



Universidad de Valparaíso
Facultad de Odontología
Escuela de Odontología
Cátedra de Patología y Diagnóstico Oral

Salud buco-dental en pacientes psiquiátricos del Hospital del Salvador, Valparaíso, en tratamiento con neurolépticos de depósito

Trabajo de Investigación
Requisito para optar al
Título de Cirujano Dentista

Alumnos: Patricia Bontá Carracedo
Óscar Lagos Yáñez

Docente Guía: Dr. Rodrigo Fuentes Cortés

Valparaíso
2007

A mis hijos, pues son una constante motivación para conseguir mis logros.

Óscar Lagos

A mis padres, por brindarme la oportunidad de crecer y por su gran paciencia en este largo camino, pese a los contratiempos.

A todos aquellos de amable y desinteresadamente me brindaron su apoyo, su comprensión, su consejo o sus palabras de aliento. Fueron como ángeles que bajaron un instante del cielo, cuando el camino parecía ser más pedregoso. Gracias.

Patricia Bontá

AGRADECIMIENTOS

A nuestro docente guía, Dr. Rodrigo Fuentes Cortés, por su dedicación y apoyo en la realización de este trabajo.

Al Dr. Raúl Cárdenas Canales, director del Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso.

Al Dr. José Lagos Yáñez, alumno de post-grado de psiquiatría de la Universidad de Valparaíso.

A la Dra. Mónica De la Barrera, psiquiatra del Hospital.

A la Dra. Paulina Finsterbush, cirujano-dentista del Hospital.

A la Sra. Ana María Valdebenito, químico-farmacéutica del Hospital.

Al Sr. Héctor Vargas, enfermero del Hospital del Salvador de Valparaíso.

Al Sr. Rodrigo Silva, del departamento de informática del Hospital.

Al Personal paramédico del Hospital del Salvador de Valparaíso, por su amabilidad y colaboración, en especial a:

Sra. Ana Quidel Cruz (encargada de la clínica de inyectables y toma de muestras)

Sra. Nancy Peralta Fajardo

Sra. María Teresa Úbeda Contreras

Sr. Eduardo Antonio Vásquez Rodríguez

Y al Sr. Héctor Báez Díaz

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	2
A. Parte Psiquiátrica	
1. Generalidades	
2. Clasificación actual en psiquiatría	
3. Tratamiento psiquiátrico	
4. Esquizofrenia	
5. Antipsicóticos:	
• Neurolépticos o antipsicóticos típicos	4
<i>Aspectos neuroquímicos</i>	
<i>Aspectos farmacocinéticos</i>	
<i>Efectos colaterales</i>	5
Neurológicos	
a) Disonía aguda	
b) Acatisia	
c) Síndrome parkinsoniano	6
d) Disquinesia tardía	
e) Síndrome neuroléptico maligno	
f) Sedación	
Efectos anticolinérgicos	
Efectos cardiovasculares	
Otros efectos	
<i>Posología y administración</i>	7
<i>Tratamiento de mantención</i>	
B. Trastornos orales eventualmente asociados	9
Tumor	
Leucoplaquia	10
Liquen Plano	11
Úlcera	12
Aftosa	
1) Estomatitis Aftosa Menor	13
2) Estomatitis Aftosa Mayor	
3) Úlceras Herpetiformes	
Herpética	
Traumática	14
Gingivitis Necrotizante Aguda (GUNA)	
Candidiasis	15
Candidiasis aguda	
Pseudomembranosa (Muguet)	
Atrófica (eritematosa)	
Candidiasis crónica	
Atrófica	

	Hipertrófica-hiperplásica	
	1) Queilitis angular (boqueras)	
	2) Glositis romboidal media	
	3) Candidiasis mucocutánea crónica	
	Absceso _____	16
	Otras lesiones asociadas _____	17
III.	OBJETIVOS _____	19
	Objetivo General	
	Objetivos Específicos	
IV.	MATERIALES Y MÉTODOS _____	20
V.	RESULTADOS _____	26
	1. Características globales de los pacientes del Hospital del Salvador, según el fármaco administrado	
	2. Resumen del cuidado de higiene oral, cepillado y frecuencia de atención dental	
	3. Resumen de los signos y síntomas posteriores al inicio del tratamiento con neurolépticos	
	4. Resumen de los efectos secundarios: neurológicos y autonómicos	
	5. Resumen de los movimientos involuntarios orofaciales de los pacientes	
	6. Xerostomía en los pacientes del Hospital del Salvador	
	7. Resumen del tipo y localización de las lesiones orales detectadas en los pacientes	
	8. Grado de salud oral del grupo en estudio	
	9. Resumen de la Sialometría en los pacientes	
	10. Relación de la variable número de lesiones con tabaquismo, cuidados de higiene oral, frecuencia de cepillado y frecuencia de atención dental	
	11. Relación de la sialometría con el índice COPD	
	12. Cuidado oral y su posible relación con el estado periodontal y el índice de placa bacteriana	
VI.	DISCUSIÓN _____	48
VII.	CONCLUSIONES _____	54
VIII.	SUGERENCIAS _____	58
IX.	RESUMEN _____	60
X.	BIBLIOGRAFÍA _____	61
XI.	ANEXOS Y APÉNDICES _____	65

I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio pretende conocer el estado de salud bucal en un grupo de pacientes psiquiátricos bajo farmacoterapia con neurolépticos típicos de depósito, en el Hospital Psiquiátrico del Salvador de la región de Valparaíso.

Los neurolépticos son fármacos ampliamente utilizados en psiquiatría para el tratamiento de distintos trastornos; en el caso de los esquizofrénicos el tratamiento es prolongado, y en muchos casos, debe mantenerse por tiempo indefinido por medio de un “tratamiento de mantención”. Razón por la cual, la mayoría de los pacientes examinados en nuestro estudio correspondieron a este grupo.

Como consecuencia al uso de cualquier fármaco se producen efectos secundarios. Los psicofármacos tales como los neurolépticos (haloperidol, flufenazina decanoato, etc.), ampliamente utilizados para el tratamiento de mantención en pacientes psiquiátricos, son esencialmente hiposalivantes debido a su acción anticolinérgica, y producen efectos extrapiramidales, entre otros.

Debido a lo anterior, y sumado a una multicausalidad de factores, propios de cada trastorno psiquiátrico, estos pacientes sufren un deterioro en su salud bucal tales como caries dentarias, candidiasis, distintos grados gingivitis y periodontitis y lesiones de mucosa en general, que, en concomitancia con el abandono de los hábitos de higiene oral, puede tener alcances desastrosos.

Sin duda el estudio en este tipo de pacientes representó un desafío para nosotros, ya que no estamos acostumbrados, ni entrenados para enfrentarlos, pero, al mismo tiempo, el haberlo logrado con éxito, se tradujo en una experiencia enriquecedora, ya que en nuestra práctica clínica debemos estar preparados para atender a todo tipo de personas; y, dentro de ellos a los pacientes psiquiátricos que representan el 29% de la población en Chile (José Horwitz y cols. citado en Florenzano, 1999).

II. MARCO TEÓRICO

A. Parte Psiquiátrica

1. **Generalidades** La psiquiatría es una especialidad que usa un marco conceptual más complejo que el de las ciencias médica habituales (Florenzano y cols., 1999). El enfoque psiquiátrico de los problemas clínicos difiere algo del que se emplea en la medicina general; la aproximación médica tradicional al diagnóstico puede ser demasiado restrictiva para algunos de los problemas con los que trata la psiquiatría moderna. Su cambio histórico ha sido espectacular en el último siglo y en las últimas décadas, esto gracias a los avances en los aspectos genéticos, bioquímico y farmacológico, que han permitido una mayor aproximación científica y, por lo tanto, una mejor comprensión de los fenómenos mentales (Manual Merck, 1999).

Actualmente, estos avances científicos, junto con una actitud más crítica y sistemática en la recolección de datos mediante una “entrevista psiquiátrica” fiable y reproducible, han permitido mayor precisión en los diagnósticos y en la clasificación y aumentado las posibilidades de mejores métodos de tratamiento. (Manual Merck, 1999)

2. **Clasificación actual en psiquiatría:** La psiquiatría actual se ha organizado alrededor de dos sistemas clasificatorios: el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) y la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE 10).

Cuadro 1: Principales Categorías Diagnósticas en el CIE 10 (Florenzano, 1999)

<p>Trastornos Mentales Orgánicos Trastornos relacionados con el uso de sustancias psicoactivas Trastornos esquizofrénicos, esquizotípicos y delirantes. Trastornos del ánimo Trastornos neuróticos, somatomorfos y ligados al estrés Trastornos conductuales asociados a factores físicos y trastornos fisiológicos Trastornos de personalidad y conducta en el adulto Retardo mental Trastornos del desarrollo psicológico Trastornos conductuales y emocionales de comienzo durante la niñez y adolescencia.</p>
--

3. **Tratamiento psiquiátrico:** En la práctica médica es importante el planteo de un diagnóstico, pronóstico y tratamiento, ya que representa la aplicación sistemática de un modelo de resolución de problemas. El **modelo biopsicosocial** intenta tomar en cuenta una multiplicidad de factores en la causalidad de la enfermedad psiquiátrica, tanto biológicos como psicosociales, es decir, la naturaleza personal del hombre, junto a su entorno familiar y laboral. Y así, como el

diagnóstico psiquiátrico se formula en varios niveles, existen múltiples modalidades de tratamiento psiquiátrico, basados también en el pronóstico; como por ejemplo: las intervenciones en crisis, adecuadas para cuadros agudos, y las psicoterapias prolongadas son usadas en síndromes de evolución crónica (Florenzano y cols., 1999)

Cuadro 2: Cuadro sinóptico de los tratamientos psiquiátricos (Florenzano, 1999)

PSICOTERAPIAS Individuales: Psicoanalíticas Psicodinámicas Cognitivo conductual Gestálticas Consejería rogeriana Grupales De pareja Familiares	FARMACOTERAPIAS Ansiolíticos Antidepresivos Antimaníacos Antipsicóticos Estabilizadores del ánimo Estimulantes
TERAPIAS FISICAS Electroshock Electrosueño Coma insulínico Terapias antialcohólicas, etc.	MODIFICACIÓN AMBIENTAL Cambios en el ambiente Hospitalizaciones Hospital diurno, nocturno Taller protegido, etc.

4. **Esquizofrenia:** El término esquizofrenia significa “mente escindida, o dividida”. Es una enfermedad al cerebro con síntomas y manifestaciones múltiples que implican el pensamiento, la opinión, la emoción y el comportamiento que afecta de preferencia a sujetos jóvenes, y, que al ser crónica, deteriora las capacidades psíquicas, la vida familiar, social y laboral de los pacientes (Carvajal, 1999).

La esquizofrenia es una enfermedad. Se diagnostica en presencia de ciertos síntomas psicopáticos positivos (alucinaciones) y negativos (abulia), así como el deterioro psicológico y cognoscitivo (alteración de la memoria) (Carvajal, 1999).

Prevalencia 0,5 a 1,5% de la población general. **Frecuencia** similar entre hombres y mujeres. En hombres el **inicio** es más precoz, oscila entre los 15 y 25 años, y suele ser más grave. En mujeres es entre los 25 y 35 años (Hernán Silva, 2000).

5. **Antipsicóticos:** Son un grupo de fármacos que poseen en común la capacidad de mejorar las alucinaciones, los delirios, los trastornos del pensamiento y otras manifestaciones propias de la psicosis. Han sido empleados para tratar fundamentalmente la esquizofrenia, pero también son eficaces para el tratamiento de las manifestaciones psicóticas de otros cuadros, además de su utilización para tratar otras afecciones, como las náuseas y los vómitos, el hipo rebelde, el dolor crónico y algunos trastornos del movimiento, y como auxiliares de los agentes anestésicos.

La primera generación de antipsicóticos disponible fue la de los neurolépticos o antipsicóticos típicos, que ha tenido y sigue teniendo una amplia utilización clínica. En los últimos años se ha desarrollado una nueva generación de antipsicóticos, los llamados “atípicos” (Hernán Silva, 2000).

- **Neurolépticos o antipsicóticos típicos**

Aspectos neuroquímicos

A estos fármacos se les denominó “neurolépticos” por su capacidad de inducir “neurolepsia”, (que consiste en una menor actividad motora espontánea, disminución de la iniciativa, reducción del afecto y desinterés por el entorno). Al comienzo se pensó que era necesaria para conseguir el efecto antipsicótico; actualmente se considera un efecto indeseable y una de las principales causas de interrupción del tratamiento (Hernán Silva, 2000).

Los neurolépticos ejercen su acción terapéutica mediante el bloqueo de los receptores de dopamina del sistema nervioso central. Esta propiedad también se relaciona con muchos de sus efectos secundarios. Otros efectos son síntomas motores de tipo parkinsoniano y aumento de la secreción de prolactina. Las propiedades antidopaminérgicas de estos fármacos serían las responsables de su efecto antinauseoso y antiemético. Tienen poco efecto depresor respiratorio. En los seres humanos producen una lentitud en el electroencefalograma (EEG). Pueden reducir el umbral convulsivo, lo que es un factor de riesgo en pacientes susceptibles. Nos referiremos a las fenotiazinas, que son el prototipo, pero las características pueden variar en otros grupos de neurolépticos (Hernán Silva, 2000).

Las Fenotiazinas bloquean receptores muscarínicos, lo que se asocia a la producción de efectos anticolinérgicos. El bloqueo de receptores de serotonina e histamina parece asociarse a la sedación y al aumento de peso. El bloqueo adrenérgico periférico y central puede producir hipotensión postural y taquicardia refleja; tiene efecto antiarrítmico, probablemente por su semejanza estructural con la quinidina (Hernán Silva, 2000).

Aspectos farmacocinéticos

Las fenotiazinas administradas por vía oral se absorben de modo irregular y variable en el tracto gastrointestinal. La administración parenteral puede aumentar de cuatro a diez veces su disponibilidad. Estos fármacos se unen fuertemente a las proteínas plasmáticas y se distribuyen ampliamente en el organismo. Son muy lipofílicos y se acumulan en los depósitos de grasa, atraviesan fácilmente la placenta hasta el feto y son excretados en la leche materna. La vida media de las fenotiazinas oscila entre 19 y 20 horas, aunque los efectos biológicos de una dosis única pueden durar 24 horas. En la administración crónica los tejidos corporales ricos en lípidos, incluido el cerebro, liberan lentamente las fenotiazinas, que entonces son metabolizadas en el hígado. La mayoría son oxidados por las enzimas microsomiales hepáticas. Los metabolitos se excretan principalmente en la orina y en menor medida en la bilis (Hernán Silva, 2000).

Cuadro 3: Clasificación química de los antipsicóticos (Hernán Silva, 2000)

<p>1. Fenotiazinas</p> <p>a) <i>Cadena lateral alifática</i> Clorpromazina Trifluorpromazina Promazina</p> <p>b) <i>Piperidínicas</i> Tioridazina Pipotiazina Mesoridazina Piperacetazina</p> <p>c) <i>Piperazínicas</i> Trifluorperazina Butaperazina Proclorperazina Perfenazina Carfenazina Acetafenazina Flufenazina Tiopropazato Propericiazina</p> <p>2. Butirofenonas y difenilbutilpiperidinas Haloperidol Triperidol Droperidol</p>	<p>Metilperidol Pimozide Penfluridol Fluspirileno</p> <p>3. Benzamidas sustituidas Sulpiride Tiapride Sultopride</p> <p>4. Dibenzodiazepinas, oxazepinas y tiazepinas Clozapina Loxapina Clotiapina</p> <p>5. Tioxantenos Clorprotixeno Clopentixol Zuclopentixol Tiotixeno Tremaril Flupentixol</p> <p>6. Dihidroindolonas Molindona</p>
--	---

Efectos colaterales

Neurológicos: los **síntomas extrapiramidales** son los más comunes y su intensidad es mayor cuando se emplean dosis elevadas.

- a) **Distonía aguda:** son contracciones involuntarias de los músculos del cuello, mandíbula y cara, que pueden ser dolorosas y muy molestas. Pueden producirse muecas faciales, tortícolis, crisis oculogíras y espasmos del cuello con torsión de la cabeza hacia atrás. Habitualmente ocurren al inicio del tratamiento y luego de aumentar las dosis de medicamentos. Se presentan con más frecuencia al emplear neurolepticos de mayor potencia en sujetos jóvenes, especialmente hombres con masa muscular bien desarrollada (Hernán Silva, 2000).
- b) **Acatisia:** es un deseo constante de estar en movimiento, o intranquilidad motora. Los pacientes lo refieren como “nerviosismo” o “inquietud”; puede ser erróneamente interpretado como ansiedad o agitación. Es muy frecuente y puede presentarse al comienzo de la terapia o durante un tratamiento crónico (Hernán Silva, 2000).

- c) **Síndrome parkinsoniano:** es muy común y se manifiesta por acinesia, inexpresividad facial, disminución de movimientos espontáneos y temblor de reposos (“rodar píldoras”). El paciente arrastra los pies, gira en bloque, tiene hipersalivación y su conversación es monótona y lenta. Este síndrome es más acentuado en pacientes geriátricos o con lesiones orgánicas cerebrales (Hernán Silva, 2000).
- d) **Disquinesia tardía:** es una de las complicaciones más graves asociada con el uso de neurolépticos y en algunos casos es irreversible. Consiste en movimientos involuntarios de la lengua, la boca, la cara o la mandíbula, que pueden extenderse a las extremidades o al diafragma. El paciente puede hacer un chasquido labial, movimientos masticatorios o protruir la lengua. En otros casos puede presentar movimientos coreiformes o atetósicos. Parecen ser más vulnerables las mujeres, los ancianos, los individuos con trastornos del estado de ánimo y los pacientes con lesiones cerebrales. El riesgo de desarrollar disquinesia tardía aumenta con los tratamientos prolongados y aparentemente también con el empleo de dosis elevadas de neurolépticos (Hernán Silva, 2000).
- e) **Síndrome neuroléptico maligno:** es una complicación rara, que puede presentarse al usar cualquier neuroléptico y que puede ser mortal. Consiste en inestabilidad autonómica, confusión mental, hipertonía muscular grave e hipertermia. Suele haber diaforesis, fluctuaciones de la presión sanguínea, palidez y arritmias cardíacas. La hipertonía muscular produce un aumento de la creatinfosfoquinasa (CPK) plasmática, cuya medición sirve para confirmar el diagnóstico y monitorizar la evolución. Puede aparecer en cualquier momento del tratamiento, progresa rápidamente en dos o tres días y puede llevar a la muerte por arritmia cardíaca, por colapso cardiovascular, por neumonía por aspiración o por rhabdomiólisis con insuficiencia renal o insuficiencia respiratoria (Hernán Silva, 2000).
- f) **Sedación:** todos los neurolépticos producen sedación, pero su intensidad es variable para cada uno de ellos. En general, los de baja potencia (como la clorpromazina) son los más sedantes. Se desarrolla tolerancia a este efecto al cabo de algunas semanas de tratamiento.
- g) **Convulsiones:** estos fármacos pueden reducir el umbral convulsivo, lo que constituye un riesgo en los pacientes epilépticos. Las fenotiazinas de baja potencia parecen ser las que más producen este efecto (Hernán Silva, 2000).

Efectos anticolinérgicos: las fenotiazinas pueden producir visión borrosa, sequedad de la boca, retención urinaria, disminución de la motilidad intestinal y estreñimiento, impotencia sexual y aumento de la frecuencia cardíaca. En ancianos y pacientes con daño orgánico cerebral pueden precipitar cuadros de confusión mental. Con el tiempo se desarrolla tolerancia a los efectos anticolinérgicos y pueden aminorarse reduciendo las dosis administradas (Hernán Silva, 2000).

Efectos cardiovasculares: las fenotiazinas producen hipotensión ortostática por bloqueo alfa adrenérgico. Éste puede ser un factor de riesgo, particularmente en los ancianos. Suele aparecer tolerancia a este efecto. También pueden ser antiarrítmicas, lo que parece deberse al efecto lidocaínico y quinidínico sobre el miocardio y el sistema conductor cardíaco (Hernán Silva, 2000).

Otros efectos: pueden producir problemas cutáneos, oftalmológicos y cambios hematológicos y deben usarse con mucha precaución o evitarse durante embarazo y lactancia.

Cuadro 4: Efectos colaterales extrapiramidales de los neurolepticos. (Portocarrero, 2000)

Tipo de SEP	Características	Riesgo máximo	Tratamiento
Distonía aguda	Espasmos musculares en cara o cuello, crisis oculogíricas.	1-5 días	Anticolinérgicos
Acatisia	Inquietud motora.	5-60 días	Propranolol, benzodiazepinas
Parkinsonismo	Bradicinesia, rigidez, tremor.	5-30 días	Anticolinérgicos o reducción dosis de neuroleptico
Síndrome neuroleptico maligno	Catatonía, fiebre, inestabilidad autonómica, CPK elevado.	Inicio, aumento de dosis	Dantroleno, bromocriptina (relajantes musculares)
Temblor perioral	Temblor perioral	Meses o años	Anticolinérgicos
Discinesia tardía	Movimientos coreoatetósicos en lengua, cara o cuello.	Meses o años	No existe

Posología y administración

En general, los neurolepticos de elevada potencia (como el haloperidol) son menos sedantes y se asocian a mayores síntomas extrapiramidales. En cambio, los de baja potencia (como clorpromazina o tioridazina) tienen fuerte efecto anticolinérgico y bloqueador beta adrenérgico, lo que limita su uso en poblaciones susceptibles, como las geriátricas (Hernán Silva, 2000).

La dosificación debe ajustarse al requerimiento y la tolerancia individual, utilizando la mínima dosis eficaz. El fraccionamiento de las dosis puede reducir los síntomas colaterales. El efecto clínico sólo es apreciable al cabo de algunas semanas, por lo que debe esperarse ese lapso para evaluar la eficacia del fármaco (Hernán Silva, 2000).

Tratamiento de mantención

El objetivo de la fase de mantenimiento del tratamiento es prevenir o retrasar las recaídas.

Una vez remite un primer episodio agudo, se recomienda continuar con una dosis farmacológica menor de mantenimiento con una duración entre 12 y 24 meses, buscando una buena tolerancia al fármaco, evitando en lo posible los efectos secundarios. Para ello, lo idóneo sería encontrar el fármaco, la dosis y la vía de administración que sean mejor toleradas por el paciente (Alberdi y cols.). Si el tiempo de administración es prolongado, y dado el considerable índice de abandonos de la medicación que se producen, una buena opción son los neurolepticos

depot administrados por vía intramuscular, consiguiendo efecto sostenido durante varias semanas (Antipsicóticos, bipolar web).

El **tratamiento de mantención** debe hacerse con la menor dosis eficaz. En el caso de la esquizofrenia, el tratamiento es prolongado y, en muchos casos, debe mantenerse por tiempo indefinido. La retirada del fármaco debe ser gradual, ya que la suspensión abrupta puede asociarse con síntomas de rebote, tales como insomnio, pesadillas, ansiedad, hipersalivación, diarreas, dolores gastrointestinales y vómitos (Hernán Silva, 2000)..

Cuadro 5: Antipsicóticos convencionales, dosificaciones usuales. (Ministerio de Salud, 2000)

Antipsicótico	Dosificación
Formulaciones Orales	
Clorpromazina	75 – 1000 mg/día
Haloperidol	2 – 20 mg/día
Tioridazina	100 – 600 mg/día
Pimozida	2 – 10 mg/día
Flupentixol	2 – 20 mg/día
Sulpiride	600 - 1800 mg/día
Periciazina	10 - 100 mg/día
Formulaciones de Depósito	
Decanoato de Flufenazina	20 – 80 mg c/ 2 a 4 semanas
Decanoato de Haloperidol	30 – 150 mg c/ 2 a 4 semanas
Palmitato de Pipotiazina	25 – 250 mg c/ 3 a 4 semanas
Decanoato de Flupentixol	20 – 80 mg c/ 2 a 4 semanas
Decanoato de Zuclopentixol	100 – 400 mg c/ 2 a 4 semanas
Acetato de Zuclopentixol	50 – 150 mg c/ 2 a 3 días (max. 4 dosis)

B. Trastornos orales eventualmente asociados

A continuación texto se resumirán algunos de los trastornos orales y periorales que posiblemente encontremos al examinar a estos pacientes. Debido a que en el diseño de la ficha clínica se basó en una propuesta de la OMS (OMS, 1997) para hacer estudios epidemiológicos, describiremos brevemente cada una de estas enfermedades y posteriormente trataremos sobre aquellas que encontramos en la bibliografía.

Tumor:

Es un agrandamiento anormal de una parte del cuerpo, que aparece, por tanto, hinchada o distendida. Los tumores pueden ser cancerosos (malignos, cuando tiene capacidad de invasión o infiltración y de metástasis a lugares distantes del tumor primario) o no cancerosos (benignos, no tiene el potencial de diseminarse). Se debe a un aumento en el número de células que lo componen, lo que ocurre cuando se altera el equilibrio de renovación celular, entre la división celular y la muerte de células. Dentro de los posibles gatillantes de ese desequilibrio se pueden considerar los problemas en el sistema inmunitario, las agresiones externas del medioambiente (tabaco, radiación uv), condiciones genéticas, obesidad, sedentarismo, exposición o ingesta de ciertas sustancias químicas e incluso algunos tumores se deben a la acción de algunos virus en el organismo (Medline Plus a, Wikipedia).

Siguiendo la clasificación de los tumores de la mucosa bucal de Grinspan, tenemos los tumores auténticos de las partes blandas de la boca (epiteliales, mesenquimatosos y melánicos), los hiperplásicos simples y los malformativos o displásicos, en sus distintas variedades: benignos, de baja malignidad y malignos (Arthur Nouel).

Con el simple examen clínico no es fácil saber la naturaleza del tumor, por lo que se requiere de exámenes complementarios (biopsia, ultrasonido, tomografía computarizada, imágenes de resonancia magnética).

Dentro de los tumores malignos también pueden clasificarse según el tejido del cual se originen, en carcinomas (tejidos epiteliales) o en sarcomas (tejidos conjuntivos) (ATSDR)

El cáncer puede presentarse en personas de todas las edades, pero es más común en personas mayores de 60 años de edad. Una de cada tres personas padecerá cáncer en algún momento de su vida en cualquier parte del cuerpo. En teoría, el cuerpo presenta células cancerosas todo el tiempo, pero el sistema inmune las reconoce como células extrañas y las destruye. La capacidad del cuerpo para protegerse del cáncer puede verse perjudicada por algunos medicamentos e infecciones virales.

El alcohol contribuye al riesgo de contraer cáncer. Las personas que beben demasiado o que abusan de las drogas indebidamente, tal vez no comen bien o se descuidan, aumentan su riesgo general de cáncer. (ATSDR) El tabaquismo (frecuente en los pacientes del grupo en estudio) aumenta considerablemente el riesgo de padecer cáncer de boca y faringe (*Westcott S, 1999; Lybarger JA, et al, 1993*).

Leucoplaquia:

La leucoplaquia o Leucoplasia se refiere a una lesión similar a un parche o placa blanca de la mucosa oral que no se desprende por raspado. Suelen ser muy heterogéneas al examinarlas microscópicamente, por lo que requieren biopsia para establecer un diagnóstico definitivo.

La leucoplaquia es principalmente un trastorno de las membranas mucosas de la boca causado por irritación crónica y las lesiones se desarrollan por lo general en la mucosa yugal, suelo de la boca, las comisuras labiales, los bordes laterales de la lengua y los rebordes alveolares mandibular y maxilar. (Sapp cap 6) En menor frecuencia puede atacar el paladar, borde maxilar y labio inferior, seguido del piso de boca y zona retromolar. La leucoplaquia afecta a poblaciones de mediana y avanzada edad, aunque puede ocurrir en personas más jóvenes posiblemente inducido por consumo de tabaco.

Etiológicamente se la relaciona con las variadas formas de consumo de tabaco, abuso de alcohol, deficiencias nutricionales (anemia por deficiencia de hierro), traumatismos y candidiasis.

Las lesiones de leucoplaquia tienen una tasa de aparición que varía del 1,5 al 12% según la población estudiada. (Sapp cap 6)

Si bien suele ser benigna, al igual que otras lesiones de la boca, como algunas úlceras, la leucoplaquia puede transformarse en una lesión cancerosa. Algunas evolucionan hacia carcinoma bucal de células escamosas.

Cerca del 5,4% de las leucoplasias se transforma en un carcinoma epidermoide, pero si el paciente es fumador la incidencia puede aumentar hasta un 16%. (Sapp cap 6)

La leucoplaquia de labios y lengua tiene un alto porcentaje de transformaciones displásicas o neoplásicas.

Al examen clínico la leucoplaquia puede variar de un tejido con un ligero aspecto blanquecino sobre una base de aspecto normal sin inflamación, hasta una lesión de color blanco definido, gruesa, correosa, fisurada o verrucosa. Su textura superficial puede variar de blandas, homogéneas o ligeramente granular; o bien rugosas, nodulares o induradas (Medline Plus (b), Regezi, 2000).

La leucoplaquia es un término clínico, cuya histopatología es muy variada. Lo más común es una alteración epitelial con aumento del espesor de la capa de queratina (hiperortoqueratosis o hiperparaqueratosis) y un aumento del espesor del estrato espinoso (acantosis).

Para determinar el tratamiento adecuado, es necesario evaluar histopatológicamente la naturaleza de la lesión (se requiere biopsia para su estudio. (Sapp cap 6)

Banoczy y Sugar (1957): (Banoczy, 1972)

-Leucoplaquia Simple: mancha blanca homogénea, lisa, regular y de bordes definidos. Completamente blanca. Más frecuente.

-Leucoplaquia Verrucosa: superficie irregular. Riesgo intermedio.

-Leucoplaquia Erosiva: mancha blanca con áreas en que el epitelio está desprendido o erosionado (enrojecimiento). No es completamente blanco. Presenta mayor riesgo a cáncer izarse sobretodo en las áreas erosivas.

-Leucoplaquia moteada: se distinguen algunas zonas rojas.

-Leucoplaquia verrucosa proliferativa: se inicia como una queratosis simple que luego evoluciona a verrucosa, con diversos grados de displasia epitelial. Puede ser agresiva. Es persistente, multifocal y recurrente. Se desconoce su causa, pero a veces puede relacionarse con el virus del papiloma humano y otras con el consumo de tabaco. Hasta un 15% de los casos pueden malignizarse a carcinoma verrucoso o de células escamosas.

Se presenta principalmente en ancianos, principalmente en mujeres (4 veces más que en los hombres). (Sapp, cap 6)

-Leucoplaquia pilosa o vellosa: es una infección oportunista relacionada con el virus Epstein Barr (EBV), que generalmente se encuentra en personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), aunque también puede ocurrir en individuos con otras formas de inmunosupresión y es muy poco frecuente en individuos inmunocompetentes.

Clínicamente se presenta como una lesión blanca bien delimitada, con forma variable de aplanada hasta con prolongaciones papilares o filiformes. Se localiza en ambos bordes laterales de la lengua y ocasionalmente en el dorso lingual y con muy poca frecuencia en otras partes de la boca como mucosa bucal, piso de boca o paladar. Puede parecer muguet, infección por Cándida, la cual está asociada en adultos con SIDA y VIH.

Histológicamente la leucoplaquia vellosa presenta hiperqueratosis y acantosis, con una zona de células aumentadas de tamaño (células coilocíticas) en el estrato espinoso, las cuales suelen contener al virus Epstein-Barr (VEB).

El tejido conectivo subyacente suele disminuir su nivel de inmunorreactividad, lo que favorece la colonización superficial de la lesión por Cándida albicans. (Sapp, cap 7)

Liquen Plano:

Es una afección mucocutánea crónica relativamente común y de causa desconocida, pero es probable que esté relacionada con una reacción alérgica o inmunitaria. Se sabe que la enfermedad se desarrolla después de una exposición a alérgenos potenciales como medicamentos, colorantes y otras sustancias químicas. Se le relaciona a reacción autoinmune (destruye la capa basal del epitelio), estrés, diversos factores emocionales, reacciones alérgicas o tóxicas e hipovitaminosis. Se ha observado que los síntomas se incrementan con el estrés emocional, debido posiblemente a los cambios en el funcionamiento del sistema inmunitario durante estos períodos (Boraks, cap 8; Medline Plus (c)).

Se estima que afecta entre el 0,5 al 2,2% de la población. El liquen plano oral suele seguir un curso crónico con períodos de exacerbaciones y se calcula que en el 0,4 al 2% de los pacientes con liquen plano persistente durante un período de 5 años o más padecerá neoplasias malignas. (Sapp, cap 8)

Tras desencadenarse una respuesta inflamatoria, especialmente de la célula Tcd8, cuya causa aún no está claramente determinada, se infiltra el epitelio basal y se liberan perforinas que producen lisis de células basales y la progresión de la enfermedad a su fase erosiva y descamativa.

Afecta tanto a hombres como a mujeres de edad mediana, con mayor frecuencia sólo a la región bucal, pero pueden presentarse también lesiones en la piel. En la boca se presenta como una lesión blanca, bilateral, que puede presentarse de diferentes formas:

Reticular: es el tipo más común de liquen plano, caracterizado por abundantes líneas queratósicas blancas y entrelazadas (llamadas estrías de Wickman) que crean un patrón anular o en forma de encaje. Se ubican principalmente en forma simétrica en la mucosa bucal, lengua y menos a menudo sobre encías y labios.

En placa: se asemeja a una leucoplaquia, pero con una distribución multifocal y pueden ser algo elevadas o planas y lisas. Se distribuyen principalmente en mucosa bucal y dorso de la lengua.

Atrófica: se observan placas rojas con finas estrías blancas y puede presentarse asociada a las modalidades reticular o erosiva. Afecta frecuentemente a la encía adherida, con áreas queratinizadas y atróficas en proporciones variables. Esta forma puede presentarse con ardor, hiperestesia y malestar generalizado (Regezi, cap 3).

Erosiva o eritematosa: presenta una zona ulcerada en el centro de la lesión, cubierta por una pseudomembrana, y rodeada por finas estrías queratósicas y eritema.

Bulosa, ulcerativa: son lesiones poco frecuentes, en que se forman bullas o vesículas de tamaño variable y duración breve, que al romperse dejan una superficie ulcerada (dolorosa). Aparecen principalmente en la mucosa bucal, en las regiones posterior e inferior adyacentes a los molares, aunque también pueden aparecer en lengua, gingiva y borde interno de los labios.

Si bien el potencial de malignización de estas lesiones no es alto, y en la mayoría de los casos (formas reticulares) son asintomáticas; se sugiere al paciente evitar el abuso de alcohol y tabaco; y realizarse controles periódicos, especialmente en las formas erosiva y atrófica, para estar atentos a las señales de posible malignización.

El tratamiento está basado principalmente en el uso de corticoides para controlar las lesiones, por el componente autoinmune al que se les atribuye. El resultado clínico mejora si lo asociamos a antifúngicos (previene crecimiento secundario de *C. Albicans*) y retinoides (vitamina A) (Regezi, cap 3).

Úlcera:

Consiste en una ruptura y pérdida del epitelio, quedando expuesto el tejido conjuntivo subyacente.

Generalmente, la úlcera es dolorosa, pudiendo incluso sangrar. Suele acompañarse de un halo eritematoso que la rodea, con exudado en la parte central. Se diferencia de erosión, en que ésta es una pérdida superficial del epitelio, aunque suele usarse ambos términos como sinónimos (Regezi, cap 2, Banoczy, 1972).

Hay lesiones ulcerosas que emergen como tales y otras que se originaron a partir de otras lesiones (vesículas, bulas). Asimismo, el aspecto clínico de muchas úlceras puede ser similar, sin embargo hay una gran variedad de enfermedades que se manifiestan de esta forma.

Las úlceras son la lesión más común de tejido blando en la boca. Las más frecuentes son las de origen traumático mecánico y la causa es generalmente identificable.

Aftosa:

De todos los tipos de úlceras no traumáticas que afectan a las membranas mucosas, las úlceras aftosas son las más comunes. La estomatitis aftosa recidivante (EAR) es una enfermedad frecuente en humanos, especialmente en jóvenes. Se caracteriza por lesiones mediadas por procesos inmunitarios cuyo resultado es una úlcera, pero que se asemeja clínica e histopatológicamente a las manifestaciones de otros procesos patológicos. En ocasiones, los pacientes experimentan síntomas prodrómicos de hormigueo o ardor antes de la aparición de las lesiones. Estas úlceras aparecen sobre la mucosa oral sin vesículas previas (Regezi, cap 2; Sapp cap 8).

Muchas veces los pacientes usa su afta como válvula de escape de disturbios emocionales, siendo a veces hasta preferible, desde el punto de vista emocional, que su ansiedad, depresión, o cualquier alteración mental, se vierta hacia la cavidad bucal, permitiendo liberar a otras áreas como el sistema cardiovascular (taquicardias, etc.), entre otros. (Boraks, cap 5 y 6)

La estomatitis aftosa recidivante se divide en 3 tipos clínicos: estomatitis aftosa menor, estomatitis aftosa mayor y úlceras herpetiformes.

- 1) **Estomatitis Aftosa Menor:** pequeñas úlceras superficiales y dolorosas de la mucosa oral glandular que aparecen con cierta frecuencia y episódicamente en brotes de 1 a 5 lesiones. Representa a más del 95% de las lesiones de EAR. Cada lesión tarda entre 7 y 14 días en sanar y no dejan cicatriz, pero pueden seguir apareciendo nuevas lesiones hasta por un mes. Las úlceras son redondas o elípticas, pequeñas (entre 0,5 mm a 1 cm de diámetro), superficiales, con bordes marcados, crateriformes y presentan una base blanco-amarillenta (membrana fibrinosa) rodeada de un halo eritematoso. Suelen aparecer estas lesiones en la mucosa de los labios, paladar blando posterior y pilares anteriores, aunque también pueden aparecer en los bordes de la lengua y en el piso anterior de la boca, y son intensamente dolorosas.
El tratamiento más eficaz es aplicar corticoides tópicos potentes en forma de gel o crema. En casos graves y persistentes se debe administrar corticoesteroides sistémicos por una semana. (Sapp, cap 8)
- 2) **Estomatitis Aftosa Mayor:** una o dos grandes úlceras superficiales, dolorosas, poco frecuentes, situadas generalmente en la mucosa labial y el paladar blando (mucosa bucal movable). Estas lesiones miden entre 5 y 20 mm o más. Comúnmente son sólo una o dos a la vez. Las lesiones son similares a las de estomatitis aftosa menor, pero más profundas, más grandes y pueden durar hasta 6 semanas. Son muy dolorosas y al repararse dejan cicatriz en la mucosa oral. Es posible que al curarse aparezca una nueva úlcera y el paciente pase largos periodos con muchas molestias y dolor, lo que termina deteriorando su salud al aumentar el estrés psicológico y a la dificultad para comer (Regezi, cap 2).
Su tratamiento incluye una combinación de corticoides tópicos y sistémicos a corto plazo y el uso de enjuagatorios antimicrobianos (para prevenir infección secundaria) y anestésico tópicos (para aliviar el dolor y permitir al paciente alimentarse). (Sapp, cap 8)
- 3) **Úlceras Herpetiformes:** pequeñas úlceras superficiales dolorosas, múltiples y raras (son la forma menos frecuente de estomatitis aftosa recidivante) que aparecen en episodios de duración prolongada y afectan mucosas glandulares y queratinizadas. Se asemejan a las lesiones de la infección primaria por el virus herpes simple. Son cráteres superficiales y pequeños (3 a 6 mm de diámetro). Cada episodio puede durar semanas o meses, incluso años. A medida que se resuelven las primeras lesiones van apareciendo otras nuevas. Estas úlceras son muy dolorosas. (Sapp, cap 8)

Herpética:

El herpes es una enfermedad viral (Virus Herpes simples, VHS) que si bien infecta al 90% de la población, no se manifiesta clínicamente en un 30%. Algunos individuos son más propensos a manifestar la enfermedad, bajo condiciones adversas como aumento de temperatura corporal o ambiental, disminución de la resistencia inmunológica, estrés físico y emocional, falta

de nutrientes, traumatismos físicos, etc.(Boraks cap11) En aquellos casos en que se manifiesta en una primera infección (Gingivostomatitis herpética primaria aguda), suele hacerlo durante la infancia y es bastante agresivo, con múltiples úlceras superficiales en mucosa oral y labios, fiebre, linfadenopatía y mialgia. Luego el virus permanece latente en los ganglios nerviosos hasta que se presenten las condiciones que le permitan reaparecer, normalmente con menor agresividad que en la primera infección, a no ser que el paciente esté muy debilitado. El Herpes labial recidivante se presenta como un cúmulo de vesículas y úlceras superficiales localizadas en las zonas laterales de los labios en pacientes con infecciones latentes por herpes simple; también puede presentarse intraoralmente, con úlceras punteadas superficiales dolorosas ubicadas comúnmente sobre la mucosa que recubre los agujeros palatinos mayores, que aparecen típicamente después de procedimientos dentales en dicha zona.” (Sapp cap 7: 210-212)

Traumática:

Corresponden a la mayoría de las úlceras en la cavidad oral y se deben en su mayoría a traumatismos accidentales, apareciendo preferentemente en zonas donde fácilmente contactas los dientes, como labio inferior, lengua y mucosa bucal. Muchas veces estas úlceras son producidas por prótesis dentales. En algunos casos de pacientes con trastornos psicológicos o psiquiátricos, estas lesiones son autoinducidas, lo que se conoce como *lesiones facticias*. También podemos encontrar lesiones ulcerosas provocadas iatrogénicamente luego de que el paciente ha recibido algún tratamiento odontológico, causados por la excesiva manipulación del tejido durante el procedimiento, golpes accidentales con algún instrumental, incluyendo los rotatorios, quitar algodones secos que están adheridos a las mucosas, etc. (Regezi, cap 2) También se producen lesiones ulcerativas a consecuencia de un trauma químico, que puede actuar como irritante o alergeno. Además encontramos úlceras provocadas por agresiones térmicas y otras que aparecen durante la radioterapia en casos de cáncer de cabeza y cuello, por efecto de la radiación.

Clínicamente presentan signos de inflamación aguda, cubiertas por un exudado fibrinoso de color amarillo blanquecino y rodeadas por una halo eritematoso.

El pronóstico de las úlceras traumáticas es favorable, producen molestias sólo los primeros días y tarda en curarse una o dos semanas dependiendo del tamaño de la lesión, siempre y cuando el agente causal sea identificado y eliminado.

En otros casos, estas úlceras son crónicas, debido a traumas persistentes, pero de menor intensidad. Suelen ser menos dolorosas que las úlceras originadas por traumas agudos, están cubiertas por una membrana amarillenta y rodeadas por bordes prominentes a veces hiperqueratósicos.

El tratamiento suele ser observación, eliminación de posibles irritantes y en algunos casos se trata el dolor o la inflamación con corticoides a corto plazo.

Gingivitis Necrotizante Aguda (GUNA):

La Gingivitis úlcero-necrotizante aguda se caracteriza por úlceras, principalmente en la encía interdental o papilar, destruyendo el ápice de la encía, dándole un aspecto de cráter (Boraks, cap 5 y 6). Su etiología aún es motivo de controversia, pero se distinguen factores locales como mala higiene, lo que favorece el establecimiento de asociaciones de bacterias patógenas; factores emocionales como el estrés, y otros factores sistémicos como enfermedades debilitantes. Suelen ser muy dolorosas al necrosarse la encía papilar también produce mal olor. Generalmente se cubre de una membrana blanquecina que se desprende con facilidad y provoca

sangramiento. En algunos casos más severos y sin el tratamiento oportuno, puede evolucionar a NOMA (Estomatitis Necrosante o estomatitis Gangrenosa), que es altamente destructiva (Boraks, cap 11).

Candidiasis:

Es un grupo de enfermedades mucocutáneas producidas por un hongo de género *Cándida*. Generalmente se trata de la *Cándida albicans*, pero a veces también participan especies menos comunes del mismo género. Se requiere de factores sistémicos (pacientes inmunodeprimidos) o locales que favorezcan la enfermedad. Es la infección micótica más común de la boca. Se observa como una lesión ulcerada cubierta por una membrana blanquecina que se desprende al raspado, que está compuesta por restos celulares, bacterias, hongos, fibrina, etc. Al eliminarse esta pseudomembrana se expone el área eritematosa, ulcerada, a veces sangrante. Algunas lesiones de candidiasis se observan rojas y brillantes debido a la atrofia y erosión del epitelio, exponiendo un tejido conjuntivo intensamente inflamado. (Regezi, cap 3; Sapp, cap 7)

En la cavidad bucal el hongo *Cándida albicans* forma parte de la microflora normal en forma de levadura, no patógena, pero bajo ciertas condiciones adquiere la forma filamentosa (hifas), con lo que mejora su capacidad de adherirse a células sanas y penetrar en la mucosa mediante enzimas proteolíticas y keratolíticas (destruyen las proteínas y la queratina del epitelio bucal. (Boraks, cap 11)

Dentro de los factores que favorecen el desarrollo de Candidiasis están ciertos factores sistémicos (estrés físico, emocional, quemaduras extensas, neoplasias malignas, enfermedades endocrinas como diabetes mellitus, inmunopatías, etc.) y factores adquiridos por el uso de medicamentos (corticoides, antibióticos, medicamentos inmunodepresores). (Boraks, cap 11)

Clasificación de la candidiasis bucal:

Candidiasis aguda:

- **Pseudomembranosa** (Muguet): también conocida como algodoncillo. Son placas blanquecinas, de consistencia blanda a gelatinosa o nódulos que crecen en dirección centrifuga y se mezclan. Pueden desarrollarse en cualquier sitio, pero preferentemente en la mucosa bucal y los pliegues mucobucuales, la bucofaringe y los bordes laterales de la superficie dorsal de la lengua.
- **Atrófica** (eritematosa): es la misma lesión, pero que después de desprenderse la membrana queda expuesta la zona ulcerada

Candidiasis crónica:

- **Atrófica**: es un subconjunto de lesiones atróficas frecuentes. Se presenta con frecuencia en pacientes geriátricos portadores de prótesis removibles completas, por lo que preferentemente se ubican en el paladar. Clínicamente se observa una superficie color rojo brillante, algo aterciopelada, con escasa queratinización. Generalmente en estos casos la prótesis están en mal estado, o no son adecuadamente higienizadas y se favorece también la aparición de queilitis angular en los pliegues de las comisuras labiales.
- **Hipertrófica-hiperplásica** (leucoplaquia candidiásica): Puede afectar la zona retrocomisural, el dorso de la lengua (glositis romboidal media). Es una

reacción hiperplásica tras la infección crónica por *Cándida*, aparece en adultos incluso sin predisposición aparente. Es generalmente asintomática y no sale al raspado, por lo que puede confundirse con hiperqueratosis o con leucoplaquia. (Boraks, cap 11; Sapp, cap 7)

Formas mucocutáneas:

- localizada (bucal, facial, cuero cabelludo, uñas)
- familiar
- síndrome relacionado (Regezi, cap 3)

Lesiones orales asociadas con *Cándida albicans*:

- 1) **Queilitis angular** (boqueras): fisuras atróficas bilaterales sintomáticas de las comisuras de la boca, frecuentes en pacientes con infección por *C. albicans* en otras partes de la boca, y que suelen acentuarse cuando existe un cierre excesivo de la boca por pérdida de dimensión vertical; requieren tratamiento con medicación antifúngica.
- 2) **Glositis romboidal media**: placa eritematosa, alargada y asintomática de mucosa atrófica de la superficie dorsal media de la lengua, debida a infección crónica por *C. albicans*.
- 3) **Candidiasis mucocutánea crónica**: se presenta candidiasis persistente y refractaria en las mucosas, la piel y las uñas de los pacientes afectados. Comúnmente estos pacientes sufren de alguna enfermedad endocrina y defectos en el sistema inmunitario. (Sapp, cap 7)

Absceso:

El absceso es una colección purulenta circunscripta que se muestra como una lesión inflamatoria, localizada y fluctuante. La mayoría de los abscesos en boca, cara o cuello tiene un origen dentario, ya sea periodontal o pulpar (Arthur Novel, estomatología). Suelen ser doloroso al provocar presión sobre los tejidos adyacentes y si no son controlados la infección y exudado purulento puede diseminarse a través de los tejidos blandos o destruir a su paso tejidos duros de los huesos maxilares, pudiendo llegar a diversas localizaciones dependiendo de la ubicación de su origen (que suele ser un diente infectado) y de la vía por donde se disemine. En el caso de los abscesos periapicales, se caracterizan por intenso dolor, al morder y a la percusión. El diente puede estar levemente extruído por la inflamación subyacente y la sintomatología suele disminuir cuando el material purulento logra una salida, formando lo que se conoce como fístula (Sapp cap 3 pp 86-87).

Otras lesiones asociadas

Además de que estas lesiones están en la guía para encuestas de salud buco-dental de la OMS, (1997) son mencionadas frecuentemente en la literatura e investigadas por muchos autores, junto con otras alteraciones que nos parece interesante incluir en nuestra investigación.

Dentro de los efectos adversos de la medicación con drogas psicotrópicas, se menciona frecuentemente la xerostomía. (Papas A et al, 1993) Se han encontrado asociaciones entre xerostomía y liquen plano (Ferguson MM, 2004), así como también se cree que los factores psicológicos, como estrés, ansiedad y depresión, tienen un papel importante en la aparición y evolución de lesiones orales como liquen plano, estomatitis aftosa recidivante y síndrome de boca urente (Soto M. et al., 2004).

Además, teniendo en cuenta de que los pacientes psiquiátricos, especialmente los esquizofrénicos, suelen fumar en gran cantidad, es importante considerar que habría un mayor riesgo de desarrollar lesiones relacionadas con los efectos del tabaco en la cavidad oral. El tabaquismo es más prevalente en pacientes psiquiátricos y fuman el doble de cigarrillos que en individuos sin enfermedad psiquiátrica, además de tener mayor tendencia a sufrir candidiasis y estomatitis sub-protésica (Lucas VS, 1993).

Algunos incluso afirman que en los pacientes esquizofrénicos la prevalencia de tabaquismo es cercana al 90%, mientras que en la población general es de un 25-30% y en los pacientes con otros trastornos psiquiátricos es de 45-70%. Además, los pacientes esquizofrénicos consumen dosis más altas de nicotina (Mc Evoy, 1999).

Al comparar pacientes esquizofrénicos con un grupo de pacientes control, se encontró que el 58% de los pacientes esquizofrénicos presentó lesiones orales, frente al 12% de los controles. La lesión más frecuente entre los pacientes esquizofrénicos fue la candidiasis (46%). Las lesiones orales fueron más prevalentes entre los pacientes esquizofrénicos fumadores y también en los pacientes (esquizofrénicos y control) cuyo flujo salival total estimulado fue menor (Velasco E. et al, 2002). También se encontró que el estado de salud periodontal en los pacientes esquizofrénicos estaba más deteriorado en comparación con el grupo control y una mayor prevalencia y extensión de sacos periodontales entre pacientes fumadores (esquizofrénicos y controles) (Velasco E. et al., 2005).

En un estudio realizado en adultos mayores hospitalizados y no hospitalizados se encontró una pobre relación de boca urente con xerostomía, pero si fue común la asociación entre boca urente y flujo salival bajo. Los factores explicativos para la boca urente eran enfermedad psiquiátrica entre los pacientes no internados y el uso de drogas psiquiátricas entre los pacientes hospitalizados. De todos los pacientes, el uso de drogas psiquiátricas fue el factor explicativo más fuerte para xerostomía (Pajukoski H. et al., 2001). En otro estudio con adultos mayores se observó que el caudal salival estimulado total fue reducido perceptiblemente en los individuos mayores que usaban medicaciones inductoras de xerostomía en comparación con los del grupo control y que las medicaciones inductoras de xerostomía más comúnmente usadas fueron psicotrópicos y diuréticos. La relación del flujo salival con la edad fue muy débil en comparación con la influencia del factor medicación (Persson R. et al., 1991).

En el caso del síndrome de boca urente o estomatodinia, se describe como una sensación de ardor o escozor generalizados en la cavidad bucal. Puede guardar relación con otros síntomas o signos orales (lengua geográfica, liquen plano oral, candidiasis, ulceraciones, etc.), pero frecuentemente no se observa ninguna causa orgánica que justifique la sintomatología. Su

etiología es desconocida pese a que se reconoce la participación de numeroso factores locales, sistémicos y psicológicos. Dentro de los factores que en forma local podrían afectar la percepción de la mucosa oral se mencionan: tabaquismo, fumar marihuana y sus derivados, ingesta habitual de bebidas alcohólicas, tomar productos ricos en cafeína y otros excitantes, hábitos parafuncionales (mordisqueo lingual, labial, yugal, movimientos compulsivos de la lengua, etc.), entre otros. Dentro de los factores sistémicos se mencionan: tratamiento farmacológico crónico (único o múltiple), consumo habitual de drogas de administración parenteral u otras vías, alimentación deficitaria, ingesta insuficiente de líquidos, factores psicológicos (estrés, ansiedad, angustia, cancerofobia, depresión y problemas sociales), trastornos psiquiátricos graves. Además se asocia fuertemente a alteraciones en la composición y flujo de la saliva (Chimenos E. y Marques MS., 2002).

Salud buco-dental en pacientes psiquiátricos del Hospital del Salvador, Valparaíso, en tratamiento con neurolépticos de depósito

III. OBJETIVOS

Objetivo General

Describir el estado de salud oral de pacientes psiquiátricos del Hospital del Salvador de Playa Ancha de Valparaíso, sometidos a tratamiento con fármacos antipsicóticos de depósito.

Objetivos Específicos

1. Identificar características generales de los pacientes tratados con Modecate y Haldol en pacientes del Hospital Salvador, reconociendo su distribución por sexo, edad, diagnóstico, tipo de neuroléptico, uso de otros fármacos, tiempo de iniciado el tratamiento, adherencia al tratamiento, presencia de otras enfermedades, uso de alcohol, hábito tabáquico y uso de drogas.
2. Identificar características de cuidado de higiene oral, cepillado y frecuencia de atención dental en pacientes tratados con Modecate y Haldol.
3. Identificar frecuencia de signos y síntomas inmediatos que resultan de la posterior administración de los fármacos.
4. Identificar frecuencia de efectos secundarios (neurológicos y efectos autonómicos) asociados al uso de fármacos
5. Identificar frecuencia de movimientos involuntarios orofaciales en pacientes del grupo de estudio.
6. Identificar tipo y frecuencia de lesiones orales y periorales en pacientes tratados con el fármaco Modecate y con el fármaco Haldol en el Hospital del Salvador.
7. Determinar el grado de salud oral de nuestro grupo de estudio mediante el uso del examen periodontal simplificado (PSR), el índice de placa bacteriana (de Silness y Loe) y COPD.
8. Identificar frecuencia de pacientes con xerostomía.
9. Relacionar xerostomía con grupo étnico y con género.
10. Cuantificar el nivel de salivación del paciente (sialometría)
11. Correlacionar nivel de salivación del paciente con xerostomía.
12. Reconocer los tipos de hábitos de tabaquismo, higiene oral y hábitos parafuncionales presentes en los pacientes y observar su influencia en el desarrollo de lesiones orales.
13. correlacionar sialometría con COPD.
14. Identificar la relación entre el cuidado oral (higiene oral, frecuencia de cepillado y de atención dental), relatado por el paciente, el índice de placa bacteriana observado.
15. Identificar la relación entre el cuidado oral (higiene oral, frecuencia de cepillado y de atención dental), relatado por el paciente, y el estado periodontal observado.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Descriptivo.

Universo: Pacientes psiquiátricos diagnosticados, tratados con neurolépticos de depósito en el Hospital del Salvador, Valparaíso.

Población de estudio: individuos (N) que acuden a control y administración de fármacos neurolépticos parenterales en los servicios del Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso.

Muestra y su selección: El marco muestral es el registro de pacientes diagnosticados esquizofrénicos (en su mayoría) que acuden a control en los servicios del Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso y que están siendo tratados con neurolépticos de depósito (Modecate o Haldol). Conseguimos datos de la cantidad de pacientes y sus diagnósticos, en el departamento de informática del hospital; y registros de pacientes que reciben neurolépticos en el servicio de farmacia del hospital. Debido a que diariamente concurren al policlínico del hospital, pacientes de este grupo (cuyo tratamiento es ambulatorio y no están internados en el hospital) a recibir su dosis de medicamento o a controles médicos, se invitó a los pacientes que acudieron a la clínica de inyectables, bajo tratamiento con Haldol o con Modecate, a participar en el estudio, por lo que se trata de una muestra intencionada.

Criterios de inclusión: Pacientes que acuden a control en los servicios del Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso y estén siendo tratados con neurolépticos de depósito de manera regular (cada 15 días o cada 1mes, dependiendo de cada caso).

Criterios de exclusión: Pacientes pluripatológicos (con más de dos enfermedades sistémicas) o con enfermedades que afecten en forma importante el estado de salud general o aquellos que no cumplan a cabalidad su tratamiento con los neurolépticos, y por supuesto, aquellos que no deseen realizarse el examen.

Documentos para la obtención de datos: Los datos recolectados fueron registrados en un formulario de evaluación adaptado del formulario propuesto por la OMS de Evaluación de Salud Bucodental (1997). Este comprende los siguientes aspectos: Identificación del paciente, Antecedentes médicos relevantes y del estado de salud actual; además, se realizaron preguntas relacionadas con la enfermedad, la salud bucal y conocimiento de ésta por parte del paciente; por último, examen mucosa y dentario. Para el registro del volumen de secreción salival total efectuamos una sialometría. Se tomaron fotografías de los hallazgos realizados (ver ficha clínica en Anexos).

Procedimiento y Sistematización del Examen Clínico:

Los pacientes a examinar fueron interceptados a la salida de la clínica de inyectables y en la sala de espera del policlínico del Hospital del Salvador, dentro de aquellos que acudan el día del examen a inyectarse el neuroléptico u otros que cumplan con los criterios de inclusión para el

estudio, que, por ejemplo, estén citados para control médico, y que voluntariamente accedan a ser entrevistados-examinados, previa explicación del procedimiento a efectuar.

Para realizar el examen se utilizó sonda OMS, espejo bucal y pinza, debidamente esterilizadas, y otros elementos como torundas de algodón, pechera con toalla de papel absorbente, un par de guantes, y mascarilla individual para cada paciente.

Se utilizó un sialogogo o estimulante de la salivación (chicle sin azúcar) absolutamente inocuo para la salud del paciente con el cual realizó una sialometría, en tubos milimetrados individuales para cada paciente. El tiempo por el cual se realizó la sialometría fue idealmente de 5 minutos, pero en algunos casos, por incomodidad del paciente, se debió realizar en menor tiempo. Finalmente los valores de sialometría obtenidos de cada paciente se dividieron por el número de minutos en que se realizó, obteniendo el flujo salival total por minuto.

Para obtener y registrar la información se utilizaron fichas clínicas – encuestas, en las que se anotaron los datos obtenidos en la entrevista y pesquisados durante el examen.

En el caso de encontrar alguna lesión oral que requiera atención a la brevedad, se comunicó inmediatamente al paciente y se derivó a la odontóloga de su establecimiento para que evalúe al paciente y, si fuera pertinente, lo derive al especialista correspondiente o siga el procedimiento establecido para tal efecto, y si lo prefiere contar además con la opinión de la cátedra de Patología Oral de nuestra Universidad en relación al caso.

La encuesta y el examen se efectuaron en dos salas que se encontraban junto a la sala de espera, a la entrada del policlínico. Estas salas se encontraban desocupadas y fueron acondicionadas por el personal del hospital facilitándonos sillas y una mesa. Afortunadamente la ubicación de estas salas nos permitía ver a los pacientes al llegar y al salir, y estaba cerca de la clínica de inyectables donde acudían los pacientes que necesitábamos examinar. Ambas habitaciones contaban con ventanas amplias y brindaban un ambiente más privado y cómodo para la entrevista con el paciente.

Calibración de los Examinadores:

Como preparación previa a la ejecución del estudio, para poder obtener resultados comparables, los examinadores (2) fueron calibrados en diagnóstico de lesiones bucodentarias. En primera instancia se hizo una clase sobre lesiones bucodentarias, dictada por el docente guía. Luego se realizó dos pruebas individuales de fotos clínicas (25 imágenes), elaboradas por el docente guía, utilizando la ficha del estudio. Terminado el ejercicio de diagnóstico, se procedió a comparar los resultados obtenidos, aclarar las dudas y hacer correcciones pertinentes en la ficha clínica. Con el fin de despejar dudas y hacer correcciones necesarias en la ficha clínica ésta calibración se realizó dos veces.

Se consideró óptimo un nivel de concordancia en los diagnósticos de sobre el 90% con el patrón de oro (Gold Standard).

Las dos primeras sesiones de exámenes de pacientes, en el Hospital Psiquiátrico del Salvador, ambos examinadores trabajaron en la misma sala, alternándose para ser uno registrador del otro al momento del examen clínico del paciente, lo que sirvió para unificar criterios diagnósticos. Finalmente se nos entregaron dos salas independientes, una al lado de la otra, donde comenzamos a realizar la revisión de los pacientes en forma separada, pero acudiendo al compañero en caso de duda.

Con respecto a la detección de síntomas extrapiramidales, acudimos a uno de los enfermeros del hospital, quien nos explicó en qué consistía cada signo de efectos secundarios neurológicos y cómo examinar al paciente para detectarlos. Además, las primeras sesiones,

cuando trabajamos ambos examinadores en la misma sala, fue a aclararnos dudas con respecto a los síntomas de esos pacientes.

Variables:

ENCUESTA

Diagnóstico psiquiátrico: se preguntó al paciente y se confirmó con información de la base de datos del departamento de informática del hospital.

Edad: años cumplidos a la fecha. Se dividió por motivos prácticos, a los pacientes en 4 tramos de edad.

Sexo: F= Femenino; M=Masculino

Fármaco (neuroléptico de depósito): 1= Modecate; 2= Haldol

Uso de otros fármacos: 1= Si; 2= No

Tiempo desde el inicio del tratamiento con el neuroléptico: 1= 3 A 12 meses; 2= 1 a 5 años; 3= más de 5 años

Adherencia al tratamiento: 1= continuo (el paciente acude a administrarse su dosis de neuroléptico cada 15 días o cada mes, según la indicación médica); 2= inconstante (ha pasado por breves periodos en que ha discontinuado su tratamiento); 3= a veces (paciente debe ser excluido del estudio por insuficiente cumplimiento con el tratamiento).

Otras enfermedades (sistémicas o no psiquiátricas): 1= Si; 2= No

Consumo de alcohol: 1= No; 2= ocasional; 3= frecuente

Consumo de tabaco: 1= No; 2= ocasional; 3=hasta 2 cigarrillos al día; 4= de 3 a 6 cigarrillos al día; 5= 7 o más cigarrillos al día.

Drogas (ilícitas): 1= No; 2= Si

Cuidados de higiene oral: 1= No (no realiza higiene oral); 2= dependiente (otra persona le realiza su higiene oral); 3=con asistencia (tiene dificultad, pero recibe ayuda de otra persona); 4= sin asistencia (tiene dificultad para realizar su higiene oral adecuadamente, pero no cuenta con ayuda); 5= autovalente (capaz de realizar su higiene oral sin ayuda).

Frecuencia de cepillado: 1= nunca; 2= ocasionalmente; 3= 1 vez al día; 4= 2 o más veces al día.

Uso de otro elemento de higiene oral: 1= ninguno; 2= colutorio; 3= seda dental o interproximal; 4= más de uno.

Frecuencia de atención dental: 1= nunca; 2= urgencias; 3=anual; 4= semestral; 5= más de 2 veces al año.

Signos y síntomas posteriores al inicio del tratamiento (posiblemente relacionados con efectos adversos de los medicamentos)

Congestión nasal: 1= Si; 2= No

Insomnio: 1= Si; 2= No

Vómitos: 1= Si; 2= No

Sensación de boca urente (ardor): 1= Si; 2= No

Odontalgia (dolor dental): 1= Si; 2= No

Parestesia (disminución de la sensibilidad): 1= Si; 2= No

Otro (a especificar por el paciente): 1= Si; 2= No

Uso de Prótesis dental:

Prótesis Fija Unitaria: 0= buena; 1= deficiencia estética; 2=deficiencia funcional; 3= deficiencia estética y funcional; 4= no usa prótesis.

Puente Fijo: 0= buena; 1= deficiencia estética; 2=deficiencia funcional; 3= deficiencia estética y funcional; 4= no usa prótesis.

Prótesis Removible Parcial: 0= buena; 1= deficiencia estética; 2=deficiencia funcional; 3= deficiencia estética y funcional; 4= no usa prótesis.

Prótesis Removible Total: 0= buena; 1= deficiencia estética; 2=deficiencia funcional; 3= deficiencia estética y funcional; 4= no usa prótesis.

Test Psiquiátricos: Efectos secundarios neurológicos.

Distonía: 1= Si; 2= No

Rigidez: 1= Si; 2= No

Hipocinesia/acinesia: 1= Si; 2= No

Hipercinesia: 1= Si; 2= No

Temblor: 1= Si; 2= No

Acaticia (inquietud motora): 1= Si; 2= No

Convulsiones epilépticas: 1= Si; 2= No

Parestesias: 1= Si; 2= No

Test Psiquiátricos: Efectos secundarios autonómicos.

Aumento de salivación: 1= Si; 2= No

Disminución de la salivación: 1= Si; 2= No

Náusea/vómito: 1= Si; 2= No

Diarrea: 1= Si; 2= No

Estreñimiento: 1= Si; 2= No

Poliuria/polidipsia: 1= Si; 2= No

Vértigo ortostático: 1= Si; 2= No

Palpitaciones/taquicardia: 1= Si; 2= No

Aumento de la sudoración: 1= Si; 2= No

Escala de movimientos involuntarios anormales (Abnormal Involuntary Movement Scale, AIMS)

Músculos de expresión facial (AIMS): 0= No; 1= mínimo; 2= leve; 3= moderado; 4= grave

Labios y área perioral (AIMS): 0= No; 1= mínimo; 2= leve; 3= moderado; 4= grave

Mandíbula (AIMS): 0= No; 1= mínimo; 2= leve; 3= moderado; 4= grave

Lengua (AIMS): 0= No; 1= mínimo; 2= leve; 3= moderado; 4= grave

Xerostomía (si contesta afirmativamente a alguna de las siguientes preguntas):

- Sensación de sequedad bucal: 1= Si; 2= No
- Necesidad de hidratarse la boca frecuentemente: 1= Si; 2= No
- Se levanta en la noche a tomar líquido: 1= Si; 2= No
- Siente generalmente la boca seca: 1= Si; 2= No
- Siente la boca seca al hablar: 1= Si; 2= No

EXAMEN CLÍNICO

TRASTORNO

- 0 = Ningún estado anormal
- 1 = Tumor
- 2 = Leucoplasia
- 3 = Líquen plano
- 4 = Úlcera (aftosa, herpética, traumática)
- 5 = Gingivitis Necrotizante Aguda (GUNA)
- 6 = Candidiasis
- 7 = Absceso
- 8 = Otro (se especifica o se anotan observaciones)

LOCALIZACIÓN

- 0 = Borde bermellón
- 1 = Comisuras
- 2 = Labios
- 3 = surcos
- 4 = Mucosa bucal
- 5 = Piso de boca
- 6 = Lengua
- 7 = Paladar duro y/o blando
- 8 = Bordos alveolares/Encías
- 9 = No registrado
- K = Región perioral

EXAMEN PERIODONTAL SIMPLIFICADO (PSR, Periodontal Screening & Recording). Se examinan todos los dientes (en todas las edades) y se anota la mayor medición de cada sextante. Requiere sólo sonda OMS, la cual se introduce al surco gingival para detectar cálculo, sangramiento y profundidad de sondaje.

- 0 = Tejidos sanos. Sondaje de 0,5 mm (sólo la bolita). Ausencia de cálculo y de hemorragia.
- 1 = Sondaje de 0,5 mm (sólo la bolita), pero con hemorragia.
- 2 = Cálculos, iatrogenia marginal u otro factor retentivo de placa. Sondaje hasta 3 mm (aún es visible parte negra de la sonda).
- 3 = Bolsa de 4 – 5 mm (parte negra de la sonda en margen gingival).
- 4 = Bolsa de 6 mm. o más (banda negra de sonda invisible)
- 9 = No registrado (diente ausente, esto originalmente se registra como una X)

En casos de compromiso de furca, movilidad dentaria o recesión gingival que sobrepasa a la franja coloreada de la sonda, se le agrega a cada código un asterisco (*).

ÍNDICE DE PLACA BACTERIANA (de Silness y Løe). Es un índice subjetivo, pero fácil de aplicar ya que no requiere tinción y se puede utilizar la misma sonda periodontal. Se registra la placa bacteriana en relación al tercio cervical del diente.

Se registró solo en 6 dientes, uno por cada sextante: 1.6 (o el 1.7); 1.1 (o el 2.1); 2.6 (o el 2.7); 4.6 (o el 4.7); 4.1 (o el 3.1); 3.6 (o el 3.7). Finalmente se anotó el mayor de los sextantes para determinar el índice de placa bacteriana de cada paciente.

0 = Sin PB

1 = PB en margen gingival (reconocible frotando con la sonda)

2 = PB moderada en el margen (no hay espacio interdental lleno)

3 = PB visible (moderada o abundante llenando espacio interdental)

9 = No registrado

DENTOGRAMA (ESTADO DE DENTICIÓN)

Se examinaron 28 dientes (se excluyeron los terceros molares)

0 = Sano o sellado (en buen estado)

1 = Caries (requiere restauración)

2 = Caries profunda (requiere endodoncia o extracción)

3 = Obturado con caries

4 = Obturado (sin caries)

5 = ausente por caries

6 = ausente por otra razón

7 = Retenedor de puente, corona, carilla

8 = Traumatismo (fractura)

9 = no registrado

En base a los registros obtenidos del dentograma se calculó el índice COPD para cada paciente. Este índice es la suma de los dientes con caries, los que se encuentran obturados, y aquellos perdidos por caries.

SIALOMETRÍA:

La sialometría se realizó proporcionándole a cada paciente un chicle sin azúcar, el cual debía mascar para estimular su salivación, y que luego de la señal verbal con la que le indicamos que comenzaba a contar el tiempo, deposite en un frasco de vidrio graduado su saliva por un máximo de 5 minutos. En muchos casos los pacientes se negaron a realizarlo por más de 3 minutos, lo cual quedó consignado. En casos de pacientes con deficiencia mental o dificultades físicas (temblor, etc.) se realizó la sialometría por sólo un minuto.

Según Pinheiro, D., los valores sialométricos (para saliva estimulada) son:

Menor a 0.3 ml/min: xerostomía

0.4 a 0.6 ml/min: hiposialia severa

0.7 a 0.9 ml/min hiposialia moderada

1.0 a 1.4 ml/min: hiposialia leve

1.5 a 2.5 ml/min: ideal

Sobre 2.5 ml/min: sialorrea

Sin embargo, otros autores refieren simplemente que los valores de normalidad van entre 1 a 3 ml/min. También hay quienes (Jiménez, 2005) dicen que el flujo total de saliva puede llegar a 4-5 ml/min al comer o masticar, por lo que no consideramos a quienes tuvieron con más de 2,5 ml/min de saliva como pacientes con sialorrea.

V. RESULTADOS

1. Características globales de los pacientes del Hospital del Salvador, según el fármaco administrado

Para el análisis estadístico, se tiene a disposición una población del Hospital del Salvador a la que se le administró los fármacos Haldol o Modecate. A continuación se muestran algunas tablas y gráficos que buscan resumir las características principales de los pacientes examinados.

Tabla I: Distribución de los pacientes de acuerdo al fármaco administrado.

Fármaco	Frecuencia	Porcentaje
Modecate	102	94,44
Haldol	6	5,56
Total	108	100,00

Se los 108 pacientes examinados, a un alto porcentaje de ellos (94,44 %) se les administró el fármaco Modecate, lo que equivale a 102 pacientes. En cambio, se tiene que un porcentaje muy reducido de pacientes (5,56 %) usó el otro fármaco (Haldol). En esta muestra se cumple los factores de expansión, que quiere decir que la relación entre los pacientes en tratamiento con Modecate y Haldol es similar tanto en el Universo como en la muestra

Desde ya se destaca el hecho que realizar comparaciones del efecto de los fármacos sobre algún ítem en particular no será concluyente, debido al pequeño o porcentaje de pacientes que usan Haldol.

Tabla II: Distribución de los pacientes según grupo etáreo y fármaco administrado.

Rango edad	Fármaco		Total
	Modecate	Haldol	
Tramo 1 (30 años o menos)	12	0	12
Tramo 2 (de 31 a 49 años)	54	5	59
Tramo 3 (de 50 a 64 años)	28	0	28
Tramo 4 (65 años o más)	6	1	7
Total	100	6	106

Al considerar el grupo etáreo de los pacientes la Tabla II muestra que la mayor cantidad de pacientes (59) se concentra en el Tramo 2; dicho grupo representa al 55,66 % del total.

Por otro lado, el grupo etáreo con menor representación corresponde al Tramo 4, con sólo un 6,60 % del total. Los restantes grupos etáreos, el Tramo 1 y el Tramo 3 corresponden al 11,32 % y al 26,42 % del total, respectivamente.

Tabla III: Distribución de los pacientes según sexo y fármaco de consumo.

Sexo	Fármaco		Total
	Modecate	Haldol	
Femenino	32	1	33
Masculino	70	5	75
Total	102	6	108

La mayoría de los entrevistados son de sexo masculino (75 de ellos), que corresponde al 69,44 % del total de entrevistados; mientras que aquellos pacientes entrevistados de sexo femenino corresponden a 33 personas (30,56 %).

Tabla IV: Distribución de los pacientes según fármaco administrado y consumo de otros medicamentos.

Otros medicamentos	Fármaco		Total
	Modecate	Haldol	
Sí	91	4	95
No	11	2	13
Total	102	6	108

En la Tabla IV se muestra que un alto porcentaje de los pacientes examinados (87,96 %) efectivamente consume otro tipo de medicamentos. A quienes se les administró el fármaco Modecate un 89,21 % consume otro tipo de medicamento; en cambio, a los que se les administró Haldol, el porcentaje análogo es de 66,67 %.

Tabla V: Distribución de los pacientes en cada categoría de tiempo de tratamiento, según fármaco administrado.

Tiempo tratamiento	Fármaco		Total
	Modecate	Haldol	
3 a 12 meses	9	0	9
1 a 5 años	18	1	19
Más de 5 años	75	5	80
Total	102	6	108

En la Tabla V se tiene que un alto porcentaje de los pacientes (74,07 %) lleva más de 5 años de tratamiento.

Tabla VI: Distribución de los pacientes según diagnóstico y fármaco administrado.

Diagnostico	Fármaco		Total
	Modecate	Haldol	
F062	2	0	2
F068	1	0	1
F120	1	0	1
F130	2	0	2
F192	1	0	1
F195	2	0	2
F200	2	0	2
F202	2	0	2
F203	69	3	72
F220	2	0	2
F228	6	2	8
F250	1	0	1
F31x	1	0	1
F322	1	0	1
F323	2	0	2
F410	2	0	2
F411	1	0	1
F799	3	1	4
F99X	1	0	1
Total	102	6	108

La información respecto a los diagnósticos realizados a los pacientes, mostrada en la Tabla VI, muestra que el diagnóstico rotulado como F203 (esquizofrenia indiferenciada) prima por sobre los restantes, correspondiente al 66,67% del total. Luego destacan los diagnósticos F228 (otros trastornos delirantes persistentes) y F799 (retraso mental), que representan al 7,41 % y al 3,70 del total, respectivamente. Los restantes diagnósticos tienen una representación total del 22,22 % y cada uno de ellos equivale a lo más a un 1,85 % del total.

Tabla VII: Distribución de los pacientes según adherencia al tratamiento y fármaco administrado.

Adherencia tratamiento	Fármaco		Total
	Modecate	Haldol	
Continuo	95	6	101
Inconstante	7	0	7
Total	102	6	108

Un alto porcentaje de los pacientes (93,52 %) muestran una adherencia continua al tratamiento; es decir, lo han seguido en forma constante a través del tiempo.

Tabla VIII: Distribución de los pacientes según la medicación del fármaco y la presencia simultánea de otras patologías.

Otra patología	Fármaco		Total
	Modecate	Haldol	
Si	34	2	36
No	68	4	72
Total	102	6	108

La mayoría de los pacientes examinados (66,67 %) efectivamente no presenta otro tipo de patología, independiente del neuroléptico medicado; mientras que en ambos grupos un tercio de los pacientes presentan alguna enfermedad sistémica además de su condición psiquiátrica.

Tabla XIX: Distribución de los pacientes según consumo de alcohol y fármaco administrado.

Consumo de alcohol	Fármaco		Total
	Modecate	Haldol	
No	77	6	83
Ocasionalmente	16	0	16
Frecuentemente	9	0	9
Total	102	6	108

La información relativa al consumo de alcohol, indica que 76,85% del total de los pacientes afirma que no consume alcohol. Por otro lado, el 15,69 % afirma consumir ocasionalmente algún tipo de alcohol y un pequeño porcentaje (8,82 %) afirma ser consumidor frecuente.

Tabla X: Distribución de los pacientes según tabaquismo y fármaco administrado.

Hábito de tabaquismo	Fármaco		Total
	Modecate	Haldol	
No	34	2	36
Ocasionalmente	3	1	4
Hasta 2	1	0	1
Entre 3 y 6	8	0	8
7 o más	56	3	59
Total	102	6	108

Al ver la información referida al hábito de tabaquismo de los pacientes, la Tabla X muestra que en ambos casos se dan situaciones extremas; esto es, un alto porcentaje de pacientes o no fuma o fuma en gran cantidad. Un tercio de los pacientes (33,3%) señala que no fuma tabaco, en cambio, los otros 2/3 (66,6%) si lo hacen, siendo el 54,6% del total del grupo que fuman 7 o más cigarrillos al día.

Tabla XI: Distribución de los pacientes según la medicación del fármaco y consumo simultáneo de drogas.

Consumo drogas	Fármaco		Total
	Modecate	Haldol	
No	87	6	93
Sí	15	0	15
Total	102	6	108

La mayoría de los pacientes examinados (86,11 %) efectivamente no consume algún tipo de droga, independiente del fármaco medicado. En los pacientes de Modecate, un 14,71 % efectivamente afirman consumir algún tipo de droga; el mismo porcentaje es nulo para los pacientes tratados con Haldol.

2. Resumen del cuidado de higiene oral, cepillado y frecuencia de atención dental

Es de interés conocer los hábitos de cuidado dental para los pacientes del Hospital del Salvador, por lo cual se buscó determinar las características globales referidas a la frecuencia de cepillado, frecuencia atención dental y cuidados de higiene oral.

Tabla XII: Distribución de los pacientes según higiene oral y fármaco administrado.

Cuidado de higiene oral	Fármaco		Total
	Modecate	Haldol	
No	15	0	15
Con asistencia	2	0	2
Sin asistencia	0	1	1
Autovalente	85	5	90
Total	102	6	108

Al momento de conocer algunos hábitos de higiene oral de los pacientes, la Tabla XII muestra que la mayoría de ellos (83,3%) son autovalentes al momento de realizar su higiene oral. Debe hacerse notar el hecho que el 13,9 % de los pacientes no realiza ningún tipo de higiene oral.

Tabla XIII: Distribución de los pacientes según frecuencia de cepillado y fármaco administrado.

Frecuencia de cepillado	Fármaco		Total
	Modecate	Haldol	
Nunca	15	0	15
Ocasionalmente	15	2	17
Una vez al día	31	0	31
2 o más veces	41	4	45
Total	102	6	108

En cuanto a la frecuencia de cepillado de los pacientes, el 70.37% de los pacientes realiza al menos una vez al día un cepillado de dientes. Por otro lado, existen 15 pacientes (13,9 %) que declaran que no realizan ninguna maniobra de higiene dental en el día. Cabe destacar que menos de la mitad de los pacientes (41.7%) se cepilla los dientes 2 o más veces diariamente.

Tabla XIV: Distribución de los pacientes según frecuencia anual de atención dental y fármaco administrado.

Frecuencia atención dental	Fármaco		Total
	Modecate	Haldol	
Nunca	23	2	25
Urgencias	55	4	59
Anual	14	0	14
Semestral	3	0	3
Más de 2 al año	7	0	7
Total	102	6	108

De la Tabla XIV se desprende que la mayor cantidad de los pacientes (54,63 %) recurre al odontólogo al momento de presentarse una urgencia. Por otro lado, existe en total un 23,15 % de pacientes que nunca reciben atención dental. Para cerrar los comentarios de la Tabla 14, se tiene que en total un 22,22 % de los pacientes recibe atención dental al menos una vez al año.

3. Resumen de los signos y síntomas posteriores al inicio del tratamiento con neurolépticos

Una vez iniciado el tratamiento se determinó qué posibles síntomas o malestares pudieron presentar los pacientes, para cada uno de los fármacos administrados. Los resultados se muestran en la Tabla 15, donde se especifican 6 síntomas en particular y otros cualesquiera, que relate el paciente y que no esté dentro de las preguntas de la ficha.

Tabla XV: Presencia de algún síntoma o signo posterior al inicio del tratamiento.

Síntoma	Fármaco		Total
	Modecate	Haldol	
Congestión nasal	2	0	2
Insomnio	15	1	16
Vómito	4	0	4
Sensación de boca urente	0	0	0
Odontalgia	1	1	2
Parestesia	1	0	1
Otros	28	1	29

Al observar el resumen de los síntomas por cada fármaco, se tiene que, desde un punto de vista global, pocos pacientes manifestaron algún tipo de molestia, donde se destaca que ningún paciente de Modecate ni de Haldol presentó sensación de boca urente. Por otro lado, un porcentaje muy pequeño de pacientes de Modecate presentó síntomas de congestión nasal, odontalgia, vómito o parestesia (inferior al 4 % cada uno de ellos); se resalta que un 14,71% de ellos presentó insomnio y un 27,45 % dio muestras de algún otro síntoma que quedó sin especificar. Para el caso de Haldol se tiene que ningún paciente mostró molestias por congestión nasal, vómito, sensación de boca urente y parestesia y tan sólo uno (20 %) dio muestra de insomnio, odontalgia u otro malestar. Para el caso de alguna otra molestia se tiene que el porcentaje de pacientes que presentaron molestias que han sido tratados con Modecate es de 27,45 %, mientras que para Haldol la cifra fue de 16,67 %, la cual aparentemente es menor, pero la diferencia de datos en cada grupo (Modecate y Haldol) no permite establecer lo anterior con seguridad.

4. Resumen de los efectos secundarios: neurológicos y autonómicos

Tabla XVI: Presencia o carencia de algún efecto neurológico.

Efecto neurológico	Fármaco		Total
	Modecate	Haldol	
Distonía	2	1	3
Rigidez	10	0	10
Hipocinesia/acinesia	23	1	24
Hipercinesia	17	0	17
Temblor	64	4	68
Acatisia	21	2	23
Convulsiones epilépticas	7	1	8
Parestesia	3	0	3

La información resumida en la Tabla XVI indica que para el fármaco Modecate el efecto neurológico más frecuente en los pacientes fue el temblor, pues el 62,75 % de ellos dio muestras del síntoma; otros efectos neurológicos relevantes fueron Hipocinesia/acinesia (22,55%), acatisia (20,59 %) e hipercinesia (16,67 %). Los restantes efectos neurológicos de Modecate tuvieron una incidencia inferior al 10 %.

En cuanto al fármaco Haldol, el temblor presentó la mayor incidencia dentro de este grupo, con un 66,67 % de los casos registrados. En segundo lugar se encontró a la acatisia con un 33,33 % de casos que presentaron el síntoma; por otro lado, la distonía, la hipocinesia/acinesia y las convulsiones se presentaron en el 16,67 % de los pacientes. Los efectos restantes no se presentaron en paciente alguno.

Tabla XVII: Presencia o carencia de algún efecto autonómico.

Efecto autonómico	Fármaco		Total
	Modecate	Haldol	
Aumento de salivación	17	1	18
Disminución de salivación	28	2	30
Nausea/Vómito	15	1	16
Diarrea	6	1	7
Estreñimiento	15	1	16
Poliuria/polidipsia	33	4	37
Vértigo Ortostático	23	0	23
Palpitaciones/taquicardia	17	0	17
Aumento de la sudoración	6	1	7

La información resumida en la Tabla XVII indica que para el fármaco Modecate el efecto autonómico más recurrente en los pacientes es la poliuria/polidipsia, pues el 32,35% de ellos dio muestras de dicho efecto secundario; otros efectos autonómicos relevantes fueron disminución de salivación (27,45 %), vértigo ortostático (22,55 %), aumento de la salivación y la taquicardia (ambas con 16,67 %). Los restantes efectos autonómicos de Modecate tuvieron una incidencia inferior al 15 %.

En cuanto al fármaco Haldol, la poliuria/polidipsia presentó la mayor incidencia dentro de este grupo, con un 66,67 % de los casos registrados. En segundo lugar se encontró a la disminución de la salivación con un 33,33 % de casos que presentaron el síntoma; por otro lado, el aumento de la salivación, náusea, diarrea, estreñimiento y aumento de la sudoración se presentaron en el 16,67 % de los pacientes. Los efectos restantes no se presentaron en paciente alguno.

5. Resumen de los movimientos involuntarios orofaciales de los pacientes

Tabla XVIII: Intensidad de los movimientos faciales y orales según el fármaco administrado.

Zona de movimiento	Intensidad	Fármaco		Total
		Modecate	Haldol	
Músculos de expresión facial	No	73	3	76
	Mínimo	8	3	11
	Leve	13	0	13
	Moderado	5	0	5
	Grave	3	0	3
Labios y área perioral	No	85	4	89
	Mínimo	3	1	4
	Leve	9	1	10
	Moderado	4	0	4
	Grave	1	0	1
Mandíbula	No	84	5	89
	Mínimo	4	1	5
	Leve	9	0	9
	Moderado	5	0	5
	Grave	0	0	0
Lengua	No	82	5	87
	Mínimo	8	1	9
	Leve	8	0	8
	Moderado	3	0	3
	Grave	1	0	1

A partir de la Tabla XVIII, se puede decir que para el medicamento Modecate, en todas las zonas de movimiento analizadas, el comportamiento más frecuente es que no se presenten movimientos involuntarios. Situación similar acontece para el fármaco Haldol. Además, se puede ver que al momento de detectarse algún tipo de movimiento, la intensidad de éste es principalmente leve o mínima para ambos fármacos. Sólo en Modecate se detectaron movimientos graves en un porcentaje extremadamente pequeño (inferior al 3 %) en cada una de las zonas analizadas.

6. Xerostomía en los pacientes del Hospital del Salvador

Se realizó una serie de preguntas a los pacientes con el fin de determinar si, a partir de su percepción, se puede afirmar o no que los pacientes presentan xerostomía. Los resultados obtenidos se muestran en la Tabla 19.

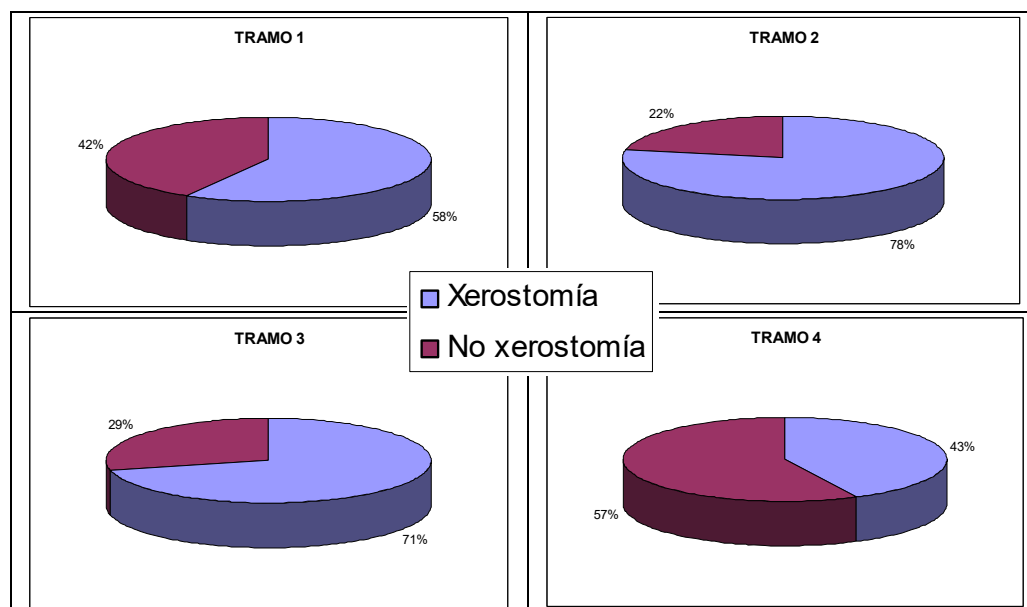
Tabla XIX: Distribución de los pacientes de acuerdo a la presencia o carencia de xerostomía, según fármaco administrado.

Xerostomía	Fármaco		Total
	Modecate	Haldol	
Si	74	4	78
No	28	2	30

Del total de pacientes el 72,22% de ellos presenta xerostomía. Para cada uno de los fármacos los porcentajes son similares, pues para Modecate el porcentaje de pacientes con xerostomía alcanza a un 72,55 % y para los de Haldol alcanza al valor de 66,67 %.

A continuación se muestra la xerostomía detectada según tramo etéreo. El número de pacientes por grupo y tipo de fármaco se encuentra detallado en la Tabla II.

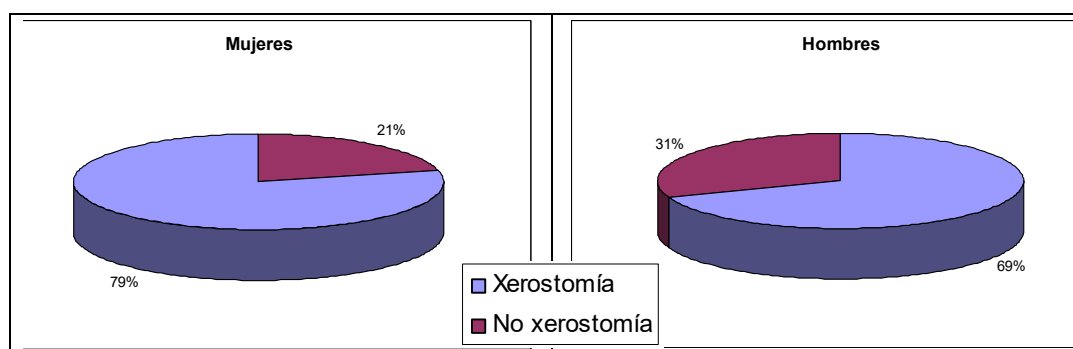
Gráfico 1: Cantidad de pacientes con y sin xerostomía, según grupo etéreo.



En forma global, en el Gráfico 1 se puede ver que sólo para los Tramos etéreos 1 y 4 habría una menor brecha entre pacientes con y sin xerostomía. En cambio, para los tramos 2 y 3, se puede apreciar una tendencia mayor hacia la presencia de xerostomía, pues en ambos grupos el porcentaje de pacientes con dicha sensación es superior al 70 %.

Para conocer qué acontece con la xerostomía según el sexo de los pacientes se entrega el Gráfico 2. El detalle de la distribución de los pacientes según género y fármaco se encuentra en la Tabla III.

Gráfico 2: Cantidad de pacientes con y sin xerostomía, según sexo.

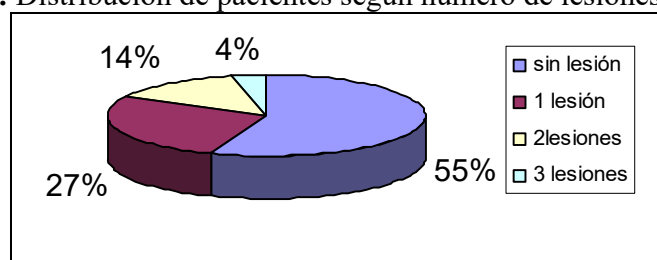


El Gráfico 2 muestra que en forma global, tanto para hombres como para mujeres, predomina la presencia de xerostomía, en porcentajes prácticamente superiores al 70 %.

7. Resumen del tipo y localización de las lesiones orales detectadas en los pacientes

El examen a los pacientes del Hospital del Salvador incluyó uno que buscaba determinar el tipo de lesiones orales que tenían los pacientes al momento del examen y se registró también su ubicación en la boca. Se buscó por paciente un máximo de tres lesiones orales.

Gráfico 3: Distribución de pacientes según número de lesiones encontradas



De todos los pacientes examinados, 60 pacientes (55%) no presentaron ninguna lesión; y 48 pacientes sí presentaron lesiones (45%). 29 pacientes (27%) presentaron 1 lesión, 15 pacientes (14%) tenían 2 lesiones y 4 pacientes (4%) mostraron 3 lesiones simultáneamente.

Tabla XX: Distribución de los pacientes en los distintos tipos de trastornos orales detectados, según fármaco.

Tipo lesión	Fármaco		Total
	Modecate	Haldol	
Ningún estado anormal	54	6	60
Leucoplasia	17	-	17
Úlcera	9	-	9
GUNA	1	-	1
Candidiasis	6	-	6
Absceso	8	-	8
Otros	30	-	30

De la tabla XX los resultados indican que para el total del pacientes, la mayoría de ellos (55,56 %) no presenta estados anormales; es decir, no presenta lesiones orales de ningún tipo. Esta situación se ve reflejada en la totalidad de los pacientes del fármaco Haldol y en el 52,54 % de los pacientes del fármaco Modecate. Del total de pacientes, la que se presenta con mayor frecuencia es la leucoplaquia (15,7 %), seguida de la úlcera (8,3%), absceso con una frecuencia de 7,4 % y candidiasis con 5,6%. Finalmente se encontró GUNA en un solo paciente correspondiente al 0,9% y es importante destacar que existe un 27,7% de pacientes que presentó algún otro tipo de lesión, la cual no se encuentra especificada en la base de datos.

Las localizaciones de las lesiones, se encuentran resumidas a continuación, en la Tabla XXI.

Tabla XXI: Distribución de los pacientes según la localización.

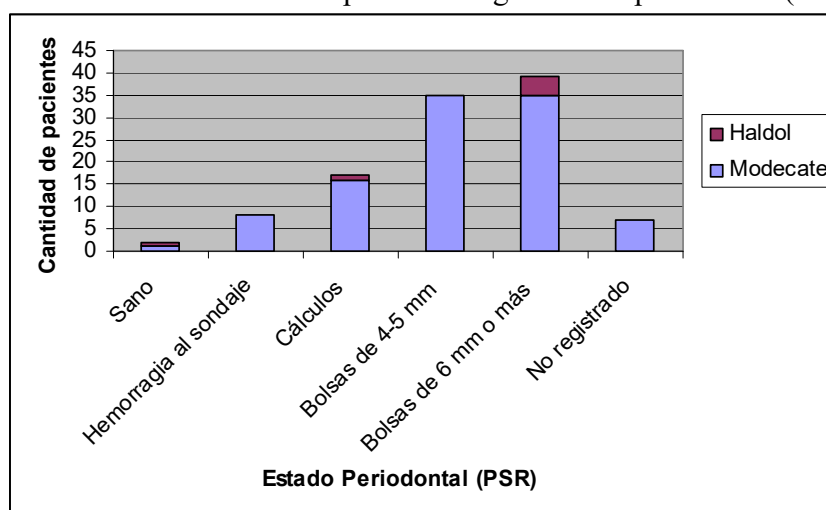
Localización	Fármaco		Total
	Modecate	Haldol	
Comisuras	2	-	2
Labios	4	-	4
Mucosa bucal	13	-	13
Piso de boca	2	-	2
Lengua	7	-	7
Paladar duro y/o blando	19	-	19
Bordes alveolares/Encías	23	-	23
Región perioral	1	-	1
Total	71	-	71

La Tabla XXI deja de manifiesto que no se consideró a los pacientes que no presentaron lesiones en boca; de los 48 pacientes restantes se tiene que el 32,4% de ellas se localizó en la zona de los bordes alveolares o encías y otro 26,8 % de ellas se ubicó en la zona del paladar duro y/o blando. Un 18,3 % de las lesiones se ubicó en la mucosa bucal y las restantes zonas de localización de lesiones no aportan más de un 10% cada una. Se destaca el hecho que todas las lesiones fueron detectadas en pacientes tratados con Modecate.

8. Grado de salud oral del grupo en estudio

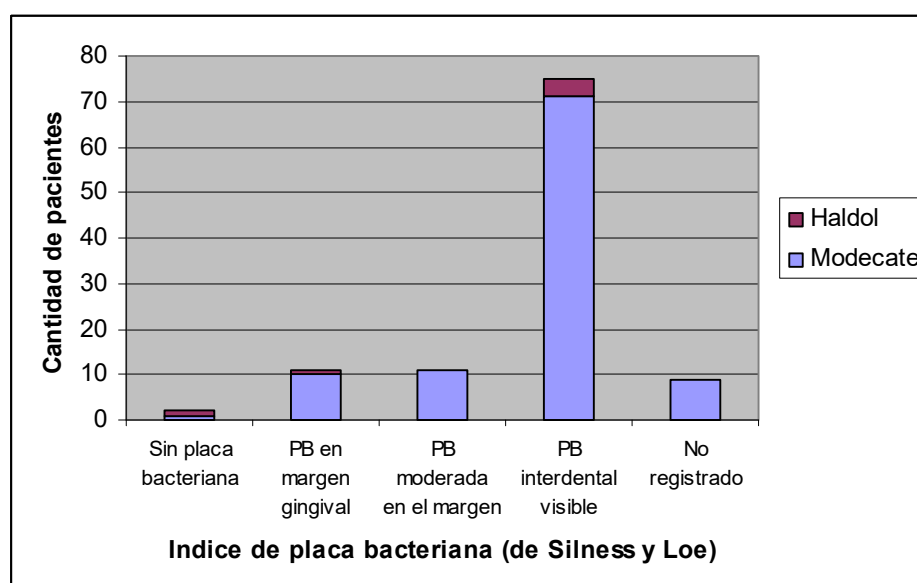
Para determinar un grado de salud oral del grupo en estudio se trabajó con el examen periodontal simplificado (PSR), el índice de placa bacteriana (Silness y Løe) y el índice COPD.

Gráfico 4: Distribución de pacientes según estado periodontal (PSR)



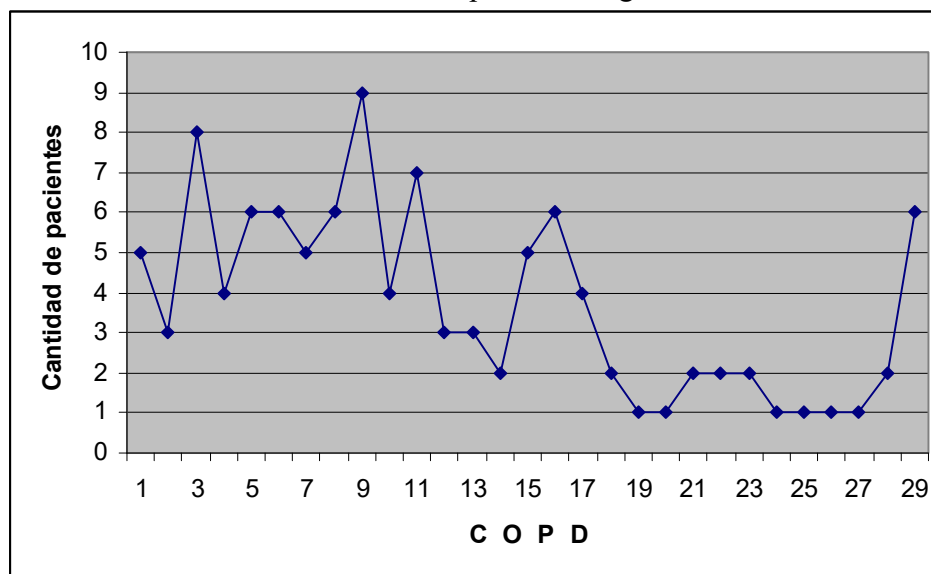
En el gráfico 4 se evidencia que el estado periodontal de los pacientes es malo, ya que el 69 % de ellos padecía de periodontitis y el 37% tenía sacos periodontales de 6 mm o más, sólo el 1,85% estaban sanos. Un 6% de los pacientes corresponde a la categoría no registrado, ya que no tenían más de dos dientes por grupo, pero la mayoría de ellos eran desdentados totales.

Gráfico 5: Distribución de pacientes según índice de placa bacteriana



En el gráfico 5 se observa que la mayoría de los pacientes (70%) se concentra en la categoría 3 (PB visible, moderada o abundante, llenando espacio interdental), y un escaso número de ellos (2%) estaba libre de placa bacteriana.

Gráfico 6: Distribución de pacientes según índice COPD



En el gráfico 6 se observa que la distribución para el índice COPD es variada, y una mayoría de ellos (66%) tiene un índice inferior a 14 (ó 50% de 28, que corresponde al máximo valor posible), sin embargo 6 pacientes registran el mayor valor del índice.

Los índices COPD promedios por tramos de edad fueron:

Tramo 1 (hasta 30 años): 8,3

Tramo 2 (31 a 49 años): 10

Tramo 3 (50 a 64 años): 14 (además, 4 de los 6 pacientes con COPD 28 eran del tramo 3)

Tramo 4 (65 años o más): 9,4

9. Resumen de la Sialometría en los pacientes

A continuación en la Tabla 22 se muestran las estadísticas de resumen para la variable que mide el nivel de salivación de los pacientes: sialometría. Se muestran los resultados en tres casos: el total de los pacientes, para cada uno de los fármacos y para la presencia o ausencia de xerostomía.

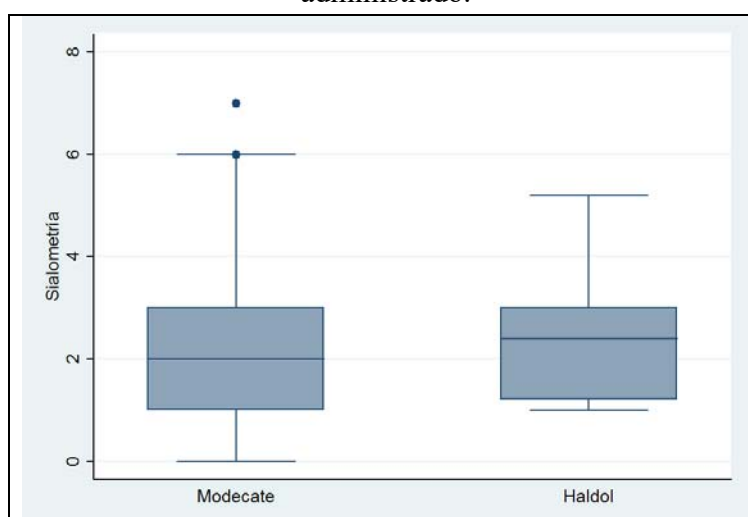
Tabla XXII: Estadísticas descriptivas de la sialometría de los pacientes en total, según fármaco y según xerostomía.

Variable	Casos	Promedio	Desv. Est.
Sialometría	Total	2,216	1,474
Fármaco	Modecate	2,197	1,476
	Haldol	2,533	1,537
Xerostomía	Si	2,108	1,532
	No	2,490	1,301

Para el total de los pacientes la Tabla XXII indica que en promedio los pacientes tienen un flujo salival de 2,216. Por otro lado, al especificar el fármaco de consumo de los pacientes se puede ver en primera instancia que los que consumen Haldol, en promedio, tienen un mayor flujo salival respecto a los que consumen Modecate; sin embargo, la diferencia detectada no se puede asumir como efectiva debido a la gran brecha en la cantidad de pacientes en cada caso. Este último comentario se ve refrendado en el Gráfico 7.

En el caso de la xerostomía se observa que, en promedio, quienes presentaron xerostomía efectivamente tienen un flujo salival inferior que aquellos que no la presentaron; sin embargo, al momento de realizar la prueba de comparación de medias entre ambos casos (Mann – Whitney), ésta resultó no significativa (p -valor = 0,386), lo que implica que no existe evidencia estadística para afirmar que el flujo salival de los que no presentan xerostomía es superior, en promedio, al flujo salival de quienes si la presentan.

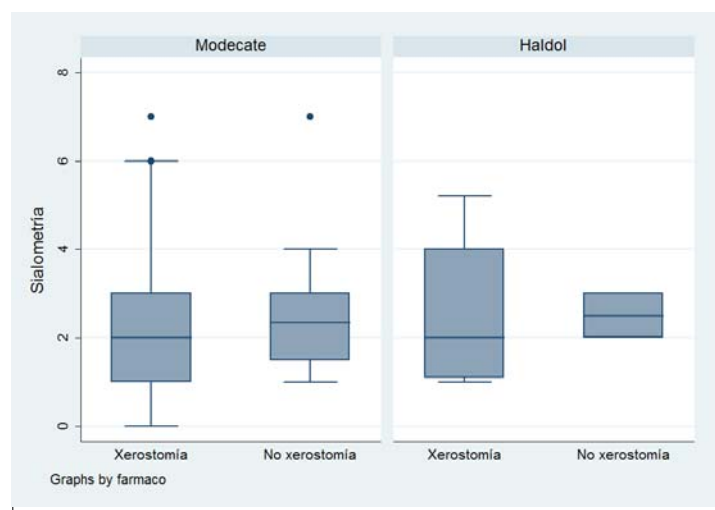
Gráfico 7: Diagramas de cajón con bigotes de la sialometría calculada según fármaco administrado.



El Gráfico 7 deja de manifiesto que los distintos fármacos no afectarían en el flujo salival de los pacientes, pues los cajones mostrados se encuentran a un mismo nivel respecto al eje asociado a la variable Sialometría.

Por otro lado, al momento de considerar la xerostomía en conjunto con el fármaco administrado, como se ve en Gráfico 8, se confirma para cada uno de los fármacos la conclusión estadística obtenida para la totalidad de los pacientes.

Gráfico 8: Diagramas de cajón con bigotes de la sialometría calculada según fármaco administrado y presencia o ausencia de xerostomía.



10. Relación de la variable número de lesiones con tabaquismo, cuidados de higiene oral, frecuencia de cepillado y frecuencia de atención dental

Tabla XXIII: Distribución de los pacientes según tabaquismo y número de lesiones.

Hábito de tabaquismo	Número de lesiones				Total
	0	1	2	3	
No	21	8	7	0	36
Ocasionalmente	3	1	0	0	4
Hasta 2	1	0	0	0	1
Entre 3 y 6	4	4	0	0	8
7 o más	31	16	8	4	59
Total	60	29	15	4	108

Al analizar la Tabla XXIII, observamos que en el caso de los pacientes no fumadores hay 21 sin lesión y 15 con lesión; es decir, por cada 10 pacientes sin lesión habría 7 con lesión. En el caso de los pacientes fumadores (indistintamente de la cantidad de cigarrillos) tenemos que hay 39 pacientes sin lesión y 33 con lesión; es decir, por cada 10 sin lesión, habría 8 con lesión. En el caso de la categoría de fumadores de 7 o más cigarrillos, tenemos 31 sin lesión y 28 con lesión;

es decir, por cada 10 pacientes sin lesión habría 9 pacientes con lesión. Cabe destacar que los 4 pacientes que registraron tener 3 lesiones pertenecen a este último grupo.

Tabla XXIV: Distribución de los pacientes según hábito de higiene y número de lesiones.

Hábitos de higiene	Número de lesiones				Total
	0	1	2	3	
No	9	5	1	0	15
Con asistencia	1	0	1	0	2
Sin asistencia	1	0	0	0	1
Autovalente	49	24	13	4	90
Total	60	29	15	4	108

Se observa que en los pacientes que no realizan higiene oral hay 6 pacientes con lesión y 9 sin lesión, es decir 7 cada 10. Del total de pacientes que realizan higiene oral, ya sean autovalentes o parcialmente autovalentes, tenemos que hay 42 con lesión y 51 sin lesión, es decir, 8 cada 10. En el caso exclusivo de los autovalentes hay 41 con lesión y 51 sin lesión, o sea, 8 cada 10. En consecuencia no se puede obtener una relación entre estas dos variables.

Tabla XXV: Distribución de pacientes según cepillado y número de lesiones.

Frecuencia de cepillado	Número de lesiones				Total
	0	1	2	3	
Nunca	9	5	1	0	15
Ocasionalmente	9	4	3	1	17
Una vez al día	15	8	6	2	31
2 o más veces	27	12	5	1	45
Total	60	29	15	4	108

Se observa que la razón entre los pacientes con lesión y aquellos sin lesión, para el caso en que no se cepillaban nunca era de 6:9, es decir, 7 cada 10. Para el caso ocasionalmente era de 8:9, es decir, 9 cada 10; para el caso una vez al día es de 16:15, o sea, 11 cada 10, y para el caso de aquellos que señalaron cepillar 2 o más veces sus dientes al día resultó ser idéntico al caso de aquellos que no se cepillaban 7 cada 10. En otras palabras, no se encontró relación entre cepillado y número de lesiones.

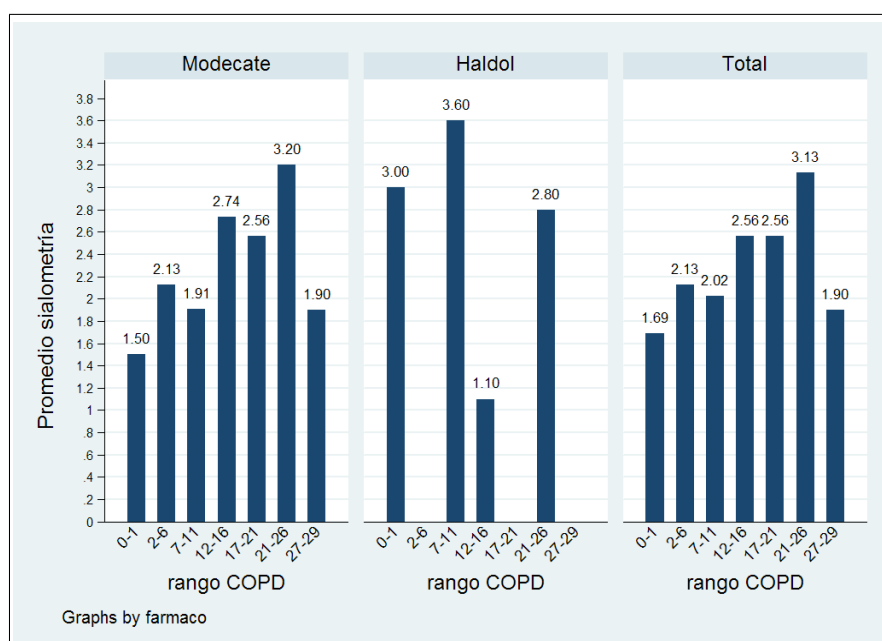
Tabla XXVI: Distribución de los pacientes según atención dental y numero de lesiones.

Frecuencia de atención dental	Numero de lesiones				Total
	0	1	2	3	
Nunca	11	5	6	3	25
Urgencias	37	14	8	0	59
Anual	7	6	1	0	14
Semestral	1	2	0	0	3
Más de 2 al año	4	2	0	1	7
Total	60	29	15	4	108

Al relacionar las distintas categorías de “frecuencia de atención dental” entre aquellos pacientes que presentaban alguna lesión y los que no lo hacían, los valores arrojados fueron los siguientes: para “nunca” 14:11, o sea, 13 de 10; para “urgencias” 22:37, o sea, 6 de 10; para “anual” 7:7, es decir, 10 de 10; para “semestral” 2:1, o sea, 20 de 10; y finalmente para el caso de aquellos que señalaron cepillarse 2 o más veces es 3:4, que equivale a decir 8 de 10. Por lo tanto no se encontró relación entre atención dental y número de lesiones.

11. Relación de la sialometría con el índice COPD

Para determinar la relación entre la sialometría y el índice COPD, se buscará determinarla gráficamente.

Gráfico 9: Sialometría promedio para cada rango de COPD, según fármaco y en total.

En los pacientes que consumen Modecate (Gráfico 9) el flujo salival para aquellos que presentan menor índice COPD, la sialometría muestra un promedio más bajo que en aquellos pacientes que tienen mayor índice. La sección del gráfico relacionada con Modecate muestra una tendencia al alza, la cual se rompe en aquellos pacientes con un alto valor en el índice COPD.

En los pacientes que consumen “Haldol” no se puede ver una diferencia en el promedio de los flujos, ya que el número de pacientes es muy pequeño y las relaciones obtenidas no son muy confiables.

En el caso de la sección del gráfico, para el total de los pacientes, se puede ver un patrón similar a lo ocurrido para el Modecate; es decir, a menor índice COPD algún menor promedio de sialometría por rango. Todo esto permite decir que los datos muestran una asociación directa, lo que no deja de ser contradictorio, pues se espera que a mayor cantidad del flujo salival, el número de dientes con problemas (índice COPD) sea menor. O sea, se esperaría que aconteciese lo contrario a lo que muestran los datos.

12. Cuidado oral y su posible relación con el estado periodontal y el índice de placa bacteriana

Las variables necesarias en esta sección para determinar algún tipo de relación, estadísticamente hablando, no permiten realizar cálculo alguno debido a la escala de medida que éstas poseen (nominales u ordinales), lo que motivó la elaboración de las tablas que se muestran a continuación.

Tabla XXVII: Distribución de los pacientes según hábito de higiene y estado periodontal.

Hábito de higiene	Estado periodontal						Total
	Sano	Hemorragia	Cálculos	Bolsa 4 -5 mm.	Bolsa 6 mm o +.	No registra	
No	0	0	2	4	6	3	15
Con asistencia	0	0	0	0	2	0	2
Sin asistencia	0	0	0	0	1	0	1
Autovalente	2	8	15	31	30	4	90
Total	2	8	17	35	39	7	108

Como se puede observar en la Tabla XXVII, de los 90 pacientes que son autovalentes al momento de realizar la higiene, el 67,8 % de ellos presentan bolsas sobre 4 mm. En el caso de los pacientes que no realizan higiene oral el 66,7 % presentaban bolsas de al menos 4 mm. Para el caso de los pacientes parcialmente autovalentes, que eran sólo 3, todos tenían sacos superiores a 6 mm. En consecuencia, para uno u otro caso la situación, en términos porcentuales, es muy similar.

Tabla XXVIII: Distribución de los pacientes según frecuencia de cepillado y estado periodontal.

Frecuencia de cepillado	Estado periodontal						Total
	Sano	Hemorrhagia	Cálculos	Bolsa 4-5 mm.	Bolsa 6 o + mm.	No registrado	
Nunca	0	0	2	4	6	3	15
Ocasionalmente	0	1	1	1	12	2	17
Una vez al día	1	2	7	12	8	1	31
2 o más veces	1	5	7	18	13	1	45
Total	2	8	17	35	39	7	108

Al comparar las distintas categorías de “frecuencia de cepillado” con relación a sacos sobre 4 mm nos percatamos que coincidentemente en todas ellas la situación era similar y cercana a 67% del total de pacientes para cada caso. Sin embargo se observa que los únicos 2 pacientes sanos pertenecen a las categorías de pacientes que cepillan sus dientes diariamente y, por otra parte, la mayoría de los pacientes sin grupos dentarios para registrar el PSR, se concentra en las categorías que nunca cepillan sus dientes o lo hacen ocasionalmente.

Tabla XXIX: Distribución de los pacientes según frecuencia de atención dental y estado periodontal.

Frecuencia de atención dental	Estado periodontal						Total
	Sano	Hemorrhagia	Cálculos	Bolsa 4-5 mm.	Bolsa 6 o + mm.	No registrado	
Nunca	1	1	1	10	9	3	25
Urgencias	1	6	9	15	24	4	59
Anual	0	0	6	6	2	0	14
Semestral	0	0	0	1	2	0	3
Más de 2 al año	0	1	1	3	2	0	7
Total	2	8	17	35	39	7	108

La Tabla XXIX muestra que los porcentajes de pacientes que presentan bolsas de 4 mm o más dentro de cada grupo de frecuencia de atención dental, son los siguientes: Para el grupo de pacientes que afirman nunca acudir al odontólogo es de 76%; para aquellos que asisten sólo por urgencias es de 66 %; para quienes visitan a su dentista anualmente es de 57%; los 3 pacientes que acuden semestralmente presentan en un 100% bolsas de 4 mm o más y para el grupo de los que acuden más de 2 veces al año es de 71%. No se observa una tendencia que nos lleve a concluir una relación entre las variables observadas.

Llama la atención que para los 2 pacientes que presentan un estado periodontal sano por un lado son los que señalan cepillar sus dientes, pero por otro, 1 nunca ha ido a la atención dental y el otro ha ido sólo en casos de urgencia.

Tabla XXX: Distribución de los pacientes según hábito de higiene e índice de placa bacteriana.

Hábito de higiene	Índice de placa bacteriana					Total
	Sin placa	Margen gingival	Moderada	Visible	No registrada	
No	0	1	1	10	3	15
Con asistencia	0	0	0	2	0	2
Sin asistencia	0	0	0	1	0	1
Autovalente	2	10	10	62	6	90
Total	2	11	11	75	9	108

En la Tabla XXX muestra que la mayoría de los pacientes (69%) se concentra en la categoría de placa bacteriana visible (moderada o abundante, llenando espacio interdental) . Menos del 2% corresponde a la categoría sin placa bacteriana y coincide con ser de aquellos autovalentes. Es destacable el hecho de que tanto en el caso de los que no tienen hábitos de higiene oral y los que son autovalentes, los que poseen el más alto índice de placa bacteriana corresponden a cerca de dos tercios en ambos grupos.

Tabla XXXI: Distribución de los pacientes según frecuencia de cepillado e índice de placa bacteriana.

Frecuencia cepillado	Índice de placa bacteriana					Total
	Sin placa	Margen gingival	Moderada	Visible	No registrada	
Nunca	0	1	1	10	3	15
Ocasionalmente	0	1	0	13	3	17
Una vez al día	0	4	3	22	2	31
2 o más veces	2	5	7	30	1	45
Total	2	11	11	75	9	108

En la Tabla XXXI se aprecia una situación similar a la descrita en la Tabla 36; es decir, no se ve una relación directa entre la frecuencia del cepillado y el índice de placa bacteriana, ya que si analizamos el porcentaje de pacientes en el punto “visible” del índice de PB (donde se concentra la mayor cantidad de pacientes), para las distintas categorías de cepillado, tenemos que: para “Nunca” es de 67%, para “Ocasionalmente” es de 76%, para “Una vez al día” es de 71%, para “2 o más” es de 67%, es decir idéntico al porcentaje de la categoría “Nunca”.

Tabla XXXII: Distribución de los pacientes según frecuencia de atención dental e índice de placa bacteriana.

Frecuencia de atención dental	Índice de placa bacteriana					Total
	Sin placa	Margen gingival	Moderada	Visible	No registrada	
Nunca	1	2	0	19	3	25
Urgencias	1	6	6	40	6	59
Anual	0	1	5	8	0	14
Semestral	0	0	0	3	0	3
2 o más al año	0	2	0	5	0	7
Total	2	11	11	75	9	108

Ya habíamos señalado como extraño el hecho de que los 2 pacientes sanos periodontalmente, encontrados en la tabla 29 coincidían con que 1 había ido sólo por urgencia al Odontólogo y otro nunca lo había hecho. Esos mismos dos pacientes son los que ahora se ubican en la categoría “sin PB”.

Analizando por categoría de frecuencia de atención dental el punto “PB visible” tenemos que para “Nunca” es de 76%, para “Urgencias” es de 68%, para “Anual” es de 57%, para “Semestral” es de 100% y para “2 o más” es de 71%, o sea, no se observa relación en este punto; pero sí coincide el hecho que los únicos 9 pacientes que no fueron registrados, consignados en el punto “No registrado” del índice de placa se concentraron: 3 en la categoría “Nunca” y 6 en “Urgencia”.

VI. DISCUSIÓN

Previo al inicio de este estudio, se nos informó que dentro de los pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico del Salvador en Valparaíso, había un grupo relativamente numeroso de pacientes que acudían en forma constante y frecuente para la administración de fármacos inyectables, dentro de los cuales se mencionaron específicamente los siguientes fármacos: Modecate, Haldol, Fluanxol y Piportil. El fármaco más utilizado es el Modecate, seguido de lejos por Fluanxol y Haldol, y una escasa proporción de Piportil. Decidimos trabajar con los pacientes que están bajo tratamiento con Modecate y con Haldol. Descartamos el Piportil por su baja utilización en relación a los otros fármacos y al Fluanxol porque se nos informó que está disminuyendo su uso, siendo paulatinamente reemplazado por Modecate.

Durante el mes de junio se contabilizaron todos los pacientes que acudieron a la clínica de inyectables y quedaron anotados en el libro de registro, se eliminaron aquellos pacientes que se repetían, dando como resultado que durante el mes de junio se administró medicamento a 500 pacientes, de los cuales 464 recibieron Modecate (92,8%) y sólo 36 recibieron Haldol (7,2%).

Se examinaron un total de 108 pacientes, de los cuales 102 corresponden a pacientes bajo tratamiento con Modecate (94,4%) y sólo 6 pacientes bajo tratamiento con Haldol (5,6%), por lo que proporcionalmente los porcentajes se acercan a los encontrados en el universo determinado, pero al ser tan pequeño el grupo de los pacientes tratados con Haldol, no fue posible establecer comparaciones concluyentes entre ambos grupos.

Se dividió a los pacientes en cuatro tramos etéreos y se encontró que la mayor parte de los pacientes examinados se encuentran en el Tramo 2 (59 pacientes entre 31 y 49 años) y en el Tramo 3 (28 pacientes entre 50 a 64 años), los que corresponden al 55,66% y al 26,4% respectivamente. Ambos tramos de edad suman el 82% de la muestra estudiada, lo que es importante destacar ya que representan al segmento de la población que está en edad productiva, por lo cual esta enfermedad tiene impactos económicos, en especial para sus familias.

Se encontró que un alto porcentaje de los pacientes examinados (87,96%) consume otro tipo de medicamentos, pese a que sólo el 30,5% de los pacientes (36) declararon tener una enfermedad sistémica. En aquellos casos en que los pacientes tomaban otros medicamentos, sin tener otras patologías, posiblemente se deba a la necesidad de contrarrestar los efectos adversos del neuroléptico, en especial con el Modecate.

En el análisis de los diagnósticos psiquiátricos de los pacientes del grupo en estudio, se encontraron 72 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada (66,7%), seguido por otros trastornos delirio persistentes (8 casos, que es el 7,4%), 4 pacientes con retraso mental (3,7%). El 22,2% restante de los diagnósticos se reparten entre otros tipos de esquizofrenia y diversos trastornos. Cabe destacar que la clasificación diagnóstica en psiquiatría es algo bastante controversial y compleja de determinar por sus múltiples variaciones, incluso para los mismos psiquiatras. En el fondo, todos estos diagnósticos tienen muchas características comunes y

reciben el mismo tratamiento, por lo que no nos parece relevante el hecho de que no todos los pacientes estén dentro de una misma denominación.

Un 74,1% de los pacientes lleva más de 5 años bajo el tratamiento con el neuroléptico de depósito. Esto se debe a que este tipo de enfermedades suelen seguir un curso crónico que puede durar muchos años. El prolongado uso de estos fármacos también indica que se requiere buscar alternativas más seguras y con menores efectos adversos, para mejorar realmente la calidad de vida de estos pacientes.

Con respecto a la adherencia de los pacientes al tratamiento, 101 pacientes afirmaron que su tratamiento era continuo, y que acudían regularmente (1 o 2 veces al mes) al hospital para administrarse el fármaco. El hecho de que un porcentaje tan alto de pacientes (93,5%) sea constante en su tratamiento nos indica la importancia que representa para ellos y sus familias el contar con él. Uno de los motivos por los cuales decidimos trabajar con estos pacientes, fue que personal del hospital nos indicó que eran un grupo bastante fiel a su tratamiento y que acudían constantemente al hospital, por lo que nos pareció más fácil realizar el examen. Todos los pacientes de nuestro universo debieron ir al menos una vez al mes a administrarse el fármaco o a retirar la dosis.

En la parte de la anamnesis en la que se les consulta si tienen alguna enfermedad sistémica, 36 pacientes declararon que sí, mientras que 72 de ellos declararon que no. Nos parece importante destacar que el hecho de que un tercio de la población en estudio (33,3%) presente otras enfermedades revela la necesidad de atención médica, otros fármacos y controles periódicos para estos pacientes.

Cuando consultamos a los pacientes sobre el consumo de alcohol, obtuvimos que la gran mayoría afirmó no ingerir bebidas alcohólicas. Sin embargo, esta pregunta es subjetiva y está sujeta a las trancas culturales de los pacientes o posiblemente al miedo de ser reprochados por el personal del hospital psiquiátrico. Además, es necesario mencionar que 9 pacientes (8,8%) señalaron beber alcohol frecuentemente, lo que puede tener efectos negativos en su salud y para el tratamiento psiquiátrico al que están sometidos, ya que por lo general deben usar varios fármacos.

Según McEvoy (1999), la prevalencia de tabaquismo en pacientes esquizofrénicos es cercana al 90%, mientras que en la población general es de un 25-30% y en los pacientes con otros trastornos psiquiátricos es de 45-70%. Además, los pacientes esquizofrénicos consumen dosis más altas de nicotina. En cambio nosotros encontramos que un tercio de los pacientes (33,3%) señalaron que no fuman y sólo dos tercios si lo hacen, y que el 54,6% del total de pacientes declararon fumar más de 7 cigarrillos por día. Si bien nuestro porcentaje de tabaquismo y la cantidad de cigarrillos diarios fue alta, creemos en parte que el hecho de realizar la encuesta en dependencias del hospital psiquiátrico, pudo haber tenido alguna influencia en las respuestas de nuestros pacientes, por lo que estimamos que el porcentaje de tabaquismo real pudiera ser mayor; sin embargo es importante considerar el tabaquismo como una característica frecuente en estos pacientes, con los riesgos para la salud que implica.

En lo que se refiere a consumo de drogas ilícitas, 15 pacientes (13,9%) declararon que sí; mientras que los restantes 93 pacientes (86%) declararon que no. Al igual que con la pregunta sobre el consumo de alcohol, tememos que el porcentaje real sea más alto, pero si es importante destacar que el Hospital psiquiátrico del Salvador cuenta con programas para tratar a pacientes drogadictos, y que según los diagnósticos de nuestros pacientes examinados, algunos caen dentro de la categoría de quienes padecen trastornos mentales como consecuencia del abuso de drogas (ver anexo).

En lo referente al cuidado de higiene oral, si bien la mayoría de los paciente afirmó realizar ellos mismos su higiene oral y no necesitar ayuda para hacerlo, nos parece importante el hecho de que 15 pacientes (13,9%) afirmaron no cepillarse nunca los dientes ni tener hábitos de higiene oral, lo que puede deberse a la disminución de la autoestima de estos pacientes, a la despreocupación por su salud e higiene personal debido a los llamados síntomas negativos de su enfermedad psiquiátrica, y también indica la necesidad de programas de educación preventivos en salud oral. También se encontró que del total de pacientes, sólo 45 (41,7%) se cepillan sus dientes 2 o más veces al día; mientras que 31 pacientes (28,7%) cepillan sus dientes sólo una vez al día y 17 pacientes (15,7%) lo hacen sólo ocasionalmente.

Con respecto a la frecuencia de atención dental, la gran mayoría de los pacientes afirmó que sólo acudía cuando se le presentaba una urgencia (59 pacientes, 54,6%), 25 pacientes afirmaron no haber recibido nunca atención dental (23%) y 14 pacientes afirmaron acudir 1 vez al año. Sólo 3 pacientes acuden a atención dental 2 veces al año (1,85%) y 7 pacientes dijeron asistir 3 o más veces al año (6,5%). La alta proporción de pacientes que van sólo a urgencias o nunca a atención dental nos llamó la atención, sin embargo las causas no eran parte de la encuesta, por lo que los comentarios de los pacientes no fueron debidamente registrados, por lo que no podemos dar cifras concretas, pero algunos pacientes señalaron tener temor al dentista por malas experiencias pasadas, otros señalaron tener dificultades en el acceso para ser atendidos en especialidad en el sistema público. Muchos no lo consideran una prioridad dentro de sus necesidades y ven a los dentistas como “saca muelas”, y no confían en su capacidad para resolver sus problemas de salud oral, por lo que sólo acuden a ellos cuando requieren atención de urgencia.

¿Por qué si el paciente va todos los meses a inyectarse el fármaco, no van al dentista al menos una vez al año? Algunos pacientes, extraoficialmente (pues no fue una pregunta consignada en la encuesta), señalaron tener temor al dentista por malas experiencia pasadas o dificultades en el acceso para ser atendidos en especialidad dental en el servicio público. Muchos no lo consideran una prioridad dentro de sus necesidades.

Signos y síntomas de posteriores al inicio del tratamiento con neurolépticos. Ningún paciente de Modecate ni de Haldol presentó sensación de boca urente, pese a la relación que se le adjudicaba a este trastorno con los problemas psiquiátricos y con la sequedad bucal que producirían los neurolépticos. Se resalta que un 14,71 % de ellos presentó insomnio y un 27,45 % dio muestras de algún otro síntoma (15,7% de los pacientes refirieron somnolencia). Para el caso de Haldol se tiene que un 20% dio muestra de insomnio, odontalgia u otro malestar. Para el caso de alguna otra molestia se tiene que el porcentaje de pacientes que presentaron molestias que han sido tratados con Modecate es de 27,45 %, mientras que para

Haldol la cifra fue de 16,67 %, la cual aparentemente es menor, pero la diferencia de datos en cada grupo (Modecate y Haldol) no permite establecer lo anterior con seguridad. Lo importante en este punto es confirmar que el tratamiento farmacológico podría traer molestias físicas para los pacientes, por lo que es necesario estudiarlas y en lo posible evitarlas, para mejorar la calidad de vida y para evitar el abandono del tratamiento.

Utilizamos la escala de efectos secundarios (Udvalg Für Kliniske Undersogelser, UKU) en una versión simplificada, adaptada para nuestros fines, por la simpleza de su utilización (fácil aplicación) en la encuesta al paciente. Esta escala fue diseñada por psiquiatras para ser aplicada por el enfermero o enfermera en los controles médicos en el hospital psiquiátrico, por lo cual existen registros en las fichas clínicas de cada paciente. Nosotros, por motivos prácticos, nos basamos fundamentalmente en las afirmaciones de los propios pacientes (en el caso de los efectos autonómicos). Para el fármaco Modecate el efecto neurológico más frecuente en los pacientes es el temblor, pues el 62,75 % de ellos dio muestras del síntoma; otros efectos neurológicos relevantes fueron Hipocinesia/acinesia (22,55%), acatisia (20,59 %) e hipercinesia (16,67 %). En cuanto al fármaco Haldol, el temblor se presentó un 66,67 % de los casos registrados. En segundo lugar se encontró a la acatisia con un 33,33 % de casos que presentaron el síntoma; por otro lado, la distonía, la hipocinesia/acinesia y las convulsiones se presentaron en el 16,67 % de los pacientes. Todos estos efectos neurológicos tiene un impacto dañino en la calidad de vida del individuo, y en su capacidad de desempeñarse en distintas actividades, por ejemplo, un paciente con temblores puede tener dificultades para cepillarse los dientes, escribir, entre otras.

Con respecto a los efectos secundarios para el fármaco Modecate el efecto más recurrente en los pacientes es la poliuria/polidipsia (32,35%); disminución de salivación (27,45 %), vértigo ortostático (22,55 %), aumento de la salivación y la taquicardia (ambas con 16,67 %). En cuanto al fármaco Haldol, la poliuria/polidipsia (66,67 %); disminución de la salivación (33,33 %). Es importante considerar que estos datos fueron obtenidos de lo que señalaron los propios pacientes y están sujetos a subjetividad, pero reafirman el hecho de que hay una serie de efectos secundarios reconocidos en el tratamiento farmacológico de estos pacientes.

Intensidad de movimientos faciales y orales, el comportamiento más frecuente es que no se presenten movimientos involuntarios. Además, se puede ver que al momento de detectarse algún tipo de movimiento, la intensidad de éste es principalmente leve o mínima para ambos fármacos. Sólo en Modecate se detectaron movimientos graves en un porcentaje extremadamente pequeño (inferior al 3 %) en cada una de las zonas analizadas. Esto es importante ya que los movimientos faciales involuntarios pueden tener graves consecuencias para el paciente, como subluxaciones, problemas respiratorios (posición de la cabeza o la lengua) y dificultades para comunicarse y expresarse con otras personas.

El 72,22% de los pacientes presenta xerostomía. Para cada uno de los fármacos los porcentajes son similares. Los tramos 2 y 3, que corresponden a los pacientes entre 31 y 64 años, muestran una mayor presencia de xerostomía, con más de un 70% de pacientes. No se observaron diferencias importantes por sexo, pese a que se asocia más con mujeres en otros estudios.

En el grupo de pacientes examinados encontramos que el 45% de los pacientes presentaron alguna alteración oral, lo que es un poco más bajo comparado con el 58% de pacientes esquizofrénicos con lesiones orales encontrados por Velasco y otros (2002). No se

encontraron lesiones orales en los 6 pacientes bajo tratamiento con Haldol. La lesión oral más frecuentemente encontrada fue la leucoplaquia (17), aunque se encontraron 30 lesiones especificadas como “otros”. Dentro de los pacientes con leucoplaquia, el 84,6% eran fumadores (de más de 7 cigarrillos al día). Respecto a las localizaciones de las lesiones, éstas fueron variadas, las más frecuentes fueron bordes alveolares o encías, paladar y mucosa bucal.

Con respecto al estado periodontal de los pacientes encontramos que el 69% tenía bolsas periodontales de más de 4 mm y que el 37% tiene sacos más profundos (6 mm o más), lo que confirma hallazgos encontrados por Velasco y otros (2005) que comparó la salud periodontal de pacientes esquizofrénicos con un grupo de pacientes sanos. Además es muy importante mencionar que los niveles de placa bacteriana observados en las mayoría de los pacientes nos lleva a estimar la necesidad de mejorar la educación y motivación para la higiene oral, como forma de prevenir las enfermedades periodontales en este tipo de pacientes, ya que se destacan dentro de los síntomas negativos de esta enfermedad, una disminución en el interés por el cuidado y aseo personal. En el caso de las caries y sus consecuencias, en general se observó una distribución bastante variada, con un índice COPD promedio de 10,8. los índices COPD más altos se dieron en el Tramo 3 (de 50 a 64 años) con un COPD promedio 14 en este tramo.

Sialometría: el flujo salival promedio de 2,216 ml/min. En promedio, quienes presentaron xerostomía efectivamente tienen un flujo salival inferior que aquellos que no la presentaron; sin embargo, ésta resultó no significativa (p -valor = 0,386), lo que implica que no existe evidencia estadística para afirmar que el flujo salival de los que no presentan xerostomía es superior, en promedio, al flujo salival de quienes si la presentan.

En el análisis de la relación entre el tabaquismo y las lesiones orales encontradas, vemos que la proporción de pacientes con lesiones y sin lesiones, crece a medida que aumenta el consumo de tabaco; pese a que esta relación no es muy evidente a simple vista, estamos de acuerdo en que el tabaquismo estaría afectando la salud oral y la prevalencia de lesiones.

En cuanto a los hábitos de higiene oral, la gran mayoría de las lesiones se encuentran entre los pacientes que afirmaron ser autovalentes (capaces de realizar por si mismos) para realizar su aseo bucal; sin embargo, esto puede deberse a que la gran mayoría de los pacientes afirmaron ser autovalentes, pues si analizamos la proporción de pacientes autovalentes sin lesión y con lesión (49:41) y la proporción de pacientes que no realizan ninguna maniobra de higiene oral sin y con lesión (9:6), resulta que no se puede obtener una relación entre estas variables. Tampoco se encontró relación entre la frecuencia de cepillado y la cantidad de lesiones. Además, debemos tomar en cuenta que al revisar los índices de placa bacteriana observamos que si bien la mayoría de los pacientes se considera autovalente, su técnica de cepillado es bastante ineficiente y que menos de la mitad de los pacientes se cepilla dos o más veces al día. Tampoco se encontraron diferencias entre la presencia y número de lesiones orales en relación con la frecuencia de atención dental, sin embargo, cabe destacar que en estos pacientes la frecuencia de atención dental descrita por ello resultó baja y que mayoritariamente acuden sólo a urgencias o evitan la atención dental.

En la revisión de la relación de la sialometría con el índice COPD, nos encontramos, contrariamente a lo esperado, que los índices de COPD bajos se dieron en grupos con sialometría

baja (bajo flujo salival) en comparación con algunos COPD bastante altos que mostraron mayor flujo salival en la sialometría; por lo tanto no podemos relacionar la disminución del flujo salival con un aumento de caries, como muchos otros autores así lo señalan (Papas, 1993; Ooshima, 1991).

Con respecto al hábito de higiene oral tampoco se encontraron diferencias entre los pacientes autovalentes y los demás en relación con el estado periodontal, que en todos los casos fue predominantemente malo y que en relación a la placa bacteriana, cerca de dos tercios de los pacientes tenían placa bacteriana visible y abundante que invadía incluso al espacio interdental. Tampoco se observaron relaciones entre la frecuencia de cepillado ni de atención dental con respecto a el estado periodontal o el índice de placa bacteriana..

VII. CONCLUSIONES

Sobre la base de los resultados obtenidos podemos concluir, para esta muestra, lo siguiente:

- El estado de salud oral de pacientes psiquiátricos del Hospital del Salvador de Playa Ancha de Valparaíso, sometidos a tratamiento con fármacos antipsicóticos de depósito, es, en general malo, pues:

Según PSR: sólo un 1,85% estaba sano periodontalmente, 69% padecía de periodontitis, 37% tenía sacos periodontales de 6mm o más y un 6% no pudo ser registrado.

Según índice de placa bacteriana: sólo un 1,85% estaba libre de placa, mientras que un 70% tenía “placa bacteriana visible, moderada o abundante, llenando espacio interdental”.

Según índice COPD: aquí un 66% registra un índice inferior o igual a 14 y el 34% restante está sobre 14.
- Con relación a las características generales de los pacientes tratados con Modecate y Haldol en pacientes del Hospital Salvador, **Según su distribución...**

...por sexo: la mayoría fueron varones (69%) y una minoría (31%) mujeres.

...por edad: la mayoría (56%) correspondió al tramo 2, es decir, de 31 a 49 años, seguido del tramo 3 (11,32%) de 50 a 64 años, y el resto en el tramo 1 y 4.

...por diagnóstico: la mayoría (67%) correspondió al diagnóstico F203 del CIE 10, es decir, esquizofrenia indiferenciada, seguido de otros trastornos delirantes persistentes (7%) y retraso mental (4%), y el resto (22%) correspondió a otras categorías, que, individualmente, no representaban sobre el 1,85% del total.

...por tipo de neuroléptico: la mayoría (94%) correspondió a Modecate y una minoría (6%) a Haldol.

...por uso de otros fármacos: la mayoría (88%) consume otros fármacos.

...por tiempo de iniciado el tratamiento: un alto porcentaje de los pacientes (74%) lleva más de 5 años de tratamiento.

...por adherencia al tratamiento: un alto porcentaje de los pacientes (93,52 %) mostró una adherencia continua al tratamiento.

...por presencia de otras enfermedades: la mayoría (67%) tiene sólo la enfermedad psiquiátrica.

...por uso de alcohol: la mayoría (77%) afirmó que no consume alcohol. Por otro lado, el 15,69 % afirmó consumir ocasionalmente y un pequeño porcentaje (8,82 %) afirmó ser consumidor frecuente.

...por hábito tabáquico: Un tercio de los pacientes (33,3%) señaló que no fuma tabaco, en cambio, los otros 2/3 (66,6%) si lo hacen, siendo el 54,6% del total del grupo que fuman 7 o más cigarrillos al día.

y ...por uso de drogas: la mayoría de los pacientes examinados (86,11 %) efectivamente no consume algún tipo de droga.
- En relación con las **características de**

...cuidado de higiene oral: la mayoría de ellos (83%) son autovalentes y un porcentaje no menor (14%) no realiza ningún tipo de higiene oral.

...frecuencia de cepillado: la mayoría (70%) realiza al menos una vez al día un cepillado de dientes. Por otro lado, existen 15 pacientes (14%) que declaran que no realizan ninguna maniobra de higiene dental en el día. Cabe destacar que menos de la mitad de los pacientes (42%) se cepilla los dientes 2 o más veces diariamente.

y **...frecuencia de atención dental:** la mayoría (55%) recurre al odontólogo al sólo por urgencias. Y el porcentaje de pacientes nunca recibe atención dental (23%) es similar al de los pacientes recibe atención dental al menos una vez al año (22%).

4. En relación con la **frecuencia de signos y síntomas inmediatos** que resultan de la posterior administración de los fármacos, pocos pacientes manifestaron algún tipo de molestia, pero la que se dio en mayor frecuencia (14,71 %) fue insomnio y un 27,45 % dio muestras de algún otro síntoma que quedó sin especificar. Se destaca que ninguno presentó sensación de boca urente. Por otro lado, un porcentaje muy pequeño de pacientes de Modecate presentó síntomas de congestión nasal, odontalgia, vómito o parestesia (inferior al 4 % cada uno de ellos); . Para el caso de Haldol se tiene que ningún paciente mostró molestias por congestión nasal, vómito, sensación de boca urente y parestesia y tan sólo uno (20 %) dio muestra de insomnio, odontalgia u otro malestar. Para el caso de alguna otra molestia se tiene que el porcentaje de pacientes que presentaron molestias que han sido tratados con Modecate es de 27,45 %, mientras que para Haldol la cifra fue de 16,67 %, la cual aparentemente es menor, pero la diferencia de datos en cada grupo (Modecate y Haldol) no permite establecer lo anterior con seguridad.

5. En relación con la **frecuencia de efectos secundarios...**
...neurológicos: el temblor fue el más frecuente (63% Modecate y 67% Haldol).
 Otros efectos neurológicos relevantes fueron:
 Para Modecate: hipocinesia/acinesia (23%), acatisia (21%) e hipercinesia (17%). Los restantes tuvieron una incidencia inferior al 10 %.
 Y para Haldol: acatisia (33%) y por otro lado, la distonía, la hipocinesia/acinesia y las convulsiones se presentaron en el 17%. Los efectos restantes no se presentaron en paciente alguno.
Y ...autonómicos: los más recurrentes, para ambos grupos, fueron poliuria/polidipsia, (32% Modecate y 67% Haldol).

6. En relación con la **frecuencia de movimientos involuntarios orofaciales**
 Para ambos fármacos, el comportamiento más frecuente es que no se presenten movimientos involuntarios. Además, se puede ver que al momento de detectarse algún tipo de movimiento, la intensidad de éste es principalmente leve o mínima.

7. En relación con la **frecuencia y el tipo de lesiones orales y periorales.**
Frecuencia: La mayoría (56%) no presenta lesiones orales. Esta situación se ve reflejada en la totalidad de los pacientes del fármaco Haldol y en el 53% de los pacientes del fármaco Modecate. Del total de pacientes, la que se presenta con mayor frecuencia es la leucoplaquia (16%), seguida de la úlcera (8%), absceso (7%) y candidiasis (6%). Finalmente se encontró GUNA en un solo paciente (1%) y es importante destacar que existe un 27,7% de pacientes que presentó algún otro tipo de lesión, la cual no se encuentra especificada en la base de datos.

- Localización:** la mayoría (32%) se localizó en la zona de los bordes alveolares o encías, seguida por la zona del paladar duro y/o blando (27%). Un 18% de las lesiones se ubicó en la mucosa bucal y las restantes zonas de localización de lesiones no aportan más de un 10% cada una.
8. En relación con la frecuencia de pacientes con **xerostomía**, el 72% la presentó, y este valor fue similar para ambos fármacos.
 9. Al relacionar **xerostomía con grupos etéreos** observamos para los Tramos etéreos 1 y 4 habría una menor brecha entre pacientes con y sin xerostomía. En cambio, para los tramos 2 y 3, se puede apreciar una tendencia mayor hacia la presencia de xerostomía. Y al relacionarla con el **género**, no se encontró diferencias entre hombres y mujeres, y para ambos casos el porcentaje de pacientes con dicha sensación es superior al 70%.
 10. el nivel de salivación del paciente (**sialometría**)
En promedio los pacientes tienen un flujo salival de 2,2ml. (Haldol 2,5ml, Modecate 2,2ml.).
 11. Al correlacionar **nivel de salivación del paciente con xerostomía**.
Quienes presentaron xerostomía efectivamente tenían, en promedio, un flujo salival inferior al de aquellos que no (2,1ml. Y 2,5ml. Respectivamente), sin embargo, no fue significativamente relevante.
 12. Al relacionar los **hábitos de tabaquismo, higiene oral, frecuencia de cepillado y frecuencia de atención dental, con su influencia en el desarrollo de lesiones orales**, pudimos concluir que para:
Tabaquismo al aumentar su consumo, había una clara tendencia a aumentar el número de lesiones. Para no fumadores por cada 10 pacientes sin lesión habría 7 con lesión. Para fumadores por cada 10 sin lesión, habría 8 con lesión. Y para fumadores de 7 o más cigarrillos, tenemos que por cada 10 pacientes sin lesión habría 9 pacientes con lesión. Cabe destacar que los 4 pacientes que registraron tener 3 lesiones pertenecen a este último grupo.
Higiene oral no logramos obtener una relación entre estas dos variables.
Frecuencia cepillado no se encontró relación entre cepillado y número de lesiones.
Atención dental no se encontró relación entre atención dental y número de lesiones.
 13. Al relacionar **sialometría con COPD**.
Observamos que el flujo salival para aquellos pacientes con COPD menor, el promedio de sialometría también es más bajo, y viceversa. Por lo tanto, el resultado en este caso es contradictorio a lo esperado, ya que estas 2 variables deberían haber tenido relación inversa y no directa.
 14. Al relacionar **cuidado oral con PSR** las conclusiones fueron las siguientes:
Hábito higiene con PSR tanto autovalentes como pacientes que no realizan higiene oral presentaban bolsas sobre 4 mm en porcentajes cercanos al 67%, por lo tanto no se encontró relación.
Frecuencia cepillado con PSR sacos sobre 4 mm se encontró en todas las categorías de “frecuencia de cepillado” en porcentajes similares y cercano a 67%. Por lo cual no habría

relación, sin embargo se observa que los únicos 2 pacientes sanos pertenecen a las categorías de pacientes que cepillan sus dientes diariamente y, por otra parte, la mayoría de los pacientes sin grupos dentarios para registrar el PSR, se concentra en las categorías que nunca cepillan sus dientes o lo hacen ocasionalmente. Lo cual nos lleva a concluir que habría relación, pero insignificante.

Atención Dental con PSR La Tabla 35 muestra que los porcentajes de pacientes que presentan bolsas de 4 mm o más dentro de cada grupo de frecuencia de atención dental, son los siguientes: Para el grupo de pacientes que afirman nunca acudir al odontólogo es de 76%; para aquellos que asisten sólo por urgencias es de 66 %; para quienes visitan a su dentista anualmente es de 57%; los 3 pacientes que acuden semestralmente presentan en un 100% bolsas de 4 mm o más y para el grupo de los que acuden más de 2 veces al año es de 71%. No se observa una tendencia que nos lleve a concluir una relación entre las variables observadas.

Llama la atención que para los 2 pacientes que presentan un estado periodontal sano por un lado son los que señalan cepillar sus dientes, pero por otro, 1 nunca ha ido a la atención dental y el otro ha ido sólo en casos de urgencia.

15. Al relacionar **cuidado oral con placa bacteriana** concluimos que:

Hábito higiene / placa la mayoría de los pacientes (69%) se concentra en la categoría de placa bacteriana visible (moderada o abundante, llenando espacio interdental) y los valores porcentuales son similares tanto para autovalentes como para aquellos sin hábitos de higiene oral. Por lo cual no habría relación, pero coincide que el único 2% que se concentra categoría sin placa bacteriana son autovalentes. Entonces si consideramos este último hecho habría una pobre relación.

Frecuencia de cepillado / placa se aprecia una situación similar a la anterior, es decir, no se ve una relación directa entre la frecuencia del cepillado y el índice de placa bacteriana.

Atención dental /placa Ya habíamos señalado como extraño el hecho de que los 2 pacientes sanos periodontalmente, coincidían con que 1 había ido sólo por urgencia al Odontólogo y otro nunca lo había hecho. Esos mismos dos pacientes son los que ahora se ubican en la categoría “sin PB”.

No se observa relación en este punto; pero señalaremos que coincide el hecho que los únicos 9 pacientes que no fueron registrados, consignados en el punto “No registrado” del índice de placa se concentraron: 3 en la categoría “Nunca” y 6 en “Urgencia”.

VIII. SUGERENCIAS

Dentro de las limitaciones que encontramos en el estudio:

- 1.- No medimos el nivel de educación ni socio-económico, pero por tratarse de un hospital público, y por el estado de descuido en el que observamos a la mayoría de los pacientes, llegamos a intuir que son pacientes de bajos recursos o nivel socio-cultural, pero no podemos afirmar eso con seguridad ni saber en qué grado afecta a los pacientes o es una limitante para su acceso a la salud. Un ejemplo de esto fue el caso de un paciente, adulto mayor, que llevaba su prótesis parcial inferior durante 7 meses sin habérsela sacado nunca ni higienizarla. Padecía de candidiasis, periodontitis y una fuerte halitosis. Esto nos muestra cierto nivel de ignorancia y desinterés por la higiene personal y tal vez, hasta cierto abandono por parte de sus familiares o cuidadores, que permitieron que llegara hasta ese punto sin intervenir o aconsejar al paciente.
- 2.- La mayoría de los datos fueron obtenidos sobre la base de una encuesta, lo que hace subjetiva algunas respuestas y disminuye su nivel de confiabilidad, en especial con respecto al tabaquismo, consumo de alcohol y drogas y xerostomía.
- 3.- Para futuros estudios, en que se quiera realmente lograr comparar distintos medicamentos, se sugiere un grupo del medicamento 2 (en este caso Haldol) más numeroso para establecer comparaciones concretas y objetivas. Nosotros examinamos indistintamente si los pacientes pertenecían al grupo de Modecate y Haldol y resultó que ambos grupos examinados coincidieron con la proporción de pacientes que usan esos medicamentos en el universo; sin embargo, para poder comparar los efectos del Modecate en relación con los del Haldol, deberíamos revisar a todos los pacientes que están bajo tratamiento con Haldol y aún así sería un grupo más pequeño que el de los pacientes con Modecate.
- 4.- Con respecto al consumo de otros fármacos, también sería útil que en un próximo estudio se analizaran más en detalle estos medicamentos y su posible influencia en la salud y sobre los efectos secundarios, ya que un número importante de pacientes tomaba otros medicamentos.
- 5.- Para la realización de la sialometría no pudimos cumplir con las recomendaciones que encontramos en la literatura (Marques, 2002; Laudenbach, 1994; Wolff, 1998), de pedirles a los pacientes que se enjuaguen, y no beban, coman o fumen los 90 minutos previos a la sialometría, ya que el examen se realizó inmediatamente después de la encuesta y el examen buco-dentario y no hubo tiempo para seguir esa recomendación. Tampoco fue posible que todos los pacientes realicen la sialometría por 5 minutos, ya que a muchos les pareció demasiado molesto por tanto tiempo y se negaron a seguir, por lo que tuvimos que calcular el valor de la sialometría en sólo un par de minutos en esos casos.
- 6.- Otra limitación que tuvimos al realizar la selección de pacientes fue que ellos acudían a colocarse la inyección de Modecate o Haldol, estando previamente citados o según su conveniencia, por lo que el flujo de pacientes fue variado (días lluviosos fueron de poca

conurrencia) y no contábamos con una lista de pacientes como para hacer selección aleatoria propiamente tal, simplemente los interceptamos a la salida de la clínica de inyectables y les solicitamos su colaboración para el estudio. Algunos pacientes, en los días de mayor flujo, pasaron sin ser examinados porque llegaron en el momento en que estábamos ocupados encuestando o examinando a algún otro paciente, y no estuvieron dispuestos a esperar.

- 7.- Muy importante para la realización de futuros estudios en pacientes psiquiátricos, es la preparación previa, ya que a diferencia del paciente común, los pacientes psiquiátricos requieren en algunos casos de mucha paciencia y de saber guiar la conversación para evitar desviaciones y pérdidas de tiempo, y para detectar cuando la información entregada se contradice y se hace confusa.

IX. RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue describir el estado de salud oral de un grupo de pacientes psiquiátricos del Hospital del Salvador de Playa Ancha de Valparaíso, bajo tratamiento con fármacos antipsicóticos de depósito.

Para lo anterior se tomó una muestra intencionada de 108 de ellos, de los cuales 102 recibían inyección de Modecate y 6 de Haldol.

Los exámenes fueron realizados en dos dependencias del Hospital, cercanas a la clínica de inyectables, luego de acudir regularmente a recibir el neuroléptico. Para tal efecto se utilizó, entre otros elementos, sonda OMS, espejo bucal y pinza.

Los datos se recopilaron en un formulario similar al propuesto por la OMS para evaluar salud buco-dental en 1997, al que se le anexó un ítem en el que consignamos efectos secundarios neurológicos, autonómicos y movimientos involuntarios orofaciales.

También se realizó sialometría.

Los resultados más importantes del estudio revelaron que, del total de pacientes:

14% no realiza ningún tipo de higiene oral, 23% nunca recibe atención dental, 55% acude al odontólogo al sólo por urgencias.

69% padecía de periodontitis, sólo un 1,85% estaba libre de placa bacteriana.

Con respecto a tabaquismo 67 % fumaban y al aumentar su consumo, había una clara tendencia a aumentar el número de lesiones.

Del 48% que presentó lesiones orales la leucoplaquia fue la más frecuente (16%).

De los efectos secundarios neurológicos, el Temblor fue el más frecuente (63%); y autonómicos fue la poliuria/polidipsia.

72% señaló xerostomía, pero no se correlacionó con hiposialia.

X. BIBLIOGRAFÍA

Alberdi, J.; Castro, C. y C. Vásquez (2005). “Esquizofrenia”. *Guías Clínicas*, España, disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/esquizofrenia.asp>.

Arthur Novel, estomatología. Clínica de ortodoncia Dr. Arthur Nouel “*Enfermedades de la boca*”, [en línea] disponible en: http://www.infocompu.com/adolfo_arthur/estomatologia.htm (accesado el 21 de enero de 2007)

ATSDR, Agency for toxic substances And disease registry (ATSDR) “¿*Qué es el cáncer?*”, [en línea], disponible en: http://www.atsdr.cdc.gov/es/general/es_cancer_fs.html (accesado el 24 de enero de 2007).

Banoczy J., Sugar L.(1972), *Longitudinal studies in oral leukoplakia*. **J Oral Pathol**, v. 1, n. 6, p. 265-272.

Beers, M y R. Berkow (1999). “El Manual Merck de Diagnóstico y Terapeutica” en *The Merck Manual medical library*. (En línea). New Jersey, disponible en: <http://www.merck.com/mmpe/index.html>

Boraks S. (2004) Capitulo 5: “*Caracterización y nomenclatura de las lesiones bucales*”, y Capitulo 6: “*Lesiones Ulcerosas*”. Diagnóstico bucal. Ed. Artes Médicas. Sao Paulo. Pág.85-108.

Boraks S. (2004) Capitulo 8: “*Lesiones blancas*”. Diagnóstico bucal. Ed. Artes Médicas. Sao Paulo. Pág.123-144.

Boraks S. (2004) Capitulo 11: “*Enfermedades Infecciosas*”. Diagnóstico bucal. Ed. Artes Médicas. Sao Paulo.

Chimenos E, Marques MS. (2002). *Boca ardiente y saliva*. *Medicina oral* 2002; 7:244-52.

Consejo general de colegios oficiales de farmacéuticos, (2005). “Antipsicóticos”. *Bipolarweb*, España, disponible en: <http://www.bipolarweb.com/antisicoticos.htm>

Fergusson MM., Colguhoun AN (2004) *An association between oral liquen planus and persistently dry mouth*. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. Jul; 98(1):60-8.

Florenzano, R.; Carvajal, C. y K. Weil, (1999) *Psiquiatría*. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. Santiago, Chile.

Ibacache, L. (2000) “Tratamiento y Rehabilitación de las Personas Afectadas de Esquizofrenia” en *Orientaciones Técnicas*. Artículo de Noviembre 2000 de la Unidad de salud mental de la división de rectoría y regulación sanitaria del Ministerio de salud.

Jiménez J. (2005) *Aspectos clínicos y tratamiento de la xerostomía*.

Acta de otorrinolaringología & cirugía de cabeza y cuello. Vol 33, nº1, marzo. Pág.15

Laudenbach P, Huynh D. (1994). Pour une débitmétrie salivaire pratique. Une technique pondérale. Rev Stomatol Chir Maxillofac; 95:130-3.

Lybarger JA, Spengler RF, DeRosa CT, editores. (1993) *Priority health conditions: An integrated strategy to evaluate the relationship between illness and exposure to hazardous substances*. Atlanta: Agencia para Sustancias Tóxicas y el Registro de Enfermedades; p. 61.

Lucas V.S. (2002). *Association of psychotropic drugs, prevalence of denture-related stomatitis and oral candidosis*. Community Dent Oral Epidemiol., 21:313-6.

Marques M.S.(2002) *Estudio clínico de pacientes con síndrome de boca ardiente: xerostomía, flujo salival, medicamentos, ansiedad y depresión*. Tesis doctoral, Facultad de Odontología, Universidad de Barcelona

Medline Plus (a), Enciclopedia médica en español, “*tumor*”. [en línea] disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001310.htm> (accesado el 23 de enero de 2007).

Medline Plus (b), Enciclopedia médica en español, “*leucoplasia*”, [en línea] disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001046.htm> (accesada el 24 de enero de 2007).

Medline Plus (c), Enciclopedia médica en español, “*liquen plano*”, [en línea], disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000867.htm> (accesada el 23 de enero de 2007).

McEvoy JP, Brown S. (1999). *Smoking in first-episode patients with schizophrenia*. Am J Psychiatry; 156(7): 1120-1121.

OMS (1997), *Encuestas de salud bucodental. Métodos básicos*. Cuarta edición. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

Ooshima T, Hashida T, Fuchihata H, Fujiwara T, Izumitani A, Sobue S, Hamada S. (1991). *Dental caries induction in hyposalivated rats*. Caries Res; 25:138-42

Pajukoski H, Meurman JH, Jalonen P, Sulkava R. (2001). *Prevalence of subjective dry mouth and burning mouth in hospitalized elderly patients and outpatients in relation to saliva, medication, and systemic diseases*. Oral Surg Oral Med Pathol Oral Radiol Endod. dec; 92(6):641-9.

Papas A, Joshi A, MacDonald SL, Maravelis-Splagounias L, Pretara-Spanedda P, Curro FA.(1993). *Caries Prevalence in Xerostomic Individuals*. J Can Dent As; 59:171-9

Persson R, Izutsu KT, Treulove EL, Persson RE. (1991). *Differences in salivary flor rates in elderly subjects using xerostomatic medications*. Oral Surg Oral Med Pathol. Jul; 72(1):42-6.

Pinheiro, D; Novaes C, *Halitosis: Métodos de diagnóstico* [en línea], disponible en: <http://www.halito.com.br/v1/portugues/metodos.htm> [accesado el día el 21 Jul 2007]

Sapp J., Eversole L., Capitulo 6: "Trastornos epiteliales". Patología Oral Y Maxilofacial Contemporánea, segunda edición. Pág. 164-206.

Sapp J., Eversole L., Capitulo 7: "Infecciones orales". Patología Oral Y Maxilofacial Contemporánea, segunda edición. Pág. 207-250.

Sapp J., Eversole L., Capitulo 8: "Lesiones mediadas por procesos inmunitarios". Patología Oral Y Maxilofacial Contemporánea, segunda edición. Pág. 252-262.

Silva, H., (2000) "Esquizofrenia" en Heerlein, A. (comp.) *Psiquiatría clínica*. Ediciones de la Sociedad de Neurología, psiquiatría y neurocirugía de Chile, pp. 283-296.

Silva, H., (2000) "Antipsicóticos" en Heerlein, A. (comp.) *Psiquiatría clínica*. Ediciones de la Sociedad de Neurología, psiquiatría y neurocirugía de Chile, pp. 557-561.

Soto-Araya M, Rojas-Acayaga G, Esguep A. (2004) *Asociación entre alteraciones psicológicas y la presencia de Liquen plano oral, Síndrome boca urente y Estomatitis aftosa recidivante*. Med Oral 2004;9:1-7.

Regezi J., Sciubba J. (2000) Capitulo 2 "Enfermedades Ulcerativas". Libro Patología bucal, correlaciones clínicopatológicas, tercera edición. McGraw Hill Interamericana. Pág. 31-83.

Regezi J., Sciubba J. (2000). Libro *Patología bucal, correlaciones clínicopatológicas*, Capitulo 3 "lesiones blancas". Tercera edición. McGraw Hill Interamericana.

Velasco, E., Monsalve, L; Torres C, Medel R. (2002). *La patología de la mucosa oral en pacientes con trastornos psiquiátricos*. Arch. Odontoloestomatol. Vol.18. Oct; pp. 572-7.

Velasco, E; Monsalve, L; Casas, N; Medel, R. (2005). *Las enfermedades periodontales en pacientes esquizofrénicos. Un estudio de casos y controles*. Avances en Periodoncia e Implantología oral, abr; 17 (1), pp.31-39

Wikipedia, enciclopedia libre [en línea], disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Tumor> (accesado el 23 de enero de 2007).

Westcott S.(1999) *A Journey Into cáncer's Causes*. Anchorage (AK): Alaska Native Health Board, . p. 11.

Wolff M, Kleinberg I (1998). *Oral mucosal wetness in hipo-and normosalivators*. Arch Oral Biol. Jun;43(6): 455-62

Yaltirik, M.; Kocaelli, H. y I. Yargic, (2004) “Esquizofrenia y gerencia dental: Revisión de literatura” en *Quintessence internacional*, volumen 35, edición 4, pp. 317 – 320.

Bibliografía (de la parte estadística)

[1] StataCorp LP: Software Practice and Experience, www.stata.com. Intercooled Stata 9.1 for Windows, 2006.

[2] WinEdt Inc., www.winedt.com. WinEdt v5.4, 2005.

[3] Goossens M., Mittelbach F., and Samarin A. *The LATEXCompanion*. Pearson Education Corporate, 2000.

[4] MiKTeX Project Page: Typesetting beautiful documents, www.miktex.org. MiKTeX v2.5, 2006.

[5] Hollander M. and Wolfe D. *Nonparametric Statistical Methods*. John Wiley & Sons, Inc., 2nd edition, 1998.

X. ANEXOS Y APÉNDICES

Diagnósticos psiquiátricos

Diagnostico	
F062	Trastorno delirante orgánico
F068	Trastornos mentales por lesión
F120	Trastorno mental y del comportamiento por cannabis
F130	Trastorno mental y del comportamiento por sedantes e hipnóticos
F192	Estado de abstinencia de alucinógenos, con delirios
F195	Trastorno psicótico residual
F200	Esquizofrenia paranoide
F202	Esquizofrenia catatónica
F203	Esquizofrenia indiferenciada
F220	Trastorno delirante (esquizofreniforme), orgánico
F228	Otros trastornos delirantes persistentes
F250	Trastorno esquizoafectivo maniaco
F31x	Trastorno bipolar
F322	Depresión grave sin síntomas psicóticos
F323	Depresión grave con síntomas psicóticos
F410	Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)
F411	Trastorno ansiedad generalizada
F799	Retraso mental
F99X	Trastorno mental no especificado

Ficha clínica (n° _____)

Día Mes Año

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Examinador

Encuestador

INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE: _____

EDAD SEXO M – F

FÁRMACO
 1. Modecate
 2. Haldol

USO DE OTROS FÁRMACOS
 1. Sí
 2. No

CUÁLES: _____

TIEMPO DESDE EL INICIO DEL TRATAMIENTO:
 1. Entre 3 meses y 1 año
 2. Entre 1 y 5 años
 3. Más de 5 años

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
 1. Sí, continuo
 2. Sí, pero inconstante
 3. A veces

OTRAS ENFERMEDADES PRESENTES O ASOCIADAS: _____

ALCOHOL:
 1. no
 2. ocasionalmente
 3. frecuentemente

TABACO:
 1. No
 2. Ocasionalmente
 3. Hasta 2 cigarrillos al día
 4. Entre 3 y 6
 5. 7 o más cigarrillos al día

DROGAS
 1. No
 2. Sí ¿Cuál? _____

CUIDADOS DE HIGIENE ORAL:
 1. No recibe ni realiza cuidados de higiene oral
 2. Dependiente
 3. Parcialmente autovalente (con asistencia)
 4. Parcialmente autovalente (sin asistencia)
 5. Autovalente

CEPILLADO:
 1. Nunca
 2. Ocasionalmente
 3. 1 vez al día
 4. 2 o más veces al día

USO DE OTRO ELEMENTO DE HIGIENE ORAL
 1. Ninguno
 2. Colutorio
 3. Seda dental o cepillo interproximal.
 4. Más de uno

FRECUENCIA DE ATENCIÓN DENTAL
 1. Nunca
 2. Urgencias
 3. Anual
 4. Semestral
 5. Más de 2 veces al año

SIGNOS Y SINTOMAS (POSTERIORES AL INICIO DEL TRATAMIENTO)

Congestión nasal
 Insomnio
 Vómitos
 Sensación de boca urente (ardor)

Odontalgia
 Parestesia

SENSACIÓN DE SEQUEDAD BUCAL: Necesidad de hidratarse la boca frecuentemente Se levanta en la noche a tomar líquido Siente generalmente la boca seca Siente la boca seca al hablar

SIALOMETRÍA: _____

EXAMEN CLÍNICO

TRASTORNO

- 0 = Ningún estado anormal
 1 = Tumor
 2 = Leucoplasia
 3 = Líquen plano
 4 = Úlcera (aftosa, herpética, traumática)
 5 = Gingivitis Necrotizante Aguda (GUNA)
 6 = Candidiasis
 7 = Absceso
 8 = Otro _____
 9 = No registrado

Obs: _____

LOCALIZACIÓN

- 0 = Borde bermellón
 1 = Comisuras
 2 = Labios
 3 = surcos
 4 = Mucosa bucal
 5 = Piso de boca
 6 = Lengua
 7 = Paladar duro y/o blando
 8 = Bordes alveolares/Encías
 9 = No registrado
 K = Región perioral

EXAMEN PERIODONTAL SIMPLIFICADO (PSR)

- Grupo I II III

 VI V IV

- 0 = Tejidos sanos. Sondaje de 0,5 mm (sólo la bolita).
 1 = Sondaje de 0,5 mm (sólo la bolita), pero con hemorragia.
 2 = Cálculos, iatrogenia u otro factor retentivo de placa. Sondaje hasta 3 mm (aún es visible parte negra de la sonda).
 3 = Bolsa de 4 – 5 mm (parte negra de la sonda en margen gingival).
 4 = Bolsa de 6 mm. o más (banda negra de sonda invisible)
 9 = No registrado

ÍNDICE DE PLACA BACTERIANA (de Silness y Løe)

- 1.6/1.7 1.1/2.1 2.6/2.7

 4.6/4.7 4.1/3.1 3.6/3.7

- 0 = Sin PB
 1 = PB en margen gingival (reconocible frotando con la sonda)
 2 = PB moderada en el margen (no hay espacio interdental lleno)
 3 = PB visible (moderada o abundante llenando espacio interdental)
 9 = No registrado

DENTOGRAMA (ESTADO DE DENTICIÓN)

1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 0 = Sano o sellado (en buen estado)
 1 = Caries (requiere restauración)
 2 = Caries profunda (requiere endodoncia o extracción)
 3 = Obturado con caries
 4 = Obturado (sin caries)

- 5 = ausente por caries
 6 = ausente por otra razón
 7 = Retenedor de puente, corona, carilla
 8 = Traumatismo (fractura)
 9 = no registrado

USO DE PRÓTESIS (0=no; S=sup.; I= inf.; A=ambas)

<input type="checkbox"/>	Prótesis Fija Unitaria_ _ _ _ _
<input type="checkbox"/>	Puente Fijo _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/>	Prótesis Removible parcial _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/>	Prótesis Removible total _ _ _ _ _

ESTADO DE PRÓTESIS

- 0 = Buena
 1 = deficiencia estética
 2 = deficiencia funcional
 3 = def. estét. y funcional
 4 = no usa prótesis

TESTS PSIQUIÁTRICOS

ESCALA DE EFECTOS SECUNDARIOS (UDVALG FÜR KLINISKE UNDERSØGELSER, UKU) SIMPLIFICADA

Efectos neurológicos	Si/No
Distonía	
Rigidez	
Hipocinesia/acinesia	
Hipercinesia	
Temblor	
Acatisia (inquietud motora)	
Convulsiones epilépticas	
Parestesias	

Efectos autonómicos	Si/No
Aumento de la salivación	
Disminución de la salivación	
Náusea/vómito	
Diarrea	
Estreñimiento	
Poliuria/polidipsia	
Vértigo ortostático	
Palpitaciones/taquicardia	
Aumento de la sudoración	

ESCALA DE MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS ANORMALES (FRAGMENTO)
(ABNORMAL INVOLUNTARY MOVEMENT SCALE, AIMS)

- Pregunte por el estado *actual* de la dentadura del paciente. Pregunte si lleva dentadura postiza. Pregunte si los dientes o la dentadura molestan al paciente *ahora*.
- Pregunte al paciente si nota algún movimiento en su boca, cara, manos o pies. Si es así, invite al paciente a describirlos y a indicar hasta qué grado *actualmente* molestan al paciente o interfiere con actividades."
- Invite al paciente a abrir su boca. (Observe la lengua en reposo dentro de la boca.) Hacer esto dos veces.
- Invite al paciente a sacar su lengua. (Observe anomalías del movimiento de la lengua.) Hacer esto dos veces.

Para las puntuaciones del movimiento (las tres primeras categorías de abajo), evalúe la mayor gravedad observada. Se resta un punto si los movimientos son vistos *solamente en activación*.

0. No
 1. Mínimo/extremo normal
 2. Leve
 3. Moderado
 4. Grave
- NA. No valorable/no aplicable

MOVIMIENTOS FACIALES Y ORALES

- Músculos de expresión facial. Ej.: movimientos de la frente, cejas, área periorbitaria, mejillas; incluye fruncir el ceño, parpadear, hacer muecas con la parte superior de la cara.
- Labios y área perioral. Ej.: fruncir, hacer muecas, hacer pucheros.
- Mandíbula. Ej.: comiendo, apretando, masticando, abrir la boca, movimiento lateral.
- Lengua. Puntúe solamente aumento en ambos movimientos dentro y fuera de la boca, no la incapacidad para mantener el movimiento.

CONTABILIDAD DE GRÁFICOS Y TABLAS

CUADROS

- Cuadro 1: Principales Categorías Diagnósticas en el CIE 10
- Cuadro 2: Cuadro sinóptico de los tratamientos psiquiátricos
- Cuadro 3: Clasificación química de los antipsicóticos
- Cuadro 4: Efectos colaterales extrapiramidales de los neurolépticos.
- Cuadro 5: Antipsicóticos convencionales, dosificaciones usuales.

TABLAS

- Tabla 1: Distribución de los pacientes de acuerdo al fármaco administrado.
- Tabla 2: Distribución de los pacientes según grupo etéreo y fármaco administrado.
- Tabla 3: Distribución de los pacientes según sexo y fármaco de consumo.
- Tabla 4: Distribución de los pacientes según fármaco administrado y consumo de otros medicamentos.
- Tabla 5: Distribución de los pacientes según diagnóstico y fármaco administrado.
- Tabla 6: Distribución de los pacientes en cada categoría de tiempo de tratamiento, según fármaco administrado.
- Tabla 7: Distribución de los pacientes según adherencia al tratamiento y fármaco administrado.
- Tabla 8: Distribución de los pacientes según la medicación del fármaco y la presencia simultánea de otras patologías.
- Tabla 9: Distribución de los pacientes según consumo de alcohol y fármaco administrado.
- Tabla 10: Distribución de los pacientes según tabaquismo y fármaco administrado.
- Tabla 11: Distribución de los pacientes según la medicación del fármaco y consumo simultáneo de drogas.
- Tabla 12: Distribución de los pacientes según higiene oral y fármaco administrado.
- Tabla 13: Distribución de los pacientes según frecuencia de cepillado y fármaco administrado.
- Tabla 14: Distribución de los pacientes según frecuencia anual de atención dental y fármaco administrado.
- Tabla 15: Presencia de algún síntoma o signo posterior al inicio del tratamiento.
- Tabla 16: Presencia o carencia de algún efecto neurológico.
- Tabla 17: Presencia o carencia de algún efecto autonómico.
- Tabla 18: Intensidad de los movimientos faciales y orales según el fármaco administrado.
- Tabla 19: Distribución de los pacientes de acuerdo a la presencia o carencia de xerostomía, según fármaco administrado.
- Tabla 20: Distribución de los pacientes en los distintos tipos de trastornos orales detectados, según fármaco.
- Tabla 21: Distribución de los pacientes según la localización.
- Tabla 22: Estadísticas descriptivas de la sialometría de los pacientes en total, según fármaco y según xerostomía.
- Tabla 23: Distribución de los pacientes según tabaquismo y número de lesiones.

Tabla 24: Distribución de los pacientes según hábito de higiene y número de lesiones.
Tabla 25: Distribución de pacientes según cepillado y número de lesiones.
Tabla 26: Distribución de los pacientes según atención dental y número de lesiones.
Tabla 27: Distribución de los pacientes según hábito de higiene y estado periodontal.
Tabla 28: Distribución de los pacientes según frecuencia de cepillado y estado periodontal.
Tabla 29: Distribución de los pacientes según frecuencia de atención dental y estado periodontal.
Tabla 30: Distribución de los pacientes según hábito de higiene e índice de placa bacteriana.
Tabla 31: Distribución de los pacientes según frecuencia de cepillado e índice de placa bacteriana.
Tabla 32: Distribución de los pacientes según frecuencia de atención dental e índice de placa bacteriana.

GRÁFICOS

Gráfico 1: Cantidad de pacientes con y sin xerostomía, según grupo étnico.
Gráfico 2: Cantidad de pacientes con y sin xerostomía, según sexo.
Gráfico 3: Distribución de pacientes según número de lesiones encontradas.
Gráfico 4: Distribución de pacientes según estado periodontal (PSR).
Gráfico 5: Distribución de pacientes según índice de placa bacteriana.
Gráfico 6: Distribución de pacientes según índice COPD
Gráfico 7: Diagramas de cajón con bigotes de la sialometría calculada según fármaco administrado.
Gráfico 8: Diagramas de cajón con bigotes de la sialometría calculada según fármaco administrado y presencia o ausencia de xerostomía.
Gráfico 9: Sialometría promedio para cada rango de COPD, según fármaco y en total.

CONSENTIMIENTO ESCRITO

Yo _____ RUT ____ . ____ . ____ - ____

He sido informado(a) de la realización de un estudio sobre el estado de salud bucal en pacientes bajo tratamiento con los neurolépticos de depósito Haldol y Modecate, del Hospital Psiquiátrico del Salvador, Playa Ancha, Valparaíso.

Acepto participar voluntariamente en dicho estudio para lo cual colaboraré contestando una encuesta y accediendo a un examen de salud bucal, sin ningún costo para mí.

Los resultados, que serán estrictamente confidenciales y sólo con fines académicos, me serán informados oportunamente.

Firma del paciente

Fecha: ____ de _____ del año 2007