

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES Y COADYUVANTES EN LOS PACIENTES MEDICAMENTE COMPROMETIDOS

[10ª Edición Premio AHIADEC de Investigación Odontológica para Higienistas]

Autor: Anita Belen Alvarez Barez ⁽¹⁾

**⁽¹⁾ Higienista Bucodental –
Mecánica Dental**

INDICE

INTRODUCCIÓN	3
<i>Influencia del consumo de medicamentos</i>	4
OBJETIVOS	6
CONCEPTOS PREVIOS; Pacientes médicamente comprometidos con;	
<i>Alteraciones de la coagulación</i>	
<i>Patología cardiovascular</i>	7
<i>Patología respiratoria</i>	
<i>Patología renal</i>	
<i>Patología hepática</i>	
<i>Patología endocrina</i>	8
<i>Patología inmunológica</i>	
<i>Patología oncológica</i>	9
<i>Patología neurológica</i>	10
<i>Patología psicológica</i>	11
MATERIAL Y MÉTODOS	12
PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN	15
RESULTADOS	24
DISCUSIÓN	25
CONCLUSIÓN	26
BIBLIOGRAFÍA	28
ANEXOS	30

INTRODUCCIÓN

Los avances en la medicina y en la odontología han logrado una notoria evolución en lo referente al tratamiento que se ofrece en las consultas a pacientes con enfermedades sistémicas diversas, pacientes discapacitados físicos y psíquicos y personas de edad avanzada con múltiples patologías. Cada vez mas, se exige tener un conocimiento preciso de estas enfermedades y de sus implicaciones e interacciones en el área odontológica, ya que se requiere un tipo de asistencia que no comprometa, su estado de salud actual.

La atención en este grupo de pacientes, requiere de personal especializado y unos medios adecuados para llevar a cabo una atención específica e integrada que se adapte a sus necesidades. Por tanto, es necesario que todo el equipo de profesionales reciba una formación adecuada para tratar correctamente estos casos, que conllevan una serie de dificultades y riesgos de los que carecen los pacientes sin patología adjunta.

En la atención de los pacientes médicamente comprometidos es muy importante la interrelación entre la medicina y la odontología, pues el tratamiento dental deberá realizarse con el mínimo riesgo para la salud general de los mismos. Así mismo, será necesaria una comunicación efectiva entre médico y odontólogo acerca de la patología asociada que presenta el paciente, para ofrecer un tratamiento adecuado a sus necesidades.

El concepto de paciente especial incluye tanto al minusválido, como al paciente médicamente comprometido. Estos pacientes presentan una serie de condicionantes que ayudan a caracterizarlos, como el hecho de padecer una patología sistémica crítica, diversas patologías cardiovasculares, respiratorias, inmunológicas, endocrinas, metabólicas, infecciosas, pacientes transplantados, irradiados, anémicos, portadores del virus de la hepatitis y del VIH, etc., que requieren una atención odontológica singular. ⁽¹⁾

VALORACIÓN DEL RIESGO

Es preciso estimar el riesgo que presenta el paciente para llevar a cabo un tratamiento dental seguro, para ello, existen diversos sistemas para situar a cada paciente en la

categoría de riesgo que le corresponde, entre ellos se encuentra el sistema «ASA», ⁽¹⁻²⁾ que propone lo siguiente;

- **ASA I:** pacientes sanos que toleran bien el estrés, con escasa o nula ansiedad.
- **ASA II:** pacientes con enfermedad sistémica leve (Diabetes II, Epilepsia, Asma, alergia a fármacos, etc., siempre que estén bien controlados) y pacientes sanos con ansiedad extrema.
- **ASA III:** pacientes con enfermedad sistémica grave no incapacitante (Angina de pecho estable, estado post infarto con largo tiempo de evolución sin complicaciones, accidente cerebrovascular, Diabetes I, EPOC, Asma, etc.).
- **ASA IV:** pacientes con enfermedad sistémica grave incapacitante (Angina de pecho inestable, Infarto de miocardio reciente, EPOC grave, Epilepsia no controlada, Diabetes I no controlada, etc.). Odontología Hospitalaria
- **ASA V :** pacientes moribundos que no se espera sobrevivan mas de 24 horas (enfermos Oncológicos avanzados, cardiopulmonares, infecciosos o con patología terminal hepática o renal, etc.). Odontología Hospitalaria.

INFLUENCIA DEL CONSUMO DE MEDICAMENTOS

Reacciones adversas a medicamentos (RAM)

Según la OMS podemos definir a la RAM como “reacción nociva, no intencionada que aparece a dosis normalmente usadas en el ser humano. Para profilaxis, diagnóstico o tratamiento o para modificar funciones fisiológicas”.

Clasificación de las RAM según Rawlins:

- **Tipo A o farmacológicas:** Guardan relación con la dosis, son predecibles, relativamente frecuentes y rara vez fatales. A su vez podemos distinguir el efecto colateral producido con dosis habituales, pero no deseado como la sequedad bucal.

El efecto secundario es aquel efecto no deseado y que aparece como consecuencia de la acción del fármaco.

- **Tipo B idiosincrática:** Se deben a mecanismos inmunológicos que no guardan relación con la dosis y son impredecibles.

El fármaco unido a las proteínas plasmáticas puede dar lugar a reacciones de **Tipo I**, que corresponderían a hipersensibilidad de tipo inmediato que darían lugar a dilatación capilar, exudación y contracción del músculo liso.

En las reacciones de **Tipo II** pueden producirse cuadros de hemolisis, agranulocitosis, trombocitopenia o vasculitis.

Las reacciones de **Tipo III** son las de hipersensibilidad mediada por complejos inmunes, dando lugar a reacciones como vasculitis o enfermedad del suero.

Las reacciones **Tipo IV** o de hipersensibilidad celular son las responsables de las dermatitis de contacto.

- **Tipo C o reacciones a largo plazo:** Son aquellas debidas a mecanismos adaptativos como la tolerancia farmacocinética o farmacodinámica.
- **Tipo D o efectos de latencia larga:** Aparece después de haber suspendido el tratamiento en meses e incluso años.

PRINCIPALES RAM DE LOCALIZACIÓN BUCAL

- **Estomatitis:** Reacción adversa producida por numerosos fármacos (tetraciclinas, fármacos citotóxicos) y con una incidencia mas baja, barbitúricos y anticonceptivos orales.
- **Xerostomía:** Pueden producirla todos los fármacos con actividad anticolinérgica (antihistamínicos, neurolépticos, algunos antihipertensivos, antiaritmicos, benzodiazepinas).
- **Hiperplasia Gingival:** Producida por medicaciones de tipo crónico como fármacos antiepilépticos como las hidantoínas, pacientes transplantados que han de consumir algún tipo de inmunosupresor como la Ciclosporina A, o pacientes con HTA o con Coronariopatías que han de consumir medicación antagonista del calcio.

- **Inflamación de las glándulas salivales:** Producida por la insulina, al inicio del tratamiento, preparados de yodo y las butazolidinas.

REACCIONES ADVERSAS A COLUTORIOS

- **Tinciones:** De coloración amarillo – marrón en dientes, lengua y márgenes de restauraciones. Se producen por desnaturalización de las proteínas de la placa lo que ocasiona la precipitación del sulfuro ferroso y formación de productos coloreados al reaccionar con aldeídos y cetonas. También ocasionan otras RAM como, inflamación de las mucosas y disminución del sentido del gusto.

Agentes bactericidas como el triclosán o la hexetidina pueden producir dermatitis de contacto y alteraciones del gusto y/o olfato.

EL PACIENTE ALCOHÓLICO

El paciente alcohólico, que es el mas frecuente en nuestro medio, a veces muy difícil de detectar, ya que en casos como los “bebedores crónicos habituales”, escaparían en buena medida, al menos aparentemente, de las características de los que habitualmente consideramos como un toxicómano, cuando realmente tiene una adicción. Respecto al consumo de medicamentos, el principal problema que presentan estos pacientes es la presencia de una hepatopatía que en ultimo extremo conduce a la cirrosis hepática, y que condicionan un retardo importante en la biotransformación de numerosos fármacos. Podemos mencionar las interacciones del alcohol con los anestésicos y los sedantes por efecto aditivo, con los AINE favoreciendo la aparición de hemorragias. ⁽³⁾

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Constituir un protocolo específico para cada tipo de patología, que nos ayude a prevenir complicaciones médicas y odontológicas, a valorar el riesgo general del paciente, a determinar la influencia del problema médico en la pauta del tratamiento odontológico y a mejorar el estado de salud de la cavidad oral.

PACIENTES MEDICAMENTE COMPROMETIDOS CON;

1. ALTERACIONES DE LA COAGULACIÓN

Los trastornos de la hemostasia pueden deberse a alteraciones vasculares, plaquetarias, trastornos de la coagulación hereditarios, adquiridos o por medicación anticoagulante. ⁽¹⁾

2. PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR

2.1 Enfermedad hipertensiva (HTA)

Es la elevación crónica de la presión sistólica, diastólica o ambas. Es un factor de riesgo de enfermedad coronaria, ACV, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal y ceguera.

2.2 Cardiopatía Isquémica (CI)

En términos generales, se produce una reducción de la luz de los vasos coronarios, que conlleva a una reducción del aporte de oxígeno al miocardio. Puede producir muerte súbita, infarto agudo de miocardio, angina de pecho, insuficiencia cardíaca congestiva y arritmia.

2.3 Arritmia

Variación de la frecuencia o lugar de producción del impulso cardíaco distinto del normal.

2.4 Valvulopatías

Son todas aquellas enfermedades que afectan a las válvulas cardíacas.

2.4.1 Endocarditis bacteriana

Infección del endocardio (viral, micótica, más frecuentemente bacteriana). Se produce por acumulación de plaquetas y fibrina, que pueden permanecer estériles o infectarse (endocarditis infecciosa). Esta última ocurre cuando se introduce en la sangre un número suficiente de microorganismos patógenos que evitan la respuesta inmune. Lesionan y colonizan el endocardio, estimulando la adhesión plaquetaria y la formación de fibrina. Esto ocasionará formación de placa vegetante, sobre la que se asentarán nuevos microorganismos, que pueden quedar aislados del efecto de determinados antibióticos.

2.4.2 Fiebre reumática aguda

Es una enfermedad inflamatoria del tejido conectivo que afecta a las articulaciones, corazón, piel, tejido subcutáneo y SNC, cuya etiología está asociada fundamentalmente a las infecciones faringoamigdalares. ^(4 - 5 - 6)

3. PATOLOGÍA RESPIRATORIA

3.1 Enfermedad obstructiva crónica (EPOC)

Es un cuadro clínico caracterizado por la obstrucción crónica irreversible del flujo aéreo. Las enfermedades que más frecuentemente son causa de este síndrome son la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar.

3.2 Asma bronquial

Es un proceso caracterizado por episodios de disnea, tos y respiración sibilante, causado por broncoespasmo resultante de una hiperirritabilidad del árbol traqueobronquial. Son crisis reversibles, causadas por un incremento del tono muscular bronquiolar, edema, congestión e hipersecreción de la mucosa pulmonar. ⁽¹⁻⁴⁾

4. PATOLOGÍA RENAL

La unidad funcional del riñón es la nefrona. Los dos millones de nefronas realizan funciones excretoras, endocrinas y metabólicas. Éstas son de regulación del volumen hídrico y del equilibrio ácido – base, excreción de compuestos nitrogenados, síntesis de eritropoyetina, cuya falta produce anemia. ⁽¹⁾

5. PATOLOGÍA HEPÁTICA

5.1 Hepatitis vírica

Es la forma más frecuente de hepatitis infecciosa del hígado, causada por diferentes virus. Todas presentan lesiones histológicas y un cuadro clínico similar, aunque la evolución y las complicaciones varían mucho en función de la edad del paciente o el tipo de virus.

Se han identificado hasta el momento cinco tipos A, B, C, D o delta y E. ⁽⁷⁾

6. PATOLOGÍA ENDÓCRINA

6.1 Diabetes Mellitus

Es un estado de hiperglucemia crónica debida a un déficit en la secreción de insulina. Esta hormona es la responsable de la regulación del metabolismo de glucosa. Este desequilibrio origina alteraciones del metabolismo de carbohidratos, proteínas y lípidos, que se manifiestan por varios signos y síntomas característicos como sed intensa, micción profusa, pérdida de peso, entre otras.

La Diabetes tipo I (insulinodependiente) es la forma mas frecuente en jóvenes, aunque se presenta a cualquier edad. La etiología tiene una base genética.

La Diabetes tipo II es la forma más frecuente y su incidencia aumenta con la edad. La etiología es genética pero también se relacionan con la enfermedad el sedentarismo, el exceso de ingesta calórica y la obesidad. ⁽⁸⁻⁹⁾

6.4 Hipertiroidismo

El hipertiroidismo es un exceso de hormonas tiroideas en la sangre debido a la enfermedad de “Graves”. Es una enfermedad con una cierta tendencia familiar que se manifiesta mas en mujeres, durante la pubertad, embarazo o lactancia.

6.5. Hipotiroidismo

El hipotiroidismo es debido a un déficit en la producción de hormonas tiroideas. ⁽⁴⁾

7. PATOLOGÍA INMUNOLÓGICA

Se considera inmunodeficiencia a un defecto en la respuesta inmune. Suele ser adquirido, aunque puede tener una base genética y suele cursar con infecciones recurrentes. ⁽¹⁾

8. PATOLOGÍA ONCOLÓGICA

8.1 Neoplasias Hematológicas

Las que más afectan a la población son las leucemias, los linfomas y el mieloma. Son pacientes inmunodeprimidos con alteraciones de la coagulación.

8.2 Radioterapia (RT)

Actualmente la RT se usa como tratamiento del cáncer, sola o en combinación con la quimioterapia, la cirugía o ambas.

Consecuencias inmediatas:

- **Mucositis:** es consecuencia de la acción de la RT sobre las células basales epiteliales. Aparece a los 8 - 15 días de iniciar la RT y desaparece entre 15 - 21 días después de concluir el tratamiento. Es dolorosa e invalidante.
- **Disgeusia:** es la afectación de la lengua por la RT y se debe a la lesión de las papilas y de los receptores gustatorios. Aparece a los 15 días del comienzo de la RT y precede a

la mucositis. Existe pérdida total o parcial del gusto, si es parcial, los sabores que están mas afectados son el amargo y el ácido.

- **Xerostomía:** se debe a la lesión de las glándulas salivales, afectando tanto cualitativa como cuantitativamente la saliva, por alteración de las células acinares y ductales. Aparece a los 15 días de la primer dosis de RT. El PH salival cambia hacia la acidez.

Consecuencias a mediano plazo:

Caries, trismo, disfagia y necrosis de la mucosa.

Consecuencias a largo plazo:

- **Osteorradionecrosis (ORN):** es el área de hueso que ha sido sometido a irradiación y que permanece expuesto al exterior mas de 3 meses. La radioterapia altera las paredes vasculares y se produce una disminución del aporte sanguíneo al hueso.
- **Alteraciones del desarrollo del germen dental (cuando es aplicada en niños).**

8.3 Quimioterapia (QT)

Los fármacos empleados en este tratamiento son capaces de afectar tanto a las células cancerosas como a las que no lo son.

Las manifestaciones orales son las siguientes:

- **Eritemas y ulceraciones locales en la mucosa.**
- **Xerostomía transitoria.**
- **Infecciones a partir del séptimo día del inicio de la QT.**

El riesgo de infección o sangrado en estos pacientes persiste mientras dura el efecto de los fármacos citotóxicos administrados en cada sesión de QT. ^(4 - 10)

9. PACIENTES CON ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

9.1 Epilepsia

Es un trastorno crónico del SNC caracterizado por crisis comiciales recurrentes. Las crisis son descargas paroxísticas incontroladas del SNC que interfieren con el funcionamiento normal del individuo. Pueden ser motoras o manifestarse por trastornos sensoriales, cognitivos o emocionales, y pueden o no acompañarse de pérdida de conciencia.

9.2 Enfermedad de Alzheimer

Es un proceso neurológico degenerativo de causa desconocida, en el que se produce una pérdida progresiva de las funciones cognitivas y motoras.

Las manifestaciones orales derivan de una falta de higiene oral, xerostomía, secundaria al tratamiento farmacológico. A medida que avanza la enfermedad, la capacidad cognitiva disminuye por lo que no pueden realizar un buen control de placa, comienza la aparición de caries, gingivitis, enfermedad periodontal y halitosis. Del tratamiento con anticonvulsivantes aparece la hiperplasia gingival.

9.3 Enfermedad de Parkinson

Es un proceso neurológico orgánico, degenerativo caracterizado por la lentitud de movimientos y temblor. Encontramos temblor en la mandíbula y músculos faciales, menos intenso cuando el paciente está relajado y más cuando se requiere que realice movimientos específicos.

9.4 Enfermedad cerebrovascular (ICTUS)

Son súbitos episodios de déficit neurológico por perturbación del aporte sanguíneo al cerebro, que pueden ser debidos a hemorragia o isquemia. Entre sus secuelas se pueden encontrar disfunciones sensitivas orales, alteración del gusto y disfunción motora oral. También puede comprometer la habilidad manual del paciente. ⁽¹¹⁾

10. EL PACIENTE CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

10.1 El paciente depresivo

La repercusión oral mas frecuente en estos pacientes es la xerostomía, derivada del tratamiento farmacológico. Los antidepresivos disminuyen el flujo salival lo que facilita la caries, la enfermedad periodontal y las infecciones por candidas.

10.2 El paciente ansioso

La ansiedad puede definirse como un dolor emocional o una sensación de alerta. La sensación es la misma que la del paciente con miedo, aunque la persona sea consciente de cual es el problema y porque está temerosa. La persona ansiosa presenta un aspecto casi siempre tenso y de alerta. ⁽¹²⁾

MATERIAL Y MÉTODOS

SELECCIÓN DE PACIENTES

Los pacientes se seleccionaron atendiendo su motivo de consulta, aquellos que referían problemas gingivales y/o periodontales, los que acudían para una profilaxis dental ó aquellos derivados por el odontólogo para valoración del estado periodontal. En un principio, la población de estudio era de 63 pacientes, finalmente la muestra fue cribada para obtener los 50 sujetos que se requerían.

Las edades estaban comprendidas entre los 18 y los 80 años de edad y participaron pacientes de ambos sexos con al menos una característica en común, todos tenían patología sistémica adjunta y recibían tratamiento farmacológico en el momento de formar parte del estudio.

ASIGNACIÓN DE GRUPOS

En el **Grupo I** se incluyeron 25 pacientes (13 mujeres y 12 hombres). La edad promedio de este grupo fue de 31 años +/- 2 años.

Las edades de este primer grupo estaban comprendidas entre los **18** y los **40** años de edad, tenían patologías sistémicas diversas y estaban bajo tratamiento farmacológico.

El **Grupo II**, también fue constituido por 25 pacientes (11 mujeres y 14 hombres). La edad promedio de este grupo fue de 57 años +/- 2 años.

Las edades estaban comprendidas entre los **41** y los **80** años de edad, también tenían patologías sistémicas diversas y recibían tratamiento farmacológico.

A los pacientes que cumplían los criterios básicos se les propuso participar en el estudio y dieron su conformidad por escrito antes del inicio del mismo.

ANAMNESIS

A los 50 sujetos seleccionados, les fue realizado un interrogatorio exhaustivo, con la finalidad de conocer el estado real de la patología sistémica adjunta y la farmacología

prescrita. Se solicitó un informe a su médico especialista en el que se detallara el estado de salud del paciente, solicitando específicamente si existía alguna contraindicación en la realización de tratamiento odontológico debido a la patología sistémica que padecía.

La solicitud de los informes médicos, anamnesis y supervisión de los registros periodontales, fueron realizados por un Odontólogo especializado en Periodoncia.

TRATAMIENTO

Los 50 sujetos fueron examinados clínicamente utilizando una sonda periodontal CP12, fue determinado el índice de «Inflamación Gingival» de acuerdo con los criterios establecidos por **Sinless y Løe (Løe, 1967)**.

Los pacientes que por la patología sistémica que padecían lo requerían, se les realizó premedicación ansiolítica, profilaxis antibiótica o algún otro tipo de premedicación de acuerdo con el informe médico de su especialista y con el diagnóstico realizado por el odontólogo.

Para la determinación del estado periodontal se les confeccionó un periodontograma estándar a cada uno de los pacientes de ambos grupos, donde fue registrada la profundidad de sondaje, recesiones, sangrado, supuración y movilidads.

El criterio establecido consistía en que los sitios con IG igual a cero (0) cuya profundidad de sondaje era ≤ 3 mm., fueron considerados sitios sanos, mientras que aquellos con profundidad de sondaje ≥ 4 mm y pérdida de inserción ≥ 3 mm. y que presentaban un IG mayor que uno (1), fueron considerados sitios activos.

En función de la patología sistémica adjunta, la farmacología prescrita y el resultado de la evaluación periodontal, fueron confeccionados protocolos de actuación individualizados que fueron implementados en la primer visita en los pacientes de ambos grupos.

Aquellos sujetos a los que posteriormente a la confección del periodontograma y las pruebas complementarias les fuera diagnosticada una enfermedad periodontal, fueron sometidos a tratamiento, previo a la entrega del protocolo de actuación correspondiente.

POST TRATAMIENTO

Los pacientes fueron citados nuevamente al cabo de seis semanas para la realización de una reevaluación periodontal, en la cual se volvieron a emplear los mismos materiales y métodos. Los pacientes a los que se les diagnosticó enfermedad periodontal, recibieron tratamiento al finalizar la reevaluación.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis estadístico de los resultados se utilizó el software Statistical Package for Social Science (SPSS Inc., Chicago, Illinois).

El análisis estadístico se realizó empleando la estadística descriptiva, partiendo del promedio de puntuaciones del índice de sangrado obtenido en cada paciente en la primer evaluación periodontal y en la sesión de reevaluación. Con la media de cada paciente se ha procedido al cálculo de la desviación estándar de cada grupo experimental para saber que tan homogénea era la muestra.

Se ha realizado también un test de "t de student" para los datos no apareados y un valor $P < 0,005$ fue considerado como estadísticamente significativo.

PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN EN FUNCIÓN DE LA PATOLOGÍA SISTÉMICA Y FARMACOLOGÍA PRESCRITA

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN PACIENTES CON PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR ⁽¹⁻⁴⁾

Protocolo:

1. Anamnesis.
2. Disminución de la ansiedad y el estrés. En los casos que sea necesario: premedicación ansiolítica con Bz.(diazepam, bromazepan).
3. Citas a primera hora de la mañana, evitando sesiones prolongadas.
4. Posición del sillón semisupina, incorporarlo lentamente.
5. Técnica anestésica adecuada, si es necesario.
6. **Control de placa:**
 - Cepillado diario (mínimo 2 veces al día), con cepillo manual de dureza media y preferentemente empleando la técnica de Bass, uso de seda dental y/o cepillos interdetales e irrigadores bucales.
 - Se utilizarán dentífricos con Triclosán (con copolímero o citrato de zinc), además de fluorados.
 - Si la higiene oral es deficiente, uso de CHX (0,12 – 0,20%) en colutorio o spray, dos veces al día, durante un período de tiempo limitado.
7. **Profilaxis profesional:** Frecuencia según la edad, gravedad del problema periodontal (si existe), hábitos tóxicos (> 10 cigarrillos diarios) y el nivel de higiene oral. Se recomienda una profilaxis profesional entre 6 y 12 meses.
8. **Dieta:** Consejo dietético sobre la relación entre azúcar y caries (refrescos sin azúcar, edulcorantes no cariogénicos).
9. **Flúor:** Según riesgo de caries; aplicación profesional de flúor en gel (cubetas), o barniz (en personas que no controlan la deglución) coincidiendo con la profilaxis.
10. Para el tratamiento de la xerostomía: si es parcial se recomienda la pilocarpina, así como la goma de mascar sin azúcar. Si la xerostomía es total, se lubricará la boca con enjuagues de agua y glicerina, agua y bicarbonato, etc. Se debe disminuir la ingesta de café, alcohol, alimentos picantes y aplicar vaselina en los labios
11. En pacientes con Cardiopatía Isquémica: si durante el tratamiento surgiera dolor precordial, se evacuará al centro hospitalario más cercano.
12. En pacientes con HTA: se realizará control de la presión arterial.
13. En pacientes portadores de Marcapasos: no se utilizarán los ultrasonidos ya que pueden interferir con su función.

Debido a que el riesgo de hemorragia es elevado se procederá a tratarlo como un paciente con tratamiento Anticoagulante:

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN PACIENTES CON PATOLOGÍA RESPIRATORIA (ASMA BRONQUIAL) ⁽¹⁻⁴⁾

Protocolo:

1. Anamnesis e interconsulta con el especialista en casos graves.
2. Disminución de la ansiedad y el estrés. En los casos que sea necesario: sedación con Óxido Nitroso ya que las Bz. Pueden provocar fallo cardíaco.
3. Citas a última hora de la mañana o por la tarde, evitando sesiones prolongadas.
4. Posición del sillón semisupina o totalmente tumbados.
5. Técnica anestésica adecuada, si es necesario.
6. Instrucciones para que el paciente traiga el inhalador, lo usará profilácticamente en enfermedad moderada o grave.
7. **Control de placa:**
 - Cepillado diario (mínimo 2 veces al día), con cepillo manual de dureza media y empleando preferentemente la técnica de Bass, uso de seda dental y/o cepillos interdentales e irrigadores bucales.
 - Se utilizarán dentífricos con Triclosán (con copolímero o citrato de zinc), además de fluorados.
 - Si la higiene oral es deficiente, uso de CHX (0,12 – 0,20%) en colutorio, dos veces al día, durante un período de tiempo limitado.
 - Para evitar la Candidiasis deberán realizar enjuagues después de cada aplicación con el inhalador.
8. **Profilaxis profesional:** Entre 6 y 12 meses, según la higiene oral del paciente.
9. **Dieta:** Consejo dietético sobre la relación entre azúcar y caries (refrescos sin azúcar, edulcorantes no cariogénicos).
10. **Flúor:** Según riesgo de caries; aplicación profesional de flúor en gel (cubetas), o barniz (en personas que no controlan la deglución) coincidiendo con la profilaxis.
11. Evitar los siguientes fármacos:
 - A.A.S.
 - AINES
 - Narcóticos y Barbitúricos
 - Antibióticos Macrólidos
12. Para el tratamiento de la xerostomía: si es parcial se recomienda la pilocarpina, así como la goma de mascar sin azúcar. Si la xerostomía es total, se lubricará la boca con enjuagues de agua y glicerina, agua y bicarbonato, etc. Se debe disminuir la ingesta de café, alcohol, alimentos picantes y aplicar vaselina en los labios

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN PACIENTES CON PATOLOGÍA RENAL (INSUFICIENCIA SUPRARRENAL) ⁽¹⁻⁴⁾

Protocolo:

1. Anamnesis e interconsulta con el especialista, si está controlado se realizará el tratamiento, si no lo está sólo se le atenderá de urgencias.
2. Control de presión arterial.
3. Estudio de la hemostasia.
4. Evitar fármacos nefrotóxicos.
5. Premedicación antibiótica, solo si hay infección.
6. **Control de placa:**
 - Cepillado diario (mínimo 2 veces al día), con cepillo manual de dureza media y empleando preferentemente la técnica de Bass, uso de seda dental y/o cepillos interdentes e irrigadores bucales.
 - Se utilizarán dentífricos con Triclosán (con copolímero o citrato de zinc), además de fluorados.
 - Si la higiene oral es deficiente, uso de CHX (0,12 – 0,20%) en colutorio, dos veces al día, durante un período de tiempo limitado.
7. **Profilaxis profesional:** Entre 6 y 12 meses, según la higiene oral del paciente.
8. **Dieta:** Consejo dietético sobre la relación entre azúcar y caries (refrescos sin azúcar, edulcorantes no cariogénicos).
9. **Flúor:** Según riesgo de caries; aplicación profesional de flúor en gel (cubetas), o barniz (en personas que no controlan la deglución) coincidiendo con la profilaxis.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN PACIENTES CON PATOLOGÍA HEPÁTICA (HEPATITIS VÍRICAS) ⁽¹⁻⁴⁾

Protocolo:

1. Anamnesis e interconsulta con el especialista, comentar plan de tratamiento, establecer cuadro médico y grado de alteración de la función hepática.
2. Si el cuadro médico es grave, se realizarán los tratamientos dentales, sólo cuando sea absolutamente necesario.
3. Según los resultados del laboratorio y el tratamiento a realizar, considerar el uso de agentes fibrinolíticos, plasma fresco, plaquetas y vitamina K.
4. Estudio de la hemostasia.
5. Reducir al mínimo el uso o ajustar las dosis de los fármacos de metabolismo hepático.
6. En caso de requerir tratamiento cruento (sangrado), solicitar pruebas de coagulación.
7. **Control de placa:**
 - Cepillado diario (mínimo 2 veces al día), con cepillo manual de dureza media y empleando preferentemente la técnica de Bass, uso de seda dental

y/o cepillos interdentes e irrigadores bucales.

- Se utilizarán dentífricos con Triclosán (con copolímero o citrato de zinc), además de fluorados.
- Si la higiene oral es deficiente, uso de CHX (0,12 – 0,20%) en colutorio, dos veces al día, durante un período de tiempo limitado.

8. Profilaxis profesional: Entre 6 y 12 meses, según la higiene oral del paciente.

9. Dieta: Consejo dietético sobre la relación entre azúcar y caries (refrescos sin azúcar, edulcorantes no cariogénicos).

10. Flúor: Según riesgo de caries; aplicación profesional de flúor en gel (cubetas), o barniz (en personas que no controlan la deglución) coincidiendo con la profilaxis.

11. Cumplir las recomendaciones universales: Métodos barrera, esterilización y desinfección, para evitar contagio profesional e infecciones cruzadas.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN PACIENTES CON PATOLOGÍA ENDOCRINA ⁽³⁻⁴⁾

Protocolo:

1. Anamnesis.

2. Disminución de la ansiedad y el estrés. En los casos que sea necesario: premedicación ansiolítica empleando Bz. (diazepam, bromazepan) en el caso de Diabéticos y Óxido Nitroso en el caso de pacientes con Hipertiroidismo e Hipotiroidismo.

3. Técnica anestésica adecuada, si es necesario.

4. Control de placa:

- a. Cepillado diario (mínimo 2 veces al día), con cepillo eléctrico con cabezal de dureza media, uso de seda dental y/o cabezal interdental e irrigadores bucales.
- b. Se utilizarán dentífricos con Triclosán (con copolímero o citrato de zinc), además de fluorados.
- c. Si la higiene oral es deficiente, uso de CHX (0,12 – 0,20%) en colutorio o spray, dos veces al día, durante un período de tiempo limitado.

5. Dieta: Consejo dietético, seguirá las instrucciones de su médico especialista.

6. Flúor: Según riesgo de caries; aplicación profesional de flúor en gel (cubetas), o barniz (en personas que no controlan la deglución) coincidiendo con la profilaxis.

7. En pacientes con Hipertiroidismo o Hipotiroidismo, se realizará una profilaxis profesional entre 6 y 12 meses, según la higiene oral del paciente.

8. En pacientes Diabéticos:

- Se evitará la infección.
- Se recomienda una profilaxis profesional entre 4 y 6 meses, según la edad, gravedad del problema periodontal (si existe), hábitos tóxicos (>10 cigarrillos diarios) y el nivel de higiene oral. Serán incluidos en un programa de higiene oral óptimo.
- El tratamiento se realizará en las dos primeras horas que siguen al desayuno y la administración de insulina, se medirá la glucosa en sangre.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS ⁽¹⁻⁴⁾

Protocolo:

1. Anamnesis e interconsulta con el especialista.
 - Estado de salud actual del paciente.
 - Farmacología.
 - Necesidad de premedicación antibiótica..
 - Tratamiento odontológico en medio ambulatorio u hospitalario.
2. Según la alteración del sistema inmune:
 - Alteración L_B – Ig
 - Menos de 20 mg/ml de gammaglobulinas= no se realizará tratamiento odontológico.
 - Neutropenias
 - Menos de 500 células/ μ l= tratamiento en medio hospitalario.
3. **Control de placa:**
 - Cepillado diario (mínimo 2 veces al día), con cepillo manual de dureza media y empleando preferentemente la técnica de Bass, uso de seda dental y/o cepillos interdetales e irrigadores bucales.
 - Se utilizarán dentífricos con Triclosán (con copolímero o citrato de zinc), además de fluorados.
 - Si la higiene oral es deficiente, uso de CHX (0,12 – 0,20%) en colutorio o spray, dos veces al día, durante un período de tiempo limitado.
4. **Profilaxis profesional:** Se recomienda una profilaxis profesional entre 6 y 12 meses según la edad, gravedad del problema periodontal (si existe), hábitos tóxicos (>10 cigarrillos diarios) y el nivel de higiene oral. Serán incluidos en un programa de higiene oral óptimo.
5. **Dieta:** Consejo dietético, sobre la relación entre azúcar y caries (refrescos sin azúcar, alimentos no cariogénicos).
6. **Flúor:** Según riesgo de caries; aplicación profesional de flúor en gel (cubetas), o barniz (en personas que no controlan la deglución) coincidiendo con la profilaxis.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ⁽³⁻⁴⁾

Protocolo:

1. Anamnesis e interconsulta con su médico especialista.

2. Control de placa:

- Cepillado diario (mínimo 2 veces al día), con cepillo eléctrico con cabezal de dureza media, uso de seda dental y/o cepillos interdentales e irrigadores bucales.
- Se utilizarán dentífricos con Triclosán (con copolímero o citrato de zinc), además de fluorados.

3. Colutorios:

- No deben ser irritativos, ni deshidratar las mucosas, no han de ser tóxicos, ni contener alcohol ni fenol.

4 . Medicamentos tópicos:

- Para el tratamiento de la Candidiasis, colutorios o pomadas de Nistatina o bien CHX. Se puede indicar al paciente que haga cubitos helados con la solución de Nistatina y los deje disolver en la boca.
- Para los procesos bacterianos se recomiendan colutorios de CHX (0,12%).
- El dolor se puede tratar con soluciones anestésicas como la lidocaína diluida (al 2%), analgésicos sistémicos y tópicos (lidocaína spray – gel).
- La mucositis puede ser tratada con enjuagues de agua oxigenada diluida (al 0,5%), para eliminar los restos mucosos, a continuación deben tratarse con soluciones salinas bicarbonatadas a razón de ½ cucharada de sal y ½ de bicarbonato diluidas en 200 ml de agua.
- Para el tratamiento de la xerostomía; Si es parcial se recomienda la pilocarpina, así como la goma de mascar sin azúcar. Si la xerostomía es total, se debe lubricar la boca con enjuagues de agua y glicerina, agua y bicarbonato, etc. Se debe disminuir la ingesta de café, bebidas alcohólicas y alimentos picantes. Se deben evitar las prótesis removibles y se debe aplicar vaselina en los labios.
- Aplicación de flúor para las caries 0,4 ppm diariamente en cubetas individuales, o aun mejor, con el cepillado con una pasta de alto contenido en flúor, colutorios de clorhexidina, barniz de clorhexidina, etc.

RADIOTERAPIA:

- Primera visita: anamnesis, exploración oral y radiografías (panorámicas, RX periapical, aleta de mordida).

- Tratamiento odontológico necesario antes de la radioterapia.

ANTES DE LA RADIOTERAPIA:

- Mal estado bucodental: edentación total.
- Estado Bucodental aceptable o bueno:
 - Higiene Bucodental exquisita.
 - Flúor tópico (cubetas o cepillado).
- Extracción de piezas intratables:
 - Caries.
 - **Enfermedad periodontal:**
 - a. Bolsas >7 mm, exodoncia, debido a riesgo significativo de infecciones y/o hemorragia durante el tratamiento.
 - b. Bolsas de 4 a 6 mm, se realizará RAP.
 - c. Si la bolsa mide < 3 mm, higiene escrupulosa y seguimiento estrecho del paciente.
- Sellado de fisuras.
- Tratamiento conservador.
- Cirugía preprotésica y/o periodontal.
- Quitar prótesis metálicas antes de recibir radioterapia.

INTRARADIOTERAPIA:

- Higiene exquisita (mínimo 2 veces al día).
- Flúor.
- Colutorios antisépticos (CHX 0,15 – 0,20%).
- Alimentos no cariogénicos.
- Tratamiento de la mucositis.
- Vitamina C.
- No extracciones.

POSTRADIOTERAPIA:

- Flúor mínimo un año.

- Tartrectomía cuando sea preciso.
- Evitar prótesis mal adaptadas.
- No prótesis completa ni removible en un año.
- AINES y corticoides para el tratamiento de la inflamación.
- Salivas artificiales en xerostomía.
- Tratamiento de mucositis y disgeusia.
- Aplicación trimestral de gel de clorhexidina en cubetas (tandas de 15 días, durante 5 minutos y aplicación nocturna).

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN PACIENTES CON PATOLOGÍA NEUROLÓGICA Y PSIQUIÁTRICA (Ansiedad – Depresión) ⁽¹⁾

Protocolo:

1. Anamnesis.
2. Disminución de la ansiedad y el estrés. En los casos que sea necesario: premedicación ansiolítica empleando Bz. (diazepam, bromazepan).
3. Técnica anestésica adecuada, si es necesario.
4. Si la situación lo requiere, acudir con un tutor.
5. **Control de placa:**
 - Cepillado diario (mínimo 2 veces al día), con cepillo eléctrico con cabezal de dureza media, uso de seda dental y/o cepillos interdentales e irrigadores bucales.
 - Se utilizarán dentífricos con Triclosán (con copolímero o citrato de zinc), además de fluorados.
 - Si la higiene oral es deficiente, uso de CHX (0,12 – 0,20%) en colutorio o spray, dos veces al día, durante un período de tiempo limitado.
5. **Dieta:** Consejo dietético, sobre la relación entre azúcar y caries (refrescos sin azúcar, alimentos no cariogénicos).
6. **Flúor:** Según riesgo de caries; aplicación profesional de flúor en gel (cubetas), o barniz (en personas que no controlen la deglución) coincidiendo con la profilaxis
7. En pacientes con Epilepsia:
 - Citar tras haber tomado la medicación.
 - Utilizar abrebocas, si es necesario.
 - Profilaxis profesional entre 6 y 12 meses.
 - Ante una crisis:

- Mantener la calma.
- Postura en decúbito supino o ladeado.
- Eliminar objetos de alrededor.
- Evitar el cierre mandibular.
- Tratamiento farmacológico.

8. En pacientes con Alzheimer:

- Relación paciente – profesional, de empatía y comprensión.
- Si es posible, siempre el mismo profesional.
- Repetición de las instrucciones, las entregaremos también por escrito.
- Sesiones cortas.
- Posición supina.
- Empleo de sustitutos y estimulantes salivales.

9. En pacientes con Parkinson:

- Rehabilitación oral completa en fase temprana.
- Diseño sencillo de los aparatos de prótesis.
- Posición supina.
- Para el tratamiento de la xerostomía: si es parcial se recomienda la pilocarpina, así como la goma de mascar sin azúcar. Si la xerostomía es total, se debe lubricar la boca con enjuagues de agua y glicerina, agua y bicarbonato, etc. Se debe disminuir la ingesta de café, bebidas alcohólicas, alimentos picantes, prótesis removibles y se debe aplicar vaselina en los labios.

Los protocolos de actuación fueron implementados en la primer visita tanto por el equipo de especialistas como por el paciente.

RESULTADOS:

Después de la explicación de los materiales y métodos y del análisis estadístico utilizado, se han obtenido los siguientes resultados, que son descritos de forma consecutiva según su realización y obtención:

Variable “DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA – PATOLOGÍAS SISTÉMICAS”

- El 13% del total de la muestra presentaba una sola patología asociada, para el Grupo I tomaban de forma habitual un solo tipo de medicación, el 87% restante presentaba una o dos o más patologías adjuntas y tomaba de forma habitual diversos fármacos (Gráfico 1).
- La patología más frecuente en el Grupo I, ha sido la Diabetes tipo I (73% de los casos), seguida de Depresión (12%), patología Cardiovascular (9%), otros (6%).
- En el Grupo II, la patología más frecuente ha sido la HTA (63%), Diabetes tipo II (13%), seguida de patologías Neurológicas (9%), patologías psiquiátricas (8%) y otros 7%. (Gráfico 2).

Existen diferencias estadísticamente significativas al comparar las edades de los pacientes de ambos grupos con la cantidad de patologías asociadas. Existe una relación directamente proporcional entre la edad y las patologías asociadas. A medida que aumenta la edad, también aumenta la cantidad de patologías asociadas y por lo tanto la necesidad de tratamiento farmacológico.

Variable “ÍNDICE GINGIVAL”:

- La media del IG en la **primer visita** en ambos grupos, ha sido Grado 2 (Inflamación moderada, enrojecimiento, edema, hipertrofia y sangrado al sondaje).
- La media del IG en la **última visita**, después de aplicados los protocolos de actuación ha sido, para el Grupo I, Grado 0 (ausencia de inflamación) y para el Grupo II, Grado 1 (inflamación leve, sin sangrado al sondaje).

Existen diferencias estadísticamente significativas entre la media del IG en la primera visita (antes de la aplicación de protocolos) y en la última, una vez que se han aplicados los mismos (Gráfico 3).

Variable “RECESIONES – MOVILIDAD – SUPURACIÓN”:

No han sido observadas diferencias estadísticamente significativas, al comparar los grupos de estudio, con alguna de estas variables con la farmacología prescrita.

DISCUSIÓN:

La actitud de la población frente a pacientes con impedimentos físicos, psíquicos o clínicos, ha evolucionado de forma considerable en la actualidad.

Gracias al continuo esfuerzo de la profesión médica, a la mayor concienciación social frente a estos problemas, al mejor conocimiento de sus posibles repercusiones y a la necesidad de nuevos campos terapéuticos, los pacientes con determinadas patologías, situaciones o circunstancias, son considerados en la actualidad, no como pacientes en los que resulta innecesario o arriesgado el tratamiento odontológico, sino como pacientes que requieren una especial atención. Especial atención que deriva de las distintas patologías subyacentes en los mismos y sus diversos tratamientos.

Los pacientes médicamente comprometidos que requieren atención odontológica pueden tener un estado dental, psíquico, físico, clínico o social variable.

Autores como Jolly o Frank y Col, sostienen que dentro de la planificación de los tratamientos en este grupo de pacientes, debe establecerse una escala de valoración que introduzca el pronóstico y el riesgo que dichos tratamientos pueden comportar.

El que esto sea así, ha llegado a condicionar verdaderos cambios en las pautas, los hábitos y hasta las posiciones de trabajo, por lo que la experiencia, la profesionalidad y la imaginación del profesional, serán cualidades necesarias para solventar mejor los diferentes problemas que pudieran plantearse a la hora de trabajar con estos pacientes. ⁽³⁻⁴⁾

La aplicación de nuevos protocolos de actuación, actualizados y adaptados a los posibles efectos secundarios derivados de la farmacología prescrita, mejora la calidad de vida del paciente médicamente comprometido.

Por último hemos de tener siempre presente la necesidad de realizar controles clínico - radiológicos de forma periódica, que nos aporten mayor información y nos permitan

detectar y tratar de forma precoz cualquier tipo de efecto secundario, tanto de la patología sistémica como de la farmacología prescrita.

CONCLUSIÓN

En función de los resultados obtenidos, podemos concluir que la aplicación de protocolos individualizados ha logrado disminuir el sangrado y la inflamación gingival en un cien por cien, independientemente de la edad, sexo, patología sistémica y tratamiento farmacológico prescrito por el médico especialista.

Podemos afirmar que la forma mas eficaz para contrarrestar los efectos secundarios, tanto de la patología sistémica, como de la farmacología prescrita en este grupo de pacientes, es mantener un equilibrio ecológico en la cavidad bucal, mediante la aplicación de unas correctas normas de higiene oral y el empleo de productos que se adapten a cada necesidad, como es el caso de los cepillos con cabezales para zonas de difícil acceso, cepillos eléctricos, con mangos ergonómicos, etc.

Como se ha podido determinar, el cepillado dental y el uso de colutorios, especialmente los que contienen digluconato de clorhexidina 0,2% cuya propiedad estriba en ser absorbido por las mucosas orales y liberados durante mas de 12 horas, han sido el medio mas simple y eficaz para evitar la formación y/o proliferación de la placa bacteriana. Los sustitutos salivales y las topicaciones de flúor, la medida mas efectiva para reducir la prevalencia de caries dentro de este grupo de pacientes.

En cuanto a la hiperplasia gingival, el aumento de volumen de la encía inducido por fármacos puede generar problemas estéticos, dificultades en la fonación y en la masticación, dificultades en la erupción de las piezas dentarias, desplazamiento de piezas dentarias y dificultades para llevar a cabo una correcta higiene oral. Estas dificultades acarrear un mayor acumulo de irritantes locales, como ser placa bacteriana y cálculo, originando un proceso inflamatorio secundario que complica la hiperplasia causada por el fármaco. ⁽¹³⁾

Para el tratamiento de la hiperplasia gingival que se asocia a estos fármacos, será importante la prevención, es decir evitar, de ser posible, el uso de estos fármacos o

reemplazarlos por otros de eficacia terapéutica similar. Según algunos autores en esta última situación las lesiones revierten a los pocos meses de interrumpir la terapia con el fármaco. ⁽³⁾

Si bien la asociación entre placa bacteriana y aparición y severidad del agrandamiento gingival producido por fármacos es controversial, se considera importante el control de la placa bacteriana como medida preventiva del agravamiento de las lesiones, como lo demuestra la baja frecuencia de agrandamientos gingivales inducida por fármacos en pacientes edéntulos. ⁽¹⁴⁾ De todas formas, y en todos los casos citados anteriormente la placa bacteriana parece estar relacionada de una manera mas o menos directa con su producción, de tal manera que las medidas de profilaxis, en la mayoría de los casos, van a prevenir y retrasar la recurrencia de las lesiones. ⁽³⁾

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Dra. Maribel Segalá y al Dr. Xavier Vela por la revisión crítica de la propuesta de este estudio, el asesoramiento científico y el apoyo general prestado para la realización de este trabajo.

A la Dra. Silvia Pérez, por la ayuda técnica recibida, al equipo auxiliar de “CLÍNICA DENTAL, VELA – SEGALÁ”, integrado por la Sra. Juani Gallardo, Lourdes Valdelvira y Olga Domenech por el apoyo general y por su colaboración en la recogida de datos y por último al licenciado en estadística Sandro Serna por su participación en el análisis de los resultados.

BIBLIOGRAFIA

- (1) SILVESTRE DONAT, F. J. *El paciente médicamente comprometido en la clínica dental*. España, 2002. ISBN: 84-607-6359-5.
- (2) FELDER, R. S., MILLAR, S.B. *Dental care of the polymedication patient*. Dent Clin North Am. 1994; vol. 38: p. 525- 536. ISSN: 0011 – 8532.
- (3) BASCONES MARTÍNEZ, A. Tratado de odontología, Tomo III. Odontología en pacientes especiales. Madrid, 1998; p. 3225 – 3304. ISBN: 84 – 89787 – 03 - 4
- (4) BULLÓN FERNANDEZ, P., MACHUCA PORTILLO, G. *Tratamiento odontológico en pacientes especiales*. Madrid: Laboratorios Normon. p. 40 – 53. ISBN: 84-609-29-29-9
- (5) RILEY, C. K., TEREZHALMY, G. T. *The patient with hypertension*. Quintessence Int. 2001.; vol. 32: p.671-690.
- (6) SILVESTRE DONAT, F. J., MIRALLES JORDA, L. *Manejo clínico - odontológico del paciente con cardiopatía isquémica. Cuidados odontológicos especiales*. 2003.; vol. 8 (3). p. 5- 8. ISSN: 1137 – 2834.
- (7) BELOQUI, O., PRIETO, J. *Enfermedades metabólicas del hígado*. Farreras, Medicina Interna. 14ª Edición. Madrid: Harcourt, 2000. p. 348- 356.
- (8) DE POMMERAU, V., DARGENT PARÉ, C. *Periodontal status in insulin dependent diabetic adolescents*. J. Clin Periodontol 1992; vol. 19 (9), p. 628- 632. ISSN: 0303 – 6979.
- (9) GÁNDARA REY, J. M. *Asistencia odontológica en pacientes con patología endocrina. El paciente diabético*. Madrid: Laboratorio Normon, 1996. p. 477- 515.
- (10) GUTIERREZ, P., GOIRENA, F. J. *Alteraciones en la mucosa oral en pacientes con cáncer oro faríngeo sometidos a tratamiento radioterápico*. Revista Vasca de Odontoestomatología, 2006. p. 24- 39. ISSN: X531923877

(11) LITTLE, J., FALACE, D. Trastornos neurológicos. *Tratamiento odontológico del paciente bajo tratamiento médico*. Madrid.Harcout Brace de España, 1998. p. 373-386. ISBN: 84 8174 - 32 - 08.

(12) GONZÁLEZ, J.L. *Profilaxis de la ansiedad. Premedicación y profilaxis en anestesiología*. Barcelona: Edika Med, 1996. p. 73- 87. ISBN: 84 7877 – 16 – 03.

(13) CARRANZA, F. A. *Aumento del volumen gingival. Periodontología clínica*. Mc Graw – Hill Interamericana, 2004. p. 250 – 267. ISBN: 97 0104 – 24 – 33.

(14) BREDFELDT, G.W. *Phenytoin – induced hyperplasia found in edentulous patient*. J. Am. Dent. Assoc. 1992.; vol. 123 (6) : p. 61 – 64. ISSN: 0002 – 8177.

ANEXOS

Fotografía 1.1 Gingivitis lineal en una mujer Diabética insulín dependiente de 19 años.



Fotografía 1.2 Paciente con patología psiquiátrica.



Fotografía 1.3 Periodontitis en un paciente Diabético tipo II.



Caso Clínico 1



Datos Personales

Sexo : **MUJER**

Fecha de Nacimiento: **28/10/1972**

Indique con una "X"

¿Se está medicando en este momento? En caso afirmativo detalle cualquier medicación que tome:

Si X No

FARMACOLOGÍA PRESCRITA	POSOLOGÍA
PREDNISONA 5 MG	5 - 0 - 0
LEFLUNOMIDA 10 MG	10 - 0 - 0
INFLYXIMAB V.P	Según pauta hospitalaria 3 mg/kg cada 2 meses

Indique con una cruz, cuál de las siguientes cosas ha tenido o tiene actualmente:

- | | | | | | | |
|---|---------------------------------------|------------------------------------|--|---|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Prótesis | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input checked="" type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Problemas Riñones | <input type="checkbox"/> Hemofilia |
| <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> TTO. Psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Reumatismo | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Quimioterapia |
| <input type="checkbox"/> Cáncer – Leucemia | <input type="checkbox"/> Tiroides | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Otras Hepatitis | <input type="checkbox"/> Gastritis / Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Embolia | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> Hematomas | <input checked="" type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Diabetes tipo | <input checked="" type="checkbox"/> Cortisona |

Observaciones:

ENDOCARDITIS BACTERIANA

Caso Clínico 2

Datos Personales

Sexo: HOMBRE	Fecha de Nacimiento: 22/07/1987
---------------------	--

Indique con una "X"

¿Se está medicando en este momento? En caso afirmativo detalle cualquier medicación que tome: Si No

FARMACOLOGÍA PRESCRITA	POSOLOGÍA
INSULINA ASPART	6 – 6 – 6
INSULINA GLARGINA	0 – 0 – 10

Indique con una cruz, cuál de las siguientes cosas ha tenido o tiene actualmente:

<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Prótesis	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Problemas Riñones	<input type="checkbox"/> Hemofilia
<input type="checkbox"/> Presión alta	<input type="checkbox"/> Sinusitis	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> TTO. Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Reumatismo	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Quimioterapia
<input type="checkbox"/> Cáncer – Leucemia	<input type="checkbox"/> Tiroides	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Otras Hepatitis	<input type="checkbox"/> Gastritis / Úlceras
<input type="checkbox"/> Embolia	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> SIDA	<input type="checkbox"/> Hematomas	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input checked="" type="checkbox"/> Diabetes tipo	<input type="checkbox"/> Cortisona

Observaciones:

DIABETES MELLITUS TIPO I

Caso Clínico 3

Datos Personales

Sexo: MUJER	Fecha de Nacimiento: 10/05/1956
--------------------	--

Indique con una “X”

¿Se está medicando en este momento? En caso afirmativo detalle cualquier medicación que tome: Si No

FARMACOLOGÍA PRESCRITA	POSOLOGÍA	FARMACOLOGÍA PRESCRITA	POSOLOGÍA
ALMAGATO 1.5 GRS	1 unidad cada 48 horas	RAMIPRIL 5 MG	2 unidades cada 24 horas
ATENOLOL 50 MG	1 unidad cada 24 horas	SOLIFENACINA 5 MG	1 unidad cada 24 horas
OMEPRAZOL 20 MG	1 unidad cada 24 horas	A.A.S. 150 MG	1 unidad cada 24 horas
AMLODIPINO 5 MG	2 unidades cada 24 horas	GLICLAZIDA 30 MG	2 unidades cada 24 horas

Indique con una cruz, cuál de las siguientes cosas ha tenido o tiene actualmente:

<input checked="" type="checkbox"/> Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Prótesis	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Problemas Riñones	<input type="checkbox"/> Hemofilia
<input checked="" type="checkbox"/> Presión alta	<input type="checkbox"/> Sinusitis	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> TTO. Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Reumatismo	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Quimioterapia
<input type="checkbox"/> Cáncer – Leucemia	<input type="checkbox"/> Tiroides	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Otras Hepatitis	<input type="checkbox"/> Gastritis / Úlceras
<input type="checkbox"/> Embolia	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> SIDA	<input type="checkbox"/> Hematomas	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Cortisona

Observaciones:

STENT CORONARIO HTA	DIABETES II INCONTINENCIA URINARIA
----------------------------	---

Caso Clínico 4



Datos Personales

Sexo: MUJER	Fecha de Nacimiento: 13/05/1939
--------------------	--

Indique con una "X"

¿Se está medicando en este momento? En caso afirmativo detalle cualquier medicación que tome:				<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> No
FARMACOLOGÍA PRESCRITA	POSOLOGÍA	FARMACOLOGÍA PRESCRITA	POSOLOGÍA	
RABEPRAZOL 20 MG	1 unidad cada 24 horas	CALCIO + VITAMINA D	1 unidad cada 24 horas	
A.A.S. 100 MG	1 unidad cada 24 horas	ENALAPRIL 10 MG	1 unidad cada 12 horas	
LORAZEPAM 1 MG	1 unidad cada 24 horas	SIMVASTATINA 40 MG	1 unidad cada 24 horas	
AMLODIPINO 5 MG	1 unidad cada 24 horas	CARVEDILOL 6,25 MG	0,5 unidades cada 12 horas	
METFORMINA 850 MG	1 unidad cada 12 horas	NITROGLICERINA 0,8 MG	Si hay dolor precordial	

Indique con una cruz, cuál de las siguientes cosas ha tenido o tiene actualmente:

- | | | | | | | |
|---|---------------------------------------|------------------------------------|--|--------------------------------------|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Prótesis | <input checked="" type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Problemas Riñones | <input type="checkbox"/> Hemofilia |
| <input checked="" type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> TTO. Psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Reumatismo | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Quimioterapia |
| <input type="checkbox"/> Cáncer – Leucemia | <input type="checkbox"/> Tiroides | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Otras Hepatitis | <input type="checkbox"/> Gastritis / Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Embolia | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> Hematomas | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes tipo II | <input type="checkbox"/> Cortisona |

Gráfico 1 - Número de patologías sistémicas dentro de la muestra



Gráfico 2 - Distribución de las patologías sistémicas dentro del GRUPO 1

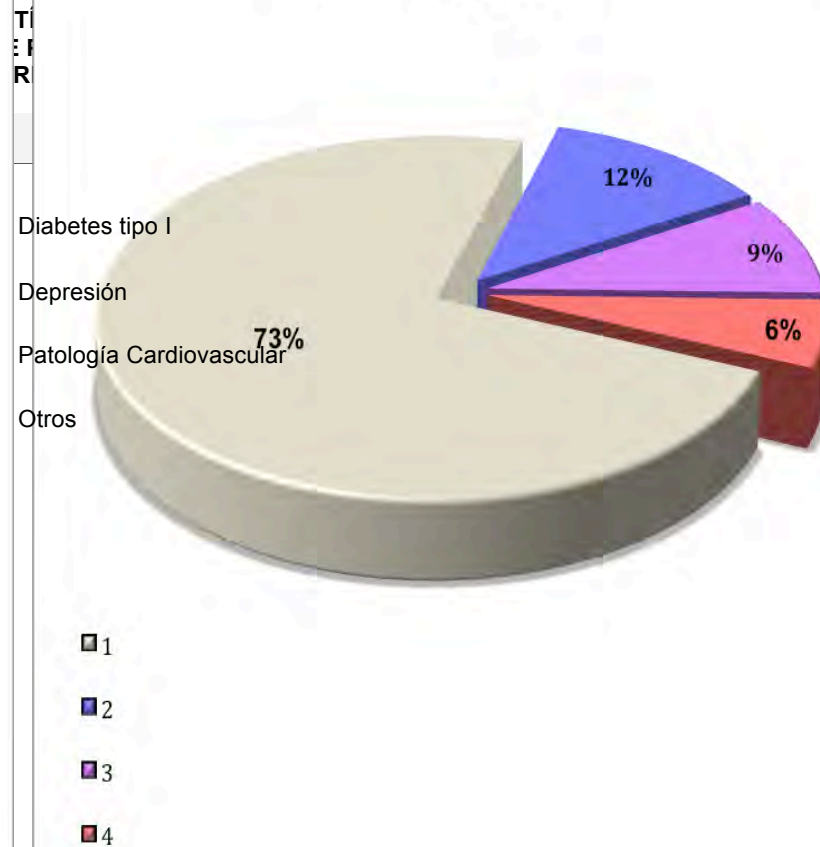


Gráfico 4 – Índice Gingival en ambos grupos

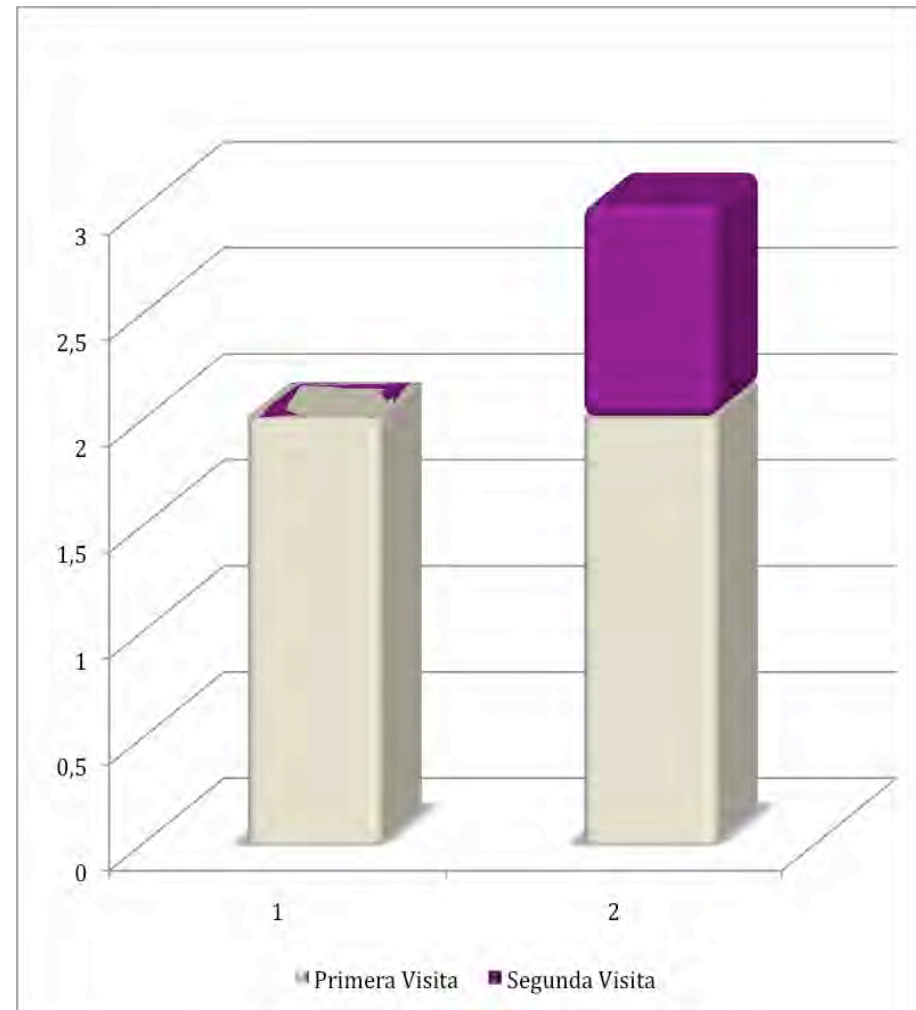


Gráfico 3 - Distribución de las patologías sistémicas dentro del GRUPO 2

