



SALUD BUCODENTAL Y MEDICAMENTOS

Emma Zardain Tamargo, CIM

Una buena salud bucodental, incluida la correcta función salivar, es básica para la salud general. A su vez, las enfermedades sistémicas tienen repercusión oral¹⁻⁶ (diabetes, inmunodepresión, alcoholismo, drogadicción, etc) no siempre evidente. Los diabéticos mal controlados tienen mayor incidencia de gingivitis, periodontitis, pérdida de hueso alveolar, etc. La asociación entre algunas enfermedades orales y sistémicas se investiga intensamente, p ej. el papel de la periodontitis en la enfermedad cardiovascular, ictus, diabetes y la neumonía bacteriana.

Los medicamentos pueden causar reacciones adversas (RAM) con repercusión en cualquier órgano o sistema corporal, incluidos la boca y anejos: trastornos de la función salivar (xerostomía, hipersialia y sialorrea, sialoadenitis), alteraciones de los tejidos periodontales (hiperplasia gingival, sangrado ..), en la mucosa oral (estomatitis, mucositis, ulceración, liquen, etc), de la lengua (glositis, lengua vellosa,...), en los dientes (cambios de color, alteración del esmalte, caries, etc), aumento de la susceptibilidad a infecciones (candidiasis bucal, estomatitis viral, etc), trastornos del gusto (ageusia, disgeusia), del hueso mandibular (necrosis maxilar). Por otra parte, el tratamiento farmacológico de una enfermedad preexistente puede condicionar el tratamiento odontostomatológico: anticoagulantes y antiagregantes, ciertos procedimientos dentales en pacientes con prótesis valvulares, etc. También pueden producirse interacciones entre los medicamentos utilizados por el paciente y los necesarios para los procesos bucodentales.

Reacciones adversas con manifestación oral⁽⁷⁻¹⁶⁾

Hay muchas RAM que afectan al área bucodental. Las más frecuentes son la xerostomía, los trastor-

nos del gusto y la inflamación de las encías, y las lesiones de la mucosa oral, especialmente con anti-neoplásicos o radioterapia. La hipersensibilidad por medicamentos también puede tener manifestaciones orales.

Las *alteraciones salivares* son una RAM frecuente. Además de la xerostomía que ya hemos revisado¹², los medicamentos pueden producir exceso de secreción, inflamación o dolor de las glándulas salivares. Varios fármacos pueden causar *hipersalivación* (con o sin sialorrea), en particular, los anticolinérgicos (donepezilo, rivastigmina, galantamina), o con efecto colinérgico directo o indirecto, como pilocarpina, antipsicóticos típicos (haloperidol) y atípicos (clozapina, olanzapina, quetiapina, risperidona), ansiolíticos (alprazolam, buspirona) algunos antidepresivos^{10-11,13} (venlafaxina, litio), entre otros. Muchos antipsicóticos pueden producir hipersalivación, pero es muy frecuente con clozapina. De predominio nocturno, aparece al inicio del tratamiento y puede afectar al cumplimiento terapéutico. No se conoce el mecanismo exacto, y si disminuir la dosis o utilizar otro antipsicótico no es posible, se han propuesto diversos medicamentos para controlarla. La clozapina y otros medicamentos (fenilbutazona, clorhexidina) puede causar sialadenitis (inflamación de las glándulas salivares). Antihipertensivos, anti-tiroideos, yoduros, bloqueantes ganglionares, fenotiazinas y sulfonamidas, pueden causar dolor en las salivares. Algunos medicamentos pueden colorear la saliva de rojo o anaranjado: clofazimina, levodopa, rifampicina, rifabutina.

Trastornos del gusto: muchos medicamentos pueden alterar el gusto, generalmente de manera reversible. Penicilamina (ageusia), IECA (disgeusia), antitiroideos, antibióticos betalactámicos, claritromicina, griseofulvina, biguanidas, clorhexidina, opiáceos,

anti-HIV inhibidores de la proteasa, lansoprazol, isotretinoína. En el caso de los IECA, suele ser un efecto autolimitado y pasajero.

Engrosamiento gingival: Se agrandan las papilas interdetales y la encía se hace más prominente, pudiendo invadir la corona dental y provocar alteraciones estéticas y funcionales (afectación de la oclusión, friabilidad gingival, malposición dentaria, trastornos fonatorios y deglutorios, etc). Es frecuente con ciclosporina, fenitoína, antagonistas del calcio (dihidropiridinas, verapamilo, diltiazem), anticonceptivos orales. En el caso de la fenitoína, no suele ser reversible al interrumpir el tratamiento.

Alteraciones dentales: tinción dental intrínseca o extrínseca. Algunos fármacos pueden producir coloración dental: antibacterianos (tetraciclinas, ciprofloxacino, amoxicilina/clavulánico), IECA, fluoruros, sales de hierro orales, sales de cobre. La *clorhexidina* produce manchas marrones en el esmalte (coloración extrínseca), que sólo se eliminan con limpieza profesional. La fluorosis dental se manifiesta como un defecto en la formación del esmalte, debido a un consumo excesivo durante la etapa de formación dental (embarazo y hasta los 8 años). Las tetraciclinas se depositan en el tejido dental durante su formación, causando manchas permanentes (coloración intrínseca) e hipoplasia del esmalte, por lo que no deben administrarse a menores de 12 años, embarazadas o madres lactantes. También pueden colorear las encías.

Trastornos de la mucosa oral (estomatitis, aftas, candidiasis, etc): La irritación mucosa puede ser consecuencia de la xerostomía iatrogénica. AINES, betabloqueantes, captopril, entre otros medicamentos pueden causar aftas. La mucositis es una RAM frecuente con antineoplásicos (metotrexato, 5-fluorouracilo, doxorubicina, melfalan, mercaptopurina, bleomicina ..). Inhibidores de la bomba de protones (IBP) como lansoprazol, con amoxicilina, o claritromicina se han citado como causa de estomatitis y glositis. Los antibacterianos de amplio espectro, los inmunosupresores, incluidos corticoides inhalados, aumentan la susceptibilidad a infecciones víricas (herpes) y fúngicas (candidiasis oral). Recomendar a usuarios de corticoides inhalados que enjuaguen la boca con agua después de cada administración para disminuir el depósito de fármaco en la boca, que favorece la candidiasis. IECA, ARAII y antidepresivos tricíclicos entre otros, pueden causar síndrome de la boca ardiente, con dolor acompañado o no de inflamación de la mucosa bucal.

Los medicamentos que provocan xerostomía y el disulfiram, isosorbida dinitrato, dimetilsulfóxido, pueden causar *mal aliento (halitosis)*.

Necrosis maxilar (NM)¹⁴⁻¹⁶: Es una RAM de los bisfosfonatos por vía intravenosa (iv) para el cáncer, pero también de los empleados por vía oral en la osteoporosis. Recientemente se ha citado en usuarios de anticuerpos monoclonales (bevacizumab) y sunitinib. Puede aparecer espontáneamente o con traumatismos menores. Hay factores de riesgo asociados con el fármaco (potencia relativa de los bisfosfonatos, vía de administración, duración del tratamiento), con condiciones locales (cirugía dentoalveolar, anatomía local, patología oral concomitante), factores demográficos y sistémicos y factores genéticos. Para la prevención, en los pacientes que necesitan bisfosfonatos iv se recomienda un tratamiento dental preventivo previo al inicio del tratamiento. En cuanto a los bisfosfonatos orales para la osteoporosis, el riesgo estimado es muy bajo (1:100.000 pacientes/año) y parece aumentar en pacientes tratados durante ≥ 3 años o durante menos, en los tratados simultáneamente con corticoides. No hay pruebas definitivas para las recomendaciones de prevención pero en base a los datos disponibles, la estrategia aconseja, en los usuarios de bisfosfonatos durante < 3 años sin factores de riesgo añadidos, acudir a revisiones odontológicas periódicas pero sin modificar ni aplazar los procedimientos o cirugía odontoestomatológica necesaria. En los usuarios de bisfosfonatos durante < 3 años junto con corticoides o durante ≥ 3 años, se debe valorar la conveniencia de suspender el bisfosfonato un mínimo de 3 meses antes de la cirugía e instaurarlo concluida la cicatrización ósea. La interrupción del tratamiento con bisfosfonatos se ha asociado con una mejoría clínica gradual de la NM.

Tratamientos farmacológicos y odontológicos

Algunos medicamentos pueden interferir con los tratamientos odontoestomatológicos, por interacción farmacológica con los medicamentos utilizados en los mismos o por la modificación que producen en el estado clínico del paciente: anticoagulantes y antiagregantes, antiinflamatorios, corticoides, inmunosupresores, antiarrítmicos, etc. En odontología se utilizan habitualmente anestésicos locales, analgésicos y antiinflamatorios, antibacterianos, antifúngicos, sedantes y ansiolíticos, por tanto hay que considerar las potenciales interacciones con el tratamiento de base del paciente.

En el caso de los polimedicados, es muy importante comunicar al odontólogo todos los medicamentos que está tomando el paciente, para que actúe en consecuencia. La situación clínica del paciente que tiene que someterse a ciertos procedimientos denta-

les condiciona los mismos y puede requerir cambios en el tratamiento preexistente o medicación adicional.

Profilaxis de la endocarditis infecciosa⁽¹⁷⁻²¹⁾

La *endocarditis infecciosa* es una enfermedad poco frecuente pero grave, con alta mortalidad y morbilidad (ictus, insuficiencia cardiaca...). Se creía que la aplicación de *profilaxis antibiótica* puntual evitaría la bacteriemia pasajera que pueden causar algunos tratamientos odontológicos y el consiguiente riesgo de endocarditis infecciosa en pacientes de alto riesgo (con antecedentes de endocarditis, anomalías cardíacas estructurales, miocardiopatía hipertrófica, portadores de prótesis valvulares, entre otros). Las recomendaciones al respecto han ido cambiando con el tiempo¹⁷. A falta de pruebas de eficacia y teniendo en cuenta las resistencias antibióticas y la posibilidad de reacciones adversas, ahora se considera que este tratamiento preventivo no está justificado en general.

El NICE británico desde 2008 ya no recomienda la profilaxis antibiótica para la prevención de la endocarditis infecciosa en niños o adultos de riesgo, en caso de intervenciones dentales. En cambio recalca la necesidad de instruir a los pacientes para mantener una higiene bucodental cuidadosa, con controles odontológicos periódicos y para reconocer los signos y síntomas precoces de la endocarditis y acudir prontamente al médico. Otros organismos siguen recomendando excepcionalmente la profilaxis²⁰⁻²¹. La Sociedad Europea de Cardiología (ESC)²¹ por su parte, mantiene la recomendación de profilaxis antibiótica para procedimientos con riesgo de endocarditis infecciosa en pacientes con cardiopatías predisponentes, pero limita su indicación a los pacientes y procedimientos de mayor riesgo, que para el área bucodental son aquellos que implican la manipulación de la región gingival o periapical de los dientes o la perforación de la mucosa oral. En esos casos, la profilaxis supone la administración 30-60 minutos antes de la intervención, de una dosis única de amoxicilina o ampicilina en dosis de 2 g oral o iv en adultos y 50 mg/kg oral o iv en niños. En caso de alergia, clindamicina 600 mg oral o iv (adultos) y 20 mg/kg oral o iv (niños).

Los pacientes con cardiopatías, incluidos portadores de prótesis valvulares, que necesiten tratamiento dental deben comunicarlo a su médico y odontólogo, para que valoren la necesidad o no de profilaxis antibiótica. Además, deben conocer los síntomas iniciales de la endocarditis para acudir prontamente al médico si se presentan, permitiendo un diagnóstico precoz.

Recomendaciones en pacientes con anticoagulantes y antiagregantes⁽²²⁻³²⁾

1) Pacientes tratados con anticoagulantes.

Anticoagulantes orales anti-vitamina K (*acenocumarol*, *warfarina*), inhibidores directos del factor Xa (apixaban, rivaroxaban), de la trombina (*dabigatran*). En general, el médico debe valorar el riesgo de trombosis si se interrumpe o modifica el tratamiento anticoagulante frente al beneficio de evitar sangrado anormal. Para ello debe tener en cuenta el procedimiento odontológico que se va a aplicar y la situación del paciente. En pacientes de alto riesgo (usuarios de anticoagulantes con enfermedades que incrementan el riesgo de sangrado, como enfermedad renal o hepática, trombocitopenia, etc), que requieran procedimientos también de alto riesgo que no puedan posponerse, la recomendación puede ser un "tratamiento puente" sustituyendo el anticoagulante por heparinas de bajo peso molecular, previa consulta con el hematólogo. En los demás casos, se considera preferible mantener el tratamiento anticoagulante oral y aplicar técnicas odontológicas y tratamientos de control del sangrado, incluso con atención en medio hospitalario.

Anticoagulantes orales antivitamina K: Se recomienda medir el RIN en las 24h o 72h previas a la intervención y se considera que en pacientes en el rango terapéutico de 2-4, el riesgo de sangrado significativo es muy bajo, frente al incremento de riesgo de trombosis si se interrumpe la anticoagulación. Por ello los anticoagulantes orales no se deben suspender en la mayoría de los pacientes que necesitan tratamiento dental quirúrgico ambulatorio, incluyendo extracciones dentales.

Hay medidas prácticas generales recomendadas para pacientes con anticoagulantes que han de someterse a procedimientos dentales, como programar la intervención a primera hora del día y al inicio de la semana para que haya tiempo de resolver las posibles complicaciones, posponer la intervención si es posible, cuando la anticoagulación es temporal, limitar el número de extracciones dentales simultáneas, etc.

*Nuevos anticoagulantes*³¹⁻³²: Normalmente no requieren control de la coagulación y no hay test estandarizados fiables de monitorización, ni se dispone de antídoto específico para revertir su efecto. Tienen una vida media relativamente corta (aprox. 13h para dabigatran, 8-12h para rivaroxaban). No hay recomendaciones basadas en pruebas sobre el manejo de pacientes odontológicos tratados con dabigatran o rivaroxaban. Teniendo en cuenta sus propiedades farmacodinámicas y el conocimiento de los riesgos de sangrado con los anticoagulantes antivitamina-K,

se asume igualmente que estos pacientes pueden continuar su tratamiento en el caso de procedimientos invasivos menores. Para procedimientos menores como extracción o limpieza dental, en pacientes con dabigatran se ha sugerido la conveniencia de realizar el procedimiento más de 10h (18h para rivaroxaban) después de la toma para que los niveles de fármaco sean mínimos. En cualquier caso, debido a la falta de experiencia por su reciente introducción en terapéutica, se requiere consulta al especialista previamente a la intervención o procedimiento dental.

2) Pacientes con antiagregantes, (*acetilsalicílico* –AAS-, *clopidogrel*, *prasugrel*, *ticagrelor*, *ticlopidina*, *dipiridamol*), que van a someterse a intervenciones dentales con riesgo de sangrado.

a) *Pacientes con antiagregación simple* (un antiagregante): Se considera que no se debe interrumpir sistemáticamente el tratamiento antiagregante, dado que el aumento sangrado en caso de procedimientos dentales tiene menos riesgo que las complicaciones tromboembólicas y se puede controlar con medidas locales, técnicas (compresión con gasas, esponjas de gelatina o colágeno, etc) o farmacológicas (enjuagues con ac. tranexámico).

b) *Pacientes con doble antiagregación* (clopidogrel o prasugrel más AAS): Son pacientes con “*stent*” (endoprótesis cardíaca) y la supresión de un antiagregante tiene un gran riesgo de trombosis y si se continúa, el riesgo de sangrado quirúrgico es también muy importante. Se recomienda aplazar la intervención si es factible o hacerla en el medio hospitalario con todas las precauciones y valorando el riesgo/beneficio de las posibles alternativas.

Control del dolor después de intervenciones odontostomatológicas en pacientes con anticoagulantes y antiagregantes: Evitar AINE, se pueden usar paracetamol y opiáceos.

Atención farmacéutica y salud bucodental

- La boca suele ser la gran olvidada en el paciente crónico y también en los ancianos, que a menudo son pacientes polimedicados y con problemas

para mantener una buena higiene bucodental, por el deterioro físico y cognitivo. Por otro lado, existen numerosas implicaciones socioeconómicas que pueden suponer una barrera crítica para el acceso a los cuidados bucodentales imprescindibles.

- La atención farmacéutica debe contemplar el impacto de los medicamentos en la salud bucodental de todos los pacientes, especialmente los polimedicados.

- Recordar a los pacientes la necesidad de mantener una higiene bucodental cuidadosa (cepillado con pastas fluoradas adecuadas, uso de seda o cinta dental), limitar el consumo de azúcares fermentables y bebidas carbonatadas y ácidas y acudir periódicamente al odontólogo.

- Diabéticos, cardiopatas, pacientes tratados con anticoagulantes o antiagregantes o con enfermedades que alteren la coagulación, pacientes sometidos a radioterapia o tratados con antineoplásicos, inmunosupresores, usuarios de bisfosfonatos, necesitan particular atención e instrucciones para comunicar al odontólogo su situación y todos los medicamentos que usan.

- La endocarditis infecciosa es una enfermedad poco frecuente pero grave. Los síntomas precoces son de tipo gripal: fiebre, sudoración nocturna, escalofríos, debilidad y cansancio, dificultad para respirar, pérdida de peso y dolor articular. Hay que recomendar a los pacientes de riesgo (con antecedentes de endocarditis infecciosa, portadores de prótesis valvulares, con cardiopatía congénita estructural, miocardiopatía dilatada...) que consulten al médico si experimentan estos síntomas durante más de una semana.

- Considerar la posibilidad de RAM bucodentales. Lo más frecuente, sequedad de boca, alteraciones del gusto, inflamación de las encías y trastornos de la mucosa oral, los usuarios de medicamentos que puedan producirlos requieren una supervisión especial. Remitir al médico los pacientes con sospecha de RAM por medicamentos de prescripción, y hacer la comunicación a farmacovigilancia.

Bibliografía

- Aldous JA. A guide to oral health for non-dental health providers. University of Utah – Health Care. En: http://uuhsc.utah.edu/dental/oral_health_guide.pdf. Acceso 20-XI-2012.
- Gómez García MC. Diabetes. Complicaciones crónicas: la boca. En: <http://www.grupodiabetessamfyc.cica.es/index.php/guia-clinica/guia-clinica/complicaciones-cronicas/la-boca.html>. Acceso 20-XI-2012.
- Simpson TC, Needleman I, Wild SH, Moles DR, Mills EJ. Treatment of periodontal disease for glycaemic control in people with diabetes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 5. Art. No.: CD004714. DOI: 10.1002/14651858.CD004714.pub2.
- Cruz-Pamplona M, Jiménez-Soriano Y, Sarrión-Pérez MG. Dental considerations in patients with heart disease. *J Clin Exp Dent*. 2011;3(2):e97-105. 105. En: <http://www.medicinaoral.com/odo/volumenes/v3i2/jcedv3i2p97.pdf>. Acceso 20-XI-2012.
- Claramunt Lozano A, Sarrión Pérez MG, Gavaldá Esteve C. Dental considerations in patients with respiratory problems. *J Clin Exp Dent*. 2011;3(3):e222-7. En: <http://www.medicinaoral.com/odo/volumenes/v3i3/jcedv3i3p222.pdf>. Acceso 20-XI-2012.
- Szarejko MJ, Norman J. 3956. Dental considerations for geriatric patients. *CME Resource*. En: http://www.netce.com/839/Course_3956.pdf. Acceso 20-XI-2012.
- Aubertin MA, Horbelt C, Wasson W, Woods M. Medication use in geriatric populations: Dental implications of frequently prescribed medications. *General Dentistry*. 2010;58(2):100-107. En: <http://www.agd.org/support/articles/?ArtID=7171>. Acceso 20-XI-2012.
- Jacobsen PL, Chávez EM. Clinical management of the dental patient taking multiple drugs. *J Contemp Dent Pract*. 2005; (6)4:144-151.
- Hulisz D. Adverse oral and dental effects of medications. En: http://www.pha.nu.ac.th/dis/uploads/amoxil500/2007-07-09_220245_adverseoral.pdf. Acceso 20-XI-2012.
- Abdollahi M, Rahimi R, Radfar M. Current opinion on drug-induced oral reactions: A comprehensive review. *J Contemp Dent Pract*. 2008; (9)3:001-015.
- Scully C, Bagan-Sebastian JV. Adverse drug reactions in the orofacial region. *Crit Rev Oral Biol Med*. 2004; 15(4):221-239. En: <http://cro.sagepub.com/content/15/4/221.full.pdf+html>. Acceso 20-XI-2012.
- Zardaín Tamargo E. Sequedad de boca. *Farmas (Oviedo)*. 2012; 21(3):1-6.
- Pickett K. Drug-induced hypersalivation - what treatment options are available?. *Wessex Drug and Medicines Information Centre*. Jun 2012. En: <http://www.nelm.nhs.uk/en/NeLM-Area/Evidence/Medicines-Q--A/Drug-induced-hypersalivation--what-treatment-options-are-available/>. Acceso 20-XI-2012.
- Sosa Henríquez M, Gómez de Tejada Romero MJ, Bagán Sebastián JV, Díaz Curiel M, Díez Pérez A, et al. Osteonecrosis de los maxilares: Documento de consenso. *Rev Osteoporosis Metab Miner*. 2009;1(1):41-51. En: http://www.ser.es/ArchivosDESCARGABLES/consensos/Osteonecrosis_de_losmaxilares.pdf. Acceso 27-XI-2012.
- American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. Position paper on bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw—2009 Update. En: http://www.aaoms.org/docs/position_papers/bronj_update.pdf. Acceso 7-XII-2012.
- Drug Safety Update. Bevacizumab and sunitinib: risk of osteonecrosis of the jaw. En: <http://www.mhra.gov.uk/Safetyinformation/DrugSafetyUpdate/CON105745>. Acceso 27-XI-2012.
- Profilaxis de la endocarditis infecciosa: cambios en las recomendaciones. *BTA* 2011;27(3):9-11. En: http://www.cadime.es/docs/bta/CADIME_BTA2011_27_3.pdf. Acceso 27-XI-2012.
- UK Medicines Information (UKMI) pharmacists for NHS healthcare professionals. Do patients undergoing dental procedures require endocarditis prophylaxis?. *Q&A* 187.3. Sept 2011. En: <http://www.nelm.nhs.uk/en/NeLM-Area/Evidence/Medicines-Q--A/Do-patients-undergoing-dental-procedures-require-endocarditis-prophylaxis/>. Acceso 27-XI-2012.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Prophylaxis against infective endocarditis. Quick reference guide. Ref. N1487. En: www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG64PIE-QRG.pdf. Acceso 20-XI-2012.
- Wilson W; Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levison M, et al. Prevention of infective endocarditis. Guidelines from the American Heart Association (AHA). *Circulation*. 2007;116:1736-1754. En: <http://circ.ahajournals.org/content/116/15/1736.full.pdf+html>. Acceso 27-XI-2012.
- Gpo. de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Endocarditis Infecciosa. En colaboración con la European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) y la International Society of Chemotherapy (ISC) for Infection and Cancer. Guía de práctica clínica para prevención, diagnóstico y tratamiento de la endocarditis infecciosa (nueva versión 2009). En: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13145648&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=23&accion=L&origen=cardio&web=http://www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v62n12a13145648pdf001.pdf. Acceso 26-XI-2012.
- Anticoagulant, antiplatelet medications and dental procedures. En: <http://www.ada.org/2526.aspx?currentTab=2>. Acceso 20-XI-2012.
- Blanco González JM (coord.) Guía para la atención a la salud bucodental en Asturias. Dirección Gral. de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Ppado. de Asturias. Oviedo; 2010. En: http://www.asturias.es/Astursalud/Articulos/AS_Salud%20Publica/AS_Salud%20Poblacional/Salud%20bucodental/LIBRO_BUCODENTAL.pdf. Acceso 20-XI-2012.
- UK North West Medicines Information Centre. Surgical management of the primary care dental patient on antiplatelet medication. Aug 2010. En: <http://www.nelm.nhs.uk/en/NeLM-Area/Evidence/Medicines-Q--A/Surgical-management-of-the-primary-care-dental-patient-on-antiplatelet-medication/>. Acceso 27-XI-2012.
- Perry DJ, Nokes TJ, Heliwell PS. Guidelines for the management of patients on oral anticoagulants requiring dental surgery. London (UK): British Committee for Standards in Haematology; 2007. 15 p. [20 references]. En: http://www.bcsghguidelines.com/documents/WarfarinandentalSurgery_bjh_264_2007.pdf. Acceso 27-XI-2012.
- Daley BJ, Schwer WA. Perioperative anticoagulation management. En: <http://emedicine.medscape.com/article/285265-overview>. Acceso 27-XI-2012.
- Abdullah M. Al-Harkan AM, Al-Ayoub GA. Should Antiplatelet and anticoagulant medications be discontinued before minor oral surgery procedures?. *J Can Dent Assoc*. 2012;78:c24. En: <http://www.jcda.ca/article/c24>. Acceso 27-XI-2012.
- UK National Health Service. Surgical management of the primary care dental patient on antiplatelet medication. 2010. National Electronic Library of Medicines. En: <http://www.nelm.nhs.uk/en/NeLM-Area/Evidence/Medicines-Q--A/Surgical-management-of-the-primary-care-dental-patient-on-antiplatelet-medication/>. Acceso 27-XI-2012.
- Programa de Salud Oral en Atención Primaria. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Canario de la Salud. 2010. Criterios a seguir en la atención en pacientes con coagulopatías y con tratamiento con anticoagulante. Pautas de actuación. En: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/54eda0c5-4332-11e0-be01-71-b0882b892e/anticoaguladossanitarios.pdf>. Acceso 20-XI-2012.
- ADA Oral health topics. Anticoagulant, Antiplatelet Medications and Dental Procedures. En: <http://www.ada.org/2526.aspx>. Acceso 27-XI-2012.
- British Columbia Drug and Poison Centre. Management of anticoagulant and antiplatelet therapy for patients undergoing dental procedures. 2010 En: <http://dpic.org/article/professional/management-anticoagulant-and-antiplatelet-therapy-patients-undergoing-dental-pr>. Acceso 7-XII-2012.
- Weitz JI, Quinlan DJ, Eikelboom JW. Periprocedural management and approach to bleeding in patients taking dabigatran. *Circulation*. 2012;126:2428-2432.