

Interacción entre el médico y el odontólogo

su transcendencia en la prevención de infecciones

La interconsulta realizada por el odontólogo al médico es esencial para la correcta evaluación de *pacientes con patologías sistémicas* que recibirán tratamientos odontológicos invasivos. De esa evaluación médica puede surgir la necesidad de medicar, suspender o modificar un tratamiento farmacológico en curso, postergar e incluso suspender el plan de tratamiento previsto por el odontólogo.



Dra. Renée Romero

Profesora de la Cátedra de Farmacología y Terapéutica de la Facultad de Odontología. Asistente de la Cátedra de Cirugía Buco Máxilo Facial II. Universidad de la República, Uruguay.

Introducción

La interacción entre odontólogo y médico tratante es relevante para la seguridad del paciente y el éxito del tratamiento.

Hemos observado, en particular con la administración de antibióticos, algunas discrepancias en la opinión de médicos y odontólogos. Ante esta situación no es fácil establecer una conducta, máxime cuando se ponen en juego aspectos legales.

Dejar al paciente la responsabilidad de tomar una decisión autónoma y asentarla en el consentimiento informado no es lo más adecuado, si esta situación puede evitarse mediante una comunicación fluida entre los que compartimos la responsabilidad de velar por la salud del paciente.

No pretendemos establecer protocolos, sí atender recomendaciones preestablecidas por organizaciones reconocidas, individualizar la terapéutica, evaluando en forma interdisci-

plinaria las condiciones del paciente, evaluando la relación riesgo, beneficio y costo de la medicación de acuerdo al juicio clínico de los profesionales que integramos el equipo de salud.

La profilaxis antibiótica, la administración de antibióticos antes de la contaminación bacteriana potencial en una situación de riesgo, para que pueda reducir la frecuencia y la gravedad del riesgo de infección local y a distancia, debe estar presente en el momento del acto contaminante o invasivo y su utilidad cesa cuando el riesgo de contaminación ha finalizado. Por ejemplo, en el caso de una avulsión dentaria se considera desde la incisión hasta el fin de la sutura.

La cirugía buco-máxilo-facial se considera *limpia contaminada*, tiene una tasa de infección de 5 al 15% sin la administración de antibióticos y menor al 7% con la administración de antibióticos.⁽²⁾

Grupos de riesgo

Se han establecido dos grupos de pacientes con riesgo de infección ante maniobras odontológicas con posibilidad de provocar un *sangrado significativo*:⁽²⁾

- I-** pacientes que corren riesgo de infección identificada localmente y/o sobreinfección general (septicemia):
- *transplantados*, con injertos (salvo los que sólo reciben ciclosporina),
 - *inmunosuprimidos*: congénitos, medicamentosos, infecciosos o inmunológicos,
 - patologías crónicas no controladas: *diabetes*,
 - *desnutridos*.

II- pacientes con riesgo de infección asociada a una localización secundaria de la bacteria:

- riesgo de *endocarditis* infecciosa, y
- portadores de *prótesis articulares*.

En odontología a los pacientes *sanos* (sin mayores alteraciones sistémicas) la profilaxis antibiótica se recomienda en casos puntuales:

- *transplantes o reimplantes*,
- *cirugía periapical de tumores benignos de los maxilares*,
- *injertos óseos o cirugía ósea*.

En implantología si bien se recomienda la administración de antibióticos no existe evidencia clara del beneficio de ésta.

Riesgo I Paciente diabético

El diabético con tratamiento farmacológico, insulina o hipoglucemiantes orales, que está bien controlado y compensado, en el período quirúrgico necesita mantener su régimen y la dosificación habitual de su medicación.⁽³⁾

En el tratamiento quirúrgico invasivo del diabético hay que considerar:⁽⁴⁾

- alteración de la respuesta tisular ante irritantes locales,
- reducción de la capacidad defensiva del huésped,
- aumento de la susceptibilidad a las infecciones.

En el diabético *no controlado* están contraindicados los tratamientos invasivos, con sangrado significativo y corresponde derivar el paciente al médico.

Hay controversia con respecto a la profilaxis antibiótica en el diabético controlado. Si el tratamiento es agresivo es recomendable su uso ya que interesa mejorar la respuesta del huésped reduciendo la concentración de la flora patógena.

Con respecto a la oportunidad de la administración del antibiótico, puede ser útil administrar un régimen profiláctico, pero lo ideal sería además cubrir el período de cicatrización luego de la intervención, los siguientes cinco días.

Paciente trasplantado

Se trata de pacientes inmunosuprimidos farmacológicamente. Algunos autores sugieren utilizar la misma profilaxis antibiótica que con el diabético controlado, continuando la cobertura luego de la intervención.

Situaciones asociadas a endocarditis Profilaxis aconsejada.⁽⁷⁾

Tabla 1

Categorías de alto riesgo	Categorías de riesgo moderado
Prótesis valvulares	Miocardopatía hipertrófica
Endocarditis bacteriana anterior	Malformaciones congénitas cardíacas no incluidas en la categoría anterior
Shunts o comunicaciones pulmonares sistémicas creadas por vía quirúrgica	Disfunción valvular adquirida (enfermedad reumática cardíaca)
Enfermedad cardíaca congénita cianótica	Prolapso y/o engrosamiento de la válvula mitral

⁽⁷⁾Modificado de American Dental Association

En el caso del inmunosuprimido viral dependiendo del grado de avance de la enfermedad, se exige una cobertura mayor en la que se precisa un tratamiento integral, interdisciplinario, muchas veces no ambulatorio.

Paciente irradiado

La mandíbula es la región más vulnerable a los efectos adversos de las radiaciones. Entre un 4 y 14% de los pacientes que son irradiados en la región cervical desarrollan una osteorradionecrosis.⁽³⁾ Existe mayor riesgo de desarrollar osteonecrosis mandibular y maxilar luego de realizar extracciones dentales en pacientes irradiados que reciben bifosfonatos.⁽⁵⁾

Cuando se requieren extracciones post-irradiación debidas a un mal protocolo previo o deterioro posterior del diente, se han establecido algunas pautas terapéuticas:⁽³⁾

- evitar maniobras quirúrgicas entre los 2 primeros meses y un año post-irradiación,
- administrar ampicilina y metronidazol 1 hora antes de la extracción y durante las 2 ó 3 semanas posteriores,

- a los pacientes alérgicos a las penicilinas se les administra clindamicina 1 hora antes y durante los 10 días posteriores a la intervención.

Riesgo II Paciente con antecedentes de fiebre reumática

La American Heart Association (AHA) recomienda profilaxis antibiótica para la prevención de endocarditis bacteriana en procedimientos asociados a hemorragia significativa. Si se decide no premedicar por las características del tratamiento pero durante el procedimiento ocurre una hemorragia significativa e inesperada se administrarán antibióticos. (Comité científico de la ADA)⁽¹⁾

La mayoría de las endocarditis no se asocian a procedimientos invasivos, los tratamientos dentales son responsables de un pequeño porcentaje de endocarditis. A pesar de ello se sigue recomendando la profilaxis antibiótica de cualquier procedimiento dental que se realice a pacientes que tengan un riesgo alto a moderado de acuerdo a lo establecido por la AHA. (Tabla 1 y 2)

Procedimientos dentales en los que se debe indicar profilaxis antibiótica para las categorías de riesgo alto y moderado.⁽¹⁾

Tabla 2

• Exodoncias
• Cirugía periodontal y maniobras periodontales en las que se espera sangrado
• Implantes
• Reimplantes
• Colocación subgingival de tiras con antibióticos o antisépticos
• Técnicas de anestesia local intraligamentosa

Regímenes profilácticos de antibióticos en procedimientos odontológicos⁽¹⁾

Tipo de Régimen	Vía de administración	Antibiótico	Oportunidad de administración	Dosis
Estándar	Oral	AMOXICILINA	1 hr antes de la intervención	Adultos 2 g Niños 50 mg/kg
Estándar	Intramuscular Intravenosa	AMPICILINA	30 minutos antes de la intervención	Adultos 2 g Niños 50 mg/kg
Alérgicos a la penicilina	Oral	CLINDAMICINA	1 hr antes de la intervención	Adultos 600 mg Niños 20 mg/kg
Alérgicos a la penicilina	Oral	CLARITROMICINA	1 hr antes de la intervención	Adultos 500 mg Niños 15 mg/kg
Alérgicos a la penicilina	Intravenosa	CLINDAMICINA	30 minutos antes de la intervención	Adultos 600 mg Niños 20 mg/kg

⁽¹⁾Modificado del(1) Recomendaciones de la AHA; JAMA 1997.

Aún considerando todas estas precauciones el paciente desdentado puede desarrollar una bacteriemia por úlceras causadas por el borde filoso de una prótesis dental.⁽⁶⁾

Prótesis articulares

La bacteriemia puede colonizar la prótesis articulares en el postoperatorio inmediato o mediato, siendo el periodo más crítico los dos primeros años posteriores a la cirugía. Del estudio de los índices de riesgo-beneficio, costo-efectividad surge que la profilaxis antibiótica no está justificada.⁽¹⁾ (*Council of Dental Therapeutics de la ADA y la American Academy of Oral Medicine*)

Otros autores⁽²⁾ sugieren administrar una profilaxis antibiótica idéntica a la recomendada para evitar la endocarditis infecciosa.

Comentarios finales

Debe prevalecer el juicio clínico ya que es imposible establecer recomendaciones para todas las situaciones en que puede provocarse bacteriemia en odontología.

En todos los casos, la individualización de la terapéutica basada, en la

evaluación interdisciplinaria e integral del paciente, constituye una estrategia fundamental para el uso racional del medicamento. Fomentar la interconsulta y la permanente comunicación médico tratante-odontólogo es imprescindible para una prescripción racional y un tratamiento eficaz y seguro.

Bibliografía

1. American Dental Association, Terapéutica Dental, 2^o Ed. Española, Masson 2003.
2. AFSSAPS, Prescription des antibiotiques en Odontologie et stomatologie. Veyssier, P.; Nouyrigat, E. Juillet 2001.
3. Gay Escoda, C.; Beirini Aytés. Cirugía Bucal. Ed. Ergón 1999, 1^a Edición, Madrid.
4. Bascones, A.; Bullón, P.; Castillo, J. Bases Farmacológicas de la Terapéutica Odontológica. Ed. Avances Médico - Dentales SL, Madrid, 2000.
5. Bilezikian, John P. Osteonecrosis of Jaw. The New England Journal of Medicine, vol 355:2278-2281, Nov 30, 2006, Number 22.
6. Reese, R.; Beets, R. Handbook of antibiotics. 2^o edition. Little - Brown. 1999.
7. Wynn, R.; Meiller, T. Drug Information Handbook for dentistry 2005-2006.
8. Lacy, Ch.; Armstrong; L. Drug Information Handbook 6^o Edition.
9. Hupp- Vallerand . Vademecum clínico odontológico. Mc. Graw Hill.
10. Duaza RY, Protocolo de manejo del paciente diabético en Odontología. 2^o Semestre de 2005. Vol 2 No. 2.
11. AFSSAPS, Traitement medicamenteux du diabete de type 2. Halimi, S.; Grimaldi, A. Nov. 2006.
12. Oliver, R.; Roberts, G.J.; Hooper, L. Penicilinas para la profilaxis de la endocarditis bacteriana en odontología. (Revisión Cochrane traducida) Biblioteca Cochrane Plus, 2005, N^o 2.

Sualax NF



Laxante
en cápsulas blandas
de Vaselina líquida



Spefar

Se lo llevamos a su domicilio o consultorio, o adquiéralo en su librería de confianza



Beneficio Edición 2007

El libro permite acceder sin costo adicional a



FARMANUARIO^{PC}

FARMANUARIO

Tel. 709 1533