

Revista de la Asociación Dental Mexicana

Volumen
Volume **61**

Número
Number **2**

Marzo-Abril
March-April **2004**

Artículo:

Series en medicina bucal VII. Profilaxis antimicrobiana

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Asociación Dental Mexicana, AC

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com

Series en medicina bucal

VII. Profilaxis antimicrobiana

José L Castellanos,* Laura Díaz Guzmán,** Óscar Gay Zárate***

* Práctica privada exclusiva en Medicina Bucal y Periodoncia.

** Jefe del Departamento de Diagnóstico y Medicina Bucal, Universidad La Salle Bajío.

*** Director de Servicios Clínicos. Clínica Satélite. La Salle Bajío.

Información general

Usualmente el uso profiláctico de antimicrobianos está indicado en todas aquellas personas en riesgo de desarrollar endocarditis infecciosa (EI). El panorama puede ampliarse a personas sensibles a endarteritis, a los que portan prótesis corporales y a pacientes inmuno-suprimidos o inmunodeficientes. Las decisiones deben adecuarse a la necesidad real del uso de fármacos antimicrobianos, debiendo evitarse incurrir en el mal uso de antimicrobianos. De un lado se debe prevenir la omisión o la prescripción inadecuada por el tipo de fármaco o las subdosis; del otro lado está su indicación indiscriminada, lo que puede exponer la creación de resistencia microbiana y a hiper-sensibilidad que puede exponer al riesgo de muerte, si ocurriera una reacción anafiláctica severa, con un índice de mortalidad mayor que la propia EI.

Para evitar usos irracionales, apoyados en la ignorancia, en la precaución mal sustentada, tres son los parámetros que deben prevalecer en la toma de decisiones en el manejo de pacientes con riesgo a desarrollar EI en odontología:

1. Procedimiento dental al ser realizado

Las manipulaciones en el surco gingival o en bolsas periodontales tienen un alto riesgo de enviar microorganismos a la circulación general, así como los procedimientos que provoquen heridas en los tejidos blandos. Los

procedimientos quirúrgicos deben considerarse como altamente bacterémicos. Un listado parcial de estos procedimientos es el siguiente:

- Maniobras sobre áreas infectadas y contaminadas.
- Exodoncia y cirugía.
- Maniobras en dientes con patología periausal.
- Manipulaciones periodontales.
- Manipulaciones protésicas subgingivales.
- Impresiones dentales: Presión y vacío.
- Instrumentación y cirugía endodóntica.
- Colocación de bandas y activación ortodóncica.

2. Nivel de riesgo cardiaco

Las alteraciones endocárdicas tienen distinto nivel de susceptibilidad a la fijación microbiana y al desarrollo de cuadros agudos o subagudos de EI. Consultar referencia bibliográfica para obtener listado completo, las de alto grado son las siguientes:

- Prótesis valvular
- Historia de endocarditis infecciosa
- Enfermedad congénita cianótica
- Tetralogía de Fallot
- Transposición de grandes arterias
- Ventrículo único
- Derivación quirúrgica en pulmones

Cuadro I. Profilaxis antibiótica para alteraciones cardíacas. Propuesto por la Asociación Americana de Cardiología

	Antibiótico	Dosis
Dosis única Vía oral estándar	Amoxicilina	2.0 g Una hora antes de la consulta dental Menores: 50 mg/kg
Vías alternas IM o IV	Ampicilina	2.0 g 30 minutos antes de la consulta dental Menores: 50 mg/kg
Alergia a penicilina o a sus derivados Vía oral	Clindamicina	600 mg Una hora antes de la consulta dental Menores: 20 mg/kg
	Cefalexina* Cefadroxil*	2.0 g Una hora antes de la consulta dental Menores: 50 mg/kg
	Azitromicina Clarithromicina	500 mg Una hora antes de la consulta dental Menores: 15 mg/kg
Alergia a penicilina o a sus derivados. IM o IV	Clindamicina IV	600 mg Una hora antes de la consulta dental Menores: 15 mg/kg
	Cefazolina IM o IV	1.0 g 30 minutos antes de la consulta dental Menores: 25 mg/kg

Nota. Si ocurriera daño tisular invasivo imprevisto, durante un procedimiento dental, es adecuada la administración de una sola dosis de antibiótico, durante las dos primeras horas inmediatas al incidente.

Dajani AS, Taubert KA, Wilson W et al. Prevention of bacterial endocarditis: Recommendations of the American Heart Association. *JAMA* 1997; 277: 1994-1801.

• Antes de 6 meses

- Reparación del septum auricular
- Reparación del ducto arterioso
- Cirugía coronaria: Bypass

3. Historia de EI

Cuadros previos de EI y daño cardíaco funcional acumulado (insuficiencia cardíaca). Son importantes indicadores de la necesidad de profilaxis antibiótica.

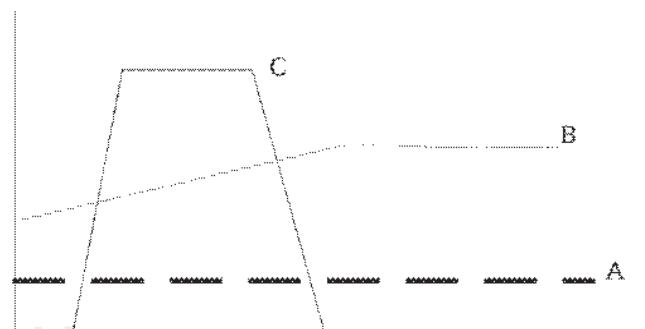
Combinando condiciones cardiovasculares de riesgo alto con procedimientos dentales que puedan producir grandes descargas bacterémicas, harán necesario utilizar profilaxis antibiótica.

Las extracciones dentales, las manipulaciones hechas en áreas con patología periapical y los procedimientos quirúrgicos, de manera particular los periodontales, son los eventos más frecuentemente asociados a EI. La Asociación Americana de Cardiología propone el esquema que se describe en el cuadro I, caracterizándola los siguientes hechos:

- a) Indica una dosis antibacteriana alta única, con tiempo previo suficiente al embate bacterémico.
- b) Elimina dosis posteriores de apoyo.
- c) Favorece la vía oral.

- d) Ofrece alternativas cuando no están indicados los compuestos penicilínicos.
- e) Dicta la dosificación para infantes y adultos.

Se ha observado que el efecto de las cargas bacterémicas que al endocardio es acumulativo, siendo que la aparente ausencia de manifestaciones clínicas agudas asociadas a manipulaciones odontológicas realizadas en el presente, no



- A. Profilaxis contra fiebre reumática. Dosis bajas y prolongadas. Protección a largo plazo.
- B. Terapia contra infecciones agudas. Dosis terapéuticas, por el tiempo conveniente.
- C. Profilaxis contra endocarditis infecciosa. Dosis altas, períodos cortos.

Figura 1. Esquemas de manejo antibiótico. Características.

exime al sujeto sensible de daño acumulado y manifestaciones futuras.

La mejor protección odontológica en los pacientes con riesgo moderado o alto de sufrir endocarditis, es reducir y mantener cuentas microbianas bajas. Lo que se logra gracias a un adecuado control de placa dentobacteriana, mecánica y química (enjuagues), apoyada por mantenimiento profesional periódico. Los dientes con daño avanzado pulpar o periodontal en los que se es difícil conseguir salud será recomendable su eliminación, lo mismo que dientes con pronóstico endodóntico dudoso.

A los cuidados antiinfecciosos deben agregarse los de la enfermedad primaria. Los enfermos con cardiopatías pueden presentar diferentes estados de insuficiencia cardíaca. Las anomalías congénitas cardíacas pueden involucrar el funcionamiento pulmonar y hepático.

Un último comentario sano, es que el clínico no debe confundir las dosis y el tipo farmacológico de profilaxis para fiebre reumática (una de las causas principales de daño valvular) con el fármaco y dosis empleado para profilaxis para EI. De la misma manera es necesario apuntar que alguien bajo terapia para proceso infeccioso agu-

do, no está protegido para lograr el control de una bacteremia y persistiría el riesgo de EI, endarteritis o septicemia en el paciente sensible a estos riesgos. La estrategia para prevención de EI, es una dosis muy elevada por un tiempo breve, con la anticipación suficiente, para que cuando ocurra el embate sanguíneo de bacterias, el antibiótico se encuentre en la circulación a dosis supratratamental y proteja al organismo por las próximas 4 horas (*Figura 1*).

Bibliografía

1. Castellanos JL, Díaz GL, Gay ZO. *Medicina en Odontología*. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. 2^a Ed. México. El Manual Moderno 2002: 45-54.

Reimpresos:

José L Castellanos

Bvd. Campestre 506-301

Jardines del Moral

37160 León, Gto.

castellanosjose@hotmail.com

Este documento puede ser visto en:

www.medigraphic.com/adm