



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

GUÍA CLÍNICA

Salud Oral Integral para Menores de
20 años en Situación de Discapacidad
que Requieren Cuidados Especiales en
Odontología

2012

CITAR COMO:

MINISTERIO DE SALUD. Salud Oral Integral para Menores de 20 años en Situación de Discapacidad que Requieren Cuidados Especiales en Odontología. Santiago: Minsal, 2012.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de diseminación y capacitación. Prohibida su venta.

ISBN N° 978-956-348-020-7

Fecha de publicación: Diciembre 2012

ÍNDICE

Contenido

Página

FLUJOGRAMA	5
RECOMENDACIONES CLAVES	6
I. INTRODUCCIÓN	8
A. Descripción y epidemiología del problema de salud	8
B. Alcance de la guía	9
1. Tipo de pacientes y escenarios clínicos a los que se refiere la guía	9
2. Usuarios a los que está dirigida la guía	9
C. Declaración de intención	9
II. OBJETIVOS	11
III. RECOMENDACIONES	11
A. Diagnóstico	11
1. Radiografía intraoral para el diagnóstico de caries	11
B. Prevención de caries y gingivitis en personas en situación de discapacidad	13
1. Control mecánico de placa: técnica de cepillado	13
2. Control mecánico de placa: seda dental	15
3. Control químico de placa: clorhexidina	16
4. Dieta	18
5. Flúor barniz	18
6. Sellantes de puntos y fisuras	20
C. Manejo de patologías orales específicas	21
1. Bruxismo	21
2. Traumatismo dentoalveolar (TDA)	22
3. Material de sutura	23
4. Analgésicos peri exodoncias	24
D. Manejo no farmacológico de pacientes en situación de discapacidad	25
1. Comunicación con personas en situación de discapacidad	25
2. Técnicas de abordaje conductual	26
3. Técnicas complementarias: Flores de Bach	28
4. Modalidades de atención	28
E. Atención en pabellón bajo anestesia general	29
1. Factores que determinan la indicación de atención en pabellón bajo anestesia general	30
2. Evaluación previa del paciente que recibirá atención bajo anestesia general	31
3. Uso de anestésicos locales en pacientes sometidos a tratamiento bajo anestesia general	33
4. Plan de tratamiento y materiales de restauración para atención bajo anestesia general	34
5. Período de recuperación posterior a la atención bajo anestesia general	35
6. Criterios de alta para pacientes atendidos bajo anestesia general	37
7. Indicaciones postoperatorias	39
8. Controles de seguimiento posterior a la atención bajo anestesia general	40
9. Condiciones a cumplir por el equipo que realiza la atención bajo anestesia general	41

IV. IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA	44
A. Situación de la atención del problema de salud en Chile y barreras para la implementación de las recomendaciones	44
B. Diseminación	45
C. Evaluación del cumplimiento de la guía	45
V. DESARROLLO DE LA GUIA	46
A. Grupo de trabajo	46
B. Declaración de conflictos de interés	47
C. Revisión sistemática de la literatura	47
D. Formulación de las recomendaciones	50
E. Validación de la guía	50
F. Vigencia y actualización de la guía	51
ANEXO 1: GLOSARIO DE TÉRMINOS	52
ANEXO 2: NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN	53
ANEXO 3: FICHA CLÍNICA CUIDADOS ESPECIALES EN ODONTOLOGIA	54
ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO	59
ANEXO 5: INDICACIONES A LOS PADRES Y/O CUIDADORES	62
ANEXO 6: CEPILLOS DE DIENTES MODIFICADOS	63
ANEXO 7: TÉCNICAS DE ABORDAJE	64
REFERENCIAS	66

Lista de Tablas

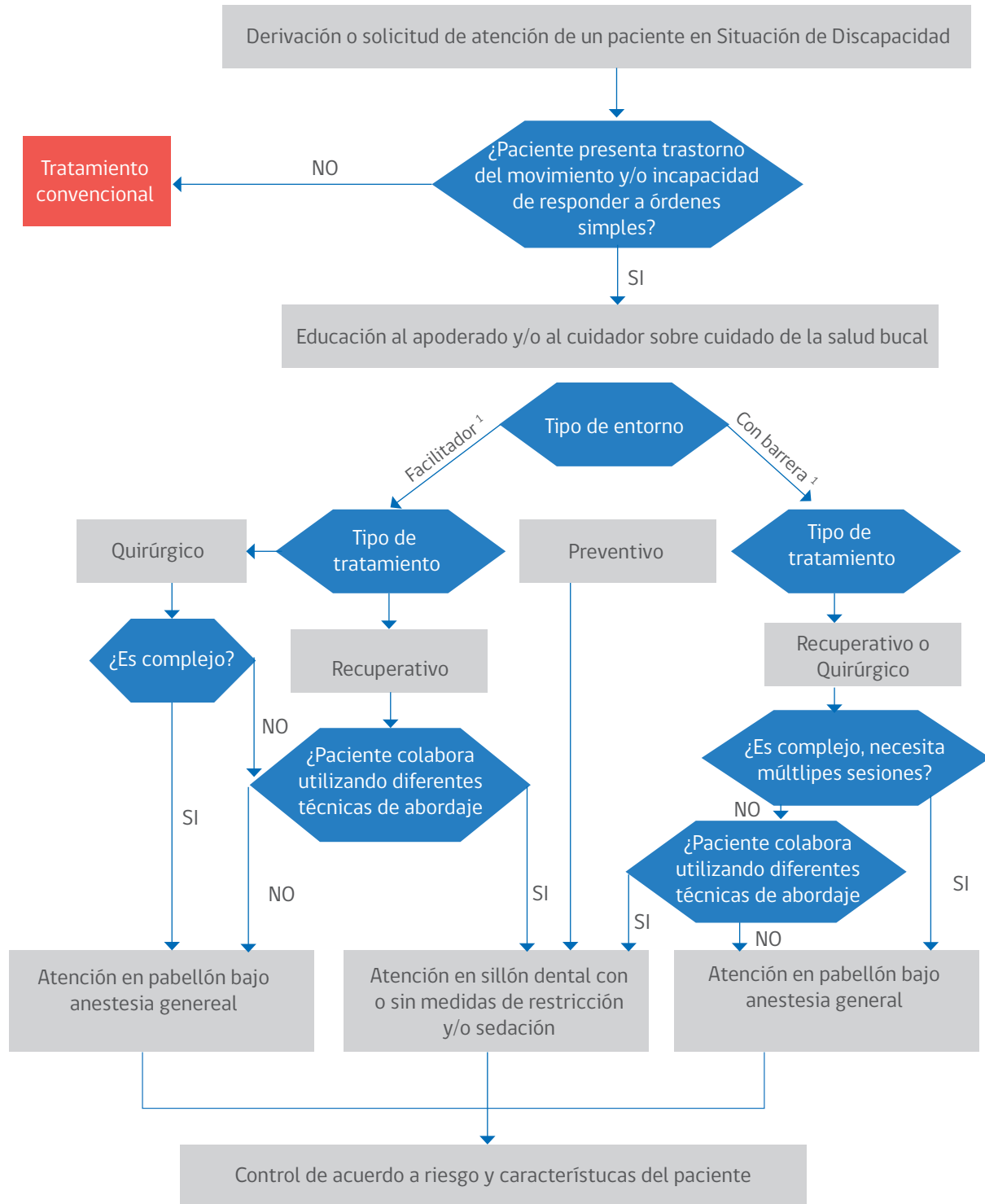
Tabla 1: Regímenes de analgesia sugeridos peri exodoncias en niños	24
Tabla 2. Puntaje de recuperación post anestesia: PARS	38
Tabla 3: Fuentes de información consultadas en la revisión de la literatura	48
Tabla 4: Niveles de evidencia y grados de recomendación	53

Lista de Figuras

Figura 1: Flujograma de modalidad de atención para personas menores de 20 años en situación de discapacidad	5
Figura 2: Diagrama de flujo del proceso de búsqueda y selección de evidencia	49

FLUJOGRAMA

Figura 1: Flujoograma de modalidad de atención para personas menores de 20 años en situación de discapacidad



1. Ver glosario de términos (Anexo 1)

RECOMENDACIONES CLAVES

	RECOMENDACIÓN	GRADO
DIAGNÓSTICO	La necesidad de indicar radiografías dentales debe ser determinada luego de analizar la historia médica y de salud bucal del paciente, posterior al examen clínico completo de la cavidad bucal y a la evaluación de los factores que pueden afectar la salud oral del paciente.	C
PREVENCIÓN DE CARIES Y GINGIVITIS	Se debe recomendar un programa de prevención individualizado para cada paciente según sus habilidades, autonomía, riesgo cariogénico y estado oral.	C
	Se debe realizar una correcta educación a los padres/encargados de los cuidados de salud del paciente en relación a la técnica de cepillado adecuada.	C
	Se recomienda el uso de abre bocas o apoya mordida para mejorar el acceso y proteger al cuidador de mordidas involuntarias.	C
	Se debe instruir al cuidador para que apoye al paciente en los aspectos particulares que le dificulten llevar a cabo la higiene bucal diaria en forma autónoma.	C
	Se recomienda el uso de revelador de placa para facilitar el cepillado, cuando lo realiza un cuidador, ya que permite la identificación de las zonas donde se acumula el biofilm.	B
	La indicación de la forma de aplicación de la clorhexidina (vehículo y modalidad) dependerá de la condición individual de cada paciente.	B
	Se debe fomentar la alimentación saludable limitando el consumo de alimentos cariogénicos y el uso de incentivos o premios con dulces, entre las comidas.	C
	La indicación de sellantes debe realizarse en base al riesgo de caries del paciente y no de la edad o periodo eruptivo.	C
MANEJO DE PATOLOGÍAS ORALES ESPECÍFICAS	El tratamiento del bruxismo dependerá de su etiología.	B
	En el caso de avulsión dentaria de dientes definitivos, el tratamiento debe ser consensuado con los padres y/o cuidador de acuerdo a las características del paciente.	BP
	Se recomienda el uso de suturas reabsorbibles, debido a las dificultades que implica la eliminación de la sutura no reabsorbible en pacientes que no cooperan, a menos que esté contraindicado.	C
	En caso de anestesia general la analgesia puede ser pre, intra y/o post tratamiento (ver tabla 1).	BP

ATENCIÓN EN PABELLÓN BAJO ANESTESIA GENERAL	La anestesia general debe ser considerada luego de haber intentado otros métodos para atender al paciente, debido a los riesgos que ésta implica.	C
	El uso de anestésico local para tratamientos odontológicos debe ser conversado con el médico anestesista, comunicando si se planifica administrar anestésico con vasoconstrictor.	C
	El apoderado del paciente debe estar con él en el área de recuperación, ya que es la persona más capacitada para controlar su comportamiento. Debe permanecer en esta área hasta que el paciente vuelva a estar en las mismas condiciones que en el período preoperatorio.	C
	El alta debe ser consensuada por el dentista, el anestesista y la enfermera/o del equipo que siguió la recuperación del paciente desde que salió del pabellón.	C
	Las indicaciones postoperatorias deben ser entregadas al paciente y a su apoderado en forma verbal y escrita.	C
	El tipo de restauración a realizar debe ser aquel que prometa los mejores resultados de acuerdo a las necesidades del paciente y su capacidad para mantener una adecuada higiene oral.	BP
	La frecuencia de los controles dependerá de cada paciente. Debe basarse en la evaluación de sus niveles de enfermedad y riesgo de caries y ajustarse a su situación de discapacidad.	C
	El/la dentista responsable del tratamiento en pabellón debe tener experiencia en atención de pacientes en situación de discapacidad y conocer en detalle los antecedentes relevantes del mismo.	C

I. INTRODUCCIÓN

A. DESCRIPCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DEL PROBLEMA DE SALUD

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) (1), 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.

La Academia Americana de Odontología Pediátrica considera que las personas en situación de discapacidad tienen un riesgo aumentado de desarrollar enfermedades orales(2). El mayor riesgo de caries está relacionado con la dificultad para mantener una adecuada higiene bucal, el uso frecuente de medicamentos azucarados y el consumo inadecuado de alimentos cariogénicos(3). Además, las personas con discapacidad intelectual y de funcionamiento social tienen en general peores niveles de higiene bucal y control de placa, lo que se traduce en enfermedad periodontal(4).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, dos terceras partes de la población portadora de deficiencias no recibe ningún tipo de atención bucodental(4). El desconocimiento de los problemas bucodentales de los pacientes con necesidades especiales, asociados a sus propias reacciones emocionales, las de sus familiares, así como las del profesional y a que la resolución de sus patologías bucales requieren en muchas oportunidades el uso de sedación o anestesia general crean e incrementan las barreras en el acceso a los servicios de atención(5). Consecuentemente, es más probable que las personas con discapacidad no busquen ni reciban cuidados preventivos de salud(6).

El impacto (emocional, de cuidado específico y económico) de la discapacidad no puede ser asumido sólo por la familia, por lo cual se hace indispensable el apoyo del equipo de salud para su abordaje integral.

En Chile no existen suficientes estudios que entreguen información sobre el estado de salud bucal de las personas en situación de discapacidad, el estudio de Dóren y cols(7) de 2011 indica que las personas con parálisis cerebral, de entre 2 y 19 años, presentan una mayor frecuencia de enfermedades bucales que la población sana, con una prevalencia de caries de un 50,9% con un ceod de 0,2 y un COPD de 2,1, y una prevalencia de gingivitis de 78%. Por su parte Altamirano F y cols(8) en 2008 encontraron en Concepción que el COPD en niños con parálisis cerebral, de entre 4 a 12 años, fue de 6,5 (D.S.± 3,30) y el ceod fue de 7,0 (D.S.±5,61). Estos estudios indican que esta población presenta en Chile, al igual que en el resto del mundo, un mayor daño bucal.

B. ALCANCE DE LA GUÍA

1. Tipo de pacientes y escenarios clínicos a los que se refiere la guía

Esta guía entrega recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible para las intervenciones más frecuentes incluidas en la atención odontológica integral de las personas menores de 20 años en situación de discapacidad con trastornos del movimiento (que incluye patologías con movimientos involuntarios y patologías que impiden el movimiento) y/o dificultad para seguir órdenes simples, que requieren cuidados especiales en odontología, en la perspectiva de orientar las buenas prácticas con un efectivo uso de los recursos.

2. Usuarios a los que está dirigida la guía

Esta guía está dirigida al equipo de salud bucal compuesto por especialistas u odontólogos generales con experiencia en la atención de personas en situación de discapacidad y personal auxiliar que darán respuesta a la patología bucal de los pacientes en situación de discapacidad en el sector privado y/o en los niveles secundario y terciario de la red pública de atención en salud, ya sea en sillón dental o en pabellón de anestesia general.

C. DECLARACIÓN DE INTENCIÓN

Esta guía pretende apoyar a los equipos de salud bucal en la toma de decisiones clínicas, fomentando las buenas prácticas con un uso eficiente de los recursos. Para esto, se han definido recomendaciones en base a la mejor evidencia científica disponible.

Esta guía no fue elaborada con la intención de establecer estándares de atención para pacientes individuales dada la gran variedad de patologías que pueden presentar las personas en situación de discapacidad, por lo que sus cuidados sólo pueden ser determinados por profesionales competentes sobre la base de toda la información respecto de cada caso y a la factibilidad de realizarlas. Además, están sujetos a cambio conforme al avance del conocimiento científico, las tecnologías disponibles en cada contexto en particular y según evolucionan los patrones de atención. En el mismo sentido, es

importante hacer notar que la adherencia a las recomendaciones de la guía no asegura un desenlace exitoso en todos los pacientes.

No obstante lo anterior, se recomienda que las desviaciones significativas de las recomendaciones de esta guía o de cualquier protocolo local derivado de ella sean debidamente fundadas en la historia clínica y registros del paciente, y consensuadas tanto con los padres como con el equipo multidisciplinario que trata a las personas en situación de discapacidad.

En algunos casos las recomendaciones no aparecen avaladas por estudios clínicos, porque la utilidad de ciertas prácticas resulta evidente en sí misma, y nadie consideraría investigar sobre el tema o resultaría éticamente inaceptable hacerlo. Es necesario considerar que muchas prácticas actuales sobre las que no existe evidencia pueden de hecho ser ineficaces, pero otras pueden ser altamente eficaces y quizás nunca se generen pruebas científicas de su efectividad. Por lo tanto, la falta de evidencia no debe utilizarse como única justificación para limitar la utilización de un procedimiento o el aporte de recursos.

II. OBJETIVOS

Esta guía es una referencia para la atención odontológica integral de personas menores de 20 años en situación de discapacidad con trastornos del movimiento y/o dificultad para seguir órdenes simples, que se atienden en los establecimientos públicos y privados del país, con énfasis en las recomendaciones que difieren y/o tienen consideraciones especiales en relación a las otras guías de práctica clínica para la atención odontológica de menores de 20 años publicadas por el MINSAL.

En ese contexto, esta guía clínica tiene por objetivos específicos:

Entregar recomendaciones, basadas en la mejor evidencia disponible, en personas menores de 20 años en situación de discapacidad con trastornos del movimiento y/o dificultad para seguir órdenes simples, sobre:

- Prevención de caries y gingivitis
- Diagnóstico y tratamiento en la atención odontológica integral
- Las distintas modalidades de atención odontológica integral

III. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones a continuación desarrolladas son para aquellos temas en que existen consideraciones especiales en relación a la atención odontológica integral de personas menores de 20 años en situación de discapacidad con trastornos del movimiento y/o dificultad para seguir órdenes simples y constituyen un complemento a las otras guías de práctica clínica para la atención odontológica de menores de 20 años publicadas por el MINSAL (9-12).

A. DIAGNÓSTICO

Preguntas clínicas abordadas en la guía

- ¿Cuál es la utilidad de las técnicas de radiografía intraoral para el diagnóstico de caries en pacientes con discapacidad?

1. Radiografía intraoral para el diagnóstico de caries

Síntesis de evidencia

La necesidad de indicar radiografías dentales debe ser determinada luego de analizar la historia médica y de salud bucal del paciente, posterior al examen clínico completo de la cavidad bucal y a la evaluación de los factores que pueden afectar la salud oral del paciente. NIVEL DE EVIDENCIA 4(13)
En algunos pacientes con discapacidad, la toma de radiografía resulta compleja por la dificultad

que implica para el paciente mantener la posición adecuada por el tiempo necesario para realizar una correcta técnica radiográfica. Sin embargo, esta dificultad no debe ser usada como justificación para no realizar radiografías intraorales en la etapa de diagnóstico, cuando sea requerida. NIVEL DE EVIDENCIA 2(14)

El uso de accesorios que facilitan el posicionamiento de la película intraoral puede ayudar a los pacientes con dificultad para mantener la película en la posición adecuada. Si no es posible utilizar este accesorio, el personal auxiliar puede mantener la película en posición durante la exposición. En este caso, se deben tomar todas las precauciones para disminuir su exposición, utilizando elementos de protección plomados. NIVEL DE EVIDENCIA 4(15)

En casos en que el paciente no puede colaborar y esté indicada la atención bajo anestesia general, las radiografías intraorales necesarias para definir el plan de tratamiento adecuado pueden ser tomadas en el pabellón bajo anestesia general. NIVEL DE EVIDENCIA 4(16)

Para minimizar la exposición a la radiación, se deben tomar todas las medidas necesarias para proteger al paciente, incluyendo delantales y protección para la tiroides. Las radiografías deben ser indicadas luego de evaluar el beneficio que generarán para el paciente versus el riesgo de exponerlo a la radiación. NIVEL DE EVIDENCIA 4(13)

Se han propuesto alternativas al examen radiológico de boca completa (18 radiografías periapicales), buscando disminuir el tiempo necesario para la toma de radiografías y la exposición a la radiación de los pacientes. En adultos con dentición permanente, se ha encontrado que un minipanel de 8 radiografías periapicales tiene una sensibilidad de 63% (IC95%: 59,2-68) y especificidad de 92% (IC95%: 92,2-94,5) para el diagnóstico de caries según criterios ICDAS II, comparado con la serie de boca completa considerada como gold standard. NIVEL DE EVIDENCIA 2(17)

Cuando las radiografías intraorales no son factibles de realizar, las radiografías extraorales son una alternativa a considerar. NIVEL DE EVIDENCIA 4(15)

Al tomar un set completo de Rx a pacientes con discapacidad en el 100% de los pacientes hubo hallazgos radiológicos no detectados al examen clínico. NIVEL DE EVIDENCIA 2(14)

Recomendaciones

Radiografías intraorales	Grado de recomendación
La necesidad de indicar radiografías dentales debe ser determinada luego de analizar la historia médica y de salud bucal del paciente, posterior al examen clínico completo de la cavidad bucal y a la evaluación de los factores que pueden afectar la salud oral del paciente.	C
Se deberá utilizar la técnica radiográfica más adecuada de acuerdo a las características del paciente.	BP

En caso que el paciente no pueda mantener la posición de la película intraoral, el acompañante y/o el personal auxiliar pueden mantener la película en posición durante la exposición, además de sostenerle la cabeza.	C
En el caso en que el acompañante y/o personal auxiliar mantengan la película intraoral en posición, se deben tomar todas las precauciones para disminuir la exposición a la radiación de estas personas, utilizando elementos plomados de protección.	C
Cuando las radiografías intraorales no son factibles de realizar, las radiografías extraorales son una alternativa a considerar.	C
En casos en que el paciente no pueda colaborar y esté indicada la atención bajo anestesia general, las radiografías intraorales necesarias para definir el plan de tratamiento adecuado pueden ser tomadas en el pabellón bajo anestesia general.	C

B. PREVENCIÓN DE CARIES Y GINGIVITIS EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD

Preguntas clínicas abordadas en la guía

- ¿Cuáles son las medidas coadyuvantes a la técnica de cepillado dental más efectivas para prevenir caries, en pacientes con discapacidad?
- ¿Cuál es la efectividad del flúor barniz, sellantes de resina y vidrio ionómero para prevenir caries, en pacientes con discapacidad?

1. Control mecánico de placa: técnica de cepillado

Síntesis de evidencia

Existen distintas técnicas de cepillado de dientes, que requieren destrezas motoras diferentes. En niños de 10-12 años con discapacidad visual, la técnica de Bass y la técnica horizontal resultaron igualmente efectivas en la remoción de placa luego de 6 meses de seguimiento, medido a través del índice de placa Quigley Hein e índice gingival de Löe y Silness. Para la enseñanza de la técnica de Bass fue necesario destinar más tiempo que para la técnica horizontal (10,83 min. (DE: 1,53); 9,04 min. (DE: 1,13), $p=0,000$). En ambos casos se realizó un refuerzo de la técnica a los 6 meses. NIVEL DE EVIDENCIA 1(18)

En el contexto escolar, se ha demostrado que niños y jóvenes con síndrome Down de 11 a 22 años son capaces de realizar un cepillado diario de dientes utilizando la técnica de Bass y mejorar los índices de placa y gingival en un período de 3 meses (reducción de índice de placa Löe y Silness de 1,93 a 0,95, $p<0,001$; reducción índice gingival de Löe y Silness de 2 a 0,83, $p<0,001$). En esta experiencia, la participación de los profesores y del equipo de salud bucal fue importante para motivar y apoyar a los niños durante la intervención. NIVEL DE EVIDENCIA 2(19)

El cepillo eléctrico de mango ancho y fácil de manipular es bien aceptado y su uso logra mejorar los

niveles de higiene bucal en personas con distinto grado de discapacidad cuando se capacita a las personas y sus cuidadores en su uso adecuado. NIVEL DE EVIDENCIA 2(20). Además, puede mejorar la adherencia al cepillado. NIVEL DE EVIDENCIA 4(2). La modificación de los cepillos disponibles en el mercado para adecuar la forma y tamaño del mango, según las necesidades del paciente, puede favorecer la autonomía para realizar el cepillado de dientes en las personas en situación de discapacidad. NIVEL DE EVIDENCIA 4(21).

En personas adultas de 22 a 57 años de edad con distinto grado de discapacidad intelectual, quienes recibieron instrucción de higiene individualizada para ellos y sus cuidadores mostraron mejores resultados en higiene oral que las personas que recibieron instrucción de higiene oral de manera generalizada para ellos y sus cuidadores. El grupo que recibió instrucción personalizada mejoró sus índices de higiene oral de 3.42 a 2.97 luego de 1 año de seguimiento, mientras que el grupo que recibió la instrucción general mejoró de 3.14 a 3.10. NIVEL DE EVIDENCIA 1(22).

Un programa de higiene oral personalizado debe basarse en las características de cada persona, considerando sus habilidades motoras, limitaciones cognitivas, grado de dependencia, uso de medicamentos, tipo de dieta, riesgo de caries y enfermedad periodontal y en los conocimientos y nivel educacional del entorno familiar que acompaña a la persona en situación de discapacidad. Los elementos de higiene y su técnica de uso deben revisarse periódicamente para adaptarlos de acuerdo a la aceptabilidad y factibilidad de su uso. Es deseable que el cepillado se realice en el mismo lugar, horario y posición. NIVEL DE EVIDENCIA 4(21,23). La guía británica de la sociedad de discapacidad e higiene oral, establece que el (la) higienista dental o terapeuta debiese jugar un rol fundamental, motivando, apoyando, corrigiendo problemas individuales de la técnica y entregando consejos específicos en cada caso. NIVEL DE EVIDENCIA 4(4).

La educación de los padres/encargados es crítica para la apropiada ejecución y supervisión de la higiene oral diaria. Se recomienda realizar la instrucción de higiene oral demostrando al paciente y cuidador las posiciones más adecuadas para realizarla. En el caso que el paciente tenga autonomía para realizar la higiene oral, se debe estimular a que la realice sin ayuda. Cuando esto no es posible, el cuidador debe realizar los cuidados necesarios para mantener una correcta higiene bucal. NIVEL DE EVIDENCIA 4(2,21,23).

Para la prevención de caries y gingivitis se recomienda cepillado diario de por lo menos 2 veces al día con pasta fluorada y uso diario de seda dental. NIVEL DE EVIDENCIA 4(2). En personas con limitaciones físicas severas, la disminución o eliminación del uso de pasta de dientes está indicado para disminuir el reflejo nauseoso y mejorar la visión del cuidador que realiza el aseo bucal. El uso de abrebocas puede mejorar el acceso y proteger al cuidador de mordidas involuntarias. NIVEL DE EVIDENCIA 4(21).

Recomendaciones

Control mecánico de placa: técnica de cepillado	Grado de recomendación
Se debe recomendar un programa de prevención individualizado para cada paciente según sus habilidades, autonomía, riesgo cariogénico y estado oral.	C
Se debe realizar una correcta educación a los padres/encargados de los cuidados de salud del paciente en relación a la técnica de cepillado adecuada.	C
El personal odontológico debe demostrar las distintas técnicas de higiene y las posiciones adecuadas para realizarlas tanto para el paciente como para el operador.	C
Se recomienda incorporar al equipo una higienista dental o técnico paramédico de odontología que motive, apoye, corrija problemas individuales de la técnica y entregue consejos específicos para cada paciente.	C
Se recomienda el cepillado diario, por lo menos 2 veces al día, con pasta fluorada y uso diario de seda dental para la prevención de caries y gingivitis.	C
Cuando sea necesario, se recomienda usar cepillos modificados según las necesidades particulares de cada usuario en situación de discapacidad.	C
Cuando no se logra una adecuada adherencia al hábito de cepillado, se recomienda el uso de cepillo eléctrico.	C
Se recomienda el uso de abre bocas o apoya mordida para mejorar el acceso y proteger al cuidador de mordidas involuntarias.	C

2. Control mecánico de placa: seda dental

Síntesis de evidencia

En adultos sin discapacidad, la calidad de la evidencia sobre la efectividad del uso de seda dental como complemento del cepillado para la prevención de placa y gingivitis no permite concluir con certeza sobre el beneficio de esta práctica. Mientras Berchier et al concluyen que el uso diario de seda dental como complemento al cepillado puede reducir la placa interproximal, sin mostrar efecto en la disminución de la gingivitis, Sambunjak et al concluyen que su uso se asocia con un beneficio significativo en la reducción de gingivitis. NIVEL DE EVIDENCIA 1(24,25) .

En personas en situación de discapacidad, el uso diario de seda dental puede ser indicado como complemento al cepillado en personas capaces de tolerar y cooperar en su higiene bucal. En personas con limitaciones motoras, el uso de dispositivos porta seda puede facilitar la higiene de los espacios interdentes, disminuyendo el riesgo de lesionar los tejidos bucales. El cuidador debe apoyar en los aspectos particulares que dificulten llevar a cabo esta tarea en forma autónoma. La adecuada

capacitación del cuidador o de la propia persona es importante para lograr el máximo beneficio. NIVEL DE EVIDENCIA 4(21,23)

Recomendaciones

Control mecánico de placa: seda dental	Grado de recomendación
En pacientes en situación de discapacidad, el uso de seda dental debe ser indicada de acuerdo a las características personales del paciente.	BP
En pacientes con incapacidad de llevar las manos a la boca, se recomienda el uso de dispositivos porta seda dental.	C
Se debe instruir al cuidador para que apoye al paciente en los aspectos particulares que le dificulten llevar a cabo la higiene bucal diaria en forma autónoma.	C

3. Control químico de placa: clorhexidina

Síntesis de evidencia

Un protocolo de aplicación tópica con esponja (hisopo) de 10 ml de gluconato de clorhexidina 0,12% más 10 ml de fluoruro de sodio 0,05% realizado 5 o 2 veces a la semana, complementado con profilaxis profesional periódica, mostró ser efectivo en la reducción de los índices de placa y gingivitis en adultos con discapacidad severa en un período de 42 semanas. Este protocolo fue bien aceptado por los participantes y sus cuidadores, destacando como efectos adversos que generan algún grado de malestar en las personas la aparición de tinciones (22%) y alteraciones del gusto (33%). NIVEL DE EVIDENCIA 1(26).

El uso de spray de clorhexidina (2 ml, 0,2% clorhexidina) aplicado 2 veces al día como única práctica de higiene oral en personas con discapacidad mental y motora mostró ser efectivo en la reducción de los índices de placa (reducción de 78%) e índice gingival (reducción de 75%) luego de 3 semanas de uso. NIVEL DE EVIDENCIA 1(27) Otro ensayo clínico mostró una reducción de 35% en el índice de placa Silness y Loe, junto con mejoras en el color, tono y sangrado de la encía, luego de 4 semanas de uso de spray de clorhexidina (0,12%) dos veces al día en adultos con discapacidad severa. NIVEL DE EVIDENCIA 1(28).

Considerando los efectos adversos del uso prolongado de la clorhexidina, Montiel et al desarrollaron un ensayo clínico en niños de 10 a 19 años con discapacidad mental (oligofrenia, síndrome Down y parálisis cerebral) en el que compararon el uso de spray de clorhexidina (0,2%, dos veces al día) durante 2 semanas (5 días por semana) luego del cepillado en la mañana y mediodía, con el uso de 1 enjuague diario de triclosán-zinc (0,15% de triclosán, 0,2% de cloruro de zinc, 0,2% de alantoína y 0,02% de sacarina sódica; 10-15 ml) de 1 minuto de duración, durante ocho semanas (5 días por

semana) luego del cepillado del mediodía. Los resultados mostraron que ambos productos son efectivos en mejorar los índices de placa y gingival luego de 8 semanas de seguimiento. Sin embargo, al suspender la aplicación de clorhexidina los índices empeoraron levemente, lo que no se observó con el enjuague triclosán-zinc, que puede ser usado por períodos prologados de tiempo. NIVEL DE EVIDENCIA 2(29).

La combinación de control de placa mecánico (cepillado) y químico (clorhexidina) ha demostrado ser efectivo en la reducción de los índices de placa (Índice de placa Greene & Vermillion) y sangrado gingival (Índice gingival Ainamo & Bay) en niños de 7-13 años con Síndrome Down. El uso de revelador de placa (eritrosina) en la formulación de la pasta de dientes mejora los resultados, alcanzando una reducción de 64% en el índice de placa y de 37% en el índice gingival con el uso de pasta con flúor + clorhexidina + eritrosina luego de 10 días de uso (3 cepillados diarios). El uso de revelador de placa facilita el cepillado cuando lo realiza un cuidador al permitir la identificación de las zonas donde se acumula el biofilm. NIVEL DE EVIDENCIA 2(30).

Para determinar el vehículo y la modalidad de aplicación de clorhexidina es importante considerar las limitaciones y preferencias del paciente y su cuidador. NIVEL DE EVIDENCIA 2(31). No se recomienda usar colutorios en pacientes con dificultades deglutivas o que sean incapaces de expectorar. Además se ha documentado que la clorhexidina en spray o pasta dental es igualmente efectiva. NIVEL DE EVIDENCIA 4(23).

Recomendaciones

Control químico de placa: clorhexidina	Grado de recomendación
Se recomienda el uso de revelador de placa para facilitar el cepillado, cuando lo realiza un cuidador, ya que permite la identificación de las zonas donde se acumula el biofilm.	B
En pacientes con gingivitis y periodontitis, se recomienda el uso diario de antimicrobianos como la clorhexidina.	C
La indicación de la forma de aplicación de la clorhexidina (vehículo y modalidad) dependerá de la condición individual de cada paciente.	B
No usar colutorios en pacientes con dificultades deglutivas o que sean incapaces de expectorar.	C
La clorhexidina en spray, hisopo o pasta dental es igualmente efectiva.	C

4. Dieta

Síntesis de evidencia

El equipo de salud bucal debe enfatizar en la importancia de una dieta no cariogénica, limitando el consumo de alimentos y bebidas azucarados entre las comidas. Los dulces no deben usarse como premios o recompensas, y cuando se consuman, debe preferirse los horarios de comida(4,23).

Las fórmulas infantiles no deben endulzarse con azúcar y debe evitarse el uso de líquidos azucarados en las mamaderas, especialmente en la noche. El azúcar y la acidez de las bebidas pueden aumentar el riesgo de caries cuando se consumen en la noche a la hora de dormir(4).

Algunos medicamentos, especialmente los infantiles, contienen azúcar. Cuando sea posible, deben indicarse las formulaciones libres de azúcar. Si no existen alternativas, se recomienda enjuagar la boca con agua después de tomar el medicamento. NIVEL DE EVIDENCIA 4(23). Los padres deben ser informados si los medicamentos contienen azúcar o altos niveles de carbohidratos, así como también de sus posibles efectos secundarios como xerostomía o crecimiento gingival. NIVEL DE EVIDENCIA 4(2).

Recomendaciones

Dieta	Grado de recomendación
Se debe fomentar la alimentación saludable, limitando el consumo de alimentos cariogénicos y el uso de incentivos o premios con dulces, entre las comidas.	C
Se debe advertir a los padres y usuarios el potencial cariogénico de medicaciones pediátricas ricas en sacarosa y carbohidratos.	C
En caso de usar medicinas con azúcar, se debe indicar higiene con gasa húmeda o enjuague con agua y/o cepillo después de su consumo, de acuerdo a las características del paciente.	BP

5. Flúor barniz

Síntesis de evidencia

La evidencia sugiere que el uso de barniz de flúor es efectivo en la reducción de la incidencia de caries en dentición temporal y permanente en niños menores 12 años. Estos antecedentes junto con la mayor seguridad del uso de barniz comparado con otras modalidades de aplicación profesional de fluoruros tópicos (geles, espumas, enjuagatorios), sugieren que el barniz de flúor es efectivo y seguro como medida de prevención de caries en niños en situación de discapacidad que presenten

dificultad para cooperar durante la atención clínica. NIVEL DE EVIDENCIA 4(32,33).

El efecto cariostático del barniz de flúor disminuye gradualmente luego de su aplicación, por lo que debe ser aplicado de manera periódica. En pacientes con riesgo moderado, la aplicación de barniz fluorado debe ser cada 6 meses. En pacientes con riesgo alto, la aplicación debe ser cada 3 a 6 meses. NIVEL DE EVIDENCIA 4(34). Otros autores sugieren un régimen intensivo anual de tres aplicaciones durante una semana como alternativa a la aplicación semestral. NIVEL DE EVIDENCIA 4(33).

Cuando el paciente presenta riesgo cariogénico moderado y alto se recomienda el uso de barnices fluorados como parte de un programa preventivo integral. NIVEL DE EVIDENCIA 4 (34). El barniz de flúor es aún más eficaz si el agua de la comunidad es fluorada. NIVEL DE EVIDENCIA 4 (33). La aplicación periódica de barniz de flúor realizada por personal de salud distinto al odontológico, adecuadamente entrenado, puede ser efectiva en la disminución de la incidencia de caries temprana de la infancia en niños con alto riesgo cariogénico. NIVEL DE EVIDENCIA 4(34).

El uso de gomas de profilaxis es tan efectivo como el cepillado de dientes previo a la aplicación del barniz. No es necesario utilizar piedra pómez en la profilaxis previa. NIVEL DE EVIDENCIA 4(32,34). La mayor efectividad de los barnices de flúor se ha encontrado cuando se realiza una profilaxis previa, se aplica el barniz sobre el diente seco, se suspende el cepillado y se realiza una dieta blanda durante las siguientes 12 horas posteriores a su aplicación. NIVEL DE EVIDENCIA 4(32).

Recomendaciones

Flúor barniz	Grado de recomendación
El uso de fluoruros para prevención de caries está indicado en pacientes en situación de discapacidad.	C
En pacientes con baja cooperación, el vehículo de aplicación de fluoruros debe ser el barniz, ya que es más seguro.	C
La aplicación de barniz de flúor debe basarse en el riesgo cariogénico. En pacientes con riesgo alto la aplicación debe ser entre 3 a 6 meses, en moderado riesgo cada 6 meses.	C
El barniz de flúor debe aplicarse sobre el diente seco, luego de haber realizado una profilaxis previa (ya sean con goma, escobilla o cepillo de dientes).	C

6. Sellantes de puntos y fisuras

Síntesis de evidencia

El uso de sellantes en puntos y fisuras susceptibles reduce el riesgo de caries en dientes temporales y permanentes. NIVEL DE EVIDENCIA 4(2). Su indicación depende principalmente del riesgo de caries del paciente y no de la edad o período eruptivo. Los sellantes deben ser aplicados en superficies de alto riesgo de caries, incluso en superficies que presentan caries incipientes para inhibir su progresión. NIVEL DE EVIDENCIA 4(35).

Los surcos y fisuras deben ser cuidadosamente higienizados antes de la aplicación del sellante. Se recomienda el uso de un adhesivo de baja viscosidad e hidrofílico para una retención más prolongada de los sellantes. NIVEL DE EVIDENCIA 4(35); aunque este paso extra puede complicar la atención, debido a las características del paciente.

Los sellantes de vidrio ionómero han mostrado una menor retención en la superficie dentaria y por lo tanto una menor efectividad en la prevención de caries. Su uso se recomienda cuando no es posible aplicar sellantes de resina, por ejemplo, debido a la poca colaboración del paciente, o como sellante temporal. NIVEL DE EVIDENCIA 4(35).

Debido a que la efectividad de los sellantes depende de su retención en el tiempo, se requiere un control periódico de los sellantes y en caso de ser necesario, se deben aplicar nuevas capas de material sobre la superficie dentaria. NIVEL DE EVIDENCIA 4(4).

Recomendaciones

Sellante de puntos y fisuras	Grado de recomendación
El uso de sellantes para la prevención de caries está indicado en pacientes en situación de discapacidad.	C
La indicación de sellantes debe realizarse en base al riesgo de caries del paciente y no de la edad o período eruptivo.	C
Los sellantes deben ser aplicados en superficies de alto riesgo de caries, incluso en aquellas que presenten caries incipientes para inhibir progresión.	C
Se debe realizar seguimiento y control de todos los sellantes aplicados.	C
Cuando no es posible utilizar sellantes de resina se recomienda el uso de sellantes de vidrio ionómero.	C

C. MANEJO DE PATOLOGÍAS ORALES ESPECÍFICAS

El equipo de salud bucal debe coordinarse con los otros profesionales que atienden al paciente en situación de discapacidad, incluyendo a médicos, enfermeras y trabajadores sociales. Cuando sea necesario, el médico tratante debe ser consultado sobre el uso de medicamentos, sedación y anestesia general. Además, deben abordarse en conjunto los requerimientos especiales necesarios para asegurar una atención de salud bucal segura para el paciente, la que incluye el manejo adecuado de las emergencias médicas por parte del equipo de salud bucal.

Todo paciente, o su representante legal, debe entregar su consentimiento informado para el tratamiento odontológico, de acuerdo a la normativa vigente. El documento firmado de consentimiento/asentimiento informado debe estar disponible en la ficha clínica del paciente.

Preguntas clínicas abordadas en la guía

- ¿Cuál es el tratamiento más efectivo para el bruxismo, en pacientes con discapacidad?
- ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas para tratar el traumatismo dentoalveolar en pacientes con discapacidad?
- ¿Qué material de sutura es más efectivo en pacientes con discapacidad?
- ¿Cuál régimen analgésico es el más efectivo en pacientes con discapacidad?

1. Bruxismo

Síntesis de evidencia

El bruxismo puede ser definido como una actividad parafuncional diurna o nocturna que incluye el rechinamiento y apriete dentario(36). Su etiología es multifactorial, dónde el rol de las características oclusales y factores morfológicos óseos o dentarios es pequeño(37). El bruxismo de vigilia se considera distinto al de sueño, siendo asociado el primero a estrés emocional y alteraciones motoras neurológicas(38). Por su parte, en el bruxismo de sueño se ha clasificado recientemente como un trastorno del movimiento asociado al sueño(39); en el que cada vez que por distintos factores se produzcan despertares o microdespertares se generarán al mismo tiempo episodios de bruxismo como consecuencia de ello(40). Dentro de dichos factores se encuentran los trastornos respiratorios de sueño (ronquidos, síndrome de resistencia aumentada de la vía aérea superior y el síndrome de apnea-hipoapnea obstructiva de sueño) y el reflujo gastroesofágico(41-46).

Por otro lado, el bruxismo de sueño se ha visto asociado al consumo de sustancias estimulantes presentes en bebidas cola, chocolates, té, café, así como a psicofármacos, entre ellos los antidepresivos (sertralina, fluoxetina, paroxetina, citalopram, escitalopram, etc.), anticonvulsivantes (ácido valproico), neurolépticos (buspirona y haloperidol), derivados anfetamínicos (metilfenidato y otros) y el alcohol(38,41). A pesar del amplio reconocimiento del estrés emocional como un factor desencadenante de bruxismo de sueño, no existe evidencia concluyente que apoye esta creencia(38). A pesar de que muchos de estos factores de riesgo han sido determinados en población adulta, no

existe motivo para pensar que todos ellos no pudieran ser igualmente válidos en población infantil. En niños, además de lo anterior, se ha visto que el bruxismo de sueño está presente en poblaciones especiales como aquellos con síndrome de Down y con déficit atencional con hiperactividad (47-49).

El tratamiento del bruxismo dependerá de las causas del bruxismo. Las intervenciones que han mostrado algún grado de efectividad en pacientes en situación de discapacidad, pueden clasificarse en médico/odontológicas y conductuales. Entre ellas destacan el uso de toxina botulínica, la terapia conductual y el masaje muscular. NIVEL DE EVIDENCIA 2(50).

En el caso de requerir tratamiento restaurador o protésico, se debe preferir cubrir las superficies oclusales e incisales con metal en lugar de porcelana, para prevenir la pérdida de esmalte en los dientes opuestos con contacto oclusal. NIVEL DE EVIDENCIA 4(15).

Cuando el paciente lo tolere, el uso de protectores de mordida (bite guard) puede ser indicado para prevenir el daño. NIVEL DE EVIDENCIA 4(4,23).

Recomendaciones

Bruxismo	Grado de recomendación
El tratamiento del bruxismo dependerá de su etiología.	B
Como primera línea de tratamiento del bruxismo, se sugiere la modificación conductual, especialmente en relación al consumo de sustancias estimulantes y una adecuada higiene de sueño al momento de acostarse.	BP
Se recomienda la evaluación completa de los posibles factores etiológicos del bruxismo, no descartándose para ello la colaboración de otorrinolaringólogos, neurólogos y/o gastroenterólogos, especialmente en la sospecha de algún trastorno respiratorio de sueño o de reflujo gastroesofágico.	BP

2. Traumatismo dentoalveolar (TDA)

Síntesis de evidencia

En casos de TDA, la atención inmediata por parte de un profesional mejora el pronóstico de los dientes afectados. Es responsabilidad del profesional tratante reconocer, diferenciar, manejar y derivar de manera apropiada a los pacientes que consulten por TDA. En casos en que el paciente presente compromiso de las vías aéreas, manifestaciones neurológicas (por ejemplo, desorientación), hemorragia, náuseas/vómitos o se sospeche que ha ocurrido pérdida de conciencia, es necesario solicitar una evaluación médica adicional. NIVEL DE EVIDENCIA 4(51).

Cuando ocurre una fractura en dientes permanentes, la radiografía de tórax puede ser indicada para evaluar la posible aspiración de los fragmentos dentarios. NIVEL DE EVIDENCIA 4(23). En casos de

avulsión de dientes permanentes, la reposición está contraindicada en pacientes con discapacidad severa. NIVEL DE EVIDENCIA 4(51).

El equipo de salud debe indagar en la historia, circunstancias del accidente, características de la lesión y en el comportamiento del paciente y su cuidador para descartar que se trate de lesiones asociadas a maltrato. NIVEL DE EVIDENCIA 4(51).

Para el manejo de TDA se recomienda revisar "Guía Clínica AUGE. Urgencias odontológicas ambulatorias" (9).

Recomendaciones

Traumatismo dentoalveolar (TDA)	Grado de recomendación
En el caso de avulsión dentaria de dientes definitivos, el tratamiento debe ser consensuado con los padres y /o cuidador de acuerdo a las características del paciente.	BP
En caso de avulsión de un diente definitivo se recomienda realizar la endodoncia en la mano, previo a su reimplantación.	BP

3. Material de sutura

Síntesis de evidencia

El uso de suturas y materiales hemostáticos es apropiado en pacientes en situación de discapacidad en salud que son sometidos a tratamiento bajo anestesia general. NIVEL DE EVIDENCIA 4(16).

Debido a la dificultad que implica el retiro de la sutura en pacientes poco colaboradores, se debe preferir el uso de materiales reabsorbibles, a menos que exista una contraindicación para ello. NIVEL DE EVIDENCIA 4(15,16).

Recomendaciones

Material de sutura	Grado de recomendación
Se recomienda el uso de suturas reabsorbibles debido a las dificultades que implica la eliminación de la sutura no reabsorbible en pacientes que no cooperan, a menos que esté contraindicado.	C

4. Analgésicos peri exodoncias

Síntesis de evidencia

En un estudio realizado en niños menores de 12 años atendidos bajo anestesia general para tratamiento odontológico, el 95% de ellos manifestó dolor postoperatorio. Su intensidad fue principalmente moderada, desapareciendo al cuarto día luego de la intervención. El dolor fue más intenso en niños mayores de 4 años, en niños sometidos a exodoncias y en aquellos que requerían mayor número de procedimientos odontológicos. El uso de ibuprofeno o acetaminofeno (paracetamol) en dosis de acuerdo a las recomendaciones del fabricante fue efectivo para controlar el dolor postoperatorio. NIVEL DE EVIDENCIA 3(52).

El uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y paracetamol está indicado para lograr analgesia en pacientes sometidos a extracciones bajo anestesia general. El uso de analgésicos debe iniciarse idealmente antes de la cirugía y extenderse por el tiempo que sea necesario luego de la intervención(53).

Los analgésicos opiáceos pueden prologar el período de recuperación y aumentar la sedación, razón por la que su uso debe reservarse para casos complejos de múltiples extracciones, cuando los AINE y paracetamol estén contraindicados o hayan mostrado ser insuficientes para lograr la analgesia. Cuando sea necesario, puede indicarse durante el intra-operatorio fentanilo intravenoso (0.5-1.0 mcg/kg) o tramadol intravenoso (1-2mg/kg), acompañado de un antiemético. En caso de requerir anestesia de rescate durante el post-operatorio inmediato, se sugiere indicar codeína oral (0.5-1 mg/kg) o tramadol oral (1-2 mg/kg)(53).

Tabla 1: Regímenes de analgesia sugeridos perieodoncias en niños

	Pre-operatorio	Intra-operatorio	Post-operatorio
Opción 1	PARACETAMOL oral 20mg/kg, 1 hora antes	--	IBUPROFENO oral 5-10mg/kg, (PRN: según necesidad)
Opción 2	PARACETAMOL oral 20mg/kg, 1 hora antes	DICLOFENACO rectal 1mg/kg después de la inducción	--
Opción 3	PARACETAMOL oral 20mg/kg + IBUPROFENO oral 5-10 mg/kg, 1 hora antes	--	--
Opción 4	IBUPROFENO oral 5-10 mg/kg, 1 hora antes	--	PARACETAMOL oral 20mg/kg (PRN: según necesidad)
Opción 5	IBUPROFENO oral 5-10 mg/kg, 1 hora antes	PARACETAMOL intravenoso* 15mg/kg	--
Opción 6	--	PARACETAMOL intravenoso* 15mg/kg	IBUPROFENO oral 5-10mg/kg, (PRN: según necesidad)

*Indicado para niños mayores de 1 año. Debe ser aplicado durante un período de 15 minutos, lo que puede restringir su indicación en casos de cirugías muy breves.

Fuente: Guidelines for the management of children referred for dental extractions under general anaesthesia (53).

Recomendaciones

Analgésicos periexodoncias	Grado de recomendación
Al escoger el esquema analgésico se debe tomar en consideración los procedimientos realizados.	C
Cuando se realicen exodoncias ambulatorias, se recomienda indicar un esquema analgésico post quirúrgico.	BP
En caso de anestesia general la analgesia puede ser pre, intra y/o post tratamiento (ver tabla1).	BP
No hay estudios que determinen que un régimen analgésico es más efectivo que otro	I

D. MANEJO NO FARMACOLÓGICO DE PACIENTES EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD

Este apartado fue desarrollado basado en buenas prácticas de los profesionales dedicados a atención de personas en situación de discapacidad. Además, se recopiló toda la evidencia disponible hasta la fecha, con la finalidad de colaborar en el acercamiento y tratamiento del odontólogo a personas en situación de discapacidad.

1. Comunicación con personas en situación de discapacidad

Síntesis de evidencia

La comunicación es un proceso vital en la atención odontológica, e involucra el recibir y entregar información a través de diversos canales (escrito, verbal y una serie de métodos no verbales como el tono de la voz, expresión facial, el lenguaje corporal y los gestos). Existen estimaciones que entre el 50 al 90% de las personas en situación de discapacidad a menudo tienen dificultades para comunicarse(54).

Es esencial que el profesional considere la comunicación en el sentido más amplio para encontrar la forma más eficaz para relacionarse con el paciente, los métodos a utilizar incluyen gestos, símbolos, fotos, objetos, dibujos, escritura, hablar, métodos propios como el parpadeo, entre otros. El equipo de salud necesita conocer muy bien a su paciente y que herramientas de comunicación son más apropiadas para él. En muchas ocasiones la familia o cuidadores pueden ser una fuente útil de esta información, por ejemplo identificar como expresa dolor la persona. Se deben realizar todos los esfuerzos necesarios para hablar con el paciente directamente, usando su nombre preferido(54).

Recomendaciones

Comunicación	Grado de recomendación
Se debe consultar a la familia o cuidadores sobre los métodos más eficaces de comunicación con la persona.	BP

2. Técnicas de abordaje conductual

Síntesis de evidencia

Las técnicas de abordaje conductual tienen como objetivo el lograr un adecuado soporte afectivo, para lo que es necesario utilizar un manejo cuidadoso de la comunicación que permita crear un ambiente receptivo, que refuerce apropiadamente los logros adaptativos del paciente, su cooperación y compromiso con las metas del tratamiento(10).

Entre las técnicas de abordaje comunicativas de la conducta se describen(10,51):

- **DMH (decir, mostrar y hacer).** Consiste en una explicación verbal de los procedimientos a realizar, utilizando un lenguaje y vocabulario que el paciente pueda reconocer con facilidad, especialmente en la descripción de los procedimientos a realizar. Recreación de las actividades a realizar desde el punto de vista visual, táctil, olfatorio y auditivo. Finalmente se deben realizar las actividades descritas. Esta técnica debe ser usada con herramientas de comunicación verbal y no verbal y un refuerzo positivo, logrando transmitir seguridad al paciente y obtener la atención y colaboración de éste ante el tratamiento a realizar. El objetivo de esta técnica es enseñar a los pacientes los aspectos más relevantes de los procedimientos a realizar y familiarizarse con el ambiente odontológico, así como dar forma a la respuesta a los procedimientos.
- **Control de voz.** Es una alteración controlada del volumen, tono y ritmo de la voz para influenciar y dirigir la conducta del paciente. Es recomendable usar un tono amable en todo momento, manejando la modulación oportunamente ya que sus resultados son más efectivos si se aplican al detectar los primeros síntomas de mal comportamiento. Permite establecer los apropiados roles de los adultos y los niños, evitando conductas negativas y obtiene la atención y confort del paciente.
- **Distracción.** Es una técnica que consiste en desviar la atención del paciente de aquello que es considerado como un procedimiento desagradable. Pueden utilizarse técnicas como la imaginación, música, los juguetes y la conversación. Dar un recreo corto durante un procedimiento considerado como estresante puede ser tan efectivo como la distracción. El objetivo de esta técnica es disminuir la percepción de desagrado y evitar conductas negativas.

- **Refuerzo Positivo.** Es una técnica eficaz para premiar las conductas deseadas y por lo tanto fortalecer la repetición de ellas. Incluye la modulación de la voz en forma positiva, expresión facial y adecuadas demostraciones físicas por parte del equipo dental. Su objetivo es reforzar el comportamiento deseado.

También se ha descrito la necesidad de reducir el tiempo de espera antes de la atención y valorar la presencia de los padres.

Cuando las técnicas comunicativas no son suficientes para el manejo del comportamiento del paciente se pueden complementar con otras técnicas de estabilización o contención física que limiten, no que impidan sus movimientos, y de alguna manera lleguen a producir relajación.

Existen diferentes técnicas de limitación del movimiento o contención física, que van desde la restricción manual efectuada por la mamá o apoderado, hasta la realizada mediante el uso de aditamentos simples de fijación al sillón dental, cuyo objetivo es interferir en los movimientos involuntarios del paciente, de modo de proteger su integridad física, con el fin de realizar el tratamiento de una forma segura y de calidad. También se puede inmovilizar la boca, mediante el uso de abre bocas o apoya mordidas, los que se utilizan para que el paciente no se canse durante la atención y en caso de que no pueda mantener la boca abierta durante el tratamiento odontológico. Se debe contar con el consentimiento informado de los padres y/o cuidadores previo a la implementación de estas medidas de contención.

Si luego de utilizar estas técnicas aún no se logra atender al paciente, pueden utilizarse otras técnicas de manejo como la inhalación de óxido nítrico, sedación y anestesia general. La selección de la modalidad de atención se realizará después de evaluar las condiciones particulares del paciente y firmar el consentimiento correspondiente(55). Se sugiere revisar la Norma de control de la ansiedad en la atención odontológica(10).

Recomendaciones

Técnicas de abordaje conductual	Grado de recomendación
Se debe seleccionar la mejor técnica de abordaje conductual de acuerdo a las características del paciente.	BP
Cuando las técnicas comunicativas no son suficientes para el manejo del paciente se pueden utilizar técnicas de contención física.	BP
Se debe contar con el consentimiento informado, del paciente o cuidador, previo a la utilización de una técnica de contención física.	BP

3. Técnicas complementarias: Flores de Bach

Síntesis de evidencia

Las Flores de Bach son una serie de esencias naturales utilizadas para ayudar a lograr un balance emocional, y son comúnmente recomendadas para problemas psicológicos y el dolor. La teoría se basa en la creencia que las enfermedades físicas tienen un origen emocional, y que si los conflictos emocionales subsisten por mucho tiempo, la enfermedad del cuerpo empieza a aparecer; sin embargo, al restaurar el equilibrio emocional se resuelve la enfermedad física.

Se ha observado que el uso de las Flores de Bach provoca cambios positivos emocionales en la mayoría de los pacientes, en particular, el alivio de las emociones negativas y la promoción del pensamiento positivo, pero es difícil sacar una conclusión definitiva en cuanto a la significación del valor terapéutico de estos recursos en relación con el dolor por encima de la de un placebo NIVEL DE EVIDENCIA 2(56,57). La evidencia disponible indica que las flores de Bach son probablemente seguras en su uso. NIVEL DE EVIDENCIA 2(56)

4. Modalidades de atención

Síntesis de evidencia

La atención odontológica de pacientes en situación de discapacidad puede describirse como un continuo que va desde las realizadas en el sillón dental; con el uso eficientes de técnicas psicológicas, control físico del paciente, control farmacológico sedativo; hasta las realizadas en pabellón bajo anestesia general (58). En Chile la Norma de Control de la ansiedad en la atención odontológica (10) entrega pautas para el abordaje de las diferentes etapas de este continuo.

En la selección de la modalidad de atención, el manejo del dolor y la ansiedad son factores claves a considerar. NIVEL DE EVIDENCIA 4(58). Pero también se deben tener en consideración la edad y tipo de discapacidad del paciente, la colaboración al momento de la atención (utilizando diferentes técnicas de abordaje), y el tipo y complejidad del tratamiento a realizar.

Se debe considerar la normativa vigente al definir la modalidad de atención, y el ambiente permitido para realizar los procedimientos complementarios a la atención odontológica. El Decreto Supremo 283 del Ministerio de Salud establece que los pabellones de cirugía menor están destinados a realizar intervenciones quirúrgicas médicas u odontológicas que no requieren la hospitalización del paciente, al que se le aplica sedación y/o anestesia local, y el Decreto Supremo 161 del Ministerio de Salud en su título V, de los establecimientos que presten atención medico-quirúrgica, regula las condiciones de los establecimientos que realizan procedimientos bajo anestesia general.

Al momento de decidir sobre la modalidad de atención, se debe considerar el riesgo de fracaso del tratamiento. Cuando el riesgo es alto y las probabilidades de requerir la repetición del tratamiento para corregir la falla también son elevadas, la atención bajo anestesia general puede no estar justificada. NIVEL DE EVIDENCIA 4(16).

Recomendaciones

Modalidad de atención	Grado de recomendación
La selección de la modalidad de atención debe considerar las características de la de discapacidad, la colaboración del paciente y del entorno, el tipo y complejidad del tratamiento a realizar.	BP
Luego de definir la modalidad de atención. Se debe considerar la normativa vigente al seleccionar el lugar donde se realizará la atención.	BP

E. ATENCIÓN EN PABELLÓN BAJO ANESTESIA GENERAL

El uso de sedación en odontología es considerado seguro y efectivo cuando es administrado por personal adecuadamente capacitado. Todo paciente que requiera sedación debe ser evaluado de acuerdo a su nivel de riesgo. La clasificación más usada para definir riesgo e indicar grado de sedación es la propuesta por la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA)(59). La sedación se considera un continuo que va desde la sedación mínima o ansiolisis hasta la anestesia general(60).

La sedación en niños, a diferencia de la sedación en adultos, es administrada frecuentemente para controlar la conducta y permitir el desarrollo seguro de los procedimientos clínicos. Los objetivos que se buscan son: 1) proteger la seguridad y bienestar del paciente; 2) minimizar las molestias físicas y dolor, 3) controlar la ansiedad, minimizar el trauma psicológico y maximizar el potencial de amnesia, 4) controlar el comportamiento y/o movimientos para facilitar la ejecución segura de los procedimientos, 5) devolver al paciente a un estado seguro para otorgar el alta médica(61).

Los profesionales que realizan atención odontológica bajo sedación deben contar con la infraestructura, personal y equipamiento necesarios para manejar emergencias y situaciones de rescate. El equipamiento de emergencia debe incluir drogas y elementos suficientes para reanimar a un paciente inconsciente que no respira y entregar el soporte vital hasta que el paciente sea atendido por el equipo médico. Los procedimientos de urgencia deben estar protocolizados, incluyendo la activación de sistemas de ambulancia y rescate(61).

Preguntas clínicas abordadas en la guía

- ¿Cómo debe realizarse el examen físico de pacientes con discapacidad que recibirán atención odontológica, y qué factores determinan que estos pacientes sean atendidos bajo anestesia general o en el sillón dental? Este ítem comprende examen físico, exámenes de laboratorio, valoración previa y completa del paciente.
- ¿Cuál es la efectividad de los anestésicos locales para evitar el dolor en pacientes con discapacidad, sometidos a atención dental bajo anestesia general?
- ¿Qué medidas postoperatorias son más efectivas para mejorar el bienestar del paciente con discapacidad, de acuerdo a parámetros clínicos y medidos por el paciente, luego de una atención odontológica bajo anestesia general? ¿Cuáles son todas las recomendaciones?

- ¿Cuáles son los factores pronósticos que determinan necesidad de cualquier tipo de re-intervención, en general y de acuerdo al tipo de material de obturación utilizado, en pacientes con discapacidad?
- ¿Cuáles son las condiciones que debe cumplir el equipo tratante de pacientes con discapacidad bajo anestesia general, en términos de su experiencia?

1. Factores que determinan la indicación de atención en pabellón bajo anestesia general

Síntesis de evidencia

La evaluación previa del paciente y sus necesidades permite mejorar la pertinencia del uso de anestesia general, reduciendo las complicaciones y la necesidad de futuras intervenciones. NIVEL DE EVIDENCIA 4(16). El uso de anestesia general se indica cuando el tratamiento con el paciente en estado consciente o con sedación consciente no ha sido satisfactorio o efectivo. Debido a las complicaciones y riesgos asociados a la anestesia general, su indicación se reserva como último recurso. NIVEL DE EVIDENCIA 4(62).

La falta de capacidad del paciente para cooperar durante el tratamiento es una de las indicaciones más frecuentes para la atención bajo anestesia general, destacando también el miedo y la ansiedad relacionada con la atención como razones de su indicación. NIVEL DE EVIDENCIA 4(62). La capacidad del niño para colaborar durante la atención depende de su edad cronológica y desarrollo. NIVEL DE EVIDENCIA 4(61). En pacientes infantiles con gran magnitud y extensión del daño bucal, se indica con mayor frecuencia la atención bajo anestesia general. NIVEL DE EVIDENCIA 4(62).

La presencia de infecciones odontogénicas agudas que dificultan la acción de los anestésicos locales y la necesidad de realizar procedimientos quirúrgicos complejos o de urgencia son situaciones en las que el uso de anestesia general es apropiado. NIVEL DE EVIDENCIA 4(62).

Al momento de decidir sobre la modalidad de atención, se debe considerar el riesgo de fracaso del tratamiento. Cuando el riesgo es alto y las probabilidades de requerir la repetición del tratamiento para corregir la falla también son elevadas, la atención bajo anestesia general puede no estar justificada. NIVEL DE EVIDENCIA 4(16).

Recomendaciones

Indicaciones de la atención bajo anestesia general	Grado de recomendación
La anestesia general debe ser considerada luego de haber intentado otros métodos para atender al paciente, debido a los riesgos que ésta implica.	C
Los pacientes con riesgo médico o con alteraciones de la comunicación y cooperación deben ser atendidos bajo anestesia general para tratamiento odontológico restaurador y/o quirúrgico complejo.	BP

2. Evaluación previa del paciente que recibirá atención bajo anestesia general

Síntesis de evidencia

La atención odontológica en pabellón bajo anestesia general implica una serie de etapas en las que destacan la evaluación pre-anestésica (incluye evaluación según clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiología, ASA), la interconsulta y evaluación médica, la entrega de instrucciones preoperatorias, el consentimiento del paciente o cuidador, la premedicación anestésica, la administración anestésica, el desarrollo de procedimientos clínicos planificados (incluye examen y radiografías, si fuera necesario) y la recuperación post-anestesia. La primera evaluación debe realizarse al menos una semana antes de la intervención, para permitir la realización de exámenes de laboratorio y la evaluación médica, cuando corresponda. Si un paciente acude de urgencia puede ser tratado el mismo día, si cumple con los requerimientos de limitación de consumo de alimentos y líquidos y no tiene desórdenes médicos significativos NIVEL DE EVIDENCIA 4(63).

La evaluación del paciente debe ser realizada por el dentista que realizará el tratamiento, con el propósito de generar una relación de confianza con el paciente y su cuidador. NIVEL DE EVIDENCIA 4(63). La evaluación del paciente se inicia desde que ingresa a la consulta, para determinar su grado de cooperación. NIVEL DE EVIDENCIA 4(64). Durante esta evaluación, deben considerarse aspectos relacionados con la condición médica y estado de salud bucal, junto con la evaluación anestésica preliminar. Entre los aspectos a evaluar destacan la confirmación de la necesidad y plan de tratamiento, el nivel de cooperación y comprensión del paciente y sus padres o cuidador y la necesidad de interconsulta médica. Se deben discutir las alternativas de tratamiento, considerando sus riesgos y beneficios(53).

Junto con recoger los antecedentes relevantes del paciente, el profesional debe educar y entregar información relativa a la atención odontológica que se propone realizar, y obtener el consentimiento informado para la atención bajo anestesia general. NIVEL DE EVIDENCIA 4(63). Es importante informar al paciente y cuidador sobre los cuidados previos y de preparación para la anestesia general (alimentación, traslado, acompañamiento, vestimenta) y entregar el apoyo necesario para que se cumplan las instrucciones entregadas. Se debe entregar la información de manera oportuna, por escrito y en un lenguaje que sea comprensible para el paciente y sus padres(53).

Una historia médica precisa, completa y actualizada es necesaria para un correcto diagnóstico y efectivo plan de tratamiento. Es importante indagar sobre el motivo de la consulta, la historia de la enfermedad actual, las condiciones médicas o enfermedades existentes, proveedores de cuidados médicos, la historia de hospitalizaciones y cirugías, experiencias previas con anestesia, medicación actual, alergias, historia de inmunizaciones, historia familiar y social. NIVEL DE EVIDENCIA 4(2). Es importante complementar estos antecedentes con una inspección física con énfasis en los sistemas cardiovascular y respiratorio. Los signos vitales deben registrarse junto al peso y talla del paciente. NIVEL DE EVIDENCIA 4(59).

Las características del examen físico dependen de la historia médica del paciente. Los aspectos mínimos a considerar son la medición de la presión sanguínea, evaluación cardíaca y pulmonar y

presencia de limitaciones físicas (por ejemplo, limitación en la movilidad del cuello y anatomía cráneo facial que pueda alterar la vía aérea). NIVEL DE EVIDENCIA 4(63).

La historia médica del paciente es esencial para disminuir el riesgo de agravar una condición médica cuando se trata un problema odontológico. Si el paciente o sus padres no pueden proporcionar información suficiente, se debe consultar al encargado del cuidado del paciente o a su médico tratante. NIVEL DE EVIDENCIA 4(2).

Junto con la historia médica, es importante explorar los antecedentes de salud bucal. Se debe realizar un examen físico completo de la cavidad oral, cabeza y cuello y evaluar el riesgo cariogénico de forma periódica. NIVEL DE EVIDENCIA 4(2).

Idealmente, el médico anestesiólogo que forma parte del equipo responsable de la atención odontológica debe estar disponible para consultas durante la evaluación del paciente. Si eso no es posible, los antecedentes recopilados durante la evaluación deben ser informados al médico anestesiólogo y los detalles del caso deben discutirse antes del inicio de la atención. NIVEL DE EVIDENCIA 4(16).

La evaluación previa del paciente es una oportunidad para discutir con él(ella) y sus padres o cuidadores los objetivos a alcanzar con un plan de tratamiento a largo plazo. Se debe dar énfasis a las medidas preventivas y abordar las estrategias más adecuadas a las características del paciente para lograr hábitos de alimentación e higiene bucal saludables. Es importante explorar soluciones prácticas que eviten la necesidad de repetir la atención bajo anestesia general. NIVEL DE EVIDENCIA 4(16).

Recomendaciones

Evaluación previa a la atención bajo anestesia general	Grado de recomendación
El paciente debe acudir a una visita de evaluación previo al tratamiento. Esta evaluación no puede ser el mismo día del procedimiento.	C
El paciente debe ser evaluado tanto por el odontólogo que va a entregar el tratamiento, como por el médico anestesiólogo que va a estar presente en el pabellón, en caso de anomalía o patología agregada.	C
La evaluación del paciente debe comenzar en cuanto entra a la consulta, para determinar su grado de cooperación.	C
Todos los antecedentes médicos relevantes deben estar disponibles y actualizados al momento de evaluar al paciente.	BP
Las indicaciones previas a la anestesia general deben ser precisas, y con un lenguaje adecuado al paciente, padres y/o cuidadores. Deben ser entregadas por escrito, además de ser dadas en forma oral.	BP

Como parte de la sesión de evaluación pre-anestésica se debe educar al paciente y su cuidador sobre la experiencia peri-anestésica, dar un esquema de los tiempos implicados en cada fase y explicar lo que se debe esperar en las distintas etapas. Se deben dar las instrucciones peri-operatorias y discutir el consentimiento informado.	C
Si un paciente acude por una urgencia, puede ser tratado el mismo día si es que cumple con los requerimientos de limitación preoperatoria del consumo de comida y bebida (ayuno).	C

3. Uso de anestésicos locales en pacientes sometidos a tratamiento bajo anestesia general

Síntesis de evidencia

Los pacientes considerados candidatos para tratamiento bajo anestesia general deben ser evaluados previamente por un médico anestesiólogo. El uso de premedicación, técnica de anestesia o métodos de manejo del dolor deben ser discutidos con el médico anestesiólogo(53). En acuerdo con el médico anestesiólogo, los anestésicos locales pueden indicarse para reducir la dosis de mantención de las drogas anestésicas. NIVEL DE EVIDENCIA 4(65).

Cuando se evaluó el dolor postoperatorio en pacientes pediátricos menores de 12 años atendidos bajo anestesia general sin anestesia local, quienes fueron sometidos a exodoncias de dientes temporales manifestaron más dolor postoperatorio una vez dados de alta que aquellos sometidos a tratamientos menos invasivos. Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en la intensidad del dolor en el postoperatorio inmediato, sugiriendo que el efecto residual de la anestesia general disminuye el dolor postoperatorio inmediato. NIVEL DE EVIDENCIA 3(52).

El uso de anestésicos locales previo a una exodoncia o cirugía realizada bajo anestesia general puede mejorar el postoperatorio, disminuyendo el dolor y el riesgo de hemorragia cuando se usa vasoconstrictor(16,53). El uso de pequeñas dosis de epinefrina en concentraciones de 1:50.000 en el sitio quirúrgico puede ser indicado para lograr la hemostasia. NIVEL DE EVIDENCIA 4(65).

Se debe manejar rigurosamente las dosis máximas de los anestésicos locales, las que deben ser calculadas antes de iniciar el procedimiento. Considerando la toxicidad neurológica y eventual aumento del efecto de sedación cuando se administra dosis máxima de anestesia local en combinación con drogas sedantes. NIVEL DE EVIDENCIA 4(61).

Durante la administración de los anestésicos locales, el profesional debe aspirar previo a la infiltración para minimizar el riesgo de inyectar el anestésico directamente en el torrente sanguíneo. Si se realiza administración intravascular accidental, se debe recordar que la dosis máxima debe ser menor. NIVEL DE EVIDENCIA 4(61). Las dosis de anestesia local deben disminuirse cuando el paciente es sedado con opioides, esto no sucede cuando se usa óxido nitroso, donde las dosis de anestesia local no deben modificarse(65).

Al indicar anestésicos locales, es importante evaluar el riesgo de trauma en labios, mejillas y lengua que puede ocurrir durante el período de insensibilidad. El riesgo es aún mayor cuando no es posible explicar a los pacientes la sensación de adormecimiento o cuando ellos no son capaces de entender esta sensación (53). Otra alternativa es elegir anestésicos de corta duración y preferir técnicas infiltrativas o al ligamento periodontal. NIVEL DE EVIDENCIA 4(15). En el caso de utilizar anestésicos locales, el personal de la sala de recuperación debe estar informado de su uso para tomar las precauciones necesarias. NIVEL DE EVIDENCIA 4(65).

Recomendaciones

Anestésicos locales en atención bajo anestesia general	Grado de recomendación
Al decidir el uso de anestésicos locales es necesario considerar los procedimientos clínicos a realizar.	C
El uso de anestésico local para tratamientos odontológicos debe ser conversado con el médico anestesista, comunicando si se planifica administrar anestésico con vasoconstrictor.	C
Las dosis máximas de anestésicos locales deben ser calculadas antes de iniciar el procedimiento. Se debe considerar el eventual aumento del efecto de sedación cuando se administra dosis máxima de anestesia local en combinación con drogas sedantes.	C
Al indicar la inyección de anestésicos locales, no se deben elegir técnicas tronculares. Se deben preferir técnicas al ligamento periodontal o infiltrativas.	C
Al inyectar anestésicos locales, siempre se debe realizar aspiración para evitar la administración intravascular.	C
Se debe elegir anestésicos locales de corta duración para reducir la posibilidad de trauma local en el post-operatorio.	C

4. Plan de tratamiento y materiales de restauración para atención bajo anestesia general

Síntesis de evidencia

La definición de un adecuado plan de tratamiento previo a la atención bajo anestesia general y la supervisión del cumplimiento de las medidas preventivas consideradas en el plan de cuidados postoperatorios resulta fundamental para reducir la necesidad de repetir procedimientos clínicos, en especial aquellos que requieren anestesia general. El plan de tratamiento debe considerar la capacidad del paciente para mantener una adecuada higiene oral y la posibilidad de realizar futuras acciones preventivas y restauradoras. La mantención de la salud bucal debe basarse en los cuidados diarios en el hogar y controles periódicos. NIVEL DE EVIDENCIA 4(16). El plan de cuidados a largo

plazo debe considerar la condición médica, física y psicológica actual del paciente y su pronóstico, de manera de entregar las recomendaciones más adecuadas para mantener una buena salud bucal a lo largo de la vida. NIVEL DE EVIDENCIA 4(58).

Todas las acciones recuperativas definidas en el plan de tratamiento (restauraciones y exodoncias) deben ser ejecutadas en una única sesión de anestesia general, a menos que esté contraindicado para proteger el bienestar del paciente. El tipo de restauración seleccionado debe ser aquel que prometa los mejores resultados en cada diente a tratar. Los dientes que no puedan ser restaurados deben ser extraídos aunque no estén sintomáticos al momento de la atención. NIVEL DE EVIDENCIA 4(16).

Recomendaciones

Plan de tratamiento y material de restauración	Grado de recomendación
El tipo de restauración a realizar debe ser aquel que prometa los mejores resultados de acuerdo a las necesidades del paciente y su capacidad para mantener una adecuada higiene oral.	BP

5. Período de recuperación posterior a la atención bajo anestesia general

Síntesis de evidencia

El período postoperatorio puede dividirse en 3 etapas:(16,53)

- Primera etapa de recuperación: desde que termina la intervención clínica hasta que el paciente despierta, recupera los reflejos protectores y el dolor se encuentra controlado. Hay estabilidad cardiovascular y de la vía aérea, el paciente está cómodo, sin hemorragia ni otra complicación.
- Segunda etapa de recuperación: desde que termina la primera etapa de recuperación hasta que el paciente está en condiciones de ser dado de alta.
- Etapa de recuperación tardía: desde que el paciente es dado de alta hasta que se recupera completamente fisiológica y físicamente de la intervención realizada.

El médico anestesiólogo y el dentista tratante deben informar a la enfermera o al personal encargado de los cuidados postoperatorio sobre las acciones realizadas, incluyendo tipo de anestesia, uso de anestesia local, exodoncias y restauraciones realizadas, junto con indicaciones para el manejo del dolor postoperatorio y necesidad de cuidados especiales que requiera el paciente en la etapa de recuperación. De igual modo, se debe llevar un registro adecuado de la primera etapa de recuperación para facilitar el tránsito hacia la segunda etapa de recuperación. NIVEL DE EVIDENCIA 4(16).

La recuperación debe empezar en un área especialmente acondicionada para el cuidado postoperatorio del paciente, considerando su edad y situación de discapacidad. Se debe permitir que los padres o cuidadores estén presentes cuando el paciente despierte luego de la anestesia(53,64).

En el área de recuperación, el paciente debe ser observado permanentemente y de manera individual y los signos vitales deben registrarse periódicamente. Mientras el paciente no recupere el estado de alerta, deben monitorearse la saturación de oxígeno y el ritmo cardíaco. La sala debe estar adecuadamente equipada, incluyendo equipos de succión y ventilación capaz de entregar ventilación con presión positiva y al menos 90% de oxígeno. NIVEL DE EVIDENCIA 4(61). En casos en que el paciente no tolere una vía intravenosa o está conectado a un monitor estando consciente, éstos deben ser retirados antes de que despierte. NIVEL DE EVIDENCIA 4(64).

La segunda etapa de recuperación debe desarrollarse en un ambiente equipado y con personal capacitado para manejar los problemas postoperatorios más comunes (náuseas, vómitos, analgesia inadecuada, hemorragia) y las eventuales emergencias relacionadas con el sistema cardiovascular y respiratorio. Deben existir protocolos para los procedimientos de soporte vital avanzado y de traslado a dependencias de cuidados críticos. NIVEL DE EVIDENCIA 4(16).

Para los pacientes que tengan dificultad para obedecer o responder a órdenes verbales y hayan sido atendidos con medidas de restricción física, es preferible mantener las medidas de contención hasta que recuperen totalmente la conciencia y sean capaces de deambular por sí mismo. NIVEL DE EVIDENCIA 4(64).

La elección del tipo y técnica anestésica influye en las molestias postoperatorias del paciente luego de la atención bajo anestesia general. Las molestias más frecuentes incluyen dolor, llanto, náuseas, vómitos, sangrado, mareo y agitación. La técnica anestésica a utilizar debe ser aquella que maximice la velocidad y calidad de la recuperación postoperatoria para facilitar el alta del paciente(53).

Algunas situaciones relacionadas con el tipo de anestesia utilizada pueden requerir un período de observación más largo que el habitual. Cuando se utilizan sedantes de larga vida media, el paciente puede tardar más tiempo en recuperar su estado inicial y puede aumentar el riesgo de que entre en un nuevo estado de sedación. En el caso de usar algún medicamento antagonista para revertir el estado de sedación (por ejemplo, flumazenil o naloxona), éstos pueden tener una duración menor a la de las drogas anestésicas, lo que puede provocar que el paciente entre en un nuevo estado de sedación una vez terminado el efecto del antagonista. En ambos casos, puede ser necesario extender el período de observación en un ambiente menos controlado, donde más de un paciente pueda ser observado simultáneamente antes de ser dado de alta. NIVEL DE EVIDENCIA 4(61).

Se ha descrito que la intervención ambulatoria bajo anestesia general no debe exceder las 2 horas de duración. En los casos en que la intervención sea de mayor duración, se sugiere evaluar la hospitalización del paciente para observación postoperatoria hasta el día siguiente. NIVEL DE EVIDENCIA 1(66).

Recomendaciones

Período de recuperación posterior a la anestesia general	Grado de recomendación
Se debe confirmar la remoción de restos dentarios y de material de restauración, del taponamiento faríngeo y se debe chequear la vía aérea antes de finalizar la anestesia y pasar al período de recuperación.	BP
Durante la etapa de recuperación, el registro de signos vitales debe ser en intervalos de tiempo periódicos.	C
El apoderado del paciente debe estar con él en el área de recuperación, ya que es la persona más capacitada para controlar su comportamiento. Debe permanecer en esta área hasta que el paciente vuelva a estar en las mismas condiciones que en el período preoperatorio.	C
Si el paciente sigue somnoliento (por ejemplo al usar sedantes de vida media más larga). Se recomienda observar por un período más prolongado en una sala que puede ser compartida con otros usuarios y mantenerlo más tiempo en el servicio antes de ser dado de alta.	C
Si se usa algún medicamento antagonista para revertir el estado de sedación, se debe considerar un período de observación más largo, ya que estos antagonistas suelen tener una vida media más corta que la droga sedante, lo que puede hacer entrar al paciente en un nuevo estado de sedación una vez terminado el efecto del antagonista.	C
En pacientes que no sean capaces de obedecer o responder a órdenes verbales, se debe mantener la contención a la camilla hasta que recuperen totalmente la conciencia y sean capaces de deambular por sí mismos.	C

6. Criterios de alta para pacientes atendidos bajo anestesia general

Síntesis de evidencia

El proceso a través del cual se entrega el alta debe realizarse en un ambiente en el que los padres o cuidadores comprendan su rol y asuman las responsabilidades necesarias para continuar con el cuidado del paciente en el hogar(53). El paciente debe ser evaluado por el dentista tratante y el médico anesthesiologo posterior a la intervención y antes de ser dado de alta. La responsabilidad del proceso de alta del paciente debe ser compartida entre el dentista tratante, el médico anesthesiologo y la enfermera a cargo de la recuperación postoperatoria. NIVEL DE EVIDENCIA 4(16).

Algunos criterios a considerar para dar el alta del paciente son:(16,53)

- El nivel de conciencia debe ser consistente con el estado preoperatorio del paciente.
- Los parámetros cardiovasculares y respiratorios deben ser estables.

- El nivel de dolor, náuseas, vómitos y sangrado deben ser mínimos.
- La movilidad del paciente debe ser igual a la que tenía antes de la intervención.
- Un adulto responsable debe estar presente y dispuesto a acompañar y cuidar al paciente durante el traslado al hogar.
- Un transporte adecuado debe estar disponible para el traslado del paciente al hogar.
- El estado de hidratación debe ser adecuado. NIVEL DE EVIDENCIA 4(61).

En algunos pacientes, en especial en aquellos con discapacidad mental, resulta difícil evaluar el grado de recuperación luego de la anestesia general, por la dificultad que pueden presentar para comunicarse y responder las preguntas tradicionales para evaluar el grado de conciencia (por ejemplo, indicar el nombre, fecha de cumpleaños, día de la semana, etc.). Además, al momento de despertar, pueden manifestar un intenso deseo de abandonar la sala de recuperación. NIVEL DE EVIDENCIA 4(59).

Una herramienta simple de evaluación previa al alta consiste en observar la capacidad del paciente para mantenerse despierto por al menos 20 minutos cuando se encuentra en un ambiente tranquilo. NIVEL DE EVIDENCIA 4(61). Más aún, cuando un paciente está deambulando normalmente y no permite que sean medidos sus signos vitales, es posible asumir que sus signos vitales están normales y probablemente ha retornado a su estado previo a la anestesia. NIVEL DE EVIDENCIA 4(64).

Otro instrumento para determinar el alta del paciente es el "Puntaje de recuperación post anestesia (Post Anesthetic Recovery Score, PARS)". Esta herramienta permite evaluar la función respiratoria y motora, el cambio en la presión sanguínea, el nivel de saturación de oxígeno y el sistema nervioso central. Esta pauta debe aplicarse antes y después de la anestesia general y se considera que el paciente puede ser dado de alta cuando existe una diferencia de hasta 2 puntos en comparación con la evaluación preoperatoria. NIVEL DE EVIDENCIA 4(63).

Tabla 2: Puntaje de recuperación post anestesia (PARS)

Función	Puntaje		
	0	1	2
Función respiratoria	Apnea	Respiración limitada	Capaz de respirar profundamente
Función motora	Sin movimientos	Se mueve cuando es estimulado	Se mueve voluntariamente
Cambio en la presión sanguínea en comparación al estado previo a la anestesia	Mayor al 50%	20-50%	Menor al 20%
Saturación de oxígeno	Menos del 90%	90-95%	Mayor al 95%
Sistema nervioso central	Sin respuesta	Según estímulo	Despierto

Fuente: Management of the special care patient in a dental surgery center(63)

El traslado del paciente desde el lugar donde recibió la atención hacia el hogar luego del alta es un aspecto crítico que debe ser abordado en el proceso del alta. El paciente debe ser trasladado utilizando cinturón de seguridad, en posición levemente reclinada y en compañía de un adulto que controle la posición de la cabeza para mantener la vía aérea permeable durante el trayecto. NIVEL DE EVIDENCIA 4(59).

Recomendaciones

Criterios de alta para atención bajo anestesia general	Grado de recomendación
Los signos vitales deben ser medidos y registrados en la ficha clínica antes de dar el alta.	C
Los criterios que debe cumplir un paciente que ha sido sometido a anestesia general antes de darlo de alta son: niveles de conciencia adecuados a su condición y morbilidad, parámetros fisiológicos estables, control de dolor, náuseas y vómitos, ausencia de hemorragia en el sitio operatorio	C
El alta debe ser consensuada por el dentista, el anestesista y la enfermera del equipo que siguió la recuperación del paciente desde que salió del pabellón	C

7. Indicaciones postoperatorias

Síntesis de evidencia

Se debe advertir al paciente y sus padres sobre los posible síntomas que pueden ocurrir durante las primeras 24 horas postoperatorias. NIVEL DE EVIDENCIA 4(16). El equipo tratante debe entregar indicaciones verbales y escritas a los padres sobre el cuidado del paciente en el hogar, en relación a la analgesia, náuseas o vómitos, efectos residuales de la anestesia, sangrado, cuidado de suturas, alimentación, retorno a las actividades habituales, teléfonos de contacto en caso de emergencias o consultas y prevención de caries. De ser necesario, se deben dejar definidos los controles de seguimiento(53).

Los medicamentos postoperatorios como analgésicos, antibióticos o enjuagatorios orales pueden ser indicados para su uso en el hogar, siendo necesario entregar instrucciones claras, verbales y escritas, sobre su uso. NIVEL DE EVIDENCIA 4(16).

La primera evaluación posterior al alta debe ser realizada idealmente por el dentista tratante 24-48 horas después del alta. En el caso en que no sea posible o apropiado controlar personalmente al paciente, el dentista debe evaluar a través del contacto telefónico con el paciente o su cuidador el nivel de comodidad del paciente, la presencia de hemorragia en el sitio de la cirugía o exodoncia, persistencia de dolor no controlado y la existencia de cualquier otro signo o síntoma que cause preocupación en el paciente o cuidador. Se deben entregar las indicaciones a seguir en caso de

persistir los síntomas o signos adversos y planificar los controles posteriores para el retiro de suturas no reabsorbibles si corresponde (3-7 días posterior a la intervención) y programar los controles de seguimiento (2-3 meses posteriores a la atención). NIVEL DE EVIDENCIA 4(16).

Recomendaciones

Indicaciones postoperatorias	Grado de recomendación
Las indicaciones postoperatorias deben ser entregadas al paciente y a su apoderado en forma verbal y escrita.	C
Antes de dar el alta, se deben planificar los controles inmediatos (3-7 días posterior a la intervención) y programar los controles de seguimiento.	C
Los padres y el encargado de los cuidados del usuario deben ser informados sobre los efectos cognitivos y del comportamiento derivados del uso de anestesia general junto con una escala de tiempo de los distintos acontecimientos.	C

8. Controles de seguimiento posterior a la atención bajo anestesia general

Síntesis de evidencia

El control de seguimiento a los 2-3 meses posterior a la atención bajo anestesia general tiene el propósito de evaluar aspectos relacionados con cambios en la historia médica y cuidados de salud; cicatrización de las heridas; recuperación de las actividades diarias habituales, en especial las relacionadas con alimentación e higiene oral; cumplimiento de las indicaciones postoperatorias y refuerzo de las medidas preventivas indicadas. NIVEL DE EVIDENCIA 4(16).

La reevaluación del riesgo de salud bucal posterior a la atención bajo anestesia general, junto con la evaluación de cambios relacionados con la dieta e higiene oral deben ser incluidos en el plan de cuidados de salud bucal. Es importante analizar las prácticas alimentarias y su modificación en el tiempo, incorporando mensajes de alimentación saludables en relación a la salud bucal y bienestar general. Las prácticas de higiene bucal deben ser reforzadas y adaptadas según las necesidades individuales. El uso de enjuagatorios fluorurados cuando la pasta no es bien tolerada y el uso de cepillos especiales o eléctricos debe ser discutido en los controles de seguimiento. NIVEL DE EVIDENCIA 4(16). La evaluación del riesgo de caries debe ser periódica para identificar cualquier cambio que requiera ajustar las medidas preventivas. NIVEL DE EVIDENCIA 4(2).

La evidencia disponible para determinar un esquema y frecuencia de controles de salud bucal en atención primaria es insuficiente y las prestaciones incluidas en estos controles difieren entre países. En términos generales, el control de salud bucal se define como el retorno planificado y no precipitado de un paciente que tenía buen estado de salud bucal la última vez que fue evaluado. Este control incluye un examen clínico para detectar signos y síntomas de enfermedades bucales y

la entrega de consejos orientados a la prevención de estas enfermedades. Adicionalmente, puede incluir prestaciones preventivas (como la aplicación de flúor) y destartraje. NIVEL DE EVIDENCIA 1(67). Dependiendo de la situación de discapacidad de cada paciente, puede ser necesario realizar los controles de seguimiento bajo algún grado de sedación. NIVEL DE EVIDENCIA 4(16).

La frecuencia de los controles debe definirse individualmente, considerando el perfil de riesgo, las necesidades y capacidades del paciente. NIVEL DE EVIDENCIA 4(2,16). En personas menores de 18 años, se sugiere que la frecuencia de los controles sea no menor a 3 meses ni mayor a 12 meses; en mayores de 18 años, los controles puede aplazarse hasta por 24 meses(68). Cuando el daño es severo, puede ser necesario evaluar al paciente cada 2-3 meses, o incluso con mayor frecuencia. NIVEL DE EVIDENCIA 4(2). En personas con síndrome Down, se sugiere controles cada 3-5 meses para prevenir problemas periodontales. NIVEL DE EVIDENCIA 4(16).

La opinión y preferencia de los pacientes y cuidadores también debe considerarse al momento de definir la periodicidad de los controles; la frecuencia de las visitas puede modificarse a lo largo del tiempo, ajustando el esquema a las preferencias de los pacientes y a los resultados de salud obtenidos. NIVEL DE EVIDENCIA 4(68).

Recomendaciones

Controles de seguimiento	Grado de recomendación
El seguimiento a mediano plazo (2-3 meses) debe evaluar aspectos relacionados con cambios en la historia médica y cuidados de salud bucal.	C
La frecuencia de los controles dependerá de cada paciente. Debe basarse en la evaluación de sus niveles de enfermedad y riesgo de caries y ajustarse a su situación de discapacidad.	C
Los pacientes con enfermedades bucales severas deben ser controlados cada 2 o 3 meses o incluso en intervalos de tiempo menores si fuera necesario.	C

9. Condiciones a cumplir por el equipo que realiza la atención bajo anestesia general

Síntesis de evidencia

La atención odontológica de personas en situación de discapacidad debe ser realizada por un equipo liderado por un profesional con entrenamiento y habilidades adecuadas para lograr un trabajo en equipo efectivo, en el que se considere oportunamente la opinión de otros profesionales médicos y de servicios sociales de acuerdo a las necesidades del paciente. NIVEL DE EVIDENCIA 4(58).

La anestesia general debe ser administrada por un médico anestesiólogo capacitado y con experiencia en anestesia general para tratamientos odontológicos y en técnicas actualizadas de

reanimación y soporte vital avanzado según la edad del paciente(53). Las responsabilidades del médico anestesiólogo incluyen la administración de la anestesia y la evaluación constante de los signos vitales, permeabilidad de la vía aérea, estado cardiovascular y neurológico y función ventilatoria. NIVEL DE EVIDENCIA 4(69). El médico anestesiólogo puede requerir un asistente que debe estar capacitado en anestesiología y para colaborar durante el tratamiento bajo anestesia general. NIVEL DE EVIDENCIA 4(16).

El equipo que realiza atención bajo anestesia general debe estar compuesto por al menos un médico anestesiólogo, un dentista y personal de apoyo. Todos ellos deben estar entrenados para responder adecuadamente frente a situaciones de emergencia que requieran reanimación o soporte vital. NIVEL DE EVIDENCIA 4(69).

El dentista que realiza el tratamiento en pabellón debe tener experiencia en atención de pacientes en situación de discapacidad y conocer en detalle los antecedentes relevantes del paciente. En casos en que la evaluación prequirúrgica no permita planificar el tratamiento, es deseable contar con una segunda opinión durante la atención en el pabellón. El personal auxiliar debe estar entrenado para manejar adecuadamente las situaciones rutinarias e inesperadas relacionadas con las acciones clínicas. Cuando se realizan acciones quirúrgicas que requieran condiciones estériles, debe haber personal adicional que colabore con el equipo que se encuentra con ropa estéril. NIVEL DE EVIDENCIA 4(16).

El equipo debe ser capaz de realizar durante la sesión bajo anestesia general todas las acciones definidas en el plan de tratamiento, a menos que exista alguna contraindicación que lo impida. NIVEL DE EVIDENCIA 4(16).

En la etapa de recuperación, el cuidado del paciente debe estar liderado o supervisado por una enfermera pediátrica e incluir personal capacitado en reanimación pediátrica(53). El monitoreo del paciente debe ser constante, hasta que se recupere la estabilidad respiratoria y cardiovascular y se cumplan los criterios definidos para otorgar el alta. NIVEL DE EVIDENCIA 4(69).

Para lograr y mantener las habilidades requeridas y optimizar la efectividad del equipo en el manejo de emergencias en el pabellón o sala de recuperación, se recomienda realizar actualizaciones periódicas sobre técnicas de reanimación y entrenamiento en situaciones simuladas de emergencias(53).

Recomendaciones

Condiciones del equipo que realiza atención bajo anestesia general	Grado de recomendación
El equipo que realiza atención bajo anestesia general debe estar compuesto por al menos un médico anestesiólogo, un dentista y personal de apoyo.	C
Todos los profesionales del equipo que atiende al paciente en situación de discapacidad deben tener conocimientos en RCP y realizar actualizaciones periódicas sobre técnicas de resucitación.	C

El/la dentista responsable del tratamiento en pabellón debe tener experiencia en atención de pacientes en situación de discapacidad y conocer en detalle los antecedentes relevantes del mismo.	C
El odontólogo debe velar porque el equipo de anestesia cuente con sus credenciales vigentes y experiencia adecuada.	C

IV. IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA

A. SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD EN CHILE Y BARRERAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

Según Owens y cols.(70) el acceso a la atención por un especialista, presenta seis dimensiones a considerar desde la perspectiva de las personas en situación de discapacidad, entre los que se encuentran la disponibilidad (volumen y tipo de servicios en un área), accesibilidad (el medio físico por el que la persona accede a los servicios), acomodación (cuan fácil es para la persona lograr la atención, como por ejemplo flexibilidad de horarios, amplitud de los horarios, etc.); aceptabilidad (grado de satisfacción expresado por la persona); atención acorde a las necesidades (es el servicio obtenido lo que el paciente requería de la profesión); asequibilidad (el costo del servicio y la capacidad de pagar por él).

En Chile desde el año 2010 de acuerdo a la ley 20.422(71) se deben garantizar la accesibilidad universal, esto es condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas, en condiciones de seguridad y comodidad, de la forma más autónoma y natural posible, de modo de asegurar la igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad. Por otra parte, desde el año 2012 en FONASA se cuenta con un programa piloto de atención odontológica para personas en situación de discapacidad, que permite a pacientes de escasos recursos acceder a atención ya sea en sillón dental o bajo anestesia general con un costo reducido, de acuerdo a su nivel de ingresos, prestaciones que son realizadas por especialistas a lo largo de todo el país.

Por otra parte, estudios realizados a odontólogos(72-74) han demostrado que desde su perspectiva las dimensiones que afectan el acceso tienen relación con el comportamiento y grado de discapacidad de los pacientes, magnitud del daño bucal, y falta de entrenamiento de los odontólogos en la atención de los pacientes con necesidades especiales.

De acuerdo a una consulta realizada por el Ministerio de Salud, un 40% de las Universidades que forman odontólogos tiene educación en pacientes especiales, y en la mitad de ellas su duración es menor a 10 horas, permitiendo sólo realizar clases teóricas. En el caso de la formación de Odontopediatra el 40% cuenta con formación en la atención de personas con discapacidad y la cantidad de horas varía de 30 a 648 horas, las que incluyen práctica en atención de estos pacientes.

La falta de atención a las personas en situación de discapacidad se ha definido como una de las causas del estado de salud oral de las personas en situación de discapacidad(5), siendo un desafío el avanzar para mejorar esta situación.

B. DISEMINACIÓN

Otras versiones de la guía:

- Versión resumida : Guía de consulta rápida disponible
- Versión para pacientes: No disponible

C. EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA GUÍA

Se recomienda al encargado del servicio de atención de pacientes en situación de discapacidad (PSD), o al encargado del área odontológica, evaluar la adherencia a las recomendaciones de la presente guía y los desenlaces de los pacientes mediante alguno(s) de los indicadores siguientes:

Indicadores de proceso

Se sugiere que la fuente de la información para construir los indicadores de proceso sea una encuesta anual realizada por el coordinador de la red de atención.

Conocimiento de la GPC

$$\frac{\text{Nº de profesionales odontólogos que atiende a PSD que conoce la GPC}}{\text{Total de profesionales odontólogos que atiende a PSD}} * 100$$

Aplicación de la GPC

$$\frac{\text{Nº de odontólogos que atiende a PSD que aplica las recomendaciones de la GPC}}{\text{Total de profesionales odontólogos que atiende a PSD}} * 100$$

Indicadores de resultado

Se sugiere que la fuente de la información para construir este indicador sea una auditoria de ficha clínica anual, realizada por el coordinador de la red de atención.

$$\frac{\text{Nº de PSD que necesitan una re intervención antes de los 6 meses de dados de alta}}{\text{Total de PSD dados de alta}} * 100$$

V. DESARROLLO DE LA GUÍA

No existen versiones previas de esta guía clínica.

A. GRUPO DE TRABAJO

Los siguientes profesionales aportaron a la elaboración de esta guía. El Ministerio de Salud reconoce que algunas de las recomendaciones o la forma en que han sido presentadas pueden ser objeto de discusión, y que éstas no representan necesariamente la posición de cada uno de los integrantes de la lista.

Coordinación de la elaboración de la GPC

Dra. María José Letelier Ruiz	Odontóloga, Ms en Salud Pública. Asesora Departamento de Salud Bucal de la Subsecretaría de Salud Pública. Docente Fac. de Cs. de la Salud, Universidad Diego Portales.
Dra. Carolina Mendoza Van der Molen	Odontóloga, Doctora en Salud Pública. Asesora Departamento de Salud Bucal de la Subsecretaría de Salud Pública

Grupo de expertos

Dra. Luisa Araneda Moya	Odontopediatra. Hospital de Niños Roberto del Río. Profesor Asistente Facultad de Odontología de la Universidad de Chile. Profesor Odontopediatría, Carrera Odontología, Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo.
Dra. Livia Barrionuevo N.	Odontopediatra. Coordinadora Unidad Dental de Santiago del Instituto de Rehabilitación TELETON.
Dra. Gloria Cornejo García	Jefe de Servicio de Odontología Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda
Dra. Sonia Echeverría López	Odontopediatra. Profesor Asociado Facultad de Odontología de la Universidad de Chile
Dra. Susanne Krämer Strenger	Odontóloga, Ms. Atención de personas con Necesidades Especiales. Profesor Asistente Facultad de Odontología de la Universidad de Chile
Dra. Zacy Nualart Grollmus	Odontopediatra, Ms. Odontología hospitalaria y pacientes especiales. Programa de atención odontológica de pacientes con discapacidad. Servicio de Salud Araucanía Sur
Dra. Alejandra Orellana Bustos	Odontóloga. CDT Hospital San Juan de Dios. Docente Odontopediatría, Carrera Odontología, Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo.
Dra. Liliana Soto Quina	Odontóloga, Ms en salud pública. Docente de la Carrera de Odontología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Diego Portales
Dr. Marcelo Valle Maluenda	Odontólogo, Especialista en atención integral de niños de alto riesgo biológico. Ayudante Facultad de Odontología de la Universidad de Chile
Dra. Gisela Zillmann Geerdt	Odontopediatra, Especialista en Salud Pública. Profesor Titular Facultad de Odontología de la Universidad de Chile
Dr. Rodrigo Casassus Ferrán	Especialista en Trastornos Témporomandibulares y Dolor Orofacial, Ms. Fisiología y Patología del Crecimiento y Desarrollo Máxilo-Facial. Profesor Asistente Facultad de Odontología Universidad de Chile y Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo.

Asesoría metodológica

Sra. Patricia Kraemer Gómez

Documentalista, Secretaría Técnica GES. MINSAL.

Búsqueda de Evidencia (licitación pública)

Unidad de Odontología Basada en Evidencia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile. Jefe de proyecto: Dr. Julio Villanueva Maffei.

Contraparte técnica Departamento Salud Bucal, Subsecretaría de Salud Pública: Dra Claudia Carvajal Pavez

B. DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Fuente de financiamiento: El desarrollo y publicación de la presente guía han sido financiados íntegramente con fondos estatales.

Todos los participantes en el desarrollo de la Guía han declarado no presentar conflicto de intereses.

C. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

A partir de las preguntas clínicas formuladas, se desarrollaron estrategias de búsqueda para cada una de las fuentes de información de la literatura. En la construcción de estas estrategias, se tuvo en consideración los siguientes criterios:

- Se utilizaron como términos claves aquellos derivados de cada una de las preguntas clínicas, tomando en cuenta características específicas de los pacientes (condición clínica) y las intervenciones diagnósticas, terapéuticas y preventivas consideradas.
- Se incorporaron términos libres de uso común en clínica, para su detección tanto en el título como en el resumen de las referencias.
- Las estrategias de búsqueda fueron limitadas a estudios en seres humanos, desarrollados entre el año 1990 y noviembre de 2011, y fueron excluidos los reportes de caso clínico (reportes que incorporan sólo 1 paciente).
- Todos los términos claves y libres fueron adaptados a cada una de las bases de datos consultadas y se respetó la correspondiente sintaxis.

Se consideraron bases de datos electrónicas que almacenan tanto fuentes primarias como secundarias de evidencia. La tabla 3 describe las fuentes de información consultadas.

Tabla 3: Fuentes de información consultadas en la revisión de la literatura

Fuentes primarias	<ul style="list-style-type: none"> - OVID MEDLINE - OVID EMBASE - CENTRAL (Cochrane Central Register of Controlled Trials) - SciELO
Fuentes secundarias	<ul style="list-style-type: none"> - The Cochrane Database of Systematic Reviews (http://www.cochrane.org/) - Tripdatabase - Sumsearch - Evidence Based Dentistry Journal - Evidence Based Clinical Practice Journal - Pubgle (http://www.pubgle.com) - National Health Service Centre for Reviews and Dissemination (U.K.) (http://www.york.ac.uk/inst/crd)
Sitios elaboradores de guías de práctica clínica	<ul style="list-style-type: none"> - New Zealand Guideline Group (New Zealand) (http://www.nzgg.org.nz/) - National Guideline Clearinghouse AHRQ (U.S.) (http://www.guideline.gov/) - Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (U.K.) (http://www.sign.ac.uk/) - Prodigy (U.K.) (http://prodigy.clarity.co.uk/home) - UK Health Centre (U.K.) (http://www.healthcentre.org.uk/) - Institute for Clinical System Improvement (U.S.) (http://www.icsi.org/) - NIHR Health Technology Assessment program (U.K.) (http://www.hta.ac.uk/) - NHS Evidence (U.K.) (http://www.evidence.nhs.uk/) - Fistera (España) (http://www.fistera.com/guias2/index.asp) - Guíasalud.es (España) (http://portal.guiasalud.es) - National Health & Medical Research Council (Australia) (http://www.nhmrc.gov.au/) - Guideline International Network (Alemania) (http://www.g-i-n.net/) - Pubmed MEDLINE (limits "practice guideline" MeSH term)
Buscadores científicos generales	Google Scholar (http://scholar.google.com)

Al momento de seleccionar la evidencia para cada pregunta clínica, se tuvo en consideración los siguientes criterios de selección:

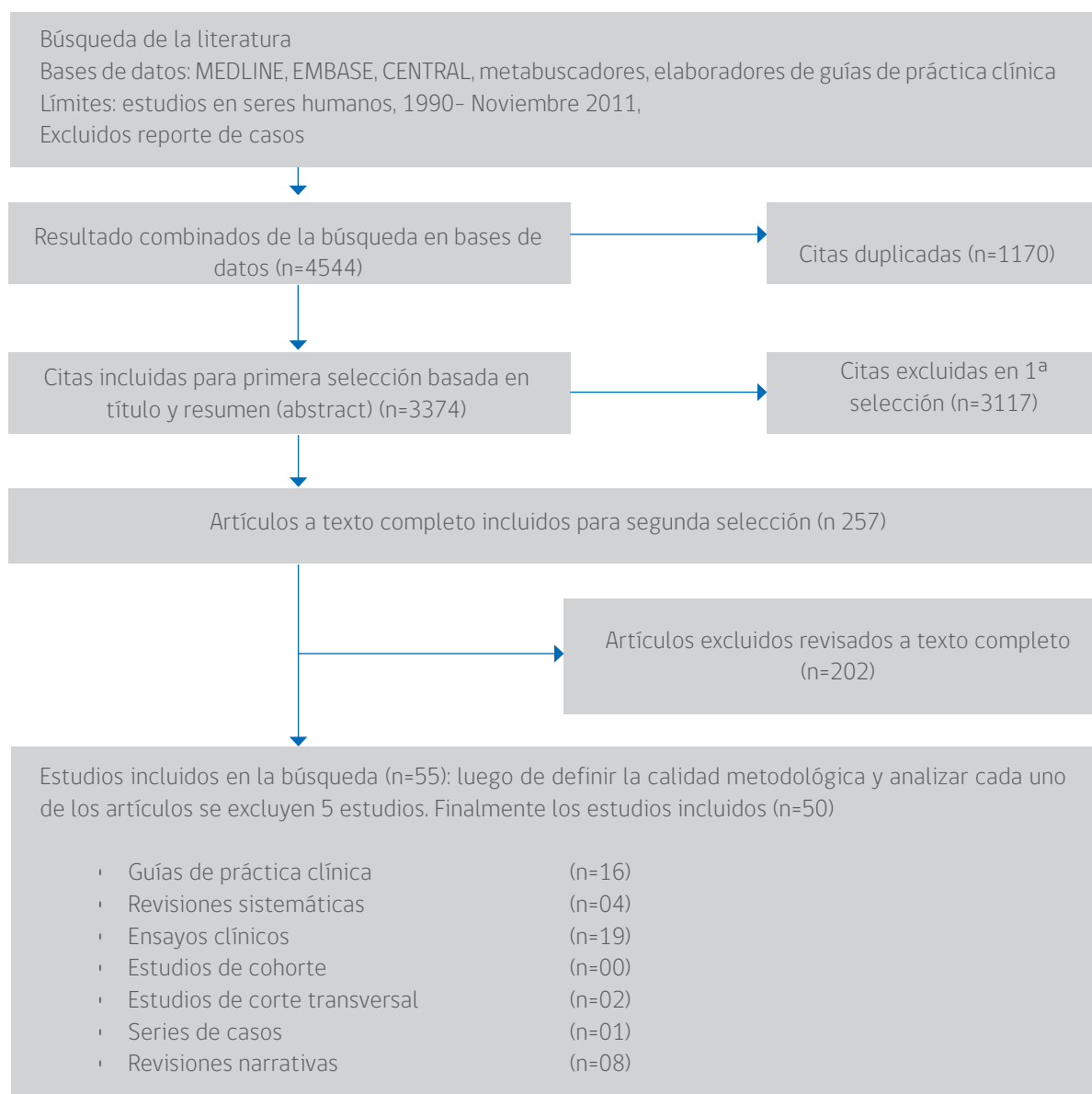
- Se excluyeron los estudios que únicamente entregaban información epidemiológica en pacientes discapacitados.
- Se privilegió la inclusión de evidencia directa, es decir, proveniente de pacientes discapacitados por sobre la de pacientes sanos y pediátricos. En caso de ausencia de evidencia directa para responder a la pregunta clínica, se consideró la información indirecta proveniente de pacientes pediátricos y sanos.
- Si bien se privilegió en todo momento la inclusión de revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica por sobre estudios primarios, cuando éstas no estuvieron disponibles para responder a alguna de las preguntas clínicas, se consideraron los potenciales estudios primarios que podrían responder a dicha pregunta.

- Se excluyeron reportes de caso clínico (reportes que incorporan sólo 1 paciente). El resto de los tipos de publicación o diseño de investigación fueron incluidos indistintamente de su calidad (guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos aleatorizados y no aleatorizados, estudios de cohortes, estudios de casos y controles, estudios de corte transversal, reportes de series de casos, revisiones narrativas de la literatura).

Cada uno de los artículos seleccionados a texto completo fue analizado desde el punto de vista de su validez interna (calidad metodológica). Para este propósito se utilizaron las listas de chequeo provistas por la Secretaría Técnica GES MINSAL, que corresponden a una adaptación de las guías CASPe (Critical Appraisal Skills Programme Español) para el análisis crítico de la evidencia, según diseño de investigación.

El siguiente diagrama resume el proceso de búsqueda y selección de evidencia.

Fig.2: Diagrama de flujo del proceso de búsqueda y selección de evidencia



D. FORMULACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

La formulación de las recomendaciones se realizó basada en la evidencia disponible, mediante consenso simple del grupo de expertos, en reuniones presenciales, quincenales. Cada recomendación fue discutida tanto en la forma como en el fondo, hasta tener un 100% de acuerdo entre los asistentes a cada reunión. El grado de recomendación asignado se basó en la tabla propuesta por la Secretaría Técnica GES (anexo 2). En el caso de incorporar recomendaciones de las guías de práctica clínica basadas en la evidencia, éstas fueron homologadas desde el nivel original al propuesto para esta guía.

Junto a la revisión de la evidencia disponible, se analizaron los riesgos y beneficios asociados a cada acción clínica evaluada. En base a la experiencia del grupo de expertos, se formuló una recomendación cuando los beneficios fueron considerados superiores a los riesgos.

La elección de recomendaciones claves fue realizada mediante la utilización de una planilla que fue enviada por correo electrónico a cada experto, quienes seleccionaron las más relevantes de cada apartado. Se incluyeron aquellas recomendaciones que tenían mayor acuerdo por pregunta.

E. VALIDACIÓN DE LA GUÍA

El objetivo de la validación de la guía fue potenciar su aplicabilidad y utilización en la práctica clínica, a través de la consulta a profesionales nacionales y extranjeros con reconocida experiencia en la práctica clínica y gestión de servicios de salud bucal de pacientes en situación de discapacidad.

Los profesionales fueron contactados a través de correo electrónico y se les consultó sobre la relevancia de las recomendaciones propuestas en la guía. Además, en el caso de detectar la existencia de bibliografía pertinente que no haya sido considerada en esta guía, se les solicitó enviar estos documentos para evaluar su incorporación.

Las observaciones de los revisores fueron incorporadas previa evaluación de su pertinencia por el equipo coordinador. Los cambios en las recomendaciones fueron realizados solamente cuando estaban sustentados en evidencia científica de buena calidad.

Previo a su publicación, la guía fue sometida a revisión externa por

Dra. María Teresa Bayardo	Odontopediatra. Jefe Servicio Odontológico. Hospital Luis Calvo Mackenna
Dra. Olaya Fernández F.	Odontóloga. Master en Salud Pública Universidad de Chile.
Dra. Isabel González	Odontopediatra. Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda. Docente
Dra. Elisa Luengas Q.	Odontóloga. Coordinadora del componente Curativo Asistencial. Programa Nacional de Salud Bucal México
Dra. Gabriela Ramírez L.	Anestesiista. Hospital Militar de Santiago
Dra. Carolina Rojas G.	Ms. Atención de personas con Necesidades Especiales (Eastman Dental Institute, UCL), Instructor, Facultad de Odontología Universidad de Chile. Docente Facultad de Medicina. Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo. Dentista de Cuidados Especiales Hospital Clínico Universidad de Chile.
Dra. Gabriela Scagnet	Odontopediatra, Ortodoncista y Ms Pacientes Especiales. Presidente de IADH. Diplomada en Salud Pública y Gestión en Salud (UCES) Miembro del Comité Editor del "British Journal of Disability and Oral Health JDOH" Docente de la Universidad de Buenos Aires. Ex President de la Asociación Argentina de Odontología para Personas con Discapacidad. Jefa de Unidad de Pacientes Especiales del Hospital de Odontología Infantil Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
Dra. Macarena Araya Aliaga	Odontóloga. Asesora Departamento de Gestión y Coordinación de la Red Asistencial, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

F. VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN DE LA GUÍA

Plazo estimado de vigencia: 5 años desde la fecha de publicación.

Esta guía será sometida a revisión cada vez que surja evidencia científica relevante, y como mínimo, al término del plazo estimado de vigencia.

ANEXO 1: GLOSARIO DE TÉRMINOS

Cuidados especiales en odontología(2): tiene relación con los cuidados de salud bucal en individuos o grupos de individuos en la sociedad que tienen impedimentos o discapacidad física, sensorial, intelectual, mental, médica, emocional o social o más a menudo una combinación de esos factores, lo que requiere una adaptación de la atención odontológica convencional.

Entorno Facilitador(75): son todos aquellos factores en el entorno de una persona que cuando están presentes o ausentes mejoran el funcionamiento y reducen la discapacidad. En este caso se deben evaluar la lejanía geográfica, la dificultad en el desplazamiento, el compromiso de los padres y/o cuidadores en el cuidado de la Salud Bucal de la persona. Los facilitadores previenen que un déficit o limitación se convierta en una restricción en la participación.

Entorno Barrera(75): son todos aquellos factores del entorno de una persona que cuando están presentes o ausentes, limitan el funcionamiento y generan discapacidad. Entre ellos se incluyen lejanía geográfica, la dificultad en el desplazamiento, el compromiso de los padres y/o cuidadores en el cuidado de la Salud Bucal de la persona.

Higiene del Sueño(39): Hábitos y actividades de la vida diaria que pueden promover las dificultades para dormir, entre las que se encuentran la ingesta excesiva de cafeína (en forma de té, café o sodas), excesiva luz o ruido a la hora de ir a dormir, horarios cambiantes para ir a la cama o levantarse, entre otros..

Modalidad de Atención: se refiere a las características de la atención odontológica, incluyendo el nivel de atención, la infraestructura y los equipos utilizados en la atención.

Sedación(10): es un estado de depresión de la conciencia, cambios en la coordinación motora, grado de ansiedad y parámetros fisiológicos, obtenida a través de métodos no farmacológicos o con el uso de una droga o más, administrada por diferentes vías. En los niveles mínimo y moderado el paciente retiene la habilidad de mantener una vía aérea permeable y responder apropiadamente a estímulos físicos y/o verbales.

Situación de Discapacidad(75): es un término genérico que incluye déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una "condición de salud") y sus factores contextuales (factores ambientales y personales). Son personas que se encuentran limitadas para algunas actividades a causa de una deficiencia física, psíquica o mental.

Trastornos del Movimiento: considera la presencia de movimientos involuntarios (ej. espásticos) y la ausencia de movimiento total o parcial (ej: parálisis cerebral).

Tratamiento complejo: se refiere a un conjunto de procedimientos a realizar en un mismo tiempo operatorio, que hacen que su ejecución sea más difícil. Para definir si un tratamiento es complejo se debe considerar la cantidad de acciones quirúrgicas a realizar, el tiempo necesario para realizarlas, la dificultad o laboriosidad quirúrgica, así como procedimientos anexos como sutura, odontosección, colgajos, entre otros.

ANEXO 2: NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN

La diversidad de procedimientos y técnicas diagnósticas y terapéuticas para abordar una misma patología genera serias dificultades para comparar resultados, evaluar el servicio y planear y administrar los recursos. Desde hace algunos años, la metodología conocida como Salud Basada en Evidencias (SBE) ha buscado resolver esta problemática a partir de la evaluación rigurosa de la evidencia científica disponible en la literatura mundial para recomendar o negar la práctica de un procedimiento diagnóstico o terapéutico.

La siguiente es la categorización de niveles de evidencia y grados de recomendación adoptada por MINSAL sobre la efectividad de las intervenciones recomendadas.

Tabla 4: Niveles de evidencia y grados de recomendación

Niveles de Evidencia	
1	Revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados, otras revisiones sistemáticas, metanálisis, ensayos aleatorizados, informes de evaluación de tecnologías sanitarias
2	Estudios de cohorte, estudios de casos y controles, ensayos sin asignación aleatoria
3	Estudios descriptivos, series de casos, reporte de casos
4	Opinión de experto
Grados de recomendación	
A	Altamente recomendada , basada en estudios de buena calidad. En intervenciones, ensayos clínicos aleatorizados; en factores de riesgo o pronóstico, estudios de cohorte con análisis multivariado; en pruebas diagnósticas, estudios con gold estándar, adecuada descripción de la prueba y ciego.
B	Recomendada , basada en estudios de calidad moderada. En intervenciones, estudios aleatorizados con limitaciones metodológicas u otras formas de estudio controlado sin asignación aleatoria (ej. estudios cuasi experimentales); en factores de riesgo o pronóstico, estudios de cohorte sin análisis multivariado, estudios de casos y controles; en pruebas diagnósticas, estudios con gold estándar pero con limitaciones metodológicas.
C	Recomendación basada exclusivamente en opinión de expertos o estudios de baja calidad. Estudios descriptivos (series de casos), otros estudios no controlados o con alto potencial de sesgo. En pruebas diagnósticas, estudios sin gold estándar.
I	Información insuficiente Los estudios disponibles no permiten establecer la efectividad o el balance de beneficio/daño de la intervención, no hay estudios en el tema, o tampoco existe consenso suficiente para considerar que la intervención se encuentra avalada por la práctica.
BP	Recomendación basada en la experiencia y práctica del grupo expertos

ANEXO 3: FICHA CLÍNICA CUIDADOS ESPECIALES EN ODONTOLOGÍA

Nº Ficha / RUT _____

1. Identificación Del Paciente

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Dirección: _____

Comuna: _____ Fono: _____

Padre: _____ Fono: _____

Madre: _____ Fono: _____

Interconsulta: _____

Fecha inicio tratamiento: _____

Motivo de consulta:

Resumen de consideraciones: (Completar los antecedentes relevantes para la atención odontológica una vez finalizado el exámen).

Modalidad de Atención: Sillón : _____ Sedación _____AG_____

Alergias	
----------	--

2. Antecedentes Sociales

Cuidadores / residencia / transporte / estado civil / familiares

3. Antecedentes Médicos

Antecedentes familiares

Especificar diagnóstico, parentesco, evolución, etc.

Alteraciones o enfermedades sistémicas

(edad de inicio, características, tratamientos, consecuencias, médico tratante, fármacos, antecedentes hemorrágicos, tipo de alimentación, etc)

4. Antecedentes Odontológicos

4.1 Atenciones dentales anteriores

Motivo última consulta	Fecha
Comportamiento	
Traumatismo	Erupción anómala

4.2 Hábitos

Frecuencia cepillado/día	Solo	Con ayuda
Uso de dentífricos	Colutorios	Seda dental
Momentos de Azúcar		
Mamadera	Chupete	Succión
Onicofagia	Respirador bucal	Interposición lingual
Deglución atípica	Dicción	Bruxismo
Autolesiones		

5. Examen Clínico

5.1 Examen extraoral

ATM, piel, linfonodos, asimetrías, examen facial etc.)

5.2 Examen Intraoral: Tejidos blandos / Tejidos duros:

Vestíbulo, encías, amígdalas, mucosas, lengua, frenillos, tipo dentición, anomalías, etc.

5.3 Examen de oclusión

6. Examen Dentogingival

6.1 Índice de higiene oral

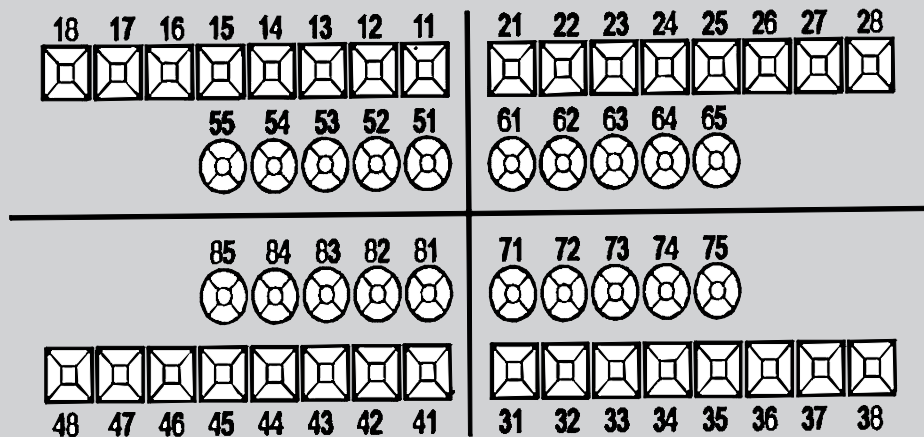
Índice	Fecha	Firma

6.2 Examen periodontal:

1.6	2.1	2.4	4.1	4.4	3.6

6.3 Examen dentario

Marque con rojo las superficies con caries (incluidas obturadas con caries). Con azul las obturadas sin caries. Con una cruz (X) los dientes extraídos por caries.



6.4 Examen radiográfico

Informe radiográfico:

Tipo de radiografía: fecha: ___/___/_____

7. Conducta y comunicación

7.1 Conducta

Conducta *Receptivo, agresivo, afectivo, pasivo, evasivo, ansioso,,etc.*

Cooperación *Cooperador, potencial cooperador, no cooperador, cooperación familiar*

7.2 Comunicación:

Lenguaje Comprensivo	Bueno	Lenguaje Expresivo	Adecuado
	Ordenes simples		Con dificultad
	Deficiente		Básico
			Inexistente

7.3 Manejo Conductual

.....

7.4 Restricción física

Cabeza	Abreboca	Piernas	Brazos
--------	----------	---------	--------

Premedicación

.....

Exámenes médicos

.....

Interconsultas

.....

Diagnóstico de riesgo:

Sano.....Riesgo..... Enfermo (en actividad cariogénica).....

8. Plan De Tratamiento

Maxilar superior:

		Diagnóstico clínico	Diagnóstico Radiográfico	Tratamiento indicado	Fecha	Tratamiento efectuado	Fecha
1.8							
1.7							
1.6							
1.5	5.5						
1.4	5.4						
1.3	5.3						
1.2	5.2						
1.1	5.1						
2.1	6.1						
2.2	6.2						
2.3	6.3						
2.4	6.4						
2.5							
2.6							
2.7							
2.8							

Maxilar inferior:

		Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Radiográfico	Tratamiento indicado	Fecha	Tratamiento efectuado	Fecha
3.8							
3.7							
3.6							
3.5	7.5						
3.4	7.4						
3.3	7.3						
3.2	7.2						
3.1	7.1						
4.1	8.1						
4.2	8.2						
4.3	8.3						
4.4	8.4						
4.5							
4.6							
4.7							
4.8							

ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. Consentimiento Informado para atención en sillón dental, (tomado Servicio de Salud Araucanía Sur)

Yo.....con CI (en representación de.....con CI.....), declaro:

Que, libre y voluntariamente me someto al tratamiento odontológico indicado por la profesional tratante Dr(a). _____ CI. _____

Que, he entregado de forma completa y veraz toda la información requerida para la adecuada realización de la historia clínica y autorizo la incorporación de mis datos y registros para la utilización o divulgación con fines científicos.

Que, autorizo a la profesional tratante a realizar las técnicas de manejo conductual y de restricción físicas necesarias para otorgar un tratamiento adecuado y seguro.

Que, correlativamente, eximo al profesional y personal interviniente de cualquier responsabilidad frente a inconvenientes generado por mi falta u omisión de información durante la realización del tratamiento odontológico.

Que, he recibido toda la información necesaria para comprender los riesgos, complicaciones, secuelas más frecuentes y probables en la realización del tratamiento odontológico aquí establecido.

Que, también comprendo que en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo.

Por todo ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo y consiento el tratamiento odontológico.

Y para que así conste a todos los efectos:

Firma.....

_____ de _____ 20_____

2. Consentimiento informado para procedimientos quirúrgicos o intervención quirúrgica (tomado de Hospital Roberto del Río)

Nombre del Paciente:

Declaro que he recibido del Dr./Dra. _____ la información adecuada respecto del procedimiento quirúrgico denominado: _____ el cual he comprendido, habiéndose contestado todas mis dudas.

La información entregada se ha referido a los siguientes puntos:

1. El diagnóstico probable de mi hijo(a) es

2. Las alternativas de tratamiento consisten en:

Sin embargo, he decidido en base a la recomendación de mi odontólogo tratante, que el procedimiento propuesto es la mejor indicación, en este momento, para el cuadro clínico de mi hijo(a).

3. El procedimiento consiste en:

_____ y está destinado a: _____
_____ y otros procedimientos pueden ser necesarios de acuerdo a los hallazgos intraoperatorios.

4. El procedimiento requiere de la administración de anestesia. Los riesgos me serán explicados por el anestesista.

5. También se me ha explicado, que es posible que durante o después de la intervención quirúrgica, se requiera la administración de sangre y/o hemoderivados.

6. Que a pesar de una adecuada técnica quirúrgica, pueden presentarse efectos comunes a muchos procedimientos quirúrgicos como:

- Algunos efectos menos graves y frecuentes como infección y/o sangramiento de la herida operatoria; dolor o una cicatriz hipertrófica.
- Algunos efectos de mediana gravedad y menos frecuentes como neumopatías y
- Algunos efectos más graves y muy poco frecuentes, como shock; sepsis, que pueden llevar a riesgo vital.

Algunos efectos relacionados específicamente a este procedimiento pueden ser:

7. Se me ha explicado la necesidad de informar sobre la existencia de enfermedades de base que presente mi hijo/a, como: alteraciones de la coagulación, alergias, especialmente, medicamentosas, enfermedades cardíacas o pulmonares, entre otras; para así evitar complicaciones derivadas de estas condiciones.

8. Se me ha explicado que frente a la circunstancia de que mi hijo/a la presente complicaciones posterior a la intervención quirúrgica, implicará probablemente una hospitalización más prolongada.

9. Se me han explicados los riesgos derivados de mi rechazo a la intervención propuesta, entre los que se consideran:

10. Comprendo que en cualquier momento, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

11. Autorizo: Si ____ / No ____, la obtención de fotografías, videos o registros gráficos, durante la ejecución del procedimiento, para ser difundidos en revistas médicas u otro ámbito científico, resguardando la privacidad de la identidad de mi hijo/a.

12. Este consentimiento, incluye la autorización a todos los procedimientos quirúrgicos necesarios durante esta hospitalización.

13. He sido informada (o) por el Dr. (a) _____, sobre la necesidad de ingresar a mi hija (o), para que se le realice la intervención quirúrgica definida previamente y sobre los riesgos potenciales, características, objetivos y beneficios secundarios a este hecho.

14. En consecuencia, autorizo al Dr. /Dra. _____ para realizar a mi hijo(a) un(a): _____

Nombre: _____ Firma: _____
Padre - Madre o Tutor Legal

Nombre: _____ Firma: _____
Informante de este documento

Fecha:

ANEXO 5: INDICACIONES A LOS PADRES Y/O CUIDADORES

Indicaciones pre anestésicas

Presentarse el día _____ a las _____

En el _____

Condiciones

- Debe venir en ayunas.
- No debe comer ni ingerir líquidos desde las 24:00hrs del día _____
- Traer Previsión y documentos del paciente.
- Traer Pijama.
- Traer Jalea o algo para beber después de la atención.
- En caso de que tome medicamentos debe dárselos con 1 cucharada de agua.
- Debe disponer del tiempo durante la _____ (mañana/tarde)

ANEXO 6: CEPILLOS DE DIENTES MODIFICADOS

Cepillos de dientes modificados



Abreboca para cepillado

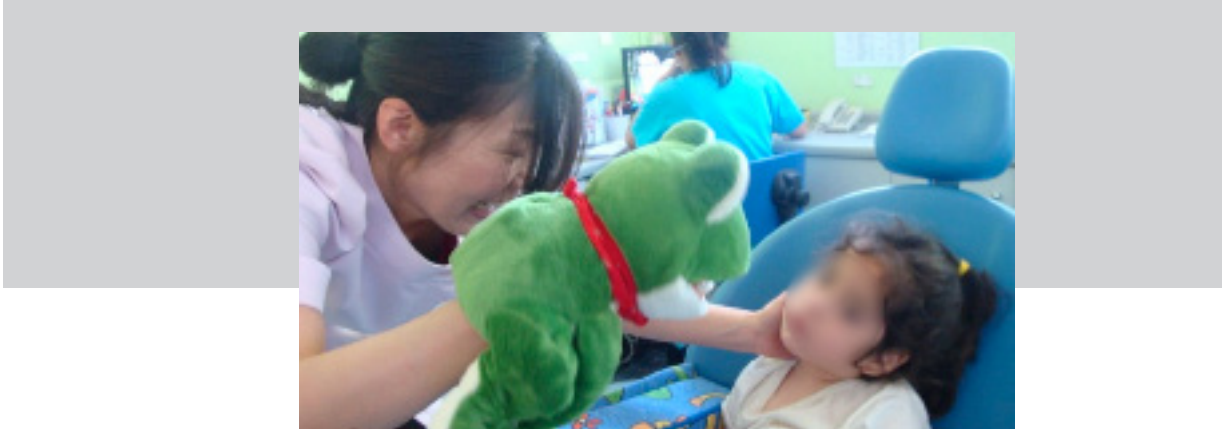


Técnica para cepillado



ANEXO 7: TÉCNICAS DE ABORDAJE

a) Distracción



b) Contención y/o restricción

Contención Física Corporal



Contención Física



Contención Física Mecánica



Manejo y Restricción

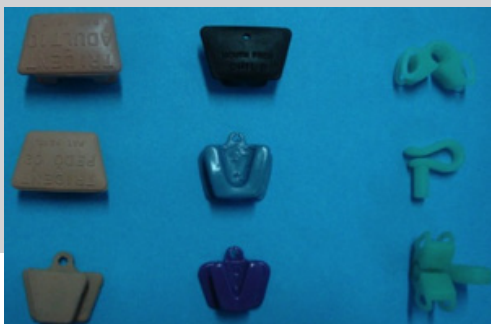


Contención física y mecánica



c) Restricción del cierre bucal

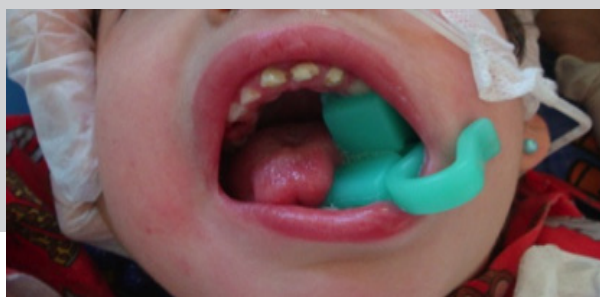
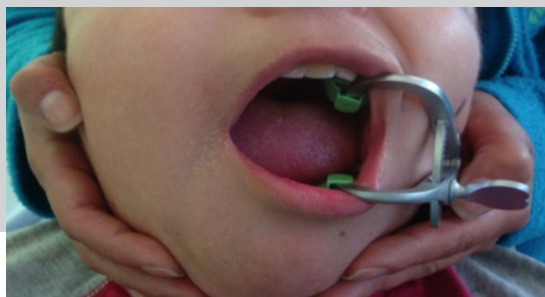
Topes de silicona con diferente resistencia



Tope mecánico con engranaje



Abreboca artesanal



REFERENCIAS

1. FONADIS. PRIMER ESTUDIO NACIONAL DE LA DISCAPACIDAD ENDISC -CHILE 2004 [Internet]. 2004. Available from: <http://www.bligoo.com/media/users/0/38747/files/2004%20Primer%20Estudio%20Nacional%20de%20la%20Discapacidad.pdf>
2. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on management of dental patients with special health care needs [Internet]. 2008 page 142-6. Available from: http://www.aapd.org/media/Policias_Guidelines/G_FluorideTherapy.pdf
3. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Preventing dental caries in children at high caries risk: targeted prevention of dental caries in the permanent teeth of 6-16 year olds presenting for dental care. Edinburgh: SIGN; 2000. Report No.: 47.
4. British Society For Disability And Oral Health, Royal College of Surgeons of England. Clinical guidelines and integrated care pathways for the oral health care of people with learning disabilities. UK: Royal College of Surgeons of England; 2001.
5. PAHO. La salud bucodental de los pacientes discapacitados y/o especiales [Internet]. [cited 2012 Oct 26]. Available from: <http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/oral-health.htm>
6. García Soto C. La discapacidad en Chile: situación actual y perspectivas. Santiago de Chile: Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Unidad de Discapacidad y Rehabilitación; 2010.
7. Dóren F. ZG. PREVALENCIA DE CARIES, GINGIVITIS E HIGIENE ORAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL EN ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES CATEGORIZADOS SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO. SANTIAGO. CHILE. Universidad de Chile; 2011.
8. Altamirano F CC, Aranda V, Fierro M. Estado de Salud Bucal en Niños con Parálisis Cerebral de Concepción, Chile. Rev Soc Chil Odontopediatría. 2008;23(2):59.
9. Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGÉ. Urgencias odontológicas ambulatorias [Internet]. Chile: Ministerio de Salud; 2011. Available from: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/7222b6448161ecb1e04001011f013f94.pdf>
10. Ministerio de Salud. Norma de control de la ansiedad en la atención odontológica. 2007.
11. Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGÉ: Salud Oral Integral para niños y niñas de 6 años [Internet]. 2009. Available from: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/7220fdc4342644a9e04001011f0113b9.pdf>
12. Ministerio de Salud. GPC Atención primaria odontológica del preescolar de 2 a 5 años. 2009.
13. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on prescribing dental radiographs for infants, children, adolescents, and persons with special health care needs [Internet]. 2009 page 289-91. Available from: http://www.aapd.org/media/Policias_Guidelines/G_Restorative.pdf
14. Farman AG, Horsley B, Warr E, Ianke JL, Hood H. Outcomes of digital X-ray mini-panel examinations for patients having mental retardation and developmental disability. Dentomaxillofac Radiol. 2003 Jan;32(1):15-20.

15. Southern Association of Institutional Dentists. Module 10. Treatment planning for the severely disabled: impact on prosthetic, restorative, and surgical services [Internet]. 2001 [cited 2012 Apr 23]. Available from: http://saident.org/modules/18_module10.pdf
16. British Society For Disability And Oral Health. The provision of oral health care under general anaesthesia in special care dentistry : a professional Consensus Statement. UK: British Society for Disability and Oral Health; 2009.
17. Strickland M, Caine RL, Canin RL Jr, Mahevich RA, Duda PW, Spivack E, et al. Use of dental radiographic minipanel series in disabled adults in a university-based special care dental clinic. *Quintessence Int.* 2011 Apr;42(4):323-9.
18. Smutkeeree A, Rojlakkanawong N, Yimcharoen V. A 6-month comparison of toothbrushing efficacy between the horizontal Scrub and modified Bass methods in visually impaired students. *Int J Paediatr Dent.* 2011 Jul;21(4):278-83.
19. Shyama M, Al-Mutawa SA, Honkala S, Honkala E. Supervised toothbrushing and oral health education program in Kuwait for children and young adults with Down syndrome. *Spec Care Dentist.* 2003;23(3):94-9.
20. Finizio JM. Power-assisted toothbrushes simplify hygiene for those who need extra help. *RDH.* 1996 Jan;16(1):42-4.
21. Southern Association of Institutional Dentists. Module 11. Preventive dentistry for persons with severe disabilities [Internet]. 2001 [cited 2012 Apr 23]. Available from: http://saident.org/modules/19_module11.pdf
22. Altabet S, Rogers K, Imes E, Boatman IM, Moncier J. Comprehensive approach toward improving oral hygiene at a state residential facility for people with mental retardation. *Ment Retard.* 2003 Dec;41(6):440-5.
23. National Institute of Dental and Craniofacial Research. Practical oral care for people with intellectual disability. *Today's FDA.* 2010 Feb;22(1):53-59.
24. Sambunjak D, Nickerson J, Poklepovic T, Johnson T, Imai P, Tugwell P, et al. Flossing for the management of periodontal diseases and dental caries in adults [Internet]. The Cochrane Collaboration; 2009. Report No.: CD008829. Available from: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lang=es&lib=COC>
25. Berchier CE, Slot DE, Haps S, Van der Weijden GA. The efficacy of dental floss in addition to a toothbrush on plaque and parameters of gingival inflammation: a systematic review. *Int J Dent Hyg.* 2008 Nov;6(4):265-79.
26. Stiefel DJ, Truelove EL, Chin MM, Zhu XC, Leroux BG. Chlorhexidine swabbing applications under various conditions of use in preventive oral care for persons with disabilities. *Spec Care Dentist.* 1995 Aug;15(4):159-65.
27. Chikte UM, Pochee E, Rudolph MJ, Reinach SG. Evaluation of stannous fluoride and chlorhexidine sprays on plaque and gingivitis in handicapped children. *J. Clin. Periodontol.* 1991 May;18(5):281-6.
28. Burtner AP, Low DW, McNeal DR, Hassell TM, Smith RG. Effects of chlorhexidine spray on plaque and gingival health in institutionalized persons with mental retardation. *Spec Care Dentist.* 1991 Jun;11(3):97-100.

29. Montiel-Company JM, Almerich-Silla JM. Efficacy of two antiplaque and antigingivitis treatments in a group of young mentally retarded patients. *Med Oral*. 2002 Apr;7(2):136-43.
30. Teitelbaum AP, Pochapski MT, Jansen JL, Sabbagh-Haddad A, Santos FA, Czulniak GD. Evaluation of the mechanical and chemical control of dental biofilm in patients with Down syndrome. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2009 Oct;37(5):463-7.
31. Burtner AP, Smith RG, Tiefenbach S, Walker C. Administration of chlorhexidine to persons with mental retardation residing in an institution: patient acceptance and staff compliance. *Spec Care Dentist*. 1996 Apr;16(2):53-7.
32. Miller EK, Vann WF Jr. The use of fluoride varnish in children: a critical review with treatment recommendations. *J Clin Pediatr Dent*. 2008;32(4):259-64.
33. Weintraub JA. Fluoride varnish for caries prevention: comparisons with other preventive agents and recommendations for a community-based protocol. *Spec Care Dentist*. 2003 Oct;23(5):180-6.
34. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on fluoride therapy [Internet]. 2008 page 153-6. Available from: http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_FluorideTherapy.pdf
35. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on pediatric restorative dentistry [Internet]. 2008 page 205-11. Available from: http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_Restorative.pdf
36. Leeuw R de, Pain AA of O. Orofacial pain: guidelines for assessment, diagnosis, and management. Quintessence; 2008.
37. Lobbezoo F, Naeije M. Bruxism is mainly regulated centrally, not peripherally. *J Oral Rehabil*. 2001 Dec;28(12):1085-91.
38. Lavigne GJ, Khoury S, Abe S, Yamaguchi T, Raphael K. Bruxism physiology and pathology: an overview for clinicians. *J Oral Rehabil*. 2008 Jul;35(7):476-94.
39. Medicine AA of S. The International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual. American Academy of Sleep Medicine; 2005.
40. Dutra KMC, Pereira FJ Jr, Rompré PH, Huynh N, Fleming N, Lavigne GJ. Oro-facial activities in sleep bruxism patients and in normal subjects: a controlled polygraphic and audio-video study. *J Oral Rehabil*. 2009 Feb;36(2):86-92.
41. Lobbezoo F, Van Der Zaag J, Naeije M. Bruxism: its multiple causes and its effects on dental implants - an updated review. *J Oral Rehabil*. 2006 Apr;33(4):293-300.
42. Carra MC, Huynh N, Morton P, Rompré PH, Papadakis A, Remise C, et al. Prevalence and risk factors of sleep bruxism and wake-time tooth clenching in a 7- to 17-yr-old population. *Eur. J. Oral Sci*. 2011 Oct;119(5):386-94.
43. Miyawaki S, Lavigne GJ, Pierre M, Guitard F, Montplaisir JY, Kato T. Association between sleep bruxism, swallowing-related laryngeal movement, and sleep positions. *Sleep*. 2003 Jun 15;26(4):461-5.

44. Miyawaki S, Tanimoto Y, Araki Y, Katayama A, Fujii A, Takano-Yamamoto T. Association between nocturnal bruxism and gastroesophageal reflux. *Sleep*. 2003 Nov 1;26(7):888-92.
45. Ohayon MM, Li KK, Guilleminault C. Risk factors for sleep bruxism in the general population. *Chest*. 2001 Jan;119(1):53-61.
46. Eftekharian A, Raad N, Gholami-Ghasri N. Bruxism and adenotonsillectomy. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol*. 2008 Apr;72(4):509-11.
47. López-Pérez R, López-Morales P, Borges-Yáñez SA, Maupomé G, Parés-Vidrio G. Prevalence of bruxism among Mexican children with Down syndrome. *Downs Syndr Res Pract*. 2007 Jul;12(1):45-9.
48. Chiang H-L, Gau SS-F, Ni H-C, Chiu Y-N, Shang C-Y, Wu Y-Y, et al. Association between symptoms and subtypes of attention-deficit hyperactivity disorder and sleep problems/disorders. *J Sleep Res*. 2010 Dec;19(4):535-45.
49. Silvestri R, Gagliano A, Aricò I, Calarese T, Cedro C, Bruni O, et al. Sleep disorders in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) recorded overnight by video-polysomnography. *Sleep Med*. 2009 Dec;10(10):1132-8.
50. Lang R, White PJ, Machalicek W, Rispoli M, Kang S, Aquilar J, et al. Treatment of bruxism in individuals with developmental disabilities: a systematic review. *Res Dev Disabil*. 2009 Oct;30(5):809-18.
51. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on management of acute dental trauma [Internet]. 2011 page 220-8. Available from: http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_FluorideTherapy.pdf
52. Needleman HL, Harpavat S, Wu S, Allred EN, Berde C. Postoperative pain and other sequelae of dental rehabilitations performed on children under general anesthesia. *Pediatr Dent*. 2008 Apr;30(2):111-21.
53. Adewale L, Morton N, Blayney M. Guidelines for the management of children referred for dental extractions under general anaesthesia. London, UK: Association of Paediatric Anaesthetists of Great Britain and Ireland; 2011.
54. British Society For Disability And Oral Health, Royal College of Surgeons of England. Clinical guidelines and integrated care pathways for the oral health care of people with learning disabilities. UK: Royal College of Surgeons of England; 2012.
55. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on behavior guidance for the pediatric patient. [Internet] 2011 page 170-82. Available from: http://aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_BehavGuide.pdf
56. Thaler K, Kaminski A, Chapman A, Langley T, Gartlehner G. Bach Flower Remedies for psychological problems and pain: a systematic review. *BMC Complement Altern Med*. 2009 May 26;9:16.
57. Ernst E. Bach flower remedies: a systematic review of randomised clinical trials. *Swiss Med Wkly*. 2010;140:w13079.
58. Glassman P, Subar P. Planning dental treatment for people with special needs. *Dent. Clin. North Am*. 2009 Apr;53(2):195-205, vii-viii.

59. Coke JM, Edwards MD. Minimal and moderate oral sedation in the adult special needs patient. *Dent. Clin. North Am.* 2009 Apr;53(2):221-230, viii.
60. American Society of Anesthesiologists. Continuum of depth of sedation, definition of general anesthesia and levels of sedation/analgesia [Internet]. 2009. Available from: <http://www.lifelinetomodernmedicine.com/>
61. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline for monitoring and management of pediatric patients during and after sedation for diagnostic and therapeutic procedures [Internet]. 2006 page 185-201. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19216414>
62. Dougherty N. The dental patient with special needs: a review of indications for treatment under general anesthesia. *Spec Care Dentist.* 2009 Feb;29(1):17-20.
63. Leyman J, Anderson D, Mashni M, Trapp L. Management of the special care patient in a dental surgery center. *Tex Dent J.* 2002 Mar;119(3):226-44.
64. Solomowitz BH. Treatment of mentally disabled patients with intravenous sedation in a dental clinic outpatient setting. *Dent. Clin. North Am.* 2009 Apr;53(2):231-242, viii.
65. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on use of local anesthesia for pediatric dental patients [Internet]. 2009 page 174-80. Available from: http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_LocalAnesthesia.pdf
66. Ersin NK, Onçag O, Cogulu D, Çiçek S, Balcioglu ST, Cökmez B. Postoperative morbidities following dental care under day-stay general anesthesia in intellectually disabled children. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 2005 Dec;63(12):1731-6.
67. Beirne P, Clarkson JE, Worthington HV. Recall intervals for oral health in primary care patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(4):CD004346.
68. National Institute for Clinical Excellence. Dental Recall: Recall Interval Between Routine Dental Examinations. Clinical Guideline 19 [Internet]. London, UK: National Institute for Clinical Excellence. NHS; 2004. Report No.: 19. Available from: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10952/29486/29486.pdf>
69. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on use of anesthesia personnel in the administration of office-based sedation/general anesthesia to the pediatric dental patient [Internet]. 2009 page 202-4. Available from: http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_AnesthesiaPersonnel.pdf
70. Owens J DT, Mistry K. People with learning disabilities and specialist services. *Br Dent J.* 2010 Mar 13;208(5):203-5.
71. Congreso Nacional de Chile. LEY NÚM. 20.422: ESTABLECE NORMAS SOBRE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES E INCLUSIÓN SOCIAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD. 2010.
72. Salama FS, Kebriari A, Durham T. Oral care for special needs patients: a survey of Nebraska general dentists. *Pediatric dentistry.* 2011;33(5):409-14.

73. Casamassimo PS, Seale NS, Ruehs K. General dentists' perceptions of educational and treatment issues affecting access to care for children with special health care needs. *J Dent Educ.* 2004 Jan 1;68(1):23-8.
74. Smith G Rooney Y, Nunn J. Provision of dental care for special care patients: the view of Irish dentist in the Republic of Ireland. *J Ir Dent Assoc.* 2010;56(2):80-4.
75. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento: CIF. Versión abreviada; 2001.

