



**Editora
Uniesp**



**GUIA DE BOLSO PARA O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DO
PACIENTE SISTEMICAMENTE COMPROMETIDO**



JOSÉ MARIA CHAGAS VIANA FILHO
(Autor)

ISBN: 978-65-5825-190-3

**Guia de Bolso Para o Atendimento Odontológico do Paciente
Sistemicamente Comprometido**

José Maria Chagas Viana Filho
Autor

Cabedelo
2023



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIESP

Reitora

Érika Marques de Almeida Lima

Editor-chefe

Cícero de Sousa Lacerda

Editores assistentes

Márcia de Albuquerque Alves

Editora-técnica

Elaine Cristina de Brito Moreira

Corpo Editorial

Ana Margareth Sarmiento – Estética

Anneliese Heyden Cabral de Lira – Arquitetura

Arlindo Monteiro de Carvalho Júnior - Medicina

Aristides Medeiros Leite - Medicina

Carlos Fernando de Mello Júnior - Medicina

Daniel Vitor da Silveira da Costa – Publicidade e
Propaganda

Érika Lira de Oliveira – Odontologia

Ivanildo Félix da Silva Júnior – Pedagogia

Patrícia Tavares de Lima – Enfermagem

Marcel Silva Luz – Direito

Juliana da Nóbrega Carreiro – Farmácia

Maiara Aticiene dos Santos Belo – Design de Interiores

Luciano de Santana Medeiros – Administração

Marcelo Fernandes de Sousa – Computação

Thyago Henriques de Oliveira Madruga Freire –
Ciências Contábeis

Márcio de Lima Coutinho – Psicologia

Paula Fernanda Barbosa de Araújo – Medicina
Veterinária

Giuseppe Cavalcanti de Vasconcelos – Engenharia

Jeane Odete Freire dos Santos Cavalcanti – Educação
Física

Sandra Suely de Lima Costa Martins - Fisioterapia

Zianne Farias Barros Barbosa – Nutrição

Copyright © 2023 – Editora UNIESP

É proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio. A violação dos direitos autorais (Lei nº 9.610/1998) é crime estabelecido no artigo 184 do Código Penal.

O conteúdo desta publicação é de inteira responsabilidade do(os) autor(es).

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Biblioteca Padre Joaquim Colaço Dourado (UNIESP)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Biblioteca Padre Joaquim Colaço Dourado (UNIESP)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Biblioteca Padre Joaquim Colaço Dourado (UNIESP)

V614g Viana Filho, José Maria Chagas.

Guia de bolso para o atendimento odontológico do paciente sistemicamente comprometido [recurso eletrônico] / José Maria Chagas Viana Filho. - Cabedelo, PB : Editora UNIESP, 2023.

67 p. ; il.

Tipo de Suporte: E-book

ISBN: 978-65-5825-190-3

1. Odontologia. 2. Atendimento odontológico. 2. Odontologia – Paciente crítico. I. Título.

CDU :
616.314

Bibliotecária: Elaine Cristina de Brito Moreira – CRB-15/053

Editora UNIESP
Rodovia BR 230, Km 14, s/n,
Bloco Central – 2 andar – COOPERE
Morada Nova – Cabedelo – Paraíba
CEP: 58109-3

APRESENTAÇÃO

Durante a academia em Odontologia, pouco se é trabalhado para realizar o manejo odontológico do paciente sistemicamente comprometido e isso reflete consideravelmente no acesso à saúde bucal destes indivíduos.

Diante deste cenário, observa-se a necessidade da criação de materiais didáticos que auxiliem os alunos e profissionais desde o acolhimento e escuta qualificada, até o atendimento e acompanhamento pós-tratamento.

Os componentes curriculares de Odontologia Hospitalar e de Estágio Extramuros II e III do Curso de Odontologia do UNIESP possibilitam aos alunos além de conhecimento teórico, atividades práticas em hospitais, atendendo diariamente pacientes com problemas sistêmicos.

Para tanto, esse guia foi criado com a finalidade de auxiliar os alunos e torna-los mais seguros nos atendimentos odontológicos hospitalares a pacientes sistemicamente comprometidos. Os capítulos foram construídos pelos alunos da disciplina de Odontologia Hospitalar e professores habilitados na área.

Espero que este material auxilie sua prática clínica-hospitalar.

**José Maria Chagas
Viana Filho**



Professor do Curso de Odontologia do Centro Universitário UNIESP (Odontologia Hospitalar e Estágio em Odontologia Hospitalar)

Graduado em Odontologia pelo Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ (2016)

Mestre em Odontologia pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal da Paraíba – PPGO/UFPB (2019)

Doutor em Odontologia pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal da Paraíba – PPGO/UFPB (2023)

Habilitado em Odontologia Hospitalar pela Faculdade COESP (2020)

Cursando Especialização em Implantodontia e Periodontia no Centro Universitário UNIESP

SUMÁRIO

1. AVALIAÇÃO E EVOLUÇÃO DE PRONTUÁRIOS.....	02
2. PACIENTE COM DOENÇAS CARDIOVASCULARES	06
3. PACIENTE COM DOENÇAS PULMONARES	09
4. PACIENTE COM DOENÇA HEPÁTICA	13
5. PACIENTE COM DOENÇA RENAL	19
6. PACIENTE COM CÂNCER	23
7. PACIENTE COM DIABETES MELLITUS	30
8. PACIENTE COM DISTÚRBIOS SANGUÍNEOS.....	35
9. PACIENTE EM TERAPIA INTENSIVA.....	38

1

Avaliação e evolução de prontuários, leitura e solicitação de exames complementares

Lucas Coutinho F. Castelo Branco; Thales Filipe

B. de Moura; Maryanna C. de França; Arllon

Ítalo S. Carvalho;

José Maria Chagas Viana Filho

1. AVALIAÇÃO E EVOLUÇÃO DO PRONTUÁRIO:

- Avaliar informações: Dor, Sangramento ou Infecção;
- Evolução das informações: Extrabuciais + Intrabuciais + Salivação + Elementos dentários;
- Evolução dos procedimentos realizados: intervenção + materiais usados na intervenção;
- Solicitação de exames complementares: Imagem + Hematológicos.

Descrição do exame:	
• Solicito, para a referida paciente, o exame hemograma, como parte do planejamento para realização de procedimento cirúrgico odontológico.	
• Solicito, para a referida paciente, os exames hemograma e coagulograma (TS, TP, TTPA, INR), como parte do planejamento para realização de procedimento cirúrgico odontológico.	
João Pessoa 31 / 02 / 2075	
 José M. C. Góes Filho CIRURGIÃO DENTISTA CRO/PA 6018 Ass./Carimbo Professor Preceptor	

Solicitação de exames de imagem

Descrição do exame:	
• Solicito, para a referida paciente, radiografia panorâmica dos ossos maxilas e mandíbula, com finalidade de planejamento cirúrgico (ou de diagnóstico) odontológico.	
• Solicito, para a referida paciente, radiografia periapical do elemento 36, com finalidade de auxílio no diagnóstico de doença pulpar (necrose pulpar).	
João Pessoa 31 / 02 / 2075	
 José M. C. Góes Filho CIRURGIÃO DENTISTA CRO/PA 6018 Ass./Carimbo Professor Preceptor	

Solicitação de exames hematológicos

2. EXAMES COMPLEMENTARES EM ODONTOLOGIA:

2.1 HEMATOLÓGICOS:

Hemograma e Coagulograma

- Hemograma: Eritograma + Leucograma + Contagem de plaquetas
- Coagulograma: TP + INR + TTPA + TS

2.2 HEMOGRAMA:

Eritrograma:

- Avaliação quantitativa:

Eritrócito + Hemoglobina + Hematócrito

Valor acima da referência = POLICITEMIA e valor abaixo da referência = ANEMIA

- Avaliação qualitativa:

VCM (volume corpuscular médio) e HCM (hb

corpuscular média): VR VCM: H: 91,2 (81,8 a 100,6) e

M: 90,6 (81,0 a 100,2)

VR HCM: H: 29,8 (28,9 a 32,6) pg e M: 29,4 (26,3 a 32,4) pg

Valor acima da referência = Macrocitose e valor abaixo da referência = Microcitose

CHCM (concentração de hb corpuscular média):

VR: H: 32,6 (30,6 a 34,6) g/dl e M: 32,4 (30,5 a 34,3) g/Dl.

Valor acima da referência = Hiper Cromasia e valor abaixo da referência

= Hipocromasia

RDW (Red Blood Distribution Width):

VR: H=13,6(11,6 a 14% e M=13,7(11,9 a 15,5%

Leucograma:

- Leucócitos:

VR: H= 6.142 (2.843 a 9.440)/ mm³ e M= 6.426 (2.883 a 9.969/mm³)

Valor acima da referência = Leucocitose e valor abaixo da referência = Leucopenia

Leucocitose = Infecções Crônicas; Inflamação; Alergia;

Leucemia Leucopenia = Quimioterapia; Radioterapia;

Câncer; Doenças Renais; Doenças reumáticas

- Neutrófilos:

1° linha de defesa contra

infecções VR: 2 a 7 mil/mm³

Valor acima da referência = Neutrofilia e valor abaixo da referência = Neutropenia

- Basófilos:

Inflamações crônicas e reações alérgicas
prolongadas VR: 20 a 100mm³

Valor acima da referência = Basofilia e valor abaixo da
referência = Basopenia

- Eosinófilos:

Reações alérgicas e Infecções

parasitárias VR: 0 a 500/UI

Valor acima da referência = Eosinofilia e valor abaixo = Eosinopenia

- Linfócitos:

Linfócitos T (reconhece antígeno e estimula produção de anticorpos) e Linfócitos B

(plasmócito produz Ig- anticorpo) VR: 1 mil a 3 mil/mm³

Valor acima da referência = Linfocitose e valor abaixo da referência = Linfopenia

- Monócitos:

Macrófagos

Combatem vírus e

bactérias VR: 200 a

1mil/mm³

Valor abaixo da referência = Monocitose e valor abaixo da referência = Monocitopenia

Contagem de plaquetas:

Valor acima da referência = Plaquetose ou

Trombocitose e valor abaixo da referência =

Plaquetopenia ou Trombocitopenia

2.3 COAGULOGRAMA:

TP:

Normal = 12 a 15

segundos Uso de

anticoagulantes

Hepatopatias

Deficiência de vitamina K

Valor acima da referência = Sangramento e valor abaixo da referência

= Trombo

INR:

Normal: 0,9 a 1,2

< 2,5: Realizar procedimento com cautela.
> 2,5 a 3,0: Procedimento apenas em ambiente hospitalar
Valor de referência = Sangramento e valor abaixo da referência = Trombo

TTPA:

Normal: 35 a 50 segundos

Hemofilia e monitorização da Heparina

TS:

Normal: 1 a 5 minutos

Formação do Tampão plaquetário – “Trombo branco”

2

Manejo odontológico do paciente com doenças cardiovasculares

Aldeci Amaral dos Santos Júnior; Anndry Lucca Santos da Silva; Emylly Bezerra Nóbrega; Maria Eduarda Fernandes Monteiro; Matheus Henrique da Silva Targino Duarte; Patrícia Ewellyn Gomes Farias; José Maria Chagas Viana Filho

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

1. CONCEITO E PARÂMETROS

- Elevação persistente da pressão arterial;
- Parâmetro: $\geq 140 \times 90$ mmHg.

Classificação da pressão arterial

CLASSIFICAÇÃO	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
PA ótima	<120	<80
PA normal	120-129	80-84
Pré-hipertensão	130-139	85-89
HA estágio I	140-159	90-99
HA estágio II	160-179	100-109
HA estágio III	≥ 180	≥ 110

PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; PA: pressão arterial; HA: hipertensão arterial.

*Sempre considerar o valor maior entre a PAS e PAD para classificar o estado do paciente.

2. MANEJO DO PACIENTE COM HAS

- Identificação do paciente (com e sem diagnóstico de HAS);
- Identificação de medicamentos (perguntar mesmo que o paciente negue hipertensão);
- Saber se houve adesão ao tratamento (se está tomando a medicação);
- Sintomas associados (capacidade funcional);
- Estabilidade da doença (compensado ou descompensado).

Conduta de procedimentos cirúrgicos de acordo com a classificação

CLASSIFICAÇÃO	CONDUTA
Estágio I	- Risco mínimo (pode realizar atendimento eletivo e de urgência)
Estágio II	- Postergar atendimento eletivo até controle ou Estágio I (apenas atendimento de urgência);
Estágio III	- Postergar atendimento eletivo até controle ou Estágio II (atendimento de urgência em hospital); - Risco moderado procedimentos emergenciais
Baixa capacidade funcional (incapacidade de andar 3 quarteirões)	- Alto risco de complicações cardíacas

Esquema proposto pelo Prof. Dr. Anibal Luna (UFPB)

- Esperar o paciente estar descansado e aferir a PA em posição confortável;
- Permitir que o paciente vá ao banheiro (medicações diuréticas para controle da PA);
- Sedação consciente (opção: midazolam – via oral – 7,5mg / 30min antes do procedimento cirúrgico ou óxido nítrico);
- Uso de anestésicos com vasoconstrictor análogo à adrenalina (lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000): 0,04mg de epinefrina por sessão, ou seja, apenas 2 tubetes. Uma outra opção, quando se pretende usar mais anestésicos, é usar a prilocaína 3% com felipressina 0,03UI (2 a 3 tubetes);
- Consultas curtas, para evitar aumento do estresse e dor transoperatórios.

Angina Pectoris

1.CONCEITO

- Aperto, pressão dolorosa, pesada e constrictiva na região torácica central;
- Estável: dor previsível e constante ao longo do tempo; precipitada por esforço físico (caminhada ou subir escadas); dor em torno de 15 minutos e aliviada com nitratos;
- Instável: um novo início de dor, crescente, mais intensa e precipitada por esforço físico menor que o anterior ou em repouso; maior que 15 minutos e não alivia imediatamente após o uso dos nitratos.

2.MANEJO DO PACIENTE COM ANGINA

Angina estável:

- Redução do estresse e a ansiedade (midazolam – via oral – 7,5mg / 30min antes do procedimento cirúrgico ou óxido nítrico);
- Disponibilidade de nitratos na consulta;
- Limitar uso de vasoconstrictor (não ultrapassar 2 tubetes de lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 por

consulta);

- Risco de sangramento excessivo (uso de antiagregantes)

=> uso de hemostáticos locais;

- Controle da dor pós-operatória.

3

Manejo odontológico do paciente com doenças pulmonares
Celia Roberta, Maria Emanuelle, Gabriela
Rodrigues, Lília Van Der Linden

Anamnese

- A anamnese é crucial, com avaliação dos sinais vitais a cada consulta;
- O tratamento Odontológico não é contraindicado, mas alguns cuidados devem ser tomados:

- ✓ É necessário que o ambiente esteja bem ventilado;
- ✓ A utilização de máscaras de proteção para os profissionais são indispensáveis;
- ✓ Óculos de proteção;
- ✓ Bochecho com clorexidina.

Exame clínico

1 – Investigação da história médica e avaliação ao tratamento:

- Diagnóstico da Doenças Respiratórias Crônicas;
- Frequência e gravidade das crises respiratórias;
- Quando aconteceu a última crise;
- Quando foi hospitalizado ou precisou ser atendido em serviço de urgência e emergência devido a crises respiratórias;
- Medicamentos em uso;
- Uso de corticoides há quanto tempo;
- Possui restrições de alguma atividade por desconforto respiratório;
- Apresenta alergia a produtos de uso odontológico.

2 – Identificação dos agentes desencadeantes de crises respiratórias:

Considerar condições sociais, ambientais e hábitos de vida, principalmente tabagismo e exposições ocupacionais (inalação de materiais da combustão de resíduos de colheita, estrume e madeira, assim como substâncias inorgânicas no local de trabalho).

3 – Identificação de sinais e sintomas presentes:

- Tosse: seca ou produtiva (Aguda - até 3 semanas de duração; Subaguda - 3 a 8 semanas de duração; Crônica - mais de 8 semanas).
- Expectoração;
- Sibilâncias (presença de chiado);
- Hemoptise;
- Dor torácica (sensação de aperto);
- Taquipneia (aumento da frequência respiratória) e dispneia (falta de ar ou respiração difícil);
- Respiração bucal;
- Cianose (coloração azulada na pele, região perioral, leito ungueal e de mucosas).

4 – Presença de comorbidades:

Investigar outras alterações sistêmicas que possam interferir no atendimento odontológico.

Para o atendimento odontológico, é necessário:

- Avaliação médica nos casos de pacientes instáveis e sintomáticos;

- Monitoramento dos sinais vitais antes e após o atendimento odontológico;
- Remoção de estímulos alergênicos do consultório;
- Consultas curtas que minimizam o estresse e a ansiedade;
- Solicitação de exames complementares em casos de procedimentos com risco hemorrágico
- Técnica anestésica precisa, com injeção lenta e aspiração para evitar sobredosagem.
- Avaliação das comorbidades e terapias prévias com broncodilatadores.
- Asmáticos dependentes de corticosteroides: considerar alternativas a vasoconstrictores adrenérgicos em anestésicos locais por desenvolverem hipersensibilidade a sulfetos.
- Recomenda-se anestésico sem vasoconstrictor ou com vasoconstrictor não adrenérgico, como a Felipressina.

4

Manejo odontológico do paciente com doença hepática

Dayane Kelli Silveira Patrício, Gisley
Carlota F. Moscat, Kerollem Ferreira
Lima, Nathália Azevedo N. P. Leite,
Lília Van Der Linden

Conceito

- Distúrbios hepáticos podem causar alterações na hemostasia, aumentando o risco de hemorragias;
- A conduta odontológica deve ser cuidadosa e informada.

1 – A conduta do cirurgião-dentista

Tempo de protrombina (TP) / tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPa) com níveis acima de 1,5 do valor de referência ou com índice de normatização internacional (INR) acima de 3 sejam submetidos à infusão de plasma fresco congelado, assim como pacientes com índice de plaquetas inferior a 50.000, necessite de transfusão de sangue.

2 – Protocolo odontológico proposto

- Indica restaurações em dentes viáveis;
- Controle de biofilme através de profilaxia e raspagem supra e subgengival;
- Instruções de higiene bucal;
- Extração de dentes não viáveis;
- Acompanhamento rigoroso de lesões orais, como reações liquenoides e lesões sugestivas de malignidade associadas à imunossupressão.

3 – Procedimentos cirúrgicos ou que induzam o sangramento em cavidade oral

- Profilaxia com transfusão sanguínea em pacientes com

- contagem de plaquetas < 50.000 para exodontia;
- Manobras hemostáticas trans e pós-transplante.

4 – Procedimentos cirúrgicos em pacientes cirróticos

- Transfusões de hemoderivados podem ser recomendados a depender da extensão do procedimento cirúrgico, do resultado do coagulograma, tratamento de infecções, melhoria da função renal ou hemorragias ativas durante ou após a cirurgia;
- Quanto ao uso de métodos sistêmicos que podem ser utilizados para compensar as coagulopatias observadas nesses pacientes na tentativa de diminuir o risco de sangramento prolongado em procedimentos odontológicos invasivos, destaca-se a vitamina K, em doses de 10 mg intramuscular.

5 – Exames Hematológicos Importantes para paciente com doença hepática

INR

- Medida que avalia a capacidade de coagulação do sangue;
- Normaliza resultados de testes de coagulação para permitir comparação;
- Usado para monitorar a eficácia da terapia anticoagulante, como a varfarina.

Contagem de plaquetas

- Mede o número de plaquetas no sangue;
- Importante para avaliar a capacidade de coagulação e a prevenção de sangramento excessivo;

- Baixa contagem de plaquetas pode indicar risco aumentado de sangramento;

Tempo de protrombina (TP)

- Avalia o tempo necessário para que o sangue coagule;
- Monitora a função dos fatores de coagulação, incluindo a vitamina K;
- Usado para verificar a eficácia da anticoagulação e diagnosticar distúrbios de coagulação;

Tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPA)

- Avalia a eficácia da via intrínseca da coagulação.
- Ajuda a diagnosticar distúrbios de coagulação, como hemofilia.
- Monitora a eficácia de terapias anticoagulantes, como a heparina.

AST (ou TGO) – Aspartato Aminotransferase (ou Transaminase Glutâmico-Oxalacética)

- Enzima que é encontrada em grande quantidade no interior do hepatócito além de células musculares cardíacas e esqueléticas, renais, pancreáticas, pulmonares, leucócitos e eritrócitos. Quando ocorre ruptura do hepatócito, é liberada para a corrente sanguínea
- Aumento sérico indica lesão no hepatócito.

ALT (ou TGP) – Alanina Aminotransferase (ou Transaminase Glutâmica pirúvica)

- Enzima que se encontra em grande quantidade no interior do hepatócito. Seu aumento sérico indica lesão no hepatócito.

Gama GT (Gama-Glutamil-Transferase)

- Encontrada no interior dos hepatócitos e das células das vias biliares. Marcador sensível para situações de dano hepático proveniente da ingestão de etanol.

Fosfatase alcalina

- Enzima encontrada em vários tecidos, incluindo o fígado.
- Elevação sérica pode indicar doença hepática ou obstrução biliar.

Bilirrubinas

A bilirrubina é insolúvel e tóxica (bilirrubina indireta), sendo convertida em solúvel (bilirrubina direta) pelo fígado. Após essa conversão, é incorporada à bile ou eliminada pelas fezes. O aumento sérico da bilirrubina indireta pode sinalizar prejuízo na incorporação dessa bilirrubina à bile.

6 – Principais Manifestações Oraís encontradas em Pacientes hepáticos:

- Doença periodontal
- Lesões de cárie
- Xerostomia
- Glossite atrófica
- Infecções oportunistas
- Língua despapilada
- Hematomas
- Equimoses
- Petéquias palatais

- Varizes linguais

7 – Medicções usadas no manejo odontológico do paciente com doença hepática:

- Agentes hemostáticos locais: Celulose oxidada, ácido tranexâmico, Adstringentes (cloreto de alumínio), colágeno microfibrilar, embebido em gaze de trombina, Adesivo de fibrina, eletrocautério, Esponjas de gelatina absorvíveis, ácido amino-caproico (EACA).

- Anestésicos locais: Articaina é metabolizada parcialmente no plasma, desta maneira, deve-se priorizar o uso desse tipo de anestésico com doses relativamente baixas.
- Analgésicos: analgésicos de primeira escolha dipirona 500mg por até 72 horas ou paracetamol com dosagem máxima de 2g/dia. Não prescrever AINES, pois, aumentam o risco de sangramento no trato gastrointestinal e interferem no equilíbrio hídrico.
- Profilaxia Antibiótica: Amoxicilina (2g – 1h antes do procedimento), ácido clavulânico ou cefalosporinas. Em casos de alergia à penicilina usar a clindamicina (600 mg 1h – antes do procedimento) ficar atento pois, a Clindamicina apresenta seu metabolismo prolongado em indivíduos com doenças hepáticas e, portanto, poderia contribuir com a degeneração do fígado.
- Ansiolíticos: em indivíduos com doença hepática, devem ser usados com cautela, pois o tempo de ação dessa classe pode ser prolongado.
- Medicamentos contraindicados: é o antifúngico sistêmico fluconazol. Os antibióticos eritromicina, metronidazol e tetraciclinas devem ser evitados.

Transmissão ocupacional

HEPATITE

TRANSMISSÃO OCUPACIONAL

Recomendações para profilaxia pós exposição (PEP) a material biológico

- 1- Deve-se realizar uma lavagem exaustiva do local, com água e sabão, sendo o uso de soluções antissépticas degermantes uma opção adicional ao sabão.
- 2- Notificação ao serviço na hora do acidente, este tempo é de fundamental importância para profilaxia, sendo de 72 horas para HIV, e até 7 dias para casos de HBV e HCV;
- 3- Identificação do paciente ou fonte;
- 4- Informar ao paciente sobre o acidente ocorrido e explicar os próximos passos a serem realizados;
- 5- Pesquisa rápida sobre história de saúde e esquema de vacinação;
- 6- Informar ao paciente a necessidade realizações para teste rápido, na unidade de referência, tanto do profissional quanto do paciente (fonte) Anti-HIV (para detectar HIV); Anti-HCV (para hepaite C; HBsAg (hepatite B).

- HIV: Não reagente => Profilaxia não indicada
 - Reagente Acompanhamento clínico, com profilaxia indicada (coquetel) antirretrovirais ARV
 - Desconhecido Anti-HIV e acompanhamento clínico, e reavaliação pós 6 meses.
- Atendimento até 72 horas do acidente.

- HBV: Reagente Encaminhamento clínico;
Não Reagente: Avaliar esquema vacinação; IGHAB não indicada; Desconhecido: Avaliar IGHAB.
- A profilaxia do HBV pode envolver a vacina contra a hepatite B e a Imunoglobulina Hiperimune contra Hepatite B (IGHAB). Se indicada, a vacina deve ser administrada, de preferência, no momento do primeiro atendimento ou nas primeiras 24 horas da exposição. Já a IGHAB, nos casos de acidente com perfurocortante, pode ser realizada até 7 dias da exposição, de preferência nas primeiras 48 horas.

- HCV: Reagente Encaminhamento para confirmação laboratorial, e acompanhamento clínico;
 - Não Reagente Não há necessidade de acompanhamento clínico;
 - Desconhecido Encaminhamento para confirmação laboratorial, e acompanhamento clínico.

» ESQUEMA VACINAL

SITUAÇÃO VACINAL DO	PACIENTE (FONTE) AgHBs + AgHBs - AgHBs		
PROFISSÃO DE SAÚDE desconhecido NÃO VACINADO HB +	IGHA	iniciar Vacinação	iniciar vacinação
VACINAÇÃO INCOMPLETA B +	Vacinação IGHAH	Completar Vacinas	Completar Vacinas
	Completar vacinação		
	s		
VACINADOS COM RESPOSTAS VACINAL	Nenhuma medida específica		
CONHECIDA E ADEQUADA (>10UI/ml)			

5

Manejo odontológico do paciente com doença renal

Rhaina Neuza Pereira da Silva; Lohana Torres; Hislany França; Pollyne Pontes; Ingrid Barbosa; Ruan Alves José Maria Chagas Viana Filho, Luana de Almeida Duarte.

Manejo odontológico do paciente com doença renal

A doença renal crônica (DRC) é a deterioração progressiva e crônica do rim. A doença acontece quando suas unidades funcionais, os néfrons, tornam-se incapazes de realizar a função de filtração dos líquidos do corpo, comprometendo a homeostasia do organismo.

MANIFESTAÇÕES	CAUSA
Palidez na Mucosa	Anemia
Alterações no paladar	- Alto nível de uréia na saliva e seu metabolismo em amônia;
Halitose	- Presença dedimetil e trimetil aminas; - Modificação nas papilas gustativas;
Candidíase e outras infecções oportunistas	- Queda da resistência orgânica decorrente do uso de drogas imunossupressoras; - Condições precárias de higiene oral;
Xerostomia	- Desidratação e respiração bucal; - Diminuição do fluxo salivar; - Restrição na ingestão de líquidos;
Alterações periodontais	- Aumento da taxa de cálcio-fosfato sérico;

	<ul style="list-style-type: none"> - Inflamação e sua consequente repercussão sistêmica; - Associação da DRC x DM;
Estomatite urêmica	Aumento do BUN;
Erosão	Face lingual dos dentes associada ao vômito (efeito adverso das medicações);
Alterações hematológicas	Uso de anticoagulantes e alteração nos níveis de ureia;
Equimoses e petéquias	

Aspectos Farmacológicos

Medicamentos		
Analgésicos	<ul style="list-style-type: none"> - Dipirona - Paracetamol* - Codeína* 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Cetoprofeno - Ibuprofeno - Naproxeno - Aspirina 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Amoxicilina - Eritromicina - Clindamicina - Metronidazol* 	
	Antimicrobianos	

	<ul style="list-style-type: none"> - Aciclovir* - Cetoconazol*
	<ul style="list-style-type: none"> - Tetraciclina - Estreptomicina
Anestésicos	<ul style="list-style-type: none"> - Lidocaína 2% com epinefrina (1:100.000) - Articaina 4% com epinefrina (1:100.00)
<p>* Ajuste de dose (menor dose capaz de produzir efeito); verde: pode usar; vermelho: evitar/não usar</p>	

EXAMES COMPLEMENTARES	
BÁSICOS	HEMOGRAMA
	URÉIA
	CREATININA
AVANÇADOS	BUN
	TS e TP ou TTPA
	Urina
	TFG

Outras informações

- Em pacientes candidatos ao transplante renal os focos infecciosos devem ser removidos;
- Nos primeiros seis meses pós-transplante o tratamento odontológico deve se restringir às emergências.

Manejo

- Sessões odontológicas devem ser curtas e realizadas preferencialmente pela manhã, em ambiente silencioso e evitar movimentos bruscos e inesperados durante a terapia;
- Optar por procedimentos fracionados;
- O protocolo de diminuição da ansiedade pode ser necessário;
- Não existem evidências científicas para prescrever profilaxia com antibióticos na prevenção de endocardite infecciosa;
- O profissional deverá solicitar exames complementares para verificar tempo de sangramento, contagem de plaquetas, hematócrito, nível de hemoglobina e tempo de protrombina, principalmente ao realizar procedimentos mais invasivos como cirurgias ou abordagens periodontais;
- Realizar controle metuculoso da hemostasia e técnica cirúrgica precisa;
- Possível prescrição de saliva artificial;
- O protocolo terapêutico odontológico e a terapêutica medicamentosa devem ser individualizados de acordo com estado clínico de cada paciente para ajuste das dosagens e intervalo das prescrições.

2 – Pacientes com doença renal em tratamento médico conservador

- Não requerem medidas especiais em relação ao tratamento odontológico;

-

Evitar drogas nefrotóxicas (como tetraciclina ou aminoglicosídeos; AINES)

-

Monitorar a pressão arterial durante os procedimentos devido à hipertensão frequente.

3 – Pacientes em hemodiálise

- Comunicação com o nefrologista para conhecer o estágio da patologia;

- Conhecer o tipo de anticoagulante bem como seu tempo de ação.

- Deve-se atentar para a presença da fístula arteriovenosa e realizar aferição no braço que não possui este acesso venoso.

4 – Pacientes em diálise diabética

- Tratamento odontológico com risco de sangramento deve ser adiado para o dia da não diálise;

5 – Em casos de episódio hemorrágico

- Uso de fibras colágenas;

- Celulose oxidada;

- Sutura em massa;

- Tamponamento;

- Bochecho com ácido tranexâmico 10-15 mg/kg, 2-3 vezes ao dia e compressão com gaze impregnada em ácido tranexâmico.

6

Manejo odontológico do paciente com câncer

Airton Barbosa; Fabiana Vasconcelos; Felipe Felix; Juliana Avelino; Jessika Maciel; Luciana Calixto; Rafaella Borges e Renata Amaral, José Maria Chagas Viana Filho

1 – Manejo pré-tratamento antineoplásico

- Instruções de higiene bucal;
- Incentivo à dieta não-cariogênica;
- Solicitação de exames complementares (hematológicos, radiográficos);
- Eliminar infecção disseminada ou com potencial de disseminação;
- Remoção de biofilme/cálculo dentário;
- Profilaxia;
- Tratar lesões cariosas;
- Remoção cirúrgica (sem traumas), de opérculos gengivais; dentes com indicação de extração, decíduos em esfoliação ou com esfoliação esperada dentro do tratamento antineoplásico;
- Minimizar processos de cicatrização por segunda intenção;
- Evitar antiagregante plaquetário;
- Permitir tempo adequado para a cicatrização (de 2 a 3 semanas ou de 60 a 63 dias);
- Fluorterapia;
- Remoção de bandas, aparelhos ortodônticos e próteses mal adaptadas.

2 – Manejo durante tratamento antineoplásico

- Comunicar-se com o oncologista antes de qualquer procedimento invasivo (discussão da fase NADIR);
- Executar apenas tratamento de emergência durante a quimioterapia (infecções odontogênicas, exodontias, tratamento periodontal e lesões de tecidos moles);
- Para procedimentos invasivos:
 - a) Realizar profilaxia antibiótica se a contagem de

granulocitos for

$<2.000/\text{mm}^3$ ou a contagem de neutrófilos totais for $<500/\text{mm}^3$;

b) Considerar transfusão plaquetária se a contagem de plaquetas for $< 50.000/\text{mm}^3$;

c) Controlar sangramento espontâneo com gaze, tamponador e moldeira bucal macia;

d) Realizar cultura e teste de sensibilidade antibiótica do exsudato;

- Usar fluoreto tópico para controle de cárie.
- Bochecho com gluconato de clorexidina a 0,12% para controle do cálculo e infecções;
- Alívio sintomático da mucosite e xerostomia;
- Prevenir e diagnosticar a osteonecrose induzida por bifosfonatos;
- Em caso de anemia grave, evite anestesia geral.

3 – Manejo após tratamento antineoplásico

- Monitorar o paciente até o fim dos efeitos colaterais;
- Inserir o paciente em programa de controle periódico;
- Com base em evidências clínicas disponíveis, o uso de profilaxia antibiótica não está indicado, entretanto, o seu uso será decidido com base na avaliação individual do paciente após consulta médica;
- Observar e tomar precauções para osteonecrose induzida por bifosfonatos.

4 – Mucosite Oral

- Profilaxia: antes de início de terapia antineoplásica aplicação com laser diodo baixa potência em tecidos

moles com 5 segundos por pontos, do D0 ao D5;

- Laser diodo baixa potência: lesões instalas de médio e grande porte, mucosa jugal, mucosa labial, ventre e borda lateral da língua e assoalho bucal (15 pontos durante 10s por ponto (2 a 5 sessões);
- Anti-inflamatório tópico (AINE): Cloridrato de Benzidamina dissolver 1 pastilha na boca, 2 vezes ao dia, até o alívio dos sintomas (acima de 6 anos);
- Para higiene oral: bochechos de 10 ml de Clorexidina a 0,12% de 12h em 12h. Sobre um melhor consenso usar o protocolo de tratamento por até 10 dias;
- Nistatina: pediátrico e adulto de 1 a 6 mL (100.000 a 600.000 U.I.) 4 vezes ao dia por 14 dias;
- Nistatina: Lactentes de 1 ou 2 mL (100.000 a 200.000 U.I.) 4 vezes ao dia por 14 dias;
- Bicarbonato de sódio: $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ colher de chá diluído em 250 ml de água filtrada pode ser utilizado para enxague bucal. Preventivo, podendo ser administrado de acordo com a reposta fisiológica do paciente;
- Hexomedine colutório 1mg + 0,5 spray 50ml: aplicar 3 nebulizações na cavidade bucal a cada 4 horas;
- Vitamina E: para hidratar a mucosa, romper 1 cápsula gelatinosa e passar na lesão 1 vez ao dia (poder ser associada a laserterapia);
- Protetores Labiais a base de água, de cera de abelha ou vegetal;
- Não ingerir alimentos ácidos.

5 – Xerostomia

- Consumir goma de mascar e bala de hortelã ambas sem açúcar;
- Evitar bebidas alcóolicas, tabaco, chás, café, bebidas cítricas, comidas apimentadas;
- Aumento da ingestão de água durante o dia;
- Derreter gelo na boca;
- Não usar colutórios com álcool;
- Solução de Pilocarpina HCl 1 mg/ml: tomar 1 colher de chá diluído em água 4 vezes ao dia;
- Pilocarpina HCl 5 mg comprimidos (*Salagen*): tomar 1 comprimido 3 vezes ao dia. 1 comprimido extra (10 mg) pode ser tomado na hora de dormir;
- *OraBase*: aplicar 1/2 colher de sopa 5 a 6 vezes ao dia;
- Saliva artificial: Spray bucal a base de sais minerais e xilitol. Uso tópico. Efetuar 2 a 3 pulverizações por aplicação, na cavidade bucal ao longo do dia. Não ingerir alimentos ou bebidas por pelo menos 15 minutos após a utilização. Não é necessário enxaguar.

6 – Cáries de radiação

- Aplicação diária de flúor com moldeiras material leve e flexível. As moldeiras armazenam 5 a 10 gotas de flúor acidulado em gel a 1% ou 2%: aplicar por 5 minutos diariamente. Se o mesmo lesionar os tecidos, substituir por fluoreto de sódio neutro em gel a 0,5%;
- A aplicação única de 5.000ppm de fluoreto pode ser mais efetivo em alguns pacientes;
- Confirme a adesão ao tratamento através de consultas mensais durante o 1º ano;

- Restaurar lesões cáries incipientes.

7 – Infecção secundária

- Evitar expor-se a bactérias, vírus e outros agentes causadores de infecções;
- Lavagem frequente e vigorosa das mãos e o uso de máscara;
- Evite cortes ou perfurações;
- Usar escova dental extra macia;
- Solicitar exames sanguíneos, cultura citológica;
- Nistatina suspensão oral de 100.000 UI: bochechar 2 a 5 ml por 2 minutos e engolir. De 4 a 5 vezes ao dia. Deve se mantidas no mínimo 48hrs após o desaparecimento dos sintomas. Observação: por ter alto teor de açúcar deve ser prescrita com cuidado para diabéticos, além de reforçar a boa higiene oral;
- Nistatina pomada: aplicar 1 fina camada sobre a área afetada após cada refeição. A duração do tratamento vai depender da resposta clínica do paciente;
- Clotrimazol 10 mg creme : aplicar 1 fina camada fina sobre a área afetada de 2 a 3 vezes por dia durante 2 a 3 semanas;
- Clotrimazol (Mycelex) pastilhas: Deixar 1 pastilha dissolver na boca 5 vezes ao dia;
- Cetoconazol (Nizoral) creme a 2 %: aplicar 1 fina camada na superfície interna da prótese e sobre a área afetada após cada refeição.
- Cetoconazol (Nizoral) comprimidos 200 mg: tomar 1 comprimido diariamente com uma refeição ou com suco de laranja. Não ultrapassar 4 semanas;
- Fluconazol (Diflucan) comprimidos 100 mg: tomar 2

comprimidos no início, depois 1 comprimido diariamente de 7 a 14 dias.

8 – Hipersensibilidade dentária

- Verniz fluoretado 5%: aplicar 1 vez por semana até fim da sensibilidade;
- Creme dental e enxaguante bucal com alto teor de flúor;
- Restauração de áreas que perderam o esmalte;
- Laser terapia.

9 – Perda de paladar

- Suplementos de zinco 30mg: tomar 1 comprimido ao dia;

10 – Osteorradionecrose

- Indicação de exodontias segundo livros de 2 a 3 semanas, segundo artigos científicos de 60 a 63 dias antes da radioterapia;
- Evitar extrações durante a radioterapia;
- Minimizar a infecção;
- Antibioticoterapia profilática com 2 g de penicilina G potássica via oral, 1 hora antes do procedimento cirúrgico;
- Após a cirurgia, continuar com a penicilina G potássica 500 mg, 4 vezes ao dia, por 1 semana;
- Não usar lidocaína como anestésico local;
- Minimizar ou evitar o uso de vasoconstritores; se necessário, considerar baixas concentrações de epinefrina (1:200.000 ou menos);
- Considerar oxigênio hiperbárico;
- Dar preferência à terapia endodôntica e não à extração

(considerando que o dente seja restaurável);

- Seguir técnicas de cirurgia atraumática;
- Evitar elevações periosteais;
- Limitar as extrações a dois dentes por quadrante por intervenção;
- Irrigar com solução salina, obter fechamento primário e eliminar as espículas ósseas;
- Manter uma boa higiene bucal;
- Bochechos de 10 ml de clorexidina a 0,12% de 12h em 12h por 14 dias;
- Uso diário de fluoretos em gel;
- Eliminação do tabagismo;
- Realizar frequentes consultas de acompanhamento pós-operatórias;
- desbridamento do osso necrótico (cirúrgico);
- laserterapia pós-cirúrgica, PTD ou câmaras hiperbáricas.

11 – Disfunção muscular

- Utilizar abaixadores de língua para garantir a máxima abertura dos maxilares.

7

Manejo odontológico do paciente com Diabetes Mellitus

Ana Karina de Araújo Santana, Anna Larissa
Gonçalo Menezes de Araújo, Lucas Vinicius
de Lima Ramos, Gabriel Barbosa Abrantes,
Graziele Ribeiro de Araújo, Victoria Regina
Feliciano Gomes, Luana de Almeida Duarte

Conceito

Entende-se como Diabetes Mellitus a síndrome metabólica de origem múltipla, decorrente da falta de insulina, da incapacidade ou falta de insulina exercer adequadamente seus efeitos, caracterizando altas taxas de açúcar no sangue (hiperglicemia) de forma permanente.

Classificação

- O DM possui a seguinte classificação: Diabetes Mellitus dependente de insulina (DMDI), Diabetes juvenil e Diabetes Mellitus não dependente de insulina (DMNDI) ou Diabetes do adulto. Para evitar confusões, essa classificação foi reduzida a dois termos, o Diabetes tipo I para o DMDI e Diabetes tipo II para o DMNDI.
- Dentre os pacientes portadores de DM, 10% possuem diabetes tipo I, caracterizado pela destruição das células beta do pâncreas, em consequência de infecções virais ou doenças autoimunes, acarretando deficiências na produção de insulina.
- O Tipo II aparece quando o organismo não consegue usar adequadamente a insulina que produz; ou não produz insulina suficiente para controlar a taxa de glicemia.
- Cerca de 90% das pessoas com diabetes têm o Tipo II.
- A doença apresenta uma tríade clássica de poliúria, polidipsia e polifagia como principais sintomas, além da perda de peso e cansaço que são consequência da interrupção da homeostase sistêmica devido ao comprometimento do metabolismo da glicose.



- As alterações bucais que podem ser observadas no paciente com DM resultam do controle inadequado do quadro glicêmico.

MANIFESTAÇÕES BUCAIS	CAUSAS
Doença periodontal	Insuficiência vascular periférica; hiperglicemia; Diminuição do fluxo e aumento da acidez e da viscosidade salivar; alterações na composição salivar
Cárie e Perdas dentárias	
Alterações salivares	
Infecções oportunistas	
Alterações no paladar	
Dificuldades de cicatrização	

- Em crianças, a doença está associada à perda de cálcio pelo organismo, o que pode levar à hipoplasia do esmalte.

1 – Diabetes Mellitus X Atendimento Odontológico

- Rotina normal antes da consulta odontológica.
- Paciente não pode estar em jejum para atendimento.
- Minimizar possíveis riscos de Infecções e inflamações.
- Verificar os níveis de glicose antes de qualquer procedimento e suspender atendimento em casos de níveis glicêmicos críticos.
- Em casos de condutas terapêuticas mais longas interromper o atendimento para alimentação.
- Redução dos níveis de ansiedade.
- Controle da inflamação através de AINES.

2 – Anestésicos locais

Em relação à anestesia local em pacientes diabéticos, prestar atenção ao uso de vasoconstritores. A epinefrina, vasoconstritor normalmente associado a lidocaína, tem ação oposta à insulina, sendo considerada hiperglicemiante. A probabilidade de ocorrerem alterações metabólicas após a administração de epinefrina, nas concentrações comumente utilizadas em procedimentos odontológicos é muito baixa.

O risco é maior nos diabéticos descompensados e nos que utilizam insulina. Naqueles com doença estável, controlados por dieta ou hipoglicemiantes orais, é seguro o uso de vasoconstritor adrenérgico. Diabéticos

dependentes de insulina e estáveis podem-se beneficiar do uso de vasoconstritor.

A contraindicação absoluta ao uso de vasoconstritores adrenérgicos associados a anestésicos é a presença de Diabetes Mellitus não controlado. Em caso de contraindicação formal ao uso de vasoconstritores adrenérgicos, pode-se optar por felipressina ou mepivacaína 3% (sem vasoconstritor). Não há contraindicações absolutas quanto ao uso da felipressina, mas se recomenda atenção em gestantes, por risco de aumentar as contrações uterina.

3 – Conduta terapêutica: urgência / emergência em Pacientes com choque insulínico (hipoglicemia) no Consultório odontológico

Caracterizada por diversos sinais e sintomas como palidez, tremores, taquicardia, sudorese, tontura, sonolência, confusão mental, fraqueza, cefaleia e visão turva. Crise de hipoglicemia é uma complicação comum e uma das principais urgências nos consultórios odontológicos. Segundo Guyton e Hall (2011), o choque insulínico resulta do aumento proporcional da insulina em relação à glicose.

Podemos diagnosticar a hipoglicemia quando o valor sanguíneo de glicose estiver abaixo de 40 miligramas por decilitro de sangue, acompanhado de sinais e sintomas típicos. Na presença de alguma dessas manifestações, o cirurgião-dentista deve suspender o procedimento imediatamente e oferecer ao paciente algum alimento rico em carboidratos como suco.

Em seguida, monitorar a glicemia capilar a cada 15 minutos, até que haja a sua normalização do quadro. Caso

não haja recuperação, deve-se acionar o socorro médico seguido de monitoramento dos sinais vitais.

Diante de quadros de hipoglicemia em que o paciente se encontra inconsciente, não se deve utilizar medicações por via oral, sendo recomendável administrar 50 mililitros de solução aquosa de glicose a 50%, por via endovenosa, durante 2 a 3 minutos.

8

Manejo odontológico do
paciente com distúrbios sanguíneos
Anthony Regis, João Victor, Renata Vitória,
Thalita Germana, José Maria Chagas Viana
Filho

1 – Distúrbios da série vermelha

- Anamnese criteriosa;
- Avaliação médica;
- Realizar tratamento odontológico durante as fases crônicas da doença. Fases agudas apenas procedimentos paliativos;
- Realizar consultas curtas;
- Evitar procedimentos longos e complicados;
- Manter níveis adequados de oxigenação e temperatura corporal;
- Administrar benzodiazepínicos antes da anestesia em pacientes mais ansiosos.
- Instituir uma terapia preventiva agressiva: Instruções de higiene oral, dieta controlada, escovação e uso de fio dental, fluoroterapia, visitas periódicas ao dentista;
- Evitar infecções orais e tratamento agressivo na ocorrência das mesmas;
- Procedimentos dentais de rotina sem sangramento: usar anestésico local sem vasoconstritor. Procedimentos cirúrgicos: usar anestésico local com vasoconstritor – preferir a lidocaína 2% com epinefrina (1:100.000);
- Evitar realização de cirurgias eletivas;
- Tratar sintomatologia com dipirona, paracetamol ou codeína. Contraindicação: AAS;
- Evitar prescrição de barbitúricos (anticonvulsivantes - presença de ureia);
- Realizar profilaxia antibiótica para procedimentos com expectativa de sangramento e bacteremia;
- Usar técnica de óxido-nitroso com nível adequado de oxigenação (50%) e adequada ventilação;
- Realizar sedação endovenosa e anestesia geral com

precaução e acompanhamento médico.

2 – Distúrbios da série branca

- Realizar a Identificação de manifestações orais decorrentes das neoplasias (infiltrados de células neoplásicas, sangramento espontâneo, úlceras, petéquias, aumento tecidual).
- Acompanhamento antes, durante e após os as terapias antineoplásicas.

- Solicitação de hemograma e coagulograma sempre que for realizar procedimentos longos e invasivos.
- Remoção de focos de infecção.
- Controle de dor, sangramento e infecções oportunistas.
- Devolver qualidade de vida associada à saúde bucal.

3 – Distúrbios de coagulação

- Minimizar o trauma cirúrgico;
- Preferir atendimento no início da semana;
- Suturas oclusivas (sempre de primeira intenção);
- Fazer uso de hemostáticos locais;
- Durante o procedimento, realizar compressão prolongada e constante utilizando gaze (o tempo de compressão necessário para obter um coágulo estável se estendendo até 30 min);
- Utilizar agentes hemostáticos, como: esponja de celulose oxigenada (ex: *Surgicel*), solução aquosa (Ácido Tranexâmico - *Transamin*, Ácido Épsilon Aminocapróico) 4x ao dia, por 2 dias, gelo (sangramento menores), selante de fibrina (à base de fibrinogênio humano e trombina bovina);
- Tratamentos preventivos (bochechos com antifibrinolíticos);
- Uso de medicamentos: Analgésicos (dipirona e paracetamol); Anti-inflamatórios (esteroidais); Ansiolíticos (benzodiazepínicos);
- Restaurações, próteses, endodontia e ortodontia (tratamento normal);
- Procedimentos que necessitam de reposição de fatores de coagulação:
 - ✓ Exodontias e cirurgias de tecidos moles (elevar

- o FVIII ou FIX a 80%, em dose única. As doses subsequentes seriam prescritas quando houver necessidade. Reavaliações realizadas durante os primeiros sete dias do procedimento);
- ✓ Tratamento periodontal (elevação a 30% de FVIII ou FIX circulante, em dose única. Doses subsequentes devem ser prescritas somente se necessário, conforme avaliação de cada caso);
 - ✓ Bloqueios anestésicos (necessidade da transfusão de plaquetas ou de fatores de coagulação se for feita a técnica de bloqueio do nervo alveolar inferior – troncular inferior).

Procedimentos	Reposição de fator VIII – UI/kg (nível desejado%)	Reposição de fator IX – UI/kg (nível desejado%)	Esquema	Paciente com inibidor
Bloqueio anestésico (BNAI)	15 (30)	30 (30)	Dose única antes do procedimento	Dose única antes do procedimento / CCPA: 50 a 100 UI/kg ou FVIIar: 90 a 120 µg/kg
Tratamento periodontal (raspagens)	15 (30)	30 (30)	Dose única antes do procedimento	Dose única antes do procedimento / CCPA: 50 a 100 UI/kg ou FVIIar: 90 a 120 µg/kg

Exodontias	40 (80)	80 (80)	Dose única antes do procedimento	CCPA: 50 a 100 UI/kg antes do procedimento e depois a cada 24 horas ou FVIIar: 90 a 120 µg/kg antes do procedimento e depois a cada 2 horas. Ambos os agentes até 4 doses no máximo após o procedimento
-------------------	---------	---------	----------------------------------	--

Baseada no Manual de Recomendações sobre o uso de fatores de coagulação no tratamento odontológico de pacientes com hemofilia do Ministério da Saúde (2015).

9

Manejo odontológico do paciente em terapia intensiva

Anna Maria Costa Monteiro Borba, Dávila
Kênnia Medeiros Honorato, Jocilane Maciel
da Silva, Maria Luíza Vieira Pereira de
Medeiros, Raquel Santos Oliveira,
Lília Van Der Linden

- Anamnese;
- Exame Clínico;
- Exames Complementares;
- Protocolo de higiene oral;
 - Higienização das mãos antes do procedimento;
 - Uso de todos os Equipamentos de Proteção Individual (EPI);
 - Desinfecção das bancadas com álcool 70% antes e após os procedimentos;
 - Posicionamento adequado do paciente;
 - Hidratação dos lábios do paciente antes da higiene oral (Bepantol, AGE ou vitamina E);
 - Verificação da correta fixação do tubo orotraqueal antes da higiene;
 - Inspeção da cavidade oral em busca de diversas condições (alterações salivares, mobilidade dentária, lesões traumáticas, infecções de mucosas, edemas de lábios ou peribucais);
 - Remover todos os dispositivos intraorais;
 - Avaliar se necessário à colocação de aparelho bucal para prevenir ou tratar lesões bucais;
 - Iniciar a higienização oral, com confecções de "bonecas" ou escova dentária;
 - Neonatal (0-28 dias): Realizar a HB com água destilada ou soro fisiológico;
 - Pediátricos: Realizar a HB com água destilada ou soro fisiológico 0,9% ou água bicarbonatada a 3%;
 - Pediátricos a partir de 12 anos: Realizar a higiene bucal com clorexidina a 0,12% uma vez ao dia ou soro fisiológico 0,9% ou água destilada ou água bicarbonatada a 3%;
 - Adultos: Realizar a higiene com clorexidina a 0,12%, de

- 12 em 12 horas (duas vezes ao dia) ou soro fisiológico 0,9% ou água destilada ou água bicarbonatada;
- Uso de laserterapia, quando necessário;
- Descarte adequado do material utilizado;
- Desparamentação dos EPI e lavagem das mãos;
- Evoluir o paciente no prontuário clínico;
- Prognóstico;
- Reavaliação.

REFERÊNCIAS

BARROS, T.E.P. Odontologia Hospitalar. 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Manual de atendimento odontológico a pacientes com coagulopatias hereditárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

IRWIN, R. S.; LILLY, C. M.; RIPPE, J. M. Manual de terapia intensiva, 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

LITTLE, J. W.; FALACE, D. A.; RHODUS, N. L. Manejo Odontológico do Paciente Clinicamente Comprometido. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

MACEDO, G. L.; FALCÃO, L. F. R. Farmacologia em medicina intensiva. São Paulo: Roca, 2011.

MORAIS, M.T. Fundamentos da Odontologia em ambiente hospitalar. Elsevier, 2015.

PICCIANI, B.L.S ET AL. Diretrizes para atendimento odontológico de pacientes sistemicamente comprometidos, Quintessence, 2019.

RIBEIRO, Francisco José Barata. Emergências Médicas e Suporte Básico de Vida em Odontologia (Além do Básico).

São Paulo: Santos, 2014.

<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-412-0386-9>

SANTOS, P.S.S.; SOARES JR, L.A.V. Medicina bucal: a prática na Odontologia Hospitalar. São Paulo, SP: Santos Editora, 2013.

VARELLIS, M. L. Z. Odontologia hospitalar. São Paulo: Quintessence, 2018.