

CONTENIDO

Normas de prescripción (pág. 3)

Manejo de la ansiedad (pág. 6)

Analgésicos y antiinflamatorios (pág. 6)

Antibióticos (pág. 8)

Gestantes y lactantes (pág. 11)

Odontopediatría (pág. 15)

Pacientes geriátricos (página 19)

Atendimiento odontológico para pacientes diabéticos (pág. 21)

Pacientes con enfermedades cardiovasculares

- Hipertensión arterial (Pág. 24)
- Cardiopatía isquémica (pág. 25)
- Insuficiencia cardíaca congestiva (pág. 25)
- Arritmias cardíacas (pág. 26)
- Prevención de la endocarditis infecciosa (pág. 27)

Pacientes con insuficiencia renal crónica (pág. 29)

Protocolos farmacológicos

- Protocolo de atención a pacientes que utilizan anticoagulantes (página 32)
- Pacientes que hacen uso continuado de antiagregantes plaquetarios (página 33)
- Úlcera aftosa recurrente (pág. 33)
- Lesiones bucales asociadas al virus del herpes (página 34)
- Candidiasis (pág. 35)
- Exodoncias por vía alveolar y cirugías menores de tejidos blandos (página 36)
- Exodoncias por vía no alveolares (ostectomía y odontosección), cirugías preprotésicas con desprendimiento extenso de tejido y extracción de dientes retenidos y/o impactados (página 36)
- Complicaciones post-quirúrgicas (pág. 39)
- Inserción de implantes con mínimo desprendimiento de tejido (página 42)
- Inserción de implantes con gran desprendimiento de tejido (página 43)
- Ins. de impl. complementado con biomateriales de relleno o regeneración (pág. 44)
- Enfermedades periodontales agudas (página 45)
- Enfermedades periodontales crónicas (página 46)
- Cirugías periodontales electivas (página 47)
- Cirugías de acceso para cirugías de instrumentación y reconstrucción estética de tejidos
- Tratamientos endodónticos de dientes permanentes asintomáticos cuya anatomía no presente dificultades para la instrumentación (página 49)
- Tratamientos endodónticos de dientes permanentes asintomáticos cuya anatomía ofrece dificultades para la instrumentación (página 49)
- Espasmo muscular agudo y dolor miofascial (pág. 53)
- Miositis, dolor y otros trastornos inflamatorios (pág. 53)

NORMAS DE PRESCRIPCIÓN

Solamente será preparada la receta:

- a) Que esté escrito a tinta, de modo legible, observando la nomenclatura y el sistema de pesos y medidas oficiales, con indicación de posología y duración total del tratamiento;
- b) Que contenga el nombre y domicilio del paciente y, expresamente;
- c) Que contenga la fecha y firma del profesional, la dirección del consultorio y/o residencia y el número de registro en el respectivo Consejo Profesional.

La prescripción del medicamento debe ser clara, contener el nombre genérico del medicamento, así como su presentación, dosis y posología. Además de estar dentro de la correcta técnica propedéutica, para que la prescripción tenga valor legal, debe tener el nombre completo del paciente, la fecha, la firma del profesional. Todos los espacios en blanco deben anularse para evitar alteraciones.

El farmacéutico debe evaluar las prescripciones observando los siguientes puntos:

- I - Legibilidad y ausencia de tachaduras y enmiendas;
- II - Identificación del usuario;
- III - Identificación del medicamento, concentración, dosificación, forma farmacéutica y cantidad;
- IV - Instrucciones de uso o dosificación;
- V - Duración del tratamiento;
- VI - Lugar y fecha de emisión;
- VII - Firma e identificación del prescriptor con el número de registro en el respectivo consejo profesional.

Prescripciones que incluyan medicamentos a base de sustancias incluidas en las listas "C1" (otras sustancias sujetas a control especial), "C5" (esteroides anabolizantes) y las adiciones de las listas "A1" (estupefacientes), "A2" y "B1" (psicotrópicos) y sus actualizaciones, sólo podrán ser emitidos cuando sean prescritos por profesionales debidamente habilitados y con los campos descritos en la Ordenanza SVS N° 344/98 debidamente diligenciados.

Receta A: se entregan los libros de notificación de recibo A, en **color amarillo**, **numerados y controlados por vigilancia sanitaria**. El profesional o director clínico o la persona autorizada por ellos deberá estar en posesión del sello de identificación del profesional o institución. Corresponde a 30 (treinta) días de tratamiento, no pudiendo contener más de cinco ampollas en el caso de medicamentos de uso inyectable.

NOTIFICACIÓN DE RECETA

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

ESPECIALIDAD FARMACÉUTICA

Nombre: _____

Dosificación y frecuencia: _____

Forma Farm. Concent. Usos. Presente: _____

Fecha: ____/____/____

Apellido y Nombre: _____

Profesión: _____

Identificación del Profesional

Nombre: _____

Apellido: _____

Identificación N°: _____

Origen Emisor: _____

Teléfono: _____

Identificación del Farmacéutico

Nombre: _____

Apellido: _____

Identificación N°: _____

Fecha: _____

Estado de Gestión: Norm. - Entendidos Completos - C.O.C.

Receta B: números para hacer talonarios de Notificación de Receta B, en **color azul**, son suministrados por Vigilancia Sanitaria, dejando al prescriptor la entidad encargada de imprimir los talonarios, según el modelo facilitado por la autoridad sanitaria. La cantidad máxima de Notificación de Prescripción del Libro B, azul, a prescribir, corresponde a 60 (sesenta) días de tratamiento, y no puede contener más de cinco ampollas en el caso de medicamentos para uso inyectable.

NOTIFICAÇÃO DA RECEITA UF: _____ NÚMERO: _____ B _____ de _____ de _____ Assinatura do Emitente: _____		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE _____ Paciente: _____ Endereço: _____	Medicamento ou Substância: _____ Quantidade e Forma Farmacéutica: _____ Dose por Unidade Posológica: _____ Posologia: _____
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: _____ Endereço: _____ Telefone: _____ Identidade No. _____ Órgão Emissor: _____		CARIMBO DO FORNECEDOR Nome do Vendedor: _____ Data: ____/____/____	
<small>Dados da Gráfica Nome - Endereço Completo - CGC</small>		<small>Numeração desta Impressão de _____ até _____</small>	

Prescrição Especial (retinoides): **color blanco**, los números para la confección de talonarios son proporcionados por la Vigilancia Sanitaria, quedando el prescriptor o entidad a cargo de la impresión de los talonarios, según Odontología modelo facilitado por la autoridad sanitaria. La cantidad máxima del cuadernillo de Notificación de Prescripción Especial (retinoides), color blanco, corresponde a 30 (treinta) días de tratamiento, y no puede contener más de cinco ampollas en el caso de medicamentos para uso inyectable. La Receta de Control Especial debe ser completada en dos copias, manuscritas, mecanografiadas o informatizadas, presentando obligatoriamente, resaltadas en cada copia, las palabras: "1ra copia - Retención de Farmacia o Droguería" y "2da copia - Orientación al Paciente".

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL	
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE Nome Completo: _____ CRM _____ UF _____ Nº _____ Endereço Completo e Telefone: _____ Cidade: _____ UF: _____	1ª VIA FARMÁCIA 2ª VIA PACIENTE
Paciente: _____ Endereço: _____ Prescrição: _____ _____ _____ _____ _____ _____	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: _____ Ident.: _____ Órg. Emissor: _____ End.: _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR _____ _____ _____ ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____

MANEJO DE LA ANSIEDAD

PROTOCOLO PARA SEDACIÓN ORAL

Midazolam	Diazepam
7,5 a 15 mg, por vía oral, 30 a 45 minutos antes de la cita	5 a 10 mg, por vía oral, 40 a 60 minutos antes de la cita
Niños: 0,3 a 0,5 mg/Kg (nunca exceda la dosis de adultos - 15 mg)	Niños: 0,2 a 0,5 mg/Kg (nunca exceda la dosis de adultos - 10 mg)
OBS.: rápido inicio de efecto es mayor acción hipnótica	OBS.: inicio del efecto un poco más largo, acción menos hipnótica

Contraindicaciones/ Utilizar con precaución

- Gestantes
- Niños con discapacidad física o mental grave (autismo, trastornos paranoides, por ejemplo)
- Usuarios de drogas depresoras del sistema nervioso central (alcohol, por ejemplo)
- Insuficiencia respiratoria grave y apnea del sueño

Observaciones importantes sobre el uso de ansiolíticos en la práctica dental

- ✓ En las dosis habituales, los benzodiazepínicos orales se consideran seguros, sin embargo, como todos los ansiolíticos, pueden causar depresión cardiorrespiratoria dependiente de la dosis.
- ✓ Es imperativo que el odontólogo sepa identificar los posibles efectos adversos, incluida la depresión cardiorrespiratoria, y esté preparado para tratarlos adecuadamente (Soporte Vital Básico - SVB).
- ✓ Estos fármacos pueden producir una disminución de la capacidad cognitiva y motora, por lo que se debe advertir a los pacientes que no realicen actividades que requieran atención/coordiación (conducir, manejar máquinas, etc.).

ANALGÉSICOS Y ANTIINFLAMATORIOS

DOLOR LEVE A MODERADO

Dipirona sódica	paracetamol
500 mg/ml, 20 a 40 gotas cada 6 horas	750mg, 1 pastilla a cada 6 horas (DOSIS MÁXIMA)
500 mg o 1 g, pastillas, cada 6 horas	-
NOTA: En odontología, use paracetamol solo cuando la dipirona esté contraindicada.	OBS.: Extremadamente tóxico en pacientes que consumen alcohol.

Otras opciones

- Ibuprofeno 200 mg: 1 pastilla cada 6 o 4 horas (400-600mg durante 8/6 horas).
- Nimesulida 100mg – 1 pastilla cada 12 horas

Niños: no exceder la dosis del adulto / mismo intervalo entre dosis que el adulto.

- **Dipirona sódica (solución de 500 mg/ml):** 0,5 a 1 gota/kg (sin exceder las 40 gotas)
- **Ibuprofeno:** (solución 50mg/ml): 1 gota/Kg (sin exceder las 40 gotas)
- **Paracetamol** (solución de 200 mg/ml): 1 gota/kg (sin exceder las 35 gotas)

DOLOR DE MAYOR INTENSIDAD

Corticosteroides	AINE
Dexametasona o Betametasona 4 mg (Decadron® y Celestone®, respectivamente)	Nimesulida 100mg (Scaflan®) – 1 pastilla. cada 12 horas durante 3 días
1 comp. (o 2 comprimidos de 2 mg en el caso de betametasona) dosis única, 1h antes de la operación (preferiblemente)	Ibuprofeno 600 mg (Alivium®) – 1 pastilla. cada 6 horas durante 3 días
	Ketorolaco Trometamina (Toragesic®) – 1 pastilla. SL cada uno por 3 días
	Diclofenaco sódico 50 mg (Voltaren®) - 8/8h durante 3 días
	Diclofenaco Potásico 50 mg (Cataflan®) – 8/8h durante 3 días
	Meloxicam 15 mg (Movatec®) – 24/24 h durante 3 días
	Nimesulida 100mg (Scaflan®) – 1 pastilla. cada 12 horas durante 3 días

Niños: No exceder la dosis del adulto / mismo intervalo entre dosis que el adulto.

- Dipirona de sodio (solución gota): 0,5 a 1 gota/kg
- Paracetamol (solución gota): 1 gota/kg
- Ibuprofeno: (solución 50mg/ml): 1 gota/Kg (sin exceder las 40 gotas)
- Betametasona 0,025 a 0,05 mg/ kg (solución de 0,5 mg/ml): 1 a 2 gotas/kg - dosis única

ANTIBIÓTICOS

PROFILAXIS DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Protocolo estándar

Amoxicilina: adultos – 2g; Niños – 50 mg/kg de peso corporal. Dosis única, por vía oral, 1 hora antes del procedimiento.

Pacientes alérgicos a las penicilinas

Clindamicina: adultos - 600 mg; Niños – 20 mg/kg de peso corporal. Dosis única, por vía oral, 1 hora antes del procedimiento.

Azitromicina o Claritromicina: Adultos – 500 mg; Niños – 15 mg/kg de peso corporal. Dosis única, por vía oral, 1 hora antes del procedimiento.

CONTROL DE INFECCIONES DE HERIDAS QUIRÚRGICAS

Digluconato de clorhexidina 0,12%

Enjuague bucal cada 12 horas durante 7 días

MEDICAMENTOS POSTOPERATORIOS - (DOSIS DE MANTENIMIENTO DE ANTIBIÓTICOS)

Pacientes sin antecedentes de alergia a la penicilina

Infecciones leves a moderadas

Amoxicilina® 500mg – 1 cápsula cada 8 horas
Niños - Amoxicilina 20 mg/kg/dosis, cada 8 horas

infecciones graves

Amoxicilina® 500mg – 1 cápsula cada 8 horas
y Metronidazol® 250mg – 1 pastilla cada 8 horas
Niños - Amoxicilina 20 mg/kg + Metronidazol 10 mg/kg cada 8 horas

Pacientes con antecedentes de alergia a la penicilina.

Infecciones leves a moderadas

Claritromicina 500 mg cada 12 horas o Azitromicina 500 mg cada 24 horas
Niños - Claritromicina – 7,5 mg/kg o Azitromicina – 15 a 30 mg/kg

infecciones graves

Clindamicina 300mg – 1 cápsula cada 6/8 horas
Niños - Clindamicina - 7,5 mg/kg

Duración del tratamiento antimicrobiano: La duración del tratamiento antibiótico dependerá del curso de la infección, según la evaluación clínica diaria. Generalmente, en odontología, cuando se elimina la causa, dura alrededor de 5 a 7 días.

IBUPROFENO

Classe: grupo dos analgésicos e anti-inflamatório.

Absorção: boa absorção oral com ~ 80% absorvida no TGI. Início da ação em 15-30 min.

Distribuição: Taxa de ligação proteica é 99% e a concentração plasmática máxima é atingida em 1,2 a 2,1 h.



Farmacodinâmica: inibe a ação da COX, diminuindo os precursores das prostaglandinas e tromboxanos.

Biotransformação: é metabolizada no fígado em 2 metabólitos inativos.

Excreção: a excretado pelo trato urinário. Meia vida de eliminação de 1,8 a 2 h.

PARACETAMOL

Classe: grupo dos medicamentos analgésicos.

Absorção: rapidamente absorvido por via oral. Biodisponibilidade relativa 85-98%.

Distribuição: 10-25% da droga circulante se liga às proteínas plasmáticas. Volume de distribuição é 0,7 +- 1,0 L/Kg.



Farmacodinâmica: elevação do limiar da dor e antipirese através de ação no centro hipotalâmico.

Biotransformação: é conjugação com glucoronídeo, conjugação com sulfato e oxidação com enzimas da P450.

Excreção: a a meia vida de eliminação é de 2-3 h e em crianças 1,5 a 3 horas.

DIPIRONA

Classe: grupo dos nalgésicos e antitérmicos.

Absorção: a biodisponibilidade absoluta é de ~ 90%. Início da ação 30-60 min.

Distribuição: o grau de ligação às proteínas plasmáticas é de 58% para MAA, 48% para AA, 18% para FAA e 14% para AAA.



Farmacodinâmica: inibição da ciclooxigenase (COX-1, COX-2 ou ambas) e da síntese de prostaglandinas e dessensibilização dos nociceptores.

Biotransformação: forma vários metabólitos entre os quais há 2 com propriedades analgésicas: (4-MAA) e (4-AA).

Excreção: meia vida de eliminação é de cerca de 7 h. Excretada através dos rins.

Álcool e Medicamentos



SOBRECARGA NO FÍGADO, RISCO DE ÚLCERA GÁSTRICA E REDUZ O EFEITO DA DROGA



DIFICULDADE PARA RESPIRAR, PALPITAÇÃO, HIPOTENSÃO, CEFALÉIA, VÔMITOS E ATÉ MORTE



SEDAÇÃO GRAVE, COMA, DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA E/OU CARDIOVASCULAR E ATÉ MORTE

GESTANTES Y LACTANTES

Categoría de drogas	Definición
A	Los resultados de estudios controlados en mujeres no han mostrado riesgo para el feto en el primer trimestre del embarazo y no hay evidencia de problemas en los trimestres posteriores. La posibilidad de daño fetal es remota.
B	Los resultados de los estudios de reproducción en animales no han mostrado riesgo fetal, pero no hay estudios controlados en mujeres.
C	Los resultados de los estudios en animales han revelado efectos adversos en el feto (teratogénicos, embriológicos o de otro tipo), pero no hay estudios controlados en mujeres. El beneficio potencial del fármaco puede justificar el riesgo potencial para el feto.
D	Existe evidencia de riesgo fetal en humanos, pero el beneficio del uso en gestantes puede ser aceptable a pesar del riesgo potencial (p. ej., si el fármaco se requiere para una situación que pone en peligro la vida, o en el caso de enfermedades demasiado graves para las que es seguro). Los medicamentos no se pueden usar o son ineficaces).
X	Los resultados de estudios en animales o humanos han demostrado anomalías fetales o evidencia de riesgo fetal. El riesgo de usar el medicamento en gestantes claramente supera cualquier posible beneficio. No usar bajo ningún concepto en gestantes o cuando exista posibilidad de embarazo.

Tipos de procedimientos posibles durante el embarazo: Se pueden realizar todos los tratamientos dentales esenciales, incluidas las extracciones de dientes sin complicaciones, el tratamiento periodontal básico, las restauraciones dentales, el tratamiento de endodoncia, la colocación de prótesis, etc. Como cuestión de sentido común, las rehabilitaciones oclusales extensas y las cirugías más invasivas deben programarse para el período posparto.

TIEMPO DE ATENDIMIENTO

1er trimestre del embarazo: No es un período adecuado para el tratamiento, porque es cuando la mayoría de las gestantes experimentan malestar y náuseas a la menor provocación. Los tratamientos electivos deben evitarse debido a la mayor vulnerabilidad del feto, lo que se relaciona con una mayor incidencia de abortos espontáneos.

2º trimestre del embarazo: Es el mejor momento para cuidar a la mujer embarazada. Durante este período, la organogénesis está completa y el feto ya está desarrollado. La madre se siente más cómoda que durante las primeras o últimas etapas de su embarazo. Solo existe peligro de hipotensión postural (ortostática) si el paciente es tratado en posición supina y hay un cambio repentino a la posición de pie.

3er trimestre del embarazo: Particularmente en las últimas semanas, este tampoco es el período ideal para un tratamiento prolongado. Muchas pacientes, en este momento, tienen aumento de la frecuencia urinaria, hipotensión postural, hinchazón en las piernas y se sienten incómodas en

posición supina, debido a la compresión que provoca el feto. Por lo tanto, cuando sea posible, se deben evitar todos los procedimientos dentales electivos en las primeras 12 semanas de embarazo y más allá.

Urgencias dentales (pulpitis, abscesos, etc.): El tratamiento es inaplazable, independientemente del período de gestación, ya que las consecuencias del dolor y la infección pueden ser mucho más dañinas para la madre y el feto que las derivadas del tratamiento dental.

ATENCIÓN Y TRATAMIENTO CON FÁRMACOS

Horarios y duración del tratamiento

- ✓ Las sesiones de atención deben ser cortas, preferiblemente programadas para la segunda mitad de la mañana, cuando los episodios de náuseas son menos frecuentes.
- ✓ Programar las citas de las embarazadas en horarios diferentes a los de los niños que asisten al consultorio, previniendo así el posible contagio de enfermedades virales infantiles (rubéola, sarampión, etc.).
- ✓ Evite programar citas para gestantes cuando el dentista o asistente tiene gripe o un resfriado.
- ✓ A partir del 6º mes, especialmente en sus etapas más avanzadas, el feto ya crecido puede ejercer presión sobre las venas abdominales, reduciendo el retorno venoso de los miembros inferiores, predisponiendo a la gestante a una hipotensión postural (ortostática), es decir, a una caída de presión arterial y pérdida de conciencia debido al cambio repentino de posición. Como medida preventiva, la paciente debe permanecer sentada o acostada de lado (preferiblemente del lado izquierdo) durante unos minutos, antes de levantarse de la silla y ponerse de pie.
- ✓ En las últimas semanas del embarazo, la paciente no debe colocarse en decúbito supino, sino que debe ser asistida con el sillón en posición semiinclinada, evitando así la incomodidad de la paciente, en detrimento de la comodidad del odontólogo.

Examen radiográfico: Los exámenes de imagen a veces son esenciales para llegar al diagnóstico clínico. En cuanto a los efectos de los rayos X en gestantes, la el feto puede recibir hasta 50 mGy sin sufrir daño, según el National Council of Radiologic Protection. Si existe la necesidad de este examen complementario en la mujer embarazada, el profesional debe prestar atención a algunas características, como técnicas de exposición rápida, filtración, colimación, uso de delantal de plomo, además de no cometer errores técnicos al tomar la radiografía y procesado de la película (revelado y fijación), evitando repeticiones innecesarias.

Sedación mínima: En gestantes que muestren signos de ansiedad o miedo al tratamiento odontológico, se debe optar en primer lugar por la verbalización o "tranquilidad verbal" (u otros métodos de condicionamiento psicológico), evitando el uso de medios farmacológicos.

Sedación mínima por inhalación utilizando una mezcla de óxido nitroso y oxígeno: Es un método seguro para usar en el embarazo.

Anestesia local: Las soluciones anestésicas para uso en gestantes deben contener un vasoconstrictor en su composición, con el objetivo de retrasar la absorción de la sal anestésica al torrente sanguíneo, aumentar la duración de la anestesia y reducir el riesgo de toxicidad para la

madre y el feto. Todos los anestésicos locales, al ser liposolubles, atraviesan fácilmente la placenta por difusión pasiva.

Procedimientos electivos	Urgencias (dolor o infección)
Programa preferentemente en el 2º trimestre del embarazo	Embarazo normal: Lidocaína 2% con epinefrina 1:100,000 o 200,000
Lidocaína al 2 % con epinefrina 1:100 000 o 200 000	Embarazadas con antecedentes de anemia, diabetes o hipertensión controlada: lidocaína al 2% con epinefrina 1:100.000 o 200.00
	Embarazada con hipertensión no controlada: atención ambulatoria con médico prilocaína al 3% con felipresina o mepivacaína sin vc.
	Mujer embarazada con hipertensión no controlada y antecedentes de anemia: mepivacaína al 3%.

Prilocaína y el riesgo de metahemoglobinemia: La metahemoglobinemia es un trastorno hematológico en el que la hemoglobina se oxida a metahemoglobina, lo que hace que la molécula sea funcionalmente incapaz de transportar oxígeno. Por lo tanto, se desarrolla una condición similar a la cianosis en ausencia de anomalías cardíacas. Los niveles sanguíneos máximos de metahemoglobina ocurren 3-4 horas después de la administración de prilocaína, cuando también aparecen los signos y síntomas clínicos. La mayoría de los pacientes ya habrán dejado el consultorio.

Felipresina: Derivado de la vasopresina, tiene una similitud estructural con la oxitocina y puede provocar la contracción uterina, aunque la dosis necesaria para ello es muy superior a la utilizada en odontología. Aunque no hay evidencia de que la felipresina pueda conducir al desarrollo de contracciones uterinas a las dosis habituales utilizadas en odontología, es preferible evitar las soluciones anestésicas que contengan este tipo de vasoconstrictor durante el embarazo.

Analgésicos y antiinflamatorios: El **paracetamol** (riesgo B) es el fármaco de elección en cualquier periodo del embarazo. Las dosis recomendadas son de 500-750 mg, cada 6 horas, respetando el límite máximo de tres tomas diarias, durante un tiempo limitado.

- Respecto a la **dipirona sódica** (riesgo C), la información técnica de la industria farmacéutica recomienda no utilizar dipirona sódica durante los tres primeros meses de embarazo. El uso durante el segundo trimestre del embarazo solo debe ocurrir después de la evaluación del riesgo/beneficio potencial por parte del médico. No debe utilizarse durante los últimos tres meses de embarazo.
- Los **analgésicos opioides** (por ej. tramadol, codeína) se clasifican en las categorías C o D y deben evitarse, ya que su administración en dosis altas (o uso prolongado) se asocia con anomalías congénitas y depresión respiratoria.
- La aspirina y **los antiinflamatorios no esteroideos (categorías C o D)**, también deben ser evitados, especialmente en el último mes de embarazo, por la posibilidad de prolongar el parto, sangrado materno, fetal o neonatal, cierre prematuro del conducto arterioso fetal, además de cambios en la circulación pulmonar y reducción del flujo sanguíneo renal.
- Cuando exista la necesidad de utilizar un **antiinflamatorio**, utilizar dexametasona o betametasona, en dosis única de 2-4 mg, ya que existe evidencia de que los corticoides (categoría C) no suponen riesgo de teratogenicidad en humanos.

Fármacos durante la lactancia: Los fármacos se transportan de la sangre a la leche materna por difusión simple y transporte activo. La mayoría de los fármacos son ácidos o bases débiles y, por lo tanto, se ionizarán cuando se disuelvan en un medio acuoso. Los ácidos débiles se disocian muy poco; por lo tanto, tienen niveles más altos en plasma que en leche. Por el contrario, las bases débiles se disocian mucho, con niveles más altos en la leche que en el plasma. Pronto:

- ✓ Evaluar la necesidad de tratamiento farmacológico.
- ✓ Considere ajustar la dosis sin perder el efecto del medicamento.
- ✓ Preferir medicamentos que ya hayan sido estudiados y que sean seguros para los niños, que se excretan poco en la leche. Por ejemplo, optar por el paracetamol en lugar del ácido acetilsalicílico; penicilinas en lugar de quinolonas.
- ✓ Evitar combinaciones, prefiriendo formas puras de medicación (p. ej., paracetamol en lugar de preparados que contengan paracetamol + ácido acetilsalicílico + cafeína).
- ✓ Evitar prescribir o administrar fármacos de acción prolongada, que dificulten su excreción por parte del lactante (p. ej., en sedación mínima, por vía oral, optar por midazolam sobre diazepam; en anestesia local, preferir lidocaína sobre bupivacaina).
- ✓ Programar el horario de administración del fármaco a la madre, evitando que el periodo de máxima concentración en sangre y leche materna coincida con el momento de la lactancia. En general, la exposición del lactante al fármaco puede reducirse si la madre lo utiliza inmediatamente antes o después de amamantar.

FARMACOS PARA USO ODONTOLÓGICO

Anestésicos locales: La gran mayoría de los fármacos de uso odontológico se excretan en pequeñas cantidades en la leche materna, pero parecen no afectar al lactante cuando se utilizan en dosis terapéuticas.

Diazepam: Una benzodiazepina ampliamente utilizada para la sedación mínima, puede acumularse en la leche materna si se usa de forma continua, provocando letargo y pérdida de peso en los lactantes, lo que no suele ocurrir cuando se administra en dosis única y ocasionalmente, como premedicación-operatoria en odontología.

Dipirona sódica: Es un analgésico seguro para el control del dolor leve a moderado durante la lactancia, al igual que el paracetamol. Debe evitarse la aspirina debido a su interferencia con la agregación plaquetaria y el riesgo asociado de síndrome de Reye.

Ibuprofeno, diclofenaco y ketorolaco: Pueden utilizarse en madres lactantes para controlar el dolor y la hinchazón más intensa, al igual que los corticoides (dexametasona o betametasona).

Antibióticos: Penicilinas, eritromicina y clindamicina, se excretan en la leche materna en bajas concentraciones. La Academia Americana de Pediatría (AAP) considera que su uso es compatible con la lactancia.

Metronidazol: También pasa a la leche materna, pero en concentraciones más altas. El uso de dosis bajas (500 mg/día, en tomas fraccionadas), durante un tiempo limitado (3 días), parece compatible con la lactancia materna. Se recomienda contacto previo con el pediatra del niño antes de prescribir metronidazol.

ODONTOPEDIATRÍA

CONSIDERACIONES GENERALES

Como los niños tienen dificultad para tragar cápsulas o pastillas, la mejor manera de administrar el medicamento por vía oral es usarlo en forma de suspensión.

Sedación mínima: Deben usarse más como complemento que como sustituto de los enfoques o técnicas tradicionales para el control de la conducta. Actualmente, sólo dos se recomiendan las benzodiazepinas para uso en odontopediatría, diazepam y midazolam y también existe la opción de la técnica con óxido nitroso.

Midazolam: Es la benzodiazepina más utilizada. Por vía oral, el midazolam se absorbe rápidamente, alcanzando su concentración máxima a los 30 min, con una duración del efecto de ~ 2-4 h. Las dosis recomendadas para la sedación preoperatoria de los niños oscilan entre 0,25 y 0,5 mg/kg. El comprimido de 7,5 mg debe triturarse con cuidado, mezclarse con una solución azucarada (refrescos, zumos) y administrarse 30 min antes de la intervención. No mezclar con jugos de frutas cítricas.

Diazepam: Puede ser útil en niños en edad escolar, utilizándose en dosis que oscilan entre 0,2-0,5 mg/kg de peso corporal, observándose efectos a los 45-60 min. La desventaja de usar diazepam en niños se refiere a su mayor duración de la acción ansiolítica y sedante (~ 6-8 h).

Anestesia local

Solución anestésica	Lidocaína al 2 % con epinefrina 1:100 000 o 200 000		Articaína al 4% con epinefrina 1:100.000 o 200.000		Prilocaína al 3% con felipresina 0,03 UI/ml	
Dosis máxima	4,4 mg/kg		7 mg/kg		6 mg/kg	
Peso (kg)	Nº de tubos	Mg	Nº de tubos	Mg	Nº de tubos	Mg
10	1	44	1	70	1	60
15	1 1/2	66	1 1/2	105	1 1/2	90
20	2	88	2	140	2	120
25	2 1/2	110	2 1/2	175	2 1/2	160
30	3 1/2	132	3 1/2	245	3	180
35	4	154	4	280	3 1/2	210
40	4 1/2	176	4 1/2	315	4	240

ASA I: Lidocaína al 2% con epinefrina 1:100.000 o 1:200.000. Soluciones de articaína al 4 % con epinefrina 1:100 000 o epinefrina 1:200 000 (preferido). Según los fabricantes, no se recomienda el uso de articaína en niños < 4 años, debido a la falta de datos suficientes que respalden la práctica y su mayor duración de acción, lo que aumenta el riesgo de traumatismo del labrum. Cuando la epinefrina está contraindicada en niños (p. ej., antecedentes de alergia a los sulfitos), se puede utilizar una solución de prilocaína al 3% con felipresina 0,03 UI/mL.

Analgésicos

Dipirona: Se utiliza a dosis de 15 mg/kg, con intervalos de 4 h entre cada administración, sin superar las cuatro dosis diarias. Generalmente se utiliza la solución oral "gotas", a razón de 1/2 gotas por cada kg de peso corporal, hasta un máximo de 20 gotas. Como la solución de dipirona tiene un sabor amargo, se puede diluir en una pequeña cantidad de jugo de frutas.

Paracetamol: 10-15 mg/kg/dosis, con intervalos de 6h entre dosis. Generalmente, la solución oral "gotas" se utiliza a razón de 1 gota/kg de peso corporal, hasta un máximo de 35 gotas. No exceder de cinco administraciones, en tomas fraccionadas, en un periodo de 24 horas, dosis altas de paracetamol pueden producir daño hepático.

Ibuprofeno solución oral: Utilizado para el control del dolor, se presenta en una concentración de 50 mg/mL, cada mL contiene 50 mg de ibuprofeno (cada gota corresponde a 5 mg). La regla general para niños es 1 gota/kg de peso corporal, a intervalos de 6-8 horas. Los niños > 30 kg no deben exceder la dosis máxima de 40 gotas (200 mg).

AINE: En niños está muy restringido, a excepción del ibuprofeno (que tiene actividad antiinflamatoria cuando se usa en dosis más altas). Anvisa determinó que cualquier medicamento que contenga diclofenaco sódico o potásico, cualquiera que sea la forma farmacéutica, está contraindicado en niños < 14 años.

Cirugías más invasivas: Como la extracción de dientes incluidos o supernumerarios, cuando la intensidad del dolor y el edema son más pronunciados, se da preferencia al uso de corticoides (betametasona o dexametasona) por vía oral, en dosis única preoperatoria, complementada con el uso de un analgésico después de la intervención. Como alternativa a los corticoides, es mejor optar por el ibuprofeno, el único antiinflamatorio no esteroideo aprobado para su uso en niños.

Antibióticos: La monoterapia con penicilina V, ampicilina o amoxicilina está indicada para el tratamiento de infecciones orales en la fase inicial. En el caso de infecciones que se encuentren en estadios más avanzados, con presencia de celulitis (en las que predominan las bacterias anaerobias gramnegativas), se puede optar por la asociación de penicilina con metronidazol, tras un cuidadoso análisis de la relación riesgo/beneficio.

Alergia a las penicilinas: El estearato de eritromicina está indicado en el tratamiento de infecciones que aún se encuentran en su fase inicial, reservando la claritromicina o la azitromicina para infecciones más graves. Es común que otro tipo de reacciones adversas a los antibióticos (náuseas, vómitos, dolor de estómago, etc.) sean interpretadas por la madre como signos de alergia. Cuando se presentan, se caracterizan por prurito (picação) y urticaria (pequeñas manchas o placas rojizas en la piel), sin gran trascendencia clínica.

PROCEDIMIENTOS ELECTIVOS

Intervenciones menos complejas: Se espera que el niño sienta solo cierto grado de molestia o dolor leve en el postoperatorio, como ocurre en general en extracciones de dientes temporales o permanentes y en cirugías menores de partes blandas. Este protocolo también puede servir, al menos en parte, como complemento a los procedimientos locales, en el caso de pulpotomías en deciduas o endodoncias completas en deciduas y permanentes.

Cuidados preoperatorios (sesión previa a la cirugía)	Remover la placa dental aplicando un chorro de bicarbonato de sodio (o piedra pómez con una copa de goma). Orientar los cuidados domiciliarios de higiene bucal para el control del índice de placa.
Sedación mínima por medios farmacológicos	Midazolam 0,25 mg/kg puede ser suficiente para pacientes > 6 años. Por ejemplo, niños que pesen 30 kg x 0,25 mg/kg = 7,5 mg de midazolam.
Antisepsia	Extra e intraorales
Anestesia local	Solución de lidocaína al 2% con epinefrina 1:100.000 o articaína al 4% con epinefrina 1:200.000 (niños > 4 años). Cuando la epinefrina esté contraindicada, use una solución de prilocaína al 3% con felipresina.
Medicación postoperatoria	Administrar la primera dosis de dipirona solución oral "gotas" (1/2 gotas por kg de peso) o paracetamol solución oral "gotas" (1 gota por kg/peso) inmediatamente después de la intervención, aún en el ambiente del consultorio. Prescribir dosis de mantenimiento a intervalos de 4 h para dipirona y 6 h para paracetamol, durante un período de 24 h posoperatorias.

Intervenciones más complejas: Que generalmente implican un mayor grado de invasividad tisular. En estos casos, la expectativa del profesional es que el paciente pediátrico experimente un dolor más intenso, acompañado de tumefacción y limitación de la función masticatoria. Por ejemplo: cirugías de inclusiones o supernumerarios, tratamientos de endodoncia de dientes permanentes, cuando se espera un mayor grado de dificultad en la instrumentación del sistema de conductos radiculares.

Medicación preoperatoria	Betametasona solución oral "gotas" (0,5 mg/mL), a dosis de 0,025-0,05 mg/kg, en dosis única, 30 min antes del procedimiento. 1-2 gotas de solución/kg. Alternativamente: solución oral de ibuprofeno "gotas" (100 mg/mL). 1 gota/kg de peso corporal, a partir de la finalización de la intervención (analgesia preventiva). Los niños > 30 kg no deben exceder la dosis máxima de 20 gotas (200 mg).
Sedación mínima por medios farmacológicos	Midazolam (0,25-0,5 mg/kg), por vía oral, 30 min antes de la intervención, administrado junto con betametasona.
Antisepsia	Extra e intraoral
Anestesia local	Solución de lidocaína al 2% con epinefrina 1:100.000 o articaína al 4% con epinefrina 1:200.000 (niños > 4 años). Cuando la epinefrina esté contraindicada, use una solución de prilocaína al 3% con felipresina.
Medicación postoperatoria	Dipirona solución oral "gotas" (1/2 gotas por kg de peso). Administrar la primera dosis poco después de finalizar la intervención. Prescribir dosis de mantenimiento a intervalos de 4 horas. Como alternativa a la dipirona, la solución oral de ibuprofeno "gota" 50 mg/mL (1 gota por kg/peso) a intervalos de 6-8 h.

Profilaxis de endocarditis infecciosa: Indicada solo para pacientes con alto riesgo de padecer la enfermedad. Los niños con mayor riesgo son aquellos con lesiones valvulares congénitas o adquiridas.

Régimen estándar: Amoxicilina 50 mg/kg vía oral, 1 hora antes del procedimiento. Niños alérgicos a las penicilinas: Cefalexina o cefradoxil 50 mg/kg vía oral, 1 hora antes del procedimiento

Nota: Las cefalosporinas no deben usarse en niños con antecedentes de reacción alérgica inmediata a las penicilinas, debido al riesgo de alergia cruzada. En estos casos utilizar: claritromicina o azitromicina 15 mg/kg por vía oral, 1 hora antes del procedimiento.

Niños que no pueden tomar el medicamento por vía oral: Ampicilina 50 mg/kg IM o IV, 30 min antes del procedimiento. Niños alérgicos a las penicilinas que no puedan tomar el medicamento por vía oral Cefazolina 25 mg/kg IM o IV, 30 min antes del procedimiento. Nota: Cuando exista antecedente de reacción alérgica inmediata a las penicilinas, utilizar: Clindamicina 20 mg/kg IV, 30 minutos antes del procedimiento.

Tratamiento de abscesos de origen endodóntico

- **Infecciones en etapa temprana:** Amoxicilina o penicilina V Dosis de carga: 30-40 mg/kg (antes de la anestesia). Ej.: niño de 20 kg de peso – dosis 600-800 mg. Dosis de mantenimiento: Amoxicilina 15-20 mg/kg cada 8 horas Ej. niño de 20 kg – dosis de 300-400 mg. O Penicilina V 15 mg/kg cada 6 horas. Ej: niño de 20 kg – 300 mg. Niños alérgicos a las penicilinas: eritromicina (como estearato). Dosis de carga: 20 mg/kg. Dosis de mantenimiento: 10 mg/kg cada 6 horas.
- **Infecciones en estadios más avanzados:** amoxicilina Dosis de carga: 30-40 mg/kg (antes de la anestesia). Dosis de mantenimiento: 15-20 mg/kg cada 8 horas asociado a: Banzoilmetronidazol 7,5 mg/kg cada 8 horas. Ej.: niño de 20 kg – dosis de 150 mg. Por lo general, no es necesaria una dosis de carga. Niños alérgicos a las penicilinas: Claritromicina Dosis de carga: 15 mg/kg. Dosis de mantenimiento: 7,5 mg/kg cada 12 horas, o Azitromicina Dosis de carga: 20 mg/kg. Dosis de mantenimiento: 10 mg/kg cada 24 horas.
- La prescripción de dosis de mantenimiento de medicación antimicrobiana debe hacerse inicialmente por un período de tres días. El seguimiento de la condición debe hacerse cada 24 horas.

Sedación mínima por medios farmacológicos

Midazolam 0,25-0,5 mg/kg de peso corporal.

Antisepsia	Extra e intraoral
Anestesia local	Solución de lidocaína al 2% con epinefrina 1:100.000 o articaína al 4% con epinefrina 1:200.000 (niños > 4 años). Cuando la epinefrina esté contraindicada, use una solución de prilocaína al 3% con felipresina.
Medicación postoperatoria	dipirona solución oral "gotas" (1/2 gotas por kg de peso) o ibuprofeno 50 mg/ml solución oral "gotas" (1 gota por kg/peso), o paracetamol solución oral "gotas" (1 gota por kg/peso) inmediatamente después de la intervención, aún en el entorno del consultorio. Prescribir dosis de mantenimiento a intervalos de 4 horas para dipirona y 6 horas para ibuprofeno o paracetamol, por un período máximo de 24 horas postoperatorias.

PACIENTES GERIÁTRICOS

Alteraciones en la Farmacocinética de fármacos en ancianos

Absorción: Disminución del flujo sanguíneo esplácnico, secreción gástrica, absorción de hierro de la superficie de absorción y motilidad gastrointestinal. Aumento del pH gastrointestinal.

Distribución: Disminución del volumen plasmático (8%), gasto cardíaco, agua corporal (25%) y albúmina plasmática (20%). Reemplazo de masa muscular por grasa (30 a 40%).

Metabolismo: Disminución de la masa hepática, flujo sanguíneo hepático (40%) e inducibilidad y actividad enzimática (citocromo P450) y metabolismo de fase I (hidroxilación, oxidación, n-desmetilación e hidrólisis).

Excreción: Reducción de la masa renal (30% menos a los 80 años), número de nefronas funcionales, flujo sanguíneo renal (1 a 2% anual llegando al 50% en edad avanzada) y filtración glomerular (30 a 50%). Mayor incidencia de esclerosis glomerular espontánea.

Ejemplo: Fármacos liposolubles, como el Diazepam, que se almacenan en la grasa y tienen una mayor duración de acción. A la edad de 20 años, la vida media es de alrededor de 20 horas y a la edad de 80 años es de alrededor de 90 horas.

Alteraciones en la sensibilidad del tejido

- Mayor sensibilidad a la sedación por benzodiazepinas;
- Mayor incidencia de confusión y desorientación con antidepresivos tricíclicos;
- Mayor frecuencia de hipoglucemia con clorpropamida y tolbutamida;
- Alteración en la calidad o cantidad de receptores farmacológicos.

Problemas en la terapia farmacológica

- No entender u olvidar
- Uso de medicamentos no prescritos por el profesional (laxantes, vitaminas, analgésicos, catarros y tos estomacal)
- Uso de dosis más altas o más bajas o interrupción del tratamiento
- Uso de medicamentos vencidos o medicamentos sobrantes de tratamientos anteriores

Prescripción terapéutica para pacientes geriátricos: Explicar despacio y con claridad qué tiene el paciente, por qué necesita la medicación, etc. evitando el uso de expresiones como: "tomar como se indica", "cada 6 horas" (3x/día o 4x/día con 1 dosis a mitad de la noche) prefiriendo decir "tomar 1 comprimido a cada 6 horas" (a las 6:00h, 12:00h, 18:00h y 00:00h). Si es necesario, escribe completo, "tomar 1 comp. para el desayuno, el almuerzo y la cena." El acompañante también debe escuchar, pero el dentista debe dirigirse al paciente. Escriba en letras grandes y legibles. Si es posible, usar medicamentos con intervalos de tiempo más largos y formas líquidas (preferible a cápsulas o pastillas grandes).

Control del dolor	Antibióticos	Anestesia local	Control de la ansiedad
Paracetamol 750mg 1 pastilla cada 6 horas	Penicilina V 500mg cada 6 horas	Procedimientos - 20 min Mepivacaína 3% sin vasoconstrictor (1 a 2 tubos)	Sedación con N2O/O2
Dipirona 500 mg 1 pastilla cada 4 horas	Amoxicilina 500 mg cada 8 horas	Procedimientos + 20 min Lidocaína 2% adrenalina 1:100.000 Mepivacaína 2% con adrenalina 1:100.000 Articaina 4% con adrenalina 1:200.000 Articaina 4% con adrenalina 1:100.000 Prilocaína al 3 % con felipresina 0,03 UI/mL (2 a 3 tubos)	Lorazepam 1 mg 1 pastilla dos horas antes del procedimiento
-	Eritromicina 500 mg cada 6 horas	Procedimientos largos Bupivacaína 0,5 % con adrenalina 1:200 000 (2 tubos)	-
-	Metronidazol 250 cada 8 horas	-	-
-	Claritromicina 250 mg cada 12 horas	-	-
-	Azitromicina 500 mg cada 24 horas	-	-

Precauciones específicas

- ✓ Pacientes con trastornos respiratorios o circulatorios (ICC) que dificultan la oxigenación: evitar la posición supina
- ✓ Los pacientes con artrosis, colostomía y enfermedades respiratorias crónicas, prefieren secciones cortas a media mañana o primeras horas de la tarde. Evite la posición supina prolongada.

ATENDIMIENTO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES DIABÉTICOS

Anamnesis dirigida: Obtener información detallada sobre el control de la enfermedad, con el objetivo de planificar el tratamiento odontológico. Se deben hacer las siguientes preguntas básicas:

1. ¿Está viendo a un médico con regularidad?
2. ¿Cuándo se realizó la última prueba de glucosa en sangre y hemoglobina glicosilada?
3. ¿Qué medicamentos usa?
4. Diariamente, ¿cuál es su dieta?
5. ¿Ha tenido alguna complicación de la enfermedad recientemente?

Los individuos diabéticos, con enfermedad no controlada, sólo deben ser atendidos en situaciones de urgencia odontológica.

Cuidados pre y postoperatorios: Asegúrese de que el paciente haya comido adecuadamente y haya usado la medicación. Si es necesario, verifique la glucosa en sangre con un glucómetro. En el caso de procedimientos quirúrgicos que provoquen limitación de la función masticatoria (p. ej., extracción de terceros molares), o cuando la sesión de tratamiento sea prolongada (tratamiento de endodoncia de molares, preparaciones protésicas extensas, etc.), se debe consultar al médico sobre posibles cambios en la dieta y ajuste en la dosis de medicación hipoglucemiante, con el fin de prevenir las hipoglucemias.

Sedación mínima: La ansiedad y el miedo relacionados con el tratamiento dental pueden provocar un aumento de los niveles de glucosa en sangre en pacientes diabéticos.

Benzodiazepina: Debe considerarse como medicación preoperatoria, para evitar aumento de glucosa en sangre por condiciones emocionales. Para ello se debe elegir uno de los siguientes: midazolam, alprazolam, diazepam o lorazepam (en ancianos), en las mismas dosis que se utilizan para los pacientes normales (ASA I).

Sedación inhalatoria: Con la mezcla de óxido nitroso y oxígeno gaseoso, esta es otra buena opción, por la seguridad, rapidez y previsibilidad de la sedación. Los diabéticos, así como aquellos con enfermedades cardiovasculares, se benefician tanto de la reducción del estrés como de la suplementación de oxígeno que proporciona la técnica.

Anestesia local: Se puede utilizar un anestésico local con epinefrina 1:100.000 en la dosis mínima compatible con una anestesia profunda y de duración suficiente. En resumen, se puede sugerir que las soluciones de anestésicos locales que contienen epinefrina pueden ser utilizadas en diabéticos insulino dependientes o no insulino dependientes, en cualquier procedimiento odontológico electivo (quirúrgico o no), observando las dosis máximas recomendadas para cada anestésico, además es importante tener cuidado para hacer una inyección lenta después de la aspiración negativa.

Uso de analgésicos y antiinflamatorios: En situaciones de molestias o dolores leves, la dipirona o el paracetamol están indicados en las dosis y posologías habituales. En intervenciones dentales más invasivas, generalmente asociadas con dolor y edema más severos, se pueden usar de manera segura una o dos dosis de dexametasona o betametasona en pacientes diabéticos con la enfermedad controlada.

Los AINEs y la acción hipoglucemiante de las sulfonilureas: Puede ser potenciada por fármacos que tienen un alto grado de unión a proteínas, como algunos antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Y proporcionará una imagen de la hipoglucemia. En términos prácticos, cuando existe una indicación para el uso de AINE en diabéticos, se recomienda que el cirujano dentista los prescriba solo después de intercambiar información con el médico que trata al paciente.

Profilaxis y tratamiento de infecciones bacterianas: No indicado para pacientes diabéticos bien controlados. El uso profiláctico de antibióticos en diabéticos sólo debe considerarse en pacientes con enfermedad descompensada, con cetoacidosis sanguínea y cetonuria (presencia de cuerpos cetónicos en la orina), cuando las funciones de los neutrófilos están reducidas. Cada caso debe ser analizado detenidamente, junto con el médico que atiende al paciente.

- Cuando esté indicada la profilaxis antibiótica, se recomienda una pauta de dosis única de amoxicilina 1 g (claritromicina 500 mg o clindamicina 600 mg para pacientes alérgicos a la penicilina), 1 h antes de iniciar la intervención.
- Las infecciones bacterianas orales ya existentes en diabéticos deben tratarse agresivamente. La diabetes favorece la infección, lo que a su vez dificulta el control de la enfermedad.

Complicaciones agudas en diabéticos: El shock insulínico, caracterizado por hipoglucemia aguda, que puede poner en peligro la vida, ya que se desarrolla muy rápidamente, culminando en pérdida de conciencia y eventualmente convulsiones.

PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Uso de anestésico con vasoconstrictor: Los efectos de la epinefrina sobre la presión arterial (PA) dependen de la dosis y vía de administración. Las dosis pequeñas administradas por vía subcutánea pueden producir cambios mínimos o nulos en la PA. Las dosis altas, particularmente cuando se administran accidentalmente en los vasos sanguíneos, pueden provocar un aumento repentino de la PA.

Dosis máxima de epinefrina: Durante un procedimiento dental en pacientes con enfermedad cardiovascular controlada, 0,04 mg por sesión es segura.

Volumen recomendado

- Si la epinefrina es 1:100.000, el volumen máximo recomendado es de 4 mL, prácticamente equivalente al que contienen 2 tubos de anestesia (3,6 mL), u 8 mL (casi 4 tubos);
- Si la epinefrina está en una concentración de 1:200.000, independientemente de la sal anestésica a la que se asocie este vasoconstrictor.
- Si la epinefrina 1:50,000 no se recomienda para pacientes con enfermedades cardiovasculares.

Prilocaina con felipresina: Cuando la epinefrina está contraindicada (p. ej., pacientes con ciertos tipos de arritmia cardíaca), el dentista tiene la opción de usar una solución de prilocaina al 3% con felipresina.

Mepivacaína: Otra opción a disposición del odontólogo es la aplicación de una solución que no contenga agente vasoconstrictor (mepivacaína al 3%), para procedimientos en los que no se requiera anestesia pulpar prolongada y control del sangrado.

Volumen máximo (expresado en número de tubos de 1,8 mL) de soluciones anestésicas con epinefrina, recomendado para pacientes con enfermedad cardiovascular controlada, en cada sesión asistencial:

Concentración y cantidad de epinefrina por tubo (mg)	Número de tubos por sesión de servicio
1:50,000 (0,036 miligramos)	1
1:100,000 (0,018 miligramos)	2
1:200,000 (0,009 miligramos)	4

Hilo de retracción gingival: Estos hilos impregnados con epinefrina no deben usarse en pacientes con riesgo cardiovascular.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Hipertensión estadio 1 (ASA II): Presión arterial controlada o dentro de límites de hasta 160/100 mmHg, medida el día de la consulta:

Orientaciones
Puede someterse a procedimientos dentales electivos o de emergencia.
Valorar la existencia de otras alteraciones sistémicas asociadas (cardiovasculares, diabetes, insuficiencia renal).
Planifique sesiones cortas, preferiblemente en la segunda parte del período de la mañana (entre 10-12h). En el caso de procedimientos más largos, controle la PA durante la intervención.
Prescriba una benzodiacepina (p. ej., midazolam 7,5 mg) como medicación preanestésica para prevenir el aumento de la presión arterial por condiciones emocionales. Como alternativa, se puede emplear una sedación mínima mediante la inhalación de una mezcla de óxido nitroso y oxígeno.
Utilizar soluciones que contengan felipresina 0,03 UI/ml (asociada a prilocaína al 3%) o epinefrina a concentraciones 1:200.000 o 1:100.000 (asociada a lidocaína al 2% o articaína al 4%). Dar preferencia a soluciones con menor concentración de vasoconstrictor.
Tenga mucho cuidado para evitar la inyección intravascular y no exceder el límite máximo de 2 tubos de anestesia que contienen 1:100.000 de epinefrina, o 4 tubos de 1:200.000 de epinefrina, por sesión. El límite máximo de felipresina es de 3 tubos.
Para el control del dolor postoperatorio, dar preferencia a la dipirona o al paracetamol. Evite el uso de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos.

Hipertensión de estadio 2 (ASA II): Presión arterial que alcanza niveles > 160/100 mmHg, pero que aún no supera los 180/110 mmHg:

Orientaciones
Los procedimientos dentales electivos están contraindicados. Derivar al paciente para evaluación médica y control de la presión arterial.
En las urgencias odontológicas (p. ej., pulpitis, pericementitis y abscesos), cuya intervención es inaplazable, la conducta más importante es el alivio rápido del dolor, que se logra mediante anestesia local y remoción de la causa. Para ello utilizar una solución de prilocaína al 3% con felipresina (máximo 2-3 tubos).
Es importante que el procedimiento se realice de forma rápida (máximo 30 min) y bajo sedación (por vía oral con midazolam o por inhalación de una mezcla de óxido nitroso y oxígeno), para evitar un aumento aún mayor de la PA debido al estrés operatorio.

Hipertensión severa asintomática: Niveles de presión arterial > 180/110 mmHg, pero aún sin síntomas: Todos y cada uno de los procedimientos dentales están contraindicados. En el caso de emergencias dentales, la atención debe ser brindada en un ambiente hospitalario, previa evaluación médica y reducción de la presión arterial a niveles más seguros.

Hipertensión severa sintomática: presión arterial sistólica > 180 mmHg o diastólica > 110 mmHg, en presencia de signos y síntomas como cefalea, alteraciones visuales, sangrado espontáneo

de la nariz o las encías y dificultad para respirar. Brindar servicio móvil de emergencia y solicitar evaluación médica inmediata. La intervención odontológica de urgencia sólo puede realizarse en un ambiente hospitalario, previa reducción de la PA a niveles seguros, a criterio del médico.

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Cardiopatía isquémica: protocolo de atención

Investigar la frecuencia de los ataques de angina de pecho o el tiempo transcurrido desde el infarto de miocardio, en su caso. Evaluar la presión arterial y el pulso carotídeo. Anote todos los medicamentos que usa el paciente y las horas en que los toma.

Comuníquese con el cardiólogo para informarse sobre la condición cardiovascular actual del paciente. Por tu parte, informa el tipo de tratamiento que vas a realizar, con la duración prevista y los fármacos que pretendes utilizar.

Si el paciente está utilizando un vasodilatador coronario, discutir con el cardiólogo la conveniencia de administrar una dosis profiláctica de dinitrato de isosorbida 2,5-5 mg (Isordil®), por vía sublingual, 1-2 min antes de iniciar el servicio.

Los pacientes que hacen uso continuo de anticoagulantes como la warfarina deben evaluarse preferentemente el INR < 24 h antes de procedimientos que causen sangrado, para evitar el riesgo de hemorragia. En pacientes con INR estable, la evaluación de INR dentro de un período de hasta 72 horas antes del procedimiento es aceptable. En algunos casos, el médico puede decidir sustituir la warfarina por heparina.

Considere la sedación oral mínima con midazolam 7,5 mg, alprazolam 0,5 mg o lorazepam 1 mg. Si el paciente ya está usando medicación ansiolítica por consejo médico, evaluar los ajustes de dosis adecuados, si es necesario.

Planificar sesiones cortas (30-40 min), preferentemente programadas en la segunda parte de la mañana (a partir de las 10 h), ya que la mayor incidencia de eventos cardiovasculares se produce al despertar e iniciar las actividades del día, con un pico alrededor de las 9h.

Para bloqueos regionales, utilice pequeños volúmenes de una solución de lidocaína al 2% con epinefrina 1:200.000 o prilocaína al 3% con 0,03 UI/mL de felipresina. En la técnica infiltrativa utilizar articaína al 4% con epinefrina 1:200.000.

Controle la presión arterial y la frecuencia cardíaca durante el procedimiento, si es posible con un monitor de muñeca digital.

Orientar los cuidados postoperatorios, con especial atención a evitar ambientes, actividades o situaciones estresantes.

Prescribir medicación posoperatoria para el control eficaz del dolor. Dar preferencia a los corticoides y analgésicos como la dipirona o el paracetamol, en las dosis habituales. Evite el uso de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos.

Los pacientes con implantación reciente de stent (hasta 30 días) pueden ser candidatos para la profilaxis antibiótica de la endoarteritis.

INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA

Insuficiencia cardíaca congestiva: protocolo de atención

El tratamiento debe ser de corta duración y buena anestesia, para evitar el dolor y, en consecuencia, la taquicardia.

Considere la posibilidad de una sedación mínima mediante el uso de 7,5 mg de midazolam o 1 mg de lorazepam (en ancianos) como complemento de otros métodos de acondicionamiento.

CHF estable (según la evaluación del médico), se pueden utilizar pequeños volúmenes de soluciones anestésicas que contengan epinefrina 1:100.000 o 1:200.00 o felipresina 0,03 UI/ml.

Coloque la silla en la posición semi-reclinada, ya que el paciente puede tener dificultad para respirar en la posición acostada.

Controle la presión arterial (PA) y la frecuencia cardíaca (FC) a intervalos regulares durante la consulta.

Si se produce un aumento significativo de la PA y/o FC durante el tratamiento, se aconseja realizar un periodo de descanso y esperar a que se normalicen. Si esto no ocurre, es prudente interrumpir el tratamiento y derivar al paciente al médico para que investigue las causas de esta alteración.

ARRITMIAS CARDÍACAS

Protocolo de atención

Comuníquese con el cardiólogo sobre el tipo y la gravedad de la arritmia, así como sobre el estado actual del paciente.

En el caso de un paciente con fibrilación auricular, investigar si está usando anticoagulantes. De ser así, evalúe si el INR actual es compatible con la intervención dental.

Para pacientes con marcapasos cardíacos, y descubra equipos que potencialmente podrían interferir con su funcionamiento.

El servicio debe programarse por la mañana, siendo de corta duración.

Considere una sedación mínima por vía oral con benzodiazepinas o inhalando la mezcla de óxido nítrico y oxígeno.

En caso de arritmias estables y bien controladas (según lo informado por el médico), se pueden utilizar anestésicos con epinefrina 1:100.000 o 1:200.000, así como soluciones que contengan felipresina 0,03 UI/ml (cuando no haya expectativa de sangrado).

Evitar el uso de epinefrina (optar por prilocaína al 3% con felipresina 0,03 UI/ml o mepivacaína al 3% sin vasoconstrictor) en las siguientes condiciones: Arritmias graves, si el tratamiento odontológico no puede posponerse; bloqueo auriculoventricular; Arritmias sintomáticas, en presencia de otras cardiopatías; Arritmias supraventriculares.

No utilice soluciones anestésicas que contengan norepinefrina o fenilefrina, debido al mayor riesgo de bradicardia refleja en caso de sobredosis.

Controle el pulso, la frecuencia cardíaca y la presión arterial a intervalos regulares durante la visita.

Si el paciente tiene una FC aumentada, pero con un ritmo regular, la taquicardia probablemente sea benigna. En ese caso, manténgalo en reposo y en observación, ya que el episodio suele ser transitorio, como resultado de la inyección intravascular accidental de un pequeño volumen de solución anestésica que contiene epinefrina.

Si la taquicardia persiste por más de 2-3 minutos, instituir algunas maniobras para estimular el tono vagal, como guiar al paciente para que exhale con fuerza sin expulsar aire (es decir, con la nariz y la boca tapadas - maniobra de Valsalva), ofrecer un vaso de agua helada, indicándole

que se tome rápidamente, lo que proporcionará un enfriamiento repentino del esófago, estómago y estructuras vecinas, estimulando las terminaciones vagales de estos órganos. Finalmente, si estas maniobras no tienen éxito, induzca el vómito estimulando la orofaringe, ya que esto dará como resultado una potente respuesta vagal.

PREVENCIÓN DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Condiciones cardíacas de alto riesgo: Se recomienda la profilaxis con antibióticos.

- Válvula cardíaca protésica o material protésico utilizado para la reparación de válvulas cardíacas
- Antecedentes de endocarditis infecciosa previa
- Valvopatía adquirida en un paciente trasplantado de corazón
- Cardiopatía congénita (CHD):
 - ❖ Cardiopatía congénita cianótica no corregida, incluidas derivaciones y conductos paliativos
 - ❖ Cardiopatías congénitas corregidas con material protésico (en los primeros seis meses tras la cirugía)
 - ❖ Cardiopatía congénita cianótica corregida que evolucionó con un defecto residual (que impide la reepitelización)

Intervenciones odontológicas de riesgo: Requieren el uso profiláctico de antibióticos. Cualquier procedimiento dental que involucre la manipulación de los tejidos gingivales o la región dental periapical o la perforación de la mucosa oral.

Procedimientos que no requieren profilaxis: Técnicas anestésicas de rutina sobre tejidos no infectados, toma de radiografías, colocación o ajuste de aparatos protésicos o de ortodoncia (incluidos los brackets), exfoliación de dientes primarios y sangrado de la mucosa oral o labial debido a un traumatismo.

Régimen o Condición	Antibiótico	Posología - Dosis única 30 a 60 min antes del procedimiento
Régimen estándar Vía oral	amoxicilina	Adulto 2g y niños 50mg/kg
Alérgico a las penicilinas	cefalexina	Adulto 2g y niños 50mg/kg
-	clindamicina	Adulto 600g y niños 20mg/kg
-	Azitromicina	Adulto 500g y niños 10mg/kg
-	claritromicina	Adulto 500g y niños 10mg/kg
Incapaz de tomar medicación oral.	ampicilina	Adultos 2g (IM/IV) y niños 50mg/kg (IM/IV)
-	cefazolina	Adulto 1g (IM/IV) y niños 50mg/kg (IM/IV)
Alérgico a las penicilinas e incapaz de tomar medicación oral.	cefazolina	Adulto 1g (IM/IV) y niños 50mg/kg (IM/IV)

-	clindamicina	Adultos 600g (IM/IV) y niños 20mg/kg (IM/IV)
---	--------------	--

Piercings orales: El piercing colocado en la mucosa labial, en la lengua o en el frenillo lingual representa un riesgo potencial de EI, ya que crea una puerta de entrada para que las bacterias penetren en el torrente sanguíneo, posiblemente llegando al corazón. La probabilidad de EI es mayor para sujetos con alto riesgo de padecer la enfermedad. Por lo tanto, corresponde al cirujano dentista orientar a sus pacientes sobre esta y otras posibles complicaciones asociadas a la colocación y desalentar esta práctica.

Protocolo de atención a pacientes con riesgo de endocarditis
Después de tomar la historia y evaluar los signos vitales, clasifique al paciente como ASA II, III o IV según el estado físico general.
Con estos datos en mano, derivar al paciente al cardiólogo, informándole sobre el tipo de procedimiento a realizar (induciendo o no bacteriemia). Muestre también su intención de emplear una sedación mínima, así como de proceder con anestesia local utilizando pequeños volúmenes de una solución que contenga epinefrina (1:100.000 o 1:200.000) o felipresina.
Después de la evaluación, el médico debe clasificar al paciente como de bajo o alto riesgo de endocarditis infecciosa.
De acuerdo con el médico, definir si será necesaria o no la profilaxis antibiótica.
Planee realizar tantos procedimientos como sea posible bajo la misma cobertura antibiótica.
Asegurarse de que el paciente haya tomado medicación antibiótica profiláctica antes de iniciar la intervención.
En cada sesión, inmediatamente antes de comenzar el procedimiento, pida al paciente que se enjuague con una solución de digluconato de clorhexidina al 0,2 %.
Evite traumatismos gingivales innecesarios.
Establece un intervalo mínimo de 10 días entre cuidados, lo que puede ayudar a evitar la selección de bacterias resistentes.
Reforzar las técnicas de higiene bucal.
Cuando prescriba enjuague bucal solución de digluconato de clorhexidina al 0,12% para uso continuo, hágalo por un tiempo limitado (máximo de 3 días), debido a la posible selección de bacterias.
En urgencias odontológicas o cuando no sea posible mantener el contacto con el cardiólogo, valore cuidadosamente la relación riesgo/beneficio del uso de profilaxis antibiótica. En caso de duda, realizar profilaxis.

PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Etapa de la enfermedad renal crónica	Significado clínico
1. Pacientes con depuración de creatinina ≥ 90 mL/min, pero con albuminúria persistente (presencia de albumina en la orina)	Los pacientes ya tienen algún grado de lesión renal, pero sin que ello afecte a la capacidad de filtración de la sangre. Son pacientes con función renal normal pero con riesgo de deterioro.
2. Depuración de creatinina entre 60-89 ml/min	Etapa de insuficiencia prerrenal. Estos son individuos con pequeñas pérdidas de función. En los ancianos es solo un signo de envejecimiento de los riñones. La creatinina en sangre sigue siendo normal, pero los riñones funcionan al límite. Estos son pacientes que tienen riesgo de daño renal debido al uso de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos.
3. Depuración de creatinina entre 30-59 ml/min	Etapa de insuficiencia renal crónica. Los riñones disminuyen su capacidad para producir eritropoyetina, que controla la producción de glóbulos rojos en la médula ósea. Ahí es cuando aparece la imagen de la anemia.
4. Depuración de creatinina entre 15-29 ml/min	Fase prediálisis, cuando comienzan a aparecer los primeros síntomas (pérdida de peso, signos de desnutrición, aumento del riesgo de enfermedades del corazón, disminución de la libido, falta de apetito, cansancio, etc.). Los análisis de laboratorio ya muestran altos niveles de fósforo y potasio, anemia y acidosis. El paciente pierde masa muscular y grasa, pero retiene líquidos y puede desarrollar pequeños edemas en las piernas.
5. Depuración de creatinina < 15 ml/min	Etapa de insuficiencia renal terminal. Por debajo de 15-10 mL/min el riñón ya no realiza funciones básicas y se indica el inicio de diálisis. Los pacientes comienzan a experimentar los síntomas de la uremia, como náuseas y vómitos, principalmente por la mañana. Se cansan fácilmente y la anemia está a menudo en niveles peligrosos.

Cuidados odontológicos: Previo a cualquier procedimiento quirúrgico odontológico, se debe tener a la mano el hemograma completo y el coagulograma para evaluar si se conservan los mecanismos de hemostasia.

- La presión arterial y la frecuencia cardíaca deben evaluarse antes y durante la intervención.
- Las personas con niveles de presión arterial muy altos, casos severos de anemia o trastornos de la coagulación de la sangre solo deben ser tratados en emergencias dentales, en un ambiente hospitalario.
- El cuidado de la salud bucal debe estar dirigido principalmente a eliminar posibles focos infecciosos. El combate a las infecciones debe hacerse de manera agresiva, a través de medidas locales, y complementado con el uso sistémico de antibióticos.
- Evitar la administración o prescripción de fármacos con potencial nefrotóxico, o que puedan interactuar de forma no deseada con los medicamentos que utiliza el paciente.

Si la enfermedad está bien controlada, el tratamiento dental seguirá los procedimientos de rutina de un paciente normal. En caso contrario, el odontólogo debe informar al nefrólogo sobre el tipo de procedimiento a realizar y los fármacos que pretende utilizar.

PROTOCOLO FARMACOLÓGICO PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO CONSERVADOR

Sedación mínima	De acción corta (p. ej., midazolam 7,5 mg).
Antisepsia intraoral y extraoral	Solución de digluconato de clorhexidina al 0,12% y al 0,2%, respectivamente.
Anestesia local	Utilice los volúmenes más pequeños posibles de una solución de articaína al 4% o lidocaína al 2%, con 1:100.000 o 1:200.000 de epinefrina (máximo de 2 tubos por sesión). Cuando la epinefrina está contraindicado, usar una solución de prilocaína al 3% con felipresina (excepto en pacientes con anemia). Evitar el uso de mepivacaína, cuyo metabolismo hepático y excreción renal son más lentos.
Uso de analgésicos	Para el dolor leve, opte por dipirona o paracetamol, en las dosis efectivas más bajas. Evite el uso de aspirina. Para el dolor moderado a intenso, el tramadol parece ser una buena elección.
Uso de antiinflamatorios	Evitar el uso de antiinflamatorios no esteroideos, que pueden aumentar la retención de sodio e interactuar con antihipertensivos y diuréticos, provocando un aumento repentino de presión arterial. También pueden interferir negativamente con la agregación plaquetaria. Dar preferencia al uso de corticoides (dexametasona o betametasona), en dosis única o por tiempo limitado.
Uso de antibióticos	En casos leves de enfermedad renal crónica no es necesario reducir dosis ni cambiar el intervalo entre dosis de los antibióticos más utilizados en odontología: penicilina V, amoxicilina, metronidazol, claritromicina, azitromicina y clindamicina. Deben evitarse las tetraciclinas y las cefalosporinas debido a su potencial nefrotóxico.

Cuidados generales para pacientes tratados con hemodiálisis:

- Evaluar la capacidad del paciente para tolerar procedimientos más invasivos o de mayor duración.
- Al evaluar la presión arterial, nunca use el brazo que contiene la fístula arteriovenosa necesaria para las sesiones de hemodiálisis.
- Los procedimientos dentales que causen sangrado deben programarse al día siguiente de las sesiones de diálisis para evitar el riesgo de sangrado.
- La penicilina V, la azitromicina y la clindamicina generalmente no requieren ajustes de dosis ni intervalos aumentados entre dosis. Según los valores de la tasa de filtración glomerular, el intervalo entre las dosis de amoxicilina puede mantenerse cada 8 h o ajustarse a cada 12 o 24 horas.
- El metronidazol, cuando se usa por períodos cortos (3-5 días), no requiere ajustes en las dosis y dosis habituales (250 mg cada 8 horas o 400 mg cada 12 horas), ya que es fácilmente dializable.
- No hay casos documentados de endocarditis bacteriana resultantes de procedimientos dentales que causen bacteriemia transitoria.

ATENCIÓN ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES QUE HAN RECIBIDO UN TRASPLANTE DE RIÑÓN

- Los procedimientos electivos deben programarse seis meses después de la intervención. Los casos urgentes deben ser tratados en un ambiente hospitalario, previo intercambio de información con el médico.
- Los pacientes son más propensos a desarrollar infecciones.
- Considere la profilaxis antibiótica antes de los procedimientos quirúrgicos, ya que la bacteriemia transitoria resultante puede provocar glomerulonefritis en el riñón trasplantado, con el riesgo de pérdida del órgano trasplantado.
- Los pacientes con uso crónico de corticosteroides pueden requerir suplementos de corticosteroides a discreción del médico.
- Los pacientes que usan warfarina deben ser evaluados cuidadosamente antes de cualquier procedimiento que cause sangrado, incluido el INR (índice internacional normalizado) actual.

PROTOSCOLOS FARMACOLÓGICOS

PROTOSCOLO DE ATENCIÓN A PACIENTES QUE UTILIZAN ANTICOAGULANTES

Continuidad de la terapia anticoagulante

- a) Cuando el INR es $< 3,5$, no es necesario modificar la posología ni suspender el uso del anticoagulante, en el caso de procedimientos quirúrgicos más sencillos.
- b) Cuando el INR es $\geq 3,5$ es un procedimiento quirúrgico está siendo planeado, es fundamental intercambiar información con el médico para evaluar el riesgo/beneficio de cambiar la terapia anticoagulante.

Uso de antibióticos

- En pacientes con prótesis valvulares cardíacas u otras condiciones de riesgo de endocarditis bacteriana, el uso de una sola dosis profiláctica de amoxicilina o clindamicina no requiere cambios en la terapia anticoagulante.
- A los pacientes que requieren más de una dosis de antibiótico se les debe evaluar el INR después de 2 a 3 días.
- Si es posible, evite el uso de metronidazol y eritromicina.

Cuidado preoperatorio

- Obtener información sobre el estado de salud general del paciente mediante la realización de una historia clínica completa para determinar si la condición es estable.
- En pacientes que tienen un INR estable, es aceptable que el INR se evalúe 72 h antes de las cirugías orales. De lo contrario, el INR debe evaluarse el mismo día de la intervención.
- Si es posible, programe las cirugías para la mañana.
- En las urgencias odontológicas, cuando se espera que la intervención pueda causar un sangrado excesivo, la atención debe brindarse en un ambiente hospitalario.

Medidas intraoperatorias

- ❖ Utilizar solución anestésica local con vasoconstrictor (preferiblemente epinefrina).
- ❖ Evite los bloqueos nerviosos regionales.
- ❖ En la mandíbula, preferir la técnica infiltrativa o intraósea con articaína.
- ❖ Evita traumas físicos innecesarios.
- ❖ Restrinja la instrumentación periodontal y las cirugías de acceso a áreas más pequeñas.
- ❖ Cuando se indiquen múltiples extracciones, programar un mayor número de sesiones.
- ❖ Las suturas deben ser oclusivas.
- ❖ Aplique presión en la cavidad del diente con gasas durante 15-30 min.

Cuidado postoperatorio

- Considere el uso de esponja hemostática de gelatina liofilizada (Gelfoam®, Hemospon®), completamente reabsorbible por el organismo.
- Prescribir una solución de ácido tranexámico al 4,8% (Transamin®, Hemoblock®) para enjuague, por un período de 48 h.
- Retire las suturas no reabsorbibles después de 4 a 7 días.
- Para el control del dolor postoperatorio, no prescriba aspirina (AAS) y medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (incluidos los coxibs). Opta por la dipirona de sodio.

- Considerar el uso de corticoides en dosis única (dexametasona o betametasona), previo intercambio de información con el médico.
- No prescribir ni aplicar fármacos por vía intramuscular, por el riesgo de sangrado y formación de equimosis o hematomas.

PACIENTES QUE HACEN USO CONTINUADO DE ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS

¿Hasta qué punto la terapia antiplaquetaria puede interferir negativamente con el curso de cualquier procedimiento odontológico que produzca sangrado?

- Los antiagregantes plaquetarios pueden duplicar el tiempo de sangrado.
- Se ha informado que solo el 20-25% de los pacientes que usan AAS tienen tiempos de sangrado anormales.
- Se evaluó el ST preoperatorio y el grado de sangrado intraoperatorio de pacientes que utilizaron 100 mg diarios de AAS y que fueron sometidos a cirugías orales. Ambos grupos (los que estaban en terapia con AAS y los que la suspendieron) obtuvieron valores dentro de la normalidad.
- Se concluyó que simples medidas locales de hemostasia son suficientes para controlar el sangrado intraoperatorio, sin necesidad de interrumpir la terapia con AAS.
- En cuanto al riesgo relativo de sangrado con clopidogrel o dipiridamol, se entiende que los pacientes tratados con estos fármacos no tienen riesgo de sangrado excesivo.

¿El riesgo de sangrado es mayor que el riesgo potencial de una complicación cardiovascular al retirar el medicamento? Incluso después de largos períodos de implantación de stents en las arterias coronarias, la interrupción del uso de AAS o clopidogrel aumenta el riesgo de trombosis del stent y, en consecuencia, de infarto de miocardio. Sobre la base de una revisión exhaustiva de las implicaciones de la medicación antiplaquetaria, se concluye que estos medicamentos no deben suspenderse antes de procedimientos dentales que causen sangrado. Si el paciente usa AAS y clopidogrel, el odontólogo debe contactar al médico, para que pueda evaluar los riesgos y beneficios de la atención ambulatoria u hospitalaria.

ULCERA AFTOSA RECURRENTE (UAR) O AFTA

Nombre comercial y presentación	Principio activo y características	Modo de usar
Omcilon-A en tubo Orabase® con 10 g	Acetónido de triamcinolona Corticosteroide en base emoliente, que contiene carboximetilcelulosa, que permite una adhesión prolongada a la mucosa bucal y una acción mecánica protectora de las úlceras.	Aplicar una pequeña cantidad sobre las lesiones, sin frotar, hasta formar una fina capa. La aplicación debe realizarse preferentemente durante la noche, para permitir que el fármaco entre en contacto con la lesión durante el reposo. Dependiendo de la gravedad de los síntomas, puede ser necesario aplicar el preparado 2-3 veces al día, después de las comidas.
Albocresil® solución Frascos c/ 12 mL	Solución acuosa que contiene un polímero acidificante de ácido metacresolsulfónico. Se caracteriza por su alto grado de acidez (pH 0,6). No daña el tejido sano coagulado, eliminando selectivamente	Empape un algodón con la solución, sin exceso, y aplíquelo en el sitio de la lesión, en pequeños toques, durante 1 min, dos veces al día, después de las comidas. Como la solución es irritante, algunos pacientes pueden quejarse de una ligera sensación de ardor.

	solo el tejido necrótico de la superficie ulcerada.	
Hexomedine® enjuague bucal Solución o spray	Hexamidina + tetracaína	Aerosol: aplique tres aerosoles cada 4 horas. Solución: haga gárgaras tres veces al día con 15 ml de la solución (una cucharada), en forma pura o diluida en agua.
Enjuague bucal Cepacaine® solución o spray	Benzocaína + cloruro de cetilpiridinio	Lo mismo que el anterior.
Enjuague bucal Flogoral® solución o spray	Clorhidrato de bencidamina	Lo mismo que el anterior.
Fórmula magistral (manipulación)	Lidocaína (gel) 2%, digluconato de clorhexidina 0,12% (solución acuosa), solución viscosa de anís (50 mL)	Aplicar sobre la zona afectada, antes y después de las comidas.
Fórmula magistral (manipulación)	Propionato de clobetasol 0,05% gel para uso dental	Aplique una pequeña cantidad de gel en las áreas afectadas, una o dos veces al día, hasta que desaparezcan las úlceras.
Prednisona	Pastillas de 5 mg	Tres pastillas de 5 mg a las 8:00 am durante los primeros tres días. En el cuarto y quinto día, reduzca a 2 pastillas, y en el sexto y último día, 1 pastilla

LESIONES ORALES ASOCIADAS AL VIRUS DEL HERPES

Estomatitis herpética primaria (EPH)

- Paracetamol "gotas" 200 mg/ml o ibuprofeno solución oral 50 mg/ml.
- Regla práctica: 1 gota/kg de peso corporal, a intervalos de 6 horas, sin exceder las 4 tomas diarias.
- Dieta líquida o pastosa hiperproteica (sopas, cremas, papillas, etc.).
- Evita ingerir alimentos ácidos como naranjas, limones o piñas y alimentos con sal.
- Descansar.

Herpes recurrente

El aciclovir es un agente antiviral específico contra los virus de ADN, que bloquea la enzima ADN polimerasa, evitando la replicación viral que es eficaz contra los HSV-1 y 2. Este medicamento se usa con relativo éxito en el tratamiento del herpes labial recurrente.

- 1. Puede administrarse localmente** en forma de crema, pero su absorción es baja si las lesiones se dan en la semimucosa o en la piel, que está ricamente queratinizada. Aunque la aplicación tópica de aciclovir reduce la duración de la diseminación viral y acorta el tiempo requerido para que las lesiones se formen costras, es menos eficaz que el tratamiento oral.

- Via oral**, el aciclovir 200 mg 5 veces al día durante cinco días reduce la duración del tiempo de cicatrización hasta la pérdida de la costra en ~1 día (7 versus 8 días), pero no cambia la duración del dolor ni el tiempo para la cicatrización completa.
- En los casos de lesiones herpéticas extensas, que generalmente afectan a pacientes inmunodeprimidos, se recomienda el tratamiento de la causa de la inmunosupresión asociada al uso de antivirales sistémicos. En estas situaciones, el aciclovir se puede usar por vía oral o incluso por vía parenteral.

Famciclovir también se ha probado en el tratamiento de herpes labial recurrente. Se comprobó la seguridad del uso de una dosis única de 1.500 mg de famciclovir en el tratamiento del herpes labial recurrente en adolescentes.

Laserterapia (de alta y/o baja potencia, según el estadio de las lesiones) puede reducir el tiempo de latencia y la frecuencia de aparición de las lesiones. Analizando sus riesgos/beneficios, la terapia con láser puede resultar ventajosa frente a los tratamientos farmacológicos convencionales, debido a la ausencia de efectos secundarios, el carácter no invasivo de la terapia y la facilidad de la técnica de aplicación.

CANDIDIASIS

Tratamiento: Los antifúngicos tópicos deben reservarse para los casos en los que las medidas locales no hayan solucionado el problema. En los casos de candidiasis asociada a alteraciones sistémicas, el tratamiento de la afección de base (VIH, diabetes, hipo salivación, etc.) es obligatorio y, muchas veces, es necesario asociar la prescripción de antifúngicos sistémicos.

Nistatina: considerada de primera elección para el tratamiento de la candidiasis oral en pacientes portadores de prótesis o irradiados en la región de cabeza y cuello, debido a que no es absorbida por el tracto gastrointestinal

Antifúngicos azoles: son fungistáticos que interfieren con la enzima lanosterol demetilasa, que es clave para la supervivencia del hongo. Este grupo incluye el miconazol, utilizado por vía local, y el ketoconazol, fluconazol e itraconazol, que son bien absorbidos por la mucosa intestinal, lo que permite la administración sistémica, por vía oral.

Nombre genérico	Presentación	Modo de usar
Nistatina (aplicación tópica)	Suspensión oral 100.000 UI/ml Frasco de 50 ml	Enjuague con 5-10 mL (500.000-1.000.000 UI), 4 veces al día, durante 7-14 días, manteniendo la solución en la boca por 1-2 min antes de iniciar el enjuague. Después de enjuagar, la solución se puede tragar.
Miconazol (aplicación tópica)	Gel en tubo con 40 g	Aplicar sobre la zona afectada, con la ayuda de una gasa envuelta alrededor del dedo, 3 veces al día, durante 7-14 días.
Ketoconazol (uso sistémico)	Pastillas de 200 mg	1 cápsula al día durante 14 días
Fluconazol (uso sistémico)	Cápsulas 50 mg o 100 mg	1 comprimido al día durante 7-14 días.

Itraconazol (Uso sistémico)	cápsulas de 100 mg	50-100 mg al día durante 7-14 días.
--	--------------------	-------------------------------------

EXODONCIAS POR VIA ALVEOLAR Y CIRUGÍAS MENORES DE TEJIDOS BLANDOS

Expectativa del operador

Malestar postoperatorio o dolor leve.

Cuidado preoperatorio	Eliminación de cálculo grueso y placa dental mediante raspado y aplicación de un chorro de bicarbonato de sodio (o con la ayuda de una piedra pómez y una copa de goma).
Sedación mínima	Considere para pacientes cuya ansiedad y aprensión no pueden controlarse con métodos no farmacológicos. Administrar midazolam 7,5 mg o alprazolam 0,5 mg 30 min antes de la cita.
Antisepsia intraoral	Enjuague vigorosamente con 15 mL de un Solución acuosa de digluconato de clorhexidina al 0,12 % durante 1 min.
Antisepsia extraoral	Solución acuosa de digluconato de clorhexidina al 2%.
Anestesia local	Maxilar: infiltración con lidocaína al 2% o articaína al 4%, asociada con epinefrina 1:100.000. Evite la articaína en los bloques regionales. Mandíbula: bloqueo regional con lidocaína al 2% con adrenalina 1:100.000, que puede complementarse con infiltración local de articaína al 4% con adrenalina 1:200.000. Si la epinefrina está contraindicada, opte por una solución de prilocaína al 3% con 0,03 UI/mL de felipresina.

EXODONCIAS POR VIA NO ALVEOLAR (OSTECTOMÍA Y ODONTOSECCIÓN) CIRUGÍAS PREPROTÉSICAS CON DESPRENDIMIENTO EXTENSO DE TEJIDO. EXTRACCIÓN DE DIENTES RETENIDOS Y/O IMPACTADOS

Expectativa del operador

Dolor moderado a intenso, con edema inflamatorio y limitación de la función masticatoria.

Cuidado preoperatorio	Eliminación de cálculo grueso y placa dental mediante raspado y aplicación de un chorro de bicarbonato de sodio (o con la ayuda de una piedra pómez y una copa de goma).
Sedación mínima	Considere para pacientes cuya ansiedad y aprensión no pueden controlarse con métodos no farmacológicos. Administrar midazolam 7,5 mg o alprazolam 0,5 mg 30 min antes de la cita.

Profilaxis antibiótica sistémica	No se requiere para la mayoría de los pacientes inmunocompetentes. Si hay antecedentes previos de pericoronitis. Se puede administrar 1 g de amoxicilina 1 h antes de la intervención. Clindamicina 300 mg para alérgicos.
Antisepsia intraoral	Enjuagar enérgicamente con 15 ml de una solución acuosa de digluconato de clorhexidina al 0,12 % durante 1 min.
Antisepsia extraoral	Solución acuosa de digluconato de clorhexidina al 2%.
Analgesia perioperatoria	Prescribir 4-8 mg de dexametasona (1-2 comprimidos de 4 mg), a tomar 1 h antes de la intervención. Administrar 1 g (40 gotas) de dipirona sódica inmediatamente después de finalizar el procedimiento. Prescribir 500 mg (20 gotas) cada 4 horas por un período de 24 horas. Si el dolor persiste después de este período, prescribir nimesulida 100 mg por vía oral o ketorolaco 10 mg por vía sublingual, cada 12 horas, por un período máximo de 48 horas.
Anestesia local	Maxilar: técnica infiltrativa/bloqueo regional con lidocaína al 2% con epinefrina 1:100.000. Puede ser complicado. Por infiltración de articaína al 4% con epinefrina 1:200.000. Mandíbula: bloqueo regional con lidocaína al 2% con adrenalina 1:100.000, complementado con infiltración local de articaína al 4% con adrenalina 1:200.000. Cuando se necesite más tiempo, aplicar 1 tubo de bupivacaína al 0,5% con epinefrina 1:200.000 en la técnica de bloqueo del nervio alveolar inferior y lingual.
Cuidado postoperatorio	Saneamiento del sitio mediante cepillado cuidadoso. Enjuague 15 ml de una solución acuosa de digluconato de clorhexidina al 0,12% en la boca, por la mañana y por la noche, hasta que se retire la sutura

Consideraciones adicionales

- Cuando la duración de la cirugía es más prolongada de lo previsto (en consecuencia, con mayor traumatismo de los tejidos blandos), se puede prescribir una dosis adicional de 4 mg de dexametasona o betametasona a la mañana siguiente del procedimiento.
- Cuando exista una contraindicación para el uso de dexametasona o betametasona (herpes, infecciones fúngicas sistémicas, antecedentes de alergia al fármaco, etc.), utilizar un AINE: nimesulida 100 mg, ibuprofeno 600 mg o ketorolaco 10 mg (vía sublingual). La primera dosis se administra al final del acto quirúrgico, manteniéndose la posología cada 12 horas, por un período máximo de 48 horas.
- Cuando exista restricción o contraindicación para el uso de benzodiazepinas, la valeriana (fitoterapia que no requiere prescripción tipo B), a dosis de 100 mg (2 comprimidos de 50 mg), administrada 1 h antes de la cirugía, puede ser una buena alternativa para la sedación mínima de pacientes adultos.

ORIENTACIÓN AL PACIENTE

Cuidado preoperatorio

1. No ingiera bebidas alcohólicas el día programado para la cirugía.
2. Evitar practicar ejercicios físicos exagerados el día de la intervención.
3. Llegar al consultorio 1/2 h antes de la hora prevista, con un acompañante.
4. El acompañante debe conducir el coche.

Cuidado postoperatorio

Descansar

- a) Descanse el mayor tiempo posible durante los primeros tres días.
- b) Al acostarse, mantenga la cabeza más alta que el resto de su cuerpo.
- c) Evite la actividad física y la exposición al sol durante cinco días.
- d) Evite hablar demasiado.

Alimentación

- 1) Preferir una dieta líquida o pastosa (zumos de frutas, helados cremosos, caldos y sopas después de enfriar), en porciones cada 2-3 horas.
- 2) Beba mucha agua, ya que la hidratación es importante.
- 3) No haga movimientos de succión, como tomar líquidos con la ayuda de una pajilla.

Cuidado de heridas

- A. Mantenga la gasa colocada sobre la herida durante 15 minutos y luego retírela.
- B. No toque el sitio de la herida con los dedos ni con ningún objeto. Evite sacar la lengua.
- C. Puede ocurrir algo de sangrado durante este período. Se pueden ver manchas de sangre en la almohada al despertar.
- D. No escupas por ningún motivo.

Higiene Bucal

- 1. Cepíllese los dientes con normalidad, cuidando la zona operada.
- 2. Cepille la parte posterior de la lengua.
- 3. Use la solución antiséptica de acuerdo con las instrucciones dadas por el dentista.

Otros cuidados

- a) Si es fumador, trate de no fumar o al menos reduzca la cantidad de cigarrillos hasta que cicatrice el corte.
- b) No ingiera bebidas alcohólicas de ningún tipo.
- c) Siga las instrucciones dadas en la receta correctamente.
- d) No tome ningún medicamento por su cuenta.
- e) En caso de dolor, edema o sangrado excesivo, comuníquese con el dentista para las pautas necesarias.
- f) Asegúrese de venir al consultorio para que le quiten los puntos.

COMPLICACIONES POST-QUIRÚRGICAS

Alveolitis

Protocolo de tratamiento de alveolitis

1. Anestesia local mediante bloqueo regional, evitando infiltrar la solución anestésica alrededor del alvéolo dentario. La solución de **bupivacaína** al 0,5% con epinefrina 1:200.000 es una opción interesante para este fin, ya que favorece una mayor duración de la anestesia de partes blandas (7 h, de media) y un mayor tiempo sin dolor tras la intervención clínica.
2. Irrigue abundantemente el alvéolo con solución salina estéril.
3. Con una cucharilla, inspeccione cuidadosamente el alvéolo, eliminando los cuerpos extraños que no hayan podido filtrarse después de la irrigación.
4. Realizar una nueva irrigación con solución salina y luego con una solución de digluconato de clorhexidina al 0,12%.
5. No use suturas de ningún tipo.
6. Orientar al paciente en cuanto a los cuidados postoperatorios:
 - ✓ Comida fría, líquida o pastosa, rica en proteínas.
 - ✓ Evitar enjuague bucal en las primeras 24 h.
 - ✓ Enjuagar la boca cuidadosamente (sin hacer gárgaras) con una solución de digluconato de clorhexidina al 0,12% cada 12 horas para evitar la acumulación de placa dental.
 - ✓ Evitar el esfuerzo físico y la exposición prolongada al sol durante un periodo de 3 días.
 - ✓ Prescribir **dipirona** (500 mg a 1 g) cada 4 horas por un período de 24 horas.
 - ✓ Programe una cita para reevaluar la condición clínica después de 48 horas, o antes si el dolor no se ha aliviado.
 - ✓ Vigilar la evolución del cuadro hasta el alta del paciente.

Cuando el dolor no se suprime con estas medidas: Repetir los procedimientos de irrigación. Si esto aún no soluciona el problema, se deben anestesiar y raspar rigurosamente todas las paredes del alvéolo dentario, y se debe mantener la higiene con una solución de digluconato de clorhexidina al 0,12% cada 12 horas. En estos casos refractarios se puede aplicar una pasta medicada en el interior del alvéolo, a base de metronidazol y lidocaína, formulados en farmacia.

Alveolitis con exudado purulento: El uso de antibióticos sólo está indicado si existen signos de diseminación local o manifestaciones sistémicas del proceso, como linfadenitis, fiebre, dificultad para tragar, etc. En estos casos se debe prescribir amoxicilina asociada a metronidazol por un período que generalmente varía de 3 a 5 días. Si eres alérgico a las penicilinas, opta por la claritromicina o la clindamicina.

Periimplantitis: (a) desbridamiento mecánico, (b) tratamiento farmacológico (irrigación subgingival con clorhexidina, antimicrobianos sistémicos o locales), (c) procedimientos quirúrgicos y (d) láser. Su objetivo es eliminar bacterias, alisar la superficie del implante (para reducir la rugosidad) y descontaminar la superficie del implante. Una vez logrado el objetivo principal de las intervenciones (superficie del implante libre de bacterias), es necesario corregir las condiciones anatómicas, para que haya un mejor control de placa y eliminación del ambiente favorable para las bacterias anaerobias. Esto se puede lograr con procedimientos de resección o, alternativamente, con procedimientos de regeneración ósea.

Pericoronitis

Nota: Por ser más frecuentes se tomó como modelo la pericoronitis de terceros molares mandibulares parcialmente erupcionados.

1. Anestesia local, utilizando la técnica de bloqueo regional de los nervios alveolar inferior y lingual, seguida de infiltración del fondo de saco gingival (fórnix), para anestesia del nervio bucal. Considere el uso de una solución anestésica a base de bupivacaína al 0,5 % con epinefrina 1:200 000, que proporciona un período más largo sin dolor después de la intervención clínica. Sin embargo, nada impide el uso de otra base anestésica, asociada a la epinefrina.
2. Eliminar los depósitos gruesos de cálculo y placa dental, mediante una cuidadosa instrumentación de las áreas involucradas, supra y subgingival, limitándola según la tolerancia del paciente, ya que muchas veces no se logra una adecuada anestesia del área inflamada en toda su extensión.
3. Irrigue abundantemente el sitio con solución salina estéril y luego con una solución de digluconato de clorhexidina al 0,12%.
4. Orientar al paciente sobre el cuidado de la higiene bucal, enfatizando la importancia del control de la placa para que la enfermedad no recurra y progrese a la curación. Para ello prescribir colutorios con 15 mL de solución de digluconato de clorhexidina al 0,12% sin diluir cada 12 horas durante una semana.
5. Para aliviar el dolor, prescriba dipirona (500 mg a 1 g) a intervalos de 4 horas durante un período de 24 horas. Si el dolor persiste, prescriba un AINE (p. ej., nimesulida 100 mg o ketorolaco 10 mg por vía sublingual cada 12 horas).
6. Agendar cita para reevaluación del cuadro clínico luego de un período de 24-48 h.
7. Vigilar la evolución del cuadro hasta el alta del paciente.
8. En caso de persistencia o empeoramiento de los síntomas instaurar tratamiento complementario con antibióticos

Uso de antibióticos: los pacientes buscan tratamiento solo cuando el proceso ya ha evolucionado, con signos de diseminación local y manifestaciones sistémicas de la infección. Por lo tanto, el uso sistémico de antibióticos casi siempre forma parte del tratamiento de la pericoronitis. Régimen recomendado para adultos - Amoxicilina 500 mg cada 8 horas + Metronidazol 250 mg cada 8 horas. Alérgico a las penicilinas o intolerante al metronidazol Claritromicina 500 mg cada 12 horas o Clindamicina 300 mg cada 8 horas. prescribir inicialmente por un período de tres días. Antes de completar las 72 h de tratamiento, reevaluar el cuadro clínico.

Hemorragia

Protocolo de atención de hemorragias.

1. Mantener la calma, para transmitir seguridad al paciente.
2. Anestésiar, preferentemente mediante bloqueo regional, utilizando lidocaína al 2% o mepivacaína al 2% con epinefrina 1:100.000.
3. Limpiar la zona mediante irrigación con solución salina.
4. Retire la sutura cuando esté presente.
5. Intente localizar el punto de sangrado o evalúe si el sangrado es difuso.
6. Comprima, tape el sitio con una gasa estéril y espere 5 minutos, siempre aspirando para evitar la deglución de sangre.
7. Evalúe la presión arterial, ya que las medidas locales de hemostasia pueden no ser efectivas en pacientes con presión arterial sistólica muy alta.

8. Contener el sangrado con medidas locales: compresión de vasos intraóseos, corrección de laceraciones de partes blandas y suturas oclusivas. Rellene el alvéolo con una esponja de gelatina absorbible (Gelfoam®) o cera para huesos.
9. En caso de mejoría del sangrado, indique al paciente que "muerda" una gasa sobre el sitio, manteniéndolo en observación durante 15 minutos.

Si se controla la hemorragia

- Despida al paciente, indicándole que mantenga una gasa comprimida sobre el sitio durante otros 15 minutos.
- Prescribir una dieta alta en proteínas líquida y fría.
- Evitar el esfuerzo físico, la exposición excesiva al sol y los enjuagues bucales de cualquier tipo durante 48 horas.
- Programe una visita de regreso después de 5 a 7 días para retirar las suturas.
- Mantener contacto con el paciente para valorar la evolución del cuadro.

Si el sangrado persiste: Sospeche de un problema sistémico. Remitir inmediatamente para evaluación médica y cirujano oral y maxilofacial, en ambiente hospitalario.

Parestesia o anestesia prolongada: La prevalencia de parestesias persistentes (duración de al menos 6-9 meses). Hasta el momento, no existe un protocolo farmacológico suficientemente probado para el tratamiento de las parestesias.

Enfisema tisular: Antibioticoterapia y, eventualmente, uso de analgésicos, además de observación y seguimiento diario. El antibiótico se prescribe porque las bacterias pueden introducirse en el tejido junto con el aire comprimido. Los síntomas duran de 3 a 10 días. Si un paciente comienza a reportar dificultad para respirar, debe ser derivado a un hospital.

IMPLANTOLOGÍA

Condicionamiento emocional del paciente: Cuando no se puede controlar la ansiedad y aprensión del paciente si, con fármacos, la intervención quirúrgica es muy invasiva y demanda más tiempo (incluso en pacientes tranquilos y cooperadores) y para pacientes con enfermedad cardiovascular controlada, se puede utilizar ya sea benzodiazepinas (por vía oral) o la técnica de inhalar la mezcla de óxido nitroso y oxígeno.

Control del dolor y edema: 1. Colocación de implantes únicos, con mínima invasividad: en el postoperatorio los pacientes pueden experimentar solo una cierta molestia o dolor leve a moderado, tratado básicamente con dipirona, paracetamol o dosis bajas de ibuprofeno. **2. Cirugías acompañadas de desprendimiento extenso de tejido:** (inserción de múltiples implantes, procedimientos de injertos óseos, incluso en ocasiones involucrando el seno maxilar), la respuesta inflamatoria puede exacerbarse, lo que lleva a mayores molestias y limitación de las actividades diarias de los pacientes. La máxima intensidad del dolor se produce dentro de las 24 h del postoperatorio. Se recomienda el uso de corticoides o antiinflamatorios no esteroideos.

Profilaxis antibiótica

Paciente	Procedimiento	Régimen profiláctico
ASA I o ASA II	Extracción de elementos no infectados, Colocación de implantes únicos, Cirugías de segundo tiempo y Mínimo desprendimiento de tejido	Sin uso de antibióticos Enjuague con 15 ml de digluconato de clorhexidina al 0,12% antes de la cirugía y cada 12 horas hasta retirar la sutura
ASA I o ASA II	Extracciones con injerto alveolar e inserción inmediata de implantes, Múltiples cirugías de implantes y Desprendimiento de tejido moderado	Amoxicilina 1 g 1 hora antes 500 mg 6 horas después de la cirugía
ASA I o ASA II	Inserción de múltiples implantes justo después de extracciones, uso de membranas y desprendimiento extenso de tejido	Amoxicilina 1 g 1 hora antes 500 mg cada 8 horas durante 3 días
ASA II o ASA III	Inserción de injertos óseos en bloque, Desprendimiento extenso de tejido, Cirugías a largo plazo y Enfermedad periodontal activa	Amoxicilina 1 g 1 hora antes 500 mg cada 8 horas durante 5 días
ASA I o ASA II	Cualquier intervención que involucre el seno maxilar	Amoxicilina 875 mg + Clavula de potasio 125 mg

Los colutorios con digluconato de clorhexidina al 0,12% están indicados en todo tipo de régimen. Pacientes alérgicos a las penicilinas: clindamicina 600 mg, 1 hora antes y 300 mg cada 8 horas.

INSERCIÓN DE IMPLANTES CON MÍNIMO DESPRENDIMIENTO DE TEJIDO

- Inserción de implantes únicos
- Inserción de implantes únicos inmediatamente después de la extracción, sin pérdida de la pared alveolar
- Cirugías de segunda etapa (reapertura quirúrgica)

Expectativa del operador Molestias o dolor leve en el postoperatorio, con mínima posibilidad de infección del tejido periimplantario.

Cuidado preoperatorio	1-2 días antes de la intervención, eliminar los cálculos gruesos y la placa dental raspando y aplicando un chorro de bicarbonato de sodio (o con ayuda de piedra pómez y copa de goma).
Sedación mínima	Benzodiazepina (p. ej., midazolam 7,5 mg o alprazolam 0,5 mg): 1 comprimido 30 min antes de la cita.
Antisepsia intraoral	Enjuagar vigorosamente con 15 mL de una solución acuosa de digluconato de clorhexidina al 0,12% durante 1 min.

Antisepsia extraoral	Solución acuosa de digluconato de clorhexidina al 2%.
Anestesia local	Maxilar: infiltración con lidocaína al 2% o articaína al 4%, asociada con epinefrina 1:100.000. Evite la articaína en los bloques regionales. Mandíbula: bloqueo regional con lidocaína al 2% con adrenalina 1:100.000, que puede complementarse con infiltración local de articaína al 4% con adrenalina 1:200.000.
Analgesia preventiva	inmediatamente después de finalizar el procedimiento, administrar 1 g (40 gotas) de dipirona y prescribir 500 mg (20 gotas) cada 4 h, por un período de 24 h. El paracetamol 750 mg o el ibuprofeno 200 son analgésicos alternativos (intervalos de 6h para ambos).

INSERCIÓN DE IMPLANTES CON DESPRENDIMIENTO EXTENSO DE TEJIDO

- Inserción de implantes únicos inmediatamente después de la extracción, con pérdida de la pared alveolar, en ausencia de infección local
- Inserción de múltiples implantes, en edéntulos parciales o totales

Expectativa del operador	Dolor moderado a severo, generalmente acompañado de hinchazón inflamatoria. Mayor posibilidad de infección de los tejidos periimplantarios.
Cuidado preoperatorio	1-2 días antes de la intervención, eliminar los cálculos gruesos y la placa dental raspando y aplicando un chorro de bicarbonato de sodio (o con ayuda de piedra pómez y copa de goma).
Sedación mínima	Benzodiazepina (p. ej., midazolam 7,5 mg o alprazolam 0,5 mg): 1 comprimido 30 min antes de la cita.
Profilaxis antibiótica	Administrar 1 g de amoxicilina 1 h antes de iniciar el procedimiento. Sin antibióticos para el postoperatorio. Para aquellos alérgicos a las penicilinas, se debe administrar clindamicina 600 mg.
Antisepsia intraoral	Enjuagar vigorosamente con 15 mL de una solución acuosa de digluconato de clorhexidina al 0,12% durante 1 min.
Antisepsia extraoral	Solución acuosa de digluconato de clorhexidina al 2%.
Anestesia local	Maxilar: infiltración o bloqueo regional con solución de lidocaína al 2% con epinefrina 1:100.000. Los bloqueos regionales se pueden complementar con infiltración de articaína al 4% con epinefrina 1:200.000. Mandíbula: bloqueo regional con lidocaína al 2% con adrenalina 1:100.000, que puede complementarse con infiltración local de articaína al 4% con adrenalina 1:200.000.
Analgesia perioperatoria	Prescribir 4-8 mg de dexametasona (1-2 comprimidos de 4 mg), a tomar 1 h antes de la intervención. Administrar 1 g (40 gotas) de dipirona sódica inmediatamente después de finalizar el procedimiento. Prescribir 500 mg (20 gotas) cada 4 horas por un período de 24 horas. Si el dolor persiste después de este período, prescribir ketorolaco sublingual 10 mg o nimesulida oral 100 mg cada 12 horas durante un máximo de 48 horas.
Cuidado postoperatorio	Higiene del área mediante el cepillado. Enjuagar 15 mL de una solución acuosa de digluconato de clorhexidina al 0,12%, por la mañana y por la noche, hasta retirar la sutura.

INSERCIÓN DE IMPLANTES COMPLEMENTADOS CON BIOMATERIALES DE RELLENO O REGENERACIÓN

Expectativa del operador	Dolor moderado a intenso, casi siempre acompañado de una hinchazón pronunciada. Buena probabilidad de infección bacteriana de herida quirúrgica o senos maxilares.
Cuidado preoperatorio	1-2 días antes de la intervención, eliminar los cálculos gruesos y la placa dental raspando y aplicando un chorro de bicarbonato de sodio (o con ayuda de piedra pómez y copa de goma).
Sedación mínima	Benzodiazepina (p. ej., midazolam 7,5 mg o alprazolam 0,5 mg): 1 comprimido 30 min antes de la cita.
Profilaxis antibiótica	Administrar 1 g de amoxicilina 1 h antes de iniciar el procedimiento. Prescribir amoxicilina 500 mg cada 8 horas durante 3 días. Para los alérgicos a las penicilinas, administrar clindamicina 600 mg, 1 hora antes, y 300 mg cada 8 horas, durante 3 días.
Antisepsia intraoral	Enjuagar vigorosamente con 15 mL de una solución acuosa de digluconato de clorhexidina al 0,12% durante 1 min.
Antisepsia extraoral	Solución acuosa de digluconato de clorhexidina al 2%.
Anestesia local	Maxilar: infiltración o bloqueo regional con solución de lidocaína al 2% con epinefrina 1:100.000. Los bloqueos regionales se pueden complementar con infiltración de articaína al 4% con epinefrina 1:200.000. Mandíbula: bloqueo regional con lidocaína al 2% con adrenalina 1:100.000, que puede complementarse con infiltración local de articaína al 4% con adrenalina 1:200.000.
Analgesia perioperatoria	Prescribir 4-8 mg de dexametasona (1-2 comprimidos de 4 mg), a tomar 1 h antes de la intervención. Administrar 1 g (40 gotas) de dipirona sódica inmediatamente después de finalizar el procedimiento. Prescribir 500 mg (20 gotas) cada 4 horas por un período de 24 horas. Si el dolor persiste después de este período, prescribir ketorolaco sublingual 10 mg o nimesulida oral 100 mg cada 12 horas durante un máximo de 48 horas.

ENFERMEDADES PERIODONTALES AGUDAS

Abscesos periodontales

Medicación preoperatoria: amoxicilina, iniciando el tratamiento con una dosis de carga de 1 g, administrada 30-45 min antes de la anestesia y del inicio de los procedimientos de drenaje. Para aquellos alérgicos a las penicilinas, recete claritromicina 500 mg o clindamicina 600 mg.

Sedación mínima: Se debe considerar la sedación mediante el uso oral de midazolam 7,5 mg o alprazolam 0,5 mg, administrados concomitantemente con la medicación antibiótica.

Antisepsia intraoral: hacer buches vigorosos con 15 mL de una solución acuosa de digluconato de clorhexidina al 0,12% durante 1 min.

Antisepsia extraoral: solución acuosa de digluconato de clorhexidina al 2%.

Anestesia local: (1) Intervenciones en el maxilar - infiltrar solución de lidocaína al 2% o articaína al 4%, asociada con epinefrina 1:100.000. Evite la articaína en los bloques regionales. (2) Intervenciones en mandíbula – bloqueo regional con lidocaína al 2% con adrenalina 1:100.000, que puede complementarse con infiltración local de articaína al 4% con adrenalina 1:200.000.

Medicación postoperatoria: Amoxicilina 500 mg cada 8 h. Para los alérgicos a las penicilinas, claritromicina 250 o 500 mg cada 24 horas, o clindamicina 300 mg cada 8 horas.

Duración del tratamiento: La prescripción de dosis de mantenimiento del antibiótico debe hacerse inicialmente por un período de 3 días. Antes de completar las primeras 72 horas de tratamiento, reevaluar el cuadro clínico. Si existe evidencia clínica que demuestre que los sistemas de defensa del huésped han recuperado el control de la infección, se puede suspender el tratamiento, en caso contrario se debe mantener por más tiempo.

Analgesia preventiva: Inmediatamente después de finalizar el procedimiento, administrar 1 g de dipirona y prescribir 500 mg cada 4 horas por un período de 24 horas. Ibuprofeno 200 mg o paracetamol 750 mg son analgésicos alternativos en casos de intolerancia a la dipirona (intervalos de 6 horas para ambos).

Otros cuidados postoperatorios: Oriente la higiene del sitio, a través de un cepillado cuidadoso. Realizar enjuagues bucales con 15 mL de una solución acuosa de digluconato de clorhexidina al 0,12%, mañana y noche, hasta la cicatrización de la herida (~ 5-7 días).

Periodontitis asociada a lesión endodóntica: El diagnóstico de estas lesiones puede ser relativamente sencillo, siempre que se tenga acceso a información e imágenes radiográficas de una época determinada que permitan valorar la evolución del padecimiento. El tratamiento endodóntico convencional, asociado a la terapia periodontal básica, puede restaurar la función en los casos de pérdida severa de los tejidos de soporte dentario que ocurren en las lesiones endoperiódicas. El uso de antibióticos no contribuye mucho a la solución del problema, a menos que el proceso infeccioso muestre signos de diseminación local.

Enfermedades periodontales necrotizantes

Anestesia local infiltrativa submucosa: preferentemente con articaína al 4% asociada a epinefrina 1:100.000 o 1:200.000, por su mejor difusión.

Eliminación de depósitos gruesos de placa y cálculo dental: mediante una instrumentación suave y cuidadosa de las áreas involucradas, sin sobrepasar el límite de tolerancia del paciente. El ultrasonido se puede utilizar con abundante irrigación.

Irrigación: con solución salina (cloruro de sodio al 0,9%), para eliminar coágulos y otros desechos.

Colutorio: 15 mL de solución de digluconato de clorhexidina al 0,12% sin diluir cada 12 horas durante una semana.

Alivio del dolor: prescribir dipirona 500 mg a 1 g, a intervalos de 4 horas, por un período de 24 horas. Ibuprofeno 200 mg o paracetamol 750 mg son analgésicos alternativos en casos de intolerancia a la dipirona (intervalos de 6 horas para ambos).

Dolor intenso: acompañado de linfadenitis, fiebre y malestar general, el uso adyuvante de metronidazol parece ser efectivo para mejorar los síntomas y promover una reparación tisular más rápida. La dosis es de 250 mg cada 8 horas o 400 mg cada 12 horas durante 3-5 días.

Tras el alivio de los síntomas agudos, planificar el tratamiento definitivo, mediante el raspado y alisado radicular y un estricto control de la placa dental.

ENFERMEDADES PERIODONTALES CRÓNICAS

En el plan de tratamiento de las enfermedades periodontales crónicas, el principal objetivo es modificar el microbiota subgingival presente en los sitios comprometidos por la enfermedad. La instrumentación mecánica (raspado y alisado radicular), combinada o no con cirugía, constituye la base de la terapia.

Periodontitis agresiva: ya sean localizadas (< 30% de los sitios afectados) o generalizadas (> 30% de los sitios afectados), en la mayoría de los casos se asocian a la presencia de *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (Aa). Los regímenes más utilizados asocian amoxicilina 375 mg o 500 mg con metronidazol 250 mg cada 8 horas por un período de 7 días. Para pacientes con antecedentes de alergia a las penicilinas o intolerancia al metronidazol, se recomienda el uso de doxiciclina 100 mg, en dosis única diaria, por un período de 14-21 días, tiempo mínimo necesario para obtener los niveles ideales del antibiótico en el líquido del surco gingival.

Periodontitis crónica

Antibióticos	Dosis y posología para adultos.
Metronidazol	500 mg cada 8 horas durante 8 días
Clindamicina	300 mg cada 8 horas durante 8 días
Doxiciclina o Minociclina	100-200 mg cada 24 horas durante 21 días
Ciprofloxacina	500 mg cada 12 horas durante 8 días
Azitromicina	500 mg cada 24 horas durante 4-7 días
Metronidazol + Amoxicilina	250 mg de cada fármaco cada 8 horas durante 8 días
Metronidazol + Ciprofloxacino	500 mg de cada fármaco cada 12 horas durante 8 días

CIRUGÍAS PERIODONTALES ELECTIVAS

Alargamiento clínico de corona, cuña distal y gingivectomía localizada

Expectativa del operador	malestar leve o dolor en el postoperatorio.
Cuidado preoperatorio	eliminación de cálculos gruesos y placa dental mediante raspado y aplicación de un chorro de bicarbonato de sodio (o con la ayuda de piedra pómez y copa de goma).
Sedación mínima	considerar para pacientes cuya ansiedad y aprensión no pueden ser controladas por métodos no farmacológicos. Administrar 1 pastilla de midazolam 7,5 mg o alprazolam 0,5 mg 30-45 min antes de la cita.
Profilaxis antibiótica sistémica	no es necesario ni recomendable.
Antisepsia intraoral	Estándar
Antisepsia extraoral	Estándar
Anestesia local	en maxilar, infiltración con lidocaína al 2% o articaína al 4%, asociada a epinefrina 1:100.000. Evite la articaína en los bloques regionales. En mandíbula, bloqueo regional con lidocaína al 2% con adrenalina 1:100.000, que puede complementarse con infiltración local de articaína al 4% con adrenalina 1:200.000. Si la epinefrina está contraindicada, opte por una solución de prilocaína al 3% con 0,03 UI/mL de felipresina.
Analgesia preventiva	administrar dipirona 500 mg a 1 g (20-40 gotas) al final de la intervención, aún en el ambiente del consultorio. Prescribir dosis de mantenimiento, a intervalos de 4 horas, durante un período de 24 horas postoperatorias. Si el dolor persiste, indique al paciente que se comunique con el dentista y reciba más orientación o asista al consultorio. El paracetamol 750mg (cada 6 h) o el ibuprofeno 200 mg (cada 6 h) son analgésicos alternativos en casos de intolerancia a la dipirona.

CIRUGÍAS DE ACCESO PARA CIRUGÍAS DE INSTRUMENTACIÓN Y RECONSTRUCCIÓN ESTÉTICA DE TEJIDOS

Expectativa del operador	dolor moderado a intenso, acompañado de edema inflamatorio y limitación de la función masticatoria
Cuidado preoperatorio	Estándar
Sedación mínima	Estándar
Profilaxis antibiótica sistémica	Las cirugías periodontales presentan un bajo riesgo de infección posoperatoria, siempre que se obedezcan los principios de la técnica quirúrgica y el protocolo de asepsia y antisepsia. En pacientes inmunocompetentes que no son susceptibles a infecciones a distancia, no se debe recomendar de forma rutinaria el uso profiláctico de antibióticos. El especialista debe usar el sentido común y analizar las particularidades del caso, como el grado de complejidad y duración de la cirugía y el estado general de salud del paciente, entre otros factores. Cuando creas que la profilaxis es realmente necesaria, basta con utilizar una única dosis preoperatoria del antibiótico elegido, amoxicilina (o clindamicina 600 mg, para los alérgicos a las penicilinas), 1 h antes de la intervención
Antisepsia intraoral	Estándar
Antisepsia extraoral	Estándar
Analgesia perioperatoria	prescribir 4-8 mg de dexametasona (1-2 comprimidos de 4 mg), a tomar 1 h antes de la intervención. Administrar 1 g de dipirona inmediatamente después de finalizar el procedimiento. Prescribir 500 mg cada 4 horas por un periodo de 24 horas. Si el dolor persiste después de este período, prescribir nimesulida 100 mg por vía oral o ketorolaco 10 mg por vía sublingual, cada 12 horas, por un período máximo de 48 horas.
Anestesia local	(1) Intervenciones en maxilar – técnica infiltrativa o bloqueo regional con solución de lidocaína al 2% con epinefrina 1:100.000. La anestesia se puede complementar con infiltración de articaína al 4% con epinefrina 1:200.000. (2) Intervenciones en mandíbula – bloqueo regional con lidocaína al 2% con adrenalina 1:100.000, complementado con infiltración local de articaína al 4% con adrenalina 1:200.000. Cuando se necesite más tiempo, aplicar 1 tubo de solución de bupivacaína al 0,5% con epinefrina 1:200.000 en la técnica de bloqueo del nervio dentario inferior y lengua

Cuidado postoperatorio	orientar la higiene del lugar, mediante un cuidadoso cepillado. Enjuague 15 ml de una solución acuosa de digluconato de clorhexidina al 0,12%, por la mañana y por la noche, hasta que se retire la sutura (~ 5-7 días).
-------------------------------	--

TRATAMIENTOS ENDODÓNTICOS DE DIENTES PERMANENTES ASINTOMÁTICOS CUYA ANATOMÍA NO PRESENTE DIFICULTADES PARA LA INSTRUMENTACIÓN

Expectativas profesionales: En el postoperatorio, el paciente puede, como máximo, experimentar molestias o dolores leves a moderados, que pueden prevenirse y controlarse con el uso exclusivo de un analgésico (que debe estar disponible en el consultorio).

- **Dosis para adultos y niños > 12 años:** 1ª opción es dipirona sódica – 500 mg a 1 g. Alternativas: ibuprofeno 200 mg o paracetamol 750 mg
- **Régimen de analgesia preventiva:** Administrar la primera dosis inmediatamente después de finalizar el tratamiento, antes de que cese el efecto de la anestesia local. Prescribir dosis de mantenimiento a intervalos de 4 horas para dipirona (6 horas para ibuprofeno o paracetamol), durante 24 horas.

TRATAMIENTOS ENDODÓNTICOS DE DIENTES PERMANENTES, SINTOMÁTICOS CUYA ANATOMÍA NO PRESENTE DIFICULTADES PARA LA INSTRUMENTACIÓN

Expectativa del operador: Es recomendable utilizar analgesia perioperatoria, es decir, el régimen analgésico se iniciará antes del estímulo nocivo, con el objetivo de prevenir la hiperalgesia y la consecuente amplificación del dolor inflamatorio agudo, manteniéndose en las primeras 24-48 h después de la cirugía instrumentación

Pré-operatório: Dexametasona 4 mg (1 comprimido) o betametasona 4 mg (2 comprimidos de 2 mg).

Administrar dosis única, ~30-45 min antes de la atención.

Postoperatorio: dipirona sódica: 500 mg a 1 g cada 4 horas o ibuprofeno 200 mg cada 6 horas durante 24 a 48 horas.

Infiltración submucosa de dexametasona/betametasona: Al final del procedimiento, por alguna complicación en la instrumentación no prevista, sobre todo en los molares, en la región apical del diente afectado (que aún se encuentra anestesiado), se es suficiente realizar una infiltración submucosa de 1 ml de solución inyectable de fosfato disódico de dexametasona (2 mg/ml), o 0,5-1 ml de solución inyectable de fosfato disódico de betametasona (4 mg/ml). Para ello, utilice una jeringa de 1 mL (100 U) y una aguja de 13 × 4,5, de las que se utilizan para la aplicación de insulina.

En esta misma situación, como alternativa a la infiltración submucosa de corticoides, al final de la instrumentación endodóntica se podría administrar por vía sublingual un comprimido de ketorolaco trometamina de 10 mg, que proporciona un excelente efecto analgésico, de rápido inicio de acción.

Pulpitis irreversible sintomática: El tratamiento requiere el alivio rápido del dolor, que invariablemente está presente de forma espontánea.

Control de la ansiedad: Lo ideal sería utilizar la técnica de inhalar una mezcla de óxido nitroso y oxígeno, por su rápido inicio de acción. La sedación oral con midazolam 7,5 mg o alprazolam 0,5 mg requiere ~30 min para que se manifiesten los efectos del fármaco.

Anestesia local: Lidocaína o mepivacaína al 2% con epinefrina 1:100.000 o articaína al 4% con epinefrina 1:100.000 o 1.200.000, evitando el uso de esta última en bloqueos regionales.

Medicación postoperatoria: Dipirona 500 mg a 1 g, cada 4 horas, por un período de 24 horas (primera dosis administrada en el consultorio). Paracetamol 750 mg o ibuprofeno 200 mg son analgésicos alternativos en caso de intolerancia a la dipirona (intervalos de 6 horas para ambos).

Necrosis pulpar sin compromiso periapical

Anestesia local: aunque el diente afectado no responde a estímulos como frío, calor o descargas eléctricas, aún puede contener tejido vital inflamado en la porción apical del conducto radicular. Por ello y para mayor comodidad del paciente, siempre se debe utilizar anestesia local en el tratamiento de dientes con pulpas necróticas.

Procedimiento: se utiliza una técnica de descontaminación progresiva, en dirección corona-ápice, con el uso concomitante de una sustancia química auxiliar (hipoclorito de sodio o clorhexidina), que presenta acción antimicrobiana efectiva y poca toxicidad para reducir el riesgo de accidentes durante la instrumentación e irrigación. El gel de digluconato de clorhexidina al 2% es la elección ideal, ya que combina estas importantes propiedades, además de brindar una excelente acción de lubricación mecánica, facilitando el corte de los instrumentos y evitando el sobrecalentamiento del metal durante la instrumentación.

Medicación postoperatoria: dipirona 500 mg (20 gotas) cada 4 horas por un período de 24 horas (primera dosis administrada en ambiente de consultorio). Paracetamol 750 mg o ibuprofeno 200 mg son analgésicos alternativos en caso de intolerancia a la dipirona (intervalos de 6 horas para ambos). La prescripción de antibióticos no está indicada en estas situaciones.

Periodontitis apical aguda (pericementitis)

- 1. Sin afectación pulpar** (p. ej., por traumatismo oclusal, generalmente por procedimientos restauradores): el tratamiento consiste únicamente en el ajuste oclusal del elemento afectado y la prescripción de analgésicos (dipirona, ibuprofeno o paracetamol).
- 2. Con afectación pulpar** (necrosis): el paciente acude a la consulta con la boca ligeramente abierta y refiere sensación de diente "crecido" (extrusión dental). El dolor espontáneo suele ser moderado y soportable, sin embargo, es intenso al menor toque del antagonista, y mucho menos de la percusión.

Medicación preoperatoria: administrar 2-4 mg de dexametasona o betametasona por vía oral.

Anestesia local: en la técnica infiltrativa, optar por una solución de articaína al 4% con epinefrina 1:100.000 o 1:200.000, ya que tiene una difusibilidad ósea algo mayor. En los bloqueos regionales mandibulares se puede considerar el uso de una solución de bupivacaína al 0,5% con epinefrina 1:200.000, debido a la mayor duración de la anestesia.

Medicación postoperatoria: dipirona 500 mg a 1 g (20-40 gotas) cada 4 horas por un período de 24 horas (primera dosis administrada en ambiente de consultorio). Paracetamol 750 mg o ibuprofeno 200 mg son analgésicos alternativos en caso de intolerancia a la dipirona (intervalos de 6 horas para ambos). La prescripción de antibióticos no está indicada en estas situaciones.

Abscesos apicales agudos: dolor espontáneo, intenso y continuo, con o sin aumento de volumen en la región apical del diente afectado.

Sedación mínima: administrar una pastilla de midazolam 7,5 mg o alprazolam 0,5 mg. A la espera de la aparición de los efectos ansiolíticos (~ 30 min), proporcione los instrumentos y materiales necesarios para llevar a cabo las dos etapas del tratamiento.

Antibióticos: Si los sistemas de defensa del paciente están logrando controlar la infección, no se recomienda el uso de antibióticos para tratar los abscesos apicales agudos, simplemente descontaminar el sitio. Los pacientes con enfermedades metabólicas (p. ej., diabetes) o inmunodeprimidos pueden requerir el uso complementario de antibióticos en el tratamiento de los abscesos, incluso localizados. Se recomienda (como complemento a la descontaminación local) cuando los abscesos se acompañan de signos locales de diseminación (limitación de la apertura bucal, linfadenitis, celulitis) y manifestaciones sistémicas de la infección (fiebre, taquicardia, inapetencia y malestar general).

- **Administrar una dosis de carga** (al menos el doble de la dosis de mantenimiento), 30 min antes del inicio de la atención: (para adultos o niños con peso corporal > 30 kg)
 - ❖ **Abscesos apicales en etapa temprana** - Amoxicilina 1 g. Pacientes con antecedentes de alergia a la penicilina - Claritromicina 500 mg
 - ❖ **Abscesos apicales en estadios más avanzados** - Amoxicilina 1 g + metronidazol 250 mg. Pacientes con antecedentes de alergia a las penicilinas - Clindamicina 600 mg.
- **Dosis de mantenimiento de antibióticos** (para adultos o niños con peso corporal > 30 kg)
 - ❖ **Abscesos apicales en etapa temprana** - Amoxicilina 500 mg cada 8 h. Pacientes con antecedentes de alergia a la penicilina - Claritromicina 250 mg cada 12 horas.
 - ❖ **Abscesos apicales en estadios más avanzados** - Amoxicilina 500 mg + metronidazol 250 mg cada 8 horas. Pacientes con antecedentes de alergia a la penicilina - Claritromicina 250 mg cada 12 horas o Clindamicina 300 mg cada 8 horas.
 - ❖ **La experiencia demuestra que la duración media del tratamiento de los abscesos apicales agudos es de 3 a 5 días.**

Antisepsia intraoral y extraoral: con solución acuosa de digluconato de clorhexidina al 0,12% y al 2%, respectivamente.

Anestesia: siempre que sea posible, realizar el bloqueo regional con soluciones anestésicas que contengan epinefrina (lidocaína al 2%, mepivacaína al 2% o bupivacaína al 0,5%). La anestesia se puede complementar con la infiltración de una solución de articaína al 4% con epinefrina 1:200.000 en los tejidos alrededor del absceso.

Drenaje: Dependiendo de la localización del absceso y del volumen de la colección purulenta, es necesario colocar un drenaje quirúrgico (tira de lámina de goma de 10 × 1 cm, o tubo de polietileno).

Medicación postoperatoria: dipirona 500 mg a 1 g o ibuprofeno 200 mg o paracetamol 750 mg. Tomar la primera dosis al terminar los efectos de la anestesia local, repitiendo el procedimiento

cada 4 horas (para dipirona) o 6 horas (ibuprofeno o paracetamol), en las primeras 24 horas posteriores a la cirugía.

Inyección submucosa accidental de hipoclorito de sodio: La solución de hipoclorito de sodio puede ser forzada más allá del foramen apical por medio de inyección, durante la instrumentación de conductos radiculares, o inyectada accidentalmente subperióstica o submucosamente, cuando se almacena en cartuchos anestésicos y se confunde con una solución anestésica. Este tipo de accidente se caracteriza por dolor intenso en la región, poco después de la inyección, seguido de hinchazón inmediata del área involucrada y sangrado profuso por vía endodóntica, requiriendo medidas de atención inmediata por parte del profesional.

Procedimiento: Hipoclorito de sodio diluido mediante irrigación abundante (vía endodóntica) del diente afectado, con solución salina normal (cloruro de sodio al 0,9%). Iniciar tratamiento de la respuesta inflamatoria:

- Administrar 1 vial de betametasona (4 mg/ml) por vía intramuscular para controlar el edema y la hiperalgesia.
- Administrar 1 g de amoxicilina (o clindamicina 300 mg para los alérgicos a las penicilinas), en dosis única, para prevenir una infección secundaria.
- En las primeras 24 horas, aplique bolsas de hielo a intervalos de 15 minutos.
- En caso de formación de equimosis (colección de sangre sin límites definidos), aplicar compresas calientes por un período de 24 horas, con intervalos de 15 minutos.
- Prescribir dipirona de 500 mg a 1 g para el control del dolor.

Microcirugías perirradiculares

Manejo de la ansiedad: considerar sedación mínima mediante la administración oral de una benzodiacepina (p. ej., midazolam 7,5 mg o alprazolam 0,5 mg) – 1 comprimido 30 min antes de la consulta.

Profilaxis antibiótica quirúrgica: en pacientes inmunocompetentes no es necesario el uso de antibióticos sistémicos. Si el profesional opta por la profilaxis antibiótica, la pauta monodosis preoperatoria (amoxicilina 1 g, 1 h antes) es la más indicada.

Antisepsia intraoral y extraoral: guíe al paciente para que se enjuague vigorosamente con 15 mL de una solución acuosa de digluconato de clorhexidina al 0,12% durante ~ 1 min. En el casco, una solución acuosa de digluconato de clorhexidina al 2%.

Anestesia local: Intervenciones en el maxilar – infiltrar una solución de lidocaína al 2% o articaína al 4%, asociada con epinefrina 1:100.000. En bloqueos regionales utilizar lidocaína al 2% o mepivacaína al 2%, asociada a epinefrina 1:100.000. Intervenciones mandibulares: bloqueos regionales con lidocaína al 2% o mepivacaína al 2% con epinefrina 1:100.000, que se pueden complementar con infiltración de articaína al 4% con epinefrina 1:200.000.

Analgesia preventiva: al final del procedimiento, administrar 1 g de dipirona y prescribir 500 mg cada 4 horas por un período de 24 horas. Ibuprofeno 200 mg o paracetamol 750 mg son analgésicos alternativos en casos de intolerancia a la dipirona (intervalos de 6 horas para ambos).

Cuidados postoperatorios: oriente la higiene del sitio, a través de un cuidadoso cepillado. Guía para hacer gárgaras con 15 mL de una solución acuosa de digluconato de clorhexidina al 0,12%, mañana y noche, hasta retirar la sutura (~ 5-7 días).

ESPASMO MUSCULAR AGUDO Y DOLOR MIOFASCIAL

Bloqueo anestésico diagnóstico: Puede eliminar completamente el dolor si se realiza exactamente en el PGM, pero también puede traer resultados engañosos cuando solo se inyecta el área de dolor referida. Consiste en la infiltración de 1 mL de una solución de lidocaína al 2% (sin vasoconstrictor) en el músculo afectado o en el PGM, lo que confirma el diagnóstico de espasmo agudo o dolor miofascial y alivia el dolor. Este procedimiento requiere un perfecto conocimiento y práctica de la técnica, siendo responsabilidad de especialistas.

Control del dolor residual: La dipirona sódica se puede utilizar como terapia complementaria, a dosis de 500 mg a 1 g, cada 4 horas. También está la tizanidina, que tiene una buena actividad analgésica y favorece la relajación muscular, siendo utilizada en el tratamiento de la migraña. La dosis es de 2-4 mg cada 8 horas por un período de 2-3 días.

MIOSITIS, DOLOR Y OTROS TRASTORNOS INFLAMATORIOS

Miositis: de los músculos masticatorios es una enfermedad rara, de carácter inflamatorio, y se asocia a complejos autoinmunes. El músculo afectado es sensible a cualquier demanda funcional.

Dolor facial crónico: varios autores, basados en ensayos clínicos bien controlados, han recomendado el uso de antidepresivos tricíclicos, especialmente amitriptilina, en el tratamiento del dolor facial crónico asociado con los TTM.

Trastornos inflamatorios de la ATM: se trata de afecciones capsulares y sinoviales, que tienen como síntoma más evidente el dolor articular (artralgia). Estos casos suelen responder muy bien a las terapias locales (eliminación de la causa en combinación con la aplicación de calor húmedo, movimiento suave y reposo), sin necesidad de administración sistémica de analgésicos o antiinflamatorios.

Sinovitis: se presenta más en pacientes con artritis reumatoide y, secundariamente, por extensión de otra artropatía de la ATM. El tratamiento básico de este trastorno, además de las medidas fisioterapéuticas y la dieta líquida, incluye el uso de antiinflamatorios.

Tratamiento

- **Vía intramuscular:** Diprospan® (solución inyectable que contiene una combinación de 5 mg de dipropionato de betametasona y 2 mg de fosfato disódico de betametasona). Aplicar una ampolla (1 mL), por vía intramuscular, en dosis única.
- **Vía oral:** Nimesulida 100 mg, cada 12 horas, durante 3-5 días.