

## **Cuidados do cirurgião-dentista no atendimento a pacientes anticoagulados: revisão de literatura**

### **Surgeon-dentist care in anticoagulated patients: literature review**

DOI:10.34117/bjdv9n1-191

Recebimento dos originais:12/12/2022

Aceitação para publicação: 11/01/2023

#### **João Vitor Oliveira de Amorim**

Mestrando em Endodontia pela Faculdade de Odontologia de Bauru  
Instituição: Universidade de São Paulo - Departamento de Dentística  
Endereço: Avenida Contorno Guanabara, 229, CEP: 45026-250, Vitória da  
Conquista - Bahia  
E-mail: joaovitoramorim91@gmail.com

#### **Flávio Augusto de Moraes Palma**

Mestrando em Clínica Odontológica  
Instituição: Hospital Universitário - Universidade Federal de Sergipe  
Endereço: Rua Cláudio Batista, S/N, Santo Antônio, CEP: 49060-108, Aracaju - SE,  
Brasil  
E-mail: flavioampodonto@gmail.com

#### **Gustavo Nascimento Gouveia**

Graduando em Odontologia  
Instituição: Universidade Federal de Sergipe - Departamento de Odontologia  
Endereço: Rua Gidalvo Dionísio dos Santos, N° 117, Aracaju - Sergipe  
E-mail: guga.ng12@hotmail.com

#### **Victor Arthur Rodrigues de Souza**

Graduado em Odontologia  
Instituição: Universidade Federal de Sergipe - Departamento de Odontologia, Lagarto,  
Sergipe  
Endereço: Rua Salgado, N° 37, Xingó, Piranhas - Alagoas  
E-mail: victor\_arthur258@hotmail.com

#### **Guilherme Carvalho Moreira**

Graduando em Odontologia  
Instituição: Universidade Federal de Sergipe - Departamento de Odontologia de Lagarto  
Endereço: Avenida Libério Monteiro, 387, CEP: 49400-000, Lagarto - Sergipe  
E-mail: joa.guilhermes2@gmail.com

#### **Gustavo Henrique Santos de Almeida**

Graduando em Odontologia  
Instituição: Departamento de Odontologia de Lagarto - Universidade Federal de Sergipe  
Endereço: Avenida Rotary, 144, CEP: 4940-000, Lagarto - Sergipe  
E-mail: gustavohenriqueal98@gmail.com

**Álvaro Henrique Menezes Ferreira**

Graduado em Odontologia

Instituição: Universidade Federal de Sergipe

Endereço: Rua Pierre Freitas, 128, CEP: 49480-000, Simão Dias - SE

E-mail: Alvarohmf@gmail.com

**Felipe de Jesus Silva**

Mestrando em Ciências Aplicadas à Saúde

Instituição: Fundação Universidade Federal de Sergipe - Campus Lagarto

Endereço: Rua Altino Seberto de Barros, 269, CEP: 41830-492, Salvador - Bahia

E-mail: felipe\_odontoufs@hotmail.com

**RESUMO**

O uso de alguns medicamentos que visam prevenir eventos tromboembólicos, como os anticoagulantes e antiagregantes plaquetários, podem interferir na cascata de coagulação e aumentar o risco de hemorragia para alguns procedimentos odontológicos. O trabalho visa alertar os Cirurgiões-Dentistas (CDs) acerca dos cuidados que devem ser tomados ao tratar pacientes anticoagulados. A revisão foi realizada nas bases PubMed e SciELO. Foram selecionados os estudos que buscaram elucidar medidas que devem ser adotadas pelos CDs para evitar o agravamento da condição desse tipo de paciente. Os resultados mostraram que o Cirurgião-Dentista (CD) deve estar apto às técnicas e métodos de hemostasia local, além de optar por técnicas cirúrgicas menos traumáticas possíveis. Ademais, é essencial verificar a atividade de anticoagulação por meio do exame do tempo de protrombina, expressa em *International Normalized Ratio* (INR). Foi possível concluir que o risco de hemorragia não prevalece diante da necessidade de controlar a condição do paciente e evitar a formação de trombos, o que pode gerar complicações. Dessa forma, o CD deve ter disponível formas de controlar a hemorragia, caso necessário, e uma discussão terapêutica com o médico do paciente acerca de possíveis alterações no uso do medicamento e dos riscos do procedimento.

**Palavras-chave:** anticoagulantes, hemorragia bucal, cirurgião-dentista.

**ABSTRACT**

The use of some drugs aimed at preventing thromboembolic events, such as anticoagulants and antiplatelet agents, may interfere with the coagulation cascade and increase the risk of bleeding for some dental procedures. The work aims to alert Dentist Surgeons (CDs) about the care that should be taken when treating anticoagulated patients. The review was conducted on the PubMed and SciELO databases. The studies that sought to elucidate the measures that must be adopted by the CDs to avoid a worsening of the condition of this kind of patient were selected. The results showed that the Dentist Surgeon (CD) must be able to use the techniques and methods of local hemostasis, besides opting for less traumatic surgical techniques possible. In addition, it is essential to verify anticoagulation activity by prothrombin time testing as International Normalized Ratio (INR). It was possible to conclude that the risk of hemorrhage does not prevail in the face of the need to control the patient's condition and to avoid the formation of thrombi, which can generate complications. Therefore, the CD should have available ways to control the bleeding, if necessary, and a therapeutic discussion with the patient's doctor about possible changes in the use of the drug and the risks of the procedure.

**Keywords:** anticoagulants, oral hemorrhage, dental surgeon.

## 1 INTRODUÇÃO

Os anticoagulantes e antiagregantes plaquetários são medicamentos amplamente utilizados, e têm como objetivo a prevenção primária e secundária do tromboembolismo venoso (TEV), que engloba a trombose venosa profunda e tromboembolia pulmonar. Esses tratamentos são direcionados a pacientes que possuem algum tipo de distúrbio cardiovascular, tais como fibrilação atrial, doença cardíaca isquêmica, doença vascular periférica ou válvulas cardíacas (COWAN, et al., 2019; ANDRADE, et al., 2014).

A possibilidade de comprometimento hemorrágico ou episódios tromboembólicos é uma preocupação para os pacientes em terapia anticoagulante, principalmente para os que fazem uso de antagonistas da vitamina K, como a varfarina (PESSE et al., 2018). Já que, apesar de ser a principal droga anticoagulante utilizada, apresenta algumas desvantagens, como baixo índice terapêutico, atraso no início de ação, inúmeras interações medicamentosas e alimentares, necessitando de monitoramento e ajustes regulares (LANAU et al., 2017; RUFF; BRAUNWALD, 2010).

O conhecimento acerca das técnicas hemostáticas da farmacologia desses medicamentos e dos exames necessários para avaliar a coagulação do paciente são de extrema importância para a prática do Cirurgião-dentista, visto que esse tipo de paciente está comumente presente em sua rotina de trabalho, e podem passar por procedimentos que apresentam risco de hemorragia, tais como: extrações, colocações de implante, cirurgias periodontais, dentre outros. Para tanto, é necessário que o profissional em questão seja capaz de avaliar o risco/benefício de cada procedimento, de tomar as medidas pré-operatórias necessárias e de possuir um leque de opções viáveis para lidar com possíveis intercorrências. O presente artigo tem como objetivo elucidar o CD acerca das medidas que devem ser adotadas para evitar o agravamento da condição desse tipo de paciente (DANTAS; DEBONI; PIRATININGA, 2009; PESSE et al., 2018).

## 2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão da Literatura, através de uma pesquisa qualitativa, realizada por meio da pesquisa de artigos científicos em bases de dados Lilacs, Scielo, Medline e portais periódicos como BVS e PUBMED, utilizando as palavras-chaves: Anticoagulantes, hemorragia bucal e cirurgião-dentista, assim como buscas realizadas através de livros acadêmicos.

### **3 REVISÃO DA LITERATURA**

#### **3.1 FARMACOLOGIA DOS ANTICOAGULANTES E ANTIAGREGANTES PLAQUETÁRIOS**

##### **3.1.1 Antiagregantes plaquetários**

A terapia antiplaquetária apresenta uma diversidade de medicamentos orais disponíveis, seu uso pode ser feito tanto de forma individual, quanto combinada com terapia antiplaquetária dupla (DÉZSI; DÉZSI; DÉZSI, 2017). Tais medicamentos possuem propriedades consideráveis, como efeito antiplaquetário modesto, início de ação retardado e resultados variáveis (JOHNSTON, 2015).

A ação desses medicamentos funciona de forma que as plaquetas em repouso desencadeiam a ativação da epinefrina, trombina, serotonina, colágeno, difosfato de adenosina (ADP) e tromboxano A<sub>2</sub> (TXA<sub>2</sub>), devido a presença de receptores específicos. Quando ativados, os níveis de cálcio intracelular aumentam e as plaquetas expressam receptores de glicoproteína (GP) IIb / IIIa que se ligam as fitas de fibrinogênio, resultando na agregação das plaquetas. Dessa forma, os vários medicamentos antiplaquetários inibem essa agregação (BECKER, 2013).

O antiplaquetário mais utilizado para prevenir o infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral isquêmico é a aspirina (BECKER, 2013). Seu mecanismo de ação consiste na inibição da ciclo-oxigenase plaquetária, impossibilitando a síntese do trombo (LITTLE et al., 2002).

O dipiridamol (Persantina) atua aumentando a adenosina monofosfato cíclico, sendo ineficaz se utilizado sozinho na terapia antiplaquetária. Quando administrado junto com varfarina, possui uma ação antitrombótica, podendo ser prescrito para pacientes com válvulas cardíacas mecânicas. Já a sua combinação com a aspirina (Aggrenox), previne de forma secundária o acidente vascular cerebral isquêmico e ataques isquêmicos transitórios (BECKER, 2013; LITTLE, et al., 2002).

O clopidogrel (Plavix) irá bloquear os receptores de difosfato de adenosina nas membranas celulares das plaquetas, impedindo a expressão subsequente dos receptores da glicoproteína IIb / IIIa que se ligam ao fibrinogênio. Somente 15% da dose administrada é ativada, sua eficácia antiplaquetária varia de acordo com cada indivíduo, devido às distintas atividades da enzima microsomal e nas possíveis interações medicamentosas (BECKER, 2013). A ticlopidina (Ticlid), assim como o clopidogrel,

também atua impedindo a agregação plaquetária através da inibição do difosfato de adenosina (LITTLE et al., 2002).

### 3.1.2 Anticoagulantes

A terapia anticoagulante serve como prevenção de eventos trombóticos que se originam em ambientes de baixa pressão, como veias ou átrios do coração em pacientes com fibrilação atrial, e quando combinada com medicamentos antiplaquetários, para pacientes de alto risco que sofrem com episódios trombóticos venosos e arteriais (BECKER, 2013). Os anticoagulantes agem na cascata de coagulação, impedindo a formação e o aumento do coágulo. Entre estes, incluem a heparina, heparina de baixo peso molecular e anticoagulantes orais, sendo o principal a varfarina (PESSE et al., 2018).

A heparina não fracionada é indicada para inúmeras condições, como o tratamento e a prevenção de tromboembolias venosas (TEV), a profilaxia do trombo na fibrilação atrial e o tratamento da coagulação intravascular disseminada. Pode ser administrada por via parenteral ou subcutânea como profilaxia em infusão intravenosa contínua quando usada terapêuticamente (HARTER; LEVINE; HENDERSON, 2015). Ela atua através da ligação com a antitrombina de plasma III (ATIII) que é responsável por regular a coagulação por meio da inativação de proteases de coagulação ativadas, como a trombina e o fator Xa (LITTLE et al., 2002).

A heparina de baixo peso molecular é administrada por via parenteral e com dose fixa baseada no peso corporal total, não necessitando de regulamentação e monitoramento rigorosos (HARTER; LEVINE; HENDERSON, 2015). Assim como a heparina não fracionada, a de baixo peso molecular serve como um catalisador da ATIII. É indicada na prevenção tanto de trombose venosa profunda (TVP), quanto de embolia pulmonar (EP) (LITTLE et al., 2002).

A varfarina atua no fígado, ligando-se à vitamina K, consequentemente afetando as vias intrínseca, extrínseca e comum da cascata de coagulação. Com isso, ela bloqueia a síntese dos fatores VII, IX, X e II (protrombina), que são dependentes da vitamina K (BECKER, 2013; JOHNSTON, 2015). Está indicada em casos de anticoagulação a longo prazo após um evento trombótico ou prevenção desses episódios em pacientes de alto risco, incluindo estados pós-operatórios, fibrilação atrial e aqueles com válvulas artificiais (HARTER; LEVINE; HENDERSON, 2015). O efeito da varfarina pode ser afetado pela ingestão irregular de comprimidos; uso de parafina líquida, o que causa à perda de

vitamina K; doenças como diarreia, doença hepática e doença maligna, que podem aumentar o INR; e dieta em alimentos ricos em vitamina K, como abacate, que podem influenciar na redução do INR (SCULLY; WOLFF, 2002).

### **3.1.3 Novos anticoagulantes orais (NOACs)**

Os novos anticoagulantes orais (NOACs) se apresentam de duas formas: os inibidores diretos da trombina (dabigatrano) e os inibidores diretos do fator Xa (apixabano, edoxabano e rivaroxabano) (PESSE, et al., 2018). Os NOACs se comparados com antagonistas da vitamina K (VKA), como a varfarina, apresentam muitas vantagens: possuem uma menor interação com alimentos, são administrados em doses fixas, não necessitam de monitoração do efeito anticoagulante e não precisam utilizar a heparina parental no início da terapia, em razão da sua rápida ação anticoagulante. Por outro lado, essa nova classe de anticoagulante tem seu uso afetado pela inexistência de agentes de reversão, além de alguns NOACs tem sua eficácia comprometida, devido a necessidade de duas doses diárias (FERNANDES, et al., 2015).

### **3.1.4 Efeitos com medicamentos e anestésicos locais**

Caso o anticoagulante oral sofra interação com algum medicamento que influencie nas ligações proteicas ou na redução do seu metabolismo, por consequência, pode desencadear uma hemorragia pós-operatória no paciente (SCULLY e WOLFF, 2002).

Os analgésicos preferíveis para pacientes com coagulopatias são os derivados do paracetamol e da dipirona, já os que inibem a agregação plaquetária, como a aspirina e seus derivados, não são indicados. Em relação aos anti-inflamatórios, o hematologista deve ser solicitado devido às suas ações antiagregantes. E quanto aos anestésicos locais com vasoconstritores, não dispõem de nenhuma contra indicação (MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2008).

## **3.2 EXAMES COMPLEMENTARES**

O coagulograma é o exame de escolha para uma melhor proteção do paciente e cirurgião-dentista, uma vez que expressa os valores hematológicos e hemostáticos do paciente. Por meio dele, pode-se analisar o tempo de sangramento (TS), tempo de coagulação (TC), tempo de protrombina ativada (TAP ou TP), tempo de protrombina

parcialmente ativada (TTPa) e índice de normalização internacional (INR) (DA SILVA, et al., 2019).

O tempo de protrombina parcialmente ativada (TTPa) mensura o nível de coagulação do paciente, devendo coagular em 25 a 40 segundos, aumentos entre 5 a 40 segundos podem indicar anormalidades hemorrágicas leves, já acréscimos maiores podem indicar sangramento significativo (LITTLE, et al., 2002).

O tempo de protrombina (TP) é usado para estimar o tempo que dura até o sangue se formar em coágulo. É o mais indicado em casos de monitorização dos anticoagulantes orais, principalmente da varfarina, pois três dos cinco fatores que influenciam o TP são dependentes da vitamina K (II, VII, X). Para que fosse utilizado de forma universal, foi padronizado que seu valor seria expresso em INR, podendo ser comparado em qualquer laboratório do mundo (PESSE, et al., 2018).

À vista disso, o teste mais empregado mundialmente para monitoração e planejamento pré-cirúrgico é o Índice Internacional Normalizado (INR), que consiste no cálculo entre o tempo de protrombina e a média do intervalo normal de coagulação (SILVA, et al., 2019). Os valores de INR devem ficar entre 2 e 3,5 para serem classificados como terapêuticos, porém o tipo de doença do paciente irá influenciar nesses valores. Em casos de controle trombovenoso o valor deve estar entre 2 e 3, para os pacientes com válvulas cardíacas protéticas o INR deve estar em média de 3,5. Já os anticoagulados com alto risco de sangramento antes do procedimento odontológico, o valor de INR tem que ser de preferência menor que 3, não podendo ser maior que 4 (DANTAS; DEBONI; PIRATININGA, 2009).

### 3.3 RISCO DO PROCEDIMENTO

O cirurgião-dentista deve ter em mente o grau de invasividade do tratamento que será realizado em pacientes anticoagulados, a fim de conseguir realizar uma análise criteriosa acerca do risco de hemorragia que aquele procedimento apresenta. No geral, a maioria dos procedimentos odontológicos apresentam risco mínimo e perda de sangue autolimitada que pode ser controlada com a utilização de hemostáticos locais. Entretanto, intervenções mais invasivas como cirurgias de reconstrução podem necessitar de uma interrupção no uso de determinados medicamentos, para que o procedimento seja realizado com segurança (DÉZSI; DÉZSI; DÉZSI, 2017).

Uma classificação abrangente de intervenções odontológicas com base nos riscos de sangramento associados, conforme recomendado pelo Programa Escocês de Eficácia Clínica Dentária (SDCEP).

Procedimentos dentários que são improváveis causar sangramento

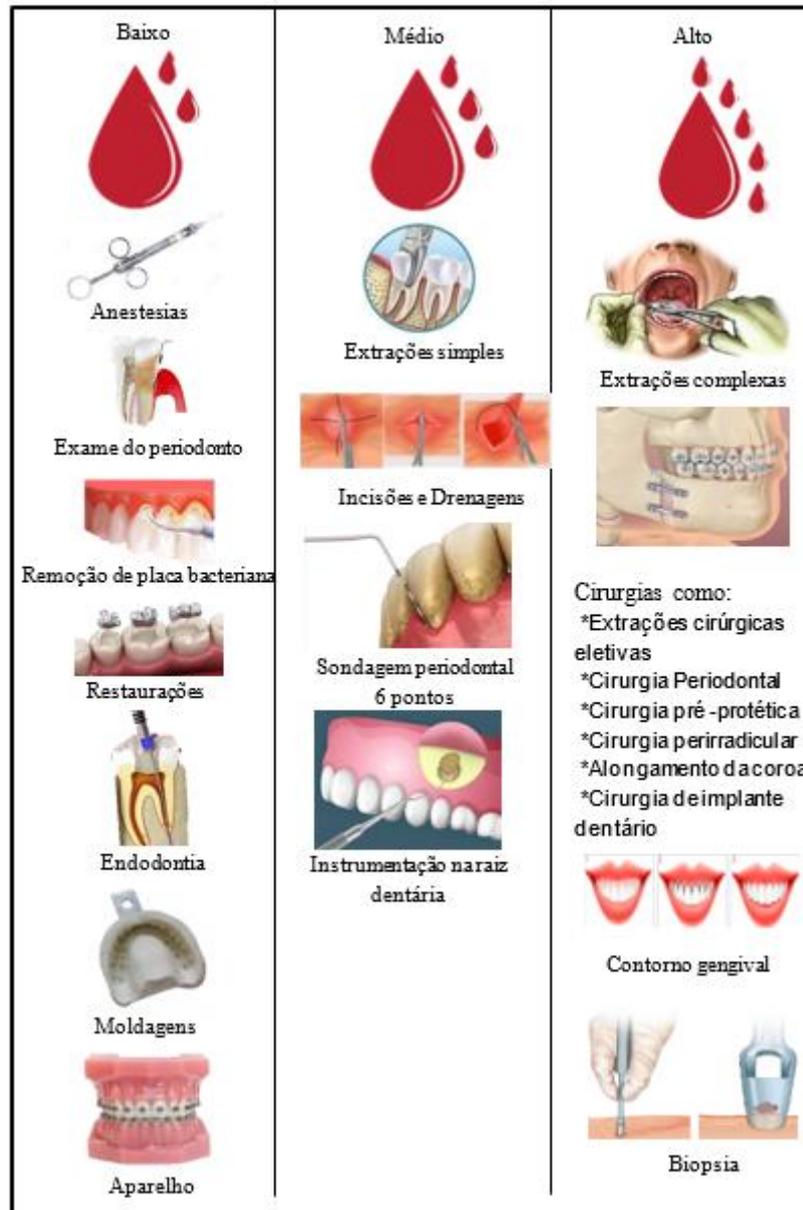
- 1- Anestesia local por infiltração, nervo intraligamentar ou mental quadra.
- 2- Anestesia local por bloqueio dentário inferior ou outro nervo regional blocos.
- 3- Exame periodontal básico.
- 4- Remoção supragengival de placa bacteriana, cálculo e coloração.
- 5- Restaurações diretas ou indiretas com margens supragengivais.
- 6- Endodontia (ortograde).
- 7- Impressões e outras próteses procedimentos.
- 8- Montagem e ajuste de aparelhos ortodônticos.

Procedimentos de baixo risco de sangramento

- 1- Extrações simples (1-3, com ferida restrita Tamanho).
- 2- Incisão e drenagem de inchaços intraorais.
- 3- Exame periodontal completo de seis pontos detalhado.
- 4- Instrumentação da superfície da raiz (RSI).
- 5- Restaurações diretas ou indiretas com subgengival margens.

Procedimentos de alto risco de sangramento

- 1- Extrações complexas, extrações adjacentes que causarão uma grande ferida ou mais de três extrações de uma só vez
  - 2- Procedimentos de elevação do flap
- Extrações cirúrgicas eletivas
- Cirurgia Periodontal
- Cirurgia pré-protética
- Cirurgia perirradicular
- Alongamento da coroa
- Cirurgia de implante dentário
- 3- Recontorno gengival
  - 4- Biópsias



### 3.4 PLANO DE TRATAMENTO

Esse procedimento se refere à análise e planejamento, em que o cirurgião-dentista deve levar em consideração todas as informações disponíveis (condição sistêmica do paciente, grau de anticoagulação, classificação da amplitude do trauma cirúrgico, etc.) e conhecimentos para elaborar o plano de tratamento. Nos casos em que se é feita uma intervenção que necessite a interrupção do uso dos medicamentos antitrombóticos, o cirurgião-dentista tem o dever de estabelecer as melhores condições de risco/benefício, tanto acerca do procedimento, como da suspensão temporária do medicamento (DANTAS; DEBONI; PIRATININGA, 2009).

Em relação ao planejamento das intervenções, um exemplo claro que pode ser abordado são os casos de cirurgias múltiplas, em que o risco se mostra aumentado quando são extraídos mais de 3 elementos. Esse risco é ainda maior caso a cirurgia necessite de osteotomia ou retalho, situações nas quais deve-se considerar reduzir ainda mais o número de extrações. Dessa forma, aconselha-se a realização do tratamento em mais de uma sessão caso seja necessário. Sobre a necessidade de interromper o uso de medicamentos, estudos mostraram que o risco de eventos tromboembólicos ocorrerem em decorrência da suspensão do medicamento antitrombótico pode ser 8 vezes maior que o risco de hemorragia caso o mesmo seja mantido. Além disso, não há registro de hemorragias fatais nessas situações, enquanto eventos tromboembólicos já obtiveram desfechos fatais. Por isso, na maioria dos casos, é preferível que a medicação seja mantida, entretanto caso exista dúvida quanto ao benefício de sua remoção temporária ou substituição após uma investigação minuciosa, o cirurgião-dentista deve entrar em contato com o médico do paciente para discutir acerca dessa possibilidade e do seu risco (PESSE, et al. 2018; ANDRADE, et al., 2014; DANTAS, et al., 2009).

### 3.5 MEDIDAS PRÉ-OPERATÓRIAS

As medidas pré-operatórias envolvem os métodos já discutidos, onde se chegará a uma análise completa do caso através de uma boa anamnese, dos exames complementares, da relação interprofissional, que permitirá avaliar a condição sistêmica do paciente, e associá-la aos riscos operatórios determinados para planejar o tratamento. Além disso, é aconselhável que se possível os procedimentos sejam agendados pela manhã, e em caso de necessidade realizados em ambiente hospitalar (ANDRADE, et al., 2014; KAMOH e SWANTEK, 2021).

### 3.6 MEDIDAS TRANSOPERATÓRIAS

O momento da cirurgia é de extrema importância para prevenção de hemorragias em pacientes anticoagulados. Uma intervenção com os menores efeitos traumáticos possíveis deve ser realizada para um controle do sangramento mais efetivo e maior visualização do campo operatório pelo profissional (DANTAS; DEBONI; PIRATININGA, 2009). As medidas mais comuns que são utilizadas rotineiramente pelos cirurgiões-dentistas são as suturas, que devem ser oclusivas, e a pressão no alvéolo

dentário por meio de compressas com gaze (PESSE, et al. 2018; ANDRADE, et al., 2014).

O controle do sangramento começa antes mesmo da incisão, no momento em que se administra a anestesia, pois a mesma deve conter vasoconstritor, que além de atuarem em benefício da solução anestésica, provocam uma redução no diâmetro dos vasos sanguíneos e conseqüentemente diminuição do extravasamento de sangue na região. A epinefrina é o vasoconstritor mais utilizado e indicado para essas situações, porém apesar de possuir efeito positivo para a prevenção de hemorragias, deve ser utilizado de acordo com as recomendações e jamais ultrapassar a dosagem máxima, que em pacientes com doenças vasculares significativas é de 0,04 mg (2 tubetes de epinefrina na concentração de 1:100.000). A utilização de eletrocautério e cauterização química também são formas extremamente úteis e viáveis para o controle do sangramento (MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2008).

Podem também ser encontrados no mercado, materiais que auxiliam de formação do coágulo, seja de forma passiva como o Gelfoam (esponja flexível e reabsorvível que serve de arcabouço para a formação do coágulo), ou de forma ativa como o Surgicel que promove: a desnaturação das proteínas do sangue, a ativação mecânica da cascata de coagulação e vasoconstrição local. Soluções de ácido tranexâmico são mais comumente utilizadas para bochechos no pós-operatório, porém também podem ser utilizados por meio de injeção no momento da cirurgia. Outros produtos como cimentos cirúrgicos, materiais a base de quitosana e selantes de fibrina também são alternativas viáveis para uso no momento do procedimento (KAMOH e SWANTEK, 2021; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

#### **4 MEDIDAS PÓS-OPERATÓRIAS**

As hemorragias pós-operatórias são eventos preocupantes pois podem vir seguidos de formação de hematoma oral e conseqüentemente trismo pós-operatório, ou até mesmo obstrução severa das vias aéreas. O medo também pode ser um fator de risco para pacientes cardíacos, pois pode aumentar os níveis de estresse que por sua vez induz uma atividade fibrinolítica (KÄMMERER et al., 2015).

Para prevenir tais acontecimentos devemos orientar o paciente sobre certos cuidados. Recomenda-se evitar atividades físicas e exposição ao sol por 7 dias, para evitar como consequência a vasodilatação. Além disso durante as 48h que sucedem o

tratamento, o paciente deve manter uma alimentação líquida, pastosa e fria, para preservar o local do procedimento. Também é prudente orientar o paciente sobre não realizar bochechos ou cuspir, de forma a não comprometer a formação do coágulo, exceto nos casos em que o bochecho for feito com um agente hemostático antifibrinolítico indicado pelo profissional. Além desses cuidados, o cirurgião-dentista pode lançar mão de métodos auxiliares como a prescrição de compressa de gelo nas primeiras 24h após procedimentos cirúrgicos, e utilização de splints ou moldeiras para proteger a região da ferida cirúrgica. (PESSE, et al. 2018; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

O sangramento ou exsudação pode persistir por até 24h após uma extração, e em pacientes anticoagulados esse tempo pode se estender. Um dos métodos mais simples, que possui excelentes respostas e pode ser feito pelo próprio paciente para contornar esses sangramentos é a compressão com gaze sobre o alvéolo por 20 minutos. Isso pode ser feito como primeira alternativa e imediata, porém é sempre importante o acompanhamento do profissional, pois, apesar de raro para procedimentos odontológicos, existe o risco de choque hemorrágico, cujos sinais são taquicardia, hipotensão, pele fria/úmida, letargia. Dessa forma, para que não ocorra o agravamento da condição do paciente caso o sangramento não seja controlado, pode ser necessário a realização de outros procedimentos de hemostasia local pelo CD, como os já mencionados, ou até mesmo que o caso seja conduzido em ambiente hospitalar (KAMOH e SWANTEK, 2021; ANDRADE, et al., 2014).

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por meio do presente estudo, foi possível concluir que o risco de hemorragia não prevalece diante da necessidade de controlar a condição do paciente e evitar a formação de trombos, o que pode gerar complicações. Dessa forma, o CD deve ter conhecimento da condição sistêmica do seu paciente através de uma boa anamnese e exames complementares, dos riscos representados pelo procedimento a ser executado e dos métodos disponíveis para prevenir e controlar possíveis episódios hemorrágicos. Todos esses elementos devem fazer parte do planejamento do tratamento, no qual uma discussão terapêutica com o médico do paciente, acerca de possíveis alterações no uso do medicamento e da relação risco/benefício dessa decisão, é uma possibilidade.

## REFERÊNCIAS

Becker, D. E. (2013). Antithrombotic drugs: Pharmacology and implications for dental practice. **Anesthesia Progress**, 60(2), pp. 72-80.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de atendimento odontológico a pacientes com coagulopatias hereditárias. Brasília, 2005a.

COWAN, Logan T. et al. Periodontal disease and incident venous thromboembolism: The Atherosclerosis Risk in Communities study. **Journal of clinical periodontology**, v. 46, n. 1, p. 12-19, 2019.

DANTAS, A. K.; DEBONI, M. C. Z.; PIRATININGA, J. L. 7209. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, n. 55 11, 2009.

DA SILVA, Thaís Evelylyn et al. Manejo cirúrgico do paciente submetido à terapia anticoagulante oral. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 10, n. 1, p. 145-149, 2019.

DE ANDRADE, E. D. Terapêutica medicamentosa em odontologia. **Artes Médicas Editora**, 2014.

DÉZSI, C. A.; DÉZSI, B. B.; DÉZSI, A. D. Management of dental patients receiving antiplatelet therapy or chronic oral anticoagulation: A review of the latest evidence. **European Journal of General Practice**, v. 23, n. 1, p. 197–202, 2017.

FERNANDES, Caio Julio Cesar dos Santos et al. Os novos anticoagulantes no tratamento do tromboembolismo venoso. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 42, p. 146-154, 2016.

HARTER, K.; LEVINE, M.; HENDERSON, S. O. Anticoagulation drug therapy: A review. **Western Journal of Emergency Medicine**, v. 16, n. 1, 2015.

JOHNSTON, S. A new generation of antiplatelet and anticoagulant medication and the implications for the dental surgeon. **Dental Update**, v. 42, n. 9, 2015.

KÄMMERER, P. W. et al. **Oral surgery during therapy with anticoagulants—a systematic review** *Clinical Oral Investigations*, 2015.

KAMOH, Amandip; SWANTEK, Jason. Hemostasis in oral surgery. **Dental Clinics**, v. 56, n. 1, p. 17-23, 2012.

LANAU, N. et al. Direct oral anticoagulants and its implications in dentistry. A review of literature. **Journal of Clinical and Experimental Dentistry**, 2017.

LITTLE, J. W. et al. Antithrombotic agents: Implications in dentistry. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics**, v. 93, n. 5, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Manual de atendimento odontológico a pacientes com coagulopatias hereditárias**. [s.l: s.n.].

PESSE, M. S. et al. Protocolo de atendimento odontológico a pacientes usuários de terapia antitrombótica. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, v. 23, n. 2, p. 229–235, 2018.

RUFF, C. T.; BRAUNWALD, E. Will warfarin ever be replaced? **Journal of Cardiovascular Pharmacology and Therapeutics**, 2010.

SCULLY, C.; WOLFF, A. Oral surgery in patients on anticoagulant therapy. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics**, v. 94, n. 1, 2002.