

Interacción entre el médico y el odontólogo

su trascendencia en la prevención de infecciones

La interconsulta realizada por el odontólogo al médico es esencial para la correcta evaluación de *pacientes con patologías sistémicas* que recibirán tratamientos odontológicos invasivos. De esa evaluación médica puede surgir la necesidad de medicar, suspender o modificar un tratamiento farmacológico en curso, postergar e incluso suspender el plan de tratamiento previsto por el odontólogo.



Dra. Renée Romero

Profesora de la Cátedra de Farmacología y Terapéutica de la Facultad de Odontología.
Asistente de la Cátedra de Cirugía Buco Máxilo Facial II.
Universidad de la República, Uruguay.

Introducción

La interacción entre odontólogo y médico tratante es relevante para la seguridad del paciente y el éxito del tratamiento.

Hemos observado, en particular con la administración de antibióticos, algunas discrepancias en la opinión de médicos y odontólogos. Ante esta situación no es fácil establecer una conducta, máxime cuando se ponen en juego aspectos legales.

Dejar al paciente la responsabilidad de tomar una decisión autónoma y asentarla en el consentimiento informado no es lo más adecuado, si esta situación puede evitarse mediante una comunicación fluida entre los que compartimos la responsabilidad de velar por la salud del paciente.

No pretendemos establecer protocolos, sí atender recomendaciones preestablecidas por organizaciones reconocidas, individualizar la terapéutica, evaluando en forma interdisci-

plinaria las condiciones del paciente, evaluando la relación riesgo, beneficio y costo de la medicación de acuerdo al juicio clínico de los profesionales que integramos el equipo de salud.

La profilaxis antibiótica, la administración de antibióticos antes de la contaminación bacteriana potencial en una situación de riesgo, para que pueda reducir la frecuencia y la gravedad del riesgo de infección local y a distancia, debe estar presente en el momento del acto contaminante o invasivo y su utilidad cesa cuando el riesgo de contaminación ha finalizado. Por ejemplo, en el caso de una avulsión dentaria se considera desde la incisión hasta el fin de la sutura.

La cirugía buco-máxilo-facial se considera *limpia contaminada*, tiene una tasa de infección de 5 al 15% sin la administración de antibióticos y menor al 7% con la administración de antibióticos.⁽²⁾

Grupos de riesgo

Se han establecido dos grupos de pacientes con riesgo de infección ante maniobras odontológicas con posibilidad de provocar un *sangrado significativo*:⁽²⁾

- I- pacientes que corren riesgo de infección identificada localmente y/o sobreinfección general (septicemia):
 - *transplantados*, con injertos (salvo los que sólo reciben ciclosporina),
 - *inmunosuprimidos*: congénitos, medicamentosos, infecciosos o inmunológicos,
 - patologías crónicas no controladas: *diabetes*,
 - *desnutridos*.
- II- pacientes con riesgo de infección asociada a una localización secundaria de la bacteria:
 - riesgo de *endocarditis* infecciosa, y
 - portadores de *prótesis articulares*.