



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESQUIZOFRENIA, IMPLICACIONES CLÍNICAS EN EL
MANEJO ODONTOLÓGICO.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

MARÍA DEL CARMEN BUTRÓN CASTELÁN

TUTOR: Mtra. CLAUDIA MAYA GONZÁLEZ MARTÍNEZ

MÉXICO, Ciudad de México.

2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Gracias Dios por permitirme llegar con salud y bienestar a este momento tan importante en mi desarrollo profesional.

A mis padres Aquileo Butrón y Virginia Castelán por su apoyo y amor incondicional, por no soltar mi mano en este camino. Este logro se los debo a ustedes. ¡¡Los amo!!

A mis hermanas Aídee y Susana que han sido mi ejemplo y apoyo para lograr mis metas. Gracias infinitas por estar presentes. ¡Las amo!

A mi futuro esposo Pablo Franco por todo su amor y apoyo, por siempre creer en mí y motivarme a ir por más. Gracias por siempre estar presente y recordarme a cada momento lo capaz que soy. ¡Te amo!

A mi hijo Emiliano que es lo más hermoso que me ha dado la vida, y es también la fuerza que me impulsa.

A mis amigas Ariana, Mercedes, Paulina y Betty, por su amistad e invaluable apoyo. Atesoraré cada aventura con ustedes. ¡¡Las quiero mucho!!

A mi tutora la Mtra. Claudia Maya González por su tiempo y dedicación hacia este trabajo. ¡Agradecida infinitamente!

A mi bonita Facultad de Odontología por cobijarme todo este tiempo y tampoco soltar mi mano. A todos mis profesores por su paciencia y conocimientos brindados. ¡Gracias!

A mi hermosa UNAM, que me abrió sus puertas, por darme las más sinceras amistades y los más importantes conocimientos para concluir este sueño.

¡Mi piel dorada y mi sangre azul hace gritar con orgullo un GOYA!

POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU

ÍNDICE

I. Introducción.....	1
Objetivo	2
II. Contenido temático	2
1.- ESQUIZOFRENIA	2
1.1.- Etiología	3
1.2.- Clasificación	4
1.3.- Síntomas	5
1.4.- Criterios para el diagnóstico	9
1.5.- Tratamiento	10
2.- PROBLEMAS DE LA SALUD BUCODENTAL EN EL PACIENTE ESQUIZOFRENICO	13
2.1.- Bruxismo	15
2.2.- Xerostomía	16
2.3.- Úlceras.....	16
2.4.- Gingivitis	16
2.5.- Periodontitis	17
2.6.- Caries	18
3.- INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS DEL TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y LOS MEDICAMENTOS DE USO COMÚN EN ODONTOLÓGIA.....	19
4.- PAUTAS EN EL MANEJO ODONTOLÓGICO	21
4.1.- Abordaje terapéutico del paciente psicótico	22
4.2.- Contención verbal	24
4.3.- Contención farmacológica	26
4.4.- Uso de restricción física o sujeción	26
4.5.- Técnica para ejecutar una restricción física basada en protocolos de enfermería y adaptada al consultorio dental	28
III. CONCLUSIONES	32
IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
V. ANEXOS	37



I. INTRODUCCIÓN

Los pacientes con trastornos mentales están sometidos a un mayor número de factores de riesgo de desarrollar o contraer enfermedades bucodentales debido a los efectos secundarios de las medicaciones que consumen, la falta de autocuidado, la dificultad para acceder a atención en salud, la actitud hacia los profesionales sanitarios y también la falta de cooperación en los tratamientos dentales. (6)

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico grave caracterizado por importantes trastornos cognitivos y emocionales, definida por la presencia de anomalías en uno o más de los siguientes dominios: ideas delirantes, alucinaciones, pensamientos desorganizados, conducta motora desorganizada o anormal y síntomas negativos. (6)

El 61% de los pacientes con trastornos psiquiátricos tienen una pobre higiene bucal, incluyendo condiciones como sequedad de la boca, pérdida de dientes y formas graves de caries, es por eso que deben considerarse un grupo de alto riesgo para la enfermedad dental ya que están sometidos a una mayor vulnerabilidad tomando en cuenta los efectos secundarios de las medicaciones que consumen y la dificultad para acceder a servicios de salud, entre otros. (6)

El acceso a la salud es un derecho humano básico, este aspecto cobra especial relevancia al hablar de este grupo vulnerable, donde muchas veces el estigma y la discriminación dificultan el acceso a la salud. Desde el punto de vista de la salud preventiva, debe contarse con programas de cuidado dental para estos pacientes, instruir a los pacientes y sus familiares en la importancia del cuidado bucodental, una correcta comunicación con el médico tratante, así como la instrucción de los profesionales de la salud bucodental y de los estudiantes de odontología para poder enfrentar estas situaciones. (6)



OBJETIVO.

Citar las afecciones dentales más comunes, cuidados y manejo del paciente esquizofrénico en el consultorio dental, así como proponer un plan de acción que sirva de guía para estabilizar un brote psicótico durante la consulta dental basándonos en protocolos utilizados en enfermería y psiquiatría.

II. CONTENIDO TEMÁTICO

1. ESQUIZOFRENIA

Según la OMS la esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo. Se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta.

Algunas de las experiencias más frecuentes son las alucinaciones (oír voces o ver cosas inexistentes) y los delirios (creencias erróneas y persistentes). (17)

El término de esquizofrenia fue introducido por el psiquiatra suizo Bleuler en 1911. pero este trastorno ya había sido identificado por el psiquiatra alemán Kraepelin en 1896 bajo el nombre de "demencia precoz".

Sin embargo, Bleuler observó que no era así en todos los casos y consideró más apropiado dar el nombre de esquizofrenia como una escisión en la asociación de ideas o como una retirada de la realidad y la vida social.

El término de esquizofrenia significa "mente partida". (3)



Lo que caracteriza a la esquizofrenia es que afecta a la persona de una forma total, por lo que quien la padece comienza a sentir, pensar y hablar de forma diferente a como lo hacía antes. Dicha persona puede empezar a estar extraña más aislada, puede evitar salir con amigos, duerme poco o demasiado, hable solo o se ría sin motivo aparente. (3)

No existe un cuadro clínico único, sino que hay múltiples síntomas característicos; síntomas emocionales, cognitivos, de personalidad y de actividad motora. (3)

Dania Lima, académica de la Facultad de Medicina de la UNAM señala que la prevalencia de la esquizofrenia en México es igual a la del resto del mundo, con índices del 0.7 al 1.3 por ciento. La Dirección General de los Servicios de Salud Mental de la Secretaría de Salud, calcula que hay medio millón de afectados en el país y el 50 por ciento no recibe tratamiento adecuado y el padecimiento afecta por igual a ambos sexos y no distingue clases sociales ni zonas geográficas, aunque sí hay diferencias importantes en el acceso de estos pacientes a los servicios de salud mental.

Unos 250 mil individuos no reciben la atención requerida, ni farmacológica ni psiquiátrica. (15)

1.1 Etiología

- Factores relacionados con el Sistema Nervioso: Algunos de los síntomas clínicos de los niños con esquizofrenia apuntan a una disfunción del sistema nervioso, tales como un retardo motor y problemas de coordinación, desviaciones preceptuales y algunos signos débiles neurológicos. En adultos se puede encontrar posibles anomalías estructurales en el cerebro. (1)



- Factores genéticos: Se piensa que la mayoría de los casos de esquizofrenia implican una herencia poligénica que interactúa a menudo con factores sociales o con otras variables del entorno. (1)
- Factores sociales y psicológicos: La existencia de sutiles desventajas crónicas debidas a la educación, a la baja inteligencia y a la falta de apoyo social se ha centrado en los acontecimientos vitales (sucesos adversos o demandas de cambio que resultan estresantes) y en las características de la familia tales como: una forma inmadura de cuidar al niño por parte de la madre y la pasividad por parte del padre, la incapacidad del niño de separarse de la madre y las reacciones ante una dinámica patológica de las relaciones familiares. (1)

1.2 Clasificación

Tipos de esquizofrenia:

- A. Desorganizado: incoherencia frecuente, ausencia de ideas delirantes sistematizadas y afectividad inapropiada, embotada o estúpida. (1)
- B. Catatónico: estupor catatónico (reducción de los movimientos espontáneos y de la actividad) o mutismo, negativismo catatónico (resistencia a ser movilizado), rigidez catatónica (mantenimiento de una postura rígida), excitación catatónica (excitación de la actividad motora no influida por estímulos internos) y actitud catatónica (adquisición voluntaria de posturas o actitudes extrañas). (1)
- C. Paranoide: ideas delirantes de persecución, de grandeza y de celos, y alucinaciones de contenido persecutorio o de grandeza. (1)
- D. Indiferenciado: ideas delirantes, alucinaciones e incoherencias llamativas o conducta claramente desorganizada y no se cumplen los criterios para ninguno de los tipos previamente señalados, o se cumplen los criterios para más de un tipo. (1)



E. Residual: se encuentra una historia de un episodio previo de esquizofrenia como mínimo, con síntomas psicóticos llamativos, un cuadro clínico sin ningún síntoma psicótico llamativo, que ha obligado a la asistencia clínica, pruebas continuas de enfermedad, tales como afectividad embotada o inapropiada, retraimiento social, conducta excéntrica, pensamiento ilógico o pérdida de la capacidad asociativa y el curso de la enfermedad se puede registrar como: subcrónico, crónico, subcrónico con exacerbación aguda, crónico con exacerbación aguda o en remisión. (1)

1.3 Síntomas

Los síntomas de la esquizofrenia pueden ser diferentes entre una persona y otra, pero generalmente se dividen en tres categorías principales: psicóticos, negativos y cognitivos. (20)

- Alteración de la prueba de realidad
 - Ideas delirantes
 - Alucinaciones
 - Ilusiones
- Puede existir, además:
- Susplicacia
 - Agitación psicomotriz *
 - Ansiedad
 - Agresividad
 - Actitud alucinada
 - Catatonia

Cuadro 1. Síntomas y signos de la psicosis. (20)



Síntomas psicóticos

Los síntomas psicóticos incluyen cambios en la forma en que una persona piensa, actúa y percibe el mundo. Las personas con síntomas psicóticos pueden perder el sentido compartido de la realidad con los demás y ver el mundo de una manera distorsionada. Para algunas personas, estos síntomas aparecen y desaparecen. Para otras, los síntomas se estabilizan con el tiempo. (20)

Los síntomas psicóticos incluyen:

- **Alucinaciones:** cuando una persona ve, oye, huele, saborea o siente cosas que no son reales. Muchas personas que tienen este trastorno oyen voces. Las personas que oyen voces pueden haber estado escuchándolas durante mucho tiempo antes de que sus familiares y amigos se den cuenta de que tienen un problema. (20)
- **Delirios:** cuando una persona tiene creencias fuertes que no son ciertas y pueden parecer irracionales a los demás. Por ejemplo, las personas que experimentan delirios pueden creer que aquellos que salen en la radio y la televisión están enviando mensajes especiales que requieren una determinada respuesta, o pueden creer que están en peligro o que otros están tratando de lastimarlos. (20)
- **Trastorno del pensamiento:** cuando una persona tiene formas de pensar inusuales o ilógicas. Las personas con trastorno del pensamiento pueden tener problemas para organizar sus ideas y el habla. A veces, una persona deja de hablar en medio de un pensamiento, pasa de un tema a otro o inventa palabras sin sentido. (20)



- Trastornos del movimiento: cuando una persona presenta movimientos corporales anormales. Las personas con estos trastornos pueden repetir ciertos movimientos una y otra vez. (20)

Síntomas negativos

Los síntomas negativos incluyen la pérdida de motivación, de interés o del disfrute de las actividades diarias, así como alejamiento de la vida social, dificultad para mostrar emociones y problemas para funcionar normalmente. Entre los síntomas negativos se encuentran: (20)

- Tener problemas para planificar y ceñirse a las actividades, como ir de compras.
- Tener dificultad para prever y sentir placer en la vida cotidiana.
- Hablar con voz apagada y mostrar una expresión facial limitada.
- Evitar la interacción social o interactuar de manera socialmente incómoda.
- Tener muy poca energía y dedicar mucho tiempo a actividades pasivas. En casos extremos, una persona puede dejar de moverse o hablar por un tiempo, lo que es una condición poco común llamada *catatonia*.

A veces, estos síntomas se confunden con los de la depresión u otras enfermedades mentales.

Síntomas cognitivos (20)

Los síntomas cognitivos incluyen problemas de atención, concentración y memoria. Estos síntomas pueden dificultar el seguimiento de una conversación, aprender cosas nuevas o recordar citas. El nivel de funcionamiento cognitivo de una persona es uno de los mejores predictores de



su funcionamiento diario. El funcionamiento cognitivo se evalúa mediante pruebas específicas. Los síntomas cognitivos incluyen:

- problemas para procesar la información para la toma de decisiones,
- problemas para usar la información inmediatamente después de aprenderla,
- dificultad para concentrarse o prestar atención.

<p>Psiquiátricas Manía Depresión con síntomas psicóticos Esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo Trastorno esquizofreniforme Trastorno psicótico breve Psicosis facticia Trastorno delirante primario</p> <p>Por abuso de drogas Fenciclidina ("pelo de angel), y alucinógenos Cocaína y anfetamínicos Marihuana (con crisis de pánico) Abstinencia de alcohol con alucinosis Abstinencia de hipnóticos-sedantes</p> <p>Reacciones tóxicas a medicamentos Anticolinérgicos: antidepresivos tricíclicos, tioridazina (Melleril), antihistamínicos, agentes Antiparkinsonícos, píldoras para dormir de venta libre Cardiológicas: digitalícos, procainamida, prazosin, captopril Agonistas dopaminérgicos: levodopa, amantadina, bromocriptina, pergolida, lisurida Glucocorticoides u hormona adrenocorticotrópica Inhibidores de la monoaminoxidasa (suspensión brusca) Antiinflamatorios no esteroideos: sulindac, indometacina Isoniazida Estimulantes de venta libre como descongestionantes y medicamentos para adelgazar</p> <p>Exposición a productos industriales Metales pesados (especialmente plomo) Disulfuro de carbono</p> <p>Alteraciones metabólicas Hipoglucemia Porfiria intermitente aguda Síndrome de Cushing y rara vez enfermedad de Addison Hipo o hipercalcemia Hipo o hipertiroidismo</p> <p>Deficiencias nutricionales Psicosis de Korsadoff (deficiencia de tiamina) Pelagra (deficiencia de niacina) Deficiencia de vitamina B12</p> <p>Trastornos neurológicos Encefalitis, meningitis o absceso cerebral Neurosífilis Encefalopatía por virus de la inmunodeficiencia humana Cerebritis lúpica Enfermedad de Wilson Enfermedad de Huntington Crisis convulsivas parciales complejas Evento vascular cerebral Neoplasias del sistema nervioso central o síndrome paraneoplásico Fase temprana de la enfermedad de Alzheimer Procesos demenciales en general. Encefalopatía hipóxica</p> <p>Otras causas Encefalopatía hepática temprana, pancreatitis aguda.</p>
--

Cuadro 2. Causas de la psicosis aguda. (16)



1.4 Criterios para el Diagnóstico:

- A. Dos o más de los siguientes, presentes de forma significativa durante un mes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o desorganizado y síntomas negativos, por ejemplo: aplanamiento afectivo, alogia o abulia. (1)
- B. Deterioro acusado en una o más áreas de actividad, tales como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo. En los niños, incapacidad de alcanzar el nivel esperado en el colegio, en el trabajo en las relaciones interpersonales. (1)
- C. Alteración permanente durante al menos 6 meses. Al menos un mes con síntomas de Criterio A. puede incluir periodos anteriores (prodrómicos) o residuales en los que se presentan menos síntomas. (1)
- D. Que se deba a afecciones asociadas: trastornos esquizoafectivo o trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos. (1)
- E. Que se deba a drogas, medicamentos o a una afección médica general. (1)
- F. Si existe un historial de trastorno generalizado del desarrollo, incluyendo el trastorno autista, se realizará el diagnóstico solamente si están presentes durante al menos un mes ideas delirantes y alucinaciones. (1)

El diagnóstico diferencial se establece con cuadros que puedan desencadenar una crisis psicótica como:

- Las crisis de pánico que suelen aparecer en la consulta dental por miedo al dolor o a la inyección.
- Paciente agitado-violento.
- Consumo de drogas o alcohol, por lo que se solicita analítica y prueba de orina.



- Trastornos metabólicos.
- Déficit nutricional.
- Exposición a productos industriales como plomo. (3)

1.5 Tratamiento

El tratamiento depende de la gravedad del caso, de la fase en que se encuentre el mismo, de las posibilidades del tratamiento, del apoyo familiar y de la comunidad, y de la perspectiva del terapeuta. (1)

- Tratamiento Farmacológico

Generalmente se utilizan benzodiazepinas o antipsicóticos de corta duración, como el haloperidol como primera elección para el tratamiento agudo. Aunque los antipsicóticos típicos se usan con frecuencia, los efectos anticolinérgicos pueden modificar las características de las psicosis especialmente en pacientes de edad avanzada. Si el paciente se encuentra tranquilo y cooperador, se puede iniciar un antipsicótico por vía oral y si existe ansiedad se puede combinar con un benzodiazepina. Actualmente se recomienda el uso de antipsicóticos atípicos como la ziprazidona, olanzapina, aripiprazol, risperidona o quetiapina, en vista de menor incidencia de síntomas extrapiramidales a corto plazo como el temblor, distonía y acatisia y a largo plazo disquinesia tardía. Si el paciente coopera poco para la ingesta de los medicamentos o se encuentra agresivo, la primera opción será el uso parenteral de benzodiazepinas y/o antipsicóticos. Los benzodiazepinas, por otro lado, tienen la ventaja de ocasionar efectos sedantes de inmediato por lo que es frecuente su uso individual o en combinación con antipsicóticos. En México el diazepam, flunitrazepam y midazolam se utilizan con frecuencia por vía oral o intravenosa con buenos resultados. (16)



Cuando se utilizan benzodiazepinas, sobre todo por vía endovenosa, es importante vigilar la función respiratoria ya que este grupo de medicamentos tiene efecto depresor sobre este sistema. Asimismo, es importante vigilar los efectos sedantes al administrar benzodiazepinas de vida media larga como el diazepam o clonazepam, para evitar efectos de acumulación y ocasionar con ello sedación importante con la disartria, lentitud psicomotora, somnolencia, vértigo, pupilas mióticas, hiperreflexia, hipotermia e hipotensión con taquicardia compensatoria. Ocasionalmente, al administrar benzodiazepinas pueden observarse efectos paradójicos como agresión, excitación y psicosis, especialmente en niños, ancianos y pacientes con trastorno mentales orgánicos. Los estudios que se han realizado con el uso de benzodiazepinas en las emergencias psiquiátricas en general incluyendo pacientes psicóticos agitados, generalmente se reportan buenos resultados tomando las precauciones necesarias, como el ajuste de dosis por Kilogramo de peso si la administración es intravenosa.

	Rango de dosis terapéuticas (mg/día)	Inicio de acción	Duración del efecto	Presentaciones disponibles en México	Observaciones
Lorazepam (Ativan)	1-6	Intermedio	Intermedio	Tabletas de 1 y 2 mg	Se metaboliza por conjugación seguro en insuficiencia hepática.
Diazepam (Valium, Ortopsiq, Alboral)	5-40 I.V.: 2-20 mg: (0.5-1 ml/min.)	Rápido	Largo	Comprimidos de 5 y 10 mg Solución inyectable con 10 mg/2 ml	Deficiente distribución I.M. Se prefiere I.V. Vigilar función respiratoria y efectos de acumulación.
Flunitrazepam (Rohypnol)	0.5-2	Rápido	Largo	Comprimidos de 1 mg Solución inyectable de 2 mg	Para uso I.M. ó I.V.
Alprazolam (Tafil, Neupax)	0.5-8	Intermedio	Corto	Tabletas de 0.25, 0.5, 1 y 2 mg	No es de primera elección. Puede ocasionar reacción paradójica.
Midazolam (Dormicum)	1 a 2 mg I.V. hasta 0.15 mg/kg 7.5-15 mg V.O.	rápido	Corto	Comprimidos de 7.5 mg. Solución inyectable con 5, 15 y 50 mg	Vida media corta, poco útil para sedación continua.
Clonazepam (Rivotril, Kriadex)	0.5 mg hasta 6 mg	rápido	largo	Comprimidos de 0.5 y 2 mg	Vigilar efectos de acumulación.

Cuadro 3. Benzodiazepinas recomendadas para el tratamiento agudo de la psicosis. (16)



	Rango de dosis terapéuticas (mg/día)	Inicio de acción	Duración del efecto	Presentación disponible en México	Observaciones
Haloperidol oral (Haldol, Haloperil)® Haloperidol I.V o I.M	1-40 2.5-60 mg	2-6 hrs V.O. 20 min. I.M. 3-5 min I.V	24 hrs V.O. 21 hrs I.M./I.V	Tabletas de 5 y 10 mg Gotas con 2 mg/ml ó 0.1 mg/gota Solución inyectable de 2mg/ml	Antipsicótico típico, mayor posibilidad de ocasionar efectos extrapiramidales. Antipsicótico con mayor experiencia en pacientes con comorbilidades médicas y trastornos psicóticos. Puede ocasionar alargamiento del intervalo QTc y Torsades de Pointes.
Levomepromazina (Sinogan)® Levomepromazina I.M	25-300	1-3 hrs V.O. 30 a 90 min por vía I.V.	10-20 hrs	Comprimidos de 25 mg Solución inyectable de 25 mg	Efecto sedante intenso. Hipotensión ortostática frecuente.
Zuclopentixol (Clopixol acuphase)® I.M	50-400	3-8 hrs	48 hrs	Solución inyectable de 50 mg Tabletas de 10 y 25 mg	Sedación rápida, acción antipsicótica lenta. Usar después de la estabilización del paciente con antipsicóticos de rápida acción
Risperidona (Risperdal) (Risperdal consta)®I.M	4-16 25-50	1-2 hrs 20 min.	24 hrs 2 semanas I.M	Tabletas de 1, 2 y 3 mg Solución oral de 1 mg/ml Solución inyectable de 25 y 37.5 mg/I.M	Antipsicótico atípico, menor incidencia de síntomas extrapiramidales a dosis bajas. Iniciar con dosis de 0.5 a 1 mg, sobre todo en pacientes geriátricos. Posibilidad de alteraciones metabólicas
Olanzapina (Zyprexa)® Olanzapina	10-20 10-30	5-8 hrs 10-20 min	33 hrs 12-24 hrs	Tabletas de 5 y 10 mg 10 mg/Liofilizado	Antipsicótico atípico, menor incidencia de síntomas extrapiramidales. Posibilidad de alteraciones metabólicas.
Ziprazidona (Geodón)® Ziprasidona I.M	40-160 10-80	4-6 hrs 15 minutos I.M	24 hrs 2-3 hrs	Tabletas 40, 60 y 80 mg. Solución inyectable 20 mg/ml/I.M	Puede administrarse en pacientes con alteraciones hepáticas leves a moderadas. Puede prolongar el intervalo QT.No alteraciones metabólicas con uso crónico
Aripiprazol (Abilify)®	15-30 mg	3-5 hrs	24 hrs	Tabletas 10,15,20,30 mg	Puede ocasionar cefalea, ansiedad e insomnio. No alteraciones metabólicas con uso crónico
Quetiapina (Seroquel)®	50-800 mg	5-7 hrs	24 hrs	Tabletas 25,100,150,200,300 mg	Puede ocasionar vértigo, boca seca, somnolencia, hipotensión

Cuadro 4. Antipsicóticos recomendados para el tratamiento agudo de la psicosis. (16)



- Psicoterapia Tradicional

El papel del terapeuta, dependiendo en cierta medida de la edad del paciente, es ayudar al individuo a establecer un yo separado, interpretar el mundo, distinguir la realidad de la fantasía, desarrollar un sentido de dominio y encontrar unas defensas más adaptativas. Es esencial una relación intensa, cálida y confiada, y se emplean las herramientas psicoanalíticas habituales de transferencia e interpretación. (1)

- Tratamientos Conductuales y Familiares

El objetivo es disminuir al máximo las relaciones estresantes familiares, las cuales pueden empeorar el curso de la enfermedad. Esta terapia va dirigida a mejorar la comunicación entre los miembros de la familia y a potenciar las habilidades de solución de problemas. (5)

Se ignora el comportamiento psicótico, mientras que se modelan y refuerzan las habilidades de la interacción social, en especial para fomentar el cuidado de uno mismo y otros hábitos para desenvolverse en la vida cotidiana. (1)

2. PROBLEMAS DE SALUD BUCODENTAL EN EL PACIENTE ESQUIZOFRENICO.

Los pacientes con esquizofrenia deben considerarse un grupo de alto riesgo para la enfermedad dental. Algunos factores que influyen en la salud dental de estos pacientes son baja frecuencia de cepillado de dientes, un menor número de consultas al odontólogo, tabaquismo y mala alimentación. (6)



Algunos estudios han vinculado la higiene bucal con el tipo de antipsicótico administrado a los pacientes. El uso de antipsicóticos típicos está más relacionados con síntomas extrapiramidales (como temblores) que interfieren en el correcto cepillado de los dientes. Se ha demostrado que los síntomas negativos son los más relacionados con la pobre higiene bucal. (6)

Desde el punto de vista de la salud preventiva, debe contarse con programas de cuidado dental para estos pacientes, instruir a los pacientes y sus familiares en la importancia del cuidado bucodental, una correcta comunicación con el médico tratante, así como la instrucción de los estudiantes de odontología para poder enfrentar este tipo de situaciones. (6)

Los pacientes con trastornos orgánicos y esquizofrenia presentan con mucha frecuencia gingivitis, xerostomía y úlceras en tejidos blandos y mordisqueo de carrillos además caries, problemas de periodontitis, que son el antecedente para las maloclusiones y afecciones de la articulación temporomandibular. (7)

Fármaco administrado	Efectos secundarios de los fármacos psiquiátricos	Repercusión en el aparato estomatognático
Haloperidol, Clorhidrato de fluoxetina, biperiden, tioridazina	Xerostomía (resequedad bucal)	Gingivitis, periodontitis, caries, úlceras, síndrome de boca ardorosa
Haloperidol, oxcarbamazepina	Parkinsonismo (temblor en reposo, rigidez, facie en máscara)	Fractura dental trismus, lesiones de articulación temporomandibular (ATM). Rigidez muscular y alteración ligera de la motilidad facial.
Biperiden, haloperidol, tioridazina, trifluoperazina	Acatisia (inquietud, nerviosismo, insomnio). Reacción distónica, torticolis, gestos	Bruxismo, tensión muscular, úlceras, trismus, úlceras traumáticas, problemas de articulación temporomandibular.
Haloperidol, biperiden, perfenacina	Disquinesia tardía, chasquido de labios, protrusión de lengua, movimientos coreiformes de los músculos bucolinguofaciales	Mordisqueo de labios y carrillos, úlceras traumáticas, maloclusiones, lesiones de articulación temporomandibular.

Cuadro 5. Medicamentos psiquiátricos y su relación con el aparato estomatológico. (7)

2.1 Bruxismo

El bruxismo es el hábito de apretamiento y rechinado de los dientes de manera inconsciente, con movimientos que hacen contactos sin propósitos funcionales que pueden ser diurnos o nocturnos. Esta patología puede provocar desgaste dental, dolor en la zona mandibular, dolores de cabeza. En formas más graves pueden verse afectadas la masticación, el habla y la deglución. Factores periféricos, centrales y psicosociales son relevantes en la fisiopatología del bruxismo. Entre estos factores se encuentran el trastorno del sueño, estrés, ansiedad, depresión, así como otros trastornos mentales. (6)



Imagen 1. Se observan los desgastes dentales producto del bruxismo. (18)

Actualmente, el tratamiento del bruxismo tiene dos objetivos principales: disminuir los efectos que produce en el paciente y que éste identifique dicho hábito. Las técnicas incluyen: ejercicios terapéuticos, terapia manual, terapia cognitivo conductual, electroterapia, acupuntura. A menudo se requiere de tratamientos dentales con el objetivo de restablecer la armonía oclusal. (6)

Si bien el bruxismo no es un trastorno mental, su relación con disfunciones psicopatológicas es innegable. Se ha hablado de su característica como equivalente a motor de ansiedad, de su coexistencia en pacientes con manifestaciones de pánico y mayor sensibilidad al estrés y de una mayor



prevalencia de síntomas tanto maniacos como depresivos en personas con bruxismo en comparación con los no bruxistas. (6)

2.2 Xerostomía

La xerostomía es la sensación subjetiva de sequedad bucal debido a la disminución de saliva, provocada por una alteración del funcionamiento de las glándulas salivales. La presencia de saliva en la cavidad bucal es muy importante para evitar un desequilibrio de microorganismos en el ambiente oral que puede dar paso a la aparición de caries, enfermedades en las encías, halitosis o mal aliento, entre otras.

2.3 Úlceras

Una úlcera es una lesión elemental en la que hay una pérdida de sustancia que afecta tanto al epitelio como al tejido conectivo subyacente.

Las úlceras pueden ser primarias, cuando no están precedidas por otra lesión previa, o secundarias a la rotura de una ampolla o una vesícula.

Las úlceras orales se clasifican en agudas, es decir, aquellas de instauración brusca y corta duración; y crónicas, de instauración insidiosa y larga duración. (8)

2.4 Gingivitis

La gingivitis se define como la inflamación de la encía. Los hallazgos clínicos iniciales incluyen enrojecimiento e inflamación del margen gingival, y sangrado después del sondeo. Cuando las condiciones persisten, los tejidos que fueron inicialmente edematosos comienzan a



volverse fibróticos. Los márgenes gingivales, normalmente con un contorno en forma de filo de cuchillo, pueden volverse ondulantes, y la papila interdental puede volverse bulbosa y alargada. Puede presentarse la formación de bolsas periodontales si una significativa hipertrofia o hiperplasia de la encía ocurren. Sin embargo, todos estos hallazgos clínicos son reversibles cuando el agente etiológico es eliminado.

Su prevalencia, extensión y severidad varía grandemente de persona a persona y de una población a otra. Tal variabilidad es principalmente el reflejo de diferencias personales en higiene oral, hábitos como el tabaquismo, enfermedades sistémicas como la diabetes mellitus, el sexo (los hombres tienden a tener más PDB y gingivitis que las mujeres), la condición socioeconómica (un bajo estatus socioeconómico limita el acceso a cuidados dentales), presencia de capacidades diferentes (los individuos con capacidades diferentes tiende a presentar una mayor prevalencia de gingivitis, principalmente los enfermos mentales), terapias con medicamentos y la edad. (11)

2.5 Periodontitis

Ésta es una enfermedad crónica irreversible, que puede cursar con una gingivitis inicial, para luego proseguir con una retracción gingival y pérdida del hueso. Su etiología es multifactorial, de tal forma, que en su desencadenamiento participan las bacterias, factores ambientales y del huésped. (12)



Los síntomas de periodontitis incluyen (12):

- Mal aliento (halitosis)
- Encías que presentan un color rojo brillante o rojo púrpuro
- Encías que tienen aspecto brillante
- Encías que sangran con facilidad (con el cepillado o al usar el hilo dental)
- Encías que pueden ser sensibles al tacto, pero por lo demás no duelen
- Dientes flojos
- Encías inflamadas
- Espacios entre los dientes y las encías
- Dientes fuera de lugar
- Depósitos amarillos, verde-marrón o blancos y duros en los dientes
- Sensibilidad dental

2.6 Caries

Las caries son las zonas de una pieza dental que han perdido sustancia como resultado de un proceso que gradualmente disuelve la dura superficie externa del diente (esmalte dental) y avanza hacia el interior de la pieza. (13)

La caries dental se ha determinado como un problema social, siendo una enfermedad multifactorial, donde encontramos la alimentación, tiempo, consumo de agua potable, higiene, nivel educativo y acceso a servicios de salud. (14)



Factores de riesgo de caries:

- Placa
- Sarro
- Defectos en la superficie dental
- Alimentos azucarados o ácidos
- Déficit de flúor en la dentadura
- Flujo reducido de saliva (por ejemplo, debido a medicamentos o sustancias, radioterapia para el cáncer o trastornos sistémicos que causan disfunción de la glándula salival) (13)

3.- INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS DEL TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y LOS MEDICAMENTOS DE USO COMÚN EN ODONTOLÓGIA.

Se denominan interacciones medicamentosas aquellas respuestas farmacológicas que no pueden ser explicadas por la acción de un solo fármaco, sino que son debidas a los efectos de dos o más sustancias actuando de manera simultánea sobre el organismo. Puede ser que el efecto de un fármaco sea modificado por la administración de otro o puede que ambos fármacos vean modificados sus efectos. Las diferentes formas de producción de interacciones pueden clasificarse en tres grupos: 1. De carácter farmacéutico. 2. De carácter farmacocinético. 3. De carácter farmacodinámico. (10)

1.- Las Interacciones de carácter farmacéutico: Son aquellas que tienen que ver con incompatibilidades físico-químicas. En general se producen fuera del organismo, y son las que impiden mezclar dos o más fármacos en una misma solución, o diluir un fármaco en una determinada solución. (10)



2.- Las Interacciones de carácter farmacocinético: son las que se producen cuando el fármaco desencadenante de la interacción altera la absorción, distribución, metabolismo o eliminación del fármaco afectado, las interacciones a este nivel pueden ser esperadas pero sus repercusiones clínicas son difíciles de predecir, solo algunos pacientes tendrán consecuencias clínicas importantes. (10)

3.- Las Interacciones de carácter farmacodinámico: se producen a nivel del mecanismo de acción del fármaco bien por una modificación en la respuesta del órgano efector, a nivel del receptor farmacológico de los procesos moleculares subsiguientes, o de sistemas fisiológicos diferentes. Como consecuencia aparecen fenómenos de sinergia, antagonismo o potenciación del fármaco afectado por la interacción. (10)

Las consecuencias de las interacciones medicamentosas pueden ser beneficiosas ya que se obtiene un beneficio terapéutico o perjudiciales debido a que aumentan los efectos adversos o disminuyen el efecto terapéutico perseguido. Otro aspecto muy importante para establecer la relevancia clínica es la gravedad del efecto de la interacción y en particular aquellas interacciones con riesgo potencial para la vida del paciente. (10)

El médico debe conocer que fármacos entre los que prescribe pueden desencadenar una interacción farmacológica con los medicamentos que el paciente consume regularmente debido a diferentes patologías y en particular reconocer fácilmente aquellas que puedan ser graves. (10)

El siguiente cuadro muestra la interacción farmacológica entre los medicamentos comúnmente usados de uso odontológico y algunos antipsicóticos recomendados para el tratamiento de la psicosis aguda de una investigación en diferentes fuentes de internet.



Cuadro 6. Interacciones medicamentosas del tratamiento médico psiquiátrico y los medicamentos más comunes de uso odontológico

Medicamento	Ibuprofeno	Paracetamol	Amoxicilina	Clindamicina	Lidocaína / Epinefrina	Lidocaína al 2%
Lorazepam	No se encontró interacción medicamentosa	No se encontró interacción medicamentosa				
Diazepam	No se encontró interacción medicamentosa	No se encontró interacción medicamentosa				
Haloperidol	No se encontró interacción medicamentosa	El Haloperidol puede antagonizar la acción de la adrenalina y disminuir la presión arterial	No se encontró interacción medicamentosa			
Risperidona	No se encontró interacción medicamentosa	No se encontró interacción medicamentosa				

4.- PAUTAS EN EL MANEJO ODONTOLÓGICO

Pautas para el tratamiento en la consulta dental de los pacientes con esquizofrenia (3):

- Realizar una investigación de los antecedentes del paciente. (3)
- Evitar enfrentarse al paciente ni ser autoritarios, evitar anestésicos con adrenalina, acompañamiento de un familiar a la consulta de odontología. (3)
- Estar alertas sobre el comportamiento en la consulta. (3)
- Mantener en la consulta un ambiente de tranquilidad, hablar suave y trato delicado para evitar la ansiedad del paciente y de este modo prevenir un episodio psicótico. (3)
- El odontólogo debe tratar de ganarse la confianza del paciente para lograr que coopere y de este modo ofrecerle una atención óptima. (3)



- Explicar previamente paso a paso lo que se le va a realizar al paciente y al acompañante. (3)
- Pocos instrumentos a la vista del paciente, tener el apoyo siempre del asistente dental. (3)
- Manipulación delicada de aparatos e instrumentos. (3)
- Hacer comentarios y peticiones claras, simples y directas con un tono de voz claro, pero de volumen moderado y pausado. (16)
- Guardar una distancia mínima de un metro durante la entrevista y contar con una salida cercana. (16)
- Poner límites claros y observar su reacción emocional. (16)
- Evite dar la espalda o mirarlo fijamente a los ojos. (16)
- Solicitar ayuda en caso de ser necesario. (16)
- Si el paciente se encuentra agitado o agresivo, debe aplicarse un sedante o inmovilizarle mediante vendas especiales. Es importante explicarles al paciente y al familiar la razón de este procedimiento. (16)
- De ser posible, se debe aplazar el tratamiento farmacológico hasta tener una impresión diagnóstica. (16)

4.1 Abordaje terapéutico del paciente psicótico

El paciente psicótico generalmente está muy alerta del entorno y es sensible a los comentarios y acciones de otras personas. Por lo anterior, se recomienda lo siguiente:



1. Observar la seguridad del paciente y personal; es conveniente en muchos casos que los familiares y los amigos estén disponibles. (16)
2. Tome en cuenta las necesidades básicas del paciente, por ejemplo, ofrezca agua o comida si es posible. (16)
3. Evite el exceso de estímulos y estrés, ofrezca un lugar tranquilo de preferencia. (16)
4. No discuta acerca de las ideas psicóticas del paciente, puede usted no estar de acuerdo con las creencias del paciente, pero no trate de refutarlas o sugerirle que está equivocado. (16)
5. Evite confrontarlo o criticarlo a menos que sea necesario para prevenir daños o conductas disruptivas. (16)
6. Si existen conductas violentas importantes considere la restricción física, el uso de medicamentos y el traslado a un hospital para su atención posterior lo más pronto posible. (16)
7. Si el paciente refiere ideas suicidas vigile su estado continuamente de manera estrecha y retire cualquier objeto peligroso. Refiera al paciente a un hospital psiquiátrico con hoja de datos clínicos, procedimientos o medicamentos administrados y situación clínica de peligro por riesgo suicida. (16)
8. Acompañe al paciente durante el traslado siempre con vigilancia estrecha. (16)
9. En pacientes muy violentos puede ser necesario el apoyo de personal de seguridad, manténgalos cerca en caso de que los necesite. (16)



10. Si el paciente requiere tratamiento farmacológico de urgencia y se niega a esta intervención considere la autorización de un familiar para realizar una restricción física. (16)

4.2 Contención verbal

Siempre que sea posible, además de las medidas ambientales y conductuales, se debe empezar mediante este abordaje, con el fin de calmar la situación que ha provocado la agitación, desorientación y/o impulsividad del paciente, disminuyendo la ansiedad, la hostilidad y la agresividad, y prevenir posibles ataques violentos. (9)

Para ello se debe hacer un acompañamiento individual al paciente, invitándole a expresar verbalmente la irritación y la hostilidad. Se ha de transmitir al paciente, tanto de forma verbal como no verbal, que la intención del personal sanitario no es hacerle daño, sino ayudarle. (9)

Esta medida está indicada en aquellos casos en los que la pérdida de control sea moderada (9), y puede ser adoptada por cualquier miembro del equipo profesional odontológico que esté presente en ese momento, teniendo en cuenta la relación terapéutica que tiene con el paciente tratado.

Las pautas a seguir para mantener la seguridad del paciente, de profesionales y del entorno son:

- Vigilar signos de alerta: tono de voz, tensión muscular, hiperactividad motora, agitación creciente, alucinaciones auditivas, amenazas paranoides, etc.
- Mantener una distancia de seguridad colocándose fuera del espacio personal del/de la paciente y asegurar una vía de salida accesible.



- Si se utiliza un despacho, dejar la puerta semiabierta, situándose el profesional cercano a ella, evitando la interposición del paciente entre la puerta y el profesional. No debe realizarse la entrevista en solitario.
- Evitar juicios de valor y ser respetuoso.
- Evitar contacto visual fijo durante mucho tiempo, ya que el paciente lo puede percibir como amenaza.
- Dejar que el paciente verbalice las preocupaciones y razones o impulsos que le motivan.
- Mostrar empatía, pero no conformidad, aclarando cuáles son los límites y normas de la institución y del personal.
- No buscar la confrontación de ideas, razones, etc., sino alianzas sencillas que tranquilicen y refuercen el sentido de la realidad de la persona afectada.
 - Valorar la causa de la pérdida de control y de su ira. Si el/la paciente está confuso/a o desorientado/a, orientar en tiempo-espacio.
- Cubrir las necesidades del/de la paciente, evitando caer en la defensa de la Institución o de nosotros mismos.
- Comprobar la efectividad de la contención verbal a través de las respuestas del/de la paciente y si no se puede controlar la situación, llamar al/a la psiquiatra de referencia del/de la paciente, que procederá a valorar otro tipo de medida terapéutica.



4.3 Contención farmacológica.

Cuando la alternativa del abordaje verbal no ha sido suficiente se debe recurrir al abordaje farmacológico. Generalmente una contención mecánica va a conllevar la necesidad de administrar tratamiento farmacológico y siempre será bajo prescripción médica, debiendo quedar registrada. Deben conocerse las precauciones que se deben tener en cuenta a la hora de administrar fármacos sedantes y valorarse cuidadosamente sus riesgos y beneficios, teniendo en cuenta los problemas clínicos del enfermo, para poder detectar cualquier efecto adverso que pudiera aparecer. El objetivo no es la sedación profunda sino conseguir un grado de sedación suficiente que permita el manejo adecuado de la situación. El profesional de la salud responsable del paciente establecerá las pautas a seguir en estos casos, tras valorar las posibles causas de agitación: orgánicas, psiquiátricas y/o causas derivadas del abuso o privación de sustancias tóxicas. (9)

El fármaco ideal es el que consigue una rápida sedación, disponible por cualquier vía de administración, que requiera el menor número de dosis administradas, y con mínimos efectos secundarios. La vía de administración más recomendable es la oral. En la práctica, tanto la vía oral como la intravenosa son difíciles de aplicar por las características de estos pacientes. La vía intravenosa presenta más riesgos cardiorrespiratorios. La vía intramuscular, aunque es menos rápida y fiable que las anteriores, es la más segura. (9)

4.4 Uso de restricción física o sujeción

Podemos definir contención mecánica como una terapia consistente en la supresión de toda posibilidad de movimiento de una parte o la totalidad móvil del organismo para favorecer la curación, utilizada en la agitación psicomotora o en la falta de control de impulsos. (16)



Es una medida terapéutica excepcional dirigida a la inmovilización parcial o generalizada de la mayor parte del cuerpo en un paciente agitado, para tratar de garantizar la seguridad de él mismo o de los demás. (9)

Su indicación sólo está justificada ante el fracaso de otras alternativas, ya que vulnera el principio de autonomía de la persona al limitar la libertad del paciente, suponiendo una restricción de los derechos fundamentales de amparo constitucional de las personas afectadas por las intervenciones corporales. (9)

La sujeción terapéutica, consiste en diversos sistemas de inmovilización especialmente para el tórax, muñecas y tobillos. Esta intervención se utiliza especialmente cuando el paciente presenta, además de alteraciones psicóticas, errores de conducta y juicio y presenta negación de la enfermedad de manera adicional. Es obligado observar siempre la consideración de los derechos humanos y la protección del paciente y personas relacionadas con el cuidado, asimismo las leyes de cada país en relación a estos procedimientos y contar con un sistema legal de asesoría. (16)

Las sujeciones mecánicas deben aplicarse bajo lineamientos establecidos, conservando las garantías individuales, discreción y seguridad. Es muy importante que alguna de las personas que participa en la intervención del paciente psicótico le explique, de manera pausada y amable, la razón de la administración de un medicamento psicotrópico o la necesidad de sujetarlo.

Siempre es de suma importancia avisar a la familia, cuando es posible, de la razón del uso de restricción física y se debe registrar de manera obligada la razón de la contención, la duración el curso del tratamiento y el comportamiento del paciente durante esta maniobra. Asimismo, toda indicación de sujetar a un paciente y la administración de medicamentos



antipsicóticos o sedantes deben ser autorizadas por su médico por escrito y firmada de conformidad por un familiar. (16)

4.5 Técnica para ejecutar una restricción física basada en protocolos de enfermería y adaptada al consultorio dental.

Ya que no se cuenta con suficiente información para la contención física del paciente agitado durante la consulta dental, se propone emplear protocolos basados en enfermería y psiquiatría.

La ejecución de la restricción física requiere la intervención de los profesionales del equipo de salud: odontólogos y auxiliares, ocasionalmente se solicitará la colaboración de otros profesionales, como el personal de seguridad.

La mayoría de los protocolos establecen que el mínimo personal necesario para llevar a cabo una restricción física son cuatro personas, aunque lo óptimo sería cinco: una para controlar cada miembro y otra para sujetar la cabeza. El papel del quinto profesional es sumamente importante, ya que será quien dirija y coordine el procedimiento, evitando que los demás profesionales tengan que distraer su atención a la acción de sujetar. Además, mantendrá una comunicación constante con el paciente, informándole de los acontecimientos que estén o vayan a ocurrir para proporcionarle la máxima tranquilidad posible.

Generalmente será el odontólogo tratante, por su proximidad al paciente, quien valore la necesidad de contener al paciente. Si la necesidad de realizar la contención es imperiosa, el personal auxiliar indicará, realizará y coordinará dicha restricción, avisando inmediatamente al facultativo responsable del paciente (o al facultativo de guardia en su defecto) para que valore al paciente y autorice o no dicha restricción.

El odontólogo es en ese momento el profesional que ostenta la máxima responsabilidad de la restricción, y tiene la capacidad de decidir en caso de disparidad de criterios. Deberá plasmar por escrito la orden médica, ya sea previa o posteriormente a la realización de la misma. En caso de estar presente durante la reducción física y la restricción, será él quien la coordine.

El personal auxiliar cooperará en la ejecución de la restricción física, y es responsable del control y sujeción de los miembros.

El personal de seguridad de la clínica o consultorio podrá ser requerido excepcionalmente para llevar a cabo la reducción física y colaborar en la restricción en caso de que el protocolo así lo indique o que el personal existente en la unidad sea insuficiente para la realización segura de la misma.

Una vez llevada a cabo la restricción, el paciente requerirá una valoración frecuente por parte del personal y unos cuidados meticulosos, relacionados tanto con la propia restricción física como con su patología específica.

En las siguientes imágenes se muestra la técnica de contención en un paciente agitado. (19)



Figura 1. Contención verbal en el paciente agitado



Figura 2. Falta de cooperación del paciente



Figura 3. Organización del equipo para la restricción física



Figura 4. Técnica de sujeción de miembros superiores



Figura 5. Técnica de sujeción de miembros inferiores paso 1

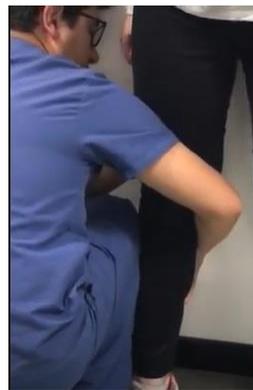


Figura 6. Técnica de sujeción de miembros inferiores paso 2



Figura 7. Técnica de inmovilización de la cabeza.

Figura 1.- Se empleará en primer lugar la contención verbal.

Figura 2.- En caso de que el paciente no coopere se le informará de las medidas terapéuticas que vamos a tomar, dándole tiempo a que acepte y colabore, en caso contrario se procederá a reducirle.

Figura 3.- Organización del equipo de contención asignando a cada uno una extremidad y que el paciente quede lo mas cercano a la posición fisiológica.

Figura 4.- Técnica de sujeción de miembros superiores: Sujetar la articulación del codo y la zona proximal de la muñeca evitando así los movimientos de flexión.

Figura 5.- Técnica de sujeción de miembros inferiores (paso 1): el auxiliar colocará uno de sus miembros inferiores junto al del paciente.

Figura 6.- Técnica de sujeción de miembros inferiores (paso 2): A continuación, se arrodillará y ayudándose de sus manos y brazos inmovilizará la articulación de la rodilla evitando la abducción y que el paciente pueda patear al personal o dañarse a sí mismo.



Figura 7.- Inmovilización de la cabeza: Se realiza una vez que estén inmovilizados los miembros superiores e inferiores. Se ubicará una persona detrás del paciente agitado rodeando con un brazo su cabeza a la altura de la frente y con el otro brazo sobre el pecho reclinándolo hacia su torso.

Complicaciones potenciales durante la restricción física:

Esas complicaciones pueden ser asfixia, isquemia en miembros, lesiones neurológicas (compresión del plexo braquial), magulladuras o laceraciones. Entre los efectos adversos producidos indirectamente se encuentra el aumento de las úlceras por presión, aumento del deterioro cognitivo, mayor frecuencia de incontinencia urinaria y fecal.



III. CONCLUSIONES

Es importante conocer la problemática de la salud bucal en los pacientes psicóticos ya que requieren de especial cuidado, los odontólogos debemos enfocarnos en brindarles una atención integral y multidisciplinaria con médicos, psiquiatras, psicólogos y nutricionistas así como conocer los problemas bucodentales que afectan a este grupo ya que son grupos vulnerables por varias razones, entre ellas la desmotivación, la falta de higiene oral, el temor a la consulta dental, la dificultad del acceso a la salud y los efectos secundarios de la medicación.

Es necesario capacitarnos como profesionales de la salud para resolver y enfrentar situaciones o episodios de agitación durante la consulta dental que experimentan los pacientes con trastornos mentales con el objetivo de salvaguardar la integridad física y emocional tanto del paciente como del equipo de trabajo odontológico y al mismo tiempo brindarle mejor atención en materia de salud.

La presente investigación propone la implementación de un protocolo de actuación para atender episodios psicóticos durante una consulta odontológica basados en procedimientos psiquiátricos y de enfermería, el cual debe ser profundizado para que pueda ser aplicado en cualquiera de las instituciones que ofrecen el servicio de salud bucal ya sea públicas o privadas dentro de la República Mexicana.



IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Ferro T. MJ, Medina E, Rodríguez K, Tineo A. ¿Cómo tratar odontológicamente a niños con Esquizofrenia? Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Internet]. 2010; [Consultado 20 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-12/#>

- 3.- Reyes Gilabert E, Bejarano Ávila G, Sánchez García M, García Palma A, Luque Romero L. Manejo odontológico de paciente con patología mental. Caso clínico. [Internet]. 2017; [Consultado 25 Nov 2021]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/trabajos/1COMU7PSICO2017.pdf>

- 5.- Muñoz Molina FJ, Ruiz Cala SL. Terapia Cognitivo-Conductual en la esquizofrenia. Revista colombiana de psiquiatría [Internet]. 2007; [Consultado 28 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80636108>

- 6.- Torales J, Barrios I, González I. Problemáticas de salud bucodental en personas con trastornos mentales. Revista Biomédica Revisada Por Pares [Internet]. 2017; [Consultado 29 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/7045.act>

- 7.- Hernández Suastegui F, Vivanco Cedeño B. Afecciones bucodentales en pacientes psiquiátricos. Revista de la Asociación Dental Mexicana [Internet]. 2004; [Consultado 28 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2004/od046f.pdf>



8.- Bascones Martínez A, Figuero Ruiz E, Esparza Gómez GC. Úlceras orales. Departamento de Medicina y Cirugía Bucofacial (Estomatología III). Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid. [Internet]. 2018; [Consultado 25 Nov 2021]. Disponible en: http://www.patologiabucal.com/index_htm_files/ULCERAS%20ORALES%20MEDICINA%20CLINICA.pdf

9.- Rodríguez de Vera Selva ML, Alarcón Tobarra N, Ruiz García J, Pérez Mascuñán MD. INMOVILIZACIÓN DE PACIENTES Y SUJECIÓN MECÁNICA. España; [Internet] 2012; [Consultado 29 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/17023d3b07b13ecbc6f578cb43bfa788.pdf>

10.- Ramez Constantino C, Vivanco Cedeño B. Interacciones medicamentosas en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”. [Internet]. 2014; [Consultado 29 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.revistaavft.com/images/revistas/2016/AVFT%201%202016/interacciones%20medicamentosas.pdf>

11.- Rocha Navarro ML, Serrano Reyes SJ, Fajardo Araujo ME, Servín Zavala VH. Prevalencia y grado de gingivitis asociada a placa dentobacteriana en niños. Departamento de Periodoncia, Universidad De La Salle Bajío [Internet]. 2013; [Consultado 30 Nov 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-07052014000200010



- 12.- Vargas Alarcón G. La periodontitis y su genética. Revista odontológica mexicana, Mex vol.16 no.4 Ciudad de México oct./dic. 2012 [Internet]. 2012; [Consultado 30 Nov 2021]. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870199X201200400001&lang=es
- 13.- J. Hennessy B. Caries dental. DDS, Texas A&M University, College of Dentistry [Internet]. 2019; [Consultado 30 Nov 2021]. Disponible en:
<https://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/trastornos-bucales-y-dentales/trastornos-dentales/caries>
- 14.- Arreguín Cano JA. Caries dental y microorganismos asociados a la caries en la saliva. Revista odontológica mexicana, Mex vol.20 no.2 Ciudad de México abr./jun. 2016 [Internet]. 2016; [Consultado 30 Nov 2021]. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2016000200077&lang=es
- 15.- Lima D. Hay medio millón de esquizofrénicos en México, la mitad no recibe tratamiento adecuado. Boletín UNAM-DGCS-655, Ciudad Universitaria 2 de noviembre de 2013 [Internet]. 2013; [Consultado 30 Nov 2021]. Disponible en:
https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2013_655.html
- 16.- Sastre Rus M, y Campaña Castillo F. Contención mecánica: definición conceptual. SciELO, Ene. vol.8 no.1 Santa Cruz de La Palma May. 2014 [Internet]. 2014; [Consultado 30 Nov 2021]. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000100007



17.- OMS. Esquizofrenia, Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2019; [Consultado 30 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

18.- Manso Cobos Clínica Dental. Bruxismo, [Internet]; [Consultado 30 Nov 2021]. Disponible en:
<http://www.clinicadentalmansocobos.es/tratamientos/bruxismo.html>

19.- Quintero-Consuegra M. Contención física para el paciente agitado, [Internet]. sept 2017; [Consultado 30 Nov 2021]. Disponible en:
<https://www.youtube.com/watch?v=G97JLB88o7o>

20.- Morlet-Barjau A., Ortiz Maldonado E. Manejo del paciente psicótico en el servicio de urgencias de un hospital general , [Internet]; [Consultado 30 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48711373005>



V. ANEXOS

Algoritmo: tratamiento de la agitación psicomotora en el consultorio dental

Escenario: Paciente con agitación psicomotora durante la consulta dental que pone en peligro su integridad y la del equipo de trabajo odontológico.

