

**UNIVERSIDAD MAYOR DE
SAN ANDRÉS**
FACULTAD DE CIENCIAS FARMACÉUTICAS Y BIOQUÍMICAS
**MAESTRÍA EN FARMACIA CLÍNICA
Y GESTIÓN FARMACÉUTICA**



**IMPLEMENTACIÓN DE GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNOSTICO Y
TRATAMIENTO DE LESIONES ELEMENTALES O SÍNTOMAS MENORES
ESTOMATOLÓGICOS PARA OPTIMIZAR LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA
EN S.E.D.E.S. EL ALTO Y LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN LA
UNIVERSIDAD PUBLICA DEL ALTO.**

Tesis elaborada para optar al grado
Académico de Magíster en Farmacia
Clínica y Gestión Farmacéutica.

ALUMNO: Rodney Rivero Cárdenas

**La Paz - Bolivia
2006**

**UNIVERSIDAD MAYOR DE
SAN ANDRÉS**
FACULTAD DE CIENCIAS FARMACÉUTICAS Y BIOQUÍMICAS
**MAESTRÍA EN FARMACIA CLÍNICA
Y GESTIÓN FARMACÉUTICA**



7

**IMPLEMENTACIÓN DE GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNOSTICO Y
TRATAMIENTO DE LESIONES ELEMENTALES O SÍNTOMAS MENORES
ESTOMATOLÓGICOS PARA OPTIMIZAR LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA
EN S.E.D.E.S. EL ALTO Y LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN LA
UNIVERSIDAD PUBLICA DEL ALTO.**

Tesis elaborada para optar al grado
Académico de Magíster en Farmacia
Clínica y Gestión Farmacéutica.

ALUMNO: Rodney Rivero Cárdenas

TUTOR: Msc. Edith Flores

**La Paz - Bolivia
2006**

DEDICATORIA

Dedico este trabajo

*A mi adorada mamá la Dra. Felisa Cárdenas por su guía y ejemplo maravilloso,
a mi gran amigo el Dr. Víctor Murillo por su apoyo y compañía incondicional
y a mi amada la Lic. Fabiola Salazar por ser el amor de mi vida.*

AGRADECIMIENTOS ESPECIALES A:

- Dra. Edith Flores por toda su colaboración y amistad brindada.
- Dr. Grover Coca Docente titular de la Cátedra de Farmacología General de la Universidad Mayor de San Andrés
- Dra. Jenny Quintela Responsable regional de Farmacia del Servicio Departamental de Salud El Alto
- Dra. Marisol Mercado Jefa de la carrera de Odontología de la Universidad Publica del Alto
- Univ. Pablo Fernández alumno de la Carrera de Odontología de la Universidad Publica del Alto
- Univ. Paola Salazar alumna de la Facultad de Odontología de la Universidad Mayor de San Andres

RESUMEN

El ejercicio de la odontología, así como de todas las áreas de la salud, presenta retos trascendentales similares a preservar la vida humana y prevenir enfermedades. Uno de los problemas más importantes que se evidencia en el ejercicio profesional está ligado al uso irracional de los medicamentos, esta práctica constituye un riesgo inadmisibles para los pacientes y un continuo derroche de recursos.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) intensificaron sus esfuerzos por promover el uso racional de los medicamentos; reconociendo, de ese modo, la necesidad de establecer una política Nacional de Medicamentos y la importancia de una estrategia para la utilización de guías de diagnóstico y tratamiento para las diferentes patologías que afligen a la humanidad. Este es el propósito de la presente tesis, sugerir a la comunidad académica estas guías de diagnóstico y tratamiento, las mismas estarían orientadas al campo de la odontología. Su aplicación, especialmente en el ámbito normativo y operativo, debería ser evidente y de interés perentorio en el ámbito laboral de los profesionales en salud.

Procedimentalmente, las guías de diagnóstico y tratamiento de alta calidad se convirtieron en una necesidad a escala internacional, son instrumentos que contribuyen a una atención médica idónea, eficiente y eficaz, de impacto benéfico en la salud de la población a la que responden las mismas.

Estas son las razones por las cuales se realizó este trabajo académico (Tesis), el mismo está enmarcado en lo que se conoce, en el ámbito de las ciencias sociales, como investigación acción. El mismo está circunscrito al campo de los servicios odontológico que proporciona la Carrera de Odontología de la Universidad Pública de El Alto y la atención farmacéutica de la Facultad de Bioquímica y Farmacia de la Universidad Mayor de San Andrés.

Este documento consta de tres partes relacionadas entre sí, la temática a tratar y problemática a resolver, la investigación (Diagnóstica) y la propuesta de guías de diagnóstico y tratamiento estomatológicos.

1ª Parte.- La temática a tratar y problemática a resolver es donde se establecen los antecedentes de la atención odontológica en la Universidad Pública de El Alto y la atención farmacéutica de la Universidad Mayor de San Andrés. En esa exploración se constata que el ejercicio profesional debería responder a guías y manuales que organicen su accionar; por otra parte permite al presente trabajo definir el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, los objetivos, la justificación, los antecedentes, la hipótesis, la operacionalización de variables, el diseño metodológico, las fases del estudio que persigue la investigación acción, y el marco teórico necesario para su logro.

2ª Parte.- La investigación (Diagnostica) se trata de un apartado, consecuencia de la parte anterior, en èste se estructuran y desarrollan dos diagnòsticos:

- 1) Diagnòstico de cuàles son las principales lesiones elementales estomatològicos, mediante la revisiòn de las historias clìnicas obtenidas en la càtedra de Semiología Estomatològica de la Carrera de Odontología de la Universidad Pùblica de El Alto.
- 2) Diagnòstico referente a la calidad de atención odontològica en la Universidad Pùblica de El Alto y la calidad de atención farmacéutica en la Universidad Mayor de San Andrés.

Estos diagnòsticos tienen una estructuraciòn y un desarrollo de carácter formal que incluye:

- a) Resultados
- b) Conclusiones
- c) Recomendaciones
- d) Cronograma
- e) Bibliografía
- f) Anexos.

3ª Parte Propuesta de guías de diagnòstico y tratamiento estomatològicos, se trata de una serie ordenada de instrucciones que indican todos los pasos que se deberian seguir al tratar una determinada patologìa. Constan de las siguientes partes:

- a) Concepto
- b) Etiología
- c) Clasificaciòn
- d) Síntomas
- e) Tratamiento
- f) Tratamiento coadyuvante
- g) Hoja de derivaciòn de herpes bucal
- h) Hoja de informaciòn al paciente

Finalmente resta señalar que al ser èste un primer intento acadèmico, que se da en Bolivia, para sistematizar guías de diagnòstico y tratamiento de lesiones elementales estomatològicas, el mismo es perfectible. Razòn por la cual el trabajo en sì aspira a recibir críticas constructivas que le permitan optimizar sus propòsitos y replantear sus estructuras, esto sin duda lograrà la eficiecia en la atenciòn al paciente, que es nuestro objetivo primordial.

INDICE

<u>Contenido</u>	<u>Paginas</u>
1ª Parte	
Temática a Tratar y problemática a resolver	
1.- Introducción	1
2.- Planteamiento del Problema	2
2.1.- Pregunta de investigación	2
3.- Objetivos	3
3.1.- Objetivos Generales	3
3.2.- Objetivos Específicos	3
4.- Justificación	4
5.- Antecedentes Metodológicos	5
6.- Marco Teórico	7
6.1.- Guías clínicas de diagnostico y tratamiento	7
6.1.1 Aspectos clave para elaborar una guía clínica.	7
6.1.2 Criterios de interconsulta o reemisión	8
6.2.- Atención odontológica	9
6.2.1 Lesiones elementales de la mucosa bucal	10
6.2.2 Herpes simple	11
6.2.3 Queilitis	12
6.2.4. Aftas bucales	14
6.3.- Atención farmacéutica	15
7.- Hipótesis	21
7.1.- Definición de operacional de Variables	21
7.2.- Operacionalizacion de Variables	22
7.3. Instrumento de recolección de datos	22
8.- Diseño Metodológico	23
8.1.- Diseño	23
8.2.- Universo y muestra de la población de estudio.	23
8.3.- Criterios de inclusión y exclusión.	26
8.4.- Fases o pasos metodológicos	26
8.5.- Plan de análisis de los datos	27

<u>Contenido</u>	<u>Paginas</u>
2ª Parte	
Investigación (Diagnostica)	
9.- Resultados	28
9.1.- Análisis descriptivo univariable	28
9.2.- Análisis descriptivo biivariable	31
10.- Conclusiones	45
11.- Recomendaciones	47
12.- Cronograma	47
13.- Bibliografía	48
13.- Anexos	50
3ª Parte	
Guías de diagnostico y tratamiento estomatológicos	
(Tiene su propia tabla de contenidos)	

1ª Parte

**TEMÁTICA A TRATAR Y
PROBLEMÁTICA A RESOLVER**

1. INTRODUCCION

Una guía clínica es una serie ordenada de instrucciones que indican todos los pasos a seguir en un determinado proceso, que nos garantizara que la solución que se le da a un problema siempre será la misma independientemente del momento o de la persona que tenga que intervenir.

En la atención farmacéutica no existen guías clínicas estomatológicas de diagnostico y tratamiento de lesiones elementales que contribuyan a mejorar la calidad de esta prestación en especial la indicación farmacéutica.

Actualmente existen guías clínicas de diagnostico y tratamiento odontológicos propuestos por la universidad y por el ministerio de salud, pero solo son para algunas patologías, no existiendo para síntomas menores o lesiones elementales estomatológicos, es por esto que el propósito de la presente tesis es crear estas guías clínicas.

Este trabajo se realizará en tres fases tanto en la carrera de Odontología de la Universidad Pública de El Alto, como en la carrera de Bioquímica y Farmacia de la Universidad Mayor San Andrés, contando con la colaboración de los docentes de las Cátedras de Semiología Estomatológica de Odontología, y la Farmacia Universitaria de Bioquímica y Farmacia de estas prestigiosas instituciones universitarias.

En una primera fase se recolectaran los datos que nos indiquen cuales son las principales lesiones elementales o síntomas menores en cavidad oral en la Clínica de diagnostico de Semiología Estomatológica de la Facultad de Odontología de la UPEA, siendo la clínica principal de identificación de patologías estomatológicas en los pacientes, para posteriormente ser remitidos a las diferentes especialidades para que se les realice su tratamiento.

En esta fase se empleará un formulario de recogida de datos, llenado por los alumnos de la carrera de Odontología de la UPEA que cursan la asignatura de semiología estomatológica y los alumnos de la carrera de Bioquímica y Farmacia de la UMSA que se encuentran realizando un internado piloto en las instituciones de salud pertenecientes al Servicio Departamental de Salud El Alto a cargo de la Dr. Jenny Quintela, donde se evaluará la calidad de atención farmacéutica y atención odontológica.

En una segunda fase, identificadas las principales lesiones elementales o síntomas menores en cavidad oral se realizaran las guías clínicas estomatológicas de diagnostico y tratamiento consensuada con las carrera de Odontología de la UPEA en la parte de diagnostico, y con la facultad de Bioquímica y Farmacia de la UMSA haciendo énfasis en la parte de tratamiento farmacológico.

En una tercera fase se implementará las guías clínicas estomatológicas de diagnostico y tratamiento en la Clínica de Semiología Estomatológica de la Facultad de Odontología de la UPEA y en el internado piloto que realizan los alumnos de quinto

año de la Facultad de Bioquímica y Farmacia; capacitando a los estudiantes y contribuyendo a que se realice una mejor atención a los pacientes.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La atención farmacéutica en el servicio de indicación farmacéutica no cuenta con guías clínicas estomatológicas disminuyendo la calidad de la prestación, que trae como consecuencia un aumento de los errores en la dispensación de medicamentos, haciendo más difícil el trabajo cotidiano del farmacéutico, disminuyendo la óptima productividad, desmotivando el trabajo y aislando al profesional en farmacia del equipo de salud.

En la clínica de diagnóstico de semiología estomatológica de la facultad de Odontología de la UPEA no se cuenta con guías clínicas estomatológicas de diagnóstico y tratamiento para síntomas menores o lesiones elementales disminuyendo la calidad de atención profesional al paciente, que trae como consecuencia complicaciones innecesarias debido a un manejo inadecuado de la patología del paciente

2.1 PREGUNTA DE LA INVESTIGACION

¿La implementación de guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de lesiones elementales o síntomas menores estomatológicas optimizara la atención farmacéutica y la atención odontológica?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Implementar guías clínicas estomatológicas de diagnóstico y tratamiento para optimizar la atención farmacéutica y atención odontológica

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer cuales son las principales lesiones elementales o síntomas menores estomatológicos, en la Clínica de diagnóstico de Semiología Estomatológica de la Facultad de Odontología UPEA.
- Elaborar un formulario de recogida de datos para establecer la calidad de la indicación farmacéutica y la atención odontológica.
- Realizar guías clínicas estomatológicas de diagnóstico y tratamiento de las principales lesiones elementales o síntomas menores en cavidad oral.
- Capacitar a los estudiantes de la Facultad de Bioquímica y Farmacia de la UMSA y a los estudiantes de la Facultad de Odontología de la UPEA, para la utilización de las guías clínicas de diagnóstico y tratamiento.

4. JUSTIFICACION

La falta de guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de síntomas menores o lesiones elementales reduce la calidad de atención farmacéutica aumentando los errores en la dispensación de medicamentos, haciendo más difícil el trabajo diario del farmacéutico, disminuyendo así la óptima productividad, desmotivando el trabajo y aislando al farmacéutico del equipo de salud.

Es pertinente realizar las guías clínicas por que estas serán una guía para el farmacéutico mejorando la calidad de la indicación farmacéutica, pudiendo prescribir un medicamento de venta libre respaldado en la existencia de la norma general para medicamentos de venta libre con resolución ministerial 0427 del 18 de agosto del 2000.

La no existencia de guías clínicas estomatológicas de lesiones elementales o síntomas menores dificulta el manejo, decisión, diagnóstico y tratamiento del odontólogo disminuyendo la calidad de la atención al paciente aumentando los errores asistenciales.

Las guías clínicas facilitan el trabajo cotidiano del odontólogo al constituirse en un instrumento de referencia para la toma de decisiones terapéuticas, unificando criterios científicos de manejo, decisión, diagnóstico y tratamiento odontológico del paciente por eso es trascendental.

Con la implementación de guías clínicas estomatológicas se podrá coadyuvar a actualizar los conocimientos del odontólogo para la mejora del paciente, resolviendo satisfactoriamente su motivo de consulta

Ayudará al farmacéutico a diferenciar problemas de salud mayores de los que no lo son, evitando consultas innecesarias con el odontólogo y provocara consultas necesarias.

Las guías clínicas se emplearan para indicar al paciente la actitud más adecuada para resolver su problema de salud, resolviendo dudas planteadas por el usuario o la carencia de información detectadas por el farmacéutico, protegiendo al paciente frente a la posible aparición de problemas relacionados con los medicamentos.

Este tema tiene gran importancia pues tras identificar correctamente la razón de la consulta el farmacéutico estará capacitado para indicar una opción terapéutica para el caso de síntomas menores, para luego derivar al cirujano dentista o, incluso, sugerir al paciente otros servicios de atención farmacéutica, como seguimiento farmacoterapéutico o educación sanitaria.

5. ANTECEDENTES METODOLOGICOS

Un antecedente para la elaboración de esta tesis, es la propuesta del Colegio de Valencia de elaboración de protocolos para la indicación farmacéutica. Este grupo empezó a trabajar en mayo de 1997 siendo formado por 46 farmacéuticos. Las guías clínicas se hicieron mediante un sistema de tres fases para conseguir que el mayor número posible de farmacéuticos colaborasen en la elaboración de cada protocolo. Se elaboraron protocolos de resfrío, protocolos de estreñimiento y protocolos de aftas. La metodología de trabajo fue la siguiente (14):

1. **Fase de creación:** El grupo se reúne semanal o quincenalmente para poner en común el trabajo hecho individualmente y consensuar un protocolo único del grupo que se debe pilotar en sus farmacias para corregir los posibles problemas.
2. **Fase de evaluación:** Cada protocolo ya realizado se entrega a otro grupo distinto para que lo prueben en sus farmacias. Los componentes de este segundo grupo, o de evaluación anotan individualmente los problemas y sugerencias que encuentren y los comentan en reuniones que van celebrando hasta consensuar una propuesta de modificación. A esta propuesta se añaden todas las sugerencias que se hayan hecho individualmente aunque no hayan sido aceptadas por el grupo de evaluación. Este trabajo se devuelve al grupo de creación que estudia las propuestas y las acepta o las rechaza justificando en todos los casos las razones de su decisión y elabora una segunda propuesta que pasa a la siguiente fase.
3. **Fase de decisión:** Un tercer grupo recoge todo el trabajo anterior, lo prueba en sus farmacias de forma secuencial la primera propuesta, las modificaciones establecidas por el grupo de evaluación y la segunda propuesta. Una vez hecho esto hace las modificaciones que considere oportunas y se da por concluido en proceso.

Otro antecedente metodológico es el de la investigación sobre atención farmacéutica hecha por el colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia España cuyo objetivo principal es comprobar si en la indicación farmacéutica el profesional en farmacia comunitario cubre las necesidades del usuario y se evita la aparición de PRM a través de su detección.

Se diseñó un estudio observacional transversal registrando todas las consultas sanitarias que se producían durante 6 días en 10 farmacias comunitarias situadas en una población de 10.000 habitantes. Entre los resultados más relevantes se encuentran los siguientes:

1. De todas las consultas hechas a las farmacias comunitarias un 32,98 % fueron consultas de indicación farmacéutica.
2. De las fuentes de información utilizadas para resolver la consulta sanitaria las principales fueron criterio personal, libros de consulta, internet.

14. Colegio de Valencia. Protocolos para la indicación farmacéutica. Mayo de 1997

3. De todas las consultas realizadas un 91 % fueron resueltas y 9 % no resueltas.

Finalmente tenemos la tesis propuesta en La Paz Bolivia el año 2002 por el Dr. Grover Coca Cabrera que realizó un trabajo de investigación acción para optar al grado de Académico de Magíster en Farmacia Clínica y Gestión Farmacéutica titulada "Diagnostico de las enfermedades estomatológicas y de la atención medico odontológica y manual procedimental para el diagnostico y tratamiento odontofarmacológico en el policlínico Miraflores". Este documento consta de tres partes estrechamente relacionadas entre si:

- 1) La temática a tratar y la problemática a resolver
- 2) La investigación diagnostica realizada
- 3) La propuesta de solución (Manual procedimental) a la problemática Diagnosticada.

En esta tesis se propuso manuales de diagnostico y tratamiento odontológico de las diferentes patologías odontoestomatológicas divididas en cuatro grupos de especialidades

1. Cirugía Bucal
2. Periodoncia
3. Operatoria Dental
4. Odontopediatria

El objetivo de los manuales de diagnostico y tratamiento fue:

- Facilitar el trabajo cotidiano del odontólogo, al constituirse en un instrumento de referencia para la toma de decisiones terapéuticas.
- Unificar criterios científicos de manejo, decisión diagnostico y tratamiento odontológico del paciente.
- Actualizar los conocimientos odontológicos.
- Facilitar la adopción de alternativas terapéuticas adecuadas.
- Apoyar al odontólogo para afrontar su responsabilidad civil.
- Facilitar el manejo del paciente, su diagnostico y prescripción.
- Favorecer y promover el uso racional de medicamentos y uso de los medios auxiliares de diagnostico y tratamiento.
- Promover el uso del listado básico de medicamentos y establecer en casos necesarios terapéuticas alternativas a esta.
- Determinar los requerimientos en medicamentos e insumos para diagnostico y tratamiento.
- Favorecer procesos de auditoria odontológica.
- Favorecer procesos de auditoria de recetas.
- Favorecer procesos de determinación y estructura de costos.

6. MARCO TEORICO

Para la estructuración de esta tesis, tres son las ideas básicas a desarrollar en el marco teórico: a) Un concepto de guías clínicas y su importancia en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades b) Un concepto de atención odontológica y de las lesiones elementales o síntomas menores estomatológicos c) Un concepto de atención farmacéutica haciendo énfasis en el servicio de indicación farmacéutica.

6.1 GUIAS CLINICAS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Una guía clínica es una serie ordenada de instrucciones que indican todos los pasos a seguir en un determinado proceso. Puede tener bifurcaciones para poder adaptarse a distintas situaciones.

La ventaja del trabajo con guías clínicas es que se garantiza que la solución que se le da a un problema similar en varios casos siempre será la misma independientemente del momento o de la persona que tenga que intervenir. De esta forma, si la guía clínica está bien elaborada se garantiza que la calidad de la actuación será siempre alta.

Una guía clínica estomatológica de diagnóstico y tratamiento de actuación en síntomas menores o lesiones elementales en cavidad bucal nos garantiza que siempre procederemos de la misma forma ante un mismo problema de salud.

Estas guías de práctica clínica son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática con el objetivo de ayudar a profesionales del área de la salud y pacientes a decidir la intervención sanitaria más adecuada en una situación clínica concreta. Las guías que se proponen en la presente tesis están basadas en los síntomas menores o lesiones elementales estomatológicos y son aquellos problemas de salud autolimitantes en sí mismos y de curación espontánea de menos de siete días de evolución (sin un tiempo de duración crítico) y que no tienen relación alguna con las manifestaciones clínicas de los problemas de salud que sufre el paciente, ni con los efectos deseados o no de los medicamentos que utiliza.

6.1.1 ASPECTOS CLAVE PARA ELABORAR UNA GUIA CLINICA

Las guías de diagnóstico y tratamiento llevan a la racionalización de la prescripción de medicamentos, dándole un aporte valioso al odontólogo, al farmacéutico y una mayor seguridad al paciente.

Los pasos a seguir durante el proceso de elaboración de las guías de diagnóstico y tratamiento son los siguientes: (6) Pág. 76²

6.-Carlos Morena Rojas, Gloria Jaramillo, María Arbelaez, Carmen Contreras, Piedad de Rojas, Margarita Restrepo. Curso de administración de sistemas de suministros de medicamentos esenciales. Ed. Carlos Rojas. Edición 1993.

1. Establecer criterios de diagnóstico, basados en:
 - Evaluación clínica.
 - Evaluación física.
2. Ordenes de servicios: Pruebas de laboratorio, rayos x, etc.
3. Recomendaciones terapéuticas iniciales.
4. Análisis de resultados.

6.1.2 CRITERIOS DE INTERCONSULTA O REMISIÓN.

El farmacéutico clínico en la atención farmacéutica debe tener los siguientes criterios de remisión o interconsulta con el propósito de evitar consultas innecesarias o provocar consultas necesarias con el odontólogo:

1. Tiene que actuar como una fuente de información, garantizando un grado mínimo de información al paciente que asegure que sabe cómo utilizar los medicamentos que toma.

2. Tiene que actuar de filtro información para detectar situaciones en las que hay un riesgo de sufrir problemas relacionados con los medicamentos (PRM): en general, la indicación farmacéutica no es el servicio más adecuado para detectar de manera sistemática PRM, y aunque el farmacéutico detecte alguno, carece de las condiciones mínimas para evaluar la gravedad del riesgo beneficio en el contexto global del paciente. Por tanto, en la indicación farmacéutica sólo se debe intervenir sobre PRM en casos de extrema urgencia y gravedad o muy evidentes. Por ello, en caso de percibir una desviación de los resultados de la farmacoterapia, la actitud más adecuada es ofrecer el servicio de seguimiento farmacoterapéutico, que se considera el más apropiado en estos casos.

La dispensación debe servir para proteger al paciente de la aparición de PRM, para lo cual se debe verificar:

- Que realiza o realizará las pruebas o controles necesarios que permitan conocer la evolución de la enfermedad, en el caso de patologías crónicas.
- Que no haya contraindicaciones absolutas ni interacciones clínicamente relevantes.
- Que el paciente conoce el objetivo del tratamiento, la forma de utilizarlo, la posología y la duración.

En dispensaciones en las que el medicamento no es nuevo (repetidas o de continuación del tratamiento) es importante conocer la percepción de efectividad y seguridad del paciente con él.

Es decir, se trata de evaluar si se están obteniendo los objetivos terapéuticos (efectividad), y si el paciente percibe que ha experimentado alguna reacción adversa (seguridad). Estos eventos pueden ser: posibles reacciones adversas que el paciente relacione con el uso de los fármacos y dificultades en la administración que pudieran comprometer el objetivo (efectividad), como mal sabor, dificultad de tragar cápsulas, miedo a las inyecciones, complejidad de uso, etc.

Es conveniente tener presente que la percepción del paciente de efectividad y seguridad es una medida cualitativa de los resultados alcanzados con el uso de los medicamentos, y que es la más factible de evaluar en la dispensación. De ahí la importancia de la monitorización adecuada del tratamiento del paciente (10)³

El manual que contenga estas guías de diagnóstico y tratamiento debe ser de fácil manejo para el prescriptor y debe tener las siguientes características:

- Capacidad de síntesis
- Estructuración coherente
- Fácil manipuleo
- Didáctico para el académico

6.2. ATENCION ODONTOLOGICA

La atención odontológica esta dirigida a la excelencia profesional para poder realizar las diferentes prestaciones estomatológicas, con el fin de poder llegar a un buen diagnóstico, un óptimo tratamiento y un excelente pronóstico, mediante el uso eficiente de los recursos auxiliares que dispone el odontólogo, reduciendo al mínimo los riesgos para el paciente y logrando un alto grado de satisfacción profesional e impacto favorable en la salud.

Las normativas enmarcadas en el ministerio de Salud y previsión Social de Bolivia, señalan que la atención odontológica estarán enfocadas en el marco de las acciones preventivas y curativas, las mismas que serán ofertadas a la población protegida por cada una de las Cajas de Seguros de Salud, en correspondencia con los lineamientos establecidos en la prestación de servicios de salud.

6.2.1 LESIONES ELEMENTALES DE LA MUCOSA BUCAL

La patología de la mucosa bucal involucra un vasto número de lesiones propias de la misma, así como de todas aquellas que representan la manifestación bucal de una enfermedad sistémica, dermatológica o las producidas por distintos agentes etiológicos con repercusión general (4) Pág.181⁴

Toda enfermedad que se manifiesta en la mucosa bucal, por lo general produce alteraciones morfológicas tisulares como signos clínicos tan característicos,

10 . Manuel Machuca González. Pedro Amariles Muñoz. Protocolos de actuación CURSO 'ON LINE':
www.correofarmaceutico.com

4. Rómulo Luís Cabrini. Patología Bucal Ed. 1. Mundi SAICF Paraguay. Edición 1995

que han sido clasificadas como lesiones elementales primitivas. Muchas de estas lesiones no mantienen su apariencia inicial debido a causas como: el traumatismo, la masticación, maceración, movimientos de los tejidos y tiempo en sí; las lesiones que así se derivan de las primitivas se conocen como secundarias, esta denominación tiene significado de orden de aparición y no de importancia, ya que en muchos casos son tan útiles como las primitivas para ayudar al diagnóstico.

El examen de los signos y síntomas de la mucosa y semimucosa bucal posibilita la detección de procesos patológicos. Las alteraciones de la forma, textura, consistencia color, relieve, etc. de estas estructuras son conocidos como lesiones elementales.

Las lesiones elementales estomatológicas, son manifestaciones de los procesos patológicos que afectan la mucosa y la piel (1) Pág. 31⁵

Las lesiones primitivas que con mayor frecuencia son detectadas en la clínica de diagnóstico de semiología estomatológica de la Universidad Pública del Alto después de haber hecho una revisión de 520 historias clínicas en los meses de Mayo, Junio, Julio del 2006 son: queilitis, aftas, herpes simple, pústulas y vegetaciones.

A continuación describiremos las tres principales lesiones elementales o síntomas menores estomatológicos, de los cuales se elaboraron las guías clínicas de diagnóstico y tratamiento:

6.2.2 HERPES SIMPLE

Antes de empezar a describir esta patología debemos tener en cuenta su etiología viral. Los virus son las estructuras biológicas más pequeñas que contienen todas las codificaciones necesarias para reproducirse.

Su estructura esta dada por un núcleo central constituido por ADN y ARN y una envoltura proteica, esta ultima le permite, en muchos casos, adherencia a la membrana celular, su tamaño oscila entre 20 y 50 μ siendo mas pequeña que la bacteria y mas grandes que una molécula proteica.

Los virus están compuestos por nucleoproteínas y de acuerdo con el tipo de ácido nucleico que posean se los divide en virus de ácido ribonucleico y virus de ácido desoxiribonucleico. Entre los virus de DNA se encuentran los de la viruela, el herpes simple y el adenovirus y entre los RNA, los mixovirus, enterovirus y rinovirus (3) Pág. 4⁶

El virus del herpes simple o herpes hominis es el agente etiológico mas común de las infecciones virósicas producidas por el hombre mide aproximadamente 100 μ y pertenece a un grupo conformado también por el virus del herpes zoster y el de la varicela.(4) Pág. 188

-
1. Maximo J. Giglio. Semiología en la práctica de la odontología. Ed. Polotto Edición 2002
 - 3.- Regezi / Sciubba Patología Bucal. Ed. Interamericana a SA de CV. Edición 1998
 - 4.- Romulo Luis Cabrini. Patología Bucal Ed. 1. Mundi SAICF Paraguay. Edición 1995

El virus no da inmunidad absoluta, por eso recurre fácilmente; se calcula que entre un 70 y 90 por ciento de la población es portadora de este virus.

Las manifestaciones clínicas del virus del herpes simple son diversas, en la boca puede presentarse en dos formas distintas: como primoinfección o gingivoestomatitis herpética y como herpes recurrente o recidivante (4) pag 189⁷

A) Primoinfección herpética (gingivoestomatitis herpética primaria) normalmente aparece entre uno y cinco años de edad, es frecuente en adolescentes y muy rara entre adultos. Tiene un periodo de incubación de 7 días aproximadamente, acompañada de cefaleas, fiebre, inapetencia y malestar general; posteriormente la encía se tumefacta, hay hipersialia y halitosis que pueden ser acompañadas de adenopatías dolorosas que anteceden a la aparición de lesiones vesiculares agudas en los labios, carrillos, piso de la boca, encías paladar y lengua.

Una de las características de las vesículas que se producen es su fragilidad, lo que determinan que se rompan fácilmente, provocando erosiones redondas u ovaladas de contornos irregulares o arciformes, rodeadas por un halo eritematoso, mide de dos a cuatro milímetros y al disolverse no dejan cicatriz.

Después de 10 días, el proceso tiende a remitir espontáneamente sin dejar inmunidad absoluta, recidivando en una forma clínica diferente, el llamado herpes simple vulgar recidivante.

B) Herpes simple recidivante (secundario). Es la forma mas frecuente de las afecciones provocadas por el Herpes virus, afecta entre un 30 % y 50 % de la población adulta con predominio del sexo femenino.

Existen distintas causas que actúan como desencadenante de la aparición de la enfermedad, tales como trastornos gastrointestinales, procesos febriles, estados de stress o exposición prolongada a los rayos actínicos, traumas o anestésicos.

Suele existir algunos pródromos como decaimiento, cefalea o sensación urente en el sitio que posteriormente se afectara con la lesión. Esta se presenta como pequeñas vesículas que posteriormente confluyen dando un aspecto de racimo característico. Las vesículas se rompen (mas frecuentemente cuando la localización es intrabucal) conformando erosiones costrosas que finalmente se eliminan, todo el proceso dura entre 10 y 15 días. La localización predilecta son los labios, especialmente la semimucosa y el limite de la misma con la piel, también pueden afectarse los genitales, la cornea, las mejillas, la nariz, existiendo también una forma intrabucal.

La característica que da el nombre a esta lesión es la recidiva generalmente en el mismo sitio de la primera.

6.2.3 QUEILITIS

Las queilitis son escamas que es una lesión elemental que consiste en el desprendimiento visible de las capas superficiales del epitelio, en forma de un

4. Rómulo Luís Cabrini. Patología Bucal Ed. 1. Mundi SAICF Paraguay. Edición 1995

pequeño colgajo epitelial parcialmente adherido. Por lo general las escamas son consecuencias de procesos inflamatorios, del corion que determinan a su vez alteraciones del epitelio.

También pueden depender de procesos esenciales malpighianos. A veces son secundarias a lesiones de contenido líquido (vesículas y ampollas) que se abren. La escama en este caso no es pura, sino una escamocostra, por mezclarse con el líquido contenido en la cavidad si el techo de la ampolla persiste sobre la lesión, lo hace a manera de una tapa o una cubierta.

Según el tipo de descamación las escamas se clasifican en pitiriasicas o furfuráceas (del latín furfu que significa salvado), laminares, foliaceas, en hojaldre, en collarete. (5) pag96⁸

Citaremos como procesos escamosos las queilitis exfoliativas, el lupus eritematoso crónico, la lengua geográfica, la psoriasis, la pitiriasis rosada de Gilbert.

La queilitis es un trastorno inflamatorio superficial crónico del borde rojo de los labios, caracterizado por una descamación persistente y la formación de costras. Se consideran con este término las queilitis que no pueden ser atribuidas a sensibilización por contacto o a la luz solar, así como las queilitis provocadas por hábitos imitativos. Es más frecuente en mujeres jóvenes.

Su localización mas frecuente es en labio inferior, donde se observa atrofia epitelial, definición precaria del borde berbellon y la piel, queratosis localizada, si no se detecta a tiempo puede convertirse en ulceraciones crónicas en carcinoma de células escamosas. (3) Pág. 23.⁹

Las queilitis se clasifican según el agente causal en las siguientes formas:

1. Queilitis mucosa: que pueden ser agudas y aparece en la semimucosa labial (zona de Klein). Se presenta como enrojecimiento, vesículas, edemas y costras o crónica donde hay eritema, escamas, o fisuras dolorosas.
2. Queilitis microbianas como la queilitis impetiginosa o infectada secundariamente, es frecuente en niños convalecientes de una enfermedad infecciosa o relacionada con un impétigo cutáneo (de cara), donde el contagio se produce por propagación directa de la piel a la mucosa.
3. Queilitis de contacto como la producida por el lápiz de labios, aparece bruscamente después de una o más aplicaciones de un agente, se inicia una reacción inflamatoria en el labio por mecanismos de hipersensibilidad. También esta la queilitis por pasta dentrífica que presenta las mismas características que la queilitis anterior y se le atribuye a sustancias como hexilresorainol, solución de formaldehído, timol, etc.; también puede aparecer con enjuagues o colutorios. Y la queilitis alimentaria que se presenta después de la ingestión de ciertos alimentos o bebidas (alcoholes, especias,

5. David Grinspan. Enfermedades de la Boca Ed. Mundi SACIF Buenos Aire, Argentina Edición 1999

3. Regezi / Sciubba Patología Bucal. Ed. Interamericana a SA de CV. Edición 1998

berros, higos frescos, etc.). También estas sustancias pueden estar contenidas en los alimentos como preservadores.

4. Queilitis solares, las personas sensibles a la acción del sol o de la luz artificial padecen de esta enfermedad. Se inicia por un eritema seguido de un edema, formación de vesículas en el espacio de algunas horas, los labios se vuelven rojos, tensos y dolorosos. Al protegerse contra el sol, la inflamación se remite en el curso de 8 a 15 días, y cura después de una declamación fina.

5. Queilosis: (queilitis comisural, queilitis angular, estomatitis comisural, estomatitis angular) es una inflamación que se localiza en las comisuras labiales con eritema y formación de costras en la que se puede instalar la *Candida albicans*. Esta alteración tiene mayor prevalencia en sujetos que presentan pliegues profundos en las comisuras.

La queilitis exfoliativa es un verdadero síndrome por su múltiple etiopatogénia, como los factores generales entre los cuales tenemos a las alteraciones nutricionales, alteraciones endocrinas (diabetes), anemias, carencias vitamínicas, defectos de inmunidad, tratamientos citotóxicos o inmunosupresores, infancia, vejez, o factores locales, como disminución de la dimensión vertical oclusiva en pacientes dentados y en desdentados totales o parciales, rehabilitados o no, irritantes (sustancias químicas), hipersensibilidad, hábitos o traumatismos provocados por el mordisqueo de las comisuras provocando irritación crónica.

6.2.4. AFTAS BUCALES

Son ulceraciones de la mucosa que es la pérdida de sustancia secundaria y persistente pero que tiene tendencia a cicatrización, son procesos secundarios y como tales siguen a lesiones primitivas, desde un punto de vista semiológico hay una serie de caracteres de suma importancia que deberán ser analizados en una ulceración para poder efectuar el diagnóstico etiológico. Estos son: localización, forma, tamaño, color, borde, fondo, profundidad, consistencia, dolor, adherencia a planos profundos, repercusión a distancia (lesiones vecinales, adenopatías) y evolución.^{(5) Pág. 138¹⁰}

Las ulceración se diferencia de la ulcera en que es de evolución aguda o subaguda, y tiende a la cicatrización, mientras que la ulcera es de evolución crónica, y no tiende a la cicatrización. (1) Pág. 39¹¹

Aparecen como una erosión de bordes eritematosos y centro blanquecino, de 3 a 5 mm. de diámetro, preferentemente en las caras internas de las mejillas y labios, paladar blando, suelo de la boca o bordes de la lengua.

Las mas frecuentes se curan por si solas en 7 a 10 días. Durante la fase aguda de tres o cuatro días pueden llegar a ser muy dolorosas, interfiriendo con la alimentación o con el habla. En la mayoría de los casos no hay causas aparentes que provoquen las aftas; estas se clasifican en:

1. Estomatitis aftosa menor: Aparece como una ulcera de pequeño tamaño, de 1 a 10 mm, generalmente alrededor de 5 mm. aparecen en numero de 1 a 5., presentan un halo de eritema alrededor de ella, duran de 7 a 10 días, no son muy dolorosas, se

5. David Grinspan. Enfermedades de la Boca Ed. Mundi SACIF Buenos Aire, Argentina Edicion 1999

1. Maximo J. Giglio. Semiología en la practica de la odontología. Ed. Polotto Edición 2002

presentan casi exclusivamente en la zona no queratinizada de la mucosa oral; labios, mejillas y lengua., están presentes en el 80% de los casos.

2. Estomatitis aftosa mayor: tiene un tamaño normalmente de más de 10 mm. Aunque a veces pueden ser mas pequeñas, aparecen en numero de 1 o 2, eritema periulceral variable, duran de 2 semanas a varios meses, generalmente aparecen en el borde de la lengua, fauces o paladar blando, muy dolorosas, dificultan la alimentación, curan dejando cicatriz y se presentan en el 10-12% de casos.
3. Estomatitis aftosa herpetiforme: tienen un tamaño desde 0,5 a 3 mm, aparecen en elevado numero, de 5 a 100, son redondas, pero tienden a coalescer tomando formas irregulares , pueden durar desde 1 semana hasta 2 meses, afectan normalmente al interior de los labios y a la cara inferior de la lengua, pueden ser muy dolorosas.

6.3. ATENCIÓN FARMACEUTICA

Desde la perspectiva de la salud pública, conseguir que los medicamentos, utilizados como herramienta terapéutica obtengan los mejores resultados en salud continúa siendo un reto para la sociedad actual. Esto se refleja en los resultados de muchos estudios, principalmente observacionales, que muestran que la morbimortalidad asociada a los medicamentos (iatrogenia terapéutica), por su elevada prevalencia y consecuencias negativas para la salud de la comunidad, se mantiene como un problema importante. Por ello, no cabe duda que los fallos de la farmacoterapia son un problema sanitario de gran magnitud que demanda la búsqueda y utilización de alternativas para solucionarlo o controlarlo (8).¹²

La atención farmacéutica es una filosofía de práctica profesional del farmacéutico como experto en medicamentos orientada a alcanzar en el paciente los mejores resultados clínicos posibles.

En este sentido, las revisiones y opiniones recientes de los expertos en el asunto coinciden en que el paciente y su salud deben ser el centro de la actuación farmacéutica. Por ello, es necesario entender a los pacientes, identificar y satisfacer sus necesidades y expectativas. El farmacéutico debe adquirir y desarrollar todos aquellos conocimientos, actitudes y habilidades que contribuyan a que el paciente disfrute el mayor tiempo posible del máximo nivel de salud posible, asociado a los mejores resultados (9)¹³

La implantación generalizada del modelo de Atención Farmacéutica en Bolivia plantea como primera necesidad el circunscribir adecuadamente el término Atención Farmacéutica en el marco de funciones encomendadas al farmacéutico por el Reglamento de la Ley del Medicamento D.S. N 25235 de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia. (16)¹⁴

8. Faus MJ. Atención Farmacéutica como respuesta a una necesidad social. *Ars Pharmaceutica*. 2000; 137-143

9. Pedro Amariles. Atención farmacéutica: concepto y componentes en el consenso español. CURSO 'ON LINE': www.correofarmaceutico.com

16 Ministerio de salud y deportes. Ley del Medicamento D.S. N 25235 de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia.

Atención Farmacéutica es la participación activa del profesional en farmacia para la asistencia al paciente en la dispensación y seguimiento de un tratamiento farmacoterapéutico, cooperando así con el médico, odontólogo y otros profesionales sanitarios a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente. También conlleva la implicación del farmacéutico en actividades que proporcionen buena salud y prevengan las enfermedades.”

La promoción del uso racional de los medicamentos, esta estrechamente relacionada con la mejoría de la calidad de los servicios de atención de salud, conjuntamente con los demás componentes y elementos constitutivos de la atención farmacéutica (6) Pág. 59¹⁵

Dentro de la atención farmacéutica se distinguen actividades que podrían agruparse en el ámbito de la clínica por estar orientadas a la asistencia al sujeto en el manejo de los medicamentos antes que al medicamento en sí. Son actuaciones como: la indicación de medicamentos que no requieren prescripción médica, prevención de la enfermedad, educación sanitaria, farmacovigilancia, seguimiento farmacoterapéutico personalizado y todas aquellas otras que se relacionan con el uso racional del medicamento.”

6.3.1 DISPENSACIÓN DE ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS.

Este es el servicio más demandado por el ciudadano que acude a una farmacia. Es la situación en la que el sujeto solicita un medicamento concreto, generalmente mediante una prescripción médica o sin ella en el caso de que desee automedicarse (de forma adecuada o no).

La actuación profesional del farmacéutico en este caso va mucho más allá de la mera entrega del medicamento, sino que debe ir orientada a discriminar la posible existencia de problemas potenciales, e ir acompañada de instrucciones sobre la adecuada utilización del medicamento.

Primera dispensación

Es el acto mediante el cual el farmacéutico entrega por primera vez al paciente o cuidador un medicamento o producto sanitario, asegurándose de que conoce y asume su proceso de uso.

En la primera dispensación el paciente no ha usado antes el fármaco y, por tanto, el farmacéutico debe garantizar que conoce los objetivos del tratamiento, cómo debe utilizarlo, etc. (10)¹⁶

-
6. Carlos Morena Rojas, Curso de administración de sistemas de suministros de medicamentos esenciales. Ed. Carlos Rojas. Edición 1993.
 10. Jaime Vargas Rivas y Amparo Torres Antiñolo, Primera dispensación y dispensación repetida CURSO 'ONLINE': www.correofarmacologico.com/cursoaf

Dispensación repetida o continuada

La dispensación repetida es la que se centra en pacientes habituales o eventuales que acuden a la farmacia a retirar la medicación de continuación de una enfermedad crónica, o bien la de un proceso agudo iniciado con anterioridad. Hay que tener presente que los casos en los que se produce un cambio en la dosis, vía de administración, etc. la dispensación sigue el esquema descrito para la de inicio de tratamiento. Por ello, una vez que el farmacéutico establece que no es la primera vez que el paciente toma el medicamento, lo siguiente que debe resolver es si ha habido alguna modificación en el esquema de tratamiento, bien sea dosis, frecuencia de administración o vía de administración. Una respuesta afirmativa a este punto señala la necesidad de seguir el proceso establecido para la primera dispensación.(11)

6.3.2. SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO PERSONALIZADO.

El seguimiento farmacoterapéutico personalizado es la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos. Esto se realiza mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con la medicación (PRM). Este servicio implica un compromiso, y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente.

El seguimiento farmacoterapéutico como práctica asistencial

Este modelo asistencial se está trasladando desde hace años a la profesión farmacéutica a través del concepto de pharmaceutical care como una práctica asistencial centrada en los pacientes, que pretende resolver los problemas de salud que ellos sufren y que son derivados de la farmacoterapia. Cipolle y cols. han descrito que el seguimiento farmacoterapéutico es un único proceso de asistencia al paciente que representa una secuencia lógica, sistemática y global para la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con los medicamentos (PRM).

El seguimiento farmacoterapéutico es la forma en que el profesional atiende realmente a las necesidades del paciente para alcanzar los objetivos de la farmacoterapia (necesaria, efectiva y segura). Este servicio profesional sirve, por tanto, para identificar, resolver y prevenir PRM que interfieran con estos objetivos y garantizar una mejor evolución del paciente (12)¹⁷

6.3.3. CONSULTA O INDICACIÓN FARMACÉUTICA.

Este servicio se realiza cuando el paciente consulta al farmacéutico sobre el posible tratamiento para un problema de salud concreto, es decir, le pregunta “¿Qué me da para...?” y es este acápite de la atención farmacéutica que nos interesa y para el cual realizaremos las guías clínicas estomatológicas de diagnóstico y tratamiento.

11. Jaime Vargas Rivas y Amparo Torres Antiñolo, Primera dispensación y dispensación repetida CURSO 'ON LINE': www.correofarmaceutico.com/cursoaf

12. Martha Milena Silva Castro. Manuel Machuca González. Introducción al método “Dáder” CURSO 'ON LINE': www.correofarmaceutico.com

En este caso estará siempre referido a aquellos síntomas o síndromes menores para los cuales la legislación permite la dispensación de un medicamento sin prescripción médica o supondrá la derivación al médico en caso necesario.

Concepto

Se entiende por consulta o indicación farmacéutica, el servicio que es prestado ante la demanda de un paciente o usuario que llega a la farmacia sin saber qué medicamento debe adquirir, y solicita al farmacéutico el remedio más adecuado para un problema de salud concreto.

Esta intervención es de gran importancia, ya que, en la mayoría de los casos, el farmacéutico es el primer o único contacto del usuario con el sistema de salud. Se simboliza con la frase “¿Qué me da para...?”. Este proceso debe enmarcarse dentro de las actividades clínicas de Atención Farmacéutica ya que debe abordarse con el compromiso de cubrir las necesidades del paciente evitando la aparición de problemas relacionados con los medicamentos, siempre en un contexto de uso racional de los tratamientos y mediante la aplicación de criterios científicos y técnicos.

Debe disponerse de procedimientos normalizados de trabajo relacionados con la consulta farmacéutica, que respondan a las cinco preguntas básicas: ¿Qué?, ¿Cómo?, ¿Quién?, ¿Cuándo? y ¿Dónde? en cuanto a la realización de esta actividad.

Descripción del proceso:

El proceso se inicia cuando un paciente solicita al farmacéutico asesoría sobre la mejor alternativa terapéutica para resolver un problema de salud (síntoma) que padece. El farmacéutico debe contar con criterios claros y sistematizados para derivar el paciente al médico cuando la situación lo requiera, y, por tanto, no debe sentirse obligado a tratar cualquier problema de salud.

El primer objetivo que hay que conseguir durante el proceso de indicación farmacéutica será identificar la razón de la consulta del paciente y si ésta corresponde a síntomas menores o no, pues problemas aparentemente banales pueden no serlo en realidad. Tras identificar correctamente la razón de consulta, el farmacéutico podrá indicar una opción terapéutica para el caso de síntomas menores, derivar al médico o, incluso, sugerir al paciente otros servicios de atención farmacéutica, como seguimiento farmacoterapéutico o educación sanitaria. Es decir, el farmacéutico debe decidir, ante la consulta realizada por un paciente, qué servicio de los que ofrece es el más adecuado para su situación concreta.

El segundo paso en el proceso de indicación es determinar el tiempo de duración del problema (síntomas que motivan la consulta), debido a que esta variable se convierte en un indicador clave para establecer la necesidad de la evaluación médica. La mayoría de las enfermedades leves es autolimitada y desaparece en pocos días. Por tanto, y en general, cuanto mayor sea la duración de los síntomas y signos que refiere el paciente, mayor es la probabilidad de que se trate de un problema de salud que necesite de la valoración y diagnóstico médico. Adicionalmente, el uso previo del paciente de otros medicamentos para el mismo problema de salud, bien por

automedicación, bien por prescripción médica, es otro indicador clave para establecer la necesidad de la derivación del paciente al médico.

Como norma general, se contempla que tanto la evolución de un síntoma menor como su tratamiento no deben exceder los siete días. En este sentido, puede reseñarse que el tratamiento que hay que seguir en una indicación farmacéutica no debe ser utilizado por más días de los que normalmente dura un síntoma menor. Por ello, los medicamentos catalogados como medicamentos de venta libre (OTC), que sirven para tratar estos síntomas menores, contienen sólo las unidades de tratamiento necesarias. De esta forma, el paciente podrá identificar que si el problema de salud dura más que el envase de medicamento utilizado, debe acudir al médico. Por tanto, el primer motivo de derivación al médico debe ser que el paciente lleve sufriendo los síntomas un tiempo superior a una semana.

Seguidamente, el farmacéutico debe valorar, en ese paciente concreto, la banalidad o no del síntoma. Para ello, se requiere recabar la información que permita establecer el cumplimiento o no de este requisito para la indicación farmacéutica. En todos los casos en los que exista duda de la banalidad del síntoma, el proceso de indicación farmacéutica finaliza con la derivación del paciente al médico.

En algunas ocasiones, el paciente puede consultar por un problema de salud que requiera diagnóstico médico, pero que además curse con alguna sintomatología que acompañe el problema y para la que exista algún medicamento OTC. Sólo si es absolutamente imprescindible, por alguna circunstancia particular, el farmacéutico podría tratar dicho síntoma asociado, pero haciendo especial hincapié en que este hecho no trata el problema de fondo y no sustituye la visita al médico, ya que una aparente mejoría sintomática podría ocultar un problema más grave. Este caso será excepcional. En cualquier caso se derivará al médico, y en el informe de derivación se reseñará la decisión tomada en ese momento y el medicamento indicado.

Una vez constado que se trata de un síntoma menor y banal de duración menor a una semana, y antes de seleccionar el medicamento, el farmacéutico debe preguntar al paciente por otros problemas de salud que padece, así como por los medicamentos que toma para esos problemas, debido a que pueden existir problemas de salud de corta evolución y con sintomatología que aparentemente pueda tratar el farmacéutico, pero que las características particulares del paciente hagan recomendable su derivación al médico. Esta derivación al médico puede ser necesaria por un posible empeoramiento de una patología de base mucho ⁽¹³⁾¹⁸

Al ser consultado, el farmacéutico realizará sistemáticamente:

a) Una entrevista breve al paciente o usuario para recoger la información imprescindible, que es al menos:

1. motivo de la consulta, descripción del problema de salud
2. otros problemas de salud
3. medicación en uso concomitante

b) La evaluación del problema planteado,

1. Revisión de guías clínicas
2. Revisión de bibliografía

c) La toma de decisión correspondiente, que puede consistir en:

1. Recomendar medidas conservadoras, dietéticas o físicas,
2. Indicar una especialidad farmacéutica que no requiera receta médica y seleccionada de acuerdo con la situación concreta
3. Ofrecer al paciente la posibilidad de recibir otro tipo de servicio de Atención Farmacéutica Clínica (educación sanitaria, farmacovigilancia, seguimiento farmacoterapéutico..),
4. Remitirle a su farmacéutico habitual (posible informe entre farmacéuticos),
5. Y/o derivarle al médico u otro profesional sanitario (odontólogo, fisioterapeuta,..).

Siempre se dará información adecuada al paciente o usuario de la recomendación realizada, preferiblemente por escrito, incluso en el caso de derivación a otro profesional.

Debe evitarse indicar un tratamiento farmacológico a un paciente del que no se disponga de suficiente información, por no querer proporcionarla o por no acudir él mismo a la farmacia y no conocer su situación la persona que solicita el medicamento.

Al igual que en la dispensación, en la consulta farmacéutica los criterios de derivación a otros servicios sanitarios deberían ser consensuado con los profesionales implicados en la medida de lo posible. Esto supone el establecimiento de canales fluidos de comunicación con los profesionales de otros niveles asistenciales, fundamentalmente de atención primaria. También puede suponer la cooperación con servicios sociales.

En caso de derivación, debe elaborarse una nota o breve informe de remisión, normalizado, del que debe quedar copia en la Farmacia.

La información al paciente sobre el medicamento indicado, pauta y duración del tratamiento debe suministrarse preferiblemente por escrito.

Es necesario realizar un registro adecuado de la actividad. En todos los casos deberá contener:

- a) motivo de consulta
- b) decisión del farmacéutico (tratamiento indicado, derivación, otras medidas,...)
- c) evaluación del resultado en la medida de lo posible

7. HIPOTESIS

La implementación de guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de lesiones elementales o síntomas menores estomatológicos optimizarán la atención odontológica y la atención farmacéutica

7.1 DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES

Calidad de indicación farmacéutica: Se entiende por consulta o indicación farmacéutica de calidad, el servicio que es prestado ante la demanda de un paciente o usuario que llega a la farmacia sin saber qué medicamento debe adquirir, y solicita al profesional en farmacia el remedio más adecuado para un problema de salud concreto, y el farmacéutico deberá indicar al paciente la actitud más adecuada para resolver su problema de salud, y en su caso seleccionar un medicamento, resolver las dudas planteadas por el usuario o las carencias de información detectadas, proteger al paciente frente a la posible aparición de problemas relacionados con los medicamentos y evaluar si el problema de salud es precisamente consecuencia de un problema relacionado con un medicamento.

Calidad de atención odontológica El concepto de calidad en atención odontológica hay que enmarcarlo en cuatro elementos fundamentales:

- Excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos.
- Mínimo riesgo para el paciente.
- Alto grado de satisfacción en el impacto final que tiene en la salud

Tratamiento no farmacológico Los fármacos son una parte importante del tratamiento, especialmente cuando ocurre el ataque agudo. Pero la medicación es mucho más efectiva cuando su uso está acompañado de un plan conjunto de cambio en algunos hábitos de vida y modificación de factores precipitantes.

Existen en la actualidad múltiples tratamientos alternativos no farmacológicos que ponemos a consideración para poder tratar estas lesiones elementales.

Tratamiento farmacológico La Farmacología como una de las ramas de las ciencias médicas tiene como objetivo último mejorar los resultados actuales en la prevención y tratamiento de la enfermedad mediante estrategias farmacológicas

Soporte coadyuvante El soporte del tratamiento farmacológico y no farmacológico esta dedicado a la prevención de las enfermedades, a la alimentación del paciente que ayudara a que resuelva su enfermedad y a todos los demás procedimientos que no están enmarcados en los tratamientos farmacológicos

7.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	MEDIDAS	ESCALAS
Tratamiento no farmacológico	Educación	Si o No	Nominal
	Prevención	Si o No	Nominal
Tratamiento farmacológico	Local	Si o No	Nominal
	Sistémico	Si o No	Nominal
Soporte coadyuvante	Dieta	Si o No	Nominal
	Precauciones	Si o No	Nominal

7.3. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Los instrumentos de recogida de datos son:

a) Historias clínicas de la cátedra de semiología estomatológica de la carrera de odontología de la Universidad Publica de El Alto,

b) Formulario de recogida de datos tipo cuestionario de cada una de las lesiones elementales o síntomas menores en el cual se evaluará como se esta realizando el tratamiento en la atención farmacéutica y el tratamiento en la atención odontológica.

c) Guía de medicamentos como el formulario terapéutico y la lista de medicamentos de venta libre del ministerio de salud y deporte.

8. DISEÑO METODOLOGICO

8.1. DICENO

El diseño de la tesis esta enmarcado en lo que se conoce en el ámbito de las Ciencias Sociales como Investigación Acción circunscrito al campo de los servicios Odontológicos.

8.2 UNIVERSO Y MUESTRA DE LA POBLACION DE ESTUDIO

El calculo del tamaño de la muestra de las principales lesiones elementales o síntomas menores estomatológicos fue realizada mediante un muestreo irrestricto donde se tomaron solo las historias clínicas en las que se encontraban estas lesiones, el muestreo no tuvo restricciones probabilísticas pero si restricciones de estudio adecuadas a la unidad de investigación.

Se realizo una revisión de historias clínicas trimestral, de los meses de Mayo, Junio y Julio de 2006 en la clínica de diagnostico de semiología estomatológica de la Universidad Publica del Alto.

De un total de 520 historias clínicas

- 195 presentaban lesiones elementales
- 325 otras patologías.

De estas 195 historias clínicas que presentaban lesiones elementales

- 120 presentaban Queilitis
- 48 presentaban Aftas
- 18 presentaban Herpes bucal
- 6 presentaban Pápulas
- 3 presentaban Vegetaciones

El calculo del tamaño muestral para evaluar la calidad de atención farmacéutica se baso en los criterios utilizados por el diseño de una encuesta tipo cuestionario que elaboraron los alumnos de 5 año de la Facultad de Bioquímica y Farmacia de la U.M.S.A. que se encontraban realizando un programa piloto de atención farmacéutica en los centros de salud pertenecientes al Servicio Departamental de Salud de El Alto. (Análisis realizado con el programa SPSS en Excel)

Los datos utilizados para el cálculo de la muestra son lo siguientes:

- N El Universo es de 70 alumnos
- P El porcentaje de varones es de 20 %
- Q El porcentaje de mujeres es de 80%

- Z El Nivel de confianza asignado es de 95 %
- E El error de estimación es de 13 %

En base a estas consideraciones fue posible determinar la muestra utilizando los siguientes datos y formulas que se explican a continuación:

Datos

$$P = 0.2$$

$$Q = 0.8$$

$$Z = 1.96$$

$$E = 0.13$$

$$N = 70$$

$$No = X \text{ (Muestra sin asignación al tamaño del universo)}$$

$$N = X \text{ (Muestra Absoluta)}$$

Formula 1 :

$$No = \frac{P \cdot Q \cdot Z^2}{E}$$

$$No = \frac{0.2 \cdot 0.80 \cdot 1.96^2}{0.13} = 36$$

Formula 1:

$$N = \frac{No}{1 + \frac{No}{N}}$$

$$N = \frac{36}{1 + \frac{36}{70}} = 24$$

No = La muestra sin asignación al tamaño del universo es de 36

N = La muestra Absoluta es de 24

Una vez definida la muestra se eligieron al azar 24 cuestionarios y con estos se realizo el proceso estadístico.

El cálculo del tamaño muestral para evaluar la calidad de atención Odontológica se baso en los criterios utilizados por el diseño de una encuesta tipo cuestionario que se les realizo en los alumnos de 5º año de la Carrera de Odontología de la U.P.E.A. (Análisis realizado con el programa SPSS en Excel)

Los datos utilizados para el cálculo de la muestra son lo siguientes:

- N El Universo es de 120 alumnos
- P El porcentaje de varones es de 65 %
- Q El porcentaje de mujeres es de 35%
- Z El Nivel de confianza asignado es de 95 %
- E El error de estimación es de 12 %

En base a estas consideraciones fue posible determinar la muestra utilizando los siguientes datos y formulas que se explican a continuación:

Datos

$$P = 0,65$$

$$Q = 0,35$$

$$Z = 1,96$$

$$E = 0,12$$

$$N = 120$$

$$No = X \text{ (Muestra sin asignación al tamaño del universo)}$$

$$N = X \text{ (Muestra Absoluta)}$$

Formula 1:

$$No = \frac{P \cdot Q \cdot Z^2}{E^2}$$

$$No = \frac{0,65 \cdot 0,35 \cdot 1,96^2}{0,12^2} = 61$$

Formula 1 :

$$N = \frac{No}{1 + \frac{No}{N}}$$

$$N = \frac{61}{1 + \frac{61}{N}} = 40$$

No = La muestra sin asignación al tamaño del universo es de 61

N = La muestra Absoluta es de 40

Una vez definida la muestra se eligieron al azar 40 cuestionarios, y con ellos se realizo el proceso estadístico.

8.3.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

Criterios de inclusión:

- Alumnos regulares de 5º año de la facultad de Farmacia de la UMSA.
- Alumnos que estén realizando el internado piloto en el Servicio Departamental de Salud El Alto.
- Alumnos regulares de 5º año de la facultad de odontología de la UPEA
- Hombre o mujer

Criterios de exclusión:

- Alumnos repitentes de quinto curso de la facultad de Farmacia de la UMSA
- Alumnos repitentes de la asignatura de semiología estomatológica

8.4 FASES O PASOS METODOLOGICOS

Primera Fase

1 Fase: Recolección de datos estadísticos

2 Actividad de la Fase: Se realizara la actividad en la clínica de diagnostico de semiología estomatológica de la UPEA, en los alumnos de Semiología Estomatológica de la carrera de Odontología UPEA, y en los alumnos de quinto año de las facultades de bioquímica y farmacia de la UMSA.

3 Acción de actividad: recolección de datos que nos indiquen cuales son las principales lesiones elementales o síntomas menores en cavidad oral y llenado de formulario de recogida de datos sobre la calidad de atención farmacéutica y atención odontológica

Segunda Fase

1 Fase : Elaboración de Guías clínicas estomatológicas de diagnostico y tratamiento

2 Actividad de la Fase: Esta actividad se la realizara en coordinación con facultad de Odontología de la UPEA y la Facultad de Bioquímica y Farmacia de la UMSA.

- 3 Acción de actividad:** Se realizara el trabajo mediante una revisión bibliográfica y en consenso con los docentes de la Facultad de Odontología y la Facultad de Bioquímica y Farmacia.

Tercera Fase

- 1. Fase:** Implementar las guías clínicas estomatológicas de diagnóstico y tratamiento

- 2. Actividad de la Fase:** Se implementaran en la clínica de Semiología Estomatológica de la Facultad de Odontología UPEA y en el programa piloto de atención farmacéutica de la Facultad de Bioquímica y Farmacia realizado en SEDES El Alto.

- 3. Acción de actividad:** Se capacitará en el empleo y uso de las guías clínicas a los estudiantes de ambas facultades.

8.5 PLAN DE ANALISIS DE DATOS

El análisis de las principales lesiones elementales o síntomas menores estomatológicos fue mediante un muestreo irrestricto en el que se tomaron en cuenta solo las historias clínicas donde se encontraban estas lesiones, el muestreo no tuvo restricciones probabilísticas pero si restricciones de estudio adecuadas a la unidad de investigación

El análisis de los cuestionarios de recogida de datos del diagnóstico previo o de entrada, se realizó cruzando las variables dependientes e independientes. Se define como variable dependiente a los cambios sufridos por los sujetos como consecuencia de la manipulación de la variable independiente por parte del experimentador y se define a las variables independientes como las propiedades de un fenómeno al que se le va a evaluar en su capacidad para influir, incidir o afectar a otras variables.

8.6 CUESTIONES ETICAS

Se realizara una acta de consentimiento informado donde los participantes deben saber de su condición en la investigación por tratarse de un estudio de Investigación Acción respetando su criterio personal, su voluntad y su autonomía, haciéndoles saber que no existirá maleficencia en su participación, tomando en cuenta los principios de la bioética y las consideraciones emanadas por los códigos internacionales que se refieren a la ética de la investigación.

2ª PARTE

INVESTIGACIÓN (DIAGNOSTICA)

9. RESULTADOS

9.1 ANALISIS DESCRIPTIVO UNIVARIABLE

FRECUENCIA DE ENFERMEDAD

Para realizar el análisis descriptivo del tipo de enfermedad se analizaron variables como el tipo de enfermedad y otras enfermedades

Tipo de enfermedad

Para realizar el calculo de las principales lesiones elementales o síntomas menores estomatológicos se realizo un muestreo irrestricto donde se tomaron solo las historias clínicas donde se encontraban estas lesiones, este muestreo no presento restricciones probabilísticas pero si restricciones de estudio adecuadas a la unidad de investigación.

El trimestre comprendido entre los meses de Mayo, Junio, Julio 2006 de la clínica de diagnostico de semiología estomatológica de la Universidad Publica del Alto.

De un total de 520 historias clínicas

- 62% presentaban lesiones elementales
- 38% otras patologías.

De estas 195 historias clínicas que presentaban lesiones elementales

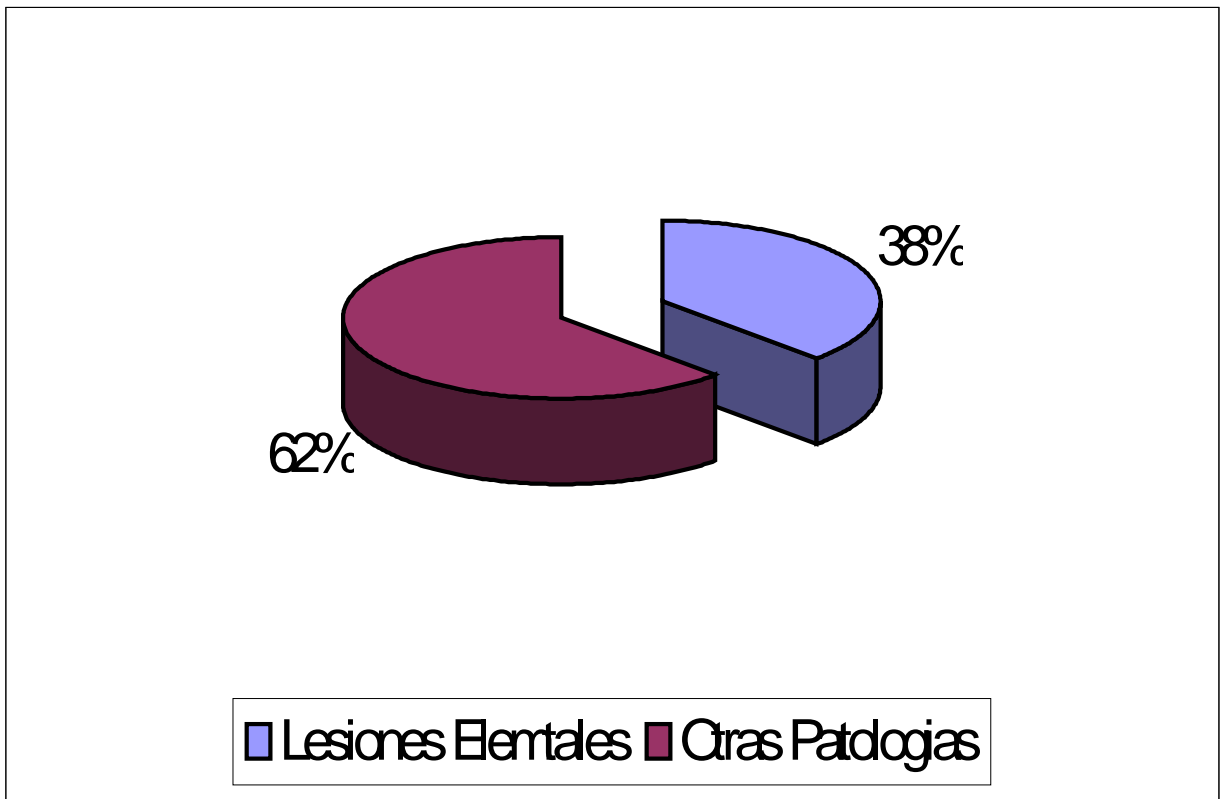
- 61% presentaban Queilitis
- 25% presentaban Aftas
- 8% presentaban Herpes bucal
- 3% presentaban Papulas
- 2% presentaban Vegetaciones

Otras enfermedades

Como lo adelantamos en el anterior análisis de variables, de un total de 520 pacientes 38% no presentaron lesiones elementales, y su motivo de consulta fue exclusivamente debido a otras patologías como caries, pulpitis infiltrativa, pulpitis abscedosa, abscesos dentoalveolares, restos radiculares, y otros.

UNIVERSIDAD PUBLICA DEL ALTO
CARRERA DE ODONTOLOGIA

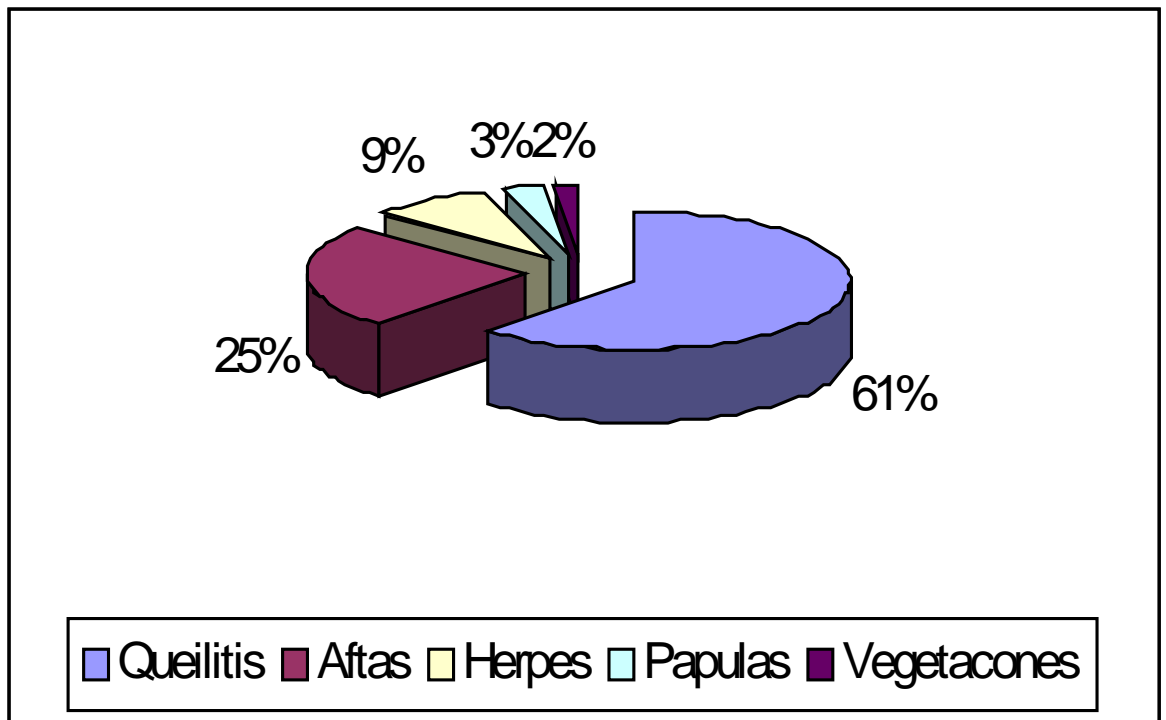
GRAFICO N° 1 FRECUENCIA DE ENFERMEDAD ESTOMATOLOGICA



FUENTE: Clinica de diagnostico UPEA, Mayo, Junio, Julio 1006, elaboración propia.

UNIVERSIDAD PUBLICA DEL ALTO
CARRERA DE ODONTOLOGIA

GRAFICO N° 2 TIPO DE ENFERMEDAD ESTOMATOLOGICA



FUENTE: Clinica de diagnostico UPEA, Mayo, Junio, Julio 1006, elaboración propia.

9.2 ANALISIS DESCRIPTIVO BIVARIABLE

CALIDAD DE LA ATENCION ODONTOLOGICA:

Para realizar el análisis descriptivo de la calidad de atención odontológica se empleo una tabla de contingencia para registrar y analizar la relación las variables que son de naturaleza cualitativa de tipo nominal.

En estas tablas se pretende conocer si existe asociación entre las dos variables, o si por el contrario se pueden considerar independientes, dicho de otra forma: queremos saber si la proporción de casos para cada categoría de una de las variables es independiente del valor que toma la otra variable.

Esta tabla nos permite ver de un vistazo las proporciones de las respuestas del cuestionario que llenaron los alumnos de quinto año de la carrera de odontología de la Universidad Pública de El Alto.

Las variables dependientes utilizadas son las siguientes:

a) Tratamiento no farmacológico Plan conjunto de cambio en algunos hábitos de vida y modificación de factores precipitantes.

b) Tratamiento farmacológico La Farmacología como una de las ramas de las ciencias médicas tiene como objetivo último mejorar los resultados actuales en la prevención y tratamiento de la enfermedad mediante estrategias farmacológicas

c) Soporte coadyuvante El soporte del tratamiento farmacológico y no farmacológico esta dedicado a la prevención de las enfermedades.

CALIDAD DE LA ATENCION FARMACEUTICA:

Para realizar el análisis descriptivo de la calidad de Atención Farmacéutica se utilizo una tabla de contingencia para registrar y analizar la relación las variables que son de naturaleza cualitativa de tipo nominal.

Para saber si existe asociación entre las dos variables, o si por el contrario son independientes se debe recurrir a este tipo de tablas, dicho de otra forma se pretende saber si la proporción de casos para cada categoría de una de las variables es independiente del valor que toma la otra variable.

Con esta tabla podemos identificar rápidamente las proporciones de las respuestas del cuestionario que llenaron los alumnos de quinto año de la facultad de bioquímica y farmacia de la Diversidad Mayor de San Andrés.

Las variables dependientes utilizadas son las siguientes:

a) Tratamiento no farmacológico Plan conjunto de cambio en algunos hábitos de vida y modificación de factores precipitantes.

b) Tratamiento farmacológico La Farmacología como una de las ramas de las ciencias médicas tiene como objetivo último mejorar los resultados actuales en la prevención y tratamiento de la enfermedad mediante estrategias farmacológicas

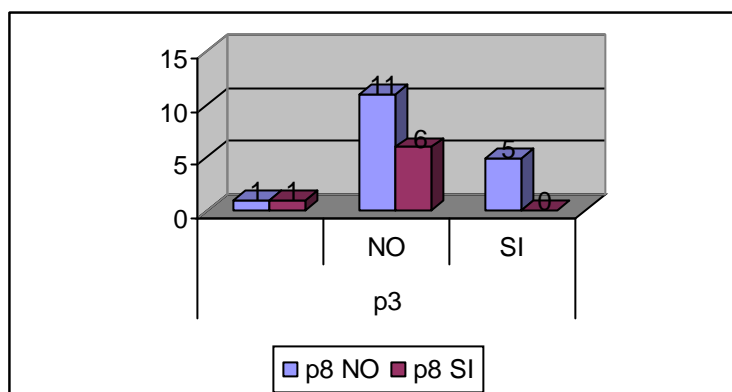
c) Soporte coadyuvante El soporte del tratamiento farmacológico y no farmacológico esta dedicado a la prevención de las enfermedades.

GRAFICO N° 3

CUESTIONARIO 1

Tabla de contingencia pregunta 8 con pregunta 3
Recuento

		P 3			Total
		No respondieron	NO	SI	
P 8	NO	1	11	5	17
	SI	1	6	0	7
Total		2	17	5	24



Existen 11 alumnos que no cuenta con una hoja de derivación de herpes bucal para el profesional odontólogo y no utilizan medicamentos sistémicos para el tratamiento del herpes simple bucal de un total de 24 alumnos.

Existen 6 alumnos que si cuenta con una hoja de derivación de herpes bucal para el profesional odontólogo y no toman en cuenta medicamentos sistémicos para el tratamiento del herpes simple bucal de un total de 24 alumnos.

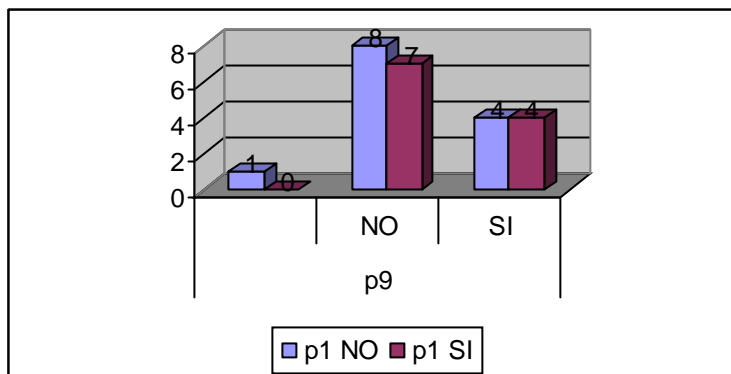
FUENTE: Alumnos de 5 año de la Facultad de Ciencias Farmacéuticas y Bioquímicas UMSA, elaboración propia, 2006.

GRAFICO N° 4

CUESTIONARIO 1

Tabla de contingencia pregunta 9 con pregunta 1
Recuento

		P 1		Total
		NO	SI	
P 9	No respondieron	1	0	1
	NO	8	7	15
	SI	4	4	8
Total		13	11	24



Existen 8 alumnos que no cuentan con una hoja de información para paciente de herpes bucal y no utilizan agentes tópicos para el tratamiento del herpes simple bucal de un total de 24 alumnos

Existen 7 alumnos que si cuentan con una hoja de información para paciente de herpes bucal y no utilizan agentes tópicos para el tratamiento del herpes simple bucal de un total de 24 alumnos

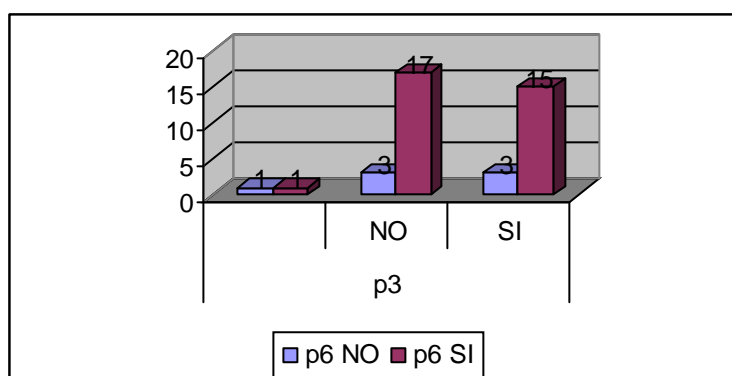
FUENTE: Alumnos de 5 año de la Facultad de Ciencias Farmacéuticas y Bioquímicas UMSA, elaboración propia, 2006.

GRAFICO N° 5

CUESTIONARIO 2

Tabla de contingencia pregunta 6 con pregunta 3
Recuento

		P 3			Total
		No respondieron	NO	SI	
P 6	NO	1	3	3	7
	SI	1	17	15	33
Total		2	20	18	40



Existen 17 alumnos que como parte del tratamiento no farmacológico toma en cuenta la educación al paciente sobre la patología y no utiliza medicamentos sistémicos para el tratamiento del herpes simple bucal de un total de 40 alumnos

Existen 15 alumnos de un total de 40 que como parte del tratamiento no farmacológico toma en cuenta la educación al paciente sobre la patología y emplean medicamentos sistémicos para el tratamiento del herpes simple bucal.

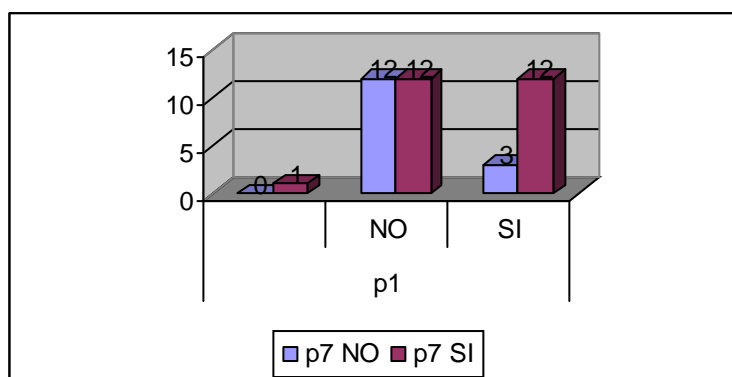
FUENTE: Alumnos de 5 año de la Carrera de Ciencias Farmacéuticas y Bioquímicas UPEA, elaboración propia, 2006.

GRAFICO Nº 6

CUESTIONARIO 2

Tabla de contingencia pregunta 7 con pregunta 1
Recuento

		P 1			Total
		No respondieron	NO	SI	
P 7	NO	0	12	3	15
	SI	1	12	12	25
Total		1	24	15	40



De un total de 40 alumnos, 12 no aplican medidas preventivas para el tratamiento del herpes simple en cavidad bucal y no utiliza agentes tópicos para el tratamiento del herpes simple bucal.

También podemos observar que 12 alumnos de un total de 40 que si aplican medidas preventivas para el tratamiento del herpes simple en cavidad bucal y no utiliza agentes tópicos para el tratamiento del herpes simple bucal.

Existen 12 alumnos de un total de 40 que si aplican medidas preventivas para el tratamiento del herpes simple en cavidad bucal y si utiliza agentes tópicos para el tratamiento del herpes simple bucal.

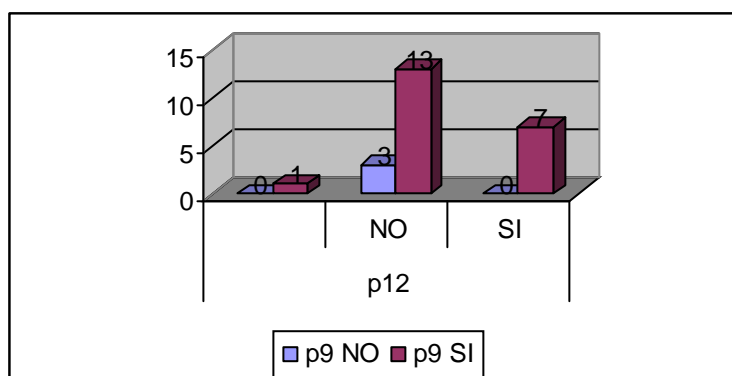
FUENTE: Alumnos de 5 año de la Carrera de Ciencias Farmacéuticas y Bioquímicas UPEA, elaboración propia, 2006

GRAFICO N° 7

CUESTIONARIO 3

Tabla de contingencia pregunta 9 con pregunta 12
Recuento

		P 12			Total
		No respondieron	NO	SI	
P 9	NO	0	3	0	3
	SI	1	13	7	21
Total		1	16	7	24



En este gráfico se evidencia que de un total de 24 alumnos 13 que como parte del tratamiento no farmacológico si toman en cuenta la educación del paciente sobre la patología y no cuentan con la hoja de información para el paciente de aftas bucales.

Existen 7 alumnos del total de 24 que como parte del tratamiento no farmacológico si toman en cuenta la educación del paciente sobre la patología y si cuentan con la hoja de información para el paciente de aftas bucales.

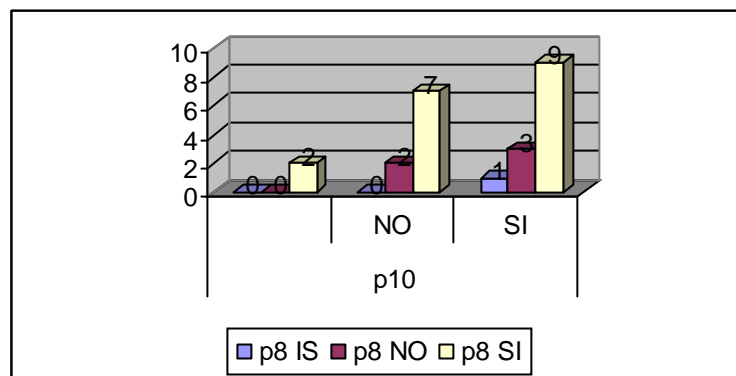
FUENTE: Alumnos de 5 año de la Facultad de Ciencias Farmacéuticas y Bioquímicas UMSA, elaboración propia, 2006.

GRAFICO N° 8

CUESTIONARIO 3

Tabla de contingencia pregunta 8 con pregunta 10
Recuento

		P 10			Total
		No respondieron	NO	SI	
P 8	No respondieron	0	0	1	1
	NO	0	2	3	5
	SI	2	7	9	18
Total		2	9	13	24



Se observa también que 7 alumnos de un total de 24 que como parte del tratamiento coadyuvante consideran las precauciones establecidas y no aplica medidas preventivas para el tratamiento del afta en cavidad bucal.

También se evidencia que de un total de 24 alumnos existen 9 que como parte del tratamiento coadyuvante si consideran las precauciones establecidas y aplican medidas preventivas para el tratamiento del afta en cavidad bucal.

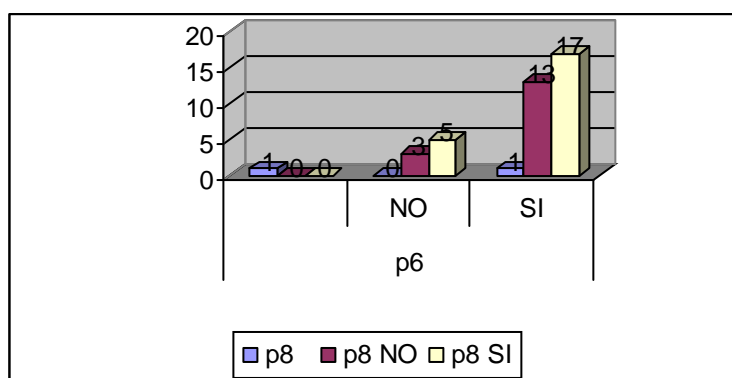
FUENTE: Alumnos de 5 año de la Facultad de Ciencias Farmacéuticas y Bioquímicas UMSA, elaboración propia, 2006

GRAFICO N° 9

CUESTIONARIO 4

Tabla de contingencia pregunta 8 con pregunta 6
Recuento

		P 6			Total
		No respondieron	NO	SI	
P 8	No respondieron	1	0	1	2
	NO	0	3	13	16
	SI	0	5	17	22
Total		1	8	31	40



De un total de 40 alumnos 13 como parte del tratamiento coadyuvante no consideran las precauciones establecidas y si indican el empleo de medicamentos sistémicos en el tratamiento de aftas bucales.

Existen 17 alumnos del mismo total de 40 que como parte del tratamiento coadyuvante si consideran las precauciones establecidas y si indican el empleo de medicamentos sistémicos en el tratamiento de aftas bucales.

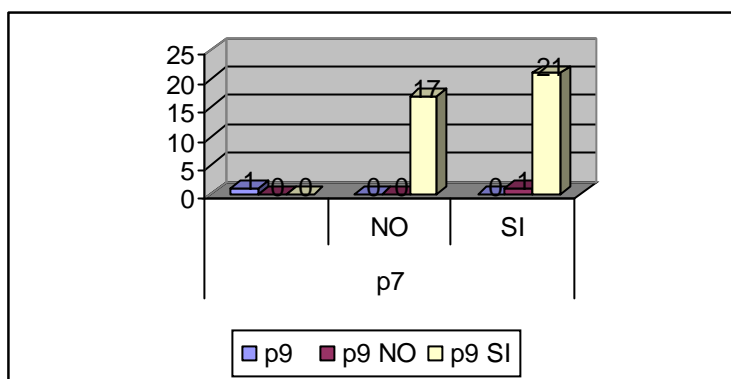
FUENTE: Alumnos de 5 año de la Carrera de Ciencias Farmacéuticas y Bioquímicas UPEA, elaboración propia, 2006.

GRAFICO Nº 10

CUESTIONARIO 4

Tabla de contingencia pregunta 9 con pregunta 7
Recuento

		P 7			Total
		No respondieron	NO	SI	
P 9	No respondieron	1	0	0	1
	NO	0	0	1	1
	SI	0	17	21	38
Total		1	17	22	40



En este gráfico se puede advertir que de un total de 40 alumnos un número de 17 como parte del tratamiento no farmacológico si consideran la educación al paciente sobre la patología y no recomiendan como tratamiento coadyuvante una dieta.

Existen 21 alumnos de 40 que como parte del tratamiento no farmacológico si toman en cuenta la educación al paciente sobre la patología y recomiendan como tratamiento coadyuvante una dieta.

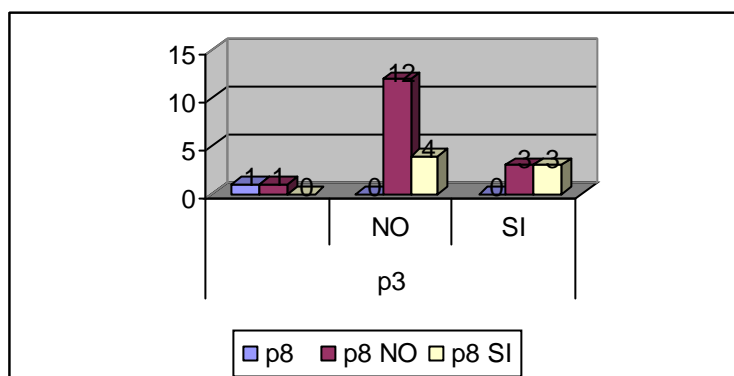
FUENTE: Alumnos de 5 año de la Carrera de Ciencias Farmacéuticas y Bioquímicas UPEA, elaboración propia, 2006

GRAFICO N°11

CUESTIONARIO 5

Tabla de contingencia pregunta 8 con pregunta 3
Recuento

		P 3			Total
		No respondieron	NO	SI	
P 8	No respondieron	1	0	0	1
	NO	1	12	3	16
	SI	0	4	3	7
Total		2	16	6	24



De un total de 24 alumnos observamos que 12 no cuentan con una hoja de derivación de queilitis exfoliativa para el profesional odontólogo y no indica el empleo de medicamentos sistémicos en el tratamiento de queilitis exfoliativa.

También podemos observar que 4 alumnos de un total de 24 si cuentan con una hoja de derivación de queilitis exfoliativa para el profesional odontólogo y no indica el empleo de medicamentos sistémicos en el tratamiento de queilitis exfoliativa.

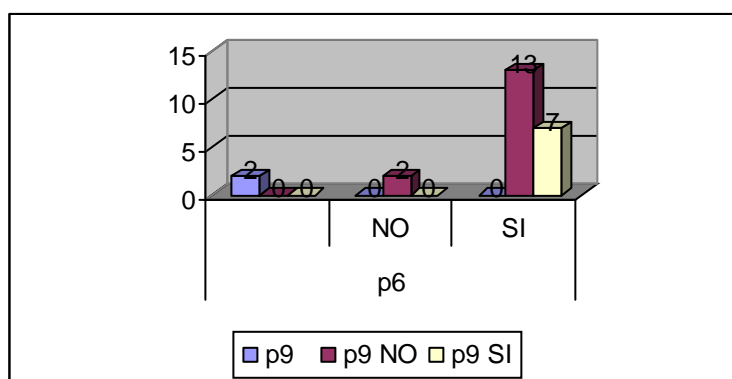
FUENTE: Alumnos de 5 año de la Facultad de Ciencias Farmacéuticas y Bioquímicas UMSA, elaboración propia, 2006

GRAFICO N° 12

CUESTIONARIO 5

Tabla de contingencia pregunta 9 con pregunta 6
Recuento

		P 6			Total
		No respondieron	NO	SI	
P 9	No respondieron	2	0	0	2
	NO	0	2	13	15
	SI	0	0	7	7
Total		2	2	20	24



Podemos evidenciar en el presente gráfico que de un total de 24 alumnos 13 no cuentan con una hoja de información de queilitis exfoliativa para el paciente y como parte del tratamiento no farmacológico toma en cuenta la educación al paciente sobre la patología.

Existen 7 alumnos de los mismos 24 que si cuentan con una hoja de información de queilitis exfoliativa para el paciente y como parte del tratamiento no farmacológico toma en cuenta la educación al paciente sobre la patología.

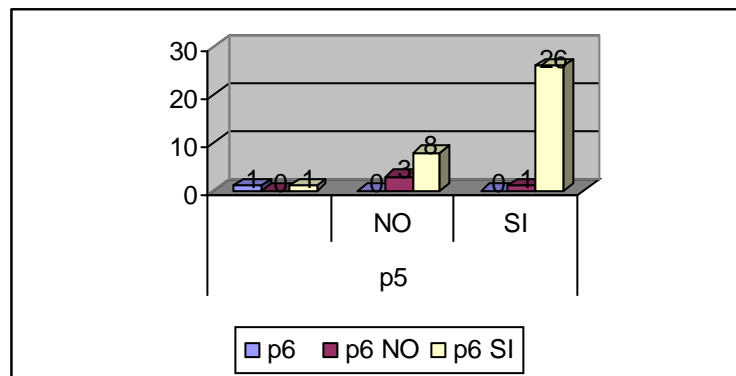
FUENTE: Alumnos de 5 año de la Facultad de Ciencias Farmacéuticas y Bioquímicas UMSA, elaboración propia, 2006.

GRAFICO N° 13

CUESTIONARIO 6

Tabla de contingencia pregunta 6 con pregunta 5
Recuento

		P 5			Total
		No respondieron	NO	SI	
P 6	No respondieron	1	0	0	1
	NO	0	3	1	4
	SI	1	8	26	35
Total		2	11	27	40



En el presente gráfico se puede evidenciar que existen 8 alumnos de un total de 40 que como parte del tratamiento no farmacológico si toman en cuenta la educación al paciente sobre la patología y como parte del tratamiento coadyuvante no consideran las precauciones establecidas.

Existen 26 alumnos de un total de 40 que como parte del tratamiento no farmacológico si consideran la educación al paciente sobre la patología y como parte del tratamiento coadyuvante si toman en cuenta las precauciones establecidas.

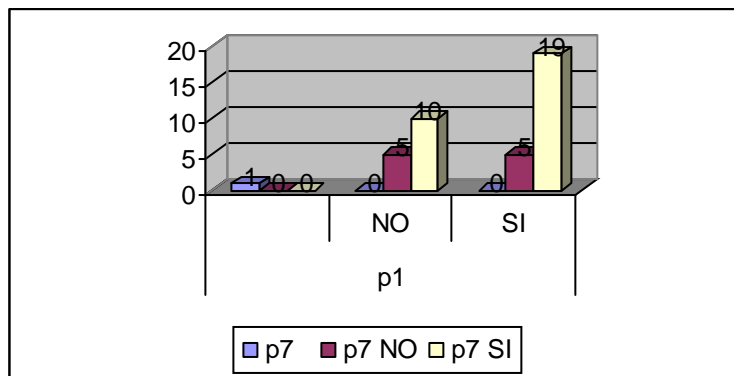
FUENTE: Alumnos de 5 año de la Carrera de Ciencias Farmacéuticas y Bioquímicas UPEA, elaboración propia, 2006

GRAFICO N° 14

CUESTIONARIO 6

Tabla de contingencia pregunta 7 con pregunta 1
Recuento

		P 1			Total
		No respondieron	NO	SI	
P 7	No respondieron	1	0	0	1
	NO	0	5	5	10
	SI	0	10	19	29
Total		1	15	24	40



En este gráfico se observa que existen 10 alumnos de un total de 40 que si aplican medidas preventivas para el tratamiento de queilitis exfoliativa y no toman en cuenta a los agentes tópicos para el tratamiento de queilitis exfoliativa.

También se observa que existen 19 alumnos de un total de 40 que si aplican medidas preventivas para el tratamiento de queilitis exfoliativa y si toman en cuenta a los agentes tópicos para el tratamiento de queilitis exfoliativa.

FUENTE: Alumnos de 5 año de la Carrera de Ciencias Farmacéuticas y Bioquímicas UPEA, elaboración propia, 2006.

10.- CONCLUSIONES

El análisis de las conclusiones se realizará en dos partes, una referente a la calidad de la atención odontológica y otra en relación a la calidad de la atención farmacéutica.

El diagnóstico de las lesiones elementales estomatológicas en cavidad bucal lograda a través de la investigación documental de las fichas clínicas, nos mostró un panorama muy difuso y ambiguo respecto a la calidad de la atención odontológica en la clínica de diagnóstico de semiología estomatológica de la UPEA, asimismo nos mostró una gran proliferación de lesiones elementales estomatológicas (las mismas que en función a su mayor incidencia fueron tratadas estadísticamente).

Los resultados del análisis de cruce de variables, de los cuestionarios llenados por los estudiantes de la UPEA nos demuestran una falta de conocimiento del tratamiento de estas lesiones elementales.

Tales hechos fueron el sustento hipotético para pensar que la calidad de la atención odontológica en esta institución de enseñanza debería presentar problemas de diversos tipos en el diagnóstico y tratamiento, pudiendo causar complicaciones odontológicas.

Así fue posible establecer los siguientes resultados:

- Se ha logrado demostrar que existe una cantidad importante de pacientes que padecen de lesiones elementales estomatológicas (Variable frecuencia de enfermedad, Gráfico 1). Sin embargo a su interior se pudo establecer que las más frecuentes son la queilitis exfoliativa, las aftas bucales, y el herpes simple bucal (Variable tipo de enfermedad, Gráfico 2)
- En el tratamiento de herpes bucal la mayoría de los alumnos toma en cuenta la educación al paciente sobre la patología como parte del tratamiento (Variable tratamiento no farmacológico Gráfico 5), pero la mitad de ellos utiliza medicamentos sistémicos para tratar esta patología (Variable tratamiento farmacológico Gráfico 5) y no utilizan agentes tópicos para el tratamiento (Variable tratamiento farmacológico Gráfico 6).
- En el tratamiento de aftas bucales la mayoría de los alumnos como parte del tratamiento coadyuvante si consideran las precauciones establecidas (Variable

tratamiento no farmacológico Gráfico 9) y utiliza medicamentos sistémicos para tratar esta patología (Variable tratamiento farmacológico Gráfico 9)

- En el tratamiento de queilitis exfoliativa una gran parte de los alumnos toma en cuenta la educación al paciente sobre la patología como parte del tratamiento (Variable tratamiento no farmacológico Gráfico 13) y la mitad de ellos utiliza medicamentos tópicos para tratar esta patología (Variable tratamiento farmacológico Gráfico 14)

En conclusión se puede establecer que los alumnos de la carrera de odontología de la Universidad Pública del Alto toman en cuenta el tratamiento no farmacológico como la educación al paciente, pero realizan un mal tratamiento especialmente la prescripción farmacológica que no es adecuada.

Los resultados del análisis del cruce de variables, de los cuestionarios llenados por los estudiantes de la Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacia de la UMSA nos indican un buen conocimiento del tratamiento farmacológico de estas lesiones elementales, pero falta de conocimiento del tratamiento no farmacológico y coadyuvante; este hecho fue el sustento hipotético para pensar que la calidad de la atención farmacéutica en esta institución de enseñanza presenta problemas de diversos tipos; en el diagnóstico y tratamiento, pudiendo causar complicaciones.

Así fue posible establecer los siguientes resultados:

- Se ha logrado establecer que la mayoría de los alumnos no cuentan con una hoja de derivación de herpes bucal para el profesional odontólogo (Variable, tratamiento coadyuvante Gráfico 3) y no cuentan con una hoja de información para paciente de herpes bucal (Variable, tratamiento coadyuvante Gráfico 4)
- También se puso en evidencia que la mayoría si consideran el tratamiento no farmacológico como la educación al paciente (Variable, tratamiento no farmacológico Gráfico 7) y no cuentan con una hoja de información para paciente de aftas bucales (Variable, tratamiento coadyuvante Gráfico 7)
- Así también pudimos demostrar que la mayoría de los alumnos no cuentan con un hoja de información de queilitis exfoliativa para el paciente (Variable, tratamiento coadyuvante Gráfico 11) y tampoco cuentan con una hoja de información para paciente que padece de queilitis exfoliativa (Variable, tratamiento coadyuvante Gráfico 12)

En conclusión se puede establecer que los alumnos la Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacia de la UMSA no toman en cuenta el tratamiento coadyuvante que se evidencia en no contar con una hoja de derivación o una hoja de información para el paciente, pero si realizan un buen tratamiento farmacológico

11.- RECOMENDACIONES

En relación a estas conclusiones inherentes a la calidad de la atención odontológica y la calidad de atención farmacéutica, se recomienda la elaboración de guías clínicas de diagnóstico y tratamiento no solo de lesiones elementales o síntomas menores estomatológicos en cavidad bucal sino de las diversas patologías que se presentan en cavidad bucal.

Las guías de diagnóstico y tratamiento deben ir acompañadas de guías farmacológicas, ambas estructuradas en consenso de un equipo conformado por profesionales en el área de la salud; como los odontólogos, bioquímicos farmacéuticos, médicos y enfermeras.

Se recomienda hacer mayor énfasis en la enseñanza del tratamiento farmacológico de estas lesiones elementales a los estudiantes de la carrera de odontología de la Universidad Pública de El Alto

Así también se debe enfatizar en los alumnos de la Facultad de Bioquímica y farmacia de la UMSA. la enseñanza del tratamiento no farmacológico de estas lesiones elementales.

Se recomienda que estas guías de diagnóstico y tratamiento ya implementadas sean consecuentes y revisadas periódicamente para el mejoramiento de las mismas, para que luego puedan ser generalizadas a otras prestigiosas instituciones.

Así pues, con basamento en los diagnósticos logrados y especialmente en los resultados obtenidos, es posible a continuación presentar la propuesta de solución traducida a unas Guías de Diagnóstico y Tratamiento de Lesiones Elementales Estomatológicas.

12.- CRONOGRAMA

Mese ano	Ano 2006						
	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
1 Fase	x	X	x				
2 Fase				x			
3 Fase					x	x	X

13 .- BIBLIOGRAFIA

1. Maximo J. Giglio. Semiología en la práctica de la odontología. Ed. Polotto Edición 2002
2. Angel P Alvarez. Patología y Clínica bucodental. Ed. Junin Edición 2002
3. Regezi / Sciubba Patología Bucal. Ed. Interamericana a SA de CV. Edición 1998
4. Romulo Luis Cabrini. Patología Bucal Ed. 1. Mundi SAICF Paraguay. Edición 1995
5. David Grinspan. Enfermedades de la Boca Ed. Mundi SACIF Buenos Aire, Argentina Edición 1999
6. Carlos Morena Rojas, Gloria Jaramillo, Maria Arbelaez, Carmen Contreras, Piedad de Rojas, Margarita Restrepo. Curso de administración de sistemas de suministros de medicamentos esenciales. Ed. Carlos Rojas. Edición 1993.
7. Roberth Cipolle, Linda Strad, Meter Morley. Ed Mc Graw / Hill interamericana. Edición 2000.
8. Faus MJ. Atención Farmacéutica como respuesta a una necesidad social. Ars Pharmaceutica. 2000; 137-143.
9. Pedro Amariles. Atención farmacéutica: concepto y componentes en el consenso español. CURSO 'ON LINE': www.correofarmaceutico.com
10. Manuel Machuca González. Pedro Amariles Muñoz. Protocolos de actuación CURSO 'ON LINE': www.correofarmaceutico.com
11. Jaime Vargas Rivas y Amparo Torres Antiñolo, Primera dispensación y dispensación repetida CURSO 'ON LINE': www.correofarmaceutico.com/cursoaf
12. Martha Milena Silva Castro. Manuel Machuca González. Introducción al método "Dáder" CURSO 'ON LINE': www.correofarmaceutico.com
13. Manuel Machuca González. José María Araújo Santos. Indicación farmacéutica Aspectos generales CURSO 'ON LINE': www.correofarmaceutico.com/cursoaf

14. Echeverria Jose Javier, Manual de Odontología, Edt. Masson S.A. Barcelona Madris año 1995
15. Sapp J. Phiip Lewis . Patologi Oral y Maxilo Facial Contemporanea Edic. España, año 1998.

3ª PARTE
GUÍAS DE DIAGNOSTICO Y
TRATAMIENTO
ESTOMATOLOGICAS

TABLA DE CONTENIDOS

<u>Contenido</u>	<u>Paginas</u>
ANTECEDENTES	1
OBJETIVO DEL MANUAL	1
GUIA CLINICA Nº 1	2
HERPES BUCAL	2
CONCEPTO	2
ETIOLOGICA	2
CLASIFICACION	3
SINTOMAS	3
TRATAMIENTO	4
TRATAMIENTO COAYUVANTE	4
HOJA DE DERIVACION DE HERPES BUCAL	6
HOJA DE INFORMACION AL PACIENTE	7
AFTAS BUCALES	8
CONCEPTO	8
ETIOLOGICA	8
CLASIFICACION	9
TRATAMIENTO	10
TRATAMIENTO COAYUVANTE	11
CAUSAS DE REMISION AL ODONTOLOGO	14
HOJA DE DERIVACION DE AFTAS BUCALES	15
HOJA DE INFORMACION AL PACIENTE	16
QUEILITIS EXFOLIATIVA	17
CONCEPTO	17
ETIOLOGICA	17
CLASIFICACION	18
TRATAMIENTO	20
TRATAMIENTO COAYUVANTE	20

CAUSAS DE REMISION AL ODONTOLOGO	22
HOJA DE DERIVACION DE QUEILITIS EXFOLIATIVA	24
HOJA DE INFORMACION AL PACIENTE	25

GUÍAS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ESTOMATOLOGICOS

1.- ANTECEDENTES

La carrera de odontología de la Universidad Publica de El Alto identifico como una debilidad la falta de normas de atención y manejo de pacientes, cuyo contenido ayude a establecer criterios uniformes de diagnostico y tratamiento de las patologías mas frecuentes en la consulta a la población de la ciudad de El Alto.

Es indispensable promover el Uso Racional del Medicamento en la atención farmacéutica para mejorar la calidad y seguridad de atención al paciente.

2.- OBJETIVO

Las guías de diagnostico y tratamiento estomatológicos permitirán:

- Facilitar el trabajo cotidiano del odontólogo y del farmacéutico, al constituirse en un instrumento de referencia para la toma de decisiones terapéuticas.
- Unificar criterios científicos de manejo, decisión diagnostico y tratamiento odontológico del paciente.
- Actualizar los conocimientos odontológicos y farmacéuticos.
- Facilitar la adopción de alternativas terapéuticas adecuadas.
- Apoyar al odontólogo y al farmacéutico para afrontar su responsabilidad civil.
- Facilitar el manejo del paciente, su diagnostico y prescripción.
- Favorecer y promover el uso racional de medicamentos y uso de los medios auxiliares de diagnostico y tratamiento.
- Promover el uso del listado básico de medicamentos y establecer en casos necesarios terapéuticas alternativas a esta.
- Determinar los requerimientos en medicamentos e insumos para diagnostico y tratamiento.
- Favorecer procesos de auditoria odontológica.
- Beneficiar en procesos de auditoria de recetas.
- Favorecer procesos de determinación y estructura de costos.

HERPES BUCAL

Concepto

Los nombres alternativos son ulcera peri bucal; ampolla febril; herpes simple oral. Es una infección causada por el virus del herpes simple que se caracteriza por la erupción de ampollas pequeñas y dolorosas, ubicadas por lo general en la piel de los labios, mucosa oral, encías o en la zona peri bucal. Dichas ampollas comúnmente se llaman ampollas febriles o herpes labial.

El herpes labial es una enfermedad extremadamente común, causada por la infección del área bucal con el virus del herpes simple, muy a menudo el tipo I.



Etiología

La infección primaria o inicial por el virus del herpes simple tipo I puede ser asintomático o causar únicamente úlceras en la mucosa oral, posteriormente el virus permanece en forma acantonada en el tejido de los nervios de la cara.

En ciertas personas, por causas de estrés, exposición solar o por cuadros infecciosos, se reactiva y causa las lesiones características de una calentura en los labios, con la formación de pequeñas ampollas, exudación y formación de una costra, casi siempre en la misma zona.

El virus del herpes es contagioso y se puede transmitir por contacto directo con la exudación del comienzo de la erupción de persona a persona o a través de elementos contaminados como cubiertos, vasos, toallas, platos, etc...

La primera infección del virus genera los primeros síntomas una o dos semanas después del contacto con otra persona infectada, las lesiones del herpes labial permanecen durante siete a diez días y luego comienzan a desaparecer haciendo una costra cicatricial. Pero como se ha dicho anteriormente el virus queda latente en la estructura de los nervios y puede volver a rebrotar más o menos frecuentemente.

Los factores se asocian a la presencia del herpes son :

- Mujeres por un estímulo hormonal generalmente premenstrual.
- Exposición al sol, sin protección.
- Fiebre alta.
- Stress.
- Otras enfermedades que pueden bajar la inmunidad.

Clasificación

- Virus del herpes simple 1 y 2
- Virus de la varicela zoster (virus del herpes tipo 3)
- Cytomegalovirus *Virus del herpes tipo 4
- Epstein Bar. (virus del herpes tipo 5)
- Virus del herpes tipo 6

Síntomas

Los síntomas de advertencia como prurito, sensación de quemazón, aumento de la sensibilidad, hormigueo se pueden presentar unos dos días antes de la aparición de las lesiones en la piel o erupción alrededor de los labios, boca y encías, pasado el periodo de incubación puede existir:

- Ampollas (vesículas) pequeñas, que contienen un líquido claro amarillento
- Ampollas enrojecidas, levantadas y dolorosas en un área de la piel
- Las vesículas se forman, se rompen y drenan
- Se forman costras amarillas que al caer dejan ver el aspecto rosado de la piel cicatricial
- Varias ampollas pequeñas que emergen para formar una ampolla más grande
- Se puede presentar fiebre leve
- Pueden juntarse apareciendo ampollas enrojecidas.
- La zona queda dolorosa y con quemazón.
- Engrosamiento de los ganglios del cuello.

Tratamiento

La erupción puede tener una evolución total de 10 días con o sin tratamiento.

Tipo de tratamiento	Indicaciones
Agentes tópicos	Herpes esporádico en la parte anterior de la boca, especialmente indicado si es único.
Analgésicos	Pueden aliviar el dolor
Medicamento sistémicos	Herpes severas o moderadamente severas refractarias a otros tratamientos. La utilización precoz, antes de la erupción, con antivirales disminuye la extensión de la erupción, mejora las molestias y dura menos días.

Tratamiento coadyuvante

- Siempre se debe mantener la zona muy limpia para evitar infecciones bacterianas
- Intentar tener precaución para no infectar a otras personas tanto por contacto directo como por los utensilios de comida o de higiene diarios.
- Si dolor añadir un anestésico local disuelto en la boca
- Si existe malnutrición añadir un poli vitamínico una al día
- Cambios en la dieta que pueden ser beneficiosos
Lisina: Consumir alimentos ricos en lisina, como el yogur bajo en grasa y otros productos lácteos descremados.
Arginina: Evitar alimentos ricos en arginina, como las nueces, los cacahuates y el chocolate.

Aciclovir

Acción terapéutica.: Antiviral selectivo contra virus herpes.

Propiedades.

Actúa contra los tipos I y II de herpes simple y virus de varicela zoster, con baja toxicidad para las células infectadas del hombre. Cuando penetra en la célula infectada por el virus herpes, el aciclovir se fosforila convirtiéndose en el compuesto activo aciclovir-trifosfato.

Está indicado para el tratamiento de infecciones por virus herpes simple y profilaxis en pacientes inmunodeprimidos, sobre todo en infecciones cutáneas progresivas o diseminadas.

Los medicamentos antivirales bajo receta médica, como aciclovir tópico o aciclovir oral, pueden reducir la duración de las lesiones.

Antinflamatorios no esteroideos

Paracetamol

Acción terapéutica: Antipirético. Analgésico.

Propiedades.

La eficacia clínica del paracetamol como analgésico y antipirético es similar a la de los antiinflamatorios no esteroideos ácidos. El fármaco resulta ineficaz como antiinflamatorio y en general tiene escasos efectos periféricos relacionados con la inhibición de la ciclooxigenasa salvo, quizá, la toxicidad en el nivel de la médula suprarrenal.

Dosificación: Adultos: 500mg a 1.000mg por vez, sin superar los 4g por día. Niños: 30mg/kg/día.

Ibuprofeno

Acción terapéutica: Antiinflamatorio, analgésico, antipirético.

Propiedades.

Es un antiinflamatorio no esteroide, que inhibe a la enzima ciclooxigenasa; da lugar a una disminución de la formación de precursores de las prostaglandinas y de los tromboxanos a partir del ácido araquidónico.

Agentes tópicos

Los agentes tópicos que se venden sin receta incluyen docosanol (Abreva®) y allantoin (Herpecin-L®), además de combinaciones de camphor y phenol (Campho-Phenique®); pueden ayudar a aliviar el dolor y favorecer la curación de las lesiones.

Suplementos nutricionales

Lisina (De 1 a 3 gramos al día durante la etapa de "pródromos" [los primeros síntomas] y aparición; de 500 a 1,000 mg diarios para prevenir la recurrencia): Se ha observado que este aminoácido reduce la tasa de recurrencia de las infecciones por herpes simple, y puede acelerar la recuperación si se toma cuando aparecen los primeros signos de un ataque.

Vitamina C y flavonoides: 200 mg de vitamina C más 200 mg de flavonoides, cada uno tomado de tres a cinco veces al día.

Sulfato de zinc (tópico): El óxido de zinc, la única forma de zinc disponible comercialmente para aplicación tópica, probablemente no sea efectivo para tratar el herpes simple. Pueden obtenerse otras formas de zinc tópico con receta, en una farmacia que prepare medicamentos. Sin embargo, debido a que una concentración excesiva de zinc puede causar irritación en la piel, el zinc tópico sólo debe usarse bajo la supervisión de un médico con experiencia en el uso de esta sustancia.

Vitamina E en aceite: Sature un algodón y aplíquelo a la lesión, sin retirarlo durante 15 minutos.

Hierbas

Citronela (Melissa officinalis): Pomada de citronela aplicada dos a cuatro veces al día, durante cinco a diez días.

Hamamelis (tópico): Se aplica como pomada tópica con un 2% de extracto de corteza de hamamelis, seis veces al día, durante tres a ocho días.

HOJA DE DERIVACION HERPES BUCAL

Edad: < 1, 1-5, 5-12, 12-25, 25-50, 50-65, > 65
Sexo: H M

Nombre.....
Teléfono.....
Fecha de contacto.....

Sugerir medico si es positivo en alguno de los casos siguientes:

- Diseminación del herpes a otras áreas de la piel
- Infecciones cutáneas bacterianas secundarias
- Recurrencia del herpes labial
- Infección generalizada que en personas inmunosuprimidas, incluyendo aquellos con dermatitis atópica, cáncer e infección por VIH, puede ser potencialmente mortal
- Menor de 5 años
- Embarazada

Observaciones
.....
.....
.....
.....
.....

INFORMACIÓN AL PACIENTE

Farmacia.....

Herpes Bucal :

El herpes bucal o labial son ampollas dolorosas, llenas de líquido, que se forman en los bordes de los labios y que son provocadas por un virus del herpes, por lo general el virus del herpes simple 1.

Los factores que se asocian a la presencia del herpes son los siguientes:

- Mujeres por un estímulo hormonal generalmente premenstrual.
- Exposición al sol, sin protección.
- Fiebre alta.
- Stress.
- Otras enfermedades que pueden bajar la inmunidad.

Si se presenta en otras partes del cuerpo el herpes tipo 1 puede también aparecer en los genitales, aunque el herpes que se manifiesta en esta zona es el herpes tipo 2 que es de transmisión sexual.

Los virus del herpes son contagiosos y se transmiten ya sea de forma directa o indirecta a través de elementos contaminados como cuchillas de afeitar, toallas, platos y otros artículos que se comparten. Ocasionalmente el contacto orogenital puede diseminar el herpes oral a los genitales y viceversa.

Se debe evitar el contacto directo con lesiones de herpes labial u otras lesiones herpéticas. El riesgo de diseminación indirecta disminuye si se tiene el cuidado de lavar con agua caliente (preferiblemente hervida) los objetos que han estado en contacto con el germen antes de ser reutilizados y no compartir artículos con personas infectadas, especialmente cuando la infección está activa. Lo más adecuado es evitar todos los factores precipitantes (especialmente la exposición al sol) si la persona es propensa a adquirir el herpes oral.

A continuación se le ofrece información sobre el medicamento que se le ha recomendado

.....
.....
.....
.....
.....
.....

AFTAS BUCALES

Concepto

Aparecen como una erosión de bordes eritematosos y centro blanquecino, de 3 a 5 mm. de diámetro, preferentemente en las caras internas de las mejillas y labios, paladar blando, suelo de la boca o bordes de la lengua.

Las mas frecuentes se curan por si solas en 7 a 10 días. Durante la fase aguda de tres o cuatro días pueden llegar a ser muy dolorosas, interfiriendo con la alimentación o con el habla.

En la mayoría de los casos no hay causa aparente que provoque el afta



Etiología

Las aftas suelen aparecer por primera vez durante la infancia o la adolescencia, si aparecen por primera vez en la edad adulta, o se producen en ciclos muy regulares, deberemos pensar en alguna causa subyacente.

- Anemia y deficiencia de vitaminas: Las aftas pueden aparecer por deficiencia de hierro, folatos o vitamina B12. En estos casos aparecería antes de que la anemia se desarrolle, por ello no es útil un análisis de hemoglobina. También pueden ser debidas a deficiencias de vitaminas B1, B2 o B6. Si sospechamos esto deberemos investigar el historial de anemias, mal absorción, perdidas de sangre especialmente menstrual, hemorroides o una dieta vegetariana inadecuada. El tratamiento de la deficiencia curara las aftas, pero solo cuando se corrija la deficiencia.
- Enfermedades inflamatorias intestinales, Crohn o Colitis Ulcerosa: Estas enfermedades pueden ir acompañadas de aftas, aparecerán fiebre, diarrea, dolor abdominal y perdida de peso. Es posible que haya una mal absorción

El tratamiento de la enfermedad intestinal generalmente no basta para curar el afta, se deberá tratar esta especialmente.

- Enfermedad celiaca: Se asocia a veces con aftas. Puede ser debido a una mal absorción debida a la intolerancia al gluten. El tratamiento de la malabsorción no basta para curar las aftas y se debe instaurar un tratamiento específico.
- Enfermedad de Behcet: Esta es una enfermedad multisistémica de posible etiología inmunológica. Suele debutar con aftas recurrentes de tamaño y profundidad variables. También aparecen úlceras genitales y lesiones oculares, uveítis y/o vasculitis retiniana. Su prevalencia en Europa es muy escasa (1/500.000). El tratamiento de esta enfermedad es muy difícil, por ello se tratan las aftas de forma independiente.
- Enfermedad de Reiter o Artritis Reactiva: Enfermedad inflamatoria de alguna articulación como consecuencia de una infección extraarticular. Suele cursar con conjuntivitis y uretritis y alguna vez produce aftas.
- SIDA: Los pacientes HIV+ están predispuestos a padecer episodios de aftas, que serán más severos conforme progresa la enfermedad. No es conveniente investigar el Sida en todos los pacientes con aftas severas pero deberemos remitir a un especialista si observamos algún otro síntoma que pueda sugerir el Sida, como son pérdida de peso, adenopatías, trastornos menores en la piel, infecciones oportunistas, diarrea crónica ...
- Neutropenia: La neutropenia va a causar aftas que, más que recurrentes, serán crónicas. En algunos casos de neutropenia cíclica, con caídas en el recuento de neutrófilos cada 2-4 semanas, las aftas también aparecerán de forma cíclica. Un análisis de sangre realizado para comprobar la anemia también podrá excluir la neutropenia. Otros síntomas que acompañan a la neutropenia son infecciones recurrentes respiratorias, garganta o piel. En muchos casos la neutropenia es iatrogénica y podrá determinarse la causa mediante una cuidadosa historia farmacológica.

Clasificación:

4. Estomatitis aftosa menor:

- Úlceras de pequeño tamaño, de 1 a 10 mm, generalmente alrededor de 5 mm.
- Aparecen en número de 1 a 5.
- Presentan un halo de eritema alrededor de ella
- Duran de 7 a 10 días
- No son muy dolorosas
- Se presentan casi exclusivamente en la zona no queratinizada de la mucosa oral; labios, mejillas y lengua.
- Se presentan en el 80% de los casos.

5. Estomatitis aftosa mayor:

- Normalmente de más de 10 mm. Aunque a veces pueden ser más pequeñas
- Aparecen en número de 1 o 2
- Eritema periúlcerar variable
- Duran de 2 semanas a varios meses.
- Generalmente aparecen en el borde de la lengua, fauces o paladar blando
- Muy dolorosas, dificultan la alimentación.
- Curan dejando cicatriz
- Se presentan en el 10-12% de casos

6. Estomatitis aftosa herpetiforme

- Tamaño desde 0,5 a 3 mm.
- Aparecen en elevado número, de 5 a 100
- Son redondas, pero tienden a coalescer tomando formas irregulares
- Pueden durar desde 1 semana hasta 2 meses.
- Afectan normalmente al interior de los labios y a la cara inferior de la lengua.
- Pueden ser muy dolorosas

La ulceración puede seguir a un pequeño trauma como puede ser un golpe o un roce con el cepillo de dientes. Algunas personas experimentan un periodo prodrómico antes de que aparezca la ulcera, en estos casos se puede iniciar el tratamiento al primer síntoma.

Tratamiento

Existen numerosos tratamientos para las aftas lo cual quiere decir que ninguno es realmente efectivo. El tratamiento solo podrá reducir el número de aftas, el dolor y la frecuencia. El objetivo es más hacer soportables las aftas que curarlas y no se puede especificar ninguno que sea efectivo en todos los casos, habrá que buscar el mejor para cada paciente.

Evidentemente, lo primero será identificar correctamente el problema para remitir al médico si fuera necesario.

Teniendo en cuenta que el objetivo del tratamiento es hacer soportables las aftas es importante tranquilizar al paciente. Para ello deberemos informarle de que:

- Las aftas son un trastorno muy corriente que afecta alguna vez hasta el 25% de la población
- Las posibles enfermedades subyacentes han sido excluidas
- No son una enfermedad seria aunque si una molestia
- No son malignas ni contagiosas
- Los niños pueden tener aftas pero no son hereditarias

En algunos casos basta con esto y no es necesario instaurar un tratamiento. Deberemos hacer las siguientes recomendaciones:

- Evitar comidas o bebidas picantes o ácidas y bebidas carbónicas
- Beber por una pajita para evitar el contacto con la boca si fuera necesario
- Evitar alimentos que produzcan aristas como patatas fritas, ...
- Evitar el stress dentro de lo posible.

Elección del tratamiento:

Tipo de tratamiento	Indicaciones
Pomadas protectoras	Úlceras esporádicas en la parte anterior de la boca, especialmente indicado si es única. Su uso puede ser dificultoso por lo que el paciente debe tener algo de destreza.
Colutorios antisépticos	Úlceras poco frecuentes y el paciente quiere reducir el dolor del ataque. Muy útiles cuando las úlceras cubren zonas de la boca no accesible a las pomadas
Corticoides tópicos de baja potencia en grase	Úlceras no especialmente severas pero que perturban al paciente por su frecuencia. Los corticoides pueden usarse para reducir la frecuencia. Las aftas deben estar en sitios accesibles para las pomadas o para los comprimidos para disolver en la boca.
Aerosoles	Cuando deben utilizarse corticoides más potentes y en zonas inaccesibles como oró faringe o el paladar blando
Colutorios con esteroides	Aftas severas o cuando están extendidas por toda la boca
Medicamentos sistémicos	Aftas severas o moderadamente severas refractarias a otros tratamientos

Tratamiento coadyuvante

- Si dolor añadir un anestésico local disuelto en la boca
- Si posible malnutrición añadir un polivitamínico una al día
- Si las aftas están totalmente ulceradas HEXETIDINA en colutorio antes del corticoides

Carbenoxolona en orabasel

Acción terapéutica: Citoprotector. Mucotrófico.

Propiedades.

La carbenoxolona posee acción antiinflamatoria y citoprotectora sobre las superficies mucosas, por lo que se emplea en el tratamiento de lesiones de la mucosa oral (úlceras, grietas, irritación, descamación, erosiones). Esta droga acelera los procesos de cicatrización, aumenta los niveles locales de prostaglandinas citoprotectoras y la producción de sustancias mucosas, disminuyendo las molestias y la irritación. Además, la carbenoxolona, posee propiedades detergentes y antimicrobianas, lo que contribuye, a evitar la sobreinfección de estas lesiones mucosas.

Indicaciones.

Úlceras de la mucosa bucal, aftas, gingivitis, estomatitis, traumatismos orales, encías sangrantes, molestias de la primera dentición. Prevención y curación de úlceras producidas por aparatos maxilofaciales, poscirugía bucodental.

Dosificación.

Vía tópica: aplicar una capa delgada de carbenoxolona al 2% sobre la zona a tratar cada cuatro horas.

Hidrocortisona + vit B y C

Acción terapéutica: Corticosteroide. Antiinflamatorio esteroide.
Inmunosupresor.

Propiedades.

Difunde a través de las membranas celulares y forma complejos con receptores citoplasmáticos específicos; estos complejos penetran en el núcleo de la célula, se unen al DNA (cromatina) y estimulan la transcripción del mRNA y la posterior síntesis de varias enzimas, que son las responsables en última instancia de los efectos de los corticosteroides sistémicos.

Indicaciones.

La hidrocortisona es un corticoide de baja potencia que actúa como antiinflamatorio

Dosificación.

Un comprimido disuelto en la boca tres o cuatro veces al día. Son comprimidos para disolver en la boca, llevan hidrocortisona y vitaminas B y C.. Deberá tomar 3 o 4 al día dejándolos disolverse cerca del afta, normalmente tardaran entre 15 y 30 minutos. A las dosis indicadas no tiene ningún efecto secundario. Están contraindicados en caso de infección vírica.

Miconazol en gel oral

Acción terapéutica: Antimicótico.

Propiedades.

Es un fungistático, aunque puede ser fungicida con dependencia de la concentración. Actúa por inhibición de la biosíntesis del ergosterol o de otros esteroides, lo que lesiona la membrana de la pared celular fúngica y altera su permeabilidad; como consecuencia, puede producirse la pérdida de orgánulos intracelulares esenciales.

Indicaciones.

Tratamiento de la candidiasis cutánea y otras dermatomicosis.

Dosificación.

Vía tópica: aplicar en la piel dos veces por día hasta 48 horas después de la curación.

Nistatina en suspensión oral

Acción terapéutica: Antimicótico.

Propiedades.

Su mecanismo de acción consiste en su unión a los esteroides en la membrana celular fúngica, que ocasiona la incapacidad de la membrana para funcionar como barrera selectiva, con la pérdida de constituyentes celulares esenciales

Indicaciones.

Tratamiento de la candidiasis orofaríngea, tratamiento de la candidiasis mucocutánea.

Dosificación.

Cuatro aplicaciones al día sobre la zona afectada hasta 48 horas después de la curación. Es un líquido que contiene Nistatina. Deberá agitar el frasco antes de usar y mantener la cantidad indicada del líquido en la boca el máximo tiempo posible, después se lo tragará. No tome nada después (ni siquiera agua) para que el líquido que ha impregnado la boca se mantenga el máximo tiempo posible.

Hexetidina

Acción terapéutica.: Antiséptico.

Propiedades.

Es un antiséptico con actividad antibacteriana sobre numerosos microorganismos (*Streptococcus*, *Lactobacillus*) y hongos (*Candida*) que se emplea como colutorio en diferentes patologías bucofaríngeas y odontológicas. La hexetidina posee efecto antibacteriano sobre *Candida albicans*, *Streptococcus salivarius*, *Streptococcus mutans*, *Streptococcus sanguis*, *Streptococcus pyogenes*, *Lactobacillus casei* y *Lactobacillus acidophilus*. En cambio, *Escherichia coli* y *Pseudomonas aeruginosa* han demostrado ser relativamente resistentes a esta droga.

Indicaciones.

Los lavados bucales con hexetidina disminuyen la disfagia resultante de alteraciones dolorosas de la boca, aceleran la cicatrización de heridas quirúrgicas y otras lesiones orales producidas por trauma o infección. Además, la hexetidina reduce o elimina la halitosis. Coadyuvante en el tratamiento de gingivitis, estomatitis ulcerosa o mitótica, periodontitis, pulpitis, alveolitis, flemones o abscesos.

Dosificación.

Enjuagues bucales o gargarismos con 15ml de hexetidina al 0,1% durante 30 segundos. Repetir 2-3 veces al día, o más, en caso de ser necesario.

Anestésico local + antiséptico

Este medicamento no pretende curarle las aftas, se le ha dado para disminuir el dolor y/o las molestias que le producen. Contiene un antiséptico (clorhexidina) y un anestésico local (benzocaína). Deberá dejar disolver en la boca entre 5 y 8 pastillas al día. Recuerde que con este medicamento no pretendemos curarle, por tanto deje de tomarlo en el momento en que esté mejor. Es posible que alguna vez lo haya tomado para la garganta porque también sirve para ello.

Complejo vitamínico

Este medicamento es un complejo vitamínico, se le ha recomendado porque es posible que su alimentación no sea correcta y tenga falta de vitaminas. Deberá tragar una pastilla al día hasta terminar la caja. Con esto no pretendemos curarle las aftas, sino evitar que vuelvan a aparecer.

Causas de remisión al medico:

Será en todos los casos en los que supongamos un problema subyacente.

* Las aftas no deben durar mas de 15 días, si esto ocurriera podríamos estar ante un proceso mas grave, quizá un cáncer, deberemos asegurarnos de que el paciente acuda al medico, pero no es imprescindible la urgencia, por ello no deberemos alarmarle mas de la cuenta y indicarle colutorios antisépticos si se niega a ir al medico. Pero el seguimiento es obligatorio las veces que sea necesario hasta que vaya al medico. Si después de varias veces de intentarlo sigue negándose a ir al medico, y una vez transcurrido dos o tres meses, tendremos que empezar a alarmarlo.

* Las aftas pueden ser síntoma de otras enfermedades, deberemos enviar el paciente al medico si el afta viene acompañada de otros síntomas. Normalmente el paciente aceptara mas fácilmente acudir al medico, pero si se negara le daremos colutorios antisépticos y le haremos seguimiento hasta la curación del afta y de los otros síntomas, que posiblemente sean mas importantes.

* Si aparecen frecuentemente es posible que tengan una causa concreta. Remitiremos al medico para que la averigüe. Si el paciente se niega a ir y se encuentra bien podremos tratarlo (ya lo enviaremos al medico a la siguiente ocasión). Si hubiera alguna otra causa de remisión al medico deberemos insistir en que acuda al medico dándole colutorios antisépticos si se niega. El seguimiento es imprescindible.

* Si el paciente es mayor de 65 años lo remitiremos al medico de forma genérica como haremos en todos los casos con mayores de 65 años, lo cual quiere decir que normalmente se van a negar. Estas personas van al medico con frecuencia, podemos sugerirles que se lo comenten la próxima vez que vayan y deberemos estar al tanto para recordárselo, pero es fácil que el medico no les haga mucho caso. Si esto ocurre deberemos estar preparados para tratarlos nosotros, pero teniendo en cuenta las enfermedades y tratamientos frecuentes en las personas mayores. Lo indicado seria tratarlos, con mucha prudencia, solamente si son pacientes conocidos en la farmacia y ya se les hace seguimiento por otras causas.

**HOJA DE DERIVACION
AFTAS BUCALES**

Edad: < 1, 1-5, 5-12, 12-25, 25-50, 50-65, > 65
Sexo: H M

Nombre.....
Teléfono.....
Fecha de contacto.....

Sugerir medico si es positivo en alguno de los casos siguientes:

- Afta de más de 10 mm.
- Otros síntomas asociados
- Tiempo de evolución mayor de 15 días
- Mayor de 65 años
- Menor de 1 año
- Embarazada
- Consumo de antibióticos hace 10 días
- Varios brotes al año(mas de 6)
- Paciente con Problemas dentales (prótesis, caries...)

Observaciones

.....
.....
.....
.....
.....

INFORMACIÓN AL PACIENTE

Farmacia.....

Aftas bucales:

Las aftas bucales son unas úlceras que aparecen en la mucosa oral, no se conoce su causa. Es un proceso muy común, el 25% de la población lo sufre alguna vez. No son contagiosas.

Generalmente curan ellas solas en 10 a 15 días, por ello se le aconseja ir al médico si transcurrido ese plazo todavía las tuviera.

No hay ningún tratamiento que sea totalmente eficaz, el que se le ha dado pretende acelerar el proceso de curación y/o aliviar las molestias.

Para evitar el dolor es aconsejable que evite las comidas picantes, ácidas o saladas, y los alimentos que produzcan aristas (pan tostado, papas). También deberá evitar las bebidas ácidas (zumos) o con gas.

Si ha tomado antibióticos hace menos de 15 días las aftas pueden ser debidas a una infección por hongos, en ese caso es mejor que consulte con su médico.

En algunas ocasiones las aftas son debidas a una carencia de vitaminas, esto es raro, pero si usted hace una dieta desequilibrada o muy baja en frutas y verduras será conveniente que cambie la dieta o añada un suplemento de vitaminas.

A continuación se le ofrece información sobre el medicamento que se le ha recomendado

.....
.....
.....
.....
.....
.....

QUEILITIS EXFOLIATIVA

Concepto

La queilitis exfoliativa es un trastorno inflamatorio superficial crónico del borde rojo de los labios, caracterizado por una descamación persistente y la formación de costras. Se consideran con este término las queilitis que no pueden ser atribuidas a sensibilización por contacto o a la luz solar, así como las queilitis provocadas por hábitos irritativos. Es más frecuente en mujeres jóvenes.



Etiología

Los factores causales y conocidos son diversos, aunque su agente etiológico fundamental es la *Candida albicans*, pero puede obedecer a trastornos y enfermedades generales. Se considera que la disminución de la dimensión vertical oclusiva es la causa más frecuente de la queilitis, y en especial de la queilitis angular. Esta disminución de la altura facial facilita la formación de pliegues laterales profundos que son bañados con saliva de forma constante, lo que crea un ambiente de humedad propicio para la colonización por *Candida*, lesión característica que se manifiesta como fisuras profundas y dolorosas cubiertas por una membrana blanquecina.

Otros autores asocian la presencia de queilitis con estados inmunodeprimidos, carencia de alimentos.

Saizar plantea como causa de queilitis angular, la dimensión vertical disminuida y mordidas bajas en pacientes dentados. *Stanley* plantea carencia de vitaminas B2 y B6. *Santana* plantea la anemia megaloblástica y déficit de vitaminas B2 y B6. *Dechaume* asocia la queilitis con diabéticos, etílicos, cirróticos, asiáticos, inmunodepresión.^{7,15} *Reichart* plantea la presencia de queilitis en diabetes, estados inmunodeprimidos, SIDA y disminución de la dimensión vertical.

Agrupando los diferentes criterios, para facilitar su estudio, las queilitis pueden ser producidas por:

Factores generales:

- Trastornos nutricionales.
- Alteraciones endocrinas (diabetes).
- Anemias.
- Carencias vitamínicas.
- Defectos de inmunidad.
- Tratamientos citotóxicos o inmunosupresores.
- Etílicos cirróticos.
- Infancia, vejez.

Factores locales:

- Disminución de la dimensión vertical oclusiva en pacientes dentados y en desdentados totales o parciales, rehabilitados o no.
- Irritantes (sustancias químicas).
- Hipersensibilidad.
- Hábitos o traumatismos provocados por el mordisqueo de las comisuras provocando irritación crónica.

Clasificación:

1. Queilitis mucosa:

- Aguda: aparece en la semimucosa labial (zona de Klein). Se presenta como enrojecimiento, vesículas, edemas y costras.
- Crónica: eritema, escamas, o fisuras dolorosas.

2. Queilitis microbianas:

- Queilitis impetiginosa: es frecuente en niños convalecientes de una enfermedad infecciosa o relacionada con un impétigo cutáneo (de cara), donde el contagio se produce por propagación directa de la piel a la mucosa. Esta queilitis es más acentuada en el labio inferior.
- Queilitis estreptocócica aguda: se inicia con estado febril, hay enrojecimiento, edema y después costras y adenitis. El punto de partida puede ser una infección dentaria (gingivitis o periodontitis).
- Queilitis estreptocócica crónica: las manifestaciones son escamas gruesas, que se presentan bilateralmente como erosión epidérmica en abanico de color rosa oscuro, húmeda y sembrada de pequeñas costrillas, a veces ayudada por factores sobreañadidos como carencia por hambre o vitamínicos favorecen la combinación con una candidiasis y tic de los labios (mordisqueo de los labios o incluso succión del pulgar o de sábanas del niño).

3. Queilitis de contacto:

- Queilitis del lápiz de labios: aparece bruscamente después de una o más aplicaciones de un agente, se inicia una reacción inflamatoria en el labio por mecanismos de hipersensibilidad. La exposición adicional al agente sensibilizante en concentraciones suficientes conduce dentro de un plazo de 24 a 48 horas a una reacción clínica o eritematosa. Se inicia con sensación de sequedad o quemazón en los labios con eritema. Esta queilitis puede infectarse secundariamente con estreptococo, que provoca un edema más intenso y la formación de fisuras en los labios y en la comisura, acompañados de adenopatías submaxilares o submentonianas. Su etiología se le adjudica a colorantes (eosina, eritrosina), perfumes, excipientes (cuerpos grasos, cera blanca, manteca de cacao).
- Queilitis por pasta dentrífica: presenta las mismas características que la queilitis anterior y se le atribuye a sustancias como hexilresorainol, solución de formaldehído, timol, etc.; también puede aparecer con enjuagues o colutorios.
- Queilitis alimentaria: se presenta después de la ingestión de ciertos alimentos o bebidas (alcoholes, especias, berros, higos frescos, etc.). También estas sustancias pueden estar contenidas en los alimentos como preservadores.

4. Queilitis solares-lusitis solares labiales:

- Personas sensibles a la acción del sol o de la luz artificial padecen de esta enfermedad. Esta fragilidad, a veces familiar, existe ya desde edades tempranas. Constituye una reacción inflamatoria aguda o crónica de la mucosa o la submucosa del labio asegurado por una exagerada exposición a este elemento físico. Se inicia por un eritema seguido de un edema, formación de vesículas en el espacio de algunas horas, los labios se vuelven rojos, tensos y dolorosos. Al protegense contra el sol, la inflamación se remite en el curso de 8 a 15 días, y cura después de una decamación fina.

5. Queilosis: (queilitis comisural, queilitis angular, estomatitis comisural, estomatitis angular):

- Es una inflamación que se localiza en las comisuras labiales con eritema y formación de costras en la que se puede instalar la *Candida albicans*. Esta alteración tiene mayor prevaencia en sujetos que presentan pliegues profundos en las comisuras. La lesión del pliegue final del labio en un ambiente de humedad propicio para la colonización de la *Candida*, forma una membrana blanquecina, que al limpiarla con una gasa deja un fondo nacarado y brillante.

Tratamiento

Como la queilitis obedece a causas múltiples, el tratamiento es en ocasiones complejo, pero con mayor frecuencia se utiliza el tratamiento local.

- Queilitis microbiana: se plantea en estos casos la utilización de antisépticos (crema Dalibour) y antibióticos locales como Neomicina y Aureomicina.
- Queilitis por contacto: detectar el elemento causal (sustancia química) es difícil en ocasiones, pero la primera medida es la supresión del cuerpo nocivo, antihistamínicos en caso de que lo requiera, aplicación de linimentos oleocalcáreos o cold cream y/o crema de Ictiol.
- Queilitis solar: evitar en esta etapa la acción directa del sol.
- Queilitis angular: el tratamiento consiste en antisépticos alcalinizantes, si hay candidiasis se utilizan antifúngicos locales y en dependencia de la etiología se puede administrar hierro, vitaminas, según al caso, previa comprobación e indicación médica. Puede realizarse control de factores predisponentes y rehabilitación práctica con el restablecimiento de la dimensión vertical oclusiva.

Elección del tratamiento:

<i>Tipo de tratamiento</i>	<i>Indicaciones</i>
Agentes tópicos	Los agentes tópicos pueden incluir agentes antimicrobianos como el cotrimazol o antifungicos como la nistatina entre otros.
Medicina natural y tradicional	Salvia de castilla, la manzanilla crema, Propóleo crema con base inerte son algunas opciones naturales de tratamiento.
Láser	En el tratamiento de la queilitis angular se ha establecido la utilización de láser- terapia, con el equipo Lasermed 101 MD de baja potencia, utilizando su efecto regenerativo o biomodulador y antiinflamatorio que consiste en la reparación hística por el incremento de la multiplicación celular.
Aerosoles	Cuando deben utilizarse corticoides mas potentes y en zonas inaccesibles como orofaringe o el paladar blando
La homeopatía	Se conocen casos tratados con éxito por esta terapéutica, pero los profesionales homeópatas son los únicos capacitados para emplear diluciones adecuadas en cada caso.

Tratamiento coadyuvante

- Si hay dolor añadir un anestésico local disuelto en la boca.
- En pacientes que utilizan rehabilitaciones protésicas, se aconseja combinar los enjuagatorios y lavado de la prótesis con solución de gluconato de clorexidina con la aplicación en la lesión de cremas. Pueden realizar también enjuagues con hipoclorito de sodio o también agua bicarbonatada

- Clotrimazol oral y nistatina suspensión oral; por su alto contenido de azúcar y el corto tiempo de contacto con la mucosa oral, lo hace menos efectivo.¹⁴
- Crema o ungüento de Nistatina, Clotrimazol, Ketoconazol, una de ellas 3 ó 4 veces al día durante 5 días.^{14,20}
- En los pacientes con VIH cuando las lesiones recidivan pueden ser tratados con Ketoconazol oral (entre 200 y 400 mg al día).
- Otros medicamentos utilizados son Straconazol y Flucanól en dosis de 200 mg/día, los que permiten un rápido alivio de los síntomas.
- Soluciones orales de Anfotericina B en concentración de 0,1 mg/ml enjuagatorios 3 ó 4 veces al día.
- Buches alcalinos: agua bicarbonatada
- Gluconato de clorexidina al 0,2 %
- Salvia de castilla crema: acción antiinflamatoria, antifúngico. Aplicar 2 ó 3 veces al día en la región afectada.
- Manzanilla crema 1: acción antiinflamatoria, antifúngico, antibacteriana. Aplicar 1 a 2 veces al día.
- Propóleo crema con base inerte: acción antifúngico, cicatrizante antinflamatorio. Aplicar 2 ó 3 veces al día.
- Láser: La producción de sustancia colágena activa la fosfatasa alcalina y el endotelio vascular, e induce la revitalización de células a partir de las células epiteliales adyacentes a la lesión. También el efecto antiinflamatorio que tiene una acción normalizadora sobre la microcirculación, con incremento del riego sanguíneo, oxígeno y elementos celulares de defensa del tejido afectado. (*Garrigó MI*. Procedimientos técnicos para la aplicación de la terapia láser en Estomatología. Se ha utilizado la láser- terapia con los parámetros antiinflamatorios y regenerativos, por lo que este tratamiento se realiza con la presencia de otros tratamientos, en dependencia del origen de la queilitis, como son por ejemplo: antifúngicos, antianémicos, rehabilitaciones protéticas, etc.

Dosificación:

Equipo Lasermed 101 MD (*Garrigó MI*, citado anteriormente).

Potencia: 0,8 mw.

Tiempo: 30seg.

Sesiones: 3 a 5 frecuencias diarias.

Técnica de irradiación puntual local: circuncubriendo la lesión.

Láser- puntura: IG4, E 36, B6.

Causas de remisión al médico:

Será en todos los casos en los que supongamos un problema subyacente:

* La estomatitis angular es, sin embargo, un signo característico particular de la candidiasis y es común a todas las múltiples variantes de la enfermedad, puede ser bilateral y se asienta en las comisuras bajo la forma de erosión epidérmica en abanico, es muy rebelde y sujeta a recidivas incansables, involucra el fisuramiento y ruptura de los ángulos de la boca. Es frecuente y se observa en niños diabéticos, etílicos cirróticos, en personas con pérdida de dimensión vertical y en pacientes con carencia de vitaminas del complejo B. Cuando se produce con carencia de vitaminas se acompaña de glositis, alteraciones cutáneas y oculares, es casi siempre el signo más temprano y característico de la carencia, pero no es manifestación obligada ni patognomónica de arboflavinosis. El trastorno comienza con áreas pálidas de las comisuras labiales, con hiperqueratosis epidérmicas e infiltrado inflamatorio dérmico de las comisuras bucales agrietadas, maceradas hemorrágicas e inflamadas. También produce queilitis angular muy similar al déficit de vitamina B2, el déficit de piridoxina (vitamina B6 y B12).

* La estomatitis angular se considera un indicativo típico de anemia. La anemia y la Candida están frecuentemente asociadas; en los casos de anemia por déficit de hierro los pacientes presentan una piel pálida, signo que es más obvio en la conjuntiva y en la mucosa bucal. Sus manifestaciones bucales son comunes y muchos pacientes se quejan de sensación de quemazón en la lengua, boca seca, queilitis angular, y rara vez dificultad para tragar; como explicamos antes, resulta frecuente la infección por Candida, ya que en esta anemia ocurre un defecto de la inmunidad; el estafilococo áureo se encuentra asociado con la Candida.

* En el diabético las manifestaciones bucales no son específicas, hay una resistencia reducida a los traumas y la curación es deficiente. Están presentes con frecuencia la queilitis angular y la enfermedad parodontal grave. La crecida susceptibilidad se debe probablemente al elevado contenido de azúcar en los tejidos, que a su vez facilitan el crecimiento de la Candida, aunque algunos resultados no avalan esta teoría, porque la proporción de positividad en cultivos de Candida en sujetos diabéticos presenta poca diferencia con la población control.

* En los alcohólicos se presenta la queilitis angular por Candida albicans. El alcohol deprime el sistema inmunológico y provoca disturbios en todos los ejes adrenales. En un estudio realizado a alcohólicos en un centro en Miniápolis se encontró que la candidiasis es una complicación común del alcoholismo, a causa de la combinación del alto contenido de azúcares en el alcohol y la incapacidad de los alcohólicos para asimilar nutrientes.

* En la infección por VIH, la queilitis angular con candidiasis es una manifestación de la enfermedad que se presenta en 1 de cada 10 pacientes con VIH, donde la Candida se presenta sola o asociada con el estafilococo áureo. Se presentan otros signos como sensibilidad leve, ardor o ambos. Puede presentarse durante el período inicial y el de VIH progresivo, algunas veces en conjunto con xerostomía. En la etapa previa a la enfermedad del SIDA, es común ver queilitis en pacientes con

disminución de la dimensión vertical oclusiva o trastornos por avitaminosis B. No es frecuente en pacientes jóvenes.

* La queilitis angular se presenta también en la enfermedad inmunoproliferativa del intestino delgado junto con otros signos, como son lengua depapilada de color rojo, disminución del vello axilar y pubiano, y dedos en forma de palillos de tambor.

* En el anciano, hay una disminución fisiológica de la producción salival, unido con una serie de condiciones como son la pérdida de la dimensión vertical por el desgaste de sus dientes naturales o por la abrasión de los artificiales, así como la pérdida en ocasiones de sus prótesis que facilita un babeo comisural y una retención salival sobre el área comisural, todo lo cual constituye factores favorables para la formación de queilitis y excelente caldo de cultivo para los hongos.

* En pacientes sometidos a tratamientos citotóxicos o inmunosupresores, sobre todo los que son de irradiación de cabeza y cuello, hay afectación de la mucosa bucal y obstrucción de glándulas salivales grandes y pequeñas dando lugar a xerostomía, lo que facilita la invasión por hongos y *Candida albicans* que puede presentarse en forma de queilitis angular.

HOJA DE DERIVACION

QUEILITIS EXFOLIATIVA

Edad: < 1, 1-5, 5-12, 12-25, 25-50, 50-65, > 65
Sexo: H M

Nombre.....
Teléfono.....
Fecha de contacto.....

Sugerir medico si es positivo en alguno de los casos siguientes:

- Cuando involucra el fisuramiento y ruptura de los ángulos de la boca Otros síntomas asociados
- En pacientes diabéticos
- En pacientes alcohólicos
- Queilitis angular con candidiasis
- Tiempo de evolución mayor de 15 días
- Mayor de 65 años
- Menor de 1 año
- Paciente con Problemas dentales (prótesis, caries...)

Observaciones

.....
.....
.....
.....

INFORMACIÓN AL PACIENTE
QUEILITIS EXFOLIATIVA

Farmacía.....

La queilitis es una lesión de indicación de varias enfermedades generales, que forman parte simplemente del dato sugestivo o sugerente de una enfermedad. No es un síntoma o signo propio de una enfermedad, aunque siempre suele aparecer en trastornos nutricionales, trastornos hematológicos, candidiasis, y en el VIH; en este último puede presentarse la queilitis asociada solo con candida, o además con el estafilococo áureo.

Los factores causales son diversos, y aunque su agente etiológico fundamental es la *Candida albicans*, puede tener otros agentes etiológicos, como son la disminución de la dimensión vertical oclusiva, estados inmunodeprimidos, carencias de vitaminas, irritantes locales, hipersensibilidad, agentes microbianos, hábitos y otros.

Su tratamiento estará en dependencia de su etiología, y como la queilitis obedece a causas múltiples, el tratamiento en ocasiones es complejo, pero con mayor frecuencia se utiliza tratamiento local con agentes tópicos, el que se puede combinar con tratamientos orales. En estos tratamientos se pueden incluir los de medicina natural y tradicional y la utilización de láser terapia.

A continuación se le ofrece información sobre el medicamento que se le ha recomendado

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....