



Ministerio de  
Salud

Gobierno de Chile

Subsecretaría de Salud Pública  
División de Prevención y Control de Enfermedades.  
Departamento Salud Bucal

## GUÍA DE CONSULTA RÁPIDA

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



## ALCANCE DE LA GUÍA

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

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

### Usuarios a los que está dirigida la guía

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

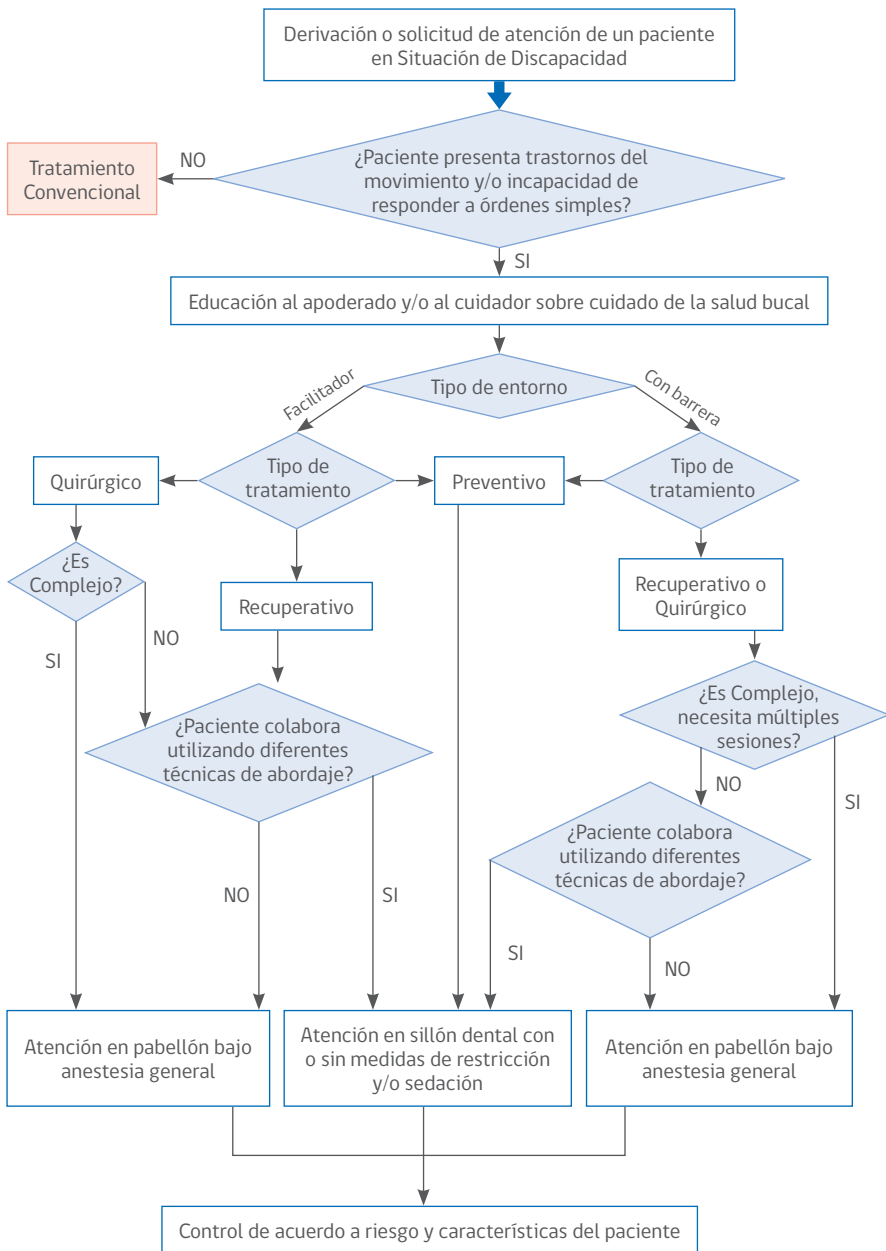
## OBJETIVOS

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

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

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

## Flujograma de Atención Odontológica Integral de Personas Menores de 20 Años en Situación de Discapacidad que requieren cuidados especiales en odontología



## RECOMENDACIONES

RC

Recomendación Clave

### 1.1. DIAGNÓSTICO

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

La necesidad de indicar radiografías dentales debe ser determinada luego de analizar la historia médica y de salud bucal del paciente, posterior al examen clínico completo de la cavidad bucal y a la evaluación de los factores que pueden afectar la salud oral del paciente.	C	RC
Se deberá utilizar la técnica radiográfica más adecuada de acuerdo a las características del paciente.	BP	
En caso que el paciente no pueda mantener la posición de la película intraoral, el acompañante y/o el personal auxiliar pueden mantener la película en posición durante la exposición, además de sostenerle la cabeza.	C	
En el caso en que el acompañante y/o personal auxiliar mantengan la película intraoral en posición, se deben tomar todas las precauciones para disminuir la exposición a la radiación de estas personas, utilizando elementos plomados de protección.	C	
Cuando las radiografías intraorales no son factibles de realizar, las radiografías extraorales son una alternativa a considerar.	C	
En casos en que el paciente no pueda colaborar y esté indicada la atención bajo anestesia general, las radiografías intraorales necesarias para definir el plan de tratamiento adecuado pueden ser tomadas en el pabellón bajo anestesia general.	C	

## 1.2. PREVENCIÓN DE CARIES Y GINGIVITIS EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD

- **¿Cuáles son las medidas coadyuvantes a la técnica de cepillado dental más efectivas para prevenir caries, en pacientes con discapacidad?**

*Control mecánico de placa: técnica de cepillado*

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

*Control mecánico de placa: seda dental*

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

*Control químico de placa: clorhexidina*

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

*Dieta*

Se debe fomentar la alimentación saludable, limitando el consumo de alimentos cariogénicos y el uso de incentivos o premios con dulces, entre las comidas.	C	RC
Se debe advertir a los padres y usuarios el potencial cariogénico de medicaciones pediátricas ricas en sacarosa y carbohidratos.	C	

En caso de usar medicinas con azúcar, se debe indicar higiene con gasa húmeda o enjuague con agua y/o cepillo después de su consumo, de acuerdo a las características del paciente.

BP

- **¿Cuál es la efectividad del flúor barniz, sellantes de resina y vidrio ionómero para prevenir caries, en pacientes con discapacidad?**

*Flúor barniz*

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

*Sellantes de puntos y fisuras*

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

RC



### 1.3. MANEJO DE PATOLOGÍAS ORALES ESPECÍFICAS

- **¿Cuál es el tratamiento más efectivo para el bruxismo, en pacientes con discapacidad?**

#### *Bruxismo*

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

- **¿Cuáles son las intervenciones más efectivas para tratar el traumatismo dentoalveolar en pacientes con discapacidad?**

#### *Traumatismo Dento Alveolar*

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

- **¿Qué material de sutura es más efectivo en pacientes con discapacidad?**

#### *Material de Sutura*

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

• **¿Cuál régimen analgésico es el más efectivo en pacientes con discapacidad?**

*Analgésicos post exodoncias*

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

RC

**1.4. MANEJO NO FARMACOLÓGICO DE PACIENTES EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD**

*Comunicación con personas en situación de discapacidad*

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

*Técnicas de abordaje conductual*

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

*Modalidades de atención*

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

**1.5. ATENCIÓN EN PABELLÓN BAJO ANESTESIA GENERAL**

- **¿Cómo debe realizarse el examen físico de pacientes con discapacidad que recibirán atención odontológica, y qué factores determinan que estos pacientes sean atendidos bajo anestesia general o en el sillón dental?**

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

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

*Evaluación previa del paciente que recibirá atención bajo anestesia general*

El paciente debe acudir a una visita de evaluación previo al tratamiento. Esta evaluación no puede ser el mismo día del procedimiento.	C
El paciente debe ser evaluado tanto por el odontólogo que va a entregar el tratamiento, como por el médico anesthesiólogo que va a estar presente en el pabellón.	C

La evaluación del paciente debe comenzar en cuanto entra a la consulta, para determinar su grado de cooperación.	C
Todos los antecedentes médicos relevantes deben estar disponibles y actualizados al momento de evaluar al paciente.	BP
Las indicaciones previas a la anestesia general deben ser precisas, y con un lenguaje adecuado al paciente, padres y/o cuidadores. Deben ser entregadas por escrito, además de ser dadas en forma oral.	BP
Como parte de la sesión de evaluación pre-anestésica se debe educar al paciente y su cuidador sobre la experiencia peri-anestésica, dar un esquema de los tiempos implicados en cada fase y explicar lo que se debe esperar en las distintas etapas. Se deben dar las instrucciones peri-operatorias y discutir el consentimiento informado.	C
Si un paciente acude por una urgencia, puede ser tratado el mismo día si es que cumple con los requerimientos de limitación preoperatoria del consumo de comida y bebida (ayuno).	C

- **¿Cuál es la efectividad de los anestésicos locales para evitar el dolor en pacientes con discapacidad, sometidos a atención dental bajo anestesia general?**

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

Al decidir el uso de anestésicos locales, es necesario considerar los procedimientos clínicos a realizar.	C
El uso de anestésico local para tratamientos odontológicos debe ser conversado con el médico anestesista, comunicando si se planifica administrar anestésico con vasoconstrictor.	C
Las dosis máximas de anestésicos locales deben ser calculadas antes de iniciar el procedimiento. Se debe considerar el eventual aumento del efecto de sedación cuando se administra dosis máxima de anestesia local en combinación con drogas sedantes.	C

RC

Al indicar la inyección de anestésicos locales, no se deben elegir técnicas tronculares. Se deben preferir técnicas al ligamento periodontal o infiltrativas.	C
Al inyectar anestésicos locales, siempre se debe realizar aspiración para evitar la administración intravascular.	C
Se deben elegir anestésicos locales de corta duración para reducir la posibilidad de trauma local en el post-operatorio.	C

- **¿Qué medidas postoperatorias son más efectivas para mejorar el bienestar del paciente con discapacidad, de acuerdo a parámetros clínicos y medidos por el paciente, luego de una atención odontológica bajo anestesia general?**

*Periodo de recuperación posterior a la atención bajo anestesia general*

Se debe confirmar la remoción del taponamiento faríngeo y se debe chequear la vía aérea antes de finalizar la anestesia y pasar al periodo de recuperación.	BP
Durante la etapa de recuperación, el registro de signos vitales debe ser en intervalos de tiempo periódicos.	C
El apoderado del paciente debe estar con él en el área de recuperación, ya que es la persona más capacitada para controlar su comportamiento. Debe permanecer en esta área hasta que el paciente vuelva a estar en las mismas condiciones que en el periodo preoperatorio.	C
Si el paciente sigue somnoliento (por ejemplo al usar sedantes de vida media más larga), se recomienda observar por un período más prolongado en una sala que puede ser compartida con otros usuarios y mantenerlo más tiempo en el servicio antes de ser dado de alta.	C
Si se usa algún medicamento antagonista para revertir el estado de sedación, se debe considerar un periodo de observación más largo, ya que estos antagonistas suelen tener una vida media más corta que la droga sedante, lo que puede hacer entrar al paciente en un nuevo estado de sedación una vez terminado el efecto del antagonista.	C

RC

En pacientes que no sean capaces de obedecer o responder a órdenes verbales, se debe mantener la contención a la camilla hasta que recuperen totalmente la conciencia y sean capaces de deambular por sí mismos.

C

#### *Criterios de alta para pacientes atendidos bajo anestesia general*

Los signos vitales deben ser medidos y registrados en la ficha clínica antes de dar el alta.

C

Los criterios que debe cumplir un paciente que ha sido sometido a anestesia general antes de darlo de alta son: niveles de conciencia adecuados a su condición y morbilidad, parámetros fisiológicos estables, control de dolor, náuseas y vómitos, ausencia de hemorragia en el sitio operatorio.

C

El alta debe ser consensuada por el dentista, el anestesista y la enfermera del equipo que siguió la recuperación del paciente desde que salió del pabellón.

C

RC

#### *Indicaciones postoperatorias*

Las indicaciones postoperatorias deben ser entregadas al paciente y a su apoderado en forma verbal y escrita.

C

RC

Antes de dar el alta, se deben planificar los controles inmediatos (3-7 días posterior a la intervención) y programar los controles de seguimiento.

C

Los padres y el encargado de los cuidados del usuario deben ser informados sobre los efectos cognitivos y del comportamiento derivados del uso de anestesia general junto con una escala de tiempo de los distintos acontecimientos.

C

- **¿Cuáles son los factores pronósticos que determinan necesidad de cualquier tipo de re-intervención, en general y de acuerdo al tipo de material de obturación utilizado, en pacientes con discapacidad?**

*Plan de tratamiento y materiales de restauración para atención bajo anestesia general*

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

BP

RC

*Controles de seguimiento posterior a la atención bajo anestesia general*

La frecuencia de los controles dependerá de cada paciente. Debe basarse en la evaluación de sus niveles de enfermedad y riesgo de caries y ajustarse a su situación de discapacidad.

C

RC

Los pacientes con enfermedades dentales severas deben ser controlados cada 2 o 3 meses o incluso en intervalos de tiempo menores si fuera necesario.

C

El seguimiento a mediano plazo (2-3 meses) debe evaluar aspectos relacionados con cambios en la historia médica y cuidados de salud bucal.

C

- **¿Cuáles son las condiciones que debe cumplir el equipo tratante de pacientes con discapacidad bajo anestesia general, en términos de su experiencia?**

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

El equipo que realiza atención bajo anestesia general debe estar compuesto por al menos un médico anestesiólogo, un dentista y personal de apoyo.

C

Todos los profesionales del equipo que atiende al paciente en situación de discapacidad deben tener conocimientos en RCP y realizar actualizaciones periódicas sobre técnicas de resucitación.	C
El/la dentista responsable del tratamiento en pabellón debe tener experiencia en atención de pacientes en situación de discapacidad y conocer en detalle los antecedentes relevantes del mismo.	C
Es obligación del odontólogo velar porque el equipo de anestesia cuente con sus credenciales vigentes y experiencia adecuada.	C

RC



## GRADOS DE RECOMENDACIÓN

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

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





