



JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Consumo

PROTOCOLO DE COORDINACIÓN PARA LA ATENCIÓN A LOS PROCESOS AGUDOS ODONTOLÓGICOS, EXTRACCIONES DENTARIAS Y CIRUGÍA MENOR ORAL

MARZO 2004

COORDINACIÓN EN LA CAPTACIÓN

Los usuarios tributarios de serles realizada exodoncia dentaria, cirugía menor oral y/o tratamiento de procesos agudos odontológicos en general, deberán acudir a la consulta de odonto-estomatología con documento en el que figure la información clínica suficiente para abordar su atención. Dicha información debe abarcar:

- Antecedentes patológicos de interés. Especialmente antecedentes cardiovasculares, procesos causantes de inmunosupresión, patología hematológica citopenizante o hemorrágica, patología endocrino-metabólica y patología infecciosa de interés.
- Tratamiento actual, especialmente fármacos antiagregantes o anticoagulantes, tratamiento endocrinológico, tratamiento inmunosupresor.

Los documentos a aportar pueden ser:

- Tarjeta de tratamiento crónico (documento que se utiliza habitualmente para la consulta administrativa) actualizada y debidamente cumplimentada, en la que figuren los datos de filiación (apellidos, nombre, fecha nacimiento, nº de afiliación a la Seguridad Social), las patologías destacables del usuario y la medicación que toma.
- Hoja de solicitud de consulta a atención especializada. En este caso, además de la información anteriormente señalada, figurará breve historia del proceso odontológico actual, datos de la exploración de la cavidad oral, juicio clínico y carácter ordinario o preferente de la derivación. Se informará también al paciente de la necesidad de acudir a la consulta de la Unidad de Salud Bucodental con la boca en las mejores condiciones higiénicas posibles, incluyendo el adecuado cepillado dental.
- En el caso de precisar atención urgente por la Unidad de Salud Bucodental el paciente deberá aportar siempre la hoja de solicitud de consulta con la cumplimentación descrita.
- Como excepción, los pacientes jóvenes y sanos pueden acudir a la consulta de odontología sin documentación clínica alguna.
- Aunque no es el objetivo de este protocolo, se aclara que para los niños <14 años que sean derivados a las Unidades de Salud Bucodental fruto de las actividades incluidas en el Programa del Niño Sano o en el Programa de Salud Escolar, se acompañará breve informe con los resultados de la exploración realizada. Por parte de los profesionales de estas unidades, a su vez, se enviará por correo interno a los profesionales de la UBA breve informe de las actuaciones realizadas.

Actividades a realizar en la primera cita en la unidad de salud bucodental:

- Realización de historia clínica, con exploración buco-dental completa.
- Solicitud de exploración radiológica u otra prueba complementaria que se considere necesaria.
- En esta primera cita se realizará el diagnóstico buco-dental del paciente, al que se informará del mismo.
- También se informará al paciente de:
 - Número de citas que precisará para completar el tratamiento previsto.
 - En el caso de pacientes con patologías asociadas: preparación que necesitan previa a la extracción.
 - Consentimiento informado: se les explicará y entregará el documento, que deberán traer firmado.

COORDINACIÓN EN LA ATENCIÓN A USUARIOS CON PATOLOGÍA ASOCIADA

A. Patología Cardiovascular:

1. PREVENCIÓN DE LA ENDOCARDITIS BACTERIANA^{1, 2, 3, 4, 11, 12,}

a) Procedimientos en los que se debe considerar profilaxis en la cavidad oral:

I. Recomendada

Extracción dental
Procedimientos periodontales
Implantes subgingivales de tiras de antibióticos
Implantes bandas de ortodoncia
Inyección intraligamentosa de anestésicos
Limpieza con sangrado

II. No necesaria

Inyecciones de anestésicos no intraligamentarias
Quitar puntos de sutura
Obtención de impresiones dentales
Extracción primera dentición

b) Cardiopatías asociadas con endocarditis

I. Profilaxis recomendada

Riego alto

Prótesis valvulares (incluidas bioprótesis y homoinjertos)
Endocarditis bacteriana previa
Cardiopatías congénitas cianóticas
Ductus arteriosus
Insuficiencia aórtica
Estenosis aórtica
Insuficiencia mitral
Doble lesión mitral
Comunicación interventricular
Coartación aórtica
Lesiones intracardiácas operadas con anomalías hemodinámicas residuales
Cortocircuitos sistémicos o pulmonares con corrección quirúrgica.

Riesgo moderado

Otros defectos congénitos que los expuestos en el apartado precedente y posterior
Estenosis mitral pura
Valvulopatía tricuspídea
Estenosis pulmonar
Miocardiopatía hipertrófica
Prolapso mitral con insuficiencia valvular y/o valvas redundantes
Aorta bicuspídea con ligeras anomalías hemodinámicas
Esclerosis aórtica con ligeras anomalías hemodinámicas
Lesiones degenerativas calcáreas en los ancianos
Lesiones intracardiácas operadas sin anomalías hemodinámicas en los primeros 6 meses tras la intervención.

II. Profilaxis no necesaria

Riegos bajo

Comunicación interauricular tipo ostium secundum
Reparación de comunicación interauricular y ductus pasados 6 meses y sin lesiones residuales
Cirugía coronaria
Prolapso mitral sin insuficiencia valvular
Soplos funcionales
Enfermedad de Kawasaki sin disfunción valvular
Fiebre reumática previa sin lesión valvular
Marcapasos (endocavitarios y epicárdicos) y desfibriladores
Insuficiencia valvular leve por Doppler sin anomalías orgánicas.

c) Pauta antibiótica en los procedimientos dentales, cavidad bucal, aparato respiratorio y esófago

- I. **Profilaxis estándar:** Amoxicilina (adultos: 2 g; niños: 5 mg/kg 1 h antes del procedimiento).
- II. **Intolerancia a la vía oral:** Ampicilina (adultos: 2 g i.m. o i.v.; niños: 50 mg/kg i.m. o i.v. 30 min antes del procedimiento).
- III. **Alérgicos a penicilina:** Clindamicina (adultos: 600 mg; niños: 20 mg/kg oral 1 h antes del procedimiento) o cefalexina (*no recomendada si el antecedente es de reacción de hipersensibilidad inmediata a penicilinas, es decir, con urticaria, angioedema, o anafilaxia*. Dosis en adultos: 2 g; niños: 50 mg/kg oral 1 h antes del procedimiento).
- IV. **Alergia a penicilina e intolerancia a la vía oral:** Clindamicina (adultos: 600 mg; niños: 20 mg/kg i.v. 30 min antes del procedimiento) o cefazolina (*no recomendada si el antecedente es de reacción de hipersensibilidad inmediata a penicilinas, es decir, con urticaria, angioedema, o anafilaxia*. Dosis en adultos: 1 g; niños: 25 mg/kg i.m. o i.v. 30 min antes del procedimiento).

2. En los pacientes con **INFARTO DE MIOCARDIO RECIENTE, o con angina inestable** se considera conveniente que la exodoncia se realice a partir de los seis meses del episodio. Igualmente se debe postponer la intervención, si no es urgente, en los pacientes **con insuficiencia cardíaca descompensada**, hasta que se establezca la situación clínica. En todos estos casos se deben extremar las medidas de reducción del estrés (sedación, control del dolor, empleo de dosis bajas de anestésicos y de vasoconstrictores).

3. HIPERTENSIÓN ARTERIAL:

El paciente debe aportar a la consulta de odontología documento (preferiblemente la Tarjeta de Tratamiento Crónico) con registro de las últimas mediciones de T.A. y de la medicación que toma.

- **Paciente con buen control tensional:** no son necesarios requisitos especiales.
- HTA aparentemente no controlada: se realizará medición de TA tras varios minutos de reposo, habiendo administrado incluso un ansiolítico si se detectan síntomas de ansiedad importante. Como guía orientativa, si persisten cifras de TA significativamente elevadas ($\geq 180/105$ según algunos autores⁵), se debe posponer la intervención odontológica y derivar el paciente a su enfermero y/o médico de familia para valoración. En todo caso, debe individualizarse en cada situación, en función de las características del paciente y del tipo de intervención que se va a realizar.

- En los pacientes con HTA se debe limitar el empleo de vasoconstrictores.
- Algunos antihipertensivos predisponen a la hipotensión ortostática, especialmente en diabéticos y en ancianos. Por tanto, tras un decúbito prolongado, se deben tomar precauciones para evitar el síncope.

4. LOS PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO en los últimos 6 meses, incluyendo las isquemias transitorias, tienen riesgo quirúrgico elevado y sólo son candidatos a intervenciones odontológicas urgentes. Tras los 6 meses, se deberá valorar el riesgo, especialmente si persiste déficit neurológico residual.

B) Discrasia sanguínea y pacientes en tratamiento con anticoagulantes y antiagregantes 5,6,67,8,9.

- **Los pacientes en tratamiento con antiagregantes** pueden ser sometidos a las intervenciones odontológicas objeto de este documento sin necesidad de cambios en su posología habitual de tratamiento⁷.
El odontólogo valorará llevar a cabo una terapéutica local con ácido tranexámico (se expone más adelante).
- **A los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales**, se les debe practicar una medición del INR en el centro de salud o consultorio, 7 días antes del procedimiento, indicando en la solicitud al Servicio de Hematología "Paciente Pendiente de Salud Bucodental el día.....". El principal objetivo es descartar desviaciones del INR sobre el objetivo establecido.
En el informe que se devuelva desde el Servicio de Hematología se indicará la pauta a seguir.
Como criterios generales, se aceptan los siguientes como los más ajustados a la documentación científica publicada hasta la fecha (estudios observacionales y opinión de expertos, puesto que no existen suficientes ensayos clínicos randomizados que comparen las distintas pautas posibles):
 - Para las intervenciones menores odontológicas (extracciones dentarias, pequeña cirugía oral) no es preciso modificar el INR si éste se encuentra dentro del objetivo (entre 2 y 3,5, según el riesgo embólico).
 - Será preciso ajustar el tratamiento si el INR es $\geq 3,5$.
 - Se deben tomar medidas locales adicionales (basadas en estudios observacionales y opinión de expertos)^{7, 8, 9}:
 - Irrigar la zona cruenta con 1 ampolla de ácido tranexámico (Amchafibrin).
 - Suturar.
 - Compresión con gasa empapada en 1 ampolla de ácido tranexámico durante 20 min.
 - Enjuagues con 1 ampolla de ácido tranexámico en ½ vaso de agua, 2 min/6h durante 2 días.
 - No tragar el ácido tranexámico; no comer ni beber 1h tras la extracción; no comer ni beber alimentos duros ni calientes durante unos días.
 - En los casos de extracciones dentales múltiples en un mismo acto quirúrgico puede valorarse la posibilidad de suspender transitoriamente la anticoagulación oral, instaurando una pauta de heparina de bajo peso molecular subcutánea (HBPM), siempre que el paciente no sea de riesgo tromboembólico alto. Se consideran de alto riesgo los pacientes con⁷:

- Prótesis valvulares mecánicas.
- Fibrilación auricular con fenómenos tromboembólicos a pesar de anticoagulación adecuada.
- Enfermedad tromboembólica venosa con síndromes de hipercoagulabilidad.
- Antecedente de ictus o tromboembolismo en un plazo previo inferior a 3 meses.

En estos casos de extracciones dentales múltiples, que el odontólogo considere que son de alto riesgo de sangrado, se especificará “ALTO RIESGO DE SANGRADO. EXTRACCIONES MÚLTIPLES”, además de la fecha prevista para las extracciones en la hoja de solicitud de INR al Servicio de Hematología. Éste indicará la pauta a seguir en el informe que envía por fax.

- **En plaquetopenias y púrpuras-trombocitopénicas**, las cifras mínimas de plaquetas serán de 50000.
- **En granulocitopenias** cifras de 1500 granulocitos o inferiores contraindican la extracción. Con cifras bajas, pero superiores a éstas, será precisa una cobertura antibiótica.

C) Prevención de la osteorradionecrosis.

En pacientes que han sido sometidos a irradiación de las regiones cervical y/o facial estará indicada la demora en las extracciones hasta pasados 12 meses del final del tratamiento radioterápico, y cuando se realice la extracción, se administrará profilaxis antibiótica y se darán puntos de sutura.

D) Diabetes Mellitus¹⁰.

Los diabéticos presentan prevalencia aumentada de enfermedad periodontal y de infecciones postextracción. También puede existir un retardo en la cicatrización de las heridas.

Por otra parte, el tratamiento odontológico y sus circunstancias pueden contribuir a la descompensación metabólica del diabético, debido al estrés, posible dolor y especialmente si existe infección activa.

PRECAUCIONES A TOMAR EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS:

- **Paciente con buen control metabólico:** en principio no serían necesarios requisitos especiales. Deberá aportar a la consulta odontológica documento (preferiblemente la Tarjeta de Tratamiento Crónico) con glucemias recientes y medicación que toma. En caso de no presentar esta información, será derivado a su enfermero de atención primaria para recabarla.
- **Pacientes sin buen control:** si presenta glucemias >200 mg/dl, se derivará a la consulta de enfermería y/o medicina de familia para mejorar el control (el tratamiento con antibioterapia del posible proceso infeccioso oral puede ser clave para este control). Con glucemias >200 mg/dl se incrementa la probabilidad de infecciones y de alteraciones de la hemostasia (riesgo de hipercoagulabilidad por hiperagregación plaquetaria y posible aparición de fenómenos hemorrágicos tardíos).
- **En general, se debe informar y educar a todos los diabéticos** para que no modifiquen sus hábitos alimenticios ni su pauta de tratamiento antes de un tratamiento odontológico. Es preferible realizar la extracción en las dos horas posteriores a la administración del hipoglucemiante. Y se les debe recomendar la realización de autoanálisis en las horas previas y siguientes a la intervención odontológica.
-

- **En cuanto a la intervención:** se debe extremar la analgesia y utilizar ansiolíticos si es necesario; realizar actos quirúrgicos poco traumáticos y suturar la herida residual para favorecer la cicatrización. No es precisa la profilaxis antibiótica de modo sistemático.

E) Infección VIH.

Puede ser conveniente solicitar a los pacientes VIH (+) un hemograma y pruebas de coagulación.

F) Síntomas de ansiedad.

- a. A los pacientes con problemas de ansiedad frente a la extracción se les puede administrar un ansiolítico tipo cloracepato, según criterio del estomatólogo basado en la exploración del primer día.

EVALUACIÓN

- Evaluación de los casos de sangrado tras las intervenciones odontológicas, con los datos de las tablas resumen enviadas por los facultativos del Área (anexo 1).
- N° usuarios que acuden a consulta a demanda de odontología sin documentación clínica acordada / n° usuarios atendidos en consulta a demanda de odontología (anexo 2).
- N° usuarios que acuden a consulta programada de salud bucodental sin documentación clínica acordada / n° usuarios atendidos en consulta programada de salud bucodental.
- N° informes de niños <14 años atendidos en las Unidades de Salud Bucodental enviados a los profesionales de EAP / n° niños atendidos en dicho programa por las Unidades.

ANEXO 1 - REGISTRO USUARIOS CONSULTAN POR SANGRADO TRAS INTERVENCIÓN EN USB DEL ÁREA

CIP usuario (16 dígitos)	CIAS médico familia	EAP al que pertenece	Fecha intervención odontológica	USB donde se realizó	Procedimiento realizado	Fecha sangrado	¿ Tiene tto. que interfiere hemostasia?	¿ Realizó determinac INR previo a extracción?	¿ Se modificó pauta previamente a la extracción?
					<input type="checkbox"/> Extracción pieza dentaria <input type="checkbox"/> Extracción varias piezas el mismo día <input type="checkbox"/> Biopsia o extirpación lesión oral		<input type="checkbox"/> Antiagregante: Princ. Activo: Dosis/d: <input type="checkbox"/> Anticoagulante oral <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Sí INR:..... <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí: <input type="checkbox"/> Se retiró antiagregante. Nº días previos a extracción: <input type="checkbox"/> Heparina bpm <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Extracción pieza dentaria <input type="checkbox"/> Extracción varias piezas el mismo día <input type="checkbox"/> Biopsia o extirpación lesión oral		<input type="checkbox"/> Antiagregante: Princ. Activo: Dosis/d: <input type="checkbox"/> Anticoagulante oral <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Sí INR:..... <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí: <input type="checkbox"/> Se retiró antiagregante. Nº días previos a extracción: <input type="checkbox"/> Heparina bpm <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Extracción pieza dentaria <input type="checkbox"/> Extracción varias piezas el mismo día <input type="checkbox"/> Biopsia o extirpación lesión oral		<input type="checkbox"/> Antiagregante: Princ. Activo: Dosis/d: <input type="checkbox"/> Anticoagulante oral <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Sí INR:..... <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí: <input type="checkbox"/> Se retiró antiagregante. Nº días previos a extracción: <input type="checkbox"/> Heparina bpm <input type="checkbox"/> No

ANEXO 2 – EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA AL PROTOCOLO. RELACIÓN DE USUARIOS QUE, DEBIENDO APORTAR DOCUMENTACIÓN CLÍNICA PARA LA INTERVENCIÓN, NO LA APORTAN

CIP usuario (16 dígitos)	CIAS médico familia	EAP al que pertenece	Fecha consulta USB	USB donde se realizó	Procedimiento realizado	Patología crónica principal	Principal medicación crónica que toma
					<input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Proc quirúrg		
					<input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Proc quirúrg		
					<input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Proc quirúrg		
					<input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Proc quirúrg		
					<input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Proc quirúrg		
					<input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Proc quirúrg		
					<input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Proc quirúrg		
					<input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Proc quirúrg		
					<input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Proc quirúrg		
					<input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Proc quirúrg		
					<input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Proc quirúrg		
					<input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Proc quirúrg		
					<input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Proc quirúrg		
					<input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Proc quirúrg		
					<input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Proc quirúrg		

BIBLIOGRAFÍA

¹ Sociedad Española de Cardiología. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en endocarditis. Rev Esp Cardiol 2000; 53(10): 1384-1396.

² American College of Cardiology, American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Guidelines for the management of patients with valvular heart disease. JACC 1998; 32(5):1486-1588.

³ Serrano J. Profilaxis de endocarditis. Guías clínicas Fisterra 2001; 1(19). Disponible en: http://www.fisterra.com/guias2/profilaxis_endocarditis.htm [04/03/2003].

⁴ Tomás I, Diz P, Seoane J, Limeres J. Pautas de profilaxis antibiótica de la endocarditis bacteriana en pacientes sometidos a tratamiento odontológico. Revista Clínica Española 2001; 201(1):21-24.

⁵ Gómez R. Gerodontología: una perspectiva clínica (2ª parte). Disponible en: <http://www.geriatrianet.com/numero3/privado3/articulo312.html> . [02/05/2003].

⁶ Dunn, A, Turpie A. Perioperative Management of Patients Receiving Oral Anticoagulants. A Systematic Review. Arch Intern Med 2003; 163 (8): 901-908.

⁷ Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. Unidad de Hemostasia y Trombosis. Pautas para cirugía maxilofacial en pacientes con tratamiento antiagregante o anticoagulante oral. Mayo 2002.

⁸ Wahl, M. Dental Surgery in Anticoagulated Patients. Arch Intern Med 1998; 158 (15): 1610-1616.

⁹ Ansell J, Hirsh J, Dalen J, Bussey H, Anderson D, Poller L et al. Managing Oral Anticoagulant Therapy. Sixth ACCP Consensus Conference on Antithrombotic Therapy. Chest 2001; 119: 22S-38S.

¹⁰ Grupo de diabetes SAMFYC. La boca. [04/03/2003] <http://www.cica.es/aliens/samfyc/boca.htm>

¹¹ Prevención de la endocarditis bacteriana. The Medical Letter on Drug and Therapeutics. Compendio de Terapéutica Antimicrobiana. Edición Española. Prouscience S.A. 2001; 61-63.

¹² Guía de Terapéutica antimicrobiana Sandford 2000.

MIEMBROS GRUPO DE TRABAJO SOBRE SALUD BUCODENTAL DEL ÁREA DE PLASENCIA

- M^a José Martín de Cabo (Pediatra.- E.A.P. Cabezuela del Valle)
- Miguel A. Franco Navarro (Estomatólogo.- U.S.B. Plasencia II)
- Coral Maillo López (Enfermera.- U.S.B. Plasencia II)
- Jerónimo Blanco Toboso (Estomatólogo.- U.S.B.. Plasencia III)
- M^a Victoria Vaquero Barbero (Enfermera.- U.S.B. Plasencia III)
- Juan Miguel Mogollón Cano-Cortés (Enfermero.- E.A.P. Jaraiz de la Vera)
- José Luis Prieto García (Enfermero.- E.A.P. Casas del Castañar)
- Rosario González Martín (Médico Refuerzo. PAC. Plasencia)
- Miriam de la Paz Lerma del Valle (Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria).

Agradecimiento por la colaboración de:

- Guillermo Martín Núñez (Jefe Sección. Hematología Hospital Virgen del Puerto)
- M^a Teresa Hernández Galindo (Administrativo de la Gerencia del Área de Plasencia)

Coordinación desde la Gerencia del Área:

- Ignacio Escudero Sánchez (Dirección Médica)
- Belén Sánchez Montero (Coordinación de Equipos de Atención Primaria)
- Camino Mateos Villayandre (Técnico de Salud)