

ACTIVIDADES PREVENTIVAS A NIVEL COMUNITARIO Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Instituciones educativas, sanitarias, asociaciones ciudadanas

ACTIVIDADES

Programas de promoción de la salud general y bucodental.

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

Las actividades para promocionar la salud bucal deben estar más integradas con el resto de actividades existentes en otros programas de prevención, ya que las causas de las enfermedades bucodentales son comunes a otros problemas de salud, siendo más razonables y rentables las estrategias orientadas a los factores de riesgo comunes que aquellas dirigidas a enfermedades específicas.

La promoción de la salud debe concentrarse en toda la población y no en los grupos de riesgo de una enfermedad específica.

Es de suma importancia la colaboración intersectorial, existen oportunidades de promoción de la salud oral en una amplia gama de escenarios: sistema educativo, escenarios comunitarios, lugares de trabajo.

En Andalucía, el programa Aprende a Sonreír, de las Consejerías de Salud y Educación es un referente de esta actividad en el ámbito escolar.

ACTIVIDADES

Fluoración de aguas de abastecimiento. (Grado de recomendación A).

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

De acuerdo con la normativa andaluza: Decreto 32/1985, de 5 de febrero y Orden de 26 de marzo de 1986, que desarrolla el Decreto 32/1985.

La fluoración del agua potable es la medida más coste-efectiva para prevenir las caries dentales entre la población que vive en áreas con un sistema de abastecimiento de agua adecuado.

Las cifras que generan mayor consenso entre los expertos apuntan a que la concentración óptima de flúor en agua potable debe oscilar entre 0,7 ppm y 1,2 ppm. A la hora de fluorar las aguas habría que tener en cuenta la ingesta total de fluoruros de la población así como los niveles previos de flúor en el agua (se recomienda como cifras óptimas entre 0,6 y 0,8 ppm, es decir, entre 0,6 y 0,8 mg F/litro).

Sobre los posibles efectos adversos, la única asociación encontrada es la que relaciona la fluorosis dental con la concentración de flúor en el agua (el exceso de flúor sistémico administrado antes de la erupción dental, antes de los seis años, sería el responsable de la fluorosis dental). No se ha encontrado ninguna asociación entre el flúor y otros posibles efectos adversos.

La fluoración del agua es un método efectivo de administración tópica de flúor.

ACTIVIDADES

Agua de consumo con flúor en la infancia.

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

En el primer año de vida debe utilizarse agua para preparar los biberones, las papillas o como agua libre cuya concentración en flúor sea menor de 0,5 mg/l.

A partir del año de vida se recomienda la bebida de agua fluorada (hasta 1 mg/l. de flúor) para aprovechar el efecto tópico y continuado de la bebida a intervalos durante el día.

ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA CLÍNICA

Componentes de la educación sanitaria en el consultorio

1.- CONSEJO SANITARIO

Se instruirá al paciente y a sus familiares en:

- Higiene bucodental.
- Uso correcto del flúor, según nivel de riesgo.
- Dieta no cariogénica. Deberían reducir significativamente el consumo de bebidas azucaradas en los primeros 30 meses de vida y en caso de consumir zumos hacerlo solo en las comidas. (Grado de recomendación C).
- Utilización de Xilitol (Grado de recomendación B), sorbitol. Evidencias recientes demuestran que el consumo de más de 4 chicles de xilitol/día por las madres reducen significativamente las caries en sus hijos.

Informar a la madre sobre la colonización de bacterias (transmisión vertical) evitando compartir cucharas o cualquier utensilio (disminuir la carga bacteriana de la madre supone un descenso importante en el riesgo de caries del hijo/a). Esta transmisión es pasada de generación en generación.

Informar a los padres sobre los riesgos del uso de medicamentos pediátricos con azúcar, y que soliciten al pediatra la prescripción de equivalentes sin azúcar.

La educación dental individual ha demostrado sus beneficios (Grado de recomendación B).

2.- CONTROL DIETÉTICO

Consejo dietético específico al paciente y sus familiares, basado en el análisis de la dieta diaria (Grado de recomendación B).

Educar a la población en general, particularmente a través de programas escolares de educación sanitaria, sobre la conocida asociación entre el consumo frecuente de azúcar y la caries dental.

Los medicamentos pediátricos deberían estar libres de azúcar (Grado de recomendación B).

3.- INSTRUCCIÓN DEL CEPILLADO BUCODENTAL AL PACIENTE Y SUS FAMILIARES

Demostración de una adecuada eliminación de la placa mediante el revelado de placa y el cepillado bucodental.

Indicaciones del cepillado sobre un fantoma.

Lo realmente importante es la remoción de la placa y el uso de una pasta dentífrica fluorada, siendo menos importante una técnica de cepillado precisa.

(Grado de recomendación C, población general y Grado de recomendación A, población alto riesgo).

Los padres deben supervisar y realizar el cepillado dental de sus hijos, hasta que éstos sepan escribir sus nombres de manera legible, es decir, por lo menos hasta los 7 u 8 años de edad.

4.- USO CORRECTO DEL FLÚOR

El factor de protección más importante en la prevención de la caries dental es la exposición a bajas dosis, pero continuadas de fluoruro en la cavidad oral.

El empleo de flúor de manera adecuada, tanto sistémico y tópico, permite evitar la fluorosis dental.

5.- MATERIAL EDUCATIVO Y DIDÁCTICO

Entrega de documento con información concisa y explícita sobre los factores de riesgo de la enfermedad de la caries dental y las técnicas de prevención.

El material deberá ser adaptado a las características del grupo al que vaya dirigido.

LA IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE CARIES EN LA CONSULTA

1. ¿PARA QUÉ DIAGNOSTICAR EL RIESGO DE CARIES?

El diagnóstico del riesgo de caries nos permite:

1. Ofertar los mejores tratamientos disponibles en función de la individualización del paciente.
2. Interceptar los ciclos de restauración repetida.
3. Optimizar nuestra calidad asistencial.

2. ¿CÓMO DIAGNOSTICAR EL RIESGO DE CARIES?

El diagnóstico del riesgo de caries se realiza por el Sistema 1, 2, 3, propuesto por el Dr. Thomas Seif y adaptado por el Dr. Juan Carlos Llodra, que está basado en el estudio de siete variables clínicas de interés.

A cada una de estas variables se les dará un valor de 1 a 3, dependiendo de la exploración bucodental y la entrevista clínica, posteriormente se obtiene la media aritmética de los siete valores otorgados. El resultado obtenido nos permite clasificar a este paciente en uno de los tres grupos de riesgo de caries dental: bajo, moderado o alto.

Variables clínicas de interés en el diagnóstico de caries dental.

1. Existencia de lesión de caries clínica o por radiología.
2. Presencia de restauración en boca.
3. Utilización de flúor por el paciente.
4. Ingesta de azúcares entre comidas.
5. Flujo salivar.
6. Higiene bucal.
7. Motivación del paciente.

Niveles en función del riesgo de caries dental.

Existen tres niveles en función del riesgo:

Nivel 1: **Bajo riesgo.**

Nivel 2: **Riesgo moderado.**

Nivel 3: **Alto riesgo.**

3. PARÁMETROS DE RIESGO DE CARIES DENTAL

Existencia de lesión de caries clínica o por radiología.

1. No hay caries clínicas ni imágenes compatibles o sólo pequeñas lesiones en esmalte.
2. Lesiones cavitadas o en límite amelodentinario (radiografía).
3. Lesiones francas en dentina.

Presencia de restauraciones en boca.

1. No se observan restauraciones o si las hay están en buen estado (adaptación, anatomía, no filtración).
2. Algunas obturaciones están en regular estado, con alguna filtración, defecto marginal, fractura, etc.
3. La mayoría de las restauraciones están en mal estado, con filtraciones, fracturas, etc.

Utilización de flúor por el paciente.

1. El paciente utiliza pastas y/o colutorios regularmente, o reside en zona fluorada y/o recibe aplicaciones profesionales una vez al año.
2. El paciente utiliza pastas/colutorios de manera irregular y hace más de un año que no recibe tratamiento tópico profesional con flúor.
3. El paciente no utiliza pastas/colutorios fluorados ni ha recibido tratamiento con flúor tópico.

Ingesta de azúcares entre comidas.

1. No ingiere carbohidratos entre comidas o sólo de manera muy esporádica.
2. De manera habitual ingiere carbohidratos entre comidas, una vez al día.
3. De manera habitual ingiere carbohidratos entre comidas, más de una vez al día.

Flujo salivar.

1. Nivel de flujo salivar estimulado entre 0,8–1 ml/minuto. Presencia de saliva en suelo de boca, labios húmedos, lengua y mucosas normales.
2. Nivel de flujo salivar entre 0,5-0,8 ml/minuto. Labios secos, lengua con poca humedad, pero saliva en boca.
3. Nivel de flujo salivar inferior a 0,5 ml/minuto. Apenas existe saliva en boca, signos de síndrome de boca seca, labios y mucosas resecos, lengua muy agrietada.

Higiene bucal.

1. Existencia de placa en el tercio gingival, no más del 10% de las superficies con placa.
2. Existencia de placa hasta el tercio medio, entre 10-20% de las superficies con placa.
3. Existencia de placa hasta en el tercio incisal u oclusal, más del 20% de las superficies con placa.

Motivación del paciente.

• En caso de primera cita.

1. Buena colaboración: los padres han ido muchas veces al dentista, escuchan las explicaciones, preguntan por alternativas de tratamiento, quieren saber qué puede hacer para mejorar.
2. Regular colaboración: nos escuchan, pero son escépticos, tienen muchas dudas, preguntan por los costes.
3. Mala colaboración: no se sienten responsables, siempre achacan sus problemas a los profesionales, no asumen ninguna responsabilidad.

• En caso de cita control.

1. Buena colaboración: el niño viene a las citas de control, sigue las indicaciones, está igual o mejor que al principio.
2. Regular colaboración: viene al menos a la mitad de las citas, sigue sólo algunas indicaciones, está igual o incluso peor que en la cita anterior.
3. Mala colaboración: no suele venir a las citas de control, sólo viene cuando algo le duele o le preocupa mucho, no sigue las indicaciones, está peor que en la cita anterior.

4. EJEMPLO DE CLASIFICACIÓN DE RIESGO DE CARIES

	1	2	3
1. Existencia de caries	x		
2. Restauraciones en boca		x	
3. Utilización de flúor		x	
4. Ingesta de carbohidratos	x		
5. Flujo salivar			x
6. Higiene bucal		x	
7. Motivación	x		

$$\frac{1+2+2+1+3+2+1}{7} = 12/7 = 1,7 ; \text{ nivel de riesgo } 2$$

VARIABLES CLÍNICAS	ALTO RIESGO (3)	RIESGO MODERADO (2)	BAJO RIESGO (1)	Puntuación Otorgada
1. Lesión de caries	Lesiones francas en dentina.	Lesiones cavitadas o en límite amelodentinario (radiografía).	No hay caries clínicas ni imágenes compatibles o sólo pequeñas lesiones en esmalte.	
2. Presencia de restauraciones	Mayoría de restauraciones en mal estado (filtraciones, fracturas, etc.)	Algunas restauraciones en mal estado (filtración, defecto marginal).	No se observan restauraciones o si las hay están en buen estado.	
3. Utilización de flúor	No utiliza pastas/ colutorios fluorados, ni tratamiento profesional con flúor tópico.	Utiliza pastas/ colutorios irregularmente y hace más de un año que no recibe tratamiento tópico profesional con flúor.	Utiliza pastas/colutorios regularmente, o reside en zona fluorada y/o recibe aplicaciones profesionales una vez al año.	
4. Ingesta de azúcares entre comidas	Habitualmente ingiere carbohidratos entre comidas, más de una vez al día.	Habitualmente ingiere carbohidratos entre comidas, una vez al día.	No ingiere carbohidratos entre comidas o sólo esporádicamente.	
5. Flujo salivar	Inferior a 0,5 ml/minuto. Apenas existe saliva en boca (labios y mucosas reseca).	Entre 0,5-0,8 ml/minuto. Labios secos, lengua con poca humedad, pero saliva en boca.	Entre 0,8-1 ml/minuto. Presencia de saliva en suelo de boca, labios húmedos, lengua y mucosas normales.	
6. Higiene bucal	Existencia de placa hasta tercio incisal u oclusal, más del 20% de las superficies con placa.	Existencia de placa hasta tercio medio, entre 10-20% de las superficies con placa.	Existencia de placa en el tercio gingival, no más del 10% de las superficies con placa.	
7a. Motivación del paciente en 1ª cita	Mala colaboración: No asumen ninguna responsabilidad.	Regular colaboración: nos escuchan, pero son escépticos, tienen muchas dudas, preguntan por los costes.	Buena colaboración: los padres han ido muchas veces al dentista, escuchan las explicaciones, preguntan por alternativas de tratamiento, quieren saber qué pueden hacer para mejorar.	
7b. Motivación del paciente en cita control	Mala colaboración: no suele venir a las citas de control, sólo viene cuando le duele o le preocupa mucho, no sigue las indicaciones, está peor que en la cita anterior.	Regular colaboración: viene al menos a la mitad de las citas, sigue sólo algunas de las indicaciones, está igual o incluso peor que en la cita anterior.	Buena colaboración: viene a las citas de control, sigue las indicaciones, está igual o mejor que al principio.	
		Total puntuación =		
		Media (total puntuación/7)		

Una vez obtenida la media aritmética, el paciente se calificará como paciente de bajo, moderado o alto riesgo y se le realizarán los protocolos de actuación que le correspondan.

PROTOCOLOS DE PREVENCIÓN EN FUNCIÓN DEL RIESGO DE CARIES DENTAL

Las pautas de prevención se han desarrollado según el grado de riesgo de caries dental que tenga el paciente. Estos protocolos de actuación están basados en las siguientes técnicas preventivas:

1. Flúor
2. Selladores de fisuras.
3. Control mecánico
4. Control químico
5. Control de dieta
6. Pauta de revisiones

PACIENTE DE ALTO RIESGO

1. Flúor

Suplementos orales.

- Paciente 4-16 años.

Flúor agua de bebida	Suplemento
< 0.3 ppm	1 mg/diario
> 0.4 ppm	No indicado

Colutorios

- Paciente de menos de 6 años.
No está indicado, por problema de deglución.
- Paciente de 6 años o más.
Colutorio 0.2% una vez a la semana.

Barnices

- Paciente de 6 años o más.
Una aplicación cada 6 meses.

Pastas dentífricas

- Paciente de 6 años o más.
Pasta de más de 1000 ppm dos veces al día, una por la noche. Lo ideal es escupir y no enjuagarse.

2. Selladores de fisuras

- Paciente de 6 a 10 años.
Se deben sellar los primeros molares sanos si se da alguna de las siguientes circunstancias:
 - Si tiene alguna lesión de caries en los primeros molares.
 - Si lesión de caries aguda.
 - Si cod mayor o igual a 3.
 - Si paciente con discapacidad.
- Paciente de 11 a 15 años.
Se deben sellar los primeros y segundos molares sanos si se da alguna de las siguientes circunstancias:
 - Si tiene dos o más lesiones de caries en los primeros molares.
 - Si tiene alguna lesión de caries en los segundos molares.
 - Si lesión de caries aguda.
 - Si paciente con discapacidad.Se deben sellar los primeros, segundos molares y premolares sanos si se da alguna de las siguientes circunstancias:
 - Si tiene un CAOD igual o mayor a 5.
 - Si lesión de caries aguda.
 - Si es portador de ortodoncia multibrackets.

3. Control mecánico

Cepillado bucodental

- A toda la población.
Técnica: la que mejor remueva. No complicar al paciente.
Frecuencia: 2 veces al día. Un buen cepillado nocturno.
Ideal: no enjuagarse después de escupir restos de pasta.

Hilo y seda dental

- Paciente de 11 años o más.
Introducir la enseñanza del manejo de la seda dental.

Paciente con discapacidad

Recomendar el uso del cepillo eléctrico bajo supervisión de los padres o cuidadores.

4. Control químico

Barniz de Clorhexidina

Técnica: tres aplicaciones seguidas. Una por semana.
Frecuencia: repetir cada 3 – 4 meses hasta control completo del paciente.

5. Control de dieta

Está indicado realizar un dietario del paciente, también debemos introducir sustitutos de los azúcares, tales como el xilitol.

6. Pauta de revisiones

Se deben realizar revisiones periódicas, cada tres o cuatro meses, hasta estabilización del paciente, y paso al grupo de pacientes de riesgo moderado.

PACIENTE DE RIESGO MODERADO

1. Flúor

Suplementos orales

No están indicados.

Colutorios

- Paciente de menos de 6 años.
No está indicado, por problema de deglución.
- Paciente de 6 años o más.
Colutorio 0.2% una vez a la semana.

Barnices

- Paciente de 6 años o más.
Una aplicación cada 6 meses.

Pastas dentífricas

- Paciente de 6 años o más.
Pasta de más de 1000 ppm dos veces al día, una por la noche. Lo ideal es escupir y no enjuagarse.

2. Selladores de fisuras

- Paciente de 6 a 10 años.
Se deben sellar los primeros molares sanos si se da alguna de las siguientes circunstancias:
 - Si tiene alguna lesión de caries en los primeros molares.
 - Si lesión de caries aguda.
 - Si cod mayor o igual a 3.
 - Si paciente con discapacidad.
- Paciente de 11 a 15 años.
Se deben sellar los primeros y segundos molares sanos si se da alguna de las siguientes circunstancias:
 - Si tiene dos o más lesiones de caries en los primeros molares.
 - Si tiene alguna lesión de caries en los segundos molares.

3. Control mecánico

Cepillado bucodental

- A toda la población.
Técnica: la que mejor remueva. No complicar al paciente.
Frecuencia: 2 veces al día. Un buen cepillado nocturno.
Ideal: no enjuagarse después de escupir restos de pasta.

Hilo y seda dental

- Paciente de 11 años o más.
Introducir la enseñanza del manejo de la seda dental.

Paciente con discapacidad

Recomendar el uso del cepillo eléctrico bajo supervisión de los padres o cuidadores.

4. Control químico

Barniz de Clorhexidina

No está indicado.

5. Control de dieta

No está indicado.

6. Pauta de revisiones

Se deben realizar revisiones periódicas, cada seis meses, hasta estabilización del paciente, y paso al grupo de pacientes de riesgo bajo.

PACIENTE DE BAJO RIESGO

1. Flúor

Suplementos orales

No están indicados.

Colutorios

No están indicados.

Barnices

No están indicados.

Pastas dentífricas

- Paciente de 6 años o más.
Pasta de más de 1000 ppm dos veces al día, una por la noche. Lo ideal es escupir y no enjuagarse.

2. Selladores de fisuras

- Paciente de 6 a 10 años.
Si no existe lesión de caries en ninguno de los primeros molares y cod es igual o menor de uno, no está indicado sellar los primeros molares.
- Paciente de 11 a 15 años.
Si existen dos o menos lesiones de caries en los primeros molares y no existen lesiones de caries en los segundos molares, no está indicado sellar los segundos molares.

3. Control mecánico

Cepillado bucodental

- A toda la población.
Técnica: la que mejor remueva. No complicar al paciente.
Frecuencia: 2 veces al día. Un buen cepillado nocturno.
Ideal: no enjuagarse después de escupir restos de pasta.

Hilo y seda dental

- Paciente de 11 años o más.
Introducir la enseñanza del manejo de la seda dental.

4. Control químico

Barniz de Clorhexidina

No está indicado.

5. Control de dieta

No está indicado.

6. Pauta de revisiones

Se deben realizar revisiones periódicas, una vez al año.

RESUMEN DE PROTOCOLOS DE PREVENCIÓN

1. PACIENTE DE ALTO RIESGO

Flúor	Suplementos orales (4 – 16 años)	< 0.3 ppm: 1 mg/día > 0.4 ppm: No indicado
	Colutorios (mayor de 6 años)	0,2 % semanal
	Barnices (mayor de 6 años)	2 veces/año
	Pastas dentífricas (6 años o más)	2 veces/día > 1000 ppm de flúor
Selladores de fisuras	De 6 a 10 años	M1
	De 11 a 15 años	Si CAOM>2: M1+M2 Si CAOD>5: M1+M2+PM
Control químico	Barniz de Clorhexidina	3 – 4 veces/año
Control de dieta	Sí	
Revisiones periódicas	Cada 3 – 4 meses	

2. PACIENTE DE RIESGO MODERADO

Flúor	Suplementos orales (4 – 16 años)	No indicado
	Colutorios (mayor de 6 años)	0,2 % semanal
	Barnices (mayor de 6 años)	2 veces/año
	Pastas dentífricas (6 años o más)	2 veces/día > 1000 ppm de flúor
Selladores de fisuras	De 6 a 10 años	M1
	De 11 a 15 años	Si CAOM>2: M1 + M2
Control químico	No indicado	
Control de dieta	No indicado	
Revisiones periódicas	Cada 6 meses	

3. PACIENTE DE BAJO RIESGO

Flúor	Suplementos orales (4 – 16 años)	No indicados
	Colutorios (mayor de 6 años)	
	Barnices (mayor de 6 años)	
	Pastas dentífricas (6 años o más)	2 veces/día > 1000 ppm de flúor
Selladores de fisuras	De 6 a 10 años	Si CAOM = 0: No indicados
	De 11 a 15 años	SI CAOM <=2: No indicados
Control químico	No indicado	
Control de dieta	No indicado	
Revisiones periódicas	Cada 12 meses	

	ACTUACIÓN	ALTO RIESGO	RIESGO MODERADO	BAJO RIESGO
Fluor	Suplementos orales (4 – 16 años)	< 0.3 ppm: 1 mg/día > 0.4 ppm: no indicado	No indicados	
	Colutorios (mayor de 6 años)	0,2 % semanal	0,2 % semanal	No indicados
	Barnices (mayor de 6 años)	2 veces/año	2 veces/año	
	Pastas dentífricas (6 años o más)	2 veces/día > 1000 ppm flúor	2 veces /día > 1000 ppm flúor	2 veces/día > 1000 ppm flúor
Selladores de fisuras	De 6 a 10 años	M1	M1	Si CAOM = 0: No indicados
	De 11 a 15 años	Si CAOM>2: M1 + M2 Si CAOD>5: M1 + M2 + PM	Si CAOM>2: M1+ M2	Si CAOM <=2: No indicados
	Control químico Barniz de Clorhexidina	3 – 4 veces/año	No indicado	No indicado
	Control de dieta	Sí	No indicado	No indicado
	Revisiones	Cada 3 – 4 meses	Cada 6 meses	Cada 12 meses

PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS EN LOS QUE SE DEBE CONSIDERAR LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS PACIENTES CON RIESGO

PROFILAXIS ANTIBIOTICA	PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO
Sí	<ul style="list-style-type: none">• Extracción dental• Procedimientos periodontales• Implantes subgingivales de tiras de antibióticos• Implantes de bandas de ortodoncia• Inyección intraligamentosa de anestésicos• Limpieza con sangrado
NO	<ul style="list-style-type: none">• Inyecciones de anestésicos no intraligamentosas• Quitar puntos de sutura• Obtención de impresiones dentales• Extracción dental en primera dentición

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN ENFERMOS CON CARDIOPATÍAS

Cardiopatías asociadas con endocarditis

Profilaxis recomendada

Riesgo alto

- Prótesis valvulares (incluidas bioprótesis y homoinjertos)
- Endocarditis bacteriana previa
- Cardiopatías congénitas cianóticas
- Ductus arteriosus
- Insuficiencia aórtica
- Estenosis aórtica
- Insuficiencia mitral
- Doble lesión mitral
- CIV
- Coartación aórtica
- Lesiones intracardiacas operadas con anomalías hemodinámicas residuales
- Cortocircuitos sistémicos o pulmonares con corrección quirúrgica

Riesgo moderado

- Otros defectos congénitos que los expertos en el apartado precedente y posterior
- Estenosis mitral pura
- Valvulopatía tricuspídea
- Estenosis pulmonar
- Miocardiopatía hipertrófica
- Prolapso mitral con insuficiencia valvular y/o valvas redundantes
- Aorta bicúspide con ligeras anomalías hemodinámicas
- Esclerosis aórtica con ligeras anomalías hemodinámicas
- Lesiones degenerativas valvulares en los ancianos
- Lesiones intracardiacas operadas sin anomalías hemodinámicas en los primeros 6 meses tras la intervención

Profilaxis no necesaria

Riesgo bajo

CIA tipo *ostium secundum*

Reparación de CIA y ductus pasados 6 meses y sin lesiones residuales

Cirugía coronaria

Prolapso mitral sin insuficiencia valvular

Soplos funcionales

Enfermedad de Kawasaki sin disfunción valvular

Fiebre reumática previa sin lesión valvular

Marcapasos (endocavitarios y epicárdicos) y desfibriladores

Insuficiencia valvular leve por Doppler sin anomalías orgánicas

Implantación de Stent

CIA: comunicación interauricular; CIV: comunicación interventricular.

PAUTA ANTIBIÓTICA DE PROFILAXIS EN LOS PROCEDIMIENTOS DENTALES

	ANTIBIÓTICO	PAUTA
Profilaxis estándar	Amoxicilina	Adultos: 2 g; niños: 5mg/kg 1 h antes del procedimiento.
Intolerancia a la vía oral	Ampicilina	Adultos: 2 g i.m. o i.v.; niños: 50 mg/kg i.m. o i.v. 30 min. antes del procedimiento.
Alérgicos a penicilina	Clindamicina o cefalexina	Adultos: 600 mg; niños: 20 mg/kg oral 1 h antes del procedimiento. Adultos: 2 g; niños: 20 mg/kg oral 1 h antes del procedimiento.
Alérgicos a penicilina e intolerancia vía oral	Clindamicina o cefazolina	Adultos: 600 mg; niños: 20 mg/kg i.v. 30 min antes del procedimiento. Adultos: 2 g; niños: 25 mg/kg i.m. o i.v. 30 min antes del procedimiento.