

Patología cardíaca en la clínica dental evaluada con el cuestionario CROMECA (Clasificación del Riesgo Odontológico en Pacientes Médicamente Comprometidos)

Iglesias Corchero AM*, Suárez Quintanilla JM**

RESUMEN

Introducción: la enfermedad cardiovascular representa uno de los problemas de salud más frecuentes en la población, por presentar altas tasas de morbilidad y mortalidad. En España, mueren cada año más de 124.000 personas, siendo el 55 % mujeres, el 83 % defunciones por cardiopatía isquémica y el 73,6 % por enfermedad cerebrovascular.

Material y método: estudio descriptivo transversal en pacientes mayores de 18 años, que acudieron por primera vez al Servicio de Odontología del Centro de Salud de Beiramar en Vigo, a los que se les aplicó, mediante interrogatorio directo a cada paciente ya sentado en el sillón dental y previo a la prestación de atención dental, el cuestionario CROMECA (Modificación del original EMRRH - European Medical Risk Related History questionnaire), que establece un grado de riesgo ASA y que permitirá aplicar los protocolos clínicos básicos para realizar cualquier tratamiento dental con la máxima eficacia y mayor seguridad.

Resultados: se revisaron 2.319 pacientes, 793 hombres y 1.523 mujeres, edad media 43,6 años, entre 18 y 94 años. El 51 % de sujetos estudiados tenían prehipertensión y clasificados como Riesgo ASA II, el 15 % tenían hipertensión estadio I y Riesgo ASA III y el 1 % tenía hipertensión estadio II y Riesgo ASA IV. El 0,8 % presentaban insuficiencia cardíaca, el 3,5 % tenían afectación valvular y el 1,8 % eran portadores de marcapasos y/o prótesis valvulares.

Conclusión: utilizar el cuestionario CROMECA permite identificar objetivamente los pacientes de mayor riesgo médico, que podrán ser o no atendidos en una consulta normal de Odontología.

PALABRAS CLAVE: Riesgo ASA, historia clínica, enfermedades cardiovasculares, manejo del paciente con patología cardíaca.

ABSTRACT

Introduction: cardiovascular disease represents one of the most common health problems in the population, due to its high rate of morbidity and mortality. In Spain, more than 124,000 people die each year, of which 55 % are women, and 83 % of deaths are due to ischemic heart disease and 73.6 % caused by cerebrovascular disease.

Methods: descriptive cross-sectional study in patients over 18, who visited for the first time the Dental Services of the Health Care Centre of Beiramar in Vigo. The CROMECA questionnaire (Modification of the original EMRRH - European Medical Risk Related History questionnaire), which establishes the degree of ASA risk and which will allow the application of the basic clinical protocols in order to perform any dental treatment ensuring maximum efficiency and safety was conducted on each patient through direct questioning once the patient was seated in the dental chair and before any treatment was carried out.

Results: a total of 2.319 patients were examined, 793 were males and 1.523 were females, the average age was 43.6 years old, between the ages of 18 to 94. 51 % of the subjects studied had prehypertension and had an ASA II risk classification, 15 % had hypertension stage 1 and ASA III risk and 1 % had hypertension stage II and an ASA IV risk. 0.8 % had heart failure, 3.5 % had valvular heart disease and 1.8 % had cardiac pacemakers and/or valvular prostheses.

Conclusion: the use of the CROMECA questionnaire makes it possible to identify in an objective way those patients of greater risk and therefore, those who can and cannot be attended in a normal dental clinic.

KEYWORDS: ASA Risk, medical history, cardiovascular diseases, dealing with patients with heart disease

INTRODUCCIÓN

El creciente envejecimiento de la población producirá un aumento de las enfermedades y las discapacidades que implicará una mayor responsabilidad en el mantenimiento de la salud y, de hecho, se producirá un mayor número de personas que soliciten cuidados dentales, dando lugar a un aumento de los pacientes que presentan riesgos que

influyan en las enfermedades dentales y orales y, por lo tanto, en la identificación y abordaje de la(s) patología(s) y su posterior tratamiento¹.

La práctica diaria de la Odontología exige al profesional tener el conocimiento para identificar y tratar las enfermedades sistémicas frecuentes y los avances en el campo de la salud permiten que la mayoría de los pacientes, con una gran variedad de enfermedades sistémicas crónicas, agudas y en remisión, se presenten de manera ambulatoria a los servicios y consultas odontológicas en busca de salud oral y mejora de su condición de vida. Esto hace que el odontólogo y estomatólogo comprendan mejor el impacto de estas enfermedades en sus diferentes tareas como diagnóstico, pronóstico, planificación integral del tratamiento y manejo interdisciplinario. El dominio de estos conocimientos

*Odontólogo de Atención Primaria del Servicio Galego de Saúde (SERGAS) en la Gerencia de Gestión Integrada de Vigo-Pontevedra.

**Profesor Titular de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Santiago de Compostela (USC).

Correspondencia: Dra. Ana M^a Iglesias Corchero. Calle Burgos, 24. 36205 Vigo-Pontevedra.

Correo electrónico: amicor@telefonica.net



FIGURA 1A. Protocolo clínico básico en la consulta odontológica ante un paciente con patología cardiovascular. Toma de tensión arterial y pulso.



FIGURA 1B. Protocolo clínico básico en la consulta odontológica ante un paciente con patología cardiovascular. Electrocardiograma.

permitirá un ejercicio clínico más seguro donde las complicaciones se puedan prevenir o aminorar y sea posible participar activamente en la preservación y mejora de la condición de salud global de nuestros pacientes²⁻⁴ (Figuras 1a y 1b).

La Odontología es una especialidad que se asocia con ansiedad, temor y angustia en el paciente y la combinación de todos estos factores pueden desencadenar situaciones de urgencia médica como el síncope, la angina de pecho, la hipotensión postural, el infarto de miocardio, el ataque de asma o hiperventilación, la reacción alérgica, la convulsión, la hipoglucemia, entre otras.

Para evitar estas complicaciones debe realizarse una historia clínica apropiada a todos los pacientes con un interrogatorio dirigido que nos permita determinar qué pacientes son aptos o no para la realización del tratamiento de Odontología. Por ello, el grupo de investigadores de varios países y encabezados por la Dra. Abraham-Inpijn de Holanda ha elaborado un cuestionario auto-respuesta por el propio paciente, la encuesta EMRRH ("European Medical Risk Related History questionnaire"), con el objetivo de que en Europa existiera un cuestionario estándar común que sirviera al odontólogo general y/o especialista en su práctica diaria tanto en la sanidad pública como en la consulta privada⁵.

La valoración de los pacientes con patología cardiovascular, previa a la realización de procedimientos odontológicos, ha adquirido connotaciones particulares en el momento actual. Teniendo en cuenta el aumento de los procedimientos odontológicos en pacientes de mayor edad, con

mayor incidencia de patología cardiovascular y menos desdentada tras la terapia conservadora actual, que requiere tratamientos dentales no solo vinculados a la instalación de prótesis, sino que actualmente se realizan tratamientos conservadores sobre estructuras dentarias remanentes, cirugías e implantes dentales; es decir, procedimientos que se asocian a técnicas de mayor complejidad y mayor riesgo. Hay que recordar que la mayoría de estos procedimientos se realizan de forma ambulatoria con anestesia local y, en algunos casos, con sedación en el consultorio odontológico, motivo por el cual debe realizarse una adecuada valoración cardiológica en la procura de minimizar al máximo posible cualquier complicación cardiovascular⁶⁻⁷.

Las enfermedades cardiovasculares siguen siendo hoy día las responsables de una gran morbi-mortalidad. El "Informe 2009"⁸ de la Sociedad Española de Cardiología indica que en España mueren cada año más de 124.000 personas, lo que se traduce en que una de cada tres personas que fallece lo hace por este tipo de enfermedades (30,3 %), de las cuales el 55 % son mujeres y el 83 % de las defunciones corresponden a cardiopatía isquémica, con una incidencia significativamente mayor en hombres que en mujeres y, el 73,6 % por enfermedad cerebrovascular, con una especial repercusión en el sexo femenino. En todo el mundo se estima que en 2030, la cifra de fallecimientos por esta causa se incremente hasta los 25 millones de personas⁹.

Las enfermedades cardiovasculares que provocan una mayor mortalidad son, por este orden, las arritmias con 55,6 %, la insuficiencia cardíaca con 44,8 %, la hipertensión arterial con 14 % y las enfermedades cardíacas reumáticas con 2,8 %. En España, la primera causa de muerte en hombres después de los 65 años es la cardiopatía isquémica, mientras que el ictus, la enfermedad cerebrovascular es todavía la primera causa de muerte entre las mujeres mayores de 65 años. A medida que avanza la edad, la incidencia y mortalidad por enfermedades cardiovasculares en las mujeres, al igual que en hombres, aumentan hasta llegar casi a igualarse en la vejez avanzada.

El enfermo con patología cardiovascular es un paciente de riesgo en la consulta dental, en especial cuando no está



FIGURA 2. Descripción de la muestra de estudio según sexo.

controlado desde el punto de vista médico. Debemos conocer los protocolos clínicos básicos para realizar cualquier tratamiento dental con la máxima eficacia, pero con la mayor seguridad para su salud. Entre las enfermedades cardiovasculares que pueden tener repercusión en la consulta dental están la hipertensión arterial, la cardiopatía isquémica, las arritmias cardíacas, la insuficiencia cardíaca y las alteraciones del endocardio que pueden originar una endocarditis infecciosa¹⁰.

MATERIAL Y MÉTODO

En el presente trabajo hemos utilizado el cuestionario CROMEC (Clasificación del Riesgo Odontológico en Pacientes Medicamente Comprometidos), siendo un cuestionario modificado del original EMRRH ("European Medical Risk Related History Questionnaire"), basado en la codificación internacional del sistema ASA, que consta de 34 preguntas, divididas en una pregunta principal y una o más subpreguntas secundarias, de respuesta cerrada SI/NO. A cada pregunta se establece un grado ASA que va desde el Riesgo I (respuesta negativa a la pregunta principal) al Riesgo II, III y IV (respuesta afirmativa a las subpreguntas secundarias). El mayor grado ASA determinará el grado de riesgo de cada pregunta (ANEXO).

Se hizo un estudio descriptivo transversal de la demanda de atención dental de los pacientes de mayores de 18 años, que acudieron por primera vez al Servicio de Odontología del Centro de Salud de Beiramar en Vigo (Pontevedra), entre el 21 de diciembre del 2009 hasta el 11 de mayo de 2011, que además debían cumplir como criterio de inclusión, estar asignado a un Médico de Familia de dicho centro de salud, querer participar en el estudio y firmar la hoja de Consentimiento Informado. El interrogatorio se realizó previo a la atención dental requerida por cada paciente, con el paciente sentado en el sillón dental y dirigido por el profesional odontólogo responsable del Servicio de Odontología y, una vez cumplimentado el mismo, se verificaba con los datos de la Historia Clínica Tradicional (formato papel) y Electrónica (IANUS) la concordancia de respuestas, tanto de antecedentes médicos, enfermedades y medicaciones antiguas y recientes. La clasificación del paciente en el sistema ASA según su riesgo médico, nos permitirá determinar el tratamiento odontológico del mismo tomando las precauciones necesarias y pertinentes.



FIGURA 3. Presencia de antecedentes médicos en muestra de estudio.

Las variables del estudio realizado fueron edad, sexo, profesión, nivel de estudios, patologías médicas a estudio (hipertensión y enfermedades cardiovasculares, neurológicas como epilepsia, Parkinson y Alzheimer, endocrinometabólicas, respiratorias, hepáticas, renales, neoplásicas, infecciosas, embarazo, VIH, depresión y/o ansiedad, alergias, consumo de fármacos y bifosfonatos, consumo de tabaco, bebidas alcohólicas y drogas recreativas), antecedentes médicos y número de complicaciones médicas por paciente. Los datos obtenidos se almacenaron en una base de datos realizada con los programas Microsoft Excel 97 y SPSS versión 15.0 para Windows y el tratamiento estadístico de los datos incluyó análisis descriptivo (frecuencia, porcentaje, razón, media, mediana, moda, desviación estándar e IC al 95 %), análisis comparativo (pruebas de Chi² y de Pearson, test de Mann-Whitney y T de Student, prueba de Levene y test de Kolmogorov-Smirnov), análisis correlacional y regresión ordinal.

RESULTADOS

En nuestro estudio se revisaron 2.319 pacientes, de los cuales 793 eran hombres (34, 2 %) y 1.523 eran mujeres (65,7 %), con una edad media de 43,64 años, entre 18 y 94 años (Figura 2).

En la muestra estudiada, 2.290 sujetos (99 %) tenían antecedentes médicos y 23 sujetos (1 %) no tenían antecedentes médicos y se pudo afirmar con un intervalo de confianza al 95 % que los sujetos con antecedentes médicos eran significativamente de mayor edad que los sujetos sin antecedentes médicos (Figura 3).

Al analizar el número de complicaciones médicas por paciente, se obtuvo que 20 sujetos (0,9 %) presentaban 1 complicación médica, 508 sujetos (21,8 %) tenían entre 2 y 3 complicaciones médicas y 1.791 sujetos (77,3 %) tenían más de 4 complicaciones médicas, y se pudo afirmar con un intervalo de confianza al 95 % que los sujetos de mayor edad presentaban mayor número de complicaciones médicas por paciente.

En nuestro estudio, el análisis de riesgo médico, según la Clasificación ASA, demostró que 23 sujetos (1 %) pertenecía a ASA I, 1.683 sujetos (72,6 %) pertenecían a ASA II, 240 sujetos (10,3 %) pertenecían a ASA III y 373 sujetos (16,1 %)

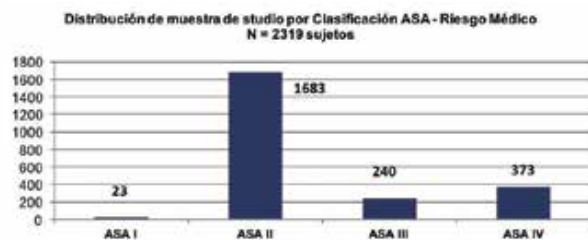


FIGURA 4. Distribución de la muestra por Clasificación ASA - Riesgo Médico.



FIGURA 5. Distribución de tensión arterial en muestra de estudio.



FIGURA 6. Distribución de enfermedades cardiovasculares en muestra de estudio.

pertenecían a ASA IV y se pudo afirmar con un intervalo de confianza al 95 % que los valores ASA II y ASA IV eran mayores en las edades más avanzadas (Figura 4).

En el apartado de enfermedades cardiovasculares, el 51 % de los sujetos estudiados tenía prehipertensión y fueron clasificados como Riesgo ASA II, el 15 % tenían hipertensión estadio I y se clasificaron como Riesgo ASA III y el 1 % tenían hipertensión estadio II y se clasificaron como Riesgo ASA IV y dentro de nuestro grupo de estudio, 307 sujetos eran mujeres gestantes (13,2 %) con cifras de tensión arterial compatibles con hipotensión asociada a la gestación (<100/<70 mmHg) y se clasificaron como Riesgo ASA II (Figura 5).

El 0,8 % de los sujetos estudiados tuvo una angina de pecho, el 0,6 % un infarto de miocardio, el 0,9 % tenía arritmias, el 2,5 % tenía insuficiencia cardíaca, el 3,5 % tenía afectación valvular y el 1,8 % eran portadores de marcapasos y/o prótesis valvulares (Figura 6).

En nuestro estudio, 1.955 sujetos (84,3 %) tomaban algún medicamento de manera continuada en los últimos 6

Proporción de sujetos estudiados que consumen medicamentos de manera continuada

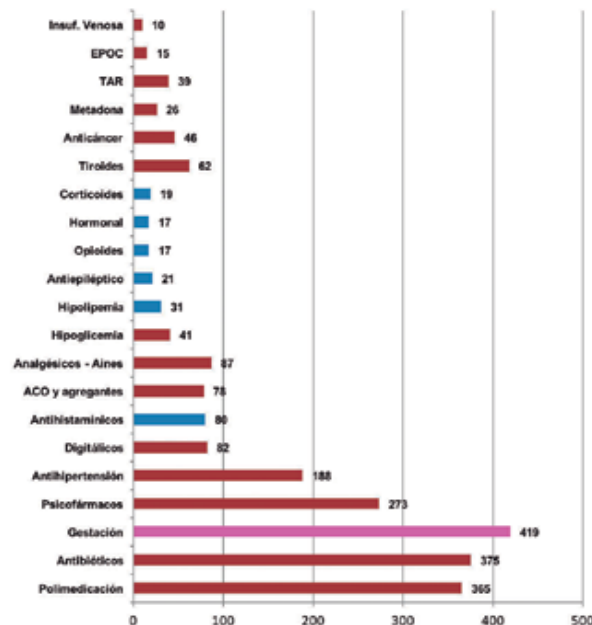


FIGURA 7. Proporción de sujetos que consumen medicamentos de manera continuada.

Proporción de sujetos que consumen tabaco, bebidas alcohólicas y drogas recreativas



FIGURA 8. Proporción de sujetos que consumen tabaco, bebidas alcohólicas y drogas recreativas.

meses (uno y/o más fármacos), siendo estos, los siguientes: polimedicados con un 15,7 %, antibióticos con 28,6 %, analgésicos y AINES con 23,6 %, psicofármacos (antidepresivos y ansiolíticos) con 11,8 %, antihipertensivos y antiarrítmicos con 8,1 % y 3,6 %, respectivamente, anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios con 3,3 %, hipoglucemiantes con 1,3 %, hormona tiroidea con 2,7 %, anticancerígenos con 2 %, antirretrovirales con 1,7 % y corticoides e inmunosupresores con 0,8 % (Figura 7).

En la muestra estudiada, el 37,4 % declararon ser fumadores habituales, el 31,3 % eran consumidores habituales de bebidas alcohólicas y el 8,5 % eran consumidores habituales de drogas recreativas, entre las que se mencionan, cannabis (90,6 %), cocaína (3,7 %), heroína (1,3 %), benzodiacepina y anfetaminas (0,6 %), respectivamente (Figura 8).

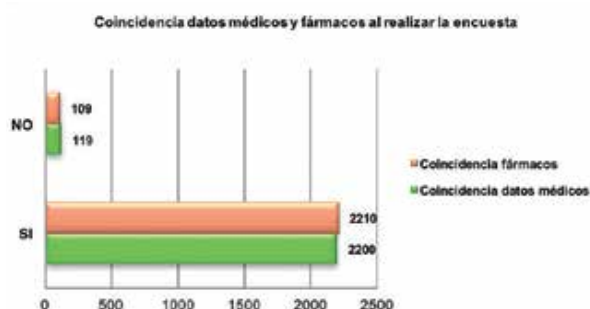


FIGURA 9. Coincidencia de datos médicos y farmacológicos obtenidos en la encuesta con las historias clínicas.

Este estudio se realizó en una consulta de Odontología integrada en un centro de salud de Atención Primaria, que disponía de historias clínicas en formato tradicional (papel y carpeta de archivo) y de historias clínicas informatizadas (Versión IANUS), lo que nos ha permitido comprobar que en el 94,9 % de los sujetos encuestados, había coincidencia de datos médicos entre encuesta e historia clínica y en un 93,5 % coincidían los datos de medicación antigua y actual (Figura 9).

DISCUSIÓN

En nuestro estudio, la muestra de población encuestada no corresponde a una muestra representativa de la población general, y aunque ha sido muy amplia, y que su motivo de consulta no era su antecedente médico, sino su problema dental, creemos que los datos obtenidos sirven para dar una orientación con respecto al estado de salud de la población que acude a la consulta del dentista. Por ello, podemos decir que puede ser representativa del tipo de pacientes que acuden a las consultas odontológicas que es, en definitiva, el que nos interesa y a quién va dirigida nuestras prestaciones. En los estudios previos¹¹⁻¹⁴, el estado de salud de los pacientes que solicitaban atención odontológica se evaluaba a través del uso de cuestionarios auto-administrados al paciente y que recogían información sobre diversos aspectos de la salud. Pero estos cuestionarios tienen ciertas limitaciones, entre las que se mencionan: la colaboración del paciente, que deberá ser redactado en un lenguaje simple y sencillo que el paciente pueda entender y que, a posteriori, requiera la confirmación de las respuestas por parte del odontólogo. Varios autores¹¹⁻¹⁴ han utilizado la encuesta modificada de valoración del riesgo médico (ASA) de la Sociedad Americana de Anestesiología (método para la estimación del estado físico en cuanto a riesgo médico de un individuo que será sometido a tratamiento médico o quirúrgico) y así poder determinar el riesgo médico de los pacientes odontológicos tratados con anestesia local.

Un elemento esencial en este estudio ha sido la adecuada evaluación clínica del cuestionario EMRRH ("European Medical Risk Related History questionnaire") que es un

cuestionario que fue elaborado en Holanda por la Dra. Abraham-Inpijn^{5,15}, y que está basado en la codificación internacional ASA, para evaluar la prevalencia de enfermedad sistémica pre-existente en los pacientes que acuden a la consulta odontológica solicitando tratamiento dental. Varios autores han descrito una gran prevalencia de pacientes que refieren en su historia clínica algún antecedente médico, siendo un dato muy importante en el momento de tratar al paciente, ya que esta condición podría justificar la modificación del plan de tratamiento.

En nuestro estudio se obtuvo una muestra de 2.319 sujetos que aceptaron voluntariamente (previa información y firma del consentimiento informado) la cumplimentación del Cuestionario CROMEC, registrándose solo 2 casos de negativa a participar en el estudio.

En el estudio multicéntrico en 10 países europeos, llevado a cabo por Abraham-Inpijn et al.¹⁶, participaron 29.424 pacientes; en el trabajo de la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla, realizado por Chandler-Gutiérrez et al.¹⁷ participaron 716 pacientes; en el análisis retrospectivo realizado por Fernández-Feijoo et al.¹⁸ se revisaron 2.000 historias clínicas de una Unidad de Salud Bucodental del SERGAS y de una clínica privada de Santiago de Compostela; en la investigación realizada por Salazar Arboleda y Vargas Moranth¹⁹, en Barranquilla (Colombia), se revisaron a 280 pacientes que acudieron al Servicio de Odontología de las Clínicas Inversalud; en el estudio llevado a cabo por Abuabara y Pion Abuabara²⁰ en un Servicio Público de Salud y Asistencia en Santa Catalina (Brasil) se entrevistaron a 230 pacientes; y en el trabajo realizado en la Clínica Dental de la Universidad Católica Portuguesa de Viseu por Esteves²¹ se entrevistaron a 1.338 pacientes.

La edad media de los sujetos participantes en nuestro estudio fue de 43,64 y un rango de 18 a 94 años. Esta situación puede ser perfectamente justificada por la creciente tendencia al envejecimiento de nuestra población (aumento del número de personas mayores de 65 años y aumento de la esperanza de vida). El 65,7 % eran mujeres y el 34,2 % eran hombres. El grupo de edad con más sujetos evaluados fue el de 18-44 años (62,8 %) y el de a partir de 65 años (16,2 %). Estos dos últimos datos (mujeres y edad) nos hace pensar que existe una mayor concienciación sobre la importancia del cuidado y mantenimiento de la salud oral en los pacientes más jóvenes.

Si comparamos con estudios similares nos encontramos que en el estudio de Abraham-Inpijn¹⁶ la edad media fue de 50,9 años (rango 18 a 86 años), de los cuales 58,2 % fueron mujeres y 41,8 % hombres, y no había estratificación de edad por grupos. En el estudio de Chandler-Gutiérrez¹⁷, la edad media de los pacientes era de 36,77 años, en un rango de 3 a 83 años, 60 % mujeres y 40 % hombres y sin grupos de edad estratificados. En el estudio de Fernández-Feijoo¹⁸, la edad media y el sexo de los pacientes que acudieron al sistema público de salud fue de 46,3 años, 57,6 % mujeres

y 42,4 % hombres, en tanto que la edad media y el sexo de los pacientes que acudieron a la clínica privada era de 45,7 años, 58,4 % mujeres y 41,6 % hombres. En el estudio de Salazar Arboleda¹⁹, la edad media de los pacientes fue de 32,8 años y rango de 7 a 83 años, 58,5 % mujeres y 41,4 % hombres y sin diferencias significativas entre grupos de edad. En el estudio de Abuabara²⁰, la edad media fue de 25 años (rango de 5 a 73 años), 149 mujeres, 81 hombres y a una razón mujer/hombre de 1,8:1. En el estudio de Esteves²¹, la edad media fue 43,2 años (rango de 18 a 94 años), 59 % mujeres y 41 % hombres, siendo el grupo de edad de 18-44 años de un 54,7 %, y el grupo de 65 y más años de un 12,5 %. Los resultados obtenidos en nuestra encuesta demostraron que el 99 % de los sujetos tienen algún antecedente médico significativo que podría influir en la práctica odontológica, y que los sujetos incluidos en el grupo con antecedentes médicos, y con más de 2 complicaciones médicas por paciente, son significativamente de más edad que los sujetos sin antecedentes médicos y con una sola complicación médica, de tal manera que esta relación puede justificar que la probabilidad de desarrollar una enfermedad crónica aumenta con la edad, debido a la progresiva acumulación y exposición a factores de riesgo y también por qué el desarrollo de antecedentes y complicaciones médicas está íntimamente relacionado con el proceso de envejecimiento. En el estudio de Chandler-Gutiérrez¹⁷, el 30,6 % de los pacientes encuestados tenían antecedentes médicos y el 69,4 % no los tenían; en el estudio de Esteves²¹, el 39,4 % de los pacientes tenía 2 o más antecedentes médicos, así como medicación. La Clasificación ASA de Riesgo Médico nos permite diagnosticar claramente los pacientes a los que podemos tratar sin ningún tipo de problema (Riesgo Médico ASA I), y aquellos en los que cualquier técnica invasiva o por mínima que esta sea pueden producir un gran daño a la salud del paciente (Riesgo Médico ASA III y ASA IV).

En nuestro estudio se obtuvo que el 72,6 % de los sujetos pertenecían a ASA II y 16,1 % de los sujetos pertenecían a ASA IV, y que existe una relación estadísticamente significativa entre un nivel más elevado de riesgo médico ASA y la edad. En estudios similares, utilizando el formato de encuesta EMRRH, también se ha puesto en evidencia que eran significativamente numerosos los pacientes que acudían a la consulta dental y que tenían antecedentes médicos. Así, en el estudio llevado de Abraham-Inpijn¹⁶, un 78 % tenían Riesgo ASA I (sin antecedentes médicos), un 12,7 % eran Riesgo ASA II, un 5,7 % eran Riesgo ASA III y un 3,5 % eran Riesgo ASA IV. En un estudio con 248 pacientes llevado a cabo en Bélgica²², el 57 % no tenían antecedentes médicos (ASA I), el 25 % tenían Riesgo ASA II, el 11 % eran Riesgo ASA III y el 7 % eran Riesgo ASA IV. En el estudio de Chandler-Gutiérrez¹¹, se obtuvo que el 17,31 % de los pacientes fue clasificado como Riesgo ASA II, el 9,49 % como Riesgo ASA III y el 2,51 % como ASA IV. En el estudio de Fernández Feijoo¹⁸, el 35,2 % de los pacientes que acudieron al sistema de salud

público tenían algún tipo de enfermedad sistémica en comparación con el 28,1 % de los pacientes que acudieron a la clínica privada. En el estudio de Salazar Arboleda¹⁹, la prevalencia de antecedentes médicos fue del 81 % y en el estudio de Abuabara²⁰, un 26 % de los pacientes tenían al menos 1 antecedente médico. En el estudio de Esteves²¹, el 46 % eran ASA I, el 41,8 % eran ASA II, el 7,5 % eran ASA III y el 4,6 % eran ASA IV.

En nuestro estudio, el antecedente médico más frecuente fue la polimedicación (84,3 %) contrastada con la coincidencia en la historia clínica tanto tradicional como informatizada (95,3 %) y este número tan elevado de polimedicación puede ser explicado por el número también elevado de sujetos con antecedentes médicos. El odontólogo debe estar informado sobre la medicación que están tomando sus pacientes, al mismo tiempo que le permite obtener información sobre el estado de salud general del paciente. Asimismo, determinados fármacos pueden interferir en los tratamientos odontológicos, comprometiendo los pronósticos y/o provocando alteraciones en la cavidad oral, por ello, el dentista al prescribir medicamentos debe verificar que no interfieran con la medicación del paciente, a fin de evitar iatrogenias.

En el estudio de Chandler-Gutiérrez¹⁷ fue de un 25 % y en el estudio de Fernández Feijoo¹⁸ en los pacientes menores de 65 años fue de un 25,9 % (los que acudieron al sistema de salud público) y un 17,6 % (los que acudieron a la clínica privada), en tanto, que en pacientes mayores de 65 años es un 76 % (acudieron al sistema de salud público) y un 77,4 % (acudieron a la clínica privada). En el estudio de Salazar Arboleda¹⁹, el 31,7 % de los pacientes encuestados tomaban, por lo menos, un fármaco al día, y el 3,5 % tomaban 2 o más al día, en el estudio de Abuabara²⁰ un 17 % de los pacientes tomaban fármacos de manera continuada. En el estudio de Esteves²¹ un 39,2 % de los pacientes estaban medicados y, es necesario destacar que en el estudio de Fernández-Feijoo¹⁸, no se diferencia entre el consumo de drogas y la polifarmacia, tanto en el sistema público de salud como en la clínica privada (27 %-23,3 % y 5,7 %-2,7 %, respectivamente).

Dentro de las patologías cardiovasculares, el antecedente médico de importancia ha sido la hipertensión arterial con un 16,1 %, y en nuestro estudio, este porcentaje aumenta en las mujeres (sin asociación estadística) y en el grupo de mayor edad comparativamente con el grupo etario de 18-44 años. En el estudio de Chandler-Gutiérrez¹⁷, el 13,8 % de los pacientes padecía de hipertensión; en los estudios de Salazar Arboleda¹⁹; y de Abuabara²⁰, un 7 % y un 4,2 % respectivamente, tenían hipertensión. En el estudio de Fernández Feijoo¹⁸ se generaliza como enfermedad cardiovascular sin diferenciarlas y el porcentaje obtenido es 16,1 % y 14,7 % (sistema público de salud y clínica privada). En el estudio de Esteves²¹ se obtuvo una prevalencia de hipertensión del 18,8 %.

La patología cardiovascular se presentó con un 4,5 % y, dentro de esta, la enfermedad valvular y la insuficiencia cardíaca tenían 1,1 % respectivamente, un 0,8 % tuvieron una angina de pecho, un 0,6 % tuvieron un infarto, un 0,9 % tenían arritmias un 1,1 % eran portadores de marcapasos y el 0,7 % tenían prótesis valvulares. La importancia de este apartado radica en ser la primera causa de muerte en casi todos los países occidentales, manifestándose principalmente entre los 45 y 64 años, y aumentando con la edad y que podría ser motivo de un inesperado acontecimiento de situación de emergencia médica en la consulta odontológica, tal como se referencia en un estudio inglés²³, sobre la prevalencia de emergencias médicas en la consulta dental, con una media de 0,17 episodios de angina de pecho por dentista/año y 0,003 casos de infarto de miocardio por dentista/año. En el estudio realizado por Smeets et al.²⁴, el 2,4 % de las complicaciones médicas en la consulta dental corresponden a episodios de angina de pecho, el 1 % a infarto de miocardio y el 1,4 % a accidente cerebrovascular.

En nuestro estudio, el 8,5 % consumía habitualmente drogas recreativas siendo el consumo más frecuente: cannabis, cocaína, heroína, benzodiazepinas, anfetaminas y opiáceos. El 29,7 % era consumidor habitual de tabaco, el 30,5 % de bebidas alcohólicas y un 1,3% declaró ser alcohólico de larga duración (12 sujetos estaban en tratamiento de deshabituación alcohólica). Los últimos datos epidemiológicos disponibles en la Comunidad Autónoma de Galicia²⁵ ponen de manifiesto que las drogas continúan teniendo una presencia importante en la sociedad gallega, tal como lo evidencia la existencia, entre la población de 15 a 64 años, de un 28,3 % de fumadores de tabaco diarios, un 13,6 % de consumidores diarios de bebidas alcohólicas y un 2,2 % de consumidores diarios de tranquilizantes y derivados del cannabis. Los consumos de cannabis y cocaína, a pesar de su carácter ilícito, están bastante extendidos, con unas prevalencias de consumo en los últimos 30 días del 9,7 % y 2,9 %, respectivamente.

El tabaquismo, definido como enfermedad sistémica progresiva asociado a la adicción a la nicotina, puede considerarse una conducta inadecuada que afecta al individuo que fuma y también a los que están a su alrededor. El cigarro es la droga que más se consume, a diario, en la población gallega. En la actualidad, en Galicia²⁶ mueren cada día 10 personas por causa del tabaco, en una razón de 9 hombres por cada mujer, fuma una de cada cuatro (1:4) personas mayores de 16 años (en nuestro estudio 385 sujetos fuman a diario más de 10 cigarrillos y 180 fuman de manera ocasional), fuman más los hombres (30 %) que las mujeres (20 %) y el consumo entre estas se están incrementando en los últimos años, especialmente en el grupo de edad más joven (menos de 25 años), la media de edad en la que se inicia el consumo de tabaco se sitúa alrededor de los 13 años, el consumo medio es de 14 cigarrillos/día y un 40 % de personas fumadoras manifiestan tener intención de dejar de fumar

en un plazo de 6 meses y un 31 % de fumadores han hecho el intento serio para dejar de fumar tabaco en el último año.

CONCLUSIONES

La alta prevalencia (99 %) de pacientes con patologías sistémica, en nuestro estudio, justifica el empleo del cuestionario CROMEC en la práctica odontológica tanto pública como privada, como un método para establecer el registro de los antecedentes médicos y farmacológicos de cada paciente. El cuestionario CROMEC ha demostrado la ineludible necesidad de realizar en cualquier paciente que acuda a la consulta dental tanto del servicio público de salud como de la práctica privada, una adecuada y detallada historia clínica, permitiendo identificar de manera objetiva aquellos pacientes de mayor riesgo médico y con ello intentaremos evitar posibles complicaciones médicas al realizar el tratamiento dental.

La inclusión del cuestionario CROMEC en un soporte informático dentro de la historia electrónica IANUS (Plataforma de integración de sistemas y registro de información clínica que desarrolla el concepto de Historia Clínica Electrónica), identificaría y crearía de manera automática, una alerta de Riesgo Médico ASA de cada paciente, que simplificaría la obtención y verificación de datos clínicos y médicos. De esta manera se podría eliminar la realización del cuestionario por parte del paciente y posterior revisión por parte del profesional odontólogo, y lo que es más importante, sería un instrumento idóneo para unificar la comunicación entre profesionales sanitarios, ahorrando tiempo en la elaboración de la historia clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Little JW, Falace DA, Miller CS, Rhodus NL. *Dental Management of the medically compromised patient*. 7th ed. St. Louis: Mosby Elsevier; 2008. ISBN: 13:978-0-323-04535-3.
2. de Jong KJM, Oosting J, Abraham-Inpijn L. Medical risk classification of dental patients in The Netherlands. *J Public Health Dent*. 1993; 53: 219-22.
3. de Jong KJM, Abraham Inpijn L. A risk-related patient-administered medical questionnaire for dental practice. *Int Dent J*. 1994; 44: 471-79.
4. de Jong KJM, Abraham-Inpijn L, Vinckier F, Declerck D. The validity of a medical risk-related history for dental patients in Belgium. *Int Dent J*. 1997; 47: 16-20.
5. Abraham-Inpijn L, Smeets EC, Russell G, Abraham DA. Introductory notes on the EMRRH-European Medical Risk Related History questionnaire people in our communities and this altered balance is bound to be reflected in the dental patient population. *Br Dent J*. 1998; 185: 445-48.
6. Pando Vázquez P, Expósito Freijomil MI. Exodoncia dental y riesgo cardiovascular. Variabilidad de las constantes hemodinámicas durante la exodoncia dental. *Cient Dent*. 2008; 5: 175-181.
7. Arieta K. Manejo del paciente cardiológico previo a procedimientos odontológicos. *Cardiomil* 2013. www.cardiomil.com.uy/archivos/odonto.pdf
8. *Informe 2009*. Sociedad Española de Cardiología. Disponible en <http://www.secardiologia.es/images/stories/informe-ecv-2009/enfermedades-cardiovasculares-espana-2009.pdf>.
9. *Cause specific mortality: regional estimates for 2008*. World Health Organization, 2011. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional/index.html
10. Silvestre Donat FJ, Plaza Costa A. *Odontología en pacientes especiales*. Publicaciones Universidad de Valencia; 2007. ISBN: 978-84-370-6652-3.
11. Chandler-Gutiérrez L, Martínez-Sahuquillo A, Bullón-Fernández P. Evaluation of medical risk in dental practice through using the EMRRH questionnaire. *Med Oral*. 2004; 9: 309-20.

12. de Jong KJM, Borgmeijer-Hoelen A, Abraham-Inpijn L. Validity of a risk-related patient-administered medical questionnaire for dental practice. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1991; 72: 527-33.
13. Kozák L, Abrám E, Kivovics P. Use of questionnaires in screening for risk factors in the care dental of elderly patients. *Fogorv Sz.* 2005; 98: 21-25.
14. Klasser G, de Leeuw R, Albuquerque RJ. Self-report health questionnaire: a necessary and reliable tool in dentistry. *Gen Dent.* 2005; 53: 348-55.
15. Smeets EC, de Jong KJM, Abraham-Inpijn L. Detecting the Medically Compromised Patient in Dentistry by Means of the Medical Risk-Related History: A Survey of 29.424 Dental Patients in the Netherlands. *Prev. Med.* 1998; 27: 530-5.
16. Abraham-Inpijn L, Russell G, Abraham DA, Bäckman N, Baum E, Bullón-Fernández P et al. A patient-administered Medical Risk Related History Questionnaire (EMRRH) for use in 10 European countries (multicenter trial). *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2008; 105: 597-605.
17. Chandler-Gutiérrez L, Martínez-Sahuquillo A, Bullón-Fernández P. Evaluation of medical risk in dental practice through using the EMRRH questionnaire. *Med Oral.* 2004; 9: 309-20.
18. Fernández-Feijoo J, Garea-Goris R, Fernández-Varela M, Tomás-Carmona I, Diniz- Freitas M et al. Prevalencia de enfermedades sistémicas entre los pacientes que demandan atención odontológica en el sistema público y en el privado. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2012; 17: e102-107.
19. Salazar-Arboleda GE, Vargas-Moranth R. Antecedentes médicos referidos en la historia clínica odontológica en pacientes atendidos en Barranquilla, Colombia. *Revista Colombiana de Investigación en Odontología* 2011; 2: 172-80.
20. Abuabara A, Pion-Abuabara MA. Detecting medical problems in brazilian dental patients. *Rev de Clin Pesq Odontol.* 2005; 2: 11-18.
21. Esteves H, Suárez Quintanilla JM. Optimização da anamnese em Medicina Dentária. *Cadernos de Saúde* 2011; 4: 47-55.
22. de Jong KJM, Abraham-Inpijn L, Vinckier F, Declerck D. The validity of a medical risk-related history for dental patients in Belgium. *Int Dent J.* 1997; 47: 16-20.
23. Girdler NM, Smith DG. Prevalence of emergency events in British dental practice and emergency management skills of British dentists. *Resuscitation* 1999; 41: 159-67.
24. Smeets EC, Keur I, Oosting J, Abraham-Inpijn L. Acute medical complications in 277 general dental practices. *Preventive Medicine* 1999; 28: 481-87.
25. *Plan de Trastornos Adictivos de Galicia 2011-2016.*
http://www.sergas.es/cas/DocumentacionTecnica/docs/SaudePublic/DocumentoTrastornosAditivos/PlanGalTransAditivosDef_20102012_cas.pdf
26. *Consumo de tabaco en Galicia. Sistema de Información sobre conductas de riesgo 2007 (SICRI).* Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

FUENTE DE TODAS LAS FIGURAS

Encuestas Valoración Riesgo Médico en la consulta odontológica Centro de Salud Beiramar (Vigo).