

MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE CON PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR

INTRODUCCIÓN

- Las enfermedades cardiovasculares representan uno de los problemas de salud más frecuentes en la población (altas tasas de morbilidad y de mortalidad).
- Pacientes de riesgo cuando no están controlados.
- Enfermedades cardiovasculares:
 - HTA
 - CI
 - Arritmias cardíacas
 - Insuficiencia cardíaca
 - Alteraciones del endocardio → Endocarditis bacteriana.
 -

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

- Elevación persistente y mantenida de la presión arterial sistólica y/o diastólica:
 - PAS > 140 mm Hg
 - PAD > 90 mm Hg
 - DM, IR, IC: PAS > 130 mm Hg, PAD > 80 mm Hg
- Dos o más mediciones tomadas durante dos o más ocasiones separadas por varias semanas.
- Clasificación
- PA aumenta con la edad:
 - Aumento de la incidencia de la HTA en mayores de 60 años.
- Epidemiología:
 - Patologías con mayor prevalencia en el mundo occidental:
 - 30-45% de la población adulta entre 35 y 60 años
 - 65% en mayores de 60 años
 - Mayor frecuencia en hombres
 - A partir de los 50 años aumento de la incidencia en mujeres
 - Factor de riesgo cardiovascular importante:
 - Riesgo de enfermedad cardiovascular es 3 veces mayor en personas con HTA (2.3 veces más en el hombre y 4.8 veces más en las mujeres).
- Etiología:
 - Esencial (95%): no encontramos una causa única atribuible. Existen varios factores:
 - Genética (30-60%).

- Edad
- Género: en la mujer aumenta la frecuencia a partir del climaterio.
- Cultura alimentaria: sal, alcohol...
- Comorbilidad: en presencia de diabetes mellitus aumenta 2 veces la prevalencia, al igual que en la dislipemia.
- Secundaria (5%):
 - Renal o vasculo-renal: estenosis de la arteria renal, glomerulonefritis, IR, tumores...
 - Endocrina: sdr. de Cushing, feocromocitoma, hipertiroidismo, hiperaldosteronismo...
 - Hipercalcemia.
 - Fármacos: diversas aminos, AINEs...
 - Embarazo
 - ...
- Consecuencias:
 - Hipertrofia y remodelado cardíaco
 - Sobrecarga de P → Hipertrofia concéntrica → Deterioro de la función contráctil
 - Disfunción endotelial
 - Aumento de la permeabilidad vascular → Placa de ateroma
 - Vasoconstricción
 - Aumento de las células musculares lisas y fibroblastos
- Complicaciones:
 - Corazón: IC, CI
 - Riñón: IR
 - Encéfalo: Encefalopatía hipertensiva (cefalea, vómitos, náuseas...), rotura de microaneurismas, ACV
 - Retina: Retinopatía hipertensiva → Ceguera
 - Indirectamente: Arteriosclerosis, aneurismas de aorta
 - HTA maligna: Elevaciones graves de la PA con papiledema, hemorragias, exudados retinianos, encefalopatía y/o dolor precordial.
- Atención odontológica
 - Paciente hipertenso bien controlado:
 - No supone ningún riesgo en la clínica odontológica

- Cuidado con las situaciones de estrés → CONSIDERACIONES ESPECIALES

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

- Enfermedad del corazón que aparece por desequilibrio entre el aporte de oxígeno al miocardio (riego coronario) y la demanda de este tejido (consumo miocárdico).
 - Flujo coronario al miocardio es fásico → Periodo diastólico.
- Etiología:
 - Disminución del flujo coronario:
 - Estrechamiento luz: Arteriosclerosis, disfunción endotelial, vasoespasmo.
 - Descenso de la presión: Shock, hipotensión severa
 - Acortamiento diástole: Taquicardias
 - Hiperviscosidad que disminuyen el flujo coronario.
 - Disminución del aporte de oxígeno: Anemia.
 - Aumento del área de difusión o distancia capilar-fibra: Fibrosis, amiloidosis, edema, hipertrofia, dilatación.
 - Aumento de la demanda de oxígeno:
 - Aumento de la tensión de la pared: Sobrecarga de presión y/o volumen (estenosis e insuficiencias valvulares)
 - Aumento de contractilidad: Taquicardias
 - Aumento del metabolismo basal: Hipertiroidismo
- Manifestaciones clínicas:
 - Angina de pecho: dolor
 - Constrictivo
 - Centrotorácico
 - Irradiado a hombro, brazo izquierdo, cuello o mandíbula
 - Desencadenado por ejercicio, emociones, digestiones
 - Corta duración
 - Calma con el reposo o con la administración sublingual de nitroglicerina
 - Ángor inestable: aparición, reaparición o exacerbación de un ángor en reposo:
 - Sin ningún desencadenante.
 - Duración variable.
 - Infarto de miocardio: dolor
 - Constrictivo, “aniquilante”

- Localización centrotorácica e irradiación típica o atípica: puede haber irradiación a cuello, brazo derecho, epigástrico (irradiaciones más atípicas)
- Gran componente vegetativo: sudoración, náuseas, vómitos...
- Mayor intensidad y duración
- No cede con el reposo y ni tampoco por la nitroglicerina.
- En diabéticos puede presentarse de forma asintomática
- Valoración del paciente con riesgo cardíaco:
 - Factores predictores mayores → NO actuar
 - Alteraciones coronarias inestables
 - ICC descompensada.
 - Arritmias cardíacas graves.
 - Factores predictores intermedios → Actuar con precaución y siguiendo los protocolos clínicos
 - Infarto y angor estables (recientes: en el último mes).
 - ICC compensada.
 - Diabetes mellitus de larga evolución.
 - Factores menores → Se pueden realizar ttos quirúrgicos bucales
 - Edad muy avanzada.
 - Alteraciones leves ECG
 - Ritmos no sinusales.
 - Disnea de esfuerzo.
 - Antecedentes de ataques cardíacos antiguos.
 - HTA
- Atención odontológica:
 - Interconsulta:
 - Premedicación para reducir la ansiedad: diazepam 5-10 mg (noche anterior y 1,5 horas antes).
 - Visitas cortas (máx. 30 min.) a lo largo del día.
 - Realizar una buena técnica anestésica:
 - Anestesia con VC (2 cartuchos), después sin VC
 - Evitar inyección intravascular (ASPIRACIÓN!!)
 - Monitorización antes y durante el tratamiento: FC y PA.
 - Sillón semisupino (hipotensión ortostática).
 - Control de la hemostasia si esta anticoagulado (INR) o antiagregado.

- Si surge dolor precordial durante el tratamiento → administrar nitritos sublinguales y oxígeno. Gestionar el traslado a un centro hospitalario.

ARRITMIAS CARDÍACAS

- Trastornos de la formación y de la conducción de los estímulos eléctricos que mantienen la actividad cardiaca.
- Suelen alterar la frecuencia y el ritmo de las contracciones del corazón, pero también es posible que sólo sean detectables mediante ECG.
- Sustancias desencadenantes:
 - Bradicardia sinusal:
 - Morfina
 - Digoxina
 - β -bloqueantes
 - Calcio-antagonistas
 - Taquicardia sinusal → Extrasístoles auriculares
 - A* y NA
 - Atropina
 - Nicotina
 - Cafeína
 - Alcohol
 - Digoxina
 - Antidepresivos tricíclicos
- Síntomas:
 - Palpitaciones
 - IC
 - Acortamiento de la diástole → Disminución de la FE
 - Déficit de riego cerebral:
 - Mareo
 - Síncope → Sdr. de Stokes-Adams
 - Alteración del flujo coronario → Ángor
 - Paro cardíaco
- Atención odontológica
 - Interconsulta:
 - Tipo de arritmia y gravedad

- Tto farmacológico
- Premedicación ansiolítica.
- Visitas cortas y matutinas. No realizar tratamientos muy largos y complejos.
- Monitorización del paciente: PA y FC.
- Evitar uso de VC en cantidad excesiva (no más de 2 cartuchos).
- No utilizar instrumentos eléctricos que puedan interferir a los marcapasos.
- Si aparece arritmia grave:
 - Suspender intervención y valorar constantes.
 - Administrar oxígeno
 - Administrar nitritos sublinguales si aparece dolor precordial
 - Colocar en Trendelenburg y realizar maniobras vagales (Valsalva, masaje carotídeo, apretar globos oculares, provocar náuseas)
 - RCP y evacuación urgente al hospital.

INSUFICIENCIA CARDIACA

- Síndrome clínico en el que el corazón es incapaz de bombear suficiente cantidad de sangre para cubrir las necesidades metabólicas del organismo, estando conservado el retorno venoso.
- Etiología
 - Hipertensión arterial (33%).
 - Insuficiencia coronaria (23%).
 - Valvulopatía (9%).
 - Insuficiencia coronaria asociada a hipertensión arterial (23%).
 - Valvulopatía asociada a hipertensión arterial (10%).
 - Otros (2%):
 - Miocardiopatías
 - Arritmias
 - ...
- Tipos de IC:
 - Insuficiencia VI
 - Insuficiencia VD
 - Insuficiencia global
- Atención odontológica:
 - Sólo tto odontológicos a los pacientes con IC compensada → CONSIDERACIONES:
 - Interconsulta: Estado actual y tto farmacológico

- Si ICC o IC con sintomatología:
 - Sólo tto de urgencia
 - Remitir a unidad de odontología hospitalaria
- Evitar ansiedad
- Visitas cortas (menos de 30 min.) y matutinas
- Sillón en posición semisupina y controlar cambios bruscos de posición
- Limitar VC (2 cartuchos) en pacientes en tto con digitálicos. Si paciente tiene gran sistomatología, evitar VC
- Administrar oxígenos con gafas nasales si es necesario
- Disponer de protocolo de evacuación urgente por si fuera necesario

ENDOCARDITIS INFECCIOSA

- Colonización de microorganismos sobre las lesiones vegetantes existentes en el endocardio valvular del corazón.
- Mecanismo etiopatogénico:
 - Agentes infecciosos entran en nuestro organismo por una puerta de entrada: extracciones dentarias, cirugías...
 - Paso al torrente circulatorio, desde donde pueden extenderse a todo el cuerpo.
 - Si las válvulas endocárdicas están dañadas o fueron sustituidas por una prótesis, se creará un flujo turbulento que facilitará que los gérmenes se depositen a ese nivel, y se adhieran al endocardio → Vegetaciones sépticas → Embolia séptica
- Manifestaciones clínicas:
 - Manifestaciones de la infección y la bacteriemia
 - Fiebre con sudoración nocturna
 - Astenia, anorexia, pérdida de peso...
 - Signos de alteración valvular e insuficiencia cardiaca
 - Manifestaciones a distancia
 - Cutáneas (embolismo, vasculitis)
 - Hemorragias subungueales
 - Nódulos de Osler: nódulos pequeños y dolorosos en yemas de dedos y palmas de la mano.
 - Manchas de Janeway: placas planas hemorrágicas indoloras en palmas de manos y pies.

- Manchas de Roth: zonas de hemorragia retiniana que aparecen en fondo de ojo.
 - Renal (glomerulonefritis, embolismos)
 - Embolismos (cerebral, cutáneo, renal, esplénico)
- Profilaxis antibiótica:
 - Amoxicilina oral
 - Adultos 2 gr 1 hora antes del tratamiento.
 - Niños 50 mg/kg 1 hora antes.
 - Clindamicina
 - Adultos 600 mg 1 hora antes.
 - Niños 20 mg/kg 1 hora antes.
 - Azitromicina / claritromicina
 - Adultos 500 mg 1 hora antes
 - Niños 15 mg/kg 1 hora antes.
- Procesos patológicos en los que se indica la profilaxis: