



LIOMONT
ÉTICA FARMACÉUTICA DESDE 1938



PROGRAMA NACIONAL POR UN MÉXICO SIN DOLOR

FORO DOLOR EN ODONTOLOGÍA



TOMO IV

- **Dolor neuropático**^{1,2}
- En neurología del trigémino **mejoría sostenida** del dolor en **74%** de los pacientes²

 **Garbican**[®]
Pregabalina

- **75 mg y 150 mg**¹
- Comenzar con dosis baja y **puede incrementarse** como máximo a **600 mg** por día¹



 **LIOMONT**

Aviso de Publicidad No. 203300202C3633

GARBICAN[®] Reg. Núm. 06842015 SSA IV. Reporte las sospechas de reacción adversa al correo: farmacovigilancia@liomont.com.mx o en la página de internet: www.liomont.com.mx.

Referencias: 1. Información Para Prescribir (IPP). Garbican[®] 2. Obermann M, Ioon MS, Sosen K, et al. Efficacy of pregabalin in the treatment of trigeminal neuralgia. Cephalalgia 2008; 28: 174-181.

Campaña de No Sustitución de la Receta: www.loquedicetumedeo.org

Modelo del comportamiento y de la cognición ante el dolor del viejo: visión para un cirujano dentista

Dr. Armando Pichardo Fuster

Médico especializado en medicina interna, cardiología y geriatría, profesor titular del posgrado de geriatría de la Facultad de Medicina de la UNAM y jefe del Servicio de Geriatría del Hospital General de México

El control del dolor en el adulto mayor no se debe circunscribir sólo a la prescripción de medicamentos analgésicos, sedantes o antidepresivos, sino que tiene que compenetrarse en la investigación de otros aspectos que habitualmente el especialista no considera, como la respuesta de la familia ante el dolor del anciano y la propia problemática que éste enfrenta desde el punto de vista psicológico en relación con la percepción del dolor y su estado mental y funcional, además del rol que juega dentro de la familia y la sociedad, sin olvidar la reacción de esta última ante el dolor y las dificultades vinculadas con la economía, la familia y el núcleo social en el que se desenvuelve. También se deben tener en cuenta aspectos asociados con la espiritualidad, la religiosidad y el comportamiento que ha tenido el propio anciano frente al dolor a través de su vida.

El análisis debe ser múltiple y tiene que incluir la investigación de los fármacos que se hayan empleado, los tratamientos alternativos utilizados y el uso de otros factores que puedan alterar el curso del dolor, así como las experiencias previas ante el mismo. De ahí que muchas veces las intervenciones tendientes a modificar el comportamiento y el conocimiento del dolor por el adulto

mayor serán más efectivas, en algunos casos, que el propio tratamiento intensivo con polifarmacia. Es importante tener presente que el proceso del envejecimiento implica cambios en la percepción y las respuestas ante el dolor.

Se estima que del 80 al 86% de los adultos mayores ha tenido en el pasado problemas de salud en los cuales el factor predisponente ha sido el dolor. En adición, las diversas enfermedades hacen aún más complejo el fenómeno del síndrome doloroso del anciano, por lo que se presentan múltiples retos psicosociales. Dentro de éstos se encuentran las modificaciones en el estilo de vida a través de los años, como son: el cambio del rol social de padre a hijo padre, la pérdida del estatus económico y social, de la autoestima y la creatividad; la disminución de la movilidad, así como de las facultades físicas y mentales, las dificultades para acceder a los servicios de salud y, finalmente, la pérdida de la independencia, la autonomía y el soporte social. Esto último ocasiona que el dolor sea tratado en forma inadecuada (automedicación, herbolaria, medicamentos de venta libre, remedios caseros), lo cual representa un verdadero desafío para el tratamiento adecuado del dolor del viejo.

Las experiencias propias, los cambios fisiológicos, psicológicos y socioculturales ante el evento sensorial puro del dolor, las medidas empleadas previamente para controlar el dolor y las condiciones gratificantes que ha representado el mismo deben ser considerados factores de primer orden en la investigación del comportamiento y el conocimiento del dolor por parte del anciano, la familia, la sociedad y el propio médico.

Hay un modelo que permite conocer las interrelaciones existentes entre el impulso nociocectivo del dolor, el juicio cognoscitivo, la motivación emocional y los aspectos socioculturales, en los que juegan un rol significativo las definiciones personales del problema y la respuesta social (familiar) ante el evento.

Existe evidencia de que los aspectos psicológicos desempeñan un papel primordial en la presentación y evolución del dolor, particularmente en el

viejo. Muchas veces el impulso nociocectivo no es muy intenso, pero el anciano –cuando se ve relegado a un segundo plano– lo exagera para tratar de llamar la atención; o cuando nadie le hace caso, refiere tener dolor con el único fin de ser llevado al médico, quien, en algunos casos, escuchará los pesares del enfermo y éste se sentirá aliviado: al fin alguien le hizo caso. Se trata de un juicio cognoscitivo erróneo, pues trae implícito el peligro de ser sometido a intervenciones diagnósticas de múltiples tipos que por sí solas pueden ocasionar mayor daño que el que realmente existe, de ahí que se debe tener mucho cuidado ante la interpretación que del dolor realizan el anciano y el propio médico.

Es muy interesante cómo maneja el anciano la motivación emocional, en especial las mujeres, particularmente aquellas que han sido manipuladoras, generalmente tienen poca educación o fueron educadas en ese ambiente. Así era su madre, por lo que así tiene que ser ella. No se diga aquellos que se encuentran dentro de una sociedad patológica, es decir, donde todo debe girar en torno al adulto mayor, como ocurre en nuestra sociedad, más aún en aquellas como la que forman los vecinos de una pequeña comunidad, en la que cada miembro de ese núcleo social debe estar enterado de los problemas del resto de la comunidad, exagerando los problemas en la mayoría de los casos y preocupándose en forma por demás alarmante de la salud de los ancianos. Esto trae como consecuencia la sobreestimación del dolor y la movilización de todo el grupo, el cual se traslada a los servicios de urgencias y exige una pronta atención del dolor, confundiendo casi siempre a los integrantes del equipo de salud.

Un ejemplo de lo expuesto es el matriarcado que existe en nuestra sociedad. Cuando los hijos abandonan el hogar (síndrome del nido vacío), la madre –con la finalidad de tener a los hijos rendidos a sus pies refiere dolores intensos, no bien definidos, por lo que los hijos se ven obligados a llevarla a los servicios de urgencias, de preferencia por las noches. En este sitio, los médicos con pocos conocimientos relacionados con los problemas de los ancianos les prescriben una cantidad enorme de medicamentos e indican un sinnúmero de estudios paraclínicos que lo único que implican son grandes

costos económicos y morales. En no pocas ocasiones son los responsables de que se genere el síndrome de violencia intrafamiliar, con maltrato al anciano y de paso también al propio especialista; se originan las demandas médicas, pero sobre todas las cosas, se produce un mayor deterioro del adulto mayor, con más desvinculación familiar, social, mala calidad de vida y de muerte.

Mucho de lo antes señalado se puede evitar si se realiza una investigación minuciosa sobre las molestias de los ancianos, sobre problemas de depresión, la misma violencia intrafamiliar y otros aspectos sociofamiliares antes de pensar en asuntos puramente médicos.

El problema es mayor cuando el dolor se vuelve crónico en pacientes que por las pérdidas sufridas a través de su vida y el mal manejo de sus roles ha quedado relegado a un segundo plano. Lo jubilaron del trabajo, nadie lo conoció dentro del núcleo familiar, ya que sólo fue un proveedor de dinero, pero nunca de amor, es un perfecto desconocido dentro de su ambiente y como resultado del mismo proceso del envejecimiento presenta lesiones crónicas que ocasionan dolor crónico, como el dolor de espalda o el lumbar, que no le impiden llevar una actividad cotidiana adecuada.

Pero esa pequeña molestia llamada dolor la convierten en un gran conflicto, sobre todo si evolucionan con síndrome depresivo, lo que les impide tener una visión cognoscitiva adecuada del dolor y de sus repercusiones sociales.

Sin embargo, no se debe olvidar que resulta esencial realizar las investigaciones médicas pertinentes con el fin de eliminar cualquier otro elemento que esté originando ese dolor y no quedarse con la idea de que se trata de un conflicto puramente emocional.

El dolor en el anciano tiene múltiples facetas que deben ser estudiadas: orgánicas, psicológicas, sociales y familiares. De igual forma, es importante que al mismo tiempo se efectúe una evaluación del estado cognitivo del enfermo, ya que muchas veces puede originar cambios en la interpretación que del dolor hace el anciano y confundirnos aún más, por lo que la persona

que interprete el dolor del viejo debe tener grandes conocimientos médicos, sociales, familiares y psicogerítricos para estar en posibilidades de resolver el dolor; no obstante, es común sentirnos frustrados al no poder con él.

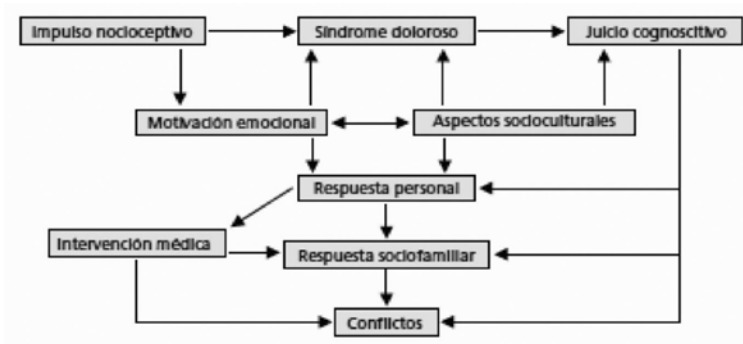


Figura 1. Modelo de interacciones del dolor en el anciano

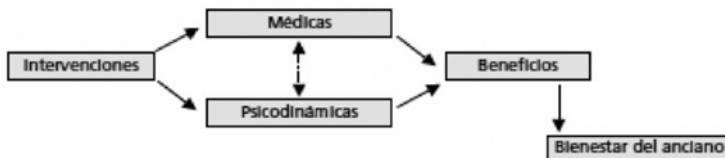


Figura 2. Modelo de intervención para el manejo del dolor crónico en el anciano

Referencias bibliográficas

<ol style="list-style-type: none"> 1. Manetto C, McPherson SE. The behavioral-cognitive model of pain. Clin Geriatric Med 1996;12:3:461-472. 2. Pichardo FA. Dolor crónico en el anciano. Dolor, Clínica y Terapia 2002;1, 5:11-15. 3. Harkins SW. Geriatric pain. In Wall PD. Textbook of pain. Churchill Livingstone 1994. 	<ol style="list-style-type: none"> 4. González MR. Cuando la tercera edad nos alcanza. Crisis o retos. Editorial Trillas, México D. F. 2000. 5. Belsky J. Psicología del envejecimiento. Paraninfo, Madrid 2001. 6. Fernández BR. Gerontología social. Ediciones Pirámide, Madrid 2000.
---	--

Neuralgia del trigémino en su presentación típica vs. atípica: clínica para el cirujano dentista

Dr. Carlos Marín Aguayo

Anestesiólogo y algólogo adscrito al Hospital General de México

Neuralgia es el término utilizado para describir la sensación de dolor que se extiende sobre uno o más de los nervios craneales o espinales, aunque su uso se restringe a síndromes clínicos específicos, tales como la neuralgia del trigémino. Varias neuralgias de cara y cabeza se acompañan de otros fenómenos, entre ellos la hiperalgesia, parestesia, anestesia, disturbios motores e hiperactividad autonómica. La neuralgia, por lo tanto, puede ser analizada como un síntoma, un síndrome, un reflejo somático doloroso o un símbolo psicológico. El diagnóstico y tratamiento varían dependiendo de los diferentes nervios involucrados.¹

La clasificación de las neuralgias de las regiones de la cara, cabeza y cuello es difícil y depende más del criterio que del conocimiento de los mecanismos o su patogenia.

La expresión neuralgia típica se refiere a un síndrome doloroso que se limita a la distribución de un par craneal específico o alguna de sus ramas. Las neuralgias de este tipo se presentan en cualquier par craneal con fibras aferentes somáticas –trigémino, facial (nervio intermedio), glossofaríngeo y vago–, pero rara vez se observan en las raíces cervicales dorsales más superiores (C2 y C3). La neuralgia típica más común es el tic doloroso, llamada también neuralgia clásica del trigémino o neuralgia mayor del trigémino.

Con frecuencia las neuralgias atípicas coinciden con traumatismos de un nervio, infección crónica o neoplasia oculta de la cara o de base de cráneo. Estos dolores solían clasificarse como menores; la International Association for the Study of Pain (IASP; Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, en español), las clasifica en neuralgias secundarias, pero no lo son más que la neuralgia del trigémino,² que casi siempre resulta de la compresión vascular intracraneal del nervio trigémino (NT).^{2,3}

La neuralgia del trigémino es definida por la IASP como un "dolor súbito, normalmente unilateral, severo, breve, sensación de puñalada, dolor recurrente, distribución de una o más ramas del quinto nervio craneal (nervio trigémino).² Sus sinónimos son prosopalgia, tic douloureux, neuralgia trifacial, neuralgia paroxística trigeminal, enfermedad de Fothergill y neuralgia epileptiforme.¹ La primera descripción de la neuralgia del trigémino (NT), también conocida como migraña en esa época, fue hecha en el siglo II por Arteus de Cappadocia, un contemporáneo de Galeno, haciendo referencia a un dolor en el que el espasmo distorsiona el semblante. Mucho tiempo después, Jujani, un médico árabe del siglo XI, habló en sus escritos de la existencia de un dolor unilateral que ocasionaba espasmo y ansiedad, advirtiendo la presencia de una arteria próxima a un nervio como causa de dolor. La primera publicación en la que se describió completamente el cuadro estuvo a cargo de John Fothergill, en 1773, ante la Sociedad Médica de Londres.

Fothergill habló de los rasgos típicos del cuadro clínico, incluso de los paroxismos de dolor facial unilateral, evocados con precisión al momento de comer o hablar, con un inicio rápido y que finaliza abruptamente asociado con un estado de ansiedad severo. Posteriormente, Nicolaus André había usado el término de tic doloroso para describir lo que él pensó que era una nueva entidad clínica. Sin embargo, todos los pacientes presentaban NT, con excepción de dos de ellos.⁴ Fueron Rushton y Olafson quienes establecieron los criterios clínicos clásicos para el diagnóstico de NT vigentes, que incluyen los paroxismos de dolor severo confinado a una o más divisiones del nervio trigémino (quinto par craneal), con remisiones y exacerbaciones de dolor impredecibles, así como la ausencia de déficit motor o sensorial que involucre

al nervio y la aparición de zonas gatillo (puntos de precipitación de dolor por estimulación del mismo).¹

Tanto la IASP como la Sociedad Internacional de la Cefalea (IHS, por sus siglas en inglés) han creado su propio criterio de diagnóstico para NT. Éste es notablemente similar y resalta la naturaleza súbita explosiva del dolor.⁴ En las descripciones extensas de la condición ambas clasificaciones aluden a la condensación vascular, esclerosis múltiple y tumores como las causas de neuralgia trigeminal^{4,5} y las neuralgias secundarias (causadas por lesiones estructurales, excepto esclerosis múltiple), mientras que la IHS separa la NT idiopática de la forma sintomática, la cual depende de la presencia de una lesión estructural.⁴

La NT es un dolor facial crónico clasificado como dolor neuropático.^{2,3,5-8} En 1988, la IHS sugirió el seguimiento de criterios para el diagnóstico clínico de la neuralgia trigeminal, los cuales se mencionan a continuación.

1. Ataques paroxísticos de dolor facial o frontal que dure unos segundos a dos minutos.
2. Dolor que presente al menos cuatro de las siguientes características:
 - Distribución a lo largo de una o más divisiones del nervio trigémino.
 - Repentino, intenso, punzante, superficial, cortante o quemante, en calidad.
 - Intensidad severa
 - Precipitado por áreas gatillo o por ciertas actividades diarias, tales como comer, hablar y lavarse la cara o los dientes.
 - El paciente es enteramente asintomático entre paroxismos.
3. Sin déficit neurológico
4. Los ataques son estereotipados en pacientes individuales.
5. Exclusión de otras causas de dolor facial por historia, examen físico e investigaciones físicas cuando sea necesario.^{5,9}

Algunos pacientes tienen varias características de la neuralgia trigeminal, todavía ciertos aspectos de su historia no concuerdan con las manifestaciones típicas de esta condición.

La literatura quirúrgica contiene varias referencias de la neuralgia trigeminal atípica. Un estudio divide específicamente a los pacientes en dos grupos: con neuralgia trigeminal típica o clásica y con atípica. Zakrzewska y sus colaboradores hablan de un material en el que describen las características de la neuralgia trigeminal típica y atípica.

Estos datos se basan en la revisión de la literatura y datos anecdóticos y no se han validado por estudios de casos y controles o visto por consenso.

La neuralgia trigeminal clásica/típica tiene una mayor localización y radiación en la región del nervio trigémino intra o extraoral; cada episodio de dolor dura de segundos a minutos, con periodos refractarios y lapsos prolongados sin dolor. El dolor puede ser repentino, disparado, moderado a severo, provocado por factores como hablar, comer, cepillarse los dientes y zonas gatillo discretas.

La neuralgia trigeminal atípica puede tener una localización intra y extraoral en el trayecto del nervio trigémino, ataques paroxísticos de segundos a minutos, dolor de fondo más continuo; es menos probable que tenga una completa remisión del dolor. El dolor provocado es claro, pero el tipo de dolor continuo no es claramente provocado y puede tener pocas áreas gatillo.⁵

Algunas personas han definido el déficit sensorial notado durante el déficit sensitivo de rutina como una neuropatía del trigémino, pero en estos pacientes la etiología de la NT aún es desconocida. Las causas secundarias, fundamentales y más comunes de NT son esclerosis múltiple, aneurisma de la arteria basilar, neoplasia e infarto arterial o venoso de la compresión.¹⁻¹

La mayoría de los neurocientíficos reconoce que la causa de la neuropatía es, en casi todos los casos, la compresión neurovascular. Se sabe que la desmielinización central y periférica, la lesión de la raíz o ambos son importantes en la fisiopatología de la neuralgia trigeminal.

La raíz puede entrar a una zona patológica crítica en el desarrollo del síndrome típico. La generación del potencial de acción ectópico en la raíz

sensorial (parte mayor) del nervio puede ser directamente responsable de que un mínimo estímulo encienda el típico episodio de toque eléctrico y dolor lancinante.³

Dandi demostró que la compresión microvascular estática o pulsátil desmieliniza los axones sensitivos en la raíz trigeminal, y esta patogénesis causa NT. La misma hipótesis fue revelada por Jannetta, quien documentó la compresión, pero también demostró alivio prolongado del dolor después de la descompresión microvascular, que permite la remielinización y liberación del dolor. Esta hipótesis se apoya en la histopatología y en la incidencia aumentada de NT en pacientes con esclerosis múltiple que cursan con desmielinización en las fibras del nervio trigémino. La actividad en los axones sensitivos mielinizados generalmente está asociada al toque eléctrico y sentido de vibración.

Se espera que la desmielinización por sí sola bloquee la propagación del impulso, provocando parches de entumecimiento en lugar de dolor, lo cual revela a menudo una pérdida sensitiva menor. El contacto efáptico entre los axones denudados adyacentes ha sido citado por mucho tiempo como una causa de NT sin evidencia específica.⁶

En la mayoría de los individuos la NT es idiopática cuando no hay causa identificable; no obstante, en más de 15% de los pacientes puede haber una causa oculta o secundaria cuando la NT es diagnosticada. Las causas secundarias de NT pueden ser tumores benignos o malignos de la fosa posterior o esclerosis múltiple, mismas que pueden manifestarse más tarde en el proceso de la enfermedad. En una revisión de pacientes con dolor facial que fueron vistos en la Clínica Mayo de 1976 a 1990, Cheng y sus colaboradores identificaron 2972 pacientes con NT, 296 (10%) de los cuales tenían tumores. De esas 296 personas, solamente 58 (2%) presentaban NT clásica, sin déficit objetivo motor o sensitivo, pero fueron más jóvenes que los pacientes con NT idiopática. Los síntomas neurológicos desarrollados en 27 individuos (47%) se monitorearon en investigaciones posteriores (principalmente con TAC), los cuales guiaron a un diagnóstico en un promedio de 6.3 años después de la

presentación de NT. El manejo radiológico no había sido realizado en 78% de pacientes al inicio, lo que fue cambiando con el uso más extendido de imágenes de resonancia magnética (IRM). Puca y sus colaboradores hicieron una revisión de 136 personas con tumores de fosa media y fosa posterior, misma que mostró que 33% de los pacientes presentó NT clásica.

La esclerosis múltiple se ha identificado como un factor de riesgo para NT. La aparición de las dos condiciones es variable y ha sido estudiada extensamente por Hooge y Redekop, quienes hicieron una revisión de pacientes con esclerosis múltiple clínica. En cinco de esos pacientes la NT fue el primer síntoma que apareció de uno a 11 años, mientras que en 30 personas la NT apareció de tres a 28 años después del diagnóstico de esclerosis múltiple. Mediante un escaneo con IRM, Meaney y sus colaboradores demostraron que siete individuos con esclerosis múltiple y NT tenían tumores o compresión vascular además de las placas de esclerosis múltiple.⁵ Por su parte, H.G. Boecher-Schwarz y sus colaboradores llevaron a cabo un estudio de sensibilidad y especificidad de IRM angiográfica en el diagnóstico de compresión neurovascular en pacientes con NT (publicado en 1998). Se sometieron al estudio pacientes referidos al hospital para descompresión microvascular (de 1993 a 1995), mismos que fueron sometidos a IRM preoperatorio; se encontró que en 17 personas la neuralgia fue de una sola rama (12 casos V2 y 5 casos V3), en nueve pacientes se involucraban dos ramas (2 casos V1+V2 y 7 casos V2+V3) y sólo en un caso se involucraban las tres ramas. En todos los casos la neuralgia fue unilateral (17 casos izquierda y 10 derecha). La compresión se encontró en 21 pacientes a nivel del puente y seis casos en la cisterna.

Las predicciones neurorradiológicas fueron de completa concordancia en 70% de los casos. En los casos de compresión venosa todos se reportaron en la IRM con galodineo; para los 27 pacientes, la IRM mostró una sensibilidad de 88.5% y una especificidad de 50% al compararse con los hallazgos quirúrgicos.¹⁰ Actualmente, se sabe que la neuralgia trigeminal es una patología asociada generalmente a personas mayores, raramente se presenta antes de los 35 años y alcanza su mayor frecuencia entre los 50 y 60 años. Tiene una relación directa con la edad; la predilección por el sexo femenino

es de 5 a 3. El lado derecho continúa siendo el más afectado.¹ El dolor de la neuralgia del trigémino tiene lugar en la distribución del nervio trigeminal.

White y Sweet realizaron una revisión de la literatura de 8124 pacientes y encontraron que en 61% de ellos se presentó en cara derecha y 36% en cara izquierda. La mayoría de los individuos experimenta el dolor en las divisiones correspondientes al nervio maxilar y mandibular del NT; se reporta una distribución de neuralgia del trigémino de la siguiente forma: V1=4%, V2=17%, V3=15%, V1+V2=14%, V2+V3= 32%, V1+V2+V3= 17%.⁹

En México, la NT puede ser tratada por diferentes especialistas, entre ellos los cirujanos dentistas especializados, neurólogos, neurocirujanos y algólogos, lo que provoca una importante dispersión de la población que padece esta enfermedad y dificulta su estudio epidemiológico.

Se efectuó un estudio en la Clínica del Dolor del Hospital General de México en un periodo de 10 años, en donde se reportó una población anual aproximada de 10800 pacientes en 1999. Se revisaron 416 expedientes médicos de personas que fueron atendidas de 1990 a 1999 con diagnóstico de NT; la frecuencia anual fue de 0.038, con un promedio de pacientes por año de 41.6, datos demográficos de edad 54+/-18 años, género: femenino/masculino 3.6/1. El porcentaje de afectación por división nerviosa se encontró como sigue: V2=39%, V3=32.14%, V2+V3=16.66%, V1=9.52%, V1+V2=4.76%; no se reportó ningún caso en el que se involucraran primariamente las tres divisiones del trigémino.

Las enfermedades concomitantes más comunes fueron: hipertensión arterial (20.45%), padecimientos dentales (13.09%), disfunción temporomandibular (10.7%), sinusitis (8.3%), diabetes mellitus (7.14%) y herpes zóster (4.76%). El dolor referido con mayor frecuencia fue el paroxístico (con 44%), en segundo lugar el punzante (con 30%), en tercero el urente (con 13%) y el 13% restante correspondió a otras clases de dolor, arrojando resultados similares a las tendencias epidemiológicas reportadas por otros autores en el ámbito mundial.¹

Recordemos que el nervio trigémino es el primero de los nervios viscerales o branquiales. Es un nervio mixto, pues tiene un núcleo motor y otro sensitivo, y corresponde al primer arco visceral o branquial.

El núcleo motor está situado en la calota protuberancial; sus fibras aparecen en la raíz interna (motora) y delgada e inervan los músculos masticadores. Se llama por ello núcleo masticatorio.

Por su parte, el núcleo sensitivo recoge toda la sensibilidad superficial y profunda de la cabeza, menos la porción occipital del cuero cabelludo, parte del pabellón auricular y parte del ángulo maxilar inferior. Se extiende a todo lo largo del tronco del encéfalo y se divide en tres partes: núcleo mesencefálico, núcleo protuberancial y núcleo espinal o bulbar. Este último se halla formado por dos núcleos: el interno o núcleo esponjoso y el externo o núcleo gelatinoso.

Conexiones

Al salir de la protuberancia, origina el ganglio de Gasser, formado por células pseudomonopolares, cuya prolongación externa viene de los receptores sensitivos, mientras que el axón forma la raíz gruesa del trigémino y da lugar a ramas dirigidas al núcleo protuberancial y a los núcleos gelatinoso y esponjoso del bulbo.

En estos núcleos existe otra neurona cuyo axón llega hasta el tálamo, núcleo ventral postero-medial. En este núcleo hay una tercera neurona cuyo axón lleva la sensibilidad a las áreas 3, 1 y 2 de la corteza, en el lóbulo parietal.

El núcleo mesencefálico está informado del estado de contracción de los músculos masticadores y de la resistencia de los dientes, impresión que llega por la raíz gruesa; dada la potencia de los músculos masticadores, en su contracción podrían romper los dientes, pues bien, el núcleo mesencefálico manda fibras al núcleo motor para que realice su acción de forma moderada.

Problemas en la enseñanza y el desarrollo académico en odontología

Dr. Fernando Ángeles Medina

Jefe del Laboratorio de Fisiología, División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la UNAM

Dra. Ana María Solares Arellano

Odontóloga adscrita a la Clínica Tepepan, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco

La odontología es una disciplina médica que posee seis características especiales que la diferencian, la determinan y explican casi la totalidad de los problemas que se presentan tanto en su enseñanza como en su desarrollo académico:

1. Trata un tipo de enfermedades cuyo diagnóstico es inmediato en la mayoría de los casos, en contraposición con la medicina interna, en la que el diagnóstico correcto constituye un problema complicado.
2. Debido a la rapidez del diagnóstico no se utiliza mucha tecnología de apoyo; en raras ocasiones se requieren análisis de laboratorio y de gabinete. La placa radiográfica es la ayuda más importante y está a disposición en cualquier consultorio dental.
3. El pronóstico evolutivo del padecimiento es unívoco en la mayoría de los casos, por lo cual no existe el gran margen de incertidumbre de otras ramas de la medicina.
4. Por lo general, la estructura anatómica afectada y el daño están directamente a la vista, lo cual conduce a una equivocada comprensión de la naturaleza real del problema que se enfrenta.

5. Las maniobras terapéuticas se llevan a cabo a escala macroscópica con instrumentos empleados en forma directa, sin más ayuda óptica que una buena fuente de iluminación.
6. Comúnmente las maniobras terapéuticas no implican riesgo alguno para la vida del paciente y los efectos iatrogénicos sólo se manifiestan a mediano o largo plazo. Sin embargo, la aparición del SIDA ha modificado esta realidad de manera indirecta debido a que es inevitable la naturaleza ligeramente cruenta de muchas manipulaciones.

Estas seis características hacen que, lamentablemente, el aprendizaje de la odontología se considere restringido a la adquisición de un conjunto de habilidades técnicas y destrezas manuales, para lo cual casi no interesa conocer el fundamento científico de las mismas, pero sí contar con una práctica repetitiva muy prolongada y realizar un gran número de tratamientos, aunque esto vaya en detrimento del análisis previo y la evaluación de resultados. De hecho, la mayoría de los estudiantes se incorpora de manera clandestina y precoz al ejercicio profesional porque piensa que lo principal que le brinda la institución educativa es la oportunidad de practicar en pacientes, y en cuanto consigue los suyos, decide emprender un autoaprendizaje sin la supervisión de los profesores.

Para muchos cirujanos dentistas, el posgrado es visto como la posibilidad de profundizar en el terreno de la práctica en pacientes. De ahí la gran demanda en ciertas especialidades y la competencia anual de muchos odontólogos por las plazas. A este nivel la deserción es casi nula.

No obstante, cuando se trata de ahondar en los fundamentos de la odontología la situación cambia radicalmente. El porcentaje de egresados de las especialidades rebasa con mucho a las maestrías y los doctorados. Se piensa que la investigación en odontología debe estar a cargo exclusivamente de odontólogos, lo cual es un error. Primero porque se necesitan ciencias básicas cuyos especialistas pueden haberse iniciado en diversas licenciaturas, y segundo porque el problema es que los estudiantes no están interesados en los problemas científicos.

La obsesión por efectuar una gran cantidad de tratamientos en el menor tiempo posible propicia que un estudiante atienda un número desmesurado de pacientes, aunque para hacerlo deba sacrificar el entendimiento y la documentación precisa del caso. Lo peor es que, al terminar el semestre, se canaliza al paciente con otro estudiante y se le deja de ver sin saber cómo siguió evolucionando, lo cual contraviene un precepto clásico de la medicina que dice: "existen enfermos (es decir, individuos enfermos) antes que enfermedades (que son categorías esquemáticas, generalizaciones)". Resulta fácil comprobar la falta de seguimiento del paciente. Basta con inspeccionar los expedientes clínicos. En éstos se constata que para el estudiante de odontología hacer anotaciones es casi una obligación burocrática y el estudio o discusión colectiva del expediente es algo excepcional.

La documentación clínica convencional o el expediente clínico suele ser pobre y en cambio existe una notable preferencia por la documentación fotográfica y modelos dentales, los cuales sirven para el registro personal, pero se carece de una memoria colectiva cuando el estudiante se marcha, ya que se lleva consigo la información.

El entrenamiento repetitivo, pero poco reflexivo se propaga desde las universidades hacia los demás centros de enseñanza de odontología. En algunas instituciones privadas un solo estudiante atiende hasta 120 pacientes en un semestre, y los ingresos extraordinarios que genera así la escuela exceden en mucho la colegiatura que pagan los alumnos.

Posiblemente la situación actual de la odontología tenga bastante analogía con la que existía en la medicina hacia la mitad de los años 40, cuando se fundaron en México dos grandes institutos: Cardiología y Nutrición, los cuales cambiaron la forma de erigir una sólida estructura de investigación básica que fundamentara la investigación clínica y la práctica asistencial al traer especialistas con diversas formaciones, crear ámbitos interdisciplinarios, ofrecer garantías para su trabajo y establecer la dedicación exclusiva como norma para los investigadores básicos.

Otro cambio trascendental de los institutos, ahora imprescindible para la odontología, fue constituirse en un verdadero centro de asistencia piloto, de excelencia y con alto grado de respaldo académico en lugar de un hospital más o un simple organismo asistencial con gran movimiento de pacientes.

Lo ideal es que se atiendan casos seleccionados en una cantidad que no rebase cierto límite, que permita estudiarlos, tratarlos y evaluarlos con detenimiento para asegurar que la habilidad técnica se adquiriera junto con el conocimiento teórico. También resulta imprescindible jerarquizar el estudio de los pacientes a lo largo del tiempo, para lo cual se debe inculcar el hábito de escribir y leer el expediente clínico.

Es necesario instruir al estudiante sobre la relación médico-paciente prolongada y responsable. Asimismo, es recomendable que la enseñanza en la licenciatura tenga un eje longitudinal único constituido por la clínica y materias básicas y especializadas que apoyen la práctica cotidiana, enfatizando los fundamentos científicos de ésta, pero sin forzar.

En un estudio publicado en la Universidad Nacional Autónoma de México por la Dirección General de Planeación, 99% de los estudiantes y recién egresados opinó que la dosis de práctica/fundamentos era buena en la Facultad.

Pero a medida que esos mismos profesionistas comienzan a ejercer la odontología y consolidan una experiencia, se lamentan de que la Facultad debió haberles dado una formación científica más sólida y actualizada. En síntesis, se puede señalar que las insuficiencias académicas se reducen a pocos, pero decisivos factores:

- a) Enseñanza técnica sin una adecuada fundamentación científica.
- b) Asistencia que sólo considera al paciente de manera ocasional y como simple objeto de entrenamiento.
- c) Poca investigación debido a que no es considerada una necesidad real.

LÍNEA DOLOR ODONTOLOGÍA

Ketorolaco
SUPRADOL®

Dolor agudo¹

SUPRADOL® Duet
Ketorolaco 10mg + Tramadol 25mg

Analgesia multimodal²

DOSCOXEL®
Etoricoxib

Dolor crónico³

Garbican®
Pregabalina

Dolor neuropático⁴

JUNTOS ALIVIANDO EL DOLOR

Dafloxen®
naproxeno sódico

Dolor e inflamación⁵

Dafloxen F®
naproxeno sódico + paracetamol

Fiebre, dolor e inflamación⁶

LIOMONT

SUPRADOL® 10 mg Tabletas 026M92 SSA IV. SUPRADOL DUET® solución inyectable 090M2014 SSA IV. DOSCOXEL® 120M2018 SSA IV. GARBICAN® 098M2015 SSA IV. DAFLOXEN® Tabletas 090M94 SSA V. DAFLOXEN F® Tabletas 372M95 SSA V.

Reporte las sospechas de reacción adversa al correo: farmacovigilancia@liomont.com.mx o en la página de Internet: www.liomont.com.mx.

Referencias: 1. Información Para Prescribir (IPP) Supradol® Tabletas. 2. Información Para Prescribir (IPP) Supradol Duet® Solución inyectable. 3. Información Para Prescribir (IPP) Doscocel® Tabletas. 4. Información Para Prescribir (IPP) Garbican®. 5. Información Para Prescribir (IPP) Dafloxen® Tabletas. 6. Información Para Prescribir (IPP) Dafloxen F®.

Campaña de No Sustitución de la Receta: www.loquedicetumedico.org



Año 2020