

CAPÍTULO 6

Historia clínica medica

Martín L. Gandara y Mariano López

*En la vida hay tiempo para todo
menos para rendirse.*



El profesional es responsable de realizar una anamnesis de cada paciente que concurre a la consulta en busca de un tratamiento. En la actualidad existen diversos cuestionarios de salud pero el profesional encargado puede optar por hacer uno a medida. Una vez completo el cuestionario por el paciente o progenitor en caso de ser menor de edad, el profesional debe revisar las respuestas. Es importante tener en cuenta que en una próxima revisión se debe interrogar si se han producido cambios en los antecedentes o en alguna medicación que toma.

El profesional debe evaluar la respuesta del paciente al cuestionario desde dos perspectivas:

- Aquellas enfermedades y medicamentos que modificarán la pauta del tratamiento dental
- Aquellas afecciones médicas que pueden manifestarse en la boca o que puedan simular una patología dental.

Es de suma importancia conocer si el paciente padece de algún tipo de alergia medicamentosa, si se ha sido sometido a algún trasplante o si está tomando alguna medicación que pudiera reaccionar en forma negativa con los anestésicos locales, y los antibióticos y analgésicos de uso habitual en la práctica endodóntica.

A continuación, se enumeran las enfermedades que justifican modificar el tratamiento o los cuidados dentales:

- **Cardiovasculares:** riesgo moderado o alto por endocarditis, soplos cardíacos patológicos, hipertensión, infarto de miocardio reciente, arritmias cardíacas.
- **Pulmonares:** enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, tuberculosis.
- **Digestivas y renales:** nefropatía terminal, hemodiálisis, hepatitis vírica (tipo B, C, D y E), hepatopatía alcohólica, úlcera péptica, enfermedad intestinal inflamatoria, colitis pseudomembranosa.
- **Hematológicas:** enfermedades de transmisión sexual, VIH y sida, diabetes mellitus, insuficiencia suprarrenal, hipertiroidismo e hipotiroidismo, embarazo, trastornos hemorrágicos, cáncer y leucemias, artrosis y artritis reumatoidea, lupus eritematoso sistémico.
- **Neurológicas:** accidentes vasculares cerebrales (ACV), trastornos epilépticos, ansiedad, depresión y trastornos bipolares, enfermedad de Alzheimer, esquizofrenia, trastornos alimentarios, neuralgias, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson.

Estas enfermedades sugieren por parte del profesional modificaciones odontológicas que deben instaurarse para aplicar el tratamiento más conveniente.

Muchas enfermedades tienen manifestaciones bucales, que producen cambios en los tejidos blandos de la boca y que tienen más relación con medicamentos que se emplean para tratar la afección médica que con la enfermedad propiamente dicha. Algunos ejemplos de efectos adversos medicamentosos son la estomatitis, xerostomía, petequias, equimosis y hemorragias de los tejidos blandos bucales. Además el profesional debe saber que varias dolencias médicas pueden tener presentaciones clínicas que simulan lesiones patológicas bucales.

Los pacientes inmunodeprimidos o con diabetes mellitus no controlada responden mal al tratamiento odontológico y pueden mostrar abscesos recurrentes en la cavidad bucal que deben diferenciarse de los abscesos de origen odontogénico.

Pacientes con anemia ferropénica, anemia perniciosa y leucemia muestran con frecuencia parestesias de tejidos blandos bucales. Esto puede complicar el diagnóstico cuando existen simultáneamente otras patologías dentales en la misma zona de la boca. El dolor óseo de la

anemia de células falciformes contribuye a complicar el diagnóstico, ya que imita al dolor odontogénico y al patrón radiológico de la pérdida del hueso trabecular, el cual puede confundirse con lesiones radiológicas de origen odontogénico. El mieloma múltiple puede dar a lugar a movimientos dentarios inesperados y la radioterapia en la región de cabeza y cuello puede aumentar la sensibilidad de los dientes. La neuralgia del trigémino, el dolor referido y la esclerosis múltiple también puede simular el dolor dental. La sinusitis maxilar aguda es una patología muy frecuente que puede generar confusiones, ya que puede imitar el dolor dental en el cuadrante posterior del maxilar superior. En este caso los dientes serán sensibles al frío y la percusión imitando los signos y síntomas de una pulpitis

Cabe destacar que si no se logra arribar a un diagnóstico con una etiología dental clara luego de realizar el diagnóstico odontológico completo, se debe considerar que la etiología sea un problema médico. En este caso será conveniente consultar con el médico del paciente

Manejo del paciente diabético

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad metabólica crónica, caracterizada por una deficiencia absoluta o relativa de la secreción de insulina, por las células beta pancreáticas, o una resistencia de los tejidos a la insulina circulante. Pacientes que vayan a someterse a procedimientos quirúrgicos pueden requerir ajuste de las dosis de insulina o del régimen de las drogas antidiabéticos y para ello el Odontólogo debería consultar con el médico tratante del paciente.

Para ciertos procedimientos (por ejemplo sedación consciente), el Odontólogo puede requerir que el paciente altere su dieta normal antes del procedimiento. En esos casos, la dosis de la medicación puede necesitar ser modificada en consulta con el médico tratante del paciente.

Durante el tratamiento

La complicación más común de la terapia de DM que puede ocurrir en el consultorio odontológico es un episodio de hipoglucemia. Los signos y síntomas iniciales incluyen cambios de humor, disminución de la espontaneidad, hambre, sed, debilidad. Estos pueden ser seguidos de sudores, incoherencia y taquicardia. Si no es tratada, puede producirse inconciencia, hipotensión, hipotermia, ataque coma y muerte. Si el clínico sospecha que el paciente está experimentando un episodio hipoglucémico, primero debe confirmar éste mediante glucómetro capilar. En caso de confirmarse, debería terminar el tratamiento odontológico e inmediatamente administrar la regla "15-15": administrar 15 gramos de carbohidratos por vía oral, de acción rápida, cada 15 minutos hasta llegar a los niveles normales de azúcar en sangre.

La hiperglucemia severa usualmente tiene un inicio prolongado. Por lo tanto, el riesgo de una crisis de hiperglicemia es mucho más bajo que el de una crisis de hipoglicemia en el marco de una consulta odontológica. Definitivamente el manejo de una hiperglicemia requiere intervención médica y administración de insulina.

Después del tratamiento

Pacientes con DM pobremente controlados están bajo un gran riesgo de desarrollar infecciones y pueden manifestar retardo en la curación de las heridas. Las infecciones agudas pueden afectar desfavorablemente la resistencia a la insulina y el control de la glicemia, lo cual a su vez puede alejar e influir en la capacidad de curación del organismo. Por lo tanto, puede ser necesario el tratamiento con antibióticos para las infecciones bucales abiertas o para aquellos pacientes a quienes se les están realizando procedimientos quirúrgicos extensos. Los diabéticos con su enfermedad bien controlada y sin padecer problemas médicos concurrentes, pueden recibir todos los tratamientos odontológicos que necesiten sin que haya que modificar los protocolos de atención. El control del dolor en el paciente diabético es muy importante, ya que se ha comprobado que el estrés agudo aumenta la liberación de adrenalina y la eliminación de glucocorticoides y la disminución de la secreción de insulina. Todas estas alteraciones provocan un incremento de la glucosa sanguínea y de ácidos grasos libres que pueden descompensar una DM. La presencia de un proceso infeccioso bucal puede alterar el equilibrio glucémico del paciente y descompensar la DM, por lo que se deberá aumentar la dosis de insulina hasta lograr una perfecta normalización de la glicemia, y una vez logrado esto, podrá realizarse el tratamiento odontológico. Dado que en estos pacientes el riesgo de infección está considerablemente aumentado y que además la cicatrización de la mucosa bucal está retardada, es aconsejable la profilaxis antibiótica en los tratamientos que comprometan algún riesgo quirúrgico.

Manejo del paciente insuficiente renal

La enfermedad renal crónica terminal (ERCT) es un estadio en que ha ocurrido la pérdida irreversible de la función renal de una magnitud suficiente para que el paciente dependa en forma permanente del tratamiento sustitutivo renal: diálisis o trasplante.

La etiología más frecuente de la ERC en adultos es la diabetes, hipertensión arterial, glomerulonefritis, además puede estar dada por enfermedades inmunológicas. El 90% de los pacientes con ERC sufren signos y síntomas bucales, que afectan tanto al hueso como a los tejidos blandos.

Disgeusia y cacogeusia que resulta del aumento en la concentración de urea en la saliva, xerostomía, palidez de la mucosa bucal debido a la anemia, que puede enmascarar patologías como gingivitis e incluso periodontitis, estomatitis urémica, sangrado gingival, petequias y equimosis, hiperplasia gingival secundaria al tratamiento farmacológico, erosión dental severa debido a regurgitaciones frecuentes y vómitos inducidos por la uremia, medicamentos y la diálisis, obliteración de la pulpa, posiblemente relacionado con las alteraciones en el metabolismo del calcio y fósforo dando origen a calcificaciones pulpareas prominentes.

Manejo odontológico del paciente con enfermedad renal crónica terminal

En la evaluación se deberá realizar una anamnesis exhaustiva, ajustar el tratamiento farmacológico (tipo, dosis y frecuencia), chequear que tipo de diálisis realiza, evaluar cuando fue la última sesión realizada, evaluar las posibles complicaciones sistémicas, examinar los signos y síntomas bucales presentes.

El odontólogo deberá tomar la presión arterial evitando presionar los aditamentos arteriovenosos, necesarios para efectuar la diálisis, con el brazalete; realizar interconsulta con el Nefrólogo o médico tratante. Se deberán Indicar pruebas serológicas como: hematología completa, PT y PTT, glicemia, magnesio, calcio y fosfato sérico. Se deberá descartar Hepatitis A, B y C, tuberculosis y VIH, para evitar contaminaciones cruzadas en el consultorio odontológico. Se indicaran exámenes radiográficos complementarios. Para su atención corresponderá indicar tratamiento profiláctico antibiótico en pacientes dializados, de 600mg de clindamicina una hora antes de la intervención, lo que reduce la incidencia, naturaleza y duración de la bacteriemia. Y a continuación planificar el tratamiento odontológico entre diálisis.

Manejo de paciente anticoagulado/ antiagregado

La terapia con anticoagulantes orales tiene como objetivo retardar el proceso de coagulación de la sangre y es esencial en pacientes que tienen riesgos de sufrir un ACV, tendencia a formar trombos y en la colocación de prótesis valvulares o stens coronarios. También es común su uso en los pacientes con historia de cardiopatías isquémicas, pacientes hipertensos, pacientes en tratamiento de hemodiálisis, entre otros.

¿Cuál es la diferencia entre un medicamento anticoagulante y un antiagregante plaquetario?

El *tratamiento antiplaquetario* inhibe irreversiblemente la cicloxigenasa plaquetaria, evitando la síntesis del Tromboxano A₂, lo que afecta la agregación de las plaquetas.

La *terapia antiplaquetaria* afecta solamente la Hemostasia Primaria.

La *terapia con anticoagulantes* es diferente, estos desaceleran el proceso de formación de coágulos en el cuerpo, entre algunos medicamentos están la heparina, heparinas de bajo peso molecular, antagonistas de la vitamina K y anticuagulantes directos de última generación.

¿Cuáles son los medicamentos antiplaquetarios?

Ácido Acetil Salicílico: Se utiliza como profilaxis primaria de trombosis coronaria y como prevención secundaria en eventos tromboembólicos adversos en pacientes con historia de trombosis coronaria, ACV y angina inestable.

Clopidogrel, Dipyridamol, Tirofiban, Heparina no fraccionada, heparina cálcica y enoxaparina sódica, Warfarina y acenocumarol, Rivaroxaban

Manejo odontológico de pacientes con tratamiento anticoagulante o anticuagulado

Al realizar un procedimiento quirúrgico, nos encontramos ante la situación de retirar la terapia antiagregante plaquetaria o anticoagulante y exponer al paciente a un posible riesgo de presentar una complicación tromboembolia o en el caso de no suspenderla, presentar una complicación hemorrágica durante o después del procedimiento quirúrgico. Esta opción será tomada por el médico especialista tratante.

Si el paciente toma un antiagregante plaquetario como aspirina, podemos muchas veces tratarlo sin suspender el medicamento. Los otros medicamentos o combinación de estos, hay que tener más precaución por lo que ante cualquier duda mejor realizar la interconsulta con médico tratante.

Para tener presente ante un paciente anticoagulado o antiagregado se deberá realizar antes del procedimiento, la toma de la presión arterial, evaluar la higiene del paciente, ya que la presencia de inflamación aumentaría el riesgo de sangrado. Deberemos informar al paciente de la posibilidad de riesgo de sangrado durante y después del procedimiento.

En casos de pacientes con prótesis valvulares o stens coronarios, considerar la terapia anti-biótica profiláctica con 2 gr. de Amoxicilina o en caso de ser alérgico, 600 mg de Clindamicina, una hora antes de la intervención, para evitar riesgos de endocarditis bacteriana.

Durante el procedimiento quirúrgico se tratará de trabajar por cuadrantes, hacer extracciones aisladas y siempre aspirar. Realizar cirugías atraumáticas, cuidando lo más posible todos los tejidos periodontales. Utilizar suturas absorbibles, para no estar manipulando tanto retirando puntos. Si hubiese, usar tapones hemostáticos, seguido de sutura sin tensión y hacer presión digital con gasa. Si a pesar de tener un historial clínico adecuado y haber realizado medidas locales, el paciente sigue sangrando, tiene que ser referido a un hospital para ser evaluado y recibir tratamiento adecuado.

En el postoperatorio se deberá evaluar al paciente, al menos una hora en la consulta antes de ser dado de alta. Entregar por escrito las indicaciones post-operatorias habituales. El único analgésico que podemos indicar es el Paracetamol, Se puede indicar algún tipo de esteroide por vía oral para el efecto antiinflamatorio que necesitamos en el paciente. En caso de que haya sangrado incontrolable por más de una hora, hematomas de gran tamaño ó equimosis, advertir al paciente que debe acudir a la consulta odontológica.

Manejo de paciente con patología cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares suponen un importante problema de salud en nuestra sociedad actual y son la primera causa de mortalidad en el mundo occidental, gran parte de la

medicación usada por estos pacientes, tiene efectos secundarios que complican o desencadenan patología oral. Es por esto, que el reconocimiento del estado médico del paciente dental y la estrecha relación cardiólogo-odontólogo, es primordial para el correcto manejo de éstos.

Endocarditis infecciosa

La endocarditis infecciosa (EI) es una infección microbiana, en la mayoría de los casos de origen bacteriano, del endocardio. Los estreptococos y estafilococos son responsables de aproximadamente el 80% de casos de endocarditis bacteriana (EB). El odontólogo debe intentar identificar los pacientes con defectos cardiovasculares congénitos o adquiridos antes de comenzar las manipulaciones dentales que puedan producir una bacteriemia transitoria.

Protocolo de prevención de endocarditis infecciosa

Es probable que sólo un pequeño número de los casos de EB pueda ser prevenido mediante profilaxis antibiótica incluso si ésta fuera eficaz al 100%. La gran mayoría de los casos de EB, podrían estar causados por bacteriemias debidas a actividades rutinarias diarias, como la masticación del alimento, el cepillado dental, el uso de seda interdental, empleo de dispositivos de irrigación de agua, y otras actividades. La presencia de enfermedad dental puede aumentar el riesgo de bacteriemia asociado con estas actividades rutinarias. Debería haber un cambio hacia un mayor énfasis sobre la mejora del acceso al cuidado dental y la salud oral en pacientes con condiciones cardíacas asociadas con el riesgo más alto de padecer EB, y también una mejora de las condiciones que predisponen a la misma.

Protocolo de odontología preventiva en pacientes con cardiopatías

La mayoría de estudios controlados no muestran una indiscutible asociación entre procedimientos dentales y riesgo de endocarditis. Riesgo estimado de una EI por cada 150.000 procedimientos dentales (con antibioterapia profiláctica) Vs 1/46.000 (sin antibioterapia profiláctica) Vs riesgo de anafilaxis por antibioterapia (muy bajo con amoxicilina oral).

Solo se recomienda la profilaxis antibiótica para procedimientos dentales solamente en aquellos pacientes con afecciones cardíacas relacionadas con un riesgo muy alto de presentar consecuencias adversas debido a la endocarditis, entre ellas:

- Válvula cardíaca protésica.
- Historia previa de endocarditis.
- Cardiopatía congénita cianótica que no ha sido corregida.
- Cardiopatía congénita corregida por completo con un dispositivo o un material protésico, colocado mediante una cirugía o cateterismo, durante los primeros seis meses posteriores al procedimiento.

- Cardiopatía congénita corregida con un parche protésico o una prótesis (que inhibe la epitelización) con defectos residuales en el sitio o al lado de este. Receptores de trasplantes cardíacos con enfermedad cardíaca valvular.

Los procedimientos dentales para los que se recomienda la profilaxis en los pacientes con las afecciones cardíacas incluidas anteriormente son:

- Todos los procedimientos dentales que incluyan la manipulación de tejido gingival o de la zona periapical de los dientes o la perforación de la mucosa bucal.
- Extracciones dentales.
- Procedimientos periodontales que incluyan cirugía, raspado y alisado radicular, sondaje y visitas de mantenimiento.
- Colocación de implantes dentales y reimplantación de dientes avulsionados.
- Instrumentación endodóntica o cirugía apical.
- Colocación subgingival de fibras o tiras de antibióticos.
- Colocación de bandas ortodóncicas.
- Limpieza profiláctica dental o de implantes con hemorragia.
- Biopsia.

Regímenes de profilaxis antibiótica recomendados para los procedimientos dentales

Situación	Agente	Adultos	Niños
Oral	Amoxicilina	2gr.	50 mg/kg
Pacientes con intolerancia a los medicamentos por vía oral	Ampicilina o	2 g por vía IM o IV*	50 mg/kg por vía IM o IV
	Cefazolina o ceftriaxona	1 g por vía IM o IV	50 mg/kg por vía IM o IV
Pacientes alérgicos a la penicilina o a la ampicilina - Régimen oral	Cefalexina** o	2g 600 mg	50 mg/kg
	Clindamicina o	500 mg	20 mg/kg
	Azitromicina o		15 mg/kg
	Claritromicina		

Régimen - Única dosis 30-60 minutos antes del procedimiento

Situación	Agente	Adulto	Niño
Pacientes analérgico a la penicilina o a la ampicilina con intolerancia a los medicamentos por vía oral	Cefazolina o	1 g por vía IM o IV	50 mg/kg por vía IM o IV
	ceftriaxona † o Clindamicina	600 mg por vía IM o IV	20 mg/kg por vía IM o IV

*IM = intramuscular; IV = intravenosa.

U otras cefalosporinas orales de primera o segunda generación en dosis equivalentes para adultos o pediátricas.

Las cefalosporinas no deben usarse en personas con antecedentes de anafilaxis, angioedema o urticaria con penicilinas o ampicilina.

No se recomienda la profilaxis antibiótica para los siguientes procedimientos o casos dentales:

- Inyecciones de anestesia de rutina en tejidos no infectados.
- Toma de radiografías dentales.
- Colocación de prótesis u aparatos de ortodoncia extraíbles.
- Ajuste de aparatos de ortodoncia.
- Colocación de apliques ortodóncicos.
- Pérdida de los dientes temporales.
- Sangrado por daño en los labios o en la mucosa bucal.
- Odontostomatología restauradora (conservadora o prótesis).
- Si con la utilización de hilo retractor se produce un sangrado significativo, sí es necesaria la profilaxis.
- *Tratamiento endodóntico intracanal*, colocación de poste y reconstrucción coronal.
- Colocación de diques de goma (siempre que no produzca sangrado).
- Toma de impresiones dentales.
- Tratamientos fluorados.
- Regímenes de profilaxis antibiótica recomendados para los procedimientos dentales.

Hipertensión arterial

La hipertensión es una elevación anómala de la presión arterial que, si es crónica y no se trata, se asocia con una morbilidad y mortalidad significativas. Generalmente se acepta que, en adultos, una presión arterial diastólica de 80 mm Hg o superior mantenida es anormal, al igual que una presión arterial sistólica de 140 mm Hg o superior.

Tratamiento odontológico: Consideraciones médicas: En principio, un paciente hipertenso bien controlado no supone ningún riesgo en la clínica; sin embargo, hay que tener en cuenta algunas consideraciones. El primer deber del odontólogo es identificar, a través de los antecedentes la presión arterial. Debe realizarse el historial médico completo de cada paciente. Hay que preguntar al paciente si toma (o debería tomar) alguna medicación. Es importante que el odontólogo identifique a los pacientes tratados con antihipertensivos, ya que muchos de estos fármacos poseen efectos secundarios importantes y algunos pueden interaccionar con los vaso-

constrictores o presentar manifestaciones orales. La ansiedad puede reducirse en muchos pacientes con pre-medicación con una benzodiazepina, como el diazepam. Una pauta eficaz es prescribir 2 a 5 mg al acostarse la noche anterior y 2 a 5 mg 1 hora antes de la cita.

Protocolo clínico-odontológico en pacientes con hipertensión arterial

Conocer la existencia de antecedentes de hipertensión, interconsulta con el médico que lo controla, control de la hipertensión en el momento actual, conocer los medicamentos que toma, determinar la tensión arterial antes del tratamiento dental, realizar citas cortas y, a ser posible, por la mañana, evitando las primeras horas, en caso necesario usar ansiolíticos o fármacos sedantes, realizar una buena técnica anestésica local, emplear anestésico con vasoconstrictor (consultar con el médico especialista si es necesario utilizar anestesia sin vasoconstrictor), evitar cambios bruscos de posición (hipotensión orto estática).

En caso de **Crisis Hipertensiva** (TAD >120 mmHg y/o TAS >210 mmHg): esta se produce por una estimulación del sistema nervioso simpático, se produce un aumento de la frecuencia cardíaca. Hay posibilidad de daño a órganos diana. Los *desencadenantes* suelen ser miedo, ansiedad y dolor.

El **diagnóstico** se realiza por: sensación de mareo, cefalea, náuseas, vómitos, desorientación, alteración conciencia, malestar general, debilidad sensación de desmayo dolor torácico, convulsiones.

Tratamiento:

- Captopril vía oral 25mgr/15-30 minutos (máximo 100mg) (inicio de acción en 15-30 minutos, máximo de acción 60-90 minutos). También puede usarse un antagonista del calcio tipo Amlodipino oral a dosis de 5 mg.
- Atenolol 50-100 mg vía oral máximo dos dosis con intervalo de 1 hora. ♣ Si no respuesta, llamar 107 y derivar a centro hospitalario.

Arritmias cardiacas

Se denominan arritmias cardiacas a todo trastorno del ritmo cardiaco causado por alteraciones en la formación y/o conducción del impulso eléctrico del corazón.

Protocolo clínico-odontológico del paciente con arritmia cardiaca

Pre medicación, comunicación abierta y sincera, citas cortas, evitar cantidad excesiva de adrenalina (emplear al 1:100.000 en el anestésico local, excepto en pacientes con arritmias

graves, o anestésico local de acción prolongada sin adrenalina en pacientes con arritmias graves, confirmarlo mediante consulta médica). No emplear más de dos tubos de anestésico. No emplear adrenalina en el surco gingival. No emplear adrenalina para controlar la hemorragia local. Evitar el uso de equipos eléctricos como localizadores apicales que puedan interferir con el funcionamiento del marcapasos o desfibriladores. Tratar la patología subyacente, por ejemplo, la cardiopatía reumática, si está indicado (profilaxis antibiótica para prevenir la endocarditis). Establecer la necesidad de profilaxis antibiótica remitiendo a los pacientes con marcapasos a la consulta médica. Precaución con medicación anticoagulante. Si durante el tratamiento dental se presentara una arritmia importante, se deberá suspender la intervención y valorar las constantes vitales: frecuencia y ritmo del pulso, presión arterial, nivel de conciencia del paciente. Pedir asistencia médica si es necesario. Colocar al paciente en posición de Trendelenburg (disminuye la hipotensión, se coloca al paciente en decúbito supino, pero con la cabeza más baja que los pies, de manera que se facilita, por efecto de la gravedad, el retorno de un gran volumen de sangre desde el sistema de la vena cava inferior al corazón). Administrar oxígeno. Administrar nitroglicerina si está indicado (dolor torácico). Iniciar la reanimación cardiopulmonar (RCP) en caso de parada cardíaca.

El paciente en parada cardíaca requerirá cardioversión lo antes posible junto con otras medidas de soporte vital avanzado; estas serán proporcionadas, en la mayoría de los casos, cuando se disponga de asistencia médica o se traslade al paciente al hospital.

Insuficiencia cardíaca

Tratamiento dental, consideraciones médicas

El paciente con insuficiencia cardíaca congestiva no tratada o no controlada no es candidato para la asistencia dental programada y debe ser remitido a su médico para atención inmediata. Se le aconsejara reanudar el tratamiento dental una vez controlada la insuficiencia cardíaca congestiva. Los pacientes bien controlados, sin complicaciones, pueden recibir una asistencia dental normal. Se aconseja realizarla en sesiones cortas y poco estresantes. En pacientes que toman un glucósido digitalico (digoxina), la administración de adrenalina o levonordefrina debe hacerse con cautela, ya que la combinación puede desencadenar arritmias. Se recomienda un máximo de 0,036 mg de adrenalina dos ampollas de lidocaína al 2% con adrenalina al 1:100.000.

Vasoconstrictores y anestésicos locales:

Los peligros potenciales de la administración de un anestésico local que contenga adrenalina u otro vasoconstrictor a un paciente con hipertensión, u otro trastorno cardiovascular, son un aumento no deseado de la presión arterial o el desarrollo de una arritmia. La cantidad de adrenalina administrada suele oscilar entre 0,018 mg y 0,054 mg (una a tres ampollas de lidocaína al 2% con adrenalina al 1:100.000). De la mayoría de los autores se desprende que una, y probablemente dos, ampollas de lidocaína al 2% con adrenalina al 1:100.000 (0,018 a 0,036 mg de

adrenalina) tienen escasa importancia clínica en la mayoría de los pacientes con hipertensión u otros trastornos cardiovasculares; sus beneficios sobrepasan con mucho cualquier posible desventaja o riesgo.

Referencias

- Bereman, L; Hartwell Garyn, R. (2011). Diagnóstico. Cohen S; Kenneth M. *Vías de la pulpa*. Edt Elsevier Mosby.
- Cuenca, G; Rodríguez Linares, K; Soto Cortés, M; Doris, A, y Pentón Rodríguez, O. (2014). *La historia clínica estomatológica como herramienta en el método clínico y documento médico-legal*. Revista Cubana de Medicina Militar.
- Cedeño, M; J.A.; Rivas, R; Tuliano, C; R.A. (2013). *Manejo odontológico del paciente con enfermedad renal crónica terminal*. Revisión bibliográfica Acta Odontológica Venezolana.
- Lalla, Rv; D´ambrosio, JA. (2001). *Dental management considerations for the patient with diabetes mellitus*. JADA.
- Rosenberg, P; Frisbie J. (2011). Selección de casos y planificación del tratamiento. En Hargreaves Kenneth M; Cohen Stephen. *Vías de la Pulpa*. Edit Elsevier mosby.