

Moxifar PLUS

AMOXICILINA 875 mg
PIVOXIL SULBACTAM 125 mg

UN PLUS SOBRE OTRAS ASOCIACIONES:

NO REQUIERE METABOLIZACIÓN
ELIMINACIÓN RENAL INCAMBIADA

CARECE DE HEPATOTOXICIDAD
AÚN EN PACIENTES PORTADORES DE HEPATOPATÍAS CRÓNICAS

NO INDUCE LA PRODUCCIÓN DE BETALACTAMASAS



EFICAZ Y
MÁS SEGURO

CAJAS DE 10 y 20 COMP.

Spedar

Buenas Prácticas de prescripción en Odontología

-Preservar la eficacia y supervisar la seguridad de los medicamentos-

Dra. María Renée Romero Benvenuto

Odontóloga. Profesora de la Cátedra de Farmacología y Terapéutica.
Facultad de Odontología. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay



Resumen: Uno de los mayores desafíos en la práctica odontológica actual es el prescribir medicamentos eficaces y seguros para controlar el dolor y la infección. El avance del conocimiento farmacológico exige una actualización diaria, aunque existe poca información basada en la evidencia científica relacionada al área de la Odontología.

La ausencia de guías de práctica clínica y la permanencia de protocolos estandarizados basados en el consejo de expertos, dificulta el uso racional de medicamentos en esta especialidad.

Palabras clave: prescripción, farmacología, odontología, AINE, antibióticos.

Abstract: Today one of the biggest challenges in dental practice is to prescribe effective and safe medicines to control pain and infection. Progress in pharmacological knowledge requires a daily update, although there is limited evidence-based information related to the area of odontology.

The absence of clinical practice guidelines and permanence of standardized protocols based on expert advice, hinders the rationale use of drugs.

Keywords: prescription, pharmacology, dentistry, NSAIDs, antibiotics.

Introducción

Hasta mediados del siglo pasado, los tratamientos odontológicos privilegiaban el conocimiento clínico y la experiencia profesional, estaban estandarizados y se basaban en la opinión o consejo de los "expertos", profesionales de extendida experiencia, en la materia.

Este proceder aún no ha sido totalmente abandonado por el clínico, y sólo la cuarta parte de los tratamientos odontológicos están sustentados científicamente. La falta de soporte científico no los hace incorrectos, pero supone una práctica clínica que no ha sido analizada y avalada científicamente y que no prioriza la individualización de los tratamientos⁽¹⁾.

Por otra parte el 50% de todos los medicamentos se recetan, dispensan o venden en forma inadecuada en el mundo⁽²⁾.

Siguiendo a Uribe⁽¹⁾, en el modelo clásico el clínico era un almacenador de información, y hoy ha evolucionando a un manejador de información, acercándose así a una práctica clínica basada en la evidencia científica.

La práctica de la Odontología basada en la evidencia conjuga actividades indispensables para una actividad clínica éticamente aceptable: la revisión sistemática de

la evidencia, el acto clínico y la evaluación de la evidencia obtenida mediante la supervisión de los resultados terapéuticos.

Las enfermedades bucales afectan a 3.9 billones de personas según el *Global Burden Disease 2010 Study*⁽³⁾. Las caries dentales, son actualmente la enfermedad más prevalente de las enfermedades orales y afectan al 35% de la población mundial. La enfermedad periodontal ocupa el sexto lugar en prevalencia de estas enfermedades y las formas severas afectan al 11% de la población mundial.

Es de destacar que la prescripción de medicamentos en odontología es un acto genuino y una valiosa herramienta terapéutica en el tratamiento de estas y otras afecciones estomatológicas, que no está exenta de consecuencias negativas sobre la población afectada.

Si bien entre los objetivos de la prescripción están los de mejorar la situación clínica del paciente, combatir síntomas, y prevenir la aparición de otras enfermedades, también existen riesgos potenciales asociados a ella, como empeorar la situación clínica, dificultar el diagnóstico, favorecer la ineficacia de los medicamentos antimicrobianos, ocasionar la internación y otros daños o gastos al paciente y al sistema de salud.

La participación que en estos tiempos ha adquirido el paciente en la consulta, en la aceptación o no del plan de tratamiento que se le propone, implica un acceso a la in-

E-mail: rromero@odon.edu.uy



formación y una actitud crítica, lo que hace necesaria una respuesta bien fundamentada por parte del profesional de la salud.

La prescripción en Odontología

Los desafíos más importantes de la terapéutica farmacológica odontológica son la *prevención y la mitigación del dolor y el tratamiento de las infecciones máxilo faciales*.

La administración de medicamentos al paciente sin receta y la prescripción propiamente dicha de medicamentos, son habituales en la práctica clínica odontológica.

Entre los fármacos más prescritos por los odontólogos se encuentran los *antiinflamatorios no esteroideos y los antimicrobianos*, ellos constituyen la base de la farmacoterapia odontológica. Menos frecuentemente, de acuerdo con Perea ⁽⁴⁾ se realiza la prescripción de otros fármacos como ansiolíticos, analgésicos opiáceos y corticoides.

Los medicamentos más administrados sin que medie una receta son los *anestésicos locales* y otros de aplicación tópica, antisépticos y remineralizantes. Todos estos pueden ocasionar eventos adversos.

Curiosamente, las reacciones adversas más frecuentes de los medicamentos en la práctica médica, aparentemente no serían iguales en el área odontológica. Esta falsa impresión se debe al poco desarrollo de la cultura de la notificación de eventos adversos farmacológicos por parte de los odontólogos ⁽⁴⁾.

En los centros de farmacovigilancia existen pocos datos acerca de eventos adversos de causa farmacológica o relacionados a dispositivos terapéuticos en Odontología, incluso en el Nodo de Farmacovigilancia de la Facultad de Odontología las notificaciones no son frecuentes.

Por otro lado se han observado situaciones que ameritan una revisión y elaboración de guías de práctica clínica en Odontología.

Numerosos relevamientos han puesto de manifiesto errores en las indicaciones, dosis y duración del tratamiento antimicrobiano, así como la administración de asociaciones innecesarias e ineficaces ^(5, 6).

El estudio de consumo de antibióticos constituye junto con la vigilancia de la resistencia microbiana, actividades de vital importancia reconocidas por la Organización Mundial de la Salud para el control de la resistencia microbiana ⁽³⁾. Los estudios de utilización de medicamentos se han enfocado en pacientes hospitalizados ⁽⁷⁾ y menos frecuentemente en la población ambulatoria, ^(8, 9, 10) característica de la policlínica odontológica, debido a que en la práctica clínica la información es más accesible.

Un estudio basado en factores regionales de prescripción de medicamentos, pone en evidencia la diferencia entre los perfiles de susceptibilidad de los microorganismos periodontopatógenos y los antibióticos usados para el tratamiento de la enfermedad periodontal, en pacientes holandeses y españoles. En el estudio, resultaron menos susceptibles los microorganismos aislados en pacientes españoles. Dicho trabajo concluye que no sería posible desarrollar un protocolo uniforme de uso de antibióticos en el tratamiento de periodontitis severa en la Unión Europea ⁽¹¹⁾.

En América del Sur, un estudio realizado con muestras microbiológicas de una población colombiana en el que se obtuvo una mayor sensibilidad de la *Porphyromonas gingivalis* frente a moxifloxacina y a amoxicilina c/ácido clavulánico, y una moderada sensibilidad a clindamicina, metronidazol y amoxicilina, atribuye la emergencia de resistencia al amplio uso de éstos últimos antimicrobianos en Latinoamérica ⁽¹²⁾. Surge nuevamente la necesidad de una evidencia científica suficiente y no de recomendaciones universales ineficaces en nuestro medio.

Con respecto a los analgésicos persisten hábitos inadecuados de administración y prescripción. La recomendación de "use a demanda" debería sustituirse por la administración anticipada, preventiva que apunta al cumplimiento de la posología y a la seguridad. Las asociaciones innecesarias entre antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), es otro hábito que deberíamos olvidar.

Las buenas prácticas de prescripción en Odontología suponen un acceso a información de calidad, por lo que es imprescindible orientar al profesional en la selección de la literatura farmacológica.

¿Cómo trazariamos el camino hacia un uso apropiado de los medicamentos?

¿Cómo pasamos de las clásicas recomendaciones de los expertos, de los protocolos estáticos a las guías de práctica clínica?

La información publicada es mucha para estar correctamente actualizada. Facilitar al Odontólogo el acceso a información de calidad es una necesidad tangible, pero son escasos los metaanálisis y las revisiones sistemáticas de la mayoría de las situaciones problema que éste debe resolver.

Una guía de práctica clínica tiene como objetivo ayudar a los profesionales y usuarios del sistema sanitario en el momento de tomar decisiones sobre cuáles serían las intervenciones más adecuadas en el abordaje de una condición clínica específica en una circunstancia concreta. Apunta a disminuir la variabilidad de la práctica clínica facilitando la coordinación entre el equipo de salud y promoviendo una mejor distribución de los recursos.

En una guía de práctica clínica se plantean criterios explícitos, elaborados por un grupo multidisciplinar, una revisión sistemática de la literatura y una evaluación de la calidad de la evidencia con grados de recomendación.

Por otro lado los protocolos no tienen criterios explícitos, los elaboran grupos de expertos con una revisión narrativa de la literatura sin evaluación de la calidad de la evidencia y de los grados de recomendación, tampoco contemplan la revisión externa, que sí poseen las guías.

A pesar de todo, las guías tienen sus limitaciones. Son una ayuda en la toma de decisiones pero no sustituyen el juicio clínico, no dan respuesta a la multiplicidad de situaciones clínicas ⁽¹³⁾.

Otro aspecto no menor a tener en cuenta es que en la decisión final sobre una intervención sanitaria participan diferentes actores como los valores (del profesional y del paciente), preferencias de los pacientes, las diferentes realidades de los sistemas sanitarios y las circunstancias económicas de cada región. Habría que elaborar para cada guía un proceso de adecuación a nuestra realidad, al paciente mediante la individualización del tratamiento y también tener en cuenta la visión de éste último con respecto a nuestra decisión.

¿Cuáles serían las Estrategias para alcanzar las buenas prácticas de prescripción?

El método más eficaz para prevenir los problemas relacionados a los medicamentos (errores de medicación y reacciones adversas) es la educación con información de calidad. Fomentar el desarrollo de las competencias profesionales y facilitar el acceso a la información calificada, es imprescindible para una prescripción apropiada y segura.

Las competencias del profesional de salud son un proceso dinámico y longitudinal en que se evalúa la utilidad del conocimiento para la aplicación en la práctica clínica, por lo que puede y debe ser influenciado por los avances de la investigación mediante la difusión y el fácil acceso a la información científica de calidad. Dentro de las competencias asistenciales están la capacidad para obtener información del paciente, la elaboración de un informe clínico, la comunicación y la capacidad para resolver problemas clínicos ⁽¹⁴⁾.

Actualmente se han identificado 12 competencias básicas para una prescripción segura las que encarnan las cuatro etapas del proceso de prescripción:

- recopilación de información (acerca de la enfermedad del paciente y tratamientos conocidos)
- toma de decisiones clínicas,
- comunicación, y
- supervisión ⁽¹⁵⁾.

Estas competencias, adaptadas a la práctica Odontológica, podríamos resumirlas en la habilidad para recoger la información de la historia médica y farmacológica del paciente (anamnesis farmacológica), conciliar la situación con nuestro posible plan de tratamiento, recabar suficiente información para evitar errores por comisión u omisión, considerar la deprescripción de medicamentos innecesarios generalmente producto de automedicación, fomentar la adhesión del paciente a nuestra propuesta terapéutica, anticiparnos a los eventuales problemas relacionados con los medicamentos y comunicar claramente nuestra decisión clínica, con los riesgos y los beneficios que ésta pueda ocasionar.

La etapa de conciliación entre nuestro tratamiento y el que trae el paciente es de vital importancia. El conocimiento

Las 4 etapas de la prescripción



en Farmacología debe guiarnos hacia una prescripción acertada que tenga en cuenta las interacciones medicamentosas y la duplicidad de medicación.

En la *Figura 1* se esquematizan las 4 etapas de la prescripción, recolección de información, decisión clínica, comunicación o información y supervisión o seguimiento, muy relacionadas a la pirámide de Miller (*Ver Figura 2*), con los 4 niveles para la evaluación de habilidades clínicas.

Conclusiones

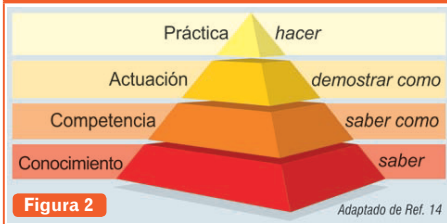
La práctica de la prescripción es un acto complejo que requiere conocimiento farmacológico y clínico, que implica una actitud ética y responsable ⁽¹⁶⁾.

En la toma de decisiones terapéuticas en Odontología deberíamos tener siempre presente una alternativa no farmacológica, si esto no es posible, prescribir el medicamento apropiado, definir la posología, evaluar la duración del tratamiento y estimular la adhesión del paciente.

Las guías de práctica clínica no son sinónimo de recomendaciones sólidas.

Debe evaluarse el nivel de evidencia científica, si bien se han desarrollado criterios de credibilidad de guías de prác-

Pirámide de Miller



tica clínica que contribuyen a mejorar nuestras decisiones. Entre ellas se destaca la necesidad de una revisión sistemática de la evidencia disponible, que sean desarrolladas por un grupo multidisciplinario de expertos informados, que tengan en cuenta los valores de los pacientes. Constituyen una orientación que generalmente debemos adaptar a nuestra situación problema y con una vigencia acotada, sabiendo que toda guía debería revisarse y modificarse cuando existan pruebas de esta necesidad ⁽¹³⁾.

Más allá de la decisión clínica tomada, la comunicación del tratamiento requiere especial atención. Generalmente nos dirigimos a un paciente angustiado ante un posible dolor postoperatorio, que recordará la mitad de nuestras indicaciones, por lo que además de la información verbal directa al paciente o al familiar debe dedicarse tiempo a la confección de la receta, legible, que incluya todos los requisitos legales establecidos por la autoridad sanitaria.

La prescripción eficaz y segura es un gran desafío que exige una formación y una actualización importante en Farmacología.

Recibido: 12 marzo 2014

Aprobado: 30 abril 2014

Bibliografía

- Uribe SE. ¿Qué es la Odontología basada en la evidencia? *Rev Fac Odontología UV* 2000; 2(4):281-287.
- Medicamentos: uso racional de los medicamentos. Boletín de Prensa de la OMS, Nota Descriptiva N° 338, mayo 2010.
- Marceus W, Kassebaum N, Bernabé E. Global Burden of Oral Conditions in 1990-2010: A Systematic Analysis. 2013. *J Dent Res* xx (x): 1-6.
- Perea B. Notas sobre seguridad del paciente odontológico en la prescripción de fármacos. *Gaceta Dental* 2012.
- Are dentist following the antibiotic prophylaxis guidelines? *Medscape*. Oct 29, 2013.
- Ruvinsky S, Mónaco A, Pérez G. Motivos de la prescripción inadecuada de antibióticos en un hospital pediátrico de alta complejidad. *Rev. Panam Salud Pública* 2011; 30(6):580-5.
- ReAct. Action on Antibiotic Resistance. Cuidar y curar. Compendio de la resistencia bacteriana a los antibióticos. Versión en español, Cuenca, Ecuador, 2010. <http://www.reactgroup.org/uploads/publications/react-publications/cuidar-y-curar-comprendiendo-la-RBA.pdf>
- Díaz Zúñiga J, Yáñez Figueroa J, Melgar Rodríguez S. Virulencia y variabilidad de *Porphyromonas gingivalis* y *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* y su asociación a la periodontitis. *Rev Clin. Periodoncia Implantol* 2012; 5(1):40-45.
- Bueno Rossy LA, Bianchi L. Periodontitis agresiva. Fundación Juan José Carraro Número 32 Septiembre – Octubre 2010.
- Xuesong H, Xuedong Z, Wenyuan S. Oral microbiology: Past, present and future. *NIH Public Access. Int J Oral Sci*. 2009 June; 1(2):47-58.
- Van Winkelhoff AJ, Herrera D, Oteo A, Sanz M. Antimicrobial profiles of periodontal pathogens isolated from periodontitis patients in the Netherlands and Spain. *J Clin Periodontol* 2005; 32: 893-898. Blackwell Munksgaard, 2005.
- Ardilla C, López M, Guzmán I. High resistance against clindamycin, metronidazole and amoxicillin in *Porphyromonas gingivalis* and *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* isolates of periodontal disease. 2010 Nov 1. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*; 15(6):947-51.
- Los problemas de calidad de las guías de práctica clínica. Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra. 1 Enero – Febrero 2012. Volumen 20.
- Martínez Carretero JM. Los métodos de evaluación de la competencia profesional: la evaluación clínica objetiva estructurada (ECOE). *Educación Médica* 2005;(8)suplemento.
- The competent prescriber: 12 core competencies for safe prescribing. Lum E, Mitchell C, Coombes I. *Aust Prescr* 2013;36:13-6.
- Alonso Carbonel L, García Millán A, López Puig P. Prescripción basada en evidencia científica en la atención primaria de salud. *Rev Cubana de Med General Integral* 2012;28(03):246-259.