

Recomendaciones para el abordaje del paciente con daño cerebral en el gabinete odontológico

Las personas con daño cerebral adquirido presentan múltiples alteraciones físicas, cognitivas, sensoriales y emocionales. En consecuencia, es imprescindible la implicación de un equipo multidisciplinar para poder proporcionarles la mejor atención posible. En este equipo debe integrarse el odontólogo, cuyo papel es fundamental para prevenir y tratar enfermedades orales, que pueden condicionar la calidad de vida de estos pacientes ya de por sí comprometida. En este trabajo, en base a la literatura y a la experiencia clínica de la Unidad para personas con Necesidades Especiales de la Universidad de Santiago de Compostela, se recopilan pautas generales de manejo odontológico para pacientes con daño cerebral adquirido.



Introducción

El Daño Cerebral Adquirido (DCA) es el resultado de una lesión súbita en el cerebro que puede producir diversas secuelas de carácter físico, psíquico y/o sensorial, provocando un menoscabo significativo de la salud y de la calidad de vida [1].

Las principales causas de DCA incluyen los accidentes cerebrovasculares (ACV), los traumatismos craneoencefálicos (TCE), la anoxia cerebral, los tumores y las infecciones del sistema nervioso central [2].

Según la Organización Mundial de la Salud, el DCA representa la tercera causa de muerte y la primera de discapacidad en los adultos [2]. Constituye uno de los problemas de salud más importantes en los países desarrollados, debido a su elevada mortalidad y a la morbilidad derivada, definida en términos de secuelas y discapacidad.

En España, se estima que residen aproximadamente 40.000 personas con DCA, de las cuales el 78% se deben a un ACV. La incidencia anual del ictus es de 150-200 casos por cada 100.000 habitantes, y se producen 80.000 nuevos casos cada año. Su prevalencia es mayor en hombres que en mujeres y aumenta progresivamente con la edad [2].

En términos generales, las personas con DCA pueden ver afectadas sus funciones cognitivas y neurológicas, provocando pérdida de memoria, cambios en la personalidad y estado anímico de la perso-

na, dificultades para hablar y comprender, debilidad muscular, dificultad para caminar y cambios sensoriales (umbral del dolor alterado, y pérdida de sensibilidad al tacto y a los cambios de temperatura) [3]. La relación bidireccional entre salud oral y sistémica, y la repercusión directa del estado de la cavidad oral en la calidad de vida, cobran un especial protagonismo en las personas con DCA. Mantener y en su caso recuperar la salud oral de estos pacientes entraña una compleja tarea en la que, además de los profesionales de la Odontología, también debe estar implicado el paciente y su entorno (familiares y/o cuidadores). El objetivo de este trabajo es establecer una serie de recomendaciones para proporcionar cuidados orales a las personas con DCA y facilitar su manejo en el gabinete dental, ya que hasta la fecha no se han publicado protocolos estandarizados de actuación para este colectivo.

Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed (Medline), Web of Science, Scopus y EMBASE. La estrategia de búsqueda incluyó las palabras clave [(brain damage OR stroke OR traumatic brain injury OR cranoencephalic injury) AND (odontology OR dentistry OR dental care OR oral care OR oral hygiene OR dental management OR tooth brushing OR dental education)]. Se seleccionaron artículos sobre esta temática publicados en inglés o español hasta febrero de 2021. También se revisó manualmente la literatura gris y las propuestas de sociedades científicas como la “Sociedad Británica de Gerodontología” [4], el “Colegio de Higienistas Dentales de Ontario” [5] o el “Programa de Educación Dental en el Cuidado de Personas con Discapacidad de la Universidad de Washington” [6].

Resultados y Discusión

Manifestaciones orales

Los problemas más frecuentes de las personas con DCA en el área estomatológica son la disfagia y las dificultades en la masticación (debido a alteraciones en la función lingual), la debilidad de la musculatura facial (generalmente unilateral), la disgeusia (de origen neurológico y/o medicamentoso), la hiposalivación y la disminución del reflejo nauseoso. Estos factores pueden provocar un acúmulo de comida en las mejillas y en el suelo de la boca, y por ende aumentar el riesgo de neumonía por aspiración [7, 8]. Consecuentemente, las personas con DCA presentan en general una higiene oral pobre, lo cual se tra-



Carolina Arriagada Vargas
Graduada en Odontología en 2016 en la Universidad del Desarrollo en Santiago de Chile, con diploma de postítulo en “Atención odontológica de pacientes que requieren cuidados especiales”, de la Universidad de Chile en 2017. Actualmente cursando Máster de “Pacientes con Necesidades Especiales y Odontopediatría” y Doctorado en “Ciencias Odontológicas” en la Universidad de Santiago de Compostela.



Raquel Gómez Gago
Graduada en Odontología en 2019 en la Universidad de Santiago de Compostela. Actualmente cursando Máster de “Pacientes con Necesidades Especiales y Odontopediatría” y Doctorado en “Ciencias Odontológicas” en la Universidad de Santiago de Compostela.



Lucía Sande López
Graduada en Odontología en 2010 en la Universidad Alfonso X El Sabio, Curso de Especialización de Ortodoncia de la Universidad Politécnica de Cataluña en 2013, Máster de Odontopediatría en Hospital San Rafael de Madrid en 2018. Actualmente cursando Máster de “Pacientes con Necesidades Especiales y Odontopediatría” en la Universidad de Santiago de Compostela.

duce en una mayor prevalencia de caries, enfermedad periodontal, edentulismo prematuro, halitosis e infecciones por patógenos oportunistas [9].

Acceso y posicionamiento en el sillón dental

Existen consideraciones odontológicas específicas que debe tener en cuenta el odontólogo en el momento de proporcionar asistencia a una persona con DCA:

- ▶ Los pacientes pueden presentar dificultades para hablar y por lo tanto la comunicación podría verse comprometida [4].
- ▶ Deben programarse sesiones cortas y a media mañana, cuando el estado de vigilia suele ser máximo [4].
- ▶ Durante la cita, si es posible, se debe mantener el sillón en posición vertical, evitar forzar las extremidades que pueden adoptar posiciones inusuales y permitir algunos movimientos corporales incontrolados [4]. En algunos casos podemos prestar la atención odontológica en su propia silla de ruedas [Figura 1].
- ▶ Se puede ejercer una presión suave para atenuar el temblor de las extremidades, conteniendo al paciente para que se sienta más tranquilo. También se puede recurrir al empleo de cojines en el lado afectado cuando el paciente esté en el sillón, para mejorar su confort [6].

Trabajo tutelado por los Dres. Pedro Diz Dios y Jacobo Limeres Posse, directores del Máster de “Pacientes con Necesidades Especiales y Odontopediatría” de la Universidad de Santiago de Compostela.



Figura 1. Atención odontológica a un paciente con daño cerebral en su silla de ruedas.

▶ Muchos pacientes pueden presentar patologías asociadas, tales como: accidente isquémico transitorio, déficit neurológico isquémico reversible, hipertensión, insuficiencia cardíaca, diabetes o tendencia al sangrado, entre otras. En consecuencia, hay que prever los riesgos inherentes a estas comorbilidades, y en algunos casos es recomendable monitorizar al paciente [10, 11].

Comportamiento del paciente

- ▶ Según el grado de colaboración de las personas con DCA, se debe valorar la posibilidad de efectuar el tratamiento de manera convencional en el gabinete dental [Figura 2] o bien optar por el medio hospitalario [12].
- ▶ En los casos en los que sea necesaria la sedación, se puede utilizar óxido nitroso y/o premedicación con benzodiazepinas (valorar comorbilidades), reservando la anestesia general para casos excepcionales [12].

Tratamiento quirúrgico

- ▶ Durante los 6 primeros meses tras la aparición del daño cerebral se debe proporcionar únicamente tratamiento odontológico urgente y retrasar los procedimientos conservadores, ya que durante ese período hay un riesgo elevado de sufrir un nuevo episodio [12].
- ▶ En cuanto a la anestesia loco-regional, se deben limitar las dosis de epinefrina, administrando un máximo de 2-3 carpules de anestésico al 1:100.000 [5].
- ▶ La mayoría de los pacientes con DCA toman fármacos antitrombóticos (anticoagulantes orales o antiagregantes plaquetarios). Cuando se programen procedimientos cruentos, hay que evaluar el riesgo de sangrado (valor del INR) y aplicar medidas locales de hemostasia [4].

Tratamiento conservador y/o rehabilitador

- ▶ Como muchos pacientes pueden presentar dificultades para tragar y tienen inhibido el reflejo tusígeno, es conveniente utilizar un sistema de aspiración potente y aislar el campo operatorio con un dique de goma, para controlar la saliva, el agua de irrigación del equipo y evitar la ingesta accidental de materiales odontológicos [5].
- ▶ Se deben evitar los hilos de retracción impregnados en epinefrina.
- ▶ Se recomienda aplicar técnicas restauradoras atraumáticas [13].
- ▶ En caso de que el paciente fuera portador de una prótesis dental removible, siempre que sea posible, se recomienda seguir utilizando la prótesis después del episodio de daño cerebral. Generalmente es preferible rebasar la prótesis antigua en lugar de elaborar una nueva [13].
- ▶ La capacidad motora del paciente puede condicionar el diseño de la prótesis dental, en base a su habilidad para higienizarla y, en el caso de las prótesis removibles, para insertarlas y retirarlas [14].

Educación en salud oral

Los pacientes con DCA se considera que tienen un alto riesgo de caries y de gingivitis. Estos hallazgos están relacionados con factores tan diversos como la motivación personal, el grado de motricidad para poder aplicar una buena técnica de higiene oral, la pérdida de sensibilidad, la existencia de una parálisis facial residual, la disfagia y los efectos indeseables de algunos fármacos como xerostomía o agrandamiento gingival [15].

El mantenimiento de una buena higiene oral es imprescindible, independientemente del tipo de alimentación que presente el paciente (dieta blanda o con espesante, sonda nasogástrica o sonda de gastrostomía endoscópica percutánea), ya que además de evitar complicaciones orales también reduce significativamente el riesgo de infecciones por aspiración [16].

En los pacientes con limitaciones motrices se pueden realizar adaptaciones de los elementos de higiene oral (como un mango individualizado para el cepillo dental), para facilitar la técnica tanto al paciente como al cuidador [Figura 3]. Asimismo, si el paciente presenta disfagia, se puede considerar el uso de un sistema de aspiración durante el cepillado dental [17, 18].

La pérdida de sensibilidad y la parálisis facial pueden comprometer el uso de la prótesis, provocando úlceras y retención de comida en el lado afectado, y prolongando en consecuencia el tiempo de contacto de la comida con los dientes. La consistencia de los alimentos y los espesantes también aumentan el riesgo de desarrollar caries [19].

En estos pacientes se recomienda realizar el cepillado 3 veces al día o idealmente después de cada comida, con un cepillo manual o eléctrico (el que mejor se adapte a cada persona), y utilizar pasta con al menos 1450 ppm de flúor. En personas con problemas de disfagia, hay que minimizar la cantidad de espuma que se genera durante el cepillado; para ello, se debe colocar sobre los filamentos secos del cepillo, una pequeña cantidad de pasta dentífrica que preferiblemente no contenga laurilsulfato de sodio [20].

En los pacientes desdentados, es importante realizar la higiene oral con una gasa embebida en clorhexidina, lo que permite combinar su eficacia antiséptica con el arrastre mecánico de los restos de comida que puedan quedar en la mucosa oral, la

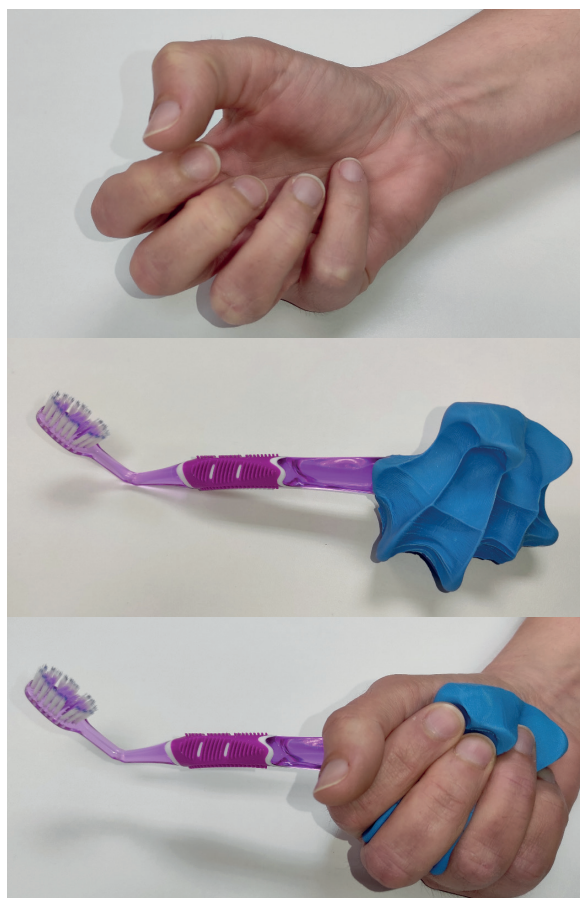


Figura 2. Radiografía intraoral en el gabinete dental.

lengua y especialmente en el fondo del vestíbulo [21, 22].

Todas estas medidas de higiene oral pueden complementarse con otras iniciativas como la aplicación tópica de barniz de flúor, la hidratación de los labios con vaselina e ineludiblemente programando visitas periódicas de revisión [5, 23].

Figura 3. Adaptación del mango de un cepillo dental, para facilitar la técnica de higiene.



Conclusión

Las personas con DCA son especialmente vulnerables a la aparición de patologías orales. Su abordaje en la clínica dental debe de hacerse desde una perspectiva individualizada, evaluando riesgos e intentando prevenir complicaciones derivadas de las secuelas del paciente, de la existencia de comorbilidades o como consecuencia del tratamiento farmacológico. La higiene rigurosa y la aplicación rutinaria de medidas preventivas, son indispensables para mantener la salud oral de estos pacientes y minimizar las necesidades de tratamiento odontológico en el futuro.

Resumen

Las personas con daño cerebral adquirido presentan múltiples alteraciones físicas, cognitivas, sensoriales y emocionales. En consecuencia, es imprescindible la implicación de un equipo multidisciplinar para poder proporcionarles la mejor atención posible. En este equipo debe integrarse el odontólogo, cuyo papel es fundamental para prevenir y tratar enfermedades orales, que pueden condicionar la calidad de vida de estos pacientes ya de por sí comprometida. En este trabajo, en base a la literatura y a la experiencia clínica de la Unidad para personas con Necesidades Especiales de la Universidad de Santiago de Compostela, se recopilan pautas generales de manejo odontológico para pacientes con daño cerebral adquirido.

Bibliografía

- McMillan A, Leung K, Pow E, Wong M, Li L, Allen P. Oral health-related quality of life of stroke survivors on discharge from hospital after rehabilitation. *J. Oral Rehabil.* 2005;32:495-503.
- Quezada García MY, Huete García A, Bascones Serrano LM. Las personas con daño cerebral en España. Madrid: FEDACE; 2020.
- Kothari M, Pillai R, Kothari S, Spin-Neto R, Kumar A, Nielsen J. Oral health status in patients with acquired brain injury: a systematic review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2017;123:205-219.e7.
- British Society of Gerodontology. Guidelines for the Oral Healthcare of Stroke Survivors https://www.gerodontology.com/content/uploads/2014/10/stroke_guidelines.pdf. (Consultado 21 ene 2021)
- College of Dental Hygienists of Ontario, CDHO Advisory Stroke, https://www.cdho.org/Advisories/CDHO_Advisory_Stroke.pdf. (Consultado 23 ene 2021)
- University of Washington Dental Education in the Care of Persons with Disabilities Program. Oral Health Fact Sheet for Dental Professionals: Adults with Traumatic Brain Injury. http://dental.washington.edu/wpcontent/media/sp_need_pdfs/TBI-Adult.pdf. (Consultado 24 ene 2021)
- Cardoso M, Diniz-Freitas M, Vázquez P, Cerqueiro S, Diz P, Limeres J. Relationship between functional masticatory units and cognitive impairment in elderly persons. *J. Oral Rehabil.* 2019;46:417-423.
- Hua F, Xie H, Worthington H, Furness S, Zhang Q, Li C. Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia. *Cochrane Database of Syst. Rev.* 2016; Oct 25;10:CD008367.
- Genco R, Genco F. Common risk factors in the management of periodontal and associated systemic diseases: The Dental Setting and Interprofessional Collaboration. *J. Evid. Based Dent. Pract.* 2014;14:4-16.
- Asahi Y, Omichi S, Ono T. Oro-dental status and medical problems of stroke inpatients undergoing rehabilitation at a rehabilitation hospital in Japan. *Gerodontology.* 2014;32:237-240.
- Dai R, Lam O, Lo E, Li L, Wen Y, McGrath C. A systematic review and meta-analysis of clinical, microbiological, and behavioural aspects of oral health among patients with stroke. *J. Dent.* 2015;43:171-180.
- Obana M, Furuya J, Matsubara C, Tohara H, Inaji M, Miki K et al. Effect of a collaborative transdisciplinary team approach on oral health status in acute stroke patients. *J. Oral Rehabil.* 2019;46:1170-1176.
- Corsalini M, Rapone B, Grassi F, Di Venere D. A study on oral rehabilitation in stroke patients: analysis of a group of 33 patients. *Gerodontology.* 2009;27:178-182.
- Leung K, Pow E, McMillan A, Wong M, Li L, Hi S. Oral perception and oral motor ability in edentulous patients with stroke and Parkinson's disease. *J. Oral Rehabil.* 2002;29:497-503.
- Ab. Malik N, Mohamad Yatim S, Hussein N, Mohamad H, McGrath C. Oral hygiene practices and knowledge among stroke-care nurses: A multicentre cross-sectional study. *J. Clin. Nutr.* 2018;27:1913-1919.
- Sørensen R, Rasmussen R, Overgaard K, Lerche A, Johansen A, Lindhardt T. Dysphagia Screening and intensified oral hygiene reduce pneumonia after stroke. *J. Neurosci. Nurs.* 2013;45:139-146.
- De Carvalho R, Mendes R, Prado Jr R, Neto J. Oral health and oral motor function in children with cerebral palsy. *Spec Care Dentist.* 2011;31:58-62.
- Rai T, YM K, Rao A, P A, Natarajan S, Joseph R. Evaluation of the effectiveness of a custom-made toothbrush in maintaining oral hygiene and gingival health in cerebral palsy patients. *Spec Care in Dentist.* 2018;38:367-372.
- Pillai R, Iyer K, Spin-Neto R, Kothari S, Nielsen J, Kothari M. Oral Health and Brain Injury: Causal or Casual Relation?. *Cerebrovasc. Dis.* 2018;8:1-15.
- Ajwani S, Jayanti S, Burkolter N, Anderson C, Bhole S, Itouai R et al. Integrated oral health care for stroke patients - a scoping review. *J. Clin. Nutr.* 2016;26:891-901.
- Bizarra M, Ribeiro Graça S. Short-term impact of an oral health program for adults with cerebral palsy. *Spec Care Dentist.* 2019;40:26-34.
- Price R, MacLennan G, Glen J. Selective digestive or oropharyngeal decontamination and topical oropharyngeal chlorhexidine for prevention of death in general intensive care: systematic review and network meta-analysis. *BMJ.* 2014;348:g2197-g2197.
- Campbell P, Bain B, Furlanetto D, Brady M. Interventions for improving oral health in people after stroke. *Cochrane Database of Syst. Rev.* 2020; Issue 12. Art. No.: CD003864.