo gastroesofágico y debe ser estudiada o derivada apropiadamente.
- Maloclusiones: presente en 59-92% de las personas.² Asociado a respiración bucal e incompetencia labial. Mordida abierta: En niños 3 veces más frecuente que personas sanas, pero proporción disminuye con la edad.
- Bruxismo: Algunos estudios reportan mayor prevalencia que en personas sanas. Se ha planteado que la severidad del bruxismo puede ser proporcional a la severidad de la PC.²
- Enfermedad periodontal: Mayor incidencia respecto de la población de niños sanos. Se explica por movimientos involuntarios, reflejos patológicos (vómito, mordida) e incapacidad de manipular un cepillo dental que resultan en una mala higiene oral.
- Agrandamiento gingival: Inducida por fármaco antiepiléptico (Fenitoína) y asociada a placa bacteriana debido a una higiene bucal deficiente.

- Mayor prevalencia de traumatismo dento alveolar (9,2% - 57% de las personas con PC) ²
- Caries: La evidencia científica muestra resultados disímiles. Algunos estudios presentan mayor prevalencia y otros menor prevalencia de caries en este grupo de pacientes. La prevalencia de caries está influida por la consistencia de la dieta y la función oromotora. ²
- Otros: Además se ha reportado retardo en la erupción dentaria, atriciones, hipoplasias del esmalte y subluxación espontánea de la articulación témporo mandibular.

Precauciones en el manejo Odontológico. ³

- Acceso: adaptaciones como rampas, puertas anchas, barandas, reclinador de silla de ruedas.
- Comunicación: Conocer lenguaje de cada persona, apoyándose en el acompañante. Uso de símbolos, imágenes. Alternativas si / no. Uso de comunicación alternativa aumentativa.
- Movimientos impredecibles: Uso de apoya mordidas.
- Educación: implementos especiales, como por ejemplo: cepillos de 3 caras, enjuagues en spray.
- Dieta: Cariogenicidad generalmente correlacionada con autonomía del individuo en la elección de sus alimentos. Personas con poca autonomía dependen de la dieta entregada por el cuidador y los hábitos en salud de éste. Hay que realizar consejería sobre ingesta de azúcares, especialmente considerando los fármacos y su vía de administración: por ejemplo jarabes de uso crónico.
- Gastrostomía: mantener buena higiene oral.
- Disfagia: Protección de vía aérea, uso de succión de alta potencia y vigilar posición.
- Fatiga - Concentración: atención temprano en la mañana, sesiones cortas.
- Posición: Procurar una posición cómoda para el paciente para evitar espasmos musculares.
- Emergencias médicas: Tener presente historia de crisis convulsivas del paciente y riesgo de asfixia por elementos externos en la vía aérea dado las alteraciones a los reflejos protectores de la vía aérea.

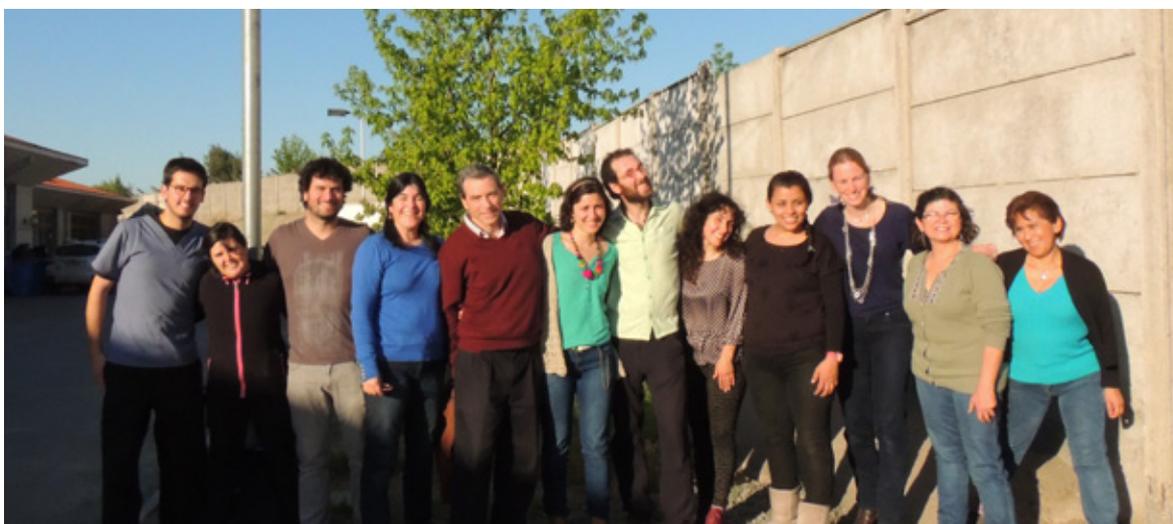


Imagen 11: Equipo docente, curso VII región, octubre de 2014

Referencias

1. Richards CL, Malouin F. Cerebral palsy: definition, assessment and rehabilitation. *Handb Clin Neurol*. 2013;111:183-95.
2. Sehrawat N, Marwaha M, Bansal K, Chopra R. Cerebral palsy: a dental update. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2014 May;7(2):109-18.
3. *Special Care in Dentistry Handbook of Oral Healthcare*. Crispian Scully, Pedro Diz Dios, Navdeep Kumar. Elsevier 2007

16. Daño Orgánico Cerebral

*Dra. Sofía Bonvallet Commentz
Dr. Andrés González Cisternas
Dr. Marcelo Valle Maluenda*

Definición y etiología.

El daño cerebral orgánico es la disminución de la función mental, por una anomalía en la estructura y/o función del cerebro, como consecuencia de una alteración física - no una enfermedad psiquiátrica. Este daño puede ser reversible o irreversible, así como difuso o focal. Afecta una gran cantidad de habilidades; lo que conlleva a múltiples implicancias a nivel personal, social y laboral. Sus causas son múltiples (ver Tabla 1).^{1,2,3}

Sistema Nervioso Central (SNC)	Epilepsia, encefalitis límbica, enfermedad de Huntington, traumatismos craneales, neoplasias del cerebro, neoplasias extracraneales con repercusión remota sobre el SNC (en especial el carcinoma de páncreas), enfermedad vascular, lesiones o malformaciones vasculares.
Efectos Tóxicos de Sustancias	Propanolol, L-dopa, metil-dopa, esteroides, antihipertensivos, antimaláricos.
Enfermedades Endocrinas	Hipotiroidismo, hipertiroidismo, enfermedad de Cushing.
Trastornos Metabólicos	Hipoglucemia, porfiria, hipoxia.
Otras	Lupus eritematoso y otras enfermedades del colágeno, enfermedades tropicales, enfermedades parasitarias (tripanosomiasis).

Tabla 3: Enfermedades que pueden cursar con trastornos mentales orgánicos.⁴

Epidemiología.

A nivel de salud pública, el daño cerebral de origen traumático es sumamente relevante, ya que es la principal causa de muerte y discapacidad a nivel mundial. Su incidencia es de entre 100 y 300 casos cada 100.000 habitantes. La más común son los accidentes de tránsito, con secuelas que pueden resultar parcial o totalmente invalidantes.⁵⁻¹⁰

Manifestaciones generales.

La principal característica de las personas con daño cerebral orgánico es el daño cognitivo. La severidad de los problemas varía entre los diferentes casos (ver Tabla 2). Sin embargo, todos presentan alteraciones de la orientación, el juicio y la afectividad. En los casos de traumatismos encéfalo-craneales, las alteraciones más prevalentes son problemas de atención, memoria y función ejecutiva; presentando, en ocasiones, agresividad y apatía. Además se describen dificultades del lenguaje. La sintomatología del daño cerebral orgánico puede ser el primer síntoma de la enfermedad de base. A su vez, pueden presentarse distintas alteraciones derivadas de la patología de base de cada paciente. La mejoría de la condición de base no siempre implica una mejoría de los síntomas psíquico-conductuales.^{2,3,11,12}

Previos	Personalidad premórbida (constitución mental, vulnerabilidad genética, enfermedad psiquiátrica previa), competencia social, acontecimientos vitales recientes, dificultades psicosociales (domésticas, financieras, ocupacionales).
Relacionados directamente con la lesión	Edad y estado de madurez cerebral, extensión y localización de la lesión, epilepsia (la psicomotora es de mayor significado psiquiátrico), reacciones emocionales secundarias al déficit mental y físico (complicaciones médicas, por alcohol o drogas; pérdidas de miembros o de órganos sensoriales; pérdida de seres significativos), circunstancias del suceso (lugar, significado atribuido, tipo de enfermedad), iatrogenia (información temprana, manejo).
Psicológicos	Estado mental del afectado en el momento de la lesión, memoria de lo ocurrido, modo de enfrentarse al estrés.
Sociales	Relación interpersonal con familia y amigos, fuentes materiales personales y familiares, presencia o ausencia de procesos de compensación, fuentes sociales.

Tabla 4: Factores que influyen significativamente en las consecuencias psiquiátricas de los trastornos mentales orgánicos.⁴

Manifestaciones Orales.

En general, las patologías orales no se estudian bajo el término daño cerebral orgánico, sino que se observan en relación a las patologías sistémicas, es decir, las causas orgánicas de éste.

Tratamiento médico general.

El tratamiento es diferente en cada caso, ya que se evalúa de manera individual y a largo plazo. En general, la mejor forma de abordaje resulta ser el tratamiento multidisciplinario. En primer lugar, debe controlarse la patología de base. Cuando el daño es amplio, puede necesitarse ayuda de otros profesionales (fonoaudiólogo, kinesiólogo, etc.). Serán de gran relevancia los tratamientos indicados por los terapeutas ocupacionales y psicólogos, que permitirán la adaptación de la persona a su nueva situación, a través de tareas de cuidado personal. A veces es necesario tratar con medicamentos síntomas como la ansiedad y la apatía. También pueden considerarse el uso de terapias alternativas (por ejemplo, músico-terapia o acupuntura). Por último, debe destacarse que el tratamiento no sólo debe involucrar al paciente, sino que también a la familia y los cuidadores.^{5, 13 - 18}

Precauciones en el manejo Odontológico.

Dar atención odontológica a personas con daño cerebral orgánico implica tomar en cuenta enfermedades de base y polifarmacia. Debe considerarse quién será el encargado de dar el consentimiento para el tratamiento. Además es importante involucrar a todo el equipo en el tratamiento de estos pacientes, con un trato amable y empático. Se recomienda tomar ciertas consideraciones como atenderlos en la mañana, evitar reclinarlos excesivamente y evitar un exceso de estimulación sensorial, reduciendo las distracciones. Estos pacientes pueden tener dificultad para entender y/o aprender, por lo que habrá que considerarlo al momento de planificar el tratamiento. Tomarse el tiempo para explicar los procedimientos antes de realizarlos resulta indispensable. Las instrucciones serán simples y concretas, y deben dirigirse al paciente.^{1, 19}

Idealmente se debe incentivar una higiene oral autónoma, sin embargo en caso de ser realizada por algún cuidador, debe demostrarse la posición y la manera de realizarla. Puede recomendarse el uso de cepillos eléctricos o de seda dental a través de sujetadores. Pueden indicarse antimicrobianos, con el vehículo adecuado para cada paciente. En caso de agrandamiento gingival por medicamentos, se debe explicar la necesidad de higiene y el control periódico. Si causan xerostomía, se indicará un mayor consumo de líquidos o uso de saliva artificial. En el caso de los malos hábitos, se puede recomendar el uso de protectores bucales.¹⁹



Imagen 12 Familias capacitadas en Los Ángeles, Diciembre 2014

Referencias:

1. Scully. Mental Health y Neurology. En: Scully's Medical Problems in Dentistry 7ma edición, UK, Elsevier 2014. p. 294-392
2. Rico Jaime R., González Escalante F., Pena Andreu j., Ruíz Ruíz M. El paciente orgánico aparentemente psiquiátrico y viceversa. Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Málaga. Manual de urgencias y emergencias 2002, 17:1.
3. Cáceres A., Alba J. Trastornos Mentales Orgánicos. Manual de Psiquiatría Humberto Rotondo 2da Edición 1998.
4. Moreno Gea P., Blanco Sánchez M. C. Trastornos mentales orgánicos (III). En: Demetrio Barcia. Tratado de Psiquiatría. S.A Aran Ediciones; 2000. p.203-220.
5. Hassett L., Moseley AM., Tate R., Harmer AR. Fitness training for cardiorespiratory conditioning after traumatic brain injury. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2. Art. No.: CD006123.
6. De Francisco ML., Portero G., Echeburúa E., Quemada JI. Guía para la evaluación clínico-forense del daño psíquico consecutivo a los traumatismos craneoencefálicos. Cuad Med Forense 2009, 15(55).
7. Arango MF., Bainbridge D. Magnesium for acute traumatic brain injury. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Oct 8;(4)
8. Roberts I. Aminosteroids for acute traumatic brain injury. Cochrane Database Syst Rev.. 2000;(4):CD001527.
9. Roberts I, Schierhout G. Hyperventilation therapy for acute traumatic brain injury. Cochrane Database of Systematic Reviews 1997, Issue 4. Art. No.: CD000566
10. Ker K., Blackhall K. Bradykinin beta 2 receptor antagonists for acute traumatic brain injury. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1. Art. No.: CD006686
11. Valera Bestard B., Soria Dorado M. A., Hidalgo Tenorio M. C., Piédrola Maroto G., Hidalgo Tenorio M. C. Manifestaciones psiquiátricas secundarias a las principales enfermedades endocrinológicas. Anales de Medicina Interna 2003, 20: 4; 206-212.
12. Gutiérrez Ruíz K., De los Reyes Aragón C., Rodríguez Díaz M., Sánchez Herrera A. Técnicas de rehabilitación neuropsicológica en daño cerebral adquirido: ayudas de memoria externas y recuperación espaciada. Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte 2009. No 24: 147-179
13. Bradt J., Magee WL., Dileo C., Wheeler BL., Mc Gilloway E. Music therapy for acquired brain injury. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 7. Art. No.: CD006787.
14. Lane Brown A., Tate R. Interventions for apathy after traumatic brain injury. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2. Art. No.: CD006341
15. Sellars C., Hughes T., Langhorne P. Speech and language therapy for dysarthria due to non progressive brain damage. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 3. Art. No.: CD002088
16. Turner-Stokes L., Nair A., Sedki I., Disler PB., Wade DT. Multi-disciplinary rehabilitation for acquired brain injury in adults of working age. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 3. Art. No.: CD004170.
17. Wong V., Cheuk DKL., Lee S., Chu V. Acupuncture for acute management and rehabilitation of traumatic brain injury. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 3. Art. No.: CD007700
18. Fleminger S, Greenwood RRJ, Oliver DL. Pharmacological management for agitation and aggression in people with acquired brain injury. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Edición 4. Art. No.: CD003299
19. Romañach J., Lobato M. (2005). Practical Oral Care for People With Intellectual Disability. NIH Publication No. 09-5194 Reprinted July 2009.

17. Hidrocefalia

Dra. Nadia Ovies Dobson

Definición y epidemiología.

Trastorno neurológico que consiste en el aumento anómalo de líquido cefaloraquídeo (LCR) en el cerebro, acompañado de dilatación del sistema ventricular asociado a una hipertensión intracraneana, con el consiguiente daño neurológico.¹ La clasificación general está dada por dos grupos: comunicante y no comunicante, y éstas en congénitas y adquiridas.^{2,3}

La incidencia de la hidrocefalia no se conoce exactamente y probablemente varía según la situación de salud en cada país. La incidencia de 3 casos por 1000 nacidos vivos que generalmente se informa, involucra solamente casos de hidrocefalia congénita y no refleja la incidencia de las perturbaciones adquiridas.⁴

Etiología.

Se plantean tres causas: obstrucción en los compartimientos del sistema ventricular del LCR, falla en la absorción del sistema venoso o exceso de secreción de LCR por anomalías del plexo coroideo.^{1,2,5}

Algunos de los factores que se han planteado para la hidrocefalia congénita son infecciones intrauterinas, deficiencias nutricionales, causas genéticas y teratogénesis. Dentro de la hidrocefalia genética, la causa más común estaría dada por la transmisión de una alteración recesiva ligada al cromosoma X.⁶ Los cuadros adquiridos, por su parte, se explican como causa de tumores, infecciones (meningitis) e infestaciones parasitarias (cisticercosis).²

Manifestaciones generales.

En el periodo neonatal lo más frecuente es aumento del perímetro cefálico. El macizo facial guarda sus dimensiones normales. Las fontanelas suelen estar en tensión y agrandadas, y las suturas craneales separadas. En lactantes y niños se presenta cefalea, vómitos, cambios en la visión, estrabismo y trastornos de la marcha. Una evolución rápida condicionaría una clínica probablemente más llamativa, con alteraciones motoras y crisis convulsivas. Cuando el trastorno aparece en pacientes con fontanelas cerradas, la macrocefalia no existe o es discreta, y la sintomatología está dominada por las cefaleas, vómitos, edema papilar y afectación de algún par craneal, frecuentemente el VI par.⁴ Pacientes sindrómicos suelen tener deformidad en flexión y aducción del dedo pulgar.⁶

Manifestaciones Orales.

Los efectos de la hidrocefalia varían en cada persona, desde una función intelectual normal a dificultades neurológicas que pueden persistir. Algunos presentan discapacidad intelectual que podría ser desde leve a severa, dificultades de aprendizaje, comunicación, cuidado personal, entre otras. También se pueden observar dificultades motoras para la coordinación, movilidad y/o alteraciones sensoriales.⁷

No existen manifestaciones orales específicas asociadas a la hidrocefalia, pero dada las secuelas que se pueden manifestar posteriores a ella, hay una mayor prevalencia y severidad de caries, gingivitis, enfermedad periodontal y pérdidas dentarias, causadas por el aumento de biofilm debido a la dificultad de higiene. Adicionalmente se han reportado hábitos parafuncionales como bruxismo, morder objetos, lesiones de los tejidos blandos por autoagresiones, hipotonía muscular, incapacidad para iniciar el reflejo de deglución, ineficacia de los movimientos linguales, déficit del esfínter oral y babeo excesivo, éste último por una disfunción de la actividad motora oral.^{8,9,10}

Tratamiento médico general.

El tratamiento más común es la inserción quirúrgica de un sistema de drenaje, llamado derivación, principalmente la derivación ventrículo peritoneal. Sus complicaciones son principalmente obstrucción e infección.¹¹

Precauciones en el manejo Odontológico.

Personas con hidrocefalia pueden presentar mayor angustia y ansiedad ante la atención dental debido a sus dificultades en la comunicación o impedimentos físicos. Por ello la presencia de los padres o tutores y la información obtenida de ellos antes y después de las citas son factores decisivos para lograr una óptima comunicación y consecuente alianza terapéutica con el paciente.¹²

Es fundamental instruir a los tutores en hábitos higiénicos, dietéticos y control de malos hábitos. El cepillo puede ser modificado para su uso. Se recomienda cepillar al menos 2 veces al día, dependiendo del riesgo cariogénico usar pasta dental con alta concentración de fluoruro, también se puede sugerir el uso de cepillos eléctricos con mango ancho para facilitar la prehensión en personas con dificultades motoras. La técnica de cepillado dependerá de la habilidad motora y cooperación de cada persona. Se puede utilizar abreboca para mejorar visión y protección de mordidas hacia el cuidador. En la indicación de antisépticos (por ejemplo clorhexidina) el vehículo dependerá de la capacidad deglutoria.^{12,13,14}

La atención clínica debe ser en las primeras horas del día y de corta duración, dar instrucciones únicas y simples, utilizar por ejemplo la técnica decir, mostrar y hacer, pictogramas y refuerzo positivo. Medidas preventivas como profilaxis, sellantes, fluoración tópica, de preferencia barniz, son importantes.^{12,14} En personas poco colaboradoras que requieren exodoncias ambulatorias se recomienda esquema analgésico postquirúrgico y preferir sutura reabsorbible.¹⁴

Conclusión

Personas con Hidrocefalia presentan un grado variable de compromiso sistémico, neurológico, motor y sensorial. Por esta razón es necesario el tratamiento integral, con marcado énfasis preventivo y un alto sentido humano, donde participen padres y educadores orientados por el equipo de salud.⁸

Referencias:

1. López Herrera JF, García R, Sánchez G, Pérez Zárate Ma.A. Hidrocefalia congénita asociada al Síndrome de Dandy Walker. Revisión e informe de un caso. Rev Mexicana de Pediatría. 2000; 67:78-82.
2. Nazar A. Nicolás, Nazar H. Delmer. Hidrocefalia: patogenia y fisiopatología. Rev med Hondur. 1985; 53: 203-212.
3. Oi Shizuo. Hydrocephalus research update--controversies in definition and classification of hydrocephalus. Neurol Med Chir (Tokyo). 2010;50(9):859-69.
4. Aneiro Alfonso C, Liriano González MI, Olivera Mederos P, Collado Lorenzol, Alfonso de León AG, Guerra Sánchez R. Hidrocefalia en el paciente pediátrico. Manifestaciones clínicas. Rev méd electrón. 2006; 28(4).
5. García A Karen, Carvajal C Jorge. Hidrocefalia unilateral: Caso clínico y revisión de la literatura. Rev. chil. obstet. ginecol. 2010; 75(4): 260-265.
6. Ferrer Montoya Rafael, González Acosta José A, Argote Morales Ramón. Hidrocefalia ligada al cromosoma X o síndrome de Bickers-Adams: presentación de un caso. AMC. 2012 Dic; 16(6): 1766-1776.
7. Vasconcelos Marcio M.. Mental retardation. J. Pediatr. (Rio J.) [Internet]. 2004 Apr [cited 2015 June 03]; 80(2 Suppl): 71-82.
8. Arias Herrera Sury, Muñoz Fernández Liset, Rodríguez Gutiérrez Genné, García Boss Joel. Current considerations of the odontologic treatment in children whit mild mental disability. Arch. méd. Camaguey. 2005; 9(2): 250-255
9. Perez Serrano M, Limeres Posse J, Fernandez Feijoo J. Manual de higiene oral para personas con discapacidad. 1 ed. Santiago de Compostela: Cátedra Johnson & Johnson de promoción de la salud oral; 2012.
10. Reyes González Ileana, Ayala Pérez Yolanda. Holguín. Buccodental Health Program for Children with Mental Retardation Applied in a Health Area. Correo Científico Médico de Holguín. 2008;12(2): 1-11.
11. Benítez Gidder, Tejada Paúl, Moros José, Rumbao Fabio, Silva María Da, Medina Nora. Derivación ventrículo-peritoneal y embarazo. Reporte de tres casos y revisión de la literatura. Rev Obstet Ginecol Venez. 2001 Jun; 61(2): 109-112.
12. Martínez-Menchaca Héctor, Rivera-Silva Gerardo. Salud bucodental en personas con necesidad de cuidados especiales de salud en México. Salud pública Méx . 2011 June ; 53(3): 203-204.
13. Marulanda Juliana, Betancur Juan David, Espinosa Sebastián, Gómez Jorge Luis, Tapias Alejandra. Salud oral en discapacitados. Rev.CES Odont.2011;24(1)71-76
14. Ministerio de salud. Salud oral integral para menores de 20 años en situación de discapacidad que requieren cuidados especiales en odontología. Santiago: Minsal, 2012.

18. Esclerosis Múltiple

Dra. Daniella Vergara Silva

Definición y diagnóstico.

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad desmielinizante e inflamatoria del Sistema Nervioso Central (SNC). La presentación y el curso de la enfermedad varía de forma significativa, pero está marcada generalmente por ataques recurrentes de disfunción neurológica que se caracterizan por lesiones o placas de desmielinización en todo el cerebro y la médula espinal del SNC¹.

El diagnóstico de la EM es fundamentalmente clínico y se basa en la demostración de síntomas y signos atribuibles a la diseminación de las lesiones en la sustancia blanca. Sin embargo, se utilizan distintos exámenes para complementar este diagnóstico, tales como: Resonancia Magnética (prueba más sensible) y el Análisis de Líquido Cefalorraquídeo^{2,3}.

Etiología.

Aunque se desconocen muchos aspectos de la etiología y la patogénesis de esta enfermedad la hipótesis actual de la etiología es la "Hipótesis de Campo Fértil" en la cual una predisposición genética combinada con una serie de factores ambientales nocivos activan el sistema inmunológico del paciente favoreciendo la autorreactividad en el sistema inmune⁴.

Epidemiología.

La EM es una enfermedad que afecta a gente joven, la edad de aparición más frecuente es de 20 a 40 años, con un intervalo de 10 a 60 años. Afectando tres veces más a mujeres que a hombres⁵. A lo largo del mundo se describen prevalencias disímiles agrupadas en zonas de alta prevalencia (América del norte, la mayor parte de Europa y Nueva Zelanda, entre otros), prevalencia intermedia (que incluye gran parte de Latinoamérica), y zonas de baja prevalencia (Asia -excluida Rusia- y gran parte de África). Algunas incidencias señalan tasas de 2,3 por 100.000 (Italia), 6,0 por 100.000 (Noruega) y 5,9 por 100.000 personas (Reino Unido)⁶.

En Chile no se dispone de información epidemiológica con representatividad nacional⁷. Un estudio realizado en la Región de Magallanes señala una prevalencia de EM de 13,4 por 100.000 con una mediana de edad de diagnóstico de 27 años, el 67% correspondieron a mujeres⁸. Otro estudio realizado en Santiago, reportó una prevalencia de 11,7 por 100.000 habitantes⁹. En nuestro país se estima que viven aproximadamente 2500 personas con esta enfermedad.

Manifestaciones generales.

Los síntomas iniciales de la EM son: debilidad en una o más extremidades, neuritis óptica, parestesias, diplopía, vértigo, alteración de la micción, síndrome medular. Cualquiera de estos síntomas en personas jóvenes debe levantar sospecha de EM¹⁰.

Otros síntomas que se pueden presentar más avanzada la enfermedad son: sensibilidad al calor, signo de Lhermitte (sensación eléctrica en la columna vertebral al realizar flexión del cuello), falta de equilibrio de una pierna o la mano, fatiga, dolor, alteración de la coordinación, ataxia, espasticidad, temblores y disminución de la fuerza¹¹.

El dolor es muy común en los pacientes con EM, tanto en el inicio de la enfermedad y durante la progresión de ésta, afectando la calidad de vida tanto en un aspecto físico como emocional de la persona, siendo un factor importante en el tratamiento médico. Los signos y síntomas de la EM pueden contribuir a incapacidad para realizar actividades de la vida diaria, deambulación y/o movilidad¹.

Manifestaciones Orales.

Existen múltiples alteraciones motoras y sensoriales que ocurren en la EM y que pueden presentar condiciones dolorosas que afectan a la región orofacial. Dentro de estas condiciones deben ser de interés para el odontólogo: neuralgia del trigémino, neuropatía sensorial del nervio trigémino, parálisis facial y espasmos musculares dolorosos.

También se pueden generar variadas manifestaciones a nivel oral producto de los fármacos para el tratamiento de la EM, como por ejemplo: estomatitis, úlceras orales, glositis, queilitis, gingivitis, hiperplasia gingival, xerostomía, candidiasis, herpes, infecciones oportunistas o cambios hemorrágicos^{11,12}.

Tratamiento médico general.

El tratamiento de la EM tiene tres objetivos: acortar la duración del episodio, alterar la evolución natural de la enfermedad o ser sólo sintomático^{12,13}.

- Tratamiento de ataques agudos o recaídas: Alivio sintomático por períodos breves (menos de 1 mes) de corticosteroides (ej. prednisona, metilprednisolona), que pueden acortar la duración y acelerar la recuperación de las recaídas agudas.
- Terapias modificadores de la enfermedad: Son agentes dirigidos contra el componente inflamatorio de la enfermedad, para prevenir o reducir la actividad biológica de la EM. En la actualidad, seis agentes están aprobados por la FDA en los EE.UU. para su uso en EM: tres fármacos de interferón beta, acetato de glatiramer, anticuerpo monoclonal (natalizumab) y un agente de quimioterapia terapéutica (mitoxantrona).
- Tratamiento sintomático: Puede tratarse con ejercicio físico y/o fármacos como: agonistas del ácido gammaaminobutírico (baclofeno), alfa agonistas (tizanidina), o benzodiazepinas, anticonvulsivantes (gabapentina, carbamazepina), antidepresivos tricíclicos (amitriptilina), relajantes musculares, fármacos anticolinérgicos y analgésicos, entre otros.

Precauciones en el manejo Odontológico.

- Las personas con EM poseen las mismas probabilidades de contraer enfermedades orales que el resto de la población, pero a veces tienen mayores dificultades para mantener una buena higiene oral y acceso a la atención dental.
- Debido a signos como rigidez, debilidad o espasmos musculares se puede ver afectada la capacidad para cepillarse, usar hilo dental correctamente o para recibir un tratamiento adecuado.
- Algunos medicamentos utilizados a largo plazo pueden hacer que sea más difícil mantener la salud oral, ya sea debido a que causan resequedad en la boca, úlceras o porque son a base de azúcar aumentando el riesgo de aparición de caries.
- Existe mayor riesgo de desarrollar candidiasis, generada por resequedad bucal.
- Los cepillos eléctricos ayudan a mantener una mejor higiene oral.
- Los cuidadores deben ayudar a cepillar los dientes o prótesis dentales si la persona con EM tiene dificultades para hacerlo.
- Como medida adicional se pueden usar enjuagues bucales en base a flúor o clorhexidina¹⁴.

Referencias:

1. Fischer DJ., Epstein JB., Klasser G.(2009).Multiple sclerosis: an update for oral health care providers. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.108(3):318-27.
2. Milo R., Miller A. (2014). Revised diagnostic criteria of multiple sclerosis. Autoimmun Rev.13(4-5):518-24.
3. Polman CH., Reingold SC., Banwell B. Et al. (2012). Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the McDonald criteria. Ann Neurol. 69: 292-302.
4. Holloman Jp., Ho CC., Hukki A. Et al (2013).The development of hematopoietic and mesenchymal stem cell transplantation as an effective treatment formultiple sclerosis. Am J Stem Cells. 30;2(2):95-107.
5. Gallud L., Bagan JV., Cervelló A. Et al. (2006). Multiple sclerosis as first manifestation in oral and facial area: presentation of four cases. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 11(2):E141-
6. Adams R., Victor M., Ropper A. (1999). Principios de Neurología. 6ª Edición. McGraw Hill Interamericana.
7. Ministerio de Salud Gobierno de Chile (2010). Guía Clínica Esclerosis Múltiple. Santiago: Chile.
8. Fernández C.(2008). Esclerosis Múltiple en la Región de Magallanes-Chile, Extremo Austral del Continente. Tomado de Esclerosis Múltiple, Dr. Jorge Nogales. Ed. XXX.
9. Álvarez G., Castillo JL., Ruiz F. Et al.(1992). Multiple Sclerosis in Chile. Acta Neurol Scand.85(1):1-4.
10. Zarranz J.(1998). Neurología. 1ª Edición. Madrid: Harcourt Brace.
11. Chemaly D., Lefrançois A., Pérusse R. (2000). Oral and maxillofacial manifestations of multiple sclerosis. J Can Dent Assoc. 66(11):600-5.
12. Flint S., Scully C.(1990). Isolated trigeminal sensory neuropathy: a heterogenous group of disorders. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 69:153-6.
13. Multiple sclerosis international foundation.(2011). MS in focus: Tratamientos farmacológicos en la EM. Edición 18.
14. Multiple Sclerosis Society (2010). Multiple Sclerosis Essentials Factsheet: Oral health and MS.

19. Enfermedad de Huntington

*Dra. Anika Stillfried Schmitz
Prof. Dra. Silvia Monsalves Bravo*

Definición y etiología.

La Enfermedad de Huntington (EH) es un trastorno neurodegenerativo progresivo, hereditario, autosómico dominante, que se caracteriza clínicamente por movimientos involuntarios, trastornos psiquiátricos y deterioro irreversible de las funciones cognitivas.¹ En la EH existe una mutación expansiva de tripletes CAG en el gen IT15, situado en el cromosoma 4, que codifica la proteína Huntingtina.^{2,3} Esta proteína mutada genera muerte neuronal por mecanismos aún desconocidos.^{1,4} La EH se manifiesta cuando un individuo presenta 40 o más copias del triplete CAG.⁵

Epidemiología.

A nivel mundial, la prevalencia de EH es de 2,7 por 100.000 y la incidencia de 0,38 por 100.000 por año.⁶ En Chile existe escasa información epidemiológica sobre la EH. La Agrupación Chilena de Huntington tiene registradas 250 personas con EH.⁷ La edad de inicio oscila entre la primera y octava década de vida. La mayoría desarrolla los síntomas entre los 35 y los 55 años, un 10% antes de los 20 años (EH juvenil), otro 10% después de los 55 años y muy pocos antes de los 10 años (EH infantil).⁸ No existe predilección por género.⁹ La duración media de la EH es de 15 a 20 años después del inicio de los síntomas.^{1,9}

Manifestaciones generales.

El inicio de la enfermedad es “insidioso”, porque se manifiesta muy lentamente. La EH se caracteriza por la triada de sintomatología motora, psiquiátrica y cognitiva (Tabla 1). Los síntomas varían de una persona a otra en amplitud, severidad, edad de inicio y velocidad de progresión.^{9,10}

Tabla 5: triada de sintomatología motora, psiquiátrica y cognitiva en EH

Trastornos motores ¹	Trastornos psiquiátricos ²	Trastornos cognitivos ^{1,11}
<ul style="list-style-type: none">• Corea• Parkinsonismo• Disonía• Trastornos motilidad ocular voluntaria• Trastornos del lenguaje (disartria, vocalizaciones involuntarias)• Disfagia• Incontinencia urinaria (fase terminal)	<ul style="list-style-type: none">• Más frecuentes: depresión, irritabilidad, apatía, ansiedad• Menos frecuentes: comportamiento obsesivo compulsivo y psicosis• Otros: alucinaciones, paranoia, descuido aseo personal, trastornos del sueño, aislamiento social• Suicidio	<ul style="list-style-type: none">• Alteración de las capacidades cognitivas: comprensión, razonamiento, juicio, y memoria• Demencia “subcortical”

Manifestaciones Orales.

No existen características dentales propias de la EH que aumenten la susceptibilidad del individuo de presentar caries dental o enfermedad periodontal.⁹ Sin embargo, la literatura evidencia que personas con EH presentan un mayor número de piezas dentarias ausentes y/o en mal estado.^{10,12} Existen numerosos factores que contribuyen al deterioro de la salud oral en personas que padecen de EH (Tabla 2).¹⁰

Tabla 6: Factores que contribuyen al deterioro de la salud oral en personas con EH.¹⁰

Factores nutricio- nales	<ul style="list-style-type: none"> • Retención de comida en la boca después de deglutir (por disfagia). • Dieta hipercalórica recomendada por nutricionistas. • Mayor acúmulo de placa bacteriana y cálculo dental en personas alimentadas vía enteral (en etapas tardías).
Reacciones ad- versas de los medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Fármacos utilizados en el tratamiento de la EH generan xerostomía.
Higiene oral defi- ciente	<ul style="list-style-type: none"> • Existen factores que imposibilitan la adecuada higiene oral en personas con EH: • Del paciente: poco autocuidado, alteración de la función motora y escasa destreza manual. • Del cuidador: falta de conocimiento sobre la importancia de una buena higiene oral, falta de entrenamiento, falta de tiempo, miedo a causar dolor, tarea desagradable, entre otros.
Otras considera- ciones odontoló- gicas	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor susceptibilidad a sufrir traumatismos faciales y/o dentoalveolares. • Se ha reportado bruxismo en personas con EH.

Tratamiento médico general.

En la actualidad, no existe cura para la EH ni tratamiento para prevenir el inicio de los síntomas o retardar su progresión. Las intervenciones se dirigen al tratamiento sintomático (farmacológico y no farmacológico) de los trastornos motores y psiquiátricos, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del afectado.^{3,11} El mejor cuidado y tratamiento para la persona con EH lo entrega un equipo multidisciplinario de salud.²

Precauciones en el manejo Odontológico.

Personas con EH encuentran numerosas barreras en el acceso a la atención odontológica, tales como: factores económicos, prioridades del cuidador, falta de experiencia del odontólogo en la atención de pacientes con movimientos coreicos, desinterés y falta de motivación del paciente en el cuidado de su salud oral.¹⁰ Debido a los trastornos en las habilidades cognitivas y lingüísticas el paciente presenta problemas comunicacionales, lo que dificultará la comunicación entre el odontólogo y el paciente, por lo que es importante que el afectado acuda al odontólogo siempre con un acompañante que pueda escuchar las explicaciones e indicaciones entregadas por el odontólogo y que pueda participar en la toma de decisiones cuando el paciente esté incapacitado para hacerlo (elaboración del consentimiento informado). Es fundamental crear empatía y alianza terapéutica con el cuidador del paciente.⁹ Los principales objetivos del tratamiento odontológico debieran ser: mantención de la dentición natural, intervención temprana, tratamiento preventivo regular y preservación del autocuidado. Es así como la prevención es el aspecto más relevante en el tratamiento odontológico de las personas con EH y lo ideal es que se inicie previo a la presentación de los síntomas. En estadios más avanzados la atención odontológica de estos pacientes es compleja debido a la sintomatología clínica de la enfermedad.¹⁰ Las medidas preventivas, el tratamiento rehabilitador y la modalidad de anestesia deben ajustarse a los distintos estadios de la EH (Tabla 3), ya que a medida que progresa, mayor es el grado de dependencia del paciente, menor es su capacidad para llevar a cabo las formas más simples de cuidado oral y mayor es la severidad de su sintomatología clínica.¹⁰

Tabla 7: Consideraciones de medidas de prevención, modalidad de anestesia y tratamiento rehabilitador según los distintos estadios de la EH. ¹⁰

	Estadio temprano EH	Estadio intermedio EH	Estadio avanzado EH
Prevención	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Examen clínico intraoral inicial ▪ Instrucción higiene oral ▪ Indicación pasta y colutorio fluorado ▪ Consejería dietética ▪ Consejería de tabaco ▪ Discutir plan de tratamiento a largo plazo (expectativas del paciente) ▪ Citas de control cada 6 meses 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Similar al estadio temprano ▪ Citas de control cada 3 - 4 meses ▪ Aplicación de barniz de flúor ▪ Indicación de cepillo eléctrico o cepillo con cabezal especial ▪ Instrucción de higiene oral a los cuidadores del paciente ▪ Indicación de saliva artificial 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Paciente depende del cuidador para realizar higiene oral ▪ Instrucción de higiene oral al cuidador ▪ Humectar regularmente la mucosa oral del paciente con sustitutos de saliva (contrarrestar los efectos de la xerostomía) ▪ Utilizar cuidadosamente pasta y colutorio (riesgo de aspiración)
Modalidad de anestesia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anestesia local 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anestesia local ▪ Sedación o anestesia general en tratamientos complejos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sedación o anestesia general ▪ Evaluar el costo beneficio de la atención odontológica
Tratamiento rehabilitador	<p>Considerar el efecto que tendrá en la salud oral del paciente a largo plazo</p> <p>Se debe considerar la dificultad futura que presentará este paciente para mantener una buena higiene oral</p> <p>Realizar rehabilitaciones predecibles, de fácil higiene y mantención</p> <p>Previo a la indicación de prótesis fundamental realizar evaluación riesgo - beneficio considerando la posibilidad de inestabilidad protésica y de obstrucción de la vía aérea</p>		

Referencias:

1. Rodríguez Pupo JM, Díaz Rojas Y, Rojas Rodríguez Y, Rodríguez Batista Y, Núñez Arias E. Actualización en enfermedad de Huntington. *Correo Científico Méd.* 2013 Jan;17:546-57.
2. Zielonka D, Mielcarek M, Landwehrmeyer GB. Update on Huntington's disease: advances in care and emerging therapeutic options. *Parkinsonism Relat Disord.* 2015 Mar;21(3):169-78.
3. Kumar A, Kumar Singh S, Kumar V, Kumar D, Agarwal S, Rana MK. Huntington's disease: an update of therapeutic strategies. *Gene.* 2015 Feb 10;556(2):91-7.
4. Davies S, Ramsden DB. Huntington's disease. *Mol Pathol.* 2001 Dec;54(6):409-13.
5. Gil JM, Rego AC. Mechanisms of neurodegeneration in Huntington's disease. *Eur J Neurosci.* 2008 Jun;27(11):2803-20.
6. Pringsheim T, Wiltshire K, Day L, Dykeman J, Steeves T, Jette N. The incidence and prevalence of Huntington's disease: a systematic review and meta-analysis. *Mov Disord Off J Mov Disord Soc.* 2012 Aug;27(9):1083-91.
7. Servicio de Salud Metropolitano Norte, Ministerio de Salud. *Revista mensual del Servicio de Salud Metropolitano Norte.* 2013 May;
8. Brinkman RR, Mezei MM, Theilmann J, Almqvist E, Hayden MR. The likelihood of being affected with Huntington disease by a particular age, for a specific CAG size. *Am J Hum Genet.* 1997 May;60(5):1202-10.
9. Lewis D, Fiske J, Dougall A. Access to special care dentistry, part 7. Special care dentistry services: seamless care for people in their middle years - part 1. *Br Dent J.* 2008 Setiembre;205(6):305-17.
10. Manley G, Lane H, Carlsson A, Ahlborg B, Mårtensson Å, Nilsson MB, et al. Guideline for oral healthcare of adults with Huntington's disease. *Neurodegener Dis Manag.* 2012 Enero;2(1):55-65.
11. Rada RE. Comprehensive dental treatment of a patient with Huntington's disease: literature review and case report. *Spec Care Dent Off Publ Am Assoc Hosp Dent Acad Dent Handicap Am Soc Geriatr Dent.* 2008 Aug;28(4):131-5.
12. Saft C, Andrich JE, Müller T, Becker J, Jackowski J. Oral and dental health in Huntington's disease - an observational study. *BMC Neurol.* 2013 Sep 3;13(1):114.

20. Esclerosis Lateral Amiotrófica

Dra. Carla Mendieta Montecinos

La Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) fue descrita en 1869 por Jean-Martin Charcot, su nombre proviene de "Esclerosis" - cicatrización, "Lateral" - áreas de la médula espinal y "A-mio-trófica" - "Sin alimentación a los músculos".^{1,2}

Definición y etiología.

Es una enfermedad esporádica del adulto, resultado de la degeneración progresiva e idiopática del sistema neuronal motor. Este incluye las motoneuronas superiores en la corteza cerebral y motoneuronas inferiores en el tronco encéfalo y medula espinal.^{1,2} Se clasifican en: esporádica, familiar y guamaniana. La esporádica es la forma más común en E.E.U.U (95%), su etiología es ideopática, las teorías más importantes son por alteraciones enzimáticas y concentraciones elevadas de glutamato;^{2,3} mientras que la ELA familiar presenta herencia autosómica dominante y recesiva, y está relacionada con más 100 mutaciones.^{1,2}

Epidemiología.

Ocurre en todo el mundo, sin limitaciones raciales, étnicas o socioeconómicas, principalmente entre 40 y 70 años.^{1,2} Se estima que es responsable de casi 2 muertes en 100.000 habitantes cada año. Se estima que después del diagnóstico un 50% de las personas viven tres años o más, con una mortalidad por compromiso respiratorio.^{1,2,4} La incidencia reportada es de 2 por cada 100.000 en EE.UU y 2.16 por cada 100.000 habitantes en Europa.^{1,2,5-7} En Chile no se cuenta con suficiente información, pero la asociación ELA Chile - Alas para volar, cuenta con 80 inscritos y se estima que existen más de 600 afectados.

Manifestaciones generales.

Su aparición es insidiosa, generalmente presentándose afecciones localizadas⁵ y en un 60%² debilidad muscular. Las manifestaciones incluyen debilidad progresiva, atrofia, fasciculaciones, hiperreflexia, disartria, disfagia y parálisis eventual de la función respiratoria.^{3,5} No se afectan los sentidos, ni los esfínteres, ni la función sexual y no cursa con dolor.² En pacientes con afectación Bulbar, se manifiesta frecuentemente disartria, trastornos de la deglución y alteraciones neuropsicológicas leves como egocentrismo, irritabilidad, y comportamiento desinhibido, y frente a afección del sistema frontal, pueden presentarse problemas en la resolución de problemas, mantención de la atención, memoria visual y/o generación de palabras.^{5,8} El diagnóstico es fundamentalmente clínico, además de un minucioso examen neurológico y exámenes complementarios.⁵

Manifestaciones Orales.

Si bien la persona presenta cantidades normales de saliva, se producen alteraciones de la deglución, acumulación salival y babeo, asociado con un mayor riesgo de asfixia.^{8,9} Además reflejos aumentados, entre ellos el reflejo nauseoso,¹⁰ debilidad y/o espasticidad muscular progresiva y xerostomía; asociado a la polifarmacia y respiración bucal.^{8,9} Se observa mala higiene bucal, por las alteraciones musculares progresivas, que comprometen la apertura bucal, autonomía y capacidad de autocuidado. Por otra parte una complicación poco común es la macroglosia relativa, la cual se observa frecuentemente cuando se afectan las motoneuronas bulbares.¹¹ Por tal razón la disminución en la fuerza lingual se asocia como un factor pronóstico importante e independiente para el tiempo de supervivencia.^{12,13}

Tratamiento médico general.

Este debe ser multidisciplinario y sus objetivos son controlar los síntomas, mantener la autonomía y prolongar la supervivencia. El gold standar es el Riluzol, un fármaco antiglutamato, que actúa evitando la apop-

tosis neuronal, ha demostrado mejoras en la supervivencia y progresión de enfermedad, pero hace falta más evidencia.^{2,3,5} Otros tratamientos en estudio son con factores neurotróficos, modelos experimentales de silenciamiento génico y de células madres.⁵

Precauciones en el manejo Odontológico.

- **Acceso:** Se debe considerar que los pacientes desarrollaran diferentes grados de discapacidad física y por lo tanto dificultades de desplazamiento.
- **Comunicación:** Es frecuente observar una disminución de fluidez verbal y disartria, por tanto se debe determinar la forma de comunicación, con ayuda de familiares o fonoaudiólogos. Respecto al consentimiento informado, en general las personas presentan una adecuada capacidad para comprender pero dificultades en expresar.
- **Prevención:** Al ser una enfermedad progresiva es relevante la promoción, prevención, tratamiento precoz y controles, para evitar tratamientos invasivos y aportar en la calidad de vida. En la instrucción de higiene se debe evaluar capacidad de autonomía, modificaciones en el cepillo dental o incluso indicación de cepillo eléctrico y debe ser individualizadas e incluir asesoramiento nutricional.^{17,18} En caso de disfagia, puede indicarse el uso de colutorios dentales junto con el cepillado en vez de pasta, ya que facilitará la visión del cuidador y reducirá el riesgo de asfixia.
- **Atención odontológica:** Se sugiere realizar una interconsulta al médico tratante para conocer el estado general de la persona. Durante la atención deben considerarse modificaciones consistentes en: atenciones cortas y con descansos, acompañarse del uso de apoyo mordidas, procurar una posición del sillón en 45°, controlar el exceso de agua durante los procedimientos y contar con adecuada succión. Se ha descrito que el uso de anestesia local es seguro, sin embargo en caso de necesidad de sedación consciente o anestesia general, se deberá consultar con un anestesista por los riesgos respiratorios asociados.^{9,10,14,15}

Referencias

1. FUNDELA - Fundación Española para el Fomento de la Investigación de la Esclerosis Lateral Amiotrófica. Información General; [abril 2015].
2. The ALS Association. About ALS; [abril 2015].
3. NIH instituto nacional de trastornos neurológicos y accidentes cerebrovasculares. Esclerosis lateral amiotrófica; 2002 Jun [abril 2015].
4. Gomez J. Tratado de Neurología. Oviedo (España): Luzan; c2011. Chapter 34, Esclerosis Lateral Amiotrófica y otras enfermedades de la motoneurona; p. 1013 - 1016.
5. Guía para la atención de la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) en España. España. Ministerio de sanidad y política social, 2009 [abril 2015].
6. Chiò A, Logroscino G, Traynor BJ, Collins J, Simeone JC, Goldstein LA, White LA. Global epidemiology of amyotrophic lateral sclerosis: a systematic review of the published literature. *Neuroepidemiology*. 2013; 41(2):118-30.
7. Logroscino G., Traynor BJ., Hardiman O., Chiò A., Mitchell D., Swingler RJ., Millul A., et col. Incidence of amyotrophic lateral sclerosis in Europe. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2010 Apr; 81(4): 385-390.
8. AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS SOCIETY OF CANADA [Internet]. A guide to als patient care for primary care physicians. [abril 2015].
9. Parsons K. Clinical Considerations for Treating the Dental Patient with ALS. Peer-Reviewed Publication; 2014; [abril 2015].
10. Asher RS., Alfred T. Dental management of long-term amyotrophic lateral sclerosis: Case report. *Special Care in Dentistry*, 1993, 13 (6); 241- 245.
11. Heather R. McKee MD. Macroglossia in Amyotrophic Lateral Sclerosis, Case Report. *JAMA Neurology*. 2013; 70(11):1432-1435.
12. Weikamp J.G. Prognostic value of decreased tongue strength on survival time in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *JNeurol* 2012; 259:2360-2365.
13. Kuruvilla M., Jordan R., Green J., Yunusova Y., and Hanford K. Spatiotemporal Coupling of the Tongue in Amyotrophic Lateral Sclerosis, *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2012 (55): 1897-1909.
14. Kumar S., Russell D. Dental treatment for a patient with motor neurone disease completed under total intravenous anaesthesia: a case report. *Journal of Disability and Oral Health*. 2011; 12(3): 124-127.
15. Scully C., Diz Dios P., Kumar N. *Special Care in dentistry: Handbook of oral health care*. London: Elsevier Churchill Livingstone; c2007. Chapter 3, Specific Problem areas: Motor neuron disease; p. 316- 320.

21. Demencias: Alzheimer

Dra. Pamela Espinoza Villarroel

Definición y diagnóstico.

La demencia es un síndrome adquirido y crónico, generalmente es irreversible, causado por una disfunción cerebral. Está caracterizado por un deterioro de la cognición, alteraciones del comportamiento y ocasionalmente presenta trastornos del movimiento. Esto se traduce en una disminución en la autonomía del paciente. Dentro de las demencias encontramos: demencia en la enfermedad de Alzheimer, demencia vascular, demencia asociada a otras enfermedades, y demencia sin especificación (que incluye la demencia senil).

El Alzheimer es la forma de demencia más común. Es una enfermedad neurodegenerativa que se caracteriza por una pérdida lenta y progresiva de la memoria y de las habilidades cognitivas.

Para formular el diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer, los requisitos son:

1. Que exista una demencia.
2. Comienzo gradual y curso lentamente progresivo.
3. Descartar que la demencia se deba a otras afecciones del SNC .

Etiología.

Es muy compleja, y existen elementos patológicos que aún se desconocen. En algunos casos es hereditaria. Se caracteriza por:

- **Presencia de placas seniles en la corteza:** Son estructuras extracelulares formadas por un núcleo de Beta amiloide insoluble.
- **Degeneración neurofibrilar:** Red intraneuronal compuesta por filamentos de citoesqueleto y por fosforilación anormal de la proteína tau.

Estos dos procesos serían **complementarios**, llevando a una pérdida progresiva de neuronas motoras, sensitivas y cognitivas, en zonas del hipocampo y de la corteza.

Epidemiología.

El Alzheimer es la principal causa de demencia en la población mayor de 60 años y representa una de las primeras 10 causas de muerte en este grupo etario. La incidencia va aumentando con la edad:

1-2%	Población de 60 años.
3-5%	Población de 70 años
15-20%	Población de 80 años.
40-50%	Población mayor a 85 años.

En Chile existen pocos datos estadísticos sobre demencia. Un estudio de prevalencia de Alzheimer realizado en la VII región en el año 2010, indicó que existía un 5,86%. Si se aplicara a Chile sería una población de 60.000 a 120.000 de personas con Alzheimer. Para el año 2050 se proyecta que exista el triple de casos de demencias.

Manifestaciones generales.

El Alzheimer es una enfermedad lentamente progresiva. Se pueden reconocer 3 etapas:

1. **Fallas en la memoria:** Problemas en la memoria episódica principalmente.
2. **Trastornos de lenguaje, afasias, apraxias, síndrome de Gerstman: Anomia y parafasias.**
3. Marcha insegura, pérdida de la agilidad, pasos cortos, rigidez. Pérdida de control de esfínteres, disfagia ilógica, reducción del lenguaje. Finalmente **paciente postrado** totalmente dependiente.

Existen también **trastornos en la conducta**, depresión, delirios lúcidos, estados confusionales, trastornos del sueño, acatisia y ansiedad.

Manifestaciones Orales.

Considerando que las habilidades cognitivas y motoras se ven comprometidas en las personas con Alzheimer, esto puede dar lugar a un insuficiente cuidado de la salud oral del paciente (principalmente por falta en el control de la higiene). Los pacientes con demencias presentan más patologías orales que los que no la tienen, y podemos encontrar:

- La **prevalencia de caries aumenta** con la severidad del Alzheimer
- Hay una mayor prevalencia de **Estomatitis Subprotésica**.
- **Disminución del flujo salival**. Se considera un efecto de la enfermedad en sí misma o puede estar asociada a terapia farmacológica. Es el signo más común asociado a terapia farmacológica de pacientes con Alzheimer. Esto puede aumentar presencia de úlceras en la mucosa, así como disminuye la retención de las prótesis. Esto favorece la formación de placa, enfermedad periodontal, caries dental y el riesgo de infecciones como la sialoadenitis.
- La **candidiasis oral** también puede ocurrir con mayor frecuencia.
- **Movimiento orofaciales involuntarios**, como el de la mandíbula, puede ser un efecto secundario a los antipsicóticos y antidepresivos. El Haloperidol aumenta el riesgo de desarrollar disquinesia orofacial tardía.
- En muchos casos no utilizan prótesis porque están mal ajustadas o por temor de los cuidadores a que se ahoguen. Lo que afecta también negativamente a la dieta y a la salud nutricional de estos pacientes.
- Presentan **dificultad para comer**.
- **Alteraciones en el gusto**. Por el uso de ciertos fármacos (Rivastigmina).
- **Glositis**. Secundaria a fármacos también.

Tratamiento médico general.

El tratamiento del Alzheimer incluye lo farmacológico, la actividad del paciente y la orientación familiar. En el tratamiento farmacológico se utilizan medicamentos cuyo objetivo es mejorar los defectos cognitivos, y otros, destinados a corregir los trastornos conductuales.

Actualmente los medicamentos que se utilizan son los inhibidores de la acetilcolinesterasa, que intentan prolongar la vida útil de la acetilcolina en la corteza cerebral. Los fármacos que se utilizan actualmente son: donepezilo, rivastigmina y galantamina. Sin embargo, su eficacia es moderada y la relación costo-utilidad debe ser cuidadosamente evaluada en cada caso.

Los fármacos destinados a corregir los trastornos conductuales son los que usualmente se usan en psiquiatría: antidepresivos, tranquilizantes (especialmente los neurolépticos atípicos) e inductores del sueño. Los antiepilépticos pueden ser usados para tratar la agresividad y la agitación

Precauciones en el manejo Odontológico.

Los pacientes con Alzheimer van **perdiendo progresivamente la capacidad para mantener su higiene oral**. También se debe tomar en cuenta los **problemas de acceso, transporte y movilidad** que presentan.

El **cuidador y la familia juegan un rol clave en el mantenimiento y mejora de la salud oral** de las personas con Alzheimer. Por lo cual la educación para realizar la respectiva higiene oral y de las prótesis es esencial. En el caso que presenten estomatitis subprotésica, se debe considerar en el tratamiento:

- Uso del acondicionador de tejidos.
- Correcta remoción y limpieza del aparato protésico: Retirar prótesis en las noches, realizar limpieza de ésta con una escobilla o cepillo diferente con el que se cepillan los dientes.
- Eficiente higiene oral: Se recomienda el uso de cepillo suave.
- Terapia antifúngica: Miconazol 2% Plastibase (4 veces al día por 20 días).

A medida que la enfermedad progresa, la incidencia de muertes por neumonía se hace mayor debido a la aspiración; por lo tanto, los tratamientos que pueden aumentar el potencial de aspiración no son recomendables para pacientes con Alzheimer avanzado.

En general los procedimientos dentales deben ser breves, y en algunos casos se puede considerar el uso de sedación, sobre todo en los pacientes con conductas agresivas.

Referencias:

1. Donoso A. Alteraciones Orgánicas de la Memoria. Rev Méd Chile 1983; 113:1113-20.
2. Chung JA y Cummings JL. Neurobehavioral and neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: characteristics and treatment. Neurol Clin N Am 2000; 18: 829-46.
3. Rodrigues G, DDS, Riani J, Glaucia M. Oral health of the elderly with Alzheimer's disease. Oral Medicine 2012; 114 (3)

22. Disfagia en personas con daño neurológico

Prof. Lorena Sepúlveda Vega, Fonoaudióloga

En los capítulos anteriores se revisaron varias patologías del SNC con compromiso Neuromuscular. La disfagia es una alteración que se puede presentar en pacientes con todas estas condiciones. Si bien los integrantes del equipo dental no estarán a cargo de tratar este trastorno; como parte del equipo multidisciplinario de salud deben conocer sus características y nociones básicas de tratamiento.

La deglución es el proceso de transporte por el que los alimentos y los líquidos pasan desde la boca hasta el estómago. Requiere de integridad física y funcional de las estructuras anatómicas implicadas. Es un acto complejo porque requiere de secuencias motoras voluntarias e involuntarias, que en última instancia están bajo el control del sistema nervioso central.

La disfagia es un trastorno que afecta la habilidad para tragar. Es frecuente en personas que tienen un trastorno neurológico, como consecuencia de lesiones o disfunción del sistema nervioso central, fibra nerviosa, la unión neuromuscular o el músculo.¹ En otros casos, se presenta como consecuencia de la acción de ciertos fármacos que pueden precipitar o agravar una dificultad para deglutir preexistente.² A causa de la disfagia, se pueden generar complicaciones de importancia vital para el paciente, como son la neumonía aspirativa, deshidratación y desnutrición.²

En el proceso de la deglución se identifican cuatro etapas, las dos primeras son voluntarias y corresponden a las etapas preparatoria-oral y oral, continúa la etapa faríngea que estaría bajo control reflejo y finalmente la etapa esofágica bajo control somático y autónomo.²

1. Etapa preparatoria oral: el alimento es masticado y mezclado con saliva para formar un bolo alimentario cohesivo. Su duración es variable debido a que depende de la facilidad del sujeto para masticar, de la eficiencia motora y del deseo de saborear el alimento.³
2. Etapa oral: el bolo es movido hacia las fauces dentro de la boca, se adosan los labios y se contrae la musculatura de la cavidad bucal. La lengua se mueve principalmente en sentido anteroposterior, formando una cavidad central que actúa como rampa para desplazar el bolo hacia el istmo de las fauces. Esta etapa es voluntaria y debe durar menos de 1 segundo.³
3. Etapa faríngea: el reflejo de deglución se desencadena en los pilares palatinos anteriores y la parte posterior de la lengua.³ Esta etapa puede durar aproximadamente un segundo o menos. Ocurren varios fenómenos coordinados todos bajo el control de centros a nivel bulbar a través del nervio vago.³
4. Etapa esofágica: se inicia con la relajación del esfínter cricofaríngeo y continúa con el peristaltismo esofágico que permite el tránsito del bolo hacia el estómago (nervio craneal X). Esta etapa es la que tiene una mayor duración, entre 8 y 20 segundos.

Tipos de disfagia:

- Disfagia orofaríngea: aparece cuando las dificultades se originan entre la boca y el esfínter esofágico superior.⁵ En personas jóvenes, la disfagia obedece a patologías musculares, de membranas y anillos. En personas de más edad habitualmente es provocada por patología del sistema nervioso central⁴.

Se **puede** clasificar, según sus causas, en:

- Disfagia estructural: producida por enfermedades que ocasionan alteraciones en la anatomía de los órganos.
- Disfagia neurogénica: causada por trastornos neurológicos y/o neuromusculares. Es la más frecuente (80%).

Síntomas asociados frecuentes: Dificultad para iniciar la deglución, regurgitación nasal, tos, voz nasal (rino-lalia), disminución del reflejo de la tos, ahogos, disartria y diplopía

- Disfagia esofágica: su ubicación es en el esófago distal. La disfagia que se presenta tanto para sólidos como para líquidos a menudo implica un problema de motilidad esofágica. Esta sospecha se ve reforzada cuando la disfagia intermitente a sólidos y líquidos se acompaña de dolor torácico.

Hay tres tipos de afecciones que tienen mayor probabilidad de provocar disfagia:

- Patologías de la mucosa (intrínsecas) que generan estenosis de la luz del esófago a causa de inflamación, fibrosis o neoplasia.
- Patologías mediastinales (extrínsecas) que obstruyen el esófago por invasión directa o mediante adenomegalias.
- Patologías neuromusculares que afectan la musculatura lisa esofágica y su inervación, produciendo la disrupción de la peristalsis o de la relación con el esfínter esofágico inferior, o ambos.⁴

Pautas generales de tratamiento

El principal objetivo de la Rehabilitación en la disfagia es restablecer la alimentación por vía oral en consideración de las secuelas neurológicas. La terapia para los trastornos de la deglución está a cargo del fonoaudiólogo. Puede ser dividida en manejo compensatorio y estrategias terapéuticas.¹ El manejo compensatorio está, en general, bajo el control clínico y requiere de menor colaboración del paciente, por esta razón puede ser implementada en sujetos con compromiso cognitivo y dificultad en la ejecución de órdenes. Se realizan cambios posturales, en el volumen, en la viscosidad de los alimentos y se alternan líquidos con sólidos.¹

Las estrategias terapéuticas están diseñadas para cambiar la fisiología de la deglución y en este sentido, requieren mayor colaboración y participación del paciente, por lo que es necesaria la indemnidad en el plano cognitivo¹. Éstas consisten en estimulación sensorial, ejercicios para mejorar la movilidad y maniobras deglutorias tales como deglución supraglótica, deglución con esfuerzo y otras técnicas especiales.¹ Una nueva técnica para favorecer la recuperación de los pacientes que presentan dificultad para tragar es la estimulación eléctrica de la musculatura afectada.⁶



Imagen 13 Asistentes Dentales capacitados en Talca, Octubre 2014

Referencias:

1. González R, Bevilacqua J. Disfagia en el paciente neurológico. Rev Hosp Clín Univ Chile. 2009; 20: 252 - 62
2. Bakheit AMO. Management of neurogenic dysphagia. Postgrad MedJ. 2001;77:694-99
3. Ertekin C, Aydogdu I. Neurophysiology of swallowing. Clin Neurophysiol. 2003 Dec;114(12):2226-44
4. Malagelada JR, Bazzoli F, Elewaut A, Fried M, Krabshuis JH, Lindberg G, Malfertheiner P, Sharma P, Vakil N. World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines: Para el manejo de la disfagia January 2004
5. González C, Casado M, Gómez A., Pajares S., Dávila R., Barroso L., Panizo E. Guía de nutrición para personas con disfagia. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Gobierno de España.
6. Logeman JA. The effects of VitalStim on Clinical and Research Thinking in Dysphagia. Dysphagia. 2007;22:11-2

23. Epilepsia

Dra. Camila Pérez Lohse

Definición y epidemiología.

Las epilepsias son afecciones neurológicas crónicas, de causa diversa, caracterizadas por crisis o convulsiones recurrentes debidas a una descarga excesiva de las neuronas cerebrales, asociadas a diversas manifestaciones clínicas.¹ La epilepsia debe ser vista como un síntoma de una alteración neurológica y no como una enfermedad.² Es una de las afecciones neurológicas más frecuentes, siendo superada solamente por el accidente vascular cerebral.³ Afecta aproximadamente al 1% de la población mundial y en Odontología las convulsiones epilépticas son el segundo incidente más común (1,5 veces por dentista)⁴ por lo que se hace necesario conocer sus signos, síntomas y algoritmo de tratamiento.

Etiología.

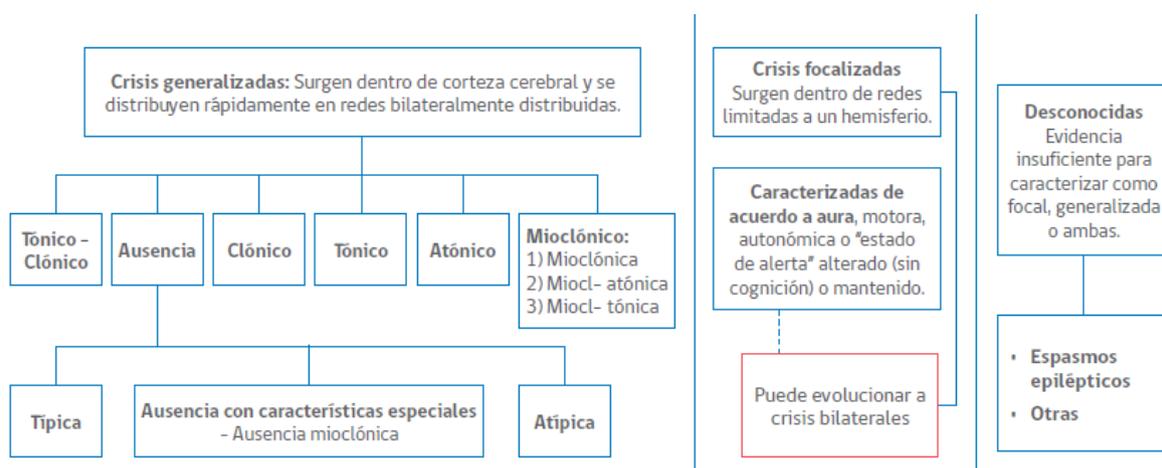
Según su etiología las epilepsias se pueden clasificar en:^{2,5}

1. Genética: Efecto directo de una alteración genética.
2. Metabólico-Estructural: Causada por una enfermedad estructural o metabólica que afecta al cerebro. Por ejemplo: daño cerebral por lesiones prenatales o perinatales, entre otros.
3. Desconocida: Es el tipo más frecuente (6 de cada 10 casos).

Manifestaciones generales.

Las convulsiones pueden ir desde episodios muy breves de ausencia hasta convulsiones prolongadas y graves. Su frecuencia también es variable y en general son de aparición súbita y tienden a ser estereotipadas. Una sola convulsión no significa epilepsia, la epilepsia se define por dos o más convulsiones no provocadas. Tienen distribución bimodal, siendo mayor su incidencia en las dos primeras décadas de la vida, luego disminuye y vuelve a aumentar a partir de la sexta década.^{2,5,6,7}

Clasificación de las Crisis Epiléptica propuesta por la ILAE 2010²



Manifestaciones Orales.

Las manifestaciones orales se derivan ya sean del tratamiento farmacológico o efecto de la crisis o convulsión.

Hiperplasia gingival: Es la manifestación oral más significativa de la epilepsia secundaria al uso de fenitoína, casi en el 50% de las personas que toman éste fármaco la padecen y las primeras manifestaciones aparecen luego de tres meses de tomar dicha medicación. Otros fármacos que lo producen en menor medida son: ácido Valproico, Carbamazepina y Fenobarbital.

Es necesario tener un mayor cuidado del habitual en su higiene oral y los tratamientos pueden ir desde empleo de colutorios de flúor, clorhexidina, revisiones odontológicas periódicas hasta pulido radicular, gingivectomía o gingivoplastia, según sea lo indicado.^{8, 9, 10}

Otras manifestaciones orales menos frecuentes incluyen:⁸

- Fracturas dentales de incisivos superiores y cúspides palatinas, cicatrices labiales, laceraciones linguales y rotura de frenillos.
- Glositis migratoria benigna, paladar profundo, arrugas palatinas prominentes, desmineralización e hipoplasia del esmalte, caries dentales, maloclusión, reabsorciones óseas y radicales atípicas, limitación de la apertura bucal, labios resecaos, agrandamiento del conducto de Stenon y estomatitis.

Tratamiento médico general.

El tratamiento médico de la epilepsia es farmacológico en el 80% de los casos, siendo la alternativa quirúrgica un recurso utilizado cuando ya ha fracasado el tratamiento farmacológico. Existen también tratamientos quirúrgicos paliativos, como la estimulación del nervio vago, y dietas de tipo cetogénicas.

El uso de drogas antiepilépticas debe ser personalizado, de acuerdo con el tipo de crisis, la edad del afectado, las reacciones adversas y el uso de otros fármacos en el adulto.

Tabla 8. Efectos secundarios del tratamiento anticonvulsivo:¹¹

Fármacos	Efectos secundarios
Fenobarbital	Cambios de la conducta, sedación, irritabilidad, disminución del rendimiento intelectual, osteoporosis , teratogenicidad, leucopenia , anemia .
Carbamazepina	Exantema cutáneo, leucopenia , retraso en la cicatrización , somnolencia, diplopía, hiponatremia, teratogenicidad e hiposalia .
Ácido Valproico	Temblores, aumento de peso, trastornos gastrointestinales, alopecia, retraso en la cicatrización , hepatitis, somnolencia, disminución en la agregación plaquetaria . Evaluar tiempo de sangrado, nivel de fibrinógeno, TTPK y TP .
Fenitoína	Hiperplasia gingival , hirsutismo, exantema cutáneo, teratogenicidad, encefalopatía, disminución de IgA , osteoporosis , polineuritis, atrofia cerebelosa.

Precauciones en el manejo Odontológico.

Debemos conocer el estado actual de la enfermedad, su estabilidad, los fármacos que está tomando, tipo de convulsiones, su frecuencia, duración, causa conocida y factores desencadenantes, como: supresión del tratamiento antiepiléptico habitual, ansiedad y estrés (sesiones breves y a primera hora del día), proceso infeccioso, estados fisiológicos (ciclo menstrual), privación del sueño, consumo de alcohol o excitantes, hiperglicemia o hipoglicemia, deshidratación, hiperventilación, fotoestimulación, ruidos. Determinados medicamentos pueden ejercer un efecto epileptógeno, especialmente por vía intravenosa y altas dosis entre ellos antibióticos (ciprofloxacino) y analgésicos narcóticos (fentanil, pentazocina, meperidina).^{8, 9}

La trombocitopenia provocada por el ácido valproico dificulta la cicatrización de heridas intraorales, por lo que es necesario evaluar tiempo de sangrado, nivel de fibrinógeno, TTPK y TP ante cualquier cirugía.

Hay que considerar también que la leucopenia producida por Fenobarbital, Carbamazepina y primidona, ya que dejan a la cavidad oral más susceptible a infecciones oportunistas.

Algunos AINES, antifúngicos (miconazol y fluconazol) y algunos antibióticos (eritromicina, metronidazol y claritromicina) afectan negativamente al metabolismo del Ácido Valproico, Carbamazepina y Fenitoína.^{4,11}

El ácido valproico puede ser desplazado de las proteínas plasmáticas y las vías metabólicas pueden ser inhibidas por dosis altas de aspirina.¹¹

Anestesia y epilepsia

La anestesia local no produce efectos sobre los fármacos antiepilépticos a dosis bajas, cuando se produce una sobredosis o inyección intravascular pueden darse crisis epilépticas.⁴

El uso de sedación consciente y anestesia general no están contraindicados y son una alternativa en casos de difícil control o manejo.⁴

Ante el desencadenamiento de una crisis⁸

Mantener la calma, luego interrumpir el tratamiento dental de inmediato y retirar instrumentos u objetos de la cavidad oral, ladear al paciente y no interferir en sus movimientos, pero evitar que se golpee la cabeza o extremidades colocando almohadones, preocuparnos por mantener permeable la vía aérea. Luego de la crisis permitir que descanse. Evaluar el grado de vigilia y orientación. Mayor información y protocolo de tratamiento en la Unidad de Emergencias Médicas de este mismo manual.

Conclusión

En conclusión hay 4 conceptos para el manejo del paciente epiléptico en la consulta odontológica: conocimiento de la historia convulsiva del paciente y sus medicamentos, eliminar las situaciones que predisponen las crisis convulsivas, la habilidad para controlar y manejar una crisis si ésta se presenta y la motivación al paciente para disminuir los efectos adversos de los medicamentos, siendo el más importante la hiperplasia gingival.

La educación al afectado y sus familiares es fundamental para el buen tratamiento y conocimiento de la enfermedad y es necesario destacar que la mayoría de las personas con epilepsia pueden recibir tratamiento dental sin restricciones, funcional y estéticamente adecuada.

Referencias:

1. Ruocco E, Alves M. Oral and maxilofacial trauma in patients with epilepsy: prospective study based on an outpatient population. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* vol.69 no.3 São Paulo June 2011.
2. Ministerio de Salud. Guía Clínica Epilepsia en Adultos. MINSAL, 2013-2014.
3. Vinicius M, Gomes E, Carvalho P. Epilepsia y anestesia. *Rev Bras Anestesiol* 2011; 61: 2: 124-136.
4. Mehmet Y, Senem O, Sulun T. Management of epileptics patients in dentistry. *Surgical science*, 2012;3:47-52.
5. Página web de la Organización Mundial de la Salud. Epilepsia. N°999 Octubre de 2012.
6. Liga Chilena contra la Epilepsia.
7. Mercadé J, Sancho J, Mauri J, et al. Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2012. Sociedad Española de Neurología. 978-84-7989-750-5.
8. Salina D. Atención Odontológica de pacientes con epilepsia. Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.
9. Hernandez M. Atención Odontológica en el paciente epiléptico. Servicio de Neurología, Hospital Nuestra Señora de la Candelaria.
10. Cornacchio P, Burneo J, Aragón C. The effects of antiepileptic drugs on oral health. *J Can Dent Assoc* 2011;71:b140.
11. Aragon C, Buneo J. Understanding the patient with Epilepsy and Seizures in the Dental Practice. *JCDA*, February 2007, Vol. 73, No. 1.

24. Psiquiatría y afecciones relacionadas con la adicción a drogas

Dra. Dominique Gaete Herrera

Definición y epidemiología.

En la actualidad la Organización Mundial de la Salud (OMS) utiliza el término “consumo problemático de drogas” para definir un estado psíquico y algunas veces físico resultante de la interacción entre un organismo vivo y un producto psicoactivo, que se caracteriza por producir modificaciones de la conducta y otras reacciones que incluyen siempre un deseo incontrolable de consumir droga, continua o periódicamente. A su vez, la OMS define droga como cualquier sustancia natural o sintética que al ser introducida en el organismo es capaz, por sus efectos en el sistema nervioso central, de alterar y/o modificar la actividad psíquica, emocional y el funcionamiento del organismo.¹

Los problemas asociados al uso de alcohol y otras drogas constituyen la principal causa de mortalidad y discapacidad en hombres menores de 45 años en nuestro país, y la dependencia a estas sustancias es una de las 10 principales causas de Años de Vida Saludables Perdidos por Discapacidad o Muerte Prematura (AVISA) en toda la población.²

Según el Primer Estudio Comparativo Sobre Consumo de Drogas y Factores Asociados, Chile es el país con mayor prevalencia de consumo de marihuana y alcohol, y el segundo en prevalencia de consumo de cocaína a nivel Latinoamericano. Una de cada diez muertes en Chile es atribuible al consumo de alcohol representando el 4% del total de muertes en el país y la edad de inicio para el consumo de diferentes drogas ha tendido a estabilizarse en 14,5 años para marihuana, 14,7 años para cocaína y 13,7 años para pasta base. Desde el punto de vista odontológico estos datos son altamente preocupantes si consideramos que el tabaco y el alcohol son considerados como los dos principales factores de riesgo en el desarrollo del cáncer oral.^{3,4}

Manifestaciones Orales.

Los jóvenes que presentan abuso de sustancias y frecuentes intoxicaciones, a menudo, manifiestan cambios en el estado de ánimo, la cognición y el comportamiento. Según el estudio “Depresión y drogodependencia: efectos sobre la salud dental” (2011) uno de cada cinco pacientes que van al dentista expresan síntomas de depresión. La propia depresión está asociada con disminución de flujo salival, sequedad oral y alteración del gusto, lo que conlleva un deterioro del sistema estomatognático. Las lesiones que en él se presentan podrían ser causadas específicamente por las sustancias psicoactivas (SPA) o por la asociación de la acción de las mismas con la negligencia en el cuidado de higiene bucal, ya que las personas con consumo problemático de drogas tienen poco cuidado de su salud en general y, en términos locales, mala higiene oral, alta incidencia de caries y enfermedad periodontal.^{3,5}

Clínicamente en usuarios de SPA se evidencian numerosas alteraciones, tales como: xerostomía, alteración del flujo salival, reducción de la capacidad buffer, erosiones, abrasiones, caries atípicas y pérdida dentaria. También es frecuente observar variaciones del umbral del dolor y de la percepción del gusto, atrofia de las glándulas salivales, erosiones y úlceras en la mucosa bucal. La magnitud del efecto de estos irritantes en la etiología de las enfermedades de la cavidad oral parece ser alta. Mucho tiene que ver con la vía de administración. Aquellos que usan como vía de administración alterna la frotación de la droga (por ejemplo la cocaína) sobre la superficie de la encía, incluyendo el cuello de las piezas vecinas, podrían estar causando serias consecuencias para la encía y para toda la mucosa bucal. La rápida y fácil absorción del principio activo por parte de la superficie bucal ocasionaría necrosis, recesiones de los tejidos gingivales, así como erosión del esmalte y dentina. En personas que consumen cocaína, además, se ha reportado la disminución del pH salival, adormecimiento de la lengua y encías, y alteración del gusto. Además se ha encontrado sensibilidad dentaria, mucosa lingual, yugal y labial mordisqueada, sequedad bucal y con frecuencia tienden a sufrir bruxismo severo, siendo común la presencia de dolor en la articulación temporomandibular y en los músculos masticatorios.^{6,7,8}

Precauciones en el manejo Odontológico.

Actualmente en la Atención Primaria de Salud se desarrolla un Programa de Detección y Tratamiento temprano del Consumo Problema y la Dependencia de Alcohol y otras sustancias Psicoactivas. Este programa establece que le corresponde al equipo de salud general detectar los problemas asociados al consumo de alcohol y drogas en adolescentes y el diagnóstico se realiza de acuerdo a los criterios de Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (CIE 10). Además se debe determinar la severidad del consumo perjudicial o dependiente de acuerdo a variables biológicas, psicológicas y sociales. El tratamiento se basa en una serie de intervenciones terapéuticas de efectividad clínica ampliamente estudiada y el criterio para establecer la intensidad de las intervenciones corresponde a la permanencia diaria en el programa de tratamiento, en el cual el adolescente accede a las diferentes intervenciones comandado por un equipo de salud multidisciplinario.^{3,9}

Como profesionales del área de salud, debemos tener ciertas consideraciones en el manejo odontológico de estas personas. En ocasiones, adictos pueden hacer uso de drogas antes de una cita dental para aliviar su ansiedad. Si esto ocurre, el tratamiento dental deberá ser aplazado.¹⁰

Una de las estrategias más utilizadas para el tratamiento del dolor agudo en el paciente dependiente de sustancias es la denominada Analgesia multimodal. Se basa en utilizar simultáneamente terapias analgésicas con diferente mecanismo y sitio de acción con el objetivo de aumentar la eficacia y reducir los efectos colaterales de cada terapia. Se considera el uso simultáneo de antiinflamatorios no esteroidales (AINEs), paracetamol, técnicas locoregionales con anestésicos locales y coadyuvantes.¹¹

Para un manejo anestésico seguro debemos considerar el tipo de fármaco anestésico administrado, los efectos que está causando en el organismo y el grado de intoxicación en la que se encuentra el individuo. En general se ha observado que en los pacientes con intoxicación aguda presentan sinergismo con los anestésicos potenciando sus efectos, por lo cual puede haber mayor depresión del Sistema Nervioso Central (SNC) o Sistema Cardiovascular (SCV).^{12,13}

La medicación para el dolor postoperatorio debería ser evitada en lo posible. Si el dolor es relativamente severo, un narcótico suave como codeína puede ser necesario. En este caso la medicación debe ser controlada, de ser posible, por un miembro de la familia para reducir al mínimo la posibilidad de abuso.¹⁰

Además, debemos tener en cuenta que el drogadicto parenteral puede padecer de hepatitis B no diagnosticado o infección de virus inmunodeficiencia humana (VIH).¹⁰

Referencias:

1. Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción. National Institute on drug abuse. [Online].; 2014 [citado 2015 abril 29]
2. Abuso y dependencia de alcohol y drogas. Ministerio de Salud Chile. Minsal. [Online].; 2012 [citado 2015 abril]
3. Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y otras drogas. Ministerio de Salud Chile. Minsal. [Online].; 2013 [citado 2015 abril 29]
4. Figero, E. Carretero, M. Cerero, R. Esparza, G. y Moreno, L. Efectos del consumo de alcohol etílico en la cavidad oral: Relación con el cáncer oral. Med. oral patol. oral cir. bucal. [Online].; 2004 [citado 2015 mayo 30]
5. Jiménez, M. Astudillo, O. Mata, V. Jorge, J. y Correia, N. Depresión y Drogodependencia: Efectos sobre la Salud Dental. Avances en odontoestomatología. [Online].; 2011 [citado 2015 Abril 29]
6. Caviglia, S. Bajda, S. y Simón, S. Estudio Epidemiológico Descriptivo de Lesiones Estomatológicas en Pacientes Adolescentes que Consumen Sustancias psicoactivas. Revista ADM. [Online].; 2014 [citado 2015 Mayo 30]
7. Gigena, P. Bella, M. y Cornejo, L. Salud Bucal y hábitos de Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes drogodependientes en recuperación. Odontoestomatología. [Online].; 2012 [citado 2015 mayo 28]
8. Ruiz, H. Herrera, A. y Martínez, A. Periodontopatías en jóvenes y adolescentes adictos a drogas psicoactivas, atendidos en el Centro de Deshabitación de Adolescentes, del Municipio Playa. Revistas Médicas Cubanas. [Online].; 2013 [citado 2015 Abril 28.]
9. Guía Clínica: Consumo Perjudicial y Dependencia de Alcohol y Drogas en menores de 20 años. Ministerio de Salud Chile. Minsal. [Online].; 2007 [citado 2015 Abril 29]
10. Asián, D. Implicancias odontológicas en el uso de drogas en adolescentes. Odontología Pediátrica. [Online].; 2011 [citado 2015 Abril 29.]
11. Acuña, JP. Tratamiento del dolor agudo en el paciente dependiente de sustancias. Rev.Med.Clin.Condes. [Online].; 2014 [citado 2015 Abril 29]
12. Rivera, J. Chavira, M. Manejo anestésico del paciente consumidor de drogas. Revista Mexicana de Anestesiología. [Online].; 2005 [citado 2015 Abril 29]
13. Stanley F. Malamed . (2006). Manual de anestesia local . Madrid, España: Elsevier

25. Displasia Ectodérmica

Prof. Dra. Susanne Krämer Strenger

Definición y diagnóstico.

Las Displasias Ectodérmicas (DE) son un grupo de más de 200 enfermedades genéticas en las que se afecta el desarrollo del ectodermo. Puede afectar el desarrollo de: piel, glándulas sudoríparas, pelo, dientes y uñas. Cuando un individuo manifiesta anomalías ectodérmicas de 2 estructuras se diagnostica como **un síndrome de DE**. Actualmente se reconocen entre 150 y 200 síndromes diferentes de DE.

Etiología.

De etiología genética, la DE pueden deberse a mutaciones ligadas al cromosoma X, mutaciones autosómicas recesiva y mutaciones de novo (menos frecuente).

Epidemiología.

Displasia Ectodérmica Hipohidrótica (DEH, el tipo más frecuente) se ha reportado en 1: 5.000 - 10.000 nacidos vivos.

Manifestaciones generales.

- Hipotricosis: Escaso vello corporal y pelo en cuero cabelludo. El cabello puede estar ausente o ser escaso, fino, con poca pigmentación, textura anormal, frágil, seco y de lento crecimiento.
- Hipohidrosis: capacidad de sudoración disminuida. Puede provocar intolerancia al calor e hipertermia. En niños puede ser muy difícil controlar la fiebre, puede complicarse con convulsiones febriles.
- Hipodoncia: ausencia congénita total o parcial de dientes.
- Piel: es delicada, delgada, lisa y se irrita fácilmente. En palmas y plantas la piel puede ser gruesa e hiperqueratósica. Puede presentar zonas de hipo y de hiperpigmentación.
- También pueden presentar alteraciones en las uñas, secreciones nasales, alteración en la humectación de los ojos y autolimpieza del oído.
- Ocasionalmente presentan otras manifestaciones como: Inmunodeficiencias, fisuras oro-labiales y retraso psicomotor.

Manifestaciones Orales.

Las alteraciones orales pueden ser: numéricas, estructurales, morfológicas, de la composición del diente y de su posición.

- Numéricas: pueden presentar hipodoncia o anodoncia. Pueden estar afectadas ambas denticiones. Las principales agenesias son de los segundos premolares, incisivos laterales superiores e incisivos inferiores. Como consecuencia de la ausencia de dientes hay un desarrollo maxilar atrófico, observándose clínicamente como una protuberancia de los labios.
- La estructura de los dientes puede estar alterada, presentando coronas cónicas, puntiagudas o curvas; también hipoplasias del esmalte. El esmalte puede ser hipoplásico (más delgado de lo normal), hipocalcificado o hipomaduro. En algunos individuos estas alteraciones pueden coexistir.
- En algunas formas de DE puede haber una disminución de la producción de saliva llevando a secar la boca (xerostomía), exponiendo a la persona a un mayor riesgo de caries.

Tratamiento médico general.

No existe una cura para la displasia ectodérmica. El manejo es sintomático para minimizar los efectos de las alteraciones en la calidad de vida:

- Hidratación de piel
- Corticoides tópicos en lesiones irritativas / dermatitis atópica
- Líquido frecuente, ambiente fresco con aire acondicionado

Es importante que el manejo del paciente sea dado por un equipo multidisciplinario.

Precauciones en el manejo Odontológico.

- En muchos casos el diagnóstico de DE se realiza por el retraso de la erupción dentaria y la forma cónica de los dientes. (Dato: El Diagnóstico de DE es clínico)
- Consideraciones generales:
 1. No hay contraindicaciones para anestesia local, sedación ni anestesia general.
 2. Esmalte hipoplásico, delgado. En general las restauraciones con resinas compuestas tienen buen resultado. Si las restauraciones convencionales fracasan se debe considerar un recubrimiento completo de la pieza dentaria: coronas.
 3. Xerostomía.
 4. Las alternativas rehabilitadoras que han sido exitosas en personas con DE incluyen: prótesis totales o parciales, removibles o fijas, sobredentaduras o implantes dentales.
 5. Primera etapa de crecimiento 3 - 5 años: Las prótesis removibles permiten establecer una dimensión vertical y relación intermaxilar adecuada.
 6. Adultos con DEH: Implantes han dado muy buenos resultados. Respecto a los implantes en infancia y juventud la literatura es controvertida. Algunos autores lo defienden, mientras que otros no lo recomiendan en absoluto.

Para el manejo integral de la persona con DE se recomienda un equipo odontológico interdisciplinario compuesto por un odontólogo, ortodoncista, cirujano máxilo facial y rehabilitador. Las guías clínicas publicadas por la National Foundation for Ectodermal Dysplasias (ver referencia) entrega guías detalladas de intervenciones por edad y desarrollo del paciente.



Imagen 14 Asistentes Dentales capacitados en Santiago, Hospital El Carmen, Mayo 2015

Referencias:

1. National Foundation for Ectodermal Dysplasias. Parameters of oral health care for individuals affected by ectodermal dysplasias. National Foundation for Ectodermal Dysplasias. Mascoutah, Ill; 2003, Revision 2007.
2. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Dental Management of Heritable Dental Developmental Anomalies. Revised 2013.

26. Epidermolisis Bullosa (Piel de cristal)

Prof. Dra. Susanne Krämer Strenger

Definición y epidemiología.

La Epidermolisis Bullosa (EB) es un grupo de enfermedades mucocutáneas caracterizadas por fragilidad de la piel y las mucosas. Clínicamente presentan la formación de ampollas y erosiones en la piel y membranas mucosas. En la actualidad se reconocen 4 tipos principales de EB y 32 subtipos, con características clínicas heterogéneas. Además de la piel puede afectar otros tejidos como las mucosas de la cavidad oral, esófago, cavidad nasal, faringe, tracto genitourinario, ano y conjuntivas. También hay un tipo de EB que afecta el esmalte dental provocando Amelogénesis Imperfecta. Los principales tipos de EB son: EB simplex (EBS), EB de la unión (EBJ), EB distrófica (EBD) y Síndrome de Kindler. Prevalencia: 1:100.000 habitantes, Incidencia: 3:100.000 nacidos vivos.

Etiología.

Mutaciones genéticas de proteínas estructurales de la membrana basal. A la fecha se han identificado más de 1000 mutaciones en 13 genes estructurales, lo que explica el amplio rango fenotípico de la EB.

Manifestaciones generales.

La principal característica es fragilidad de la piel y la aparición de vesículas, ampollas o bulas. Éstas pueden acontecer por trauma mecánico, ante temperaturas elevadas, humedad o de forma espontánea. También se puede observar milia, ausencia o distrofia de uñas, alopecia, extensas zonas de tejido de granulación, ausencia congénita de piel, queratodermia palmoplantar y pigmentación anormal de la piel.

Las alteraciones oculares incluyen ampollas corneales y erosiones, cicatrices corneales, ectropión y obstrucción del conducto lagrimal. El sistema gastroesofágico se puede ver afectado por disfagia, estenosis esofágicas severas y por constipación crónica. Muchos afectados presentan alteraciones nutricionales y del crecimiento. Afectados con los subtipos severos pueden presentar anemia multifactorial. Así mismo personas con EBD severa pueden presentar deformaciones acrales como pseudosindactilia. Por último, a partir de la segunda o tercera década de vida se pueden presentar carcinomas de células escamosas de comportamiento muy agresivo.

Manifestaciones Orales.

Las manifestaciones orales van a variar de acuerdo al subtipo y la severidad de éste, pero en términos generales se puede observar:

- Bullas o ampollas intraorales, de contenido hemorrágico o seroso.
- Áreas de erosión.
- Áreas de tejido de granulación.
- Microstomía.
- Amelogénesis Imperfecta (sólo en personas con EB de la unión).
- Alteraciones de la erupción (en personas con EB de la unión).
- Lengua depapilada (sólo en EB distrófica recesiva severa generalizada).
- Anquiloglosia (principalmente en EB distrófica).
- Obliteración del vestíbulo bucal.
- Caries dental: Mayor índice COP, principalmente en EB distrófica.
- Alteraciones oclusales, principalmente en EB distrófica asociado a retardo del crecimiento.
- Enfermedad periodontal agresiva severa en personas con Síndrome de Kindler.

Tratamiento médico general.

No existe cura para la Epidermolisis Bullosa. Se está investigando en terapia génica, proteica y celular, pero a la fecha el manejo integral del paciente es con enfoque preventivo, de apoyo, sintomático y paliativo. El equipo multidisciplinario debiera incluir al menos un pediatra o médico internista, dermatólogo, odontólogo

go, nutricionista, fisiatra, oftalmólogo y sicólogo. El apoyo de enfermería es fundamental por la asesoría en los distintos tipos de vendajes disponibles para cada tipo de herida. El manejo del dolor crónico también es un pilar fundamental del tratamiento. Frecuentemente los pacientes son intervenidos quirúrgicamente para aliviar contracturas, tales como estenosis esofágicas, fimosis, pseudosindactilia, entre otros. Es importante que el cirujano y el anestésista tengan un conocimiento detallado de la EB.

Precauciones en el manejo Odontológico.

Para el manejo integral de las personas con EB se recomienda revisar las guías clínicas publicadas por la Fundación Internacional de apoyo a las personas con EB: DEBRA International (ver referencia). A continuación se cita el resumen de recomendaciones de dicha guía:

- El enfoque terapéutico debe ser preventivo con derivación precoz a los 3 a 6 meses.
- Higiene Oral: Se recomienda un cepillo con cabezal pequeño, cerdas suaves. Se pueden ablandar embibiéndolas en agua tibia. Para personas con microstomía severa acortar las cerdas puede facilitar el acceso a las caras oclusales. Mango fino por pseudosindactilia.
- Fragilidad de mucosas: En personas con fragilidad de las mucosas considerar:
 - Lubricación: Lubricar los labios con vaselina para disminuir la adherencia y formación de lesiones.
 - Eyector / succión: Apoyar el eyector en superficies duras (diente) para evitar provocar lesiones.
 - Bulas: Drenar toda bula formada durante la atención con una aguja o tijera estéril.
 - Presión: Se puede aplicar presión suave (fuerzas compresivas), pero no se deben hacer movimientos oblicuos (tracción lateral) para evitar desprendimiento de la mucosa.
- Higiene Profesional: Se pueden utilizar equipos de ultrasonido y realizar pulido radicular en todas las personas con EB, incluso con EBDR severa. Seguir una técnica gentil y cuidadosa.
- Flúor: En personas con alto riesgo de caries realizar aplicaciones tópicas de barniz de flúor cada 3 meses. En áreas no fluoruradas considerar suplementos fluorados.
- Microstomía: Personas con EBDR severa generalizada recomendar realizar ejercicios diarios para mejorar / mantener una buena apertura bucal.
- Prescripciones: Al prescribir fármacos considerar que pueden presentar estenosis esofágica. Se recomienda prescribir soluciones líquidas (jarabes), idealmente libres de azúcar.
- Amelogénesis Imperfecta: Considerar manejo específico en personas con EB de la unión.
- Síndrome de Kindler: Especial enfoque en mantención periodontal para prevenir pérdida prematura de piezas dentarias.
- Radiografías dentales: En caso de complicarse la toma radiográfica intraoral debido a la microstomía, anquiloglosia y cicatrización del área sublingual se recomienda la toma panorámica.
- Restauraciones: No hay contraindicaciones. En lo posible se recomiendan realizar rehabilitaciones fijas.
- Endodoncia: No hay contraindicación, sin embargo pueden ser un desafío por la dificultad de aislación y falta de acceso debido a la limitación de la apertura bucal.
- Suturas: No hay contraindicación para el uso de suturas.
- Ortodoncia: En jóvenes con EBD se recomienda realizar exodoncias seriadas para prevenir apiñamiento, ya que éste constituye un factor de riesgo de caries y enfermedad periodontal.
- Manejo anestésico: Anestesia local: Infiltrar en la profundidad de los tejidos para evitar separación de éstos. Sedación consciente: no realizar sin equipamiento y personal especializado, ya que algunos pacientes pueden tener compromiso de la vía aérea y ser de difícil intubación. Anestesia general: Solicitar pase médico y contar con un equipo anestésico con experiencia en EB es crucial.

Referencia:

1. Oral health care for patients with epidermolysis bullosa--best clinical practice guidelines. Krämer SM et al; DEBRA International. Int J Paediatr Dent. 2012 Sep;22 Suppl 1:1-35.

27. Radioterapia

Dra. Karen Manríquez Oyanader

La radioterapia produce una serie de cambios en los tejidos irradiados. Es así como en el territorio maxilofacial se pueden observar múltiples cambios- ya sea reversibles o irreversibles- que determinan que el paciente requiera cuidados especiales durante su atención odontológica.

Definición.

En el cáncer de cabeza y cuello, y más específicamente en el carcinoma de células escamosas, las armas terapéuticas más eficaces son la cirugía y la radioterapia. Tras una evaluación de cada caso se determinará qué técnica previamente descrita se aplicará, y si se combinará o no con quimioterapia. El tratamiento del cáncer tiene actualmente un enfoque multidisciplinario.¹ La atención psicológica es necesaria en los diferentes retos que plantea cada persona que se presenta con cáncer.²

En la clínica diaria las radiaciones utilizadas pueden provenir de isótopos radiactivos que se encuentran en la naturaleza, como el Cobalto-60 o ser generadas de forma artificial (rayos X). Existen dos tipos básicos de radioterapia, la teleterapia o irradiación a distancia y la braquiterapia o irradiación en contacto. En radioterapia, la unidad de medida es el Gray (Gy) que es la energía absorbida por unidad de masa.³

Epidemiología

Mundialmente se diagnostican cerca de 650.000 nuevos casos de cáncer escamoso de cabeza y cuello (CECyC) cada año y 300.000 muertes por esta causa. Dos tercios de estos casos originados en países en vías de desarrollo. La incidencia de CECyC es tres veces mayor en hombres que en mujeres.⁴

Manifestaciones generales de la radioterapia.

Entre los efectos secundarios generales encontramos la astenia, alopecia, dermatitis aguda y crónica, trastornos oculares, auditivos, tiroideos, enfermedad de la arteria carótida, entre otros.⁵⁻⁷

Manifestaciones Orales.

- **Mucositis:** Es la complicación oral más común. Es consecuencia de un desbalance entre la pérdida de células y la proliferación conducente a la reducción de células epiteliales, resultando en un epitelio más delgado, el cual es manifestado como mucositis de la mucosa oral.⁸ La indicación de tratamiento se realiza según el grado, va desde medidas de higiene, uso de colutorio, dieta y antifúngicos.⁹ La Guía Clínica: "MASCC/ISOO Clinical Guideline for the management of mucositis secondary to cancer therapy 2014" contiene información muy relevante para el manejo preventivo y terapéutico de la mucositis. Se recomienda su lectura.¹⁰
- **Candidiasis:** Es caracterizada por la presencia de depósitos blancos que son removidos al raspaje. La candidiasis puede aparecer en forma pseudomembranosa o eritematosa.⁸ Las infecciones micóticas de la cavidad oral se pueden tratar con nistatina y fluconazol.⁹
- **Disgeusia:** Esto se produce porque las papilas gustativas son sensibles a la radiación, con la degeneración de su arquitectura histológica normal.¹¹
- **Caries por radiación:** su aparición está relacionada con varios factores, aunque sin duda es la hiposialia la que mayor influencia tiene.¹
- **Osteoradionecrosis (ORN):** Es una necrosis isquémica del hueso causada por la radiación, siendo una de las consecuencias más graves de la radioterapia. ORN puede ocurrir espontáneamente o más comúnmente, después de un trauma (generalmente extracciones dentales).¹¹ En estadios iniciales se utilizan antisépticos locales, analgésicos, AINES y esteroides orales para control de síntomas y progresión. La mayoría de los pacientes precisarán el uso de oxígeno hiperbárico y la resección quirúrgica de los focos de necrosis.³

- Necrosis de tejidos blandos: Corresponde a una úlcera situada en el tejido irradiado, sin la presencia de neoplasia maligna residual. La aparición está relacionada con la dosis, el tiempo y el volumen de la glándula radiada.¹¹
- Trismus: Es generalmente visto como resultado de la fibrosis conducente a la pérdida de flexibilidad y extensión.¹² El tratamiento se basará en la administración de relajantes musculares y fisioterapia oral.¹
- Xerostomía: Las glándulas Parótidas son conocidas por sufrir una reducción significativa en su volumen durante la radiación, y estas son responsables de alrededor de un 60% a 65% de producción de saliva.¹³ Existen substitutivos artificiales de la saliva con mucina o metilcelulosa, producen alivio subjetivo de 5 a 10 minutos, debido a su corta duración la mayoría de los pacientes prefieren humedecer su boca con agua. La pilocarpina es un agonista colinérgico estimulante salival.¹⁴

Precauciones en el manejo Odontológico.

Todo paciente oncológico debería acudir a la consulta dental antes de ser sometido al tratamiento por radioterapia, quimioterapia o a la conjunción de ambas. En todo caso, independientemente del momento en que llegue el paciente, el paso inicial consiste en hacer una historia clínica detallada en la que se deben constatar todos los datos de la terapéutica antineoplásica y para ello es relevante una estrecha comunicación del odontólogo con el médico oncólogo.¹³

Conclusión

- El tratamiento del cáncer tiene un enfoque multidisciplinario. El odontólogo debe ser incluido en el equipo de atención oncológica.
- Todas las personas que recibirán tratamiento de radioterapia deben ser evaluados antes, durante y después de su aplicación. La intervención previa siempre tendrá mayores beneficios y menos riesgos para el paciente.

Referencias:

1. Silvestre-Donat F.J., Puente Sandoval A.. Efectos adversos del tratamiento del cáncer oral. Av Odontostomatol v.24 n.1 Madrid ene.-feb. 2008.
2. Andrea Lozano-Arrazola, Aura Lizbet Cupil-Rodríguez, Salvador Alvarado-Aguilar. Impacto psicológico en la imagen corporal de pacientes con cáncer de cabeza y cuello sometidos a cirugías deformantes. Artículo revisión, vol. 10, núm 3, 2011.
3. José Francisco Gallegos- Hernández. El cáncer de cabeza y cuello. Factores de riesgo y prevención. Volumen 74, No. 4, julio-agosto 2006
4. Dr Felipe Cardemil. Epidemiología del Carcinoma Escamoso de cabeza y cuello. Rev Chil Cir vol.66 no.6 Santiago dic. 2014
5. J. M. Verdú Rotellar , M. Algara López, P. Foro Arnalot et al. Atención a los efectos secundarios de la radioterapia. Vol. 12 - Núm. 7 - Julio 2002 MEDIFAM 2002; 12: 426-435
6. A. Montero, A. Hervás, R. Morera, et al. Control de síntomas crónicos. Efectos secundarios del tratamiento con Radioterapia y Quimioterapia. Oncología, 2005; 28 (3):147-156
7. Thalhammer C, Husman M, Glanzmann C et al. Carotid artery disease after head and neck radiotherapy. Vasa. 2015 Jan;44(1):23-30.
8. Daniel Antunes Freitas(1), Antonio Diaz Caballero(2), Mayane Moura Pereira(3), Oral Sequelae of head and neck Radiotherapy . Rev. CEFAC. Sao Paulo, 2011.
9. Margarita Puyal Casado, Carmen Jiménez Martínez, Eduardo Chimenos Küstner. Protocolo de estudio y tratamiento de la Mucositis bucal en los pacientes con hemopatías malignas. Med Oral 2003;8:10-18
10. MASCC/ISOO Clinical Guideline for the management of mucositis secondary to cancer therapy 2014. Cancer 2014; 120: 1453-61
11. Bruno Correia Jham; Addah Regina da Silva Freire. Oral complications of radiotherapy in the head and neck . Rev. Bras. Otorrinolaringol. vol.72 no.5 São Paulo Sept./Oct. 2006
12. Elen de Souza Tolentino, Bruna Stuchi Centurion, Lúcia Helena Caetano Ferreira, et al. Oral adverse effects of head and neck radiotherapy: literatura review and suggestion of a clinical oral care guideline for irradiated patients. 2011;19(5):448-54
13. Maria Luisa Belli, Elisa Scalco, Giuseppe Sanguineti , et al. Early changes of parotid density and volume predict modifications at the end of therapy and intensity of acute xerostomia. Strahlenther Onkol 2014 . 190:1001-1007
14. Fabiana Caribé Gomes, Eduardo Chimenos Küstner, José López López, et al. Manejo odontológico de las complicaciones de la radioterapia y quimioterapia en el cáncer oral. Med Oral 2003;8:178-87.

28. Quimioterapia

Dr. Felipe Delgado Henríquez

Definición

La quimioterapia es un tipo de tratamiento contra el cáncer que utiliza fármacos para destruir o paralizar células cancerosas. La vía de administración más utilizada es la intravenosa. La decisión de qué fármaco se utilizará dependerá de las características del cáncer, de quimioterapias previas y de enfermedades de base que tenga el paciente.¹

Etiología

Los quimioterapéuticos atacan células con una alta tasa mitótica (como lo son las células neoplásicas), lo que también incluye células sanas del organismo, como células de la médula ósea, folículos pilosos y epitelio gastrointestinal.²

Manifestaciones generales

Aumento de infecciones (por leucopenia) y hemorragias (por trombocitopenia). Eritema y ulceración de mucosa gastrointestinal (incluida mucosa oral).^{2,3} Otros efectos comunes son náuseas, vómitos, alopecia y síndrome mano-pie. Muchos de estos efectos desaparecen después del término del tratamiento.²

Manifestaciones orales

- Mucositis: Es la más prevalente.⁴ Aparece de 4 a 7 días posterior al inicio de la terapia y es autolimitada.² Clínicamente, inicia con una sensación de quemazón que se torna eritematosa y puede ulcerarse.⁵ El tratamiento más utilizado es enjuague con lidocaína al 2% en combinación a clorhexidina,² pero también se utiliza hielo local durante la quimioterapia, enjuagues con manzanilla o aplicación de gel de aloe vera.^{5,6} Al igual que en el caso de pacientes en radioterapia descritos en el capítulo anterior se sugiere la lectura de la Guía Clínica de Mucositis de MASCC/ISOO.⁷
- Infecciones: Manifestación de neutropenia, puede llegar a ser muy grave.⁴ Infecciones bacterianas usualmente son de origen odontogénico o periodontal,⁷ siendo el control de la higiene del paciente el principal manejo.² Infecciones virales (usualmente reactivaciones de virus herpes simple, virus varicela zoster y citomegalovirus), suelen tratarse con Aciclovir 800 mg 5 veces al día por 5 a 7 días. Infecciones fúngicas (Candidiasis pseudomembranosa principalmente) se tratan con antifúngicos tópicos: Nistatina o Miconazol; o sistémicos: Fluconazol.²
- Xerostomía: Suele ser transitoria y reversible, precedida por un sabor metálico.⁴ Los fármacos alteran la composición de la saliva, haciéndola más viscosa.⁹ El tratamiento consiste en hidratación abundante, chicles sin azúcar y sustitutos de saliva y sialogogos en casos más graves.^{2,9}
- Disgeusia: Pacientes pueden sentir sabor metálico por difusión de fármacos en la saliva. Se manifiesta pocas semanas después del inicio y remite semanas después de la finalización de la quimioterapia.²
- Neurotoxicidad: Fármacos como Vincristina y Vinblastina la producen.^{2,10} Se manifiesta como dolor profundo o sensación de ardor sin origen dentario o de mucosas.⁹ Tiende a disminuir semanas después de finalizada la quimioterapia.^{2,10}
- Alteraciones en el crecimiento y desarrollo dental: Células odontogénicas son susceptibles al actuar de quimioterapéuticos, por lo que se puede presentar retraso en el desarrollo, hipoplasias, acortamiento radicular, entre otros, dependiendo de la edad en la que el paciente recibe la terapia.^{2,9}
- Tendencia al sangrado: Debido a la trombocitopenia.⁴ Se presenta con gingivitis marginal³ y sangrado difuso.² Se recomienda sustituir el cepillado y uso de seda dental por gasas húmedas con bicarbonato en periodos de trombocitopenia aguda.^{3,8}

- Osteonecrosis: Exposición ósea en el territorio maxilofacial por más de 8 semanas, en ausencia de radioterapia y en presencia de tratamiento con bifosfonatos (principalmente intravenosos).¹ Éstos inhiben la reabsorción ósea mediante una disminución de actividad osteoclástica.^{3,11} Su incidencia es de 0,8-12%² y suele presentarse 25 meses después de iniciada la terapia.^{3,12} Suele presentarse después de un trauma (exodoncia) en el hueso.^{3, 12} Las manifestaciones clínicas van de una ulceración con exposición ósea a fractura mandibular o fístula cutánea, donde el principal tratamiento es enjuague con clorhexidina, analgésicos, antibióticos y cirugía en casos muy severos.²

Cuidados especiales en el tratamiento odontológico

Antes del inicio de la quimioterapia se debe consultar al oncólogo el tipo de tratamiento que se realizará. Se debe realizar un diagnóstico completo, aplicar todas las medidas preventivas y realizar la exodoncia de dientes con mal pronóstico (2 semanas previas a la quimioterapia en exodoncias simples y 4 a 6 semanas en complejas). Se deben considerar trastornos psicopatológicos que se pueden desarrollar.^{2-4, 6, 13, 14}

Durante la quimioterapia se debe saber el estado inmunológico del paciente. En esta etapa se tratan las manifestaciones orales. Se debe tener precaución con la dieta (evitar alimentos con alta carga bacteriana e irritantes) y la higiene (suspender cepillado en trombocitopenia aguda). Si el paciente toma bifosfonatos evitar exodoncias, si es necesario algún tratamiento quirúrgico utilizar antibioterapia, clorhexidina y técnica atraumática.^{2-4, 8, 12}

Después de la quimioterapia, las exodoncias pueden realizarse después de 6 meses, y en caso de toma de bifosfonatos, considerar la larga vida media del fármaco.^{2,4}

Conclusiones

El odontólogo debe actuar en conjunto con el equipo de salud, actuando de manera oportuna y eficaz, para dar alivio de las manifestaciones orales presentes en estos pacientes, ayudando a mejorar su calidad de vida.

Referencias

1. NIH. Instituto Nacional del Cáncer, de los Institutos Nacionales de la Salud de EE. UU. Tratamiento del Cáncer: Quimioterapia.
2. Chaveli López B, Gavaldá Esteve C, Sarrión Pérez MG. Dental treatment considerations in the chemotherapy patient. *J Clin Exp Dent*; 3(1):e31-42, 2011.
3. Hupp J, Ellis E, Tucker M. Cirugía oral y maxilofacial contemporánea. 5ta Edición, Elsevier España, pág. 370-379. 2009.
4. Sabater Recolons MM, Rodríguez de Rivera Campillo ME, López López J, Chimenos Küstner E. Manifestaciones orales secundarias al tratamiento oncológico. *Pautas de actuación odontológica. Av. Odontoestomatol*; 22 (6): 335-342, 2006.
5. Tejeda Domínguez, FJ. Ruíz Domínguez, MR. Mucositis oral: Decisiones sobre el cuidado bucal en pacientes sometidos a radioterapia y quimioterapia conforme a la evidencia. ISSN-e 1695-6141, Nº. 18, 22 págs, 2010.
6. Casariego ZJ. La participación del odontólogo en el control del cáncer oral: Manejo en la prevención, tratamiento y rehabilitación. Revisión. *Av. Odontoestomatol*; 25 (5): 265-285, 2009.
7. MASCC/ISOO Clinical Guideline for the management of mucositis secondary to cancer therapy 2014. *Cancer* 2014; 120: 1453-61
8. Anderson Rocha-Buelvas, Jojoa Pumalpa A.. Manejo odontológico de las complicaciones orales secundarias al tratamiento oncológico con quimioterapia y radioterapia. *Rev.CES Odont*; 24(2)71-78, 2011.
9. Juliana dos Santos Oliveira; José Antonio Ventiades; Nilza Nelly Fontana Lopes; Cristiane Miranda França. Conducta odontológica en pacientes pediátricos portadores de leucemia. *Rev Cubana Estomatol [online]*, vol.44, n.4, pp. 0-0. ISSN 1561-297X, 2007.
10. Guideline on Dental Management of Pediatric Patients Receiving Chemotherapy, Hematopoietic Cell Transplantation, and/or Radiation Therapy. American Academy of Pediatric Dentistry. Reference Manual Vol 36 Nº 6 293-301, 2013.
11. J.L. del Castillo Pardo de Vera, J.A. García de Marcos, S. Arroyo Rodríguez, M. Galdeano Arenas, J. Calderón Polanco. Osteonecrosis de los maxilares asociada al empleo de bifosfonatos. *Rev Esp Cir Oral y Maxilofac*; 29,5 (septiembre-octubre):295-308, 2007.
12. American Dental Association Council on Scientific Affairs. Dental management of patients receiving oral bisphosphonate therapy. Expert panel recommendations. *JADA*; 137(8):1144-50, 2006.
13. López-Galindo MP, Bagán JV, Jiménez-Soriano Y, Alpiste F, Camps C. Clinical evaluation of dental and periodontal status in a group of oncological patients before chemotherapy. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*; 11:E17-21, 2006.
14. Hernández M & Cruzado JA. La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. *Clínica y Salud* 24, 1-9. 2013.

29. Artritis Reumatoide

*Dra. Marcela Longos Aravena
Prof. Dra. Silvia Monsalves Bravo*

Definición y epidemiología.

La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica autoinmune inflamatoria crónica y progresiva caracterizada por la inflamación de la sinovial de articulaciones pequeñas y grandes de todo el cuerpo, a excepción del esqueleto axial (sin contar la columna vertebral cervical y las articulaciones temporomandibulares). Si no se logra controlar, la inflamación y todos sus componentes producen destrucción progresiva de las articulaciones afectadas (afectando cartílago y hueso), con deformaciones asociadas (incapacitantes), además de consecuencias a nivel sistémico. La causa exacta es desconocida. Como en todas las condiciones autoinmunes, la patogénesis implica una compleja interacción entre el genotipo y desencadenantes ambientales.¹

La prevalencia de AR es de 1% a nivel mundial, que afecta a las mujeres con más frecuencia que a los hombres en una razón de 3-4:1, en el rango de edad entre 35 y 45 años². A nivel Latino Americano diferentes estudios han estimado una prevalencia de entre 0.2 y 0.5%.^{3,4,5} El único estudio a nivel poblacional realizado en Chile estimó la prevalencia de la enfermedad en 0.46%.⁶

Manifestaciones generales.

Pérdida de peso, fiebre y fatiga sistémica pueden ser la primera presentación de la AR. La evolución clínica de la AR puede variar de leves molestias de corta duración en las articulaciones a poliartritis crónica, dolor y deformidad de las articulaciones.² Los siguientes signos y síntomas son los más característicos:

- Algunas alteraciones de laboratorio: Reactantes de fase aguda (sirven para monitorear actividad de la enfermedad), factor reumatoide (70-80% de los individuos con AR) y anticuerpos anti péptido citrulinado (anti-CCP) que son altamente específicos, pero de desconocida sensibilidad.
- Rigidez matinal de por lo menos 1 hora.
- Artritis de 3 o más articulaciones, observada por un médico.
- Aumento de volumen de muñecas y artritis simétrica. El compromiso bilateral de metacarpofalángicas, interfalángicas proximales o metatarsfalángicas puede no ser absolutamente simétrico.
- Nódulos reumatoideos (subcutáneos) observados por médico.
- Alteraciones radiológicas características (al primer año de la enfermedad son presentadas por el 30% de los pacientes y al segundo año un 90% las presenta): erosiones u osteoporosis yuxtaarticular.

A nivel sistémico:⁷

- Niveles elevados de Proteína C reactiva: Contribuye al desarrollo de otras complicaciones, como enfermedades cardiovasculares.
- Anemia: Manifestación sistémica más común después de enfermedad cardiovascular. Ocurre con mayor frecuencia durante etapas tempranas de la enfermedad.
- Cambios vinculados a la inflamación sistémica: Liberación de TNF- α , IL-6 y IL-1 a partir de tejido sinovial altera la función de tejidos distantes. Estos cambios resultan en resistencia a la insulina, dislipidemia, aumento de la actividad oxidativa global y disfunción endotelial.
- Osteoporosis: Por el aumento de la actividad de osteoclastos y la formación ósea reducida por la disminución de la actividad de los osteoblastos.
- Fatiga persistente y altas tasas de depresión: Casos con AR demostraron desregulación del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal, asociado con fatiga, irritabilidad y depresión.

Manifestaciones Orales.

Manifestaciones Orales de la AR:

- Articulación Temporomandibular (ATM): dolor, hinchazón y / o limitación en el rango de movimiento. En niños, en el desarrollo de la ATM, se puede llegar a la restricción del crecimiento de la mandíbula, lo que resulta en micrognatia y anquilosis.¹
- Periodontitis: Hay formas más avanzadas de periodontitis en personas con AR en comparación con personas sin ella. Además, *P. gingivalis* es el único patógeno periodontal conocido que expresa pep-

tidil arginina deiminasa (PPAD), que participa en la citrunilación de otras proteínas, ayudando a romper la tolerancia inmunológica en la AR.¹⁰

- Síndrome de Sjögren (SS) Secundario: Cerca de un tercio de las personas con AR lo sufren¹. La hiposalivación aumenta la susceptibilidad a enfermedades fúngicas y bacterianas.
- Inmunosupresión por medicamentos: Aparición de enfermedades oportunistas y/o manifestaciones atípicas de enfermedades como caries, candidiasis, periodontitis, entre otras.
- Mala higiene oral: Por deterioro de la destreza manual y desmotivación.

Tratamiento médico general.

El tratamiento de pacientes con AR comprende educación del enfermo, terapias físicas y otras intervenciones no farmacológicas, cirugía, dieta, técnicas complementarias y tratamiento con medicamentos como drogas especiales modificadoras de la enfermedad (metotrexato es de elección, o terapias biológicas -antagonistas del TNF- α o IL-6-) y terapia para los síntomas (anti-inflamatorios y analgésicos), terapia sistémica y local (por ejemplo esteroides).^{8,9}

Precauciones en el manejo Odontológico.

Es recomendable la atención en la mañana, posición cómoda en el sillón, dar tiempos de descansos, libertad de movimiento y evitar la mantención prolongada de la boca abierta. Realizar un examen cuidadoso de la ATM, estado periodontal y evaluación de xerostomía ayudarán a obtener un diagnóstico y tratamiento oportuno. Si el paciente padece SS considerar que presentará xerostomía, mayor riesgo de caries atípicas y enfermedades oportunistas como candidiasis. Se debe recomendar preventivas como por ejemplo uso de un cepillo de dientes eléctrico, o modificado al paciente facilitando la sujeción de éste, apoyo de enjuagues bucales en base a aloe vera, alantoína y con fluoruro de sodio con el objetivo de hidratar la cavidad bucal y prevenir caries dental, y visitas dentales más frecuentes,¹ además de motivarlos por su estado anímico decaído. Como Odontólogos, debemos considerar bajo qué tratamiento está el paciente (podría mantenerlo inmunosuprimido), qué otra alteración o enfermedad sistémica tiene (relacionada o no con la AR) y qué fármacos consume para éstas, el estado de su Artritis y el tratamiento odontológico que requiere. Según esto, debemos realizar una interconsulta a su médico tratante, idealmente reumatólogo, para que nos indique las consideraciones especiales a seguir, tales como realizar profilaxis y/o tratamiento antibiótico, suspensión de algún fármaco, o recomendación de postergar el tratamiento odontológico o realizarlo intrahospitalariamente.¹¹

Referencias:

1. Jacqueline W. Mays, DDS, PhD, Mojgan Sarmadi, DDS, MD, Niki M. Moutsopoulos DDS, PhD. Oral Manifestations of Systemic Autoimmune and Inflammatory Diseases: Diagnosis and Clinical Management. *J Evid Base Dent Pract* 2012;S1:[265-282]
2. Sodhi, et al.: Rheumatoid arthritis of TMJ. *Contemporary Clinical Dentistry* 2015. Vol 6. Issue 1:124-127.
3. Spindler A, Bellomio V, Berman A et al. Prevalence of rheumatoid arthritis in Tucuman, Argentina. *J Rheumatol* 2002; 29:1166-70.
4. Senna ER, De Barros AL, Silva EO et al. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: A study using the COPCORD approach. *J Rheumatol* 2004; 31:594-7.
5. Cardiel MH, Rojas-Serrano J. Community based study to estimate prevalence, burden of illness and help seeking behavior in rheumatic diseases in Mexico City. A COPCORD study. *Clin Exp Rheumatol* 2002; 20:617-24.
6. Riedemann JP, Maluje V. Epidemiología de las Enfermedades Reumatológicas en Chile. Informe Proyecto Fondecyt 1930390, 1993.
7. Ernest Choy. Understanding the dynamics: pathways involved in the pathogenesis of rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2012;51:v3_v11.
8. María Victoria Martire, Lucila Marino Claverie, Vanesa Duarte, Anastasia Secco y Marta Mammani. Factores asociados a remisión sostenida en pacientes con artritis reumatoide. *Reumatol Clin.* 2014; 715:1-5.
9. Ministerio de Salud. Guía Clínica Artritis Reumatoidea. Santiago: Minsal, 2007.
10. Björn Wolff et al. Oral status in Patients with early Rheumatoid Arthritis: a prospective, case-control study. *Rheumatology* 2014;53: 526-531.
11. Mario H. Cardiel, Alejandro Díaz-Borjón, Mónica Vázquez del Mercado Espinosa, Jorge Iván Gámez-Nava, Leonor A. Barile Fabris, César Pacheco Tena. et al. Actualización de la Guía Mexicana para el Tratamiento Farmacológico de la Artritis Reumatoide del Colegio Mexicano de Reumatología. *Reumatol Clin.* 2014;10(4):227-240.

30. Hemofilia

Dra. Paola Torres Arias

Definición y etiología

La Hemofilia es un trastorno de la coagulación de origen genético, de carácter recesivo y ligado al cromosoma X, en el que se encuentran los genes que codifican los factores hemostáticos VIII y IX. Algunas alteraciones estructurales o moleculares de dichos genes condicionan una deficiencia cuantitativa del factor VIII en la hemofilia A (HA) y del factor IX en la hemofilia B (HB). La enfermedad es heredada en el 70% de los casos; en el otro 30% es consecuencia de una mutación de novo.¹

Epidemiología

La hemofilia A afecta a uno de cada 5.000-10.000 varones y representa aproximadamente un 85% de los casos de hemofilia, mientras que la hemofilia B lo hace en uno de cada 30.000 y representa al 15% restante.² Según datos de la Federación Mundial de la Hemofilia, el número de personas afectadas en el mundo es aproximadamente 400.000.³ En Chile, existen 32 centros de atención que tratan a un total aproximado de 1.200 personas con hemofilia.²

Manifestaciones generales

Se debería sospechar de esta condición en pacientes que presenten propensión a la aparición de hematomas, hemorragias espontáneas, en especial en articulaciones, músculos y tejidos blandos, sangrado excesivo posterior a un trauma o cirugía.³ Los exámenes de laboratorio a considerar ante la sospecha de la enfermedad son:²

- Tiempo de tromboplastina parcial activado (TTPA)
- Tiempo de Protrombina (TP)
- Hemograma con recuento de plaquetas

El diagnóstico definitivo de la hemofilia y su clasificación se realizan midiendo el nivel funcional del FVIII o FIX para la HA o HB, respectivamente. La mayoría de los pacientes tiene < 30% de la función del factor en cuestión.¹ Según el nivel del factor se clasifica en 3 grados de severidad: Hemofilia grave, si hay menos de 1% de nivel del factor; Hemofilia moderada, si el factor se encuentra entre 1 a 5% y Hemofilia leve, si el factor se encuentra entre 5 a 40%.² El cuadro clínico para Hemofilia A y B es idéntico y se caracteriza por hemorragias recurrentes, especialmente en las articulaciones, pudiendo ocurrir en casos más graves hemorragias internas y del SNC.⁴

Manifestaciones orales

La hemorragia proveniente de muchos lugares de la cavidad oral es un hallazgo común, los sitios afectados pueden ser lengua, mejillas, piso de boca, paladar duro o blando, mucosa gingival y zona faringoamigdalina.⁵

Tratamiento médico general.

El tratamiento de pacientes con hemofilia A o B requiere el reemplazo de los factores de coagulación deficientes mediante infusión intravenosa, ya sea para controlar o prevenir hemorragias.³ El estándar de oro para el manejo actual de la hemofilia se basa en la profilaxis o aplicación preventiva y regular del factor deficiente.¹ Actualmente se dispone de productos liofilizados, tanto recombinantes como derivados plasmáticos de los FVIII y FIX. A nivel nacional, los especialistas recomiendan el siguiente esquema:

- Hemofilia A: Factor VIII 20-30 U/Kg/dosis 3 veces por semana
- Hemofilia B: Factor IX 30-40 U/Kg/dosis 2 veces por semana.²

Los tratamientos alternativos y coadyuvantes son importantes, particularmente donde los concentrados de factor de coagulación son limitados o no están disponibles, ya que podrían disminuir la cantidad de productos de tratamiento requeridos. La desmopresina aumenta los valores plasmáticos de factor VIII, se usa en casos de hemofilia A leve. Los antifibrinolíticos, tales como, el ácido tranexámico o el ácido épsilon aminocaproico son eficaces como tratamiento coadyuvante para hemorragias en mucosas.³

Precauciones en el manejo Odontológico.

Antes de planificar tratamiento odontológico es vital la interconsulta al Hematólogo tratante, quien evaluará la condición individual de cada paciente y entregará recomendaciones especiales de ser necesario.⁵

Los exámenes de rutina y limpiezas no profundas no requieren terapia de reemplazo.

Los procedimientos invasivos en odontología requieren el uso de factores antihemofílicos, por lo que se recomienda la atención el día que se administra la profilaxis, si no la recibe se requiere dosis de ataque para elevar el factor deficiente.²

En caso de anestesia troncular al nervio dentario inferior, pulido radicular, endodoncia en diente temporal o permanente y exodoncia de diente temporal, se requiere dosis de ataque. Se debe elevar el Factor a un 20- 30%, una sola dosis y recomendar terapia asociada: Reposo - Régimen Blando - Ácido tranexámico: 30- 50mg/kg/día repartido en tres dosis por 5 a 7 días.^{2,3,5}

En exodoncia de dientes permanentes, se requiere dosis de ataque, aumentar el factor al menos en 40%. Una sola dosis diaria y repetir a las 24 horas. Y terapia asociada: Reposo - Ácido tranexámico: 30-50mg/kg/día repartido en tres dosis por 10 días - Sellante de fibrina.²

Se recomienda enjuague con ácido tranexámico en forma previa y posterior al procedimiento y en caso de niños pequeños, aplicación tópica con algodón.³

Es necesario contar con medidas locales y sistémicas suficientes para cohibir eventuales hemorragias y tener la posibilidad de contactarse con hematólogo frente a alguna complicación.

Todo lo anterior se resume en que el odontólogo debe aplicar la prevención en cualquier situación que esté a su alcance y mantener como regla evitar los procedimientos quirúrgicos que no sean esenciales.⁵



Imagen 15 Odontólogos capacitados en Rengo, Septiembre 2014

Referencias

1. García-Chávez J, Majluf-Cruz A. Hemofilia. Gaceta Médica de México. 2013; 149: 308-21.
2. Ministerio de Salud. Guía Clínica Hemofilia. Santiago: Minsal, 2013.
3. World Federation of Hemophilia. Guidelines for the management of hemophilia. 2012.
4. Pio SF, Oliveira GC, Rezende SM. As bases moleculares da hemofilia A. Rev. Assoc Med Bras. 2009; 55 (2):213-219.
5. Rivera AS, González AP. Manejo Clínico de los pacientes portadores de coagulopatías Congénitas. Rev Dent Chile. 2001; 92(2):29-33.

IV. UNIDAD: EMERGENCIAS MÉDICAS EN ODONTOLOGÍA

Prof. Dra. Susanne Krämer Strenger y Dra. Mariana Cubillos Gómez

Como se ha expuesto en la unidad anterior, algunas personas que requieren cuidados especiales para su atención odontológica -y dentro de ellos personas en situación de discapacidad- presentan condiciones sistémicas que las exponen a mayor riesgo de sufrir emergencias médicas durante su atención.

En esta unidad se presentan recomendaciones de manejo de crisis convulsivas y asmáticas -frecuentes en pacientes con necesidades especiales- y síncope e hiperventilación, las emergencias médicas más comunes durante la atención odontológica.

31. Síncope

Definición.

Pérdida de conciencia por inadecuada perfusión cerebral. Comúnmente en hipotensión vasovagal o stress emocional.

Prevención.

Comprobar historia en anamnesis.

Signos y Síntomas.

- La persona se siente débil, mareada.
- Frecuencia cardíaca y presión arterial disminuida
- Palidez y sudoración
- Náusea y vómitos
- Pérdida de conciencia (generalmente menor a 1 minuto)

Algoritmo de tratamiento.

1. **Recostar** a la persona y **levantar las piernas**
2. Soltar ropa alrededor del cuello
3. Administrar Oxígeno 10 - 15 lt/min
4. Si esta inconsciente y sin respiración: Iniciar protocolo de reanimación cardio pulmonar.

Referencia:

1. Medical Emergencies and Resuscitation standards for clinical practice and training for dental practitioners and dental care professionals in general dental practice. A Statement from The Resuscitation Council (UK). Revised May 2008

32. Hiperventilación

Definición.

En situaciones estresantes las personas muy ansiosas pueden hiperventilar.

Signos y Síntomas.

- La persona se siente débil, mareada.
- No resulta en síncope.
- La persona presenta espasmo / pérdida de sensibilidad en manos y cara. Esto aumenta más aún su ansiedad y angustia.

Algoritmo de tratamiento.

La mayoría de los casos se resuelven tranquilizando al paciente.

- 1. Sentar al paciente** (enderezar sillón dental)
- 2. Alejar objetos que puedan asustar / dañar al paciente.**
- 3. Acompañarlo con ejercicios de respiración calmada.**

Antiguamente se recomendaba que el afectado respire ubicando una bolsa de papel delante de su boca. Esta técnica ya no se recomienda en los protocolos actuales.

Referencia:

1. Medical Emergencies and Resuscitation standards for clinical practice and training for dental practitioners and dental care professionals in general dental practice. A Statement from The Resuscitation Council (UK). Revised May 2008

33. Crisis Asmática

Definición.

El Asma es una inflamación crónica de las vías aéreas en la que tienen un papel destacado determinadas células y mediadores. Se asocia a hiperreactividad bronquial con episodios recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica y tos. Estos episodios se presentan generalmente con un mayor o menor grado de obstrucción al flujo aéreo, reversible en forma espontánea o con tratamiento.¹ En niños preescolares se define como la existencia de sibilancias recurrentes y/o tos persistente en una situación en la que el asma es probable y en que se han descartado otras enfermedades menos frecuentes.¹

La **exacerbación asmática** se define como un episodio agudo y progresivo de obstrucción de la vía aérea que se manifiesta por un aumento en la tos, silbido al pecho, dificultad respiratoria o una combinación de los anteriores que presenta distintos grados de severidad. Los desencadenantes frecuentes son las infecciones virales y la exposición a alérgenos.¹

Desencadenantes: Factores internos (genética, biológicos adquiridos, stress emocional) y externos (infecciones virales, alérgenos, stress socioconductual)

Prevención:

Realizar buena historia médica y comprobar historia en anamnesis.

Se debe considerar específicamente:

- Tipo de medicamentos usados para controlar el asma (ej. inhaladores o fármacos orales, broncodilatadores o corticoides orales)
- Hospitalizaciones recientes por crisis asmáticas.

Signos y Síntomas.¹

- Episodios de sibilancias, con frecuencia relatados como pitos o silbidos al pecho.
- Disnea o dificultad para respirar o sensación de falta de aire o ahogo.
- Tos, generalmente irritativa y de predominio nocturno o matinal.
- Sensación de opresión torácica referido en algunos niños como dolor.
- Sibilancias espiratorias.
- Espiración prolongada.
- Disminución del murmullo pulmonar.
- Signos de hiperinsuflación pulmonar con aumento del diámetro anteroposterior del tórax.
- Hipersonoridad.

Algoritmo de tratamiento.

- 1) Educación y Autocuidado.
- 2) Control factores agravantes.
- 3) Farmacoterapia (aliviadores-controladores).

4) Manejo exacerbaciones:

1. Administrar inhalador broncodilatador beta 2 agonista (Salbutamol 100 mcg/puff) 4 - 8 activaciones con aerocámara cada 10 a 15 minutos durante la primera hora.¹
2. Administrar **Oxígeno** 10 - 15 lt/min
3. Si esta inconsciente y sin respiración: Iniciar protocolo de reanimación cardio pulmonar.
4. Deben referirse al medio hospitalario las crisis graves y aquellas que determinan riesgo vital. Esto es, personas que presenten disnea en reposo, frecuencia respiratoria mayor a 30 por minuto, frecuencia cardíaca mayor a 120 por minuto o bradicardia, hipotensión, alteraciones de la consciencia o letargia.⁴

Referencia:

1. Ministerio de Salud. Guía Clínica Asma bronquial moderada y grave en menores de 15 años. Minsal, 2011.
2. Medical Emergencies and Resuscitation standards for clinical practice and training for dental practitioners and dental care professionals in general dental practice. A Statement from The Resuscitation Council (UK). Revised May 2008
3. Global Initiative for Asthma, www.ginasthma.org, 2010.
4. Ministerio de Salud. Guía Clínica Asma bronquial en adultos. Minsal, 2013.

34. Crisis Epiléptica

La Epilepsia se define como una afección neurológica de manifestación episódica, caracterizada por crisis recurrentes de aparición súbita e inesperada denominadas "crisis epilépticas". Es una condición crónica, de alta frecuencia y prevalencia (5 a 10 casos por 1000 habitantes) y de etiología diversa. Su distribución es bimodal, su incidencia aumenta en ambos extremos del ciclo vital.

Algoritmo de tratamiento: Crisis Epiléptica

1. Si ocurre una crisis durante la atención odontológica se debe Interrumpir el procedimiento y retirar los instrumentos con cuidado.
2. Acostar a la persona (suelo, sillón odontológico) en posición decúbito lateral.
3. Tornar la cabeza hacia un costado y colocar apoyos para que no se golpee (ropa, cojín, otros), despejar área cercana del paciente. Controlar Sialorrea, vómitos.
4. No se debe interrumpir sus movimientos.
5. No intentar reanimar al paciente, la persona por si sola se debiera recuperar en pocos minutos.
6. Se debe medir duración del evento (**tomar tiempo**).
7. No introducir nada en la boca.
8. No colocar nada entre los dientes ni se debe tratar de abrir la boca.
9. Lateralizar al paciente para que respire mejor después de las convulsiones.
10. No administrar nada.
11. Soltar ropas.
12. Limpiar exceso de saliva y vómito.
13. Dejar descansar al paciente en posición de recuperación al finalizar crisis.
14. Vigilar al paciente.
15. Evaluar orientación, somnolencia,
16. Evaluar lesiones, mordeduras, TDA, otros.

En el periodo de observación es importante ver cómo se recupera el afectado, si hay cambios de comportamiento, averiguar si el paciente recuerda algo de la crisis para efectuar su descripción lo más detallada posible en la ficha clínica.

Derivación a centro hospitalario

La persona afectada debe ser trasladada a un servicio hospitalario de urgencia para su tratamiento cuando se da cualquiera de las siguientes condiciones:

1. Convulsión dura más de 5 minutos.
2. No se recupera el conocimiento después de 30 minutos de la crisis.
3. Es el primer episodio del paciente.
4. Si se presenta una crisis después de otra sin recuperación de conciencia.
5. Mujer embarazada.
6. Se pesquiza alguna lesión post crisis.

Referencias:

1. Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGÉ Epilepsia Adultos. Minsal, 2014.
2. Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGÉ Epilepsia en el Niño. Minsal, 2014.

