

# CASO CLÍNICO.

Manejo odontológico del  
paciente médicamente  
comprometido.

**Mario Barrilero Calvo.  
Sandra Bermejo Hernán.  
Carmen Bermejo Pedriza.  
Pooja G. Chugani Sadhwani**

# HISTORIA CLÍNICA

- Varón, 82 años. Actualmente en tratamiento con cianocobalamina, Minitrán<sup>®</sup>, Adiro<sup>®</sup>, clopidogrel, tamsulosina, Carvedilol<sup>®</sup>, paracetamol, Dianbén<sup>®</sup>, amlodipino, gabapentina, omeprazol, Aricept<sup>®</sup>, Aldactone<sup>®</sup> y sinvastatina.
- No fumador. Resto de antecedentes sin interés.
- Acude para la extracción de dos molares fracturados y otros seis restos radiculares para posteriormente realizar dos prótesis parciales removibles.

# FÁRMACOS

- **Cardiovasculares.**

Minitrán

nitroglicerina

CARDIOPATÍA  
ISQUÉMICA.

Carvedilol

$\alpha$ - $\beta$ -  
bloqueante.

HTA

Amlodipino

Bloqueante de  
los canales de  
Ca<sup>2+</sup>

HTA

Aldactone  
(espirinolactona).

ARAII

HTA

Sinvastatina.

HIPERCOLESTEROLEMIA.

# FÁRMACOS

- **Hematológicos.**

Cianocobalamina

Vitamina B12

Adiro (AAS)

Antiagregante  
plaquetario

CARDIOPATÍA  
ISQUÉMICA.

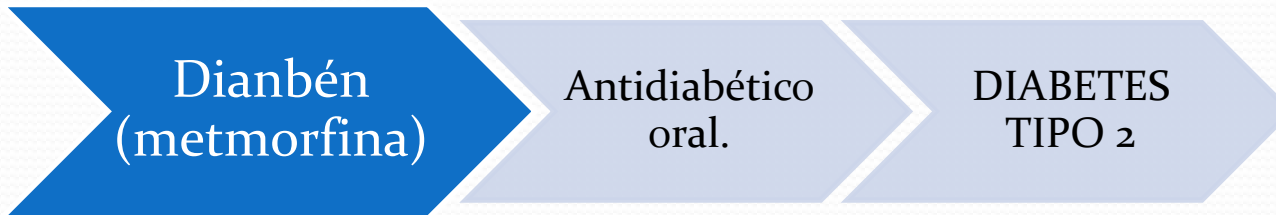
Clopidogrel  
(AAS)

Antiagregante  
plaquetario

CARDIOPATÍA  
ISQUÉMICA.

# FÁRMACOS

- **Antidiabéticos.**



- **SNC**



# FÁRMACOS

- **Otros fármacos.**

Tamsulosina

HIPERPALSIA BENIGNA DE PRÓSTATA

Paracetamol.

Analgésico y antipirético

TRATAMIENTO DEL DOLOR

Omeprazol

Protector gástrico.

# ANTECEDENTES MÉDICOS

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

HIPERCOLESTEROLEMIA

HIPERTROFIA BENIGNA DE  
PRÓSTATA

DOLOR  
NEUROPÁTICO

PRINCIPIOS DE  
ALZHEIMER

DIABETES TIPO 2

# CONSIDERACIONES PREVIAS AL TRATAMIENTO.

- **Cardiopatía isquémica.**
  - Tipo → angina de pecho o infarto de miocardio.
  - Gravedad.
  - Tiempo transcurrido. → menos de 6 meses evitar tratamiento.
  - Interconsulta con su médico para disponer pauta de antiagregación.
    - Tiempo de hemorragia < 7- 10 min.
    - Consultar uso de DDAVP
    - Dejar de usar AAS tres días antes de la intervención.

# CONSIDERACIONES PREVIAS AL TRATAMIENTO.

- **HIPERTENSIÓN ARTERIAL.**
  - Antecedentes de crisis hipertensivas.
  - Tomar TA antes del tratamiento.
    - por encima de 100 mmHg en diastólica no actuar.
  - En caso de ansiedad o estrés:
    - Diazepam 5 mg o lorazepam 1 mg una hora antes de la intervención.
    - En caso de sedación consultar con su médico.

# CONSIDERACIONES PREVIAS AL TRATAMIENTO.

- **Diabetes tipo 2.**
  - Tratar a primera hora de la mañana → Mejor control de los niveles de glucemia.
  - Análisis de glucemia antes de empezar el tratamiento o pedir tasa de hemoglobina glicosilada.
  - Higiene oral. → profilaxis (raspado y alisado radicular) o profilaxis antibiótica.
  - Vigilar la cicatrización.

# MODIFICACIONES DEL PROCEDIMIENTO HABITUAL.

- **Técnica anestésica.**
  - Anestésico con adrenalina 1:100.000.
  - Aspirar y evitar inyección vascular.
  - Si se necesita más inyectar sin VC.
- **Hipotensión ortostática.**
  - Evitar cambios bruscos de posición en el sillón.
- **Monitorizar al paciente antes y durante la intervención.**
  - Frecuencia cardíaca.
  - Saturación de O<sub>2</sub>.
  - Tensión arterial.
- **Control del sangrado.**



# MODIFICACIONES DEL PROCEDIMIENTO HABITUAL.

- **Si durante el tratamiento aparece dolor precordial:**
  - Detener el procedimiento.
  - Nitritos sublinguales (hasta 3 dosis, una cada 5 minutos).  
Si no responde a los 3 nitritos sublinguales se tratará de un infarto de miocardio.
  - Oxígeno en mascarilla nasal.
  - Evacuar al centro hospitalario.



# MODIFICACIONES DEL PROCEDIMIENTO HABITUAL.

- **En caso de urgencia hipertensiva:**
  - Síntomas: dolor de cabeza, náuseas, mareo.
  - Administrar furosemida (40 mg).
  - Si no es suficiente → CAPTOPRIL (25 mg) nunca por vía sublingual.

**¡¡SHOCK!!**

- **En caso de crisis hiperglucémica:**
  - Síntomas: malestar general, dolor abdominal, náuseas, vómitos, taquipnea
  - Administrar insulina.
- **En caso de crisis hipoglucémica:**
  - Síntomas: temblor, irritabilidad, sudoración fría, pérdida de consciencia...
  - Administrar una solución de glucosa hipertónica.

# POSIBLES ALTERNATIVAS

- No deben realizarse intervenciones dentales programadas si el paciente tiene hipertensión arterial grave o muy grave no controlada.
- Para los pacientes con cardiopatía isquémica no son necesarias limitaciones técnicas.
- Planificaremos citas cortas y matutinas para evitar someter al paciente a un estrés o situación de ansiedad prolongada de manera que podemos dividir el tratamiento en dos días.
  - Primer día: 1º y 4º cuadrante.
  - Segundo día: 2º y 3º cuadrante.

# BIBLIOGRAFÍA.

- Plaza Costa AE, Silvestre Donat FJ, Machuca Portillo G. Odontología para pacientes con requerimientos especiales. Saned, Madrid 2013.
- Silvestre Donat FJ. El paciente discapacitado en la consulta odontológica. Laboratorios Kin, Barcelona 2005.
- Vademecum internacional 2013 guía farmacológica (13ª ed.)
- San Martin C, Hampel H, Villanueva J. Manejo odontológico del paciente hipertenso. Revista dental de Chile, 2001; 92 (2): 34-40.