

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO A PACIENTES CARDIOPATAS

Protocolo singularizado para o Município de
Jundiaí –2022
Versão I



Prefeitura
de Jundiaí



Organização e Elaboração

Departamento de Regulação da Saúde (DRS)
Unidade de Gestão de Promoção da Saúde

Dr. Adilson Alves Gabriel (Médico Cardiologista UGPS)

Dra. Evely Sartori da Silva Morgan (Apoio Técnico em Saúde Bucal)

Dr. Gerson Aparecido Hoehne (Odontólogo UGPS)

Dra. Gerusa de Oliveira Moura Cardoso (Odontóloga UGPS)

Dra. Luciane Yurika Koga (Apoio Técnico em Saúde Bucal)

Dra. Mariza Caldeira Salvatierra (Médica Clínica e Cardiologista UGPS)

Dra. Patrícia Ledo (Apoio Técnico em Saúde do Adulto e do Idoso)

Dr. Tiago Mendonça Dias (Apoio Técnico em Saúde Bucal)

Diretora do DRS: Fabiana Barrete de Alcântara Fredo.



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO -----	03
INTRODUÇÃO -----	04
1. USO DE ANESTÉSICOS -----	05
2. HIPERTENSÃO ARTERIAL -----	06
3. CRISE HIPERTENSIVA -----	08
4. ARRITMIA CARDÍACA -----	09
5. DOR TORÁCICA -----	11
6. PROFILAXIA ANTIBIÓTICA -----	12
7. USO DE ANTIAGREGANTE PLAQUETÁRIO -----	14
8. USO DE ANTICOAGULANTE -----	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	18



APRESENTAÇÃO

Atenção Básica se caracteriza como porta de entrada primordial aos serviços de saúde do SUS e lócus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários; cumpre papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para sua coordenação e efetivação da integralidade.

Portanto, é importante que a Atenção Básica seja altamente resolutiva, o que depende da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias leves-duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da Atenção Básica com outros pontos da rede de saúde.

O Serviço Especializado (ou secundário) é marcado por diferentes “filtros” no que se refere ao seu acesso, em especial no que se refere ao dimensionamento e organização das ofertas em função da própria resolutividade da atenção básica.

Dessa forma, é preciso organizar estratégias que impactem na Atenção Básica, nos processos de Regulação do Acesso (desde os serviços solicitantes até as Centrais de Regulação), bem como na organização da Atenção Especializada.

A construção, pactuação e atualização periódica dos protocolos clínicos colaboram com a ação regulatória qualificando melhor as demandas e o uso dos recursos em saúde compondo mais uma estratégia de ampliação, resolutividade e coordenação do cuidado. Os protocolos oferecem subsídios para uma triagem clínica mais qualificada, evitando encaminhamentos desnecessários e colaborando com a priorização do acesso dos usuários às consultas e/ou procedimentos.

A Regulação da Assistência à Saúde visa ordenar o acesso às ações e serviços de saúde, priorizando consultas e procedimentos em saúde em tempo oportuno com equidade.

[Digite texto]



INTRODUÇÃO

O profissional odontólogo deve, frente a um paciente cardiopata, realizar um questionário de saúde criterioso, buscando saber qual a patologia presente, dados progressos da doença atual, cirurgias cardíacas realizadas, uso de próteses cardíacas, medicações em uso, anotar nome e telefone do médico assistente e pedir que o paciente assine o referido questionário.

Para criar uma relação de segurança e confiança profissional / paciente deve-se, antes e após a consulta, verificar pressão arterial, batimentos cardíacos e demais sinais necessários e anotá-los na ficha clínica.

Deve-se motivar o paciente quanto aos hábitos saudáveis de higiene oral, evitando-se desta maneira processos infecciosos, bacteremias, entre outros, que podem predispor ao aparecimento de endocardite bacteriana. A higiene oral também reduzirá a quantidade de consultas e procedimentos a que o paciente deve ser submetido.

O tratamento odontológico deve ser muito bem planejado, evitando dessa maneira problemas com infecções, interações medicamentosas e estresse, que podem funcionar como gatilho para sintomas ou piorar o quadro existente.

No caso de pacientes que sofreram IAM, os atendimentos eletivos só devem ser realizados após seis meses do evento, já que durante este período o índice de mortalidade se apresenta alto. Nos casos de urgência odontológica nesses pacientes, dentro desse período, o ideal é que seja realizada a nível hospitalar, com acompanhamento médico.

Diminuição do estresse através de diálogo com o paciente ou através de medicação, como benzodiazepínicos.

[Digite texto]



Benzodiazepínicos disponíveis na rede pública de Jundiaí	
CLONAZEPAM 2,5 MG/ML, GOTAS (APROX. 20 ML)	FARMÁCIA CENTRAL 2° ANDAR
DIAZEPAM 10 MG	

1. USO DE ANESTÉSICOS

No caso da necessidade de utilização de anestésicos em pacientes cardiopatas, a sua aplicação deverá ser realizada de forma atenta, aspirando-se antes do início, evitando dessa forma a introdução do líquido dentro de um vaso (seringa carpule com aspiração),

O anestésico a ser utilizado para esses pacientes pode ser a prilocaína com felipressina, porém, caso necessário a utilização de um vasoconstritor adrenérgico, pode-se usar a epinefrina 1:100.000 ou 1:200.000, nunca ultrapassando a dose máxima de 3 tubetes. Alguns autores preconizam dose máxima de dois tubetes. Vale salientar que o vasoconstritor norepinefrina está contra indicado para esses casos.

Em pacientes com hipertensão grau III (maior que 180x110 mmHg) não se deve usar vasoconstritor no anestésico, optando-se nesses casos por utilizar mepivacaína 3% sem VC, além de se evitar procedimentos invasivos. Diversos autores preconizam a utilização do anestésico prilocaína com felipressina por apresentar menor efeito sobre o sistema cardiovascular, porém não ultrapassando a quantia de cinco tubetes. Importante frisar a necessidade de uma técnica anestésica apurada, diminuindo dessa forma a quantidade de anestésico a ser utilizado no procedimento e sendo eficiente no controle do estresse e da dor.

Em pacientes com arritmia e IAM deve-se ter como primeira opção a prilocaína com felipressina. Caso não indicado, utilizar mepivacaína sem VC, já que os agentes constritores catecolaminas (epinefrina, norepinefrina, levonordefrina devem ser evitados. Atenção aos pacientes em uso de

[Digite texto]



betabloqueadores (propranolol) e diuréticos não poupadores de potássio pois, os anestésicos com vasoconstritor podem desencadear uma crise hipertensiva ou um quadro de arritmia.

Anestésicos para pacientes cardiopatas

Anestésico	Dose máxima adulto
Prilocaína com felipressina	3 a 5 tubetes
Lidocaína 2% com adrenalina 1:100000	2 a 3 tubetes
Mepivacaína 3%	3 a 5 tubetes

2. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Valores da pressão arterial:

- Até 159 x 99 mmHg em pacientes assintomáticos pode-se realizar o atendimento odontológico.
- A partir de 160 x 100 mmHg ou paciente sintomático encaminhar para acolhimento na unidade com clínico

Estágio 1	140 a 159 e 90 a 99	Assintomático	Atendimento Odontológico
Estágio 1	140 a 159 e 90 a 99	Sintomático	Atendimento Médico
Estágio 2	160-171 e 100-109 mmHg	Assintomático ou sintomático	Atendimento Médico
Estágio 3	180/110 mmHg	Assintomático ou sintomático	Atendimento Médico

Como o estresse pode desencadear crise hipertensiva, crise de dor torácica, dentre outras, as consultas devem ter curta duração e o controle do estresse pode ser realizado utilizando-se benzodiazepínicos no pré e trans-operatório e boa analgesia no pós-operatório, ou sedação consciente com óxido nitroso.

[Digite texto]



O uso de anti-inflamatórios não esteróides em pacientes hipertensos deve ser evitado uma vez que estes podem interferir na ação de alguns agentes anti-hipertensivos (propranolol, hidroclorotiazida, enalapril, captopril), provocando elevação da pressão arterial.

Em cirurgias, a avaliação profissional é de suma importância. Cirurgias simples podem ser realizadas em consultório odontológico. Cirurgias intermediárias ou extensas, deve-se atentar ao estágio de hipertensão do paciente. Se moderada ou grave, deve ser realizada em ambiente hospitalar.

Algumas medicações utilizadas por pacientes cardiopatas podem trazer alterações na cavidade bucal, sendo a mais comum a xerostomia.

A utilização de bloqueadores de canais de cálcio (anlodipino, diltiazem, nifedipina) podem causar hiperplasia gengival.

Medicamentos classificados como iECA (inibidores da enzima conversora da angiotensina – captopril, enalapril) podem provocar alteração do paladar.

Medicamentos como hidroclorotiazida, furosemida, propranolol, metildopa, podem provocar reações liquenóides (lesão com características semelhantes ao líquen plano).

Doses muito elevadas de anti-hipertensivos estão associadas ao aparecimento de lesões ulcerosas em cavidade oral.

[Digite texto]



GRUPOS DE MEDICAMENTO	ALTERAÇÕES BUCAIS
Diuréticos	Boca seca, reações liquenoides
Betabloqueadores	Alterações de paladar, reações liquenoides
α e β bloqueadores associados	Alterações de paladar
Inibidores da enzima conversora e angiotensina (IECAs)	Angioedema de lábios, face, língua e alterações de paladar
Bloqueadores do receptor de angiotensina (BRAs)	Angioedema de lábios, face e língua
Bloqueadores dos canais de cálcio	Hipertrofia gengival
α -bloqueadores	Boca seca, alterações de paladar
α -agonistas centrais e outras drogas de ação central	Boca seca, alterações no paladar
Vasodilatadores diretos	Lesões bucais e cutâneas semelhantes ao lúpus

Fonte: FONSECA, F.A.H.; FENELON, G.D. (Coord.). I Manual SOCESP de condutas multidisciplinares no paciente grave. *Rev Soc Cardiol do Estado de São Paulo*, São Paulo, v. 25, n. 2, supl. A, p. 13-58, abr./jun. 2015. Disponível em: <<http://www.soces.org.br/upload/suplemento/2015/SUPLEMENTO-DA-REVISTA-SOCESP-V25-N2A-DIRETRIZ.pdf>>.

3. CRISE HIPERTENSIVA

É a situação na qual há aumento agudo da pressão arterial, arbitrariamente definida como superior ou igual a 180 x 120 mmHg, geralmente sintomática, que pode ou não resultar em risco ou em deterioração de órgãos-alvo. É dividida em **urgência** e **emergência** hipertensiva.

Urgência Hipertensiva: Não há risco imediato de vida ou de dano agudo a órgãos-alvo. O controle da pressão deve ser feito com medicações orais e em até 24 horas;

Emergência Hipertensiva: Há risco iminente de morte ou de dano agudo a órgãos-alvo. Geralmente a pressão está acima de 180 x 120 mmHg e o tratamento é hospitalar. A elevação da pressão arterial está associada a sintomas como: dispneia, dor torácica, náusea e vômitos, déficit motor novo, embaçamento ou turvação visual, confusão mental aguda, convulsão, alteração do nível de consciência.

[Digite texto]



Em caso de uma crise hipertensiva deve-se suspender imediatamente o atendimento, colocar o paciente de forma confortável e proceder a aferição dos outros sinais vitais. Deve-se acalmar o paciente e encaminhá-lo ao médico.

O manejo terapêutico das **urgências hipertensivas** deve ser feito com agentes anti-hipertensivos administrados por via oral, que tenham início de ação e tempo de duração da ação relativamente curtos. Em geral, o paciente deve ser observado por algumas horas em ambiente calmo, com o objetivo de reduzir a pressão e de controlar os sintomas.

Se o paciente apresentar crise hipertensiva durante o atendimento odontológico deve-se acionar o clínico.

Se não houver clínico no local:

Medicação:

- Captopril 25mg via oral ou sublingual repetir após 1h se necessário
- Hidralazina 25mg se não houver resposta ao captopril ou se paciente tem alergia

----- Não deve-se baixar a pressão abruptamente, ou seja, paciente que está com 180 mmHg de sistólica não deve baixar para 120 mmHg nas próximas horas. Se baixar para 160 mmHg - 150 mmHg está adequado.

Caso seja uma **emergência hipertensiva**, deve-se acionar o socorro médico de imediato.

4. ARRITMIA CARDÍACA

Caso um paciente com arritmia cardíaca tenha uma queda dos batimentos, deve-se suspender o atendimento, monitorá-lo e no caso desta queda abaixo dos 50 bpm, deve-se solicitar atendimento médico.

O estresse e outros componentes do atendimento odontológico podem provocar um aumento do batimento cardíaco (taquicardia). No caso de se

[Digite texto]



instalar uma taquicardia, suspender o atendimento e avaliar o pulso para verificação do compasso desta.

Se os batimentos estiverem irregulares, encaminhar o paciente para atendimento médico. Caso os batimentos, estejam altos e regulares, até 120 bpm, pode-se tentar baixá-los, desde que o profissional se sinta seguro, utilizando-se manobra que estimula o nervo vago, tais como: pedir ao paciente que beba um copo de água bem gelada, colocando uma toalha molhada com água bem gelada no pescoço, ou ainda inspirar e segurar a respiração por alguns segundos (10-15 seg) expirando devagar em seguida (repetir esta manobra algumas vezes até diminuição da frequência cardíaca). Ainda pode ser usada a manobra de Valsalva. Após a recuperação do paciente, este deve ser encaminhado ao médico. Caso as manobras não tenham trazido êxito, deve-se encaminhar o paciente rapidamente ao médico, sempre monitorando os sinais vitais.

A manobra de Valsalva é uma técnica onde, após a inspiração, prende-se a respiração, e após fechar as narinas e a boca, força-se a saída do ar. Em Odontologia é utilizada para verificação de comunicação buco-sinusal. É contraindicada em pacientes com problemas de retina, implantes de lentes oculares, pressão alta intraocular ou cardiopatia congênita. A manobra de Valsalva é dividida em quatro fases de acordo com a alteração que produz no organismo:

Fase I: o início da pressão provocada pelo ato de prender a respiração faz com que haja um aumento transitório da pressão arterial, pois neste momento ocorre um esvaziamento de sangue das veias grandes, reduzindo a circulação de sangue nos pulmões;

Fase II: a pressão dentro do tórax faz com que o retorno de sangue para o coração diminua, mantendo a pressão arterial em queda, porém com aumento dos batimentos cardíacos;

Fase III: é o momento em que se está finalizando a manobra, sendo que ocorre um relaxamento dos músculos do tórax e a pressão arterial cai um pouco mais;

Fase IV: nesta fase o sangue retorna normalmente ao coração, regulando o fluxo sanguíneo e a pressão arterial sobe um pouco.

[Digite texto]



Tabela retirada do artigo “O que é manobra de Valsalva” da Dra. Clarisse Bezerra

Caso a frequência cardíaca esteja acima de 120 bpm deve-se acionar o clínico imediatamente pois o paciente precisará de uma avaliação eletrocardiográfica.

Paciente com arritmia cardíaca já diagnosticada, assintomática que mantém frequência cardíaca entre 50 e 100 bpm podem ser atendidos no consultório odontológico.

Importante estar ciente de que, se o paciente utiliza dispositivos cardíacos eletrônicos como o marcapasso, a utilização de eletrocautério, localizadores apicais, instrumentos ultrassônicos e testadores pulpares não devem ser utilizados pois podem provocar interferência nestes aparelhos.

5. DOR TORÁCICA

No caso de ocorrência de uma crise de dor torácica (dor no peito, de início repentino, acompanhada ou não, de sudorese, aumento de pressão arterial e frequência cardíaca) o atendimento odontológico deve ser suspenso de imediato, deve-se posicionar o paciente de maneira confortável, verificar os sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca e oximetria) e acionar o médico da UBS.

Se não houver clínico no local deve-se administrar três comprimidos de ácido acetilsalicílico 100 mg, se a oximetria indicar saturação menor que 90%, ofertar oxigênio 2-3L/minuto e seguir monitorando os sinais vitais. Solicitar serviço de emergência imediatamente informando a urgência do problema (**Ligar para SAMU**).

Na permanência da dor em paciente portador de angina que tenha consigo a medicação para alívio dos sintomas (vasodilatador coronariano/nitrato) prescrita pelo médico que o acompanha, pede-se ao paciente que a

[Digite texto]



utilize por via sublingual, exceto se marcada hipotensão (PA sistólica <90 mmHg). Podendo repetir a dose caso não apresente melhora em 3 a 4 minutos.

Parada Cardiorrespiratória: no caso de uma parada cardiorrespiratória, deve-se iniciar de imediato os procedimentos de ressuscitação cardiopulmonar.

6. PROFILAXIA ANTIBIÓTICA

- A AHA (Associação Americana de Cardiologia) em sua última atualização quanto a indicação de profilaxia antibiótica restringiu sua utilização somente para os casos de pacientes com condições cardíacas de alto risco para endocardite infecciosa. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia e a Sociedade Interamericana de Cardiologia os casos em que se deve realizar profilaxia antibiótica são:

- Pacientes com prótese cardíaca valvar
- Pacientes com valvopatia corrigida com material protético
- Pacientes com antecedente de endocardite infecciosa
- Pacientes com cardiopatia congênita cianótica não corrigida
- Pacientes com valvopatia com transplante cardíaco
- Pacientes com valvopatias (leve, moderada ou grave)
- Receptores de transplante cardíaco que desenvolveram valvopatia
- Pacientes com cardiopatia congênita corrigida com material terapêutico (primeiros 06 meses) - Pacientes com cardiopatia congênita corrigida, com defeito residual ou adjacente

OBS: No caso de prolapso de válvula mitral, apenas se a insuficiência valvar for moderada ou importante e nos casos de prolapso valvar mitral com degeneração mixomatosa. Outras condições cardíacas não constantes deste rol acima citado poderão receber profilaxia antibiótica desde que prescrita pelo clínico ou cardiologista responsável pelo paciente.

[Digite texto]



Apesar de existir uma correlação entre endocardite bacteriana e bactérias bucais, diversos autores citam que a endocardite bacteriana não se inicia por procedimentos odontológicos e sim por bacteremias espontâneas. Em Odontologia deve-se realizar profilaxia antibiótica para todos os procedimentos em que se tenha alta probabilidade de bacteremia significativa, ou seja, manipulação de tecido gengival, região periodontal dos dentes ou perfuração de mucosa oral, tais como exodontias, tratamento periodontal incluindo sondagem periodontal, tratamento endodôntico, anestesia intraligamentar, reimplante de dentes avulsionados, colocação de bandas ortodônticas (não brackets), profilaxia de dentes ou implantes onde sabidamente ocorrerá sangramento. Já para a Sociedade Brasileira de Cardiologia casos de anestesia local em tecido não infectado, radiografias, colocação ou remoção e manipulação de aparelhos ortodônticos, queda natural de dente decíduo, por não apresentarem probabilidade de bacteremia não necessitam de profilaxia.

Regime: Dose única 30 a 60 minutos antes do procedimento.			
Administração	Agente	Adultos	Crianças
Oral	Amoxicilina	2 g	50 mg/kg
Incapazes de tomar a medicação por via oral	Ampicilina ou Cefalexina ou cefradoxil	2 g IM* ou IV+	50 mg/kg IM ou IV
		1 g IM or IV	50 mg/kg IM ou IV
Oral para alérgicos à penicilinas ou ampicilinas	Cefalexina ^δ ou Clindamicina ou Claritromicina ou Azitromicina	2 g	50 mg/kg
		600 mg	20 mg/kg
		500 mg	15 mg/kg
Alérgicos à penicilinas ou ampicilinas incapazes de tomar a medicação por via oral	Cefazolina ^δ ou Clindamicina	1 g IM ou IV	50 mg/kg IM ou IV
		600 mg IM ou IV	20 mg/kg IM ou IV

*IM: Intramuscular

+IV: Intravenoso

^δ As cefalosporinas não devem ser usadas em crianças com história de reação alérgica imediata às penicilinas, pelo risco de alergia cruzada.

Fonte: *American Dental Association*, 2017.

[Digite texto]



Algumas considerações da American Heart Association sobre bacteremia em atendimentos odontológicos:

- O grau de bacteremia é proporcional ao grau de inflamação e infecção presentes nos tecidos orais e, portanto, pacientes com má higiene oral e suscetíveis à endocardite devem obrigatoriamente receber profilaxia antibiótica.
- Há de se considerar que a maioria dos casos de endocardite infecciosa ocorrem em procedimentos não invasivos, uma vez que nos procedimentos invasivos o potencial de bacteremia é facilmente identificado e, portanto, merecendo maior atenção.
- Casos onde o planejamento do tratamento não contemplava sangramento importante e que este veio a ocorrer, a profilaxia pode ser feita em até duas horas após o procedimento que terá efetividade.
- Pacientes edêntulos, principalmente os pertencentes ao grupo de risco moderado ou alto para endocardite e em uso de próteses antigas, portanto, sujeitas a traumas e ulcerações em mucosa devem ser instruídos a visitas periódicas ao C.D. para reavaliação da adaptação das mesmas.
- No caso de pacientes que necessitem de várias consultas para finalização do tratamento, recomenda-se um intervalo de 9 a 14 dias entre as consultas para diminuir o potencial de formação de resistência bacteriana. Durante o planejamento do tratamento este fator deve ser levado em consideração.

7. USO DE ANTIAGREGANTE PLAQUETÁRIO

É seguro realizar procedimentos odontológicos de baixo risco de sangramento (exodontia até 3 dentes, drenagem de abscesso, implante dentário único) em pacientes que fazem uso de antiagregante plaquetário (AAS ou clopidogrel) sem a suspensão do mesmo. O risco da suspensão é maior do

[Digite texto]



que o risco de sangramento com a manutenção da medicação. Não é necessário solicitar INR e nem liberação do clínico.

Caso o paciente utilize dois antiagregantes plaquetários, deve ser encaminhado ao clínico ou ao cardiologista para avaliar a suspensão de uma das medicações para o procedimento cirúrgico.

8. USO DE ANTICOAGULANTE

Atenção aos pacientes que utilizam anticoagulantes, o cirurgião dentista deve se atentar para os casos onde os procedimentos podem provocar sangramentos, em especial os casos cirúrgicos. As pesquisas atuais indicam que o risco de um paciente em uso de anticoagulante desenvolver um trombo pela suspensão da medicação é maior frente à incidência mínima de episódios hemorrágicos após procedimentos mais invasivos como cirurgia.

Varfarina: Nos pacientes que fazem uso de Varfarina (Marevan®) deve-se solicitar o exame de INR, se estiver até 3,0 é seguro realizar procedimento odontológico. É raro uma hemorragia grave. Vale, portanto, ressaltar a importância do INR para nortear o planejamento do procedimento em pacientes que fazem uso de varfarina.

Novos anticoagulantes orais: Para os pacientes que fazem uso dos novos anticoagulantes como rivaroxabana (xarelto®) e dabigatrana (Pradaxa®) não é necessário solicitar INR já que essas medicações não interferem no resultado do mesmo. Fazer a cirurgia no horário anterior a próxima dose da medicação. Exemplo: Paciente utiliza a medicação (Novos Anticoagulantes) às 18:00 horas, deve realizar a cirurgia no final da tarde (16h), evitar realizar de manhã quando seria o pico de ação da medicação.

[Digite texto]



Heparina: A suspensão da heparina é recomendada 12 horas antes do procedimento, reintroduzindo de 6 a 12 horas após.

Tabela 2. Características farmacológicas dos anticoagulantes e antiplaquetários orais usualmente utilizados.

Princípio ativo Nome comercial®	Mecanismo de ação	Meia-vida	Posologia	Antagonista
Dabigatrana	Trombina	12 - 17h	2 x dia	Idarucizumabe (Praxbind)
Rivaroxabana (Xarelto®)	Fxa	7 - 13h	1 x dia	Andexetina alfa* (aprovado FDA)
Apixabana (Eliquis®)	Fxa	9 - 14h	2 x dia	Andexetina alfa* (aprovado FDA)
Edoxabana (Lixiana®)	Fxa	10 - 14h	1 x dia	Em estudo
Varfarina (Marevan®)	Fatores de Vitamina K dependentes (II, VII, IX e X)	72 a 96h	fracionada	Vitamina K
Ácido acetilsalicílico (AAS®)	Enzima cicloxigenase, bloqueando a síntese de tromboxano	7 a 10 dias (meia vida das plaquetas)	1 x dia	Carvão ativado e diurese alcalina ou hemodiálise
Clopidogrel (Plavik®)	Adenosina difosfato	6 - 8h	1 x dia	Transfusão de plaquetas

* aguarda aprovação no Brasil - Anvisa.

RESUMO ANTICOAGULANTES PARA CIRURGIAS ODONTOLÓGICAS

- **Varfarina:** INR < 3,0 - 24 horas antes do procedimento (Pedir INR com urgência).
- **Novos anticoagulantes** (exemplo: rivaroxabana, dabigatrana): as evidências apontam para a sua manutenção na maioria dos procedimentos, recomendando-se que a cirurgia seja marcada poucas horas antes da próxima dose, reduzindo assim o nível sérico da droga. Essas medicações não modificam o INR, portanto, não é necessário solicitar a dosagem do mesmo.
- **Anticoagulantes Orais e procedimentos odontológicos maiores e mais complexos** encaminhar para avaliação do caso em conjunto com cardiologista para confirmar a necessidade de suspensão da medicação, e ou terapia de ponte.
- **Heparina:** A suspensão da heparina é recomendada 12 horas antes do procedimento, reintroduzindo de 6 a 12 horas após.



Orientações para cirurgias odontológicas em paciente que utilizam antiagregantes e/ou anticoagulantes:

- Minimizar o trauma cirúrgico.
- Agendar um maior número de retornos.
- Reduzir áreas de cirurgias periodontais, de raspagem e alisamento radicular (por sextante).
- Planejar as cirurgias dentro do proposto anteriormente.
- Alimentação fria (líquida, pastosa) por 48 h.
- Evitar esforço físico e exposição ao sol por 7 (sete) dias.
- Profilaxia antibiótica segundo os critérios.
- Remoção da sutura não reabsorvível após 7 dias.
- Evitar prescrição de AINES.

Orientações para controle de hemorragia:

Um profissional com conhecimento das medidas locais de controle de hemostasia (sutura oclusiva, esponja de colágeno, esponja de gelatina reabsorvível, selante de fibrina e aplicação local do ácido tranexâmico - em comprimido pode ser macerado com soro fisiológico ou solução anestésica e aplicado no local na forma de pasta.) e técnica cirúrgica apurada, com o menor trauma possível, pode realizar procedimentos com um risco menor. Importante enfatizar ao paciente a importância de seguir as recomendações pós-operatórias.

Medicações que também aumentam risco de sangramento:

- Ginkgo Biloba: Pacientes com coagulopatias ou em uso de anticoagulantes e antiplaquetários devem ser cuidadosamente monitorados. O uso do medicamento deve ser suspenso pelo menos três dias antes de procedimentos cirúrgicos
- Cilostazol: inibição da ação da fosfodiesterase III e supressão da



degradação da adenosina monofosfato (AMP) cíclico, com o consequente aumento de sua concentração nas plaquetas e vasos sanguíneos, produzindo inibição da agregação plaquetária e vasodilatação. Suspender três dias antes da cirurgia.

- Vimocetina (Vicog): O uso concomitante com ervas que podem afetar a agregação plaquetária, tais como *Ginkgo biloba*, *Panax ginseng* e gengibre, pode aumentar o risco de sangramento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- CAMINHA, Raquel D'Aquino Garcia et al. **Conscientização e atitude de cardiologistas e cirurgiões-dentistas no atendimento a indivíduos com doença valvar**. Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, v. 32, n. 2, p. 252-259, 2022 Tradução . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/20223202252-9>. Acesso em: 09 fev. 2023.
- BORTOLOTO, L. A.; SILVEIRA, J. V.; VILELA-MARTIN, J. F. Hypertensive crisis: Defining the severity and treatment. Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, v. 28, n. 3, p. 254-259, 2018.
- Sampaio RO, Acorsi TAD, Tarasoutchi F. Profilaxia de endocardite infecciosa. Einstein: Educ Contin Saúde. 2008;6(4):191-3.
- Protocolo de Síndrome Coronariana Aguda-Divisão de Emergências Clínicas - IC H C – FMUSP-09/11/18
- Protocolo do Primeiro Atendimento da Dor Torácica nas Unidades de Saúde-ES
- Gillum RF. Heart and stroke facts. Am Heart J. 1993;126:1042-7.
- Vasan RS, Benjamin EJ, Levy D. Congestive heart failure with normal left ventricular systolic function. Arch InternMed. 1996;156:146-57.
- Gottlieb SH, Ziegelstein RC. Heart Failure. In: Barker LR, Burton JR, Zieve PD, editors. Principles of ambulatory medicine. 6th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003;956-80.

[Digite texto]



- Albanesi FM. Insuficiência cardíaca no Brasil. Arq Bras Cardiol. 1998;71:561-2
- Levinson PD, Millman RP. Management of sleep apnea. In: Izzo JL, Black HR. Hypertension primer. The essentials of high blood pressure. Council on high blood pressure research. 2 ed. American Heart Association. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins; 1999. p. 456-7