

CARTAS AL EDITOR

Salud bucodental en personas con necesidad de cuidados especiales de salud en México

Señor editor: En México las personas con algún tipo de discapacidad constituyen un grupo vulnerable para ciertos tipos de enfermedades de la cavidad oral. De manera específica, la caries dental se ha convertido en un verdadero problema de salud pública. Por ello promover la prevención primaria, la comprensión y la salud oral en personas con necesidad de cuidados especiales de salud (NCES) debería ser una parte integral de la odontología. Estos individuos son un grupo de riesgo, pues desde edades muy tempranas requieren de cuidados dentales especializados.¹

La salud oral está estrechamente vinculada con la salud general y el bienestar de cada persona. Los pacientes con NCES tienen una mayor predisposición a adquirir enfermedades orales, las cuales pueden tener un impacto directo y fatal en su salud, sobre todo en aquellos que tienen ciertos problemas asociados, como inmunocompromiso o problemas cardiovasculares, ya que la enfermedad dental en estos casos se puede complicar y ocasionar septicemias, endocarditis, entre otras patologías.² Sin embargo, los lineamientos y medidas de prevención para una salud oral dirigidas hacia este colectivo no han sido tan prioritarias como deberían serlo, razón por la cual todo profesional encargado de la salud dental de personas con NCES debería considerar las recomendaciones que a

Cuadro I ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCODENTALES EN EL NIÑO CON NECESIDADES DE CUIDADOS ESPECIALES DE SALUD

- Limpieza bucal desde el nacimiento por lo menos dos veces al día, poner énfasis en la previa a dormir.
- Impulsar el uso del hilo dental diariamente.
- Restringir la dieta cariogénica.
- Incentivar la primera visita al dentista antes de cumplir el primer año de vida, con periodicidad de cada 6 meses.
- Evitar los medicamentos masticables o con alto contenido de sacarosa.

continuación se señalan, resultado de una revisión bibliográfica exhaustiva.

Los individuos con NCES deben ser atendidos en las primeras horas del día, cuando tanto odontólogo como paciente se encuentran mental y físicamente menos fatigados. Además, todo consultorio o clínica dental debería ofrecer acceso libre a estos pacientes, con rampas y estacionamientos adecuados; asimismo, debería estar acondicionado y equipado para asegurar un tratamiento óptimo.³

Para la consulta odontológica deberá existir un consentimiento documentado y firmado por los padres o tutores, en el cual manifiesten que están de acuerdo con el tratamiento que va a recibir el paciente. El manejo efectivo de estos pacientes involucra más un cambio de actitud que de técnica. Las actitudes importantes son seriedad, comprensión, comiseración y paciencia.⁴ Un aspecto esencial es la comunicación con el paciente, motivo por el cual la presencia de padres o tutores y la información proporcionada por ellos antes y después de la primer cita son factores decisivos para conseguir la comunicación y por lo tanto el éxito del tratamiento dental. Hablar

pausadamente y con términos simples asegura que las explicaciones sean entendidas. Escuchar con atención es importante, ya que los pacientes con déficit cognitivo suelen tener dificultades de comunicación, sin olvidar que una completa y minuciosa historia médica es la piedra angular para alcanzar un diagnóstico preciso y planificar un tratamiento efectivo.⁵

Existen varias medidas y estrategias de prevención (cuadro I), pero instruir a los padres o tutores es imprescindible y debe ser la primera medida para asegurar la higiene diaria apropiada para las personas con NCES.⁶ El objetivo final es convertir la clínica o consultorio dental en un “hogar o morada dental”, donde el paciente con discapacidad reciba una atención adecuada.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Héctor Martínez-Menchaca, M en C,^(1,2)
hector.martinez@udem.edu.mx
Gerardo Rivera-Silva, PhD.⁽²⁾

⁽¹⁾ Director de Programa Médico Cirujano Dentista, Universidad de Monterrey, San Pedro Garza García, Nuevo León, México.

⁽²⁾ Laboratorio de Ingeniería Tisular y Medicina Regenerativa, División de Ciencias de la Salud, Universidad de Monterrey, San Pedro Garza García, Nuevo León, México.

Referencias

1. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of special health care needs. *Pediatr Dent* 2008;30(suppl):15.
2. United States Department of Health and Human Services. Oral health in America: A report of the Surgeon General [monografía en internet]. Rockville, Md: US Dept of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institute of Health, 2000 [consultado 2010 octubre 10]. Disponible en: <http://www.nidcr.nih.gov/datalastistics/surgeongeneral/report/executivesummary.htm>.
3. Edelstein BL, Chinn CH. Update on disparities in oral health and access to dental care for American's children. *Acad Pediatr* 2009;9:415-419.
4. Glassman P, Subar P. Planning dental treatment for people with special needs. *Dent Clin North Am* 2009;53:195-205.
5. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on record-keeping. *Pediatr Dent* 2007;29(suppl):29-33.
6. Selwitz RH, Ismail AI, Pitt NB. Dental Caries. *Lancet* 2007;369:51-59.

Violencia en la diáda cuidador-paciente en la enfermedad de Parkinson: tres métodos de medición

Señor editor: Se envían resultados sobre una encuesta aplicada entre marzo y diciembre de 2010, sobre maltrato en diádas de pacientes con enfermedad de Parkinson (EP) en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

En los años noventa la Organización Mundial de la Salud declaró la violencia como problema de salud pública. Actualmente nuestro país cuenta con datos sobre la violencia de pareja (Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo 2007, ENVINOV), contra la mujer (Encuesta Nacional de Violencia contra las mujeres, ENVIM) y la violencia intrafamiliar (Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los

Hogares, ENDIREH). Aunque algunos estudios demuestran que las enfermedades crónicas pueden ser un factor de riesgo para el maltrato, no se cuenta con datos sobre el tema. En general, al medir violencia se investiga sólo a la posible víctima y se pregunta sobre la recepción del maltrato. Las características de la EP se han relacionado con el maltrato, específicamente en los casos de dificultad del andar, incontinencia urinaria y síntomas psiquiátricos, en combinación con la depresión asociada a la tensión y el estrés de los cuidadores.¹

En esta investigación descriptiva y transversal se recabó información sobre percepción y ejercicio de violencia en diádas de EP. Se usaron tres instrumentos: ENVIM,² Escala de Maltrato en Adultos Mayores (EMA)² e Índice de Percepción de Control y Hostilidad (IPCH). Se buscó determinar la prevalencia de violencia, evidenciar la complejidad de la medición del problema y describir la correlación entre los instrumentos usados. Mediante una muestra intencional y entrevista cara a cara individualizada se recogieron variables para conocer la severidad y la direccionalidad de violencia. En total, se encuestó a 48 diádas: 50% de pacientes hombres, con una edad promedio de 61 años y escolaridad de 9 años; 81% cuidadoras, con 50 años de edad y escolaridad promedio de 11 años. La prevalencia de violencia (física, psicológica y sexual) obtenida mediante la ENVIM fue de 56.2%. En la EMA se reporta 61.7% y por el IPCH 56.3%. La violencia mutua encontrada fue de 33%. Un 10.4% reporta violencia severa, la violencia psicológica es la más reportada, tanto para pacientes (40%), como para cuidadores (33%); aunque los pacientes la sufren de forma más severa que los cuidadores (19 contra 8%). Se encontraron inconsistencias en el ejercicio de la violencia, mientras los pacientes dicen recibir 45.8% de violencia, los cuidadores reportan ejercer 21% y en el caso contrario mientras el cuidador reporta recibir 37.5% de violencia, el paciente reporta dar 37.6%. Al realizar un análisis de correlación de Spearman entre las escalas se encontraron relaciones entre ENVIM e IPCH de $r=0.67$; ENVIM y EMA de $r=0.52$ e IPCH y EMA de $r=0.59$.

El contexto estructural y subjetivo en el que se desarrollan los pacientes es propicio para la violencia en la relación cuidador-paciente.³ Al examinar la diáda conocemos las características y las percepciones de cada miembro y cómo éstas pueden derivar en violencia.⁴ En las condiciones de los pacientes que revisamos, quienes por sus características de deterioro y dependencia pueden quedar exiliados del entorno social, las instituciones de salud son un vínculo único para poder detectar el problema. Limitar las causas de la violencia al estrés deja fuera otras formas de explicación del problema. Las diferencias en la violencia reportada y recibida en las diádas se explica por la percepción, valoración y tolerancia al daño (maltrato), que es moldeada culturalmente.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

María Alejandra Sánchez-Guzmán, M en G,⁽¹⁾
Francisco Paz-Rodríguez, Dr Psic.⁽²⁾
psic.franco.paz@gmail.com

⁽¹⁾ Laboratorio de Violencia y Género.
⁽²⁾ Departamento de Neuropsicología y Grupos de Apoyo. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. México DF, México

Estos datos son parte del proyecto "Estudio exploratorio de las experiencias y significados de la violencia en pacientes con trastornos neurológicos y sus cuidadores que acuden al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía", apoyado por el Conacyt, a través de los fondos sectoriales en salud (Reg. S0008-08-01-87117-01-031).

Referencias

1. Tanji H, Anderson KE, Gruber-Baldini AL, Fishman PS, Reich SG, Weiner WJ, et al. Mutuality of the marital relationship in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2008; 23(13):1843-1849.
2. Valdez-Santiago R, Juárez-Ramírez C, Salgado-de Snyder VN, Agoff C, Avila-Burgos L, Hijar MC. Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud Pública Mex* 2006;48(S2):221-231.
3. Paz-Rodríguez F, Sánchez-Guzmán MA. Maltrato en pacientes neurológicos. *Anal Psic* 2011;27(1):256-264.
4. Fulmer T, Paveza G, VandeWeerd C, Fairchild S, Guadagno L, Bolton-Blatt M, et al. Dyadic vulnerability and risk profiling for elder neglect. *Gerontologist* 2005;45(4):525-534.

Anticuerpos contra hepatitis B después de vacunación en trabajadores de la salud

Señor editor: Se envían los resultados de un estudio retrolectivo llevado a cabo entre el 1 de enero de 2003 y el 31 de diciembre de 2008 para determinar la prevalencia de niveles protectores de anticuerpos contra hepatitis B (HB) después de un esquema de vacunación en trabajadores de la salud.

La infección por el virus de la hepatitis B (VHB) tiene repercusión en la salud pública mundialmente. Hay en el mundo alrededor de 2 000 millones de personas que han padecido HB.¹ En función de la transmisión, los trabajadores de la salud son un grupo de riesgo muy importante. En el Hospital de Infectología del Centro Médico Nacional La Raza se utiliza vacuna recombinante en el esquema recomendado de tres dosis.

En México, desde el segundo semestre de 2001, el esquema de vacunación para adultos de la Secretaría de Salud recomienda un esquema acortado para cubrir contra HB, el cual consiste en la administración de dos dosis.² Por ello, se considera que el presente estudio es muy pertinente, ya que en México no se ha evaluado la inducción de anticuerpos de la vacuna contra VHB con el esquema actual y tampoco en relación con las características de los individuos vacunados.

Participaron 59 individuos, 37 mujeres y 22 hombres. Se les tomó peso, talla, tensión arterial y muestra de sangre durante un periodo de ocho semanas a cinco años posteriores a la aplicación de la última dosis de la vacuna, para determinar la presencia de anticuerpos contra el antígeno de superficie del VHB (anti-HBsAg), así como marcadores del estado nutricional y bioquímicos. También se realizó una encuesta.

Los anti-HBsAg se detectaron por un análisis inmunoenzimático quimioluminiscente de micropartículas (CMIA), en el cual se consideró nivel de protección específico a los valores ≥ 10 UI/L.

La edad de aplicación de la primera dosis de vacuna fue 36.58 ± 9.1 años. Se encontró antecedente de enfermedad crónica al momento de la aplicación de la vacuna en 37% de los casos. El 27% de los individuos vacunados tuvo antecedente de tabaquismo. La seroprotección se encontró en 43 (73%) de los individuos vacunados y se identificó hiperrespuesta en 27 de ellos (63%).

Únicamente se encontró diferencia en la tasa de respuesta e hiperrespuesta en relación con el antecedente de tabaquismo ($p = 0.016$) (cuadro I) y con el número de dosis aplicadas, 3 contra 2 ($p = 0.02$), lo que concuerda con algunos autores,^{3,4} pero difiere con otros.⁵

La mediana de anti-HBsAg de los individuos que no respondieron fue de 2.03 UI/L (0.00-8.72); en quienes tuvieron niveles protectores, de 343.88 UI/L (12.32-15 000); y dentro de ese grupo los de hiperrespuesta, de 891 UI/L (109.6-15 000) (cuadro II).

En este estudio no se encontraron cambios en la respuesta inmunológica en relación con el género y la edad de aplicación, lo que concuerda con la literatura,³ pero difiere con otros reportes en cuanto al antecedente de enfermedad crónica e índice de masa corporal.

Por lo anterior, se puede inferir que la estrategia de vacunación utilizada para HB como unidad hospitalaria debe ser reforzada, para alcanzar mayor cobertura y cumplimiento del esquema de los trabajadores que inicien dicha vacunación. Además se propone regresar al esquema, ampliamente validado en otros países, de tres dosis.

Agradecimientos

Los autores agradecen el apoyo de Instrumentos y Equipos Falcon para las pruebas especiales de inmunoquímica.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Cuadro I
SEROPROTECCIÓN ANTI-HBsAg EN RELACIÓN CON TABAQUISMO

	Niveles protectores anti-HBsAg		<i>Total</i>
	No	Sí	
Tabaquismo -	8	35	43
Tabaquismo +	8	8	16
Total	16	43	59

$p = 0.016$ (prueba de ji cuadrada)

Cuadro II
SEROPROTECCIÓN ANTI-HBsAg EN RELACIÓN CON DOSIS APLICADAS

	Niveles protectores anti-HBsAg		<i>Total</i>
	No	Sí	
Dos dosis	12	18	30
Tres dosis	4	25	29
Total	16	43	59

$p = 0.02$ (prueba de ji cuadrada)

Pérez-López JA, MD,⁽¹⁾
 García-Elorriaga G., PhD,⁽¹⁾
 Del Rey-Pineda G., PhD,⁽²⁾
 Manjarrez-Téllez B., MD.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hospital de Infectología, Centro Médico Nacional La Raza (CMNR), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), México.
⁽²⁾ Departamento de Infectología, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Banco Central de Sangre, CMNR, IMSS, Ciudad de México, México.

Referencias

1. European Association for the Study of the Liver. International consensus conference on hepatitis B J Hepatol 2003;39:S3-S25.
2. Secretaría de Salud. Manual de vacunación para adultos 2008. Secretaría de Salud, México, 2008.
3. Zamani F, Fallahian F, Hashemi F, Shamsaei Z, Alavian SM. Immune response to hepatitis B vaccine in health-care workers. Saudi J Kidney Dis Transplant 2011;22(1):179-184.
4. Oliveira LCM, Pontes JPJ. Frequency of hepatitis B immunity and occupational exposures to body fluids among Brazilian medical students at a public university. Rev Inst Med Trop São Paulo 2010;52(5):247-51.
5. Van Damme P, Moiseeva A, Marichev I, Kervyn AD, Booy R, Kuriyakose S, et al. Five years follow-up following two or three doses of a hepatitis B vaccine in adolescents aged 11-15 years: a randomised controlled study (monografía en internet). BMC Infectious Diseases 2010;10:357. Disponible en <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/10/357> (consultado mayo 19 2011).