

Aula 00 (Prof^a. Cássia Reginato)

*Odontologia p/ Concursos - Curso
Regular - 2021*

Autor:
**Cássia Reginato, Mirela Sangoi
Barreto**

10 de Janeiro de 2021

Sumário

1- Avaliação pré-operatória	5
1.1-Classificação ASA	5
2- Pacientes comprometidos sistemicamente	9
2.1 -Cardiomiopatia isquêmica.....	9
2.2 - Endocardite infecciosa e profilaxia antibiótica.....	17
2.3 - Problemas renais.....	25
2.4 -Distúrbios hepáticos.....	29
2.5 -Distúrbios endócrinos	31
2.6 -Distúrbios hematológicos	39
2.7 - Distúrbios neurológicos	44
2.8 - Distúrbios respiratórios.....	44
2.9 - Gestante e Lactantes.....	47
2.10 - Considerações finais	54
3- Questões comentadas	55
7 - Gabarito.....	66
8 - Referências bibliográficas	67
9-Resumo	68



APRESENTAÇÃO DO CURSO

Olá, aluno estrategista, tudo bem?

É com enorme alegria que iniciamos nosso curso! As aulas serão ministradas por mim, professora Cássia Reginato, e pela minha colega, a professora Mirela Barreto. Posteriormente, faremos a apresentação individual e curricular de cada uma, mas antes deixe-me contar a nossa história.

Nossa história, de amizade, iniciou em 2015, quando servimos juntas em uma unidade do Exército Brasileiro no Rio Grande do Sul. Da mesma forma que você, um dia decidimos ingressar nesta vida de concurseiras, sem saber muito bem como fazer, íamos lendo os livros e resumindo (acredite meus resumos eram maiores que o livro que servia de base para o resumo!). Entre um paciente e outro, começamos a conversar sobre matérias, questões, editais, e o que era uma ideia inicial (estudar para concursos) tornou-se um hábito em nossas vidas!

Certa vez, li no livro do professor Willian Douglas (autor do livro *Como passar em provas e concursos*) que um canarinho aprende a cantar ouvindo outro a cantar, e que canários juntos cantam melhor. Por isso, esteja perto de quem gosta de cantar ou pelo menos o incentive a cantar!! Aonde quero chegar com tanta poesia?? Da mesma forma que eu e a professora Mirela nos apoiamos e nos ajudamos na busca de um sonho, estamos aqui para **ajudar você a conseguir alcançar o seu sonho: a aprovação!**

Eu já estive aí no seu lugar, sei que não é fácil! No início não sabemos nem por onde começar! Muitos alunos nos perguntam como organizar os estudos, se o estudo deve ser feito através de resumos de livros, questões, apostilas...são muitas as dúvidas no início da preparação! Muitos livros e manuais são escritos para uma aprendizagem acadêmica e, em alguns casos, para encontrar a resposta de uma questão, você precisa consultar mais de um livro, demandando muito tempo. Sabemos que o tempo é algo precioso para o concurseiro! Por isso elaboramos este material, para **ajudar a sua preparação e otimizar seu estudo!**

Quero que você saiba que este *pdf* foi elaborado com muito empenho! O resultado você verá em cada *pdf*. Você encontrará ao longo do livro digital textos explicativos, esquemas, resumos, figuras, tudo com a pretensão de “chamar atenção” para as informações que realmente importam. Com essa estrutura e proposta pretendemos conferir segurança e tranquilidade para uma **preparação completa, sem necessidade de recurso a outros materiais didáticos.**

Por vezes, em determinadas disciplinas, o aluno apresenta maior dificuldade na compreensão de alguns conteúdos e surgem dúvidas que precisam ser sanadas antes da prova. Não se preocupe, para esses casos existe a ferramenta **fórum**, um local para discussão construtiva e resolução de dúvidas referentes ao material.

As videoaulas são outra ferramenta desse curso, em algumas ocasiões elas serão lançadas na área do aluno alguns dias após a postagem do *pdf*, o lançamento não ocorre de forma simultânea pois algumas aulas são gravadas após a finalização do material escrito e necessitam de edição. Ressaltamos que as videoaulas são uma ferramenta complementar. Quando estiver cansado do estudo ativo (leitura e resolução de questões) ou até mesmo para a revisão, abordaremos alguns pontos da matéria por intermédio dos vídeos. Ao contrário do PDF, evidentemente, **AS VIDEOAULAS NÃO ATENDEM A TODOS OS PONTOS QUE VAMOS**



ANALISAR NOS PDFS, NOSSOS MANUAIS ELETRÔNICOS. Por vezes, haverá aulas com vários vídeos; outras que terão videoaulas apenas em parte do conteúdo; e outras, ainda, que não conterão vídeos. Nosso foco é, sempre, o estudo ativo!

Por favor não deixe de avaliar o curso na página do aluno. A sua avaliação é muito importante para o nosso trabalho e para o planejamento de novos cursos de odontologia!

Nos siga em nossas redes sociais para acompanhar os avisos sobre Webnários e Maratonas de questões realizados ao longo do curso.

Espero que você goste do curso e que possamos comemorar a sua aprovação juntos!

Iniciaremos nossa jornada de estudos pelo conteúdo de cirurgia oral, será a nossa aula 00!

APRESENTAÇÃO PESSOAL

Professora Cássia.

Meu nome é Cássia Franco Della Mea Reginato! Sou graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel), possuo especializações em Odontopediatria e Ortodontia; e Mestrado em Ciências Odontológicas com ênfase em Patologia Bucal pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Com muito orgulho passei a fazer parte da equipe de professores do Estratégia concurso no ano de 2019. Trabalhei como Dentista militar temporária do Exército Brasileiro no período de 2014 a 2017 em Santa Maria/ Rio Grande Do Sul. Fui aprovada em 1º lugar no concurso do Corpo de Saúde da Marinha, na área de concentração de Patologia Bucal e Estomatologia, no ano de 2016. Desde o ano de 2017 ministro aulas para concursos no intuito de ajudar outras pessoas a atingir o grande sonho da aprovação!

Deixarei abaixo meus contatos para quaisquer dúvidas ou sugestões. Terei o prazer em orientá-los da melhor forma possível nesta caminhada que estamos iniciando

E-mail: prof cassiareginato.estrategia@gmail.com

Instagram: https://www.instagram.com/prof.cassia_odonto

Professora Mirela.

Meu nome é Mirela Sangoi Barreto. Sou graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), possuo Especialização em Endodontia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e



Mestrado em Ciências Odontológicas com ênfase em Endodontia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Estou envolvida com concursos públicos há aproximadamente quatro anos. Com muito orgulho e entusiasmo, passei a compor o time de professores Estratégia no ano de 2019. Fui aprovada no concurso da Polícia Militar do Rio Grande do Sul, cargo de Endodontista no ano de 2014. Trabalhei como Dentista militar temporária do Exército Brasileiro no período de 2015 a 2017. E por fim, (mas nunca paramos) fui aprovada em Primeiro lugar no concurso do Corpo de Saúde da Marinha, cargo de Cirurgiã-Dentista Endodontista, no ano de 2017.

Quanto à atividade de professora, atuo desde o ano de 2015, lecionando em cursos da área de saúde e Especialização em Odontologia, bem como cursos preparatórios para concursos na área de Odontologia.

Deixarei abaixo meus contatos para quaisquer dúvidas ou sugestões. Comte comigo para orientá-lo da melhor forma possível nesta jornada até a aprovação!

E-mail: mirelasbarreto@gmail.com

Instagram: <https://www.instagram.com/mirelasangoibarreto>

*O mais importante na vida não é a situação onde estamos,
mas a direção para a qual nos movemos! (O.W Holmes)*

Acredite no seu potencial e tudo será possível!!



1- AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

Olá aluno!! Começaremos nosso estudo de cirurgia pela avaliação pré-operatória. No geral, as questões perguntam sobre a possibilidade de realizar o procedimento cirúrgico frente à determinada condição sistêmica, ou ainda, nos casos de pacientes que fazem uso de algum medicamento, se a droga deve ser suspensa no dia da cirurgia.

A realização de uma anamnese minuciosa é parte fundamental do planejamento cirúrgico, por meio dela, o cirurgião-dentista define as condições de saúde do paciente e atua na prevenção de possíveis complicações operatórias.

Inicialmente, são coletados dados como: nome, idade, sexo, gênero, cor da pele, ocupação, endereço, problemas clínicos que possam influenciar o tratamento odontológico, uso de medicações contínuas, alergias medicamentosas e, no caso de pacientes do sexo feminino, a possibilidade de gravidez.

1.1-Classificação ASA

Durante a anamnese, se o cirurgião-dentista evidenciar a presença de alguma alteração sistêmica, ele pode classificar o paciente de acordo com o risco médico. Nesse sentido, para determinação do risco médico do paciente que será submetido à cirurgia oral tem sido adotada a classificação sugerida pela Associação Americana de Anestesiologistas, a Classificação ASA. Questão recorrente em provas não podemos deixar de entender esse assunto! Dica: Leia, faça lembretes, crie esquemas, mas não deixe de decorar essa classificação!

ASA I

- paciente saudável;
- pouca ou nenhuma ansiedade, sendo capaz de tolerar o estresse do tratamento dentário;
- apresenta risco mínimo de complicações.

ASA II

- paciente extremamente ansioso, com história de episódios de mal-estar ou desmaio no consultório;
- paciente com > 65 anos;
- obesidade moderada;
- **primeiros dois trimestres de gestação;**
- hipertensão arterial controlada com medicação;
- **diabético tipo II, controlado com dieta e/ou medicamentos;**
- portador de distúrbios convulsivos, controlados com medicação;
- asmático, que ocasionalmente usa broncodilatador em aerossol;
- tabagista, sem doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC);



- angina estável, assintomática, exceto em situações de estresse;
- paciente com história de infarto do miocárdio, ocorrido **há mais de 6 meses, sem apresentar sintomas.**

ASA III

- obesidade mórbida;
- **último trimestre de gestação;**
- **diabético tipo I (usuário de insulina), com doença controlada;**
- hipertensão arterial na faixa de 160-194 a 95-99 mm Hg;
- história de episódios frequentes de angina do peito, apresentando sintomas após exercícios leves;
- insuficiência cardíaca congestiva, com inchaço dos tornozelos;
- doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema ou bronquite crônica);
- episódios frequentes de convulsão ou crise asmática;
- paciente sob quimioterapia;
- hemofilia;
- história de infarto do miocárdio, ocorrido **há mais de 6 meses, mas ainda com sintomas** (p. ex., dor no peito ou falta de ar).

ASA IV

- pacientes com dor no peito ou falta de ar, enquanto sentados, sem atividade;
- incapazes de andar ou subir escadas;
- pacientes que acordam durante a noite com dor no peito ou falta de ar;
- pacientes com angina que estão piorando, mesmo com medicação;
- história de infarto do miocárdio ou acidente vascular encefálico, no período dos últimos 6 meses, com pressão arterial maior que 200/100 mm Hg;
- pacientes que necessitam de administração suplementar de oxigênio de forma contínua.

ASA V

- pacientes com doença renal, hepática ou infecciosa em estágio terminal;
- pacientes com câncer terminal.

ASA VI

- paciente com morte cerebral declarada cujos órgãos serão removidos com propósito de doação.

A definição do estado físico do paciente, segundo a classificação ASA, auxilia na realização do tratamento cirúrgico com segurança. Pacientes que não se enquadram nas categorias ASA I ou relativamente saudável ASA 2, necessitam de cuidados para a execução de procedimentos cirúrgicos tais como: modificação do plano de tratamento com adoção de medidas para a redução do estresse e ansiedade, monitoramento do paciente durante a cirurgia e realização de consulta médica prévia à extração dentária.

Para melhor compreensão e assimilação consulte as tabelas abaixo!!!





CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO FÍSICO DA ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE ANESTESIOLOGIA (ASA) ADAPTADA PARA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

ASA I	Paciente saudável que não apresenta anormalidades.
ASA II	Paciente com doença sistêmica moderada ou de menor tolerância que o ASA I. Apresenta maior grau de ansiedade ou medo ao tratamento odontológico.
ASA III	Paciente portador de doença sistêmica severa , que limita suas atividades.
ASA IV	Paciente acometido por doença sistêmica severa que é ameaçadora à vida . Apresenta alterações sistêmicas importantes para o planejamento do tratamento odontológico.
ASA V	Paciente em fase terminal , quase sempre hospitalizado, cuja expectativa de vida não é maior do que 24h, com ou sem cirurgia planejada.
ASA VI	Paciente com morte cerebral declarada, cujos órgãos serão removidos com propósito de doação.

Fonte: Andrade,2014.

TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO ASA:

ASA I	Risco mínimo de complicações durante tratamento dentário.
ASA II	Risco mínimo de complicações durante o tratamento. Pode exigir certas modificações no plano de tratamento. Recomenda-se a troca de informações com o médico, protocolo de sedação mínima, redução da duração das consultas.
ASA III	Tratamento eletivo não está contraindicado, embora este paciente apresente um maior risco durante o procedimento.
ASA IV	Procedimentos eletivos devem ser postergados até que o paciente retorne à categoria ASA III. Urgências odontológicas, como dor e infecção, devem ser tratadas da maneira mais conservadora possível. Pulpectomia ou exodontia devem ser realizadas em ambiente hospitalar.
ASA V	Procedimentos eletivos estão contraindicados . Urgências odontológicas podem receber tratamento paliativo para alívio da dor.
ASA VI	Não há indicação para tratamento odontológico de qualquer espécie.

Fonte: Andrade,2014.





(URI/PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ÂNGELO/CIRURGIÃO-DENTISTA/2019) Considere um paciente que apresenta alto grau de ansiedade e medo de tratamento odontológico, tornando necessárias algumas precauções para ser atendido. Segundo a Associação Americana de Anestesiologistas (ASA), esse paciente pode ser classificado de acordo com a alternativa:

- a) ASA I
- b) ASA II
- c) ASA III
- d) ASA IV

Comentários:

A classificação ASA faz menção à ansiedade ou medo apenas no ASA I (pouca ou nenhuma ansiedade) no ASA II (extremamente ansioso). **A alternativa correta é a letra B.**

Vista a classificação ASA, vamos para um próximo assunto muito cobrado: condições sistêmicas que podem influenciar no planejamento cirúrgico. Quem nunca se deparou com um paciente que relatou na anamnese fazer uso de aspirina diariamente?? E aí...você suspende ou não a aspirina antes da cirurgia?? Ou ainda, um paciente que já chegou avisando “doutor preciso tomar antibiótico antes da cirurgia pois tenho problema cardíaco”? Pode piorar viu...você pergunta quais medicações o paciente usa e ele fala: uso alendronato!!! Aí acabou né kkkk!!! E são situações como essas que você acabou de ler que as bancas cobram! Mas fique calmo, vamos revisar as piores situações e sanar as suas dúvidas!



2- PACIENTES COMPROMETIDOS SISTEMICAMENTE

É uma tendência nas provas explorar este assunto, pois as bancas sabem a dificuldade que temos quando o assunto é avaliar o paciente sistemicamente!! Veremos as principais condições que podem influenciar no planejamento do tratamento odontológico! Não se preocupe você sairá bem preparado desta aula para a sua prova!

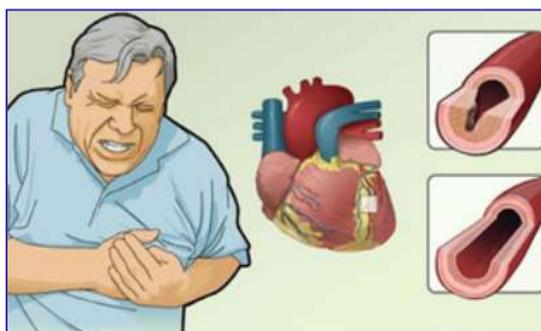
Começaremos pelos pacientes com os chamados “problemas cardíacos”. São conteúdos recorrentes nas provas: as cardiopatias isquêmicas (como a *angina pectoris* e o infarto do miocárdio), o AVC, disritmias e a necessidade de profilaxia antibiótica para a prevenção da endocardite infecciosa.

2.1 -Cardiomiopatia isquêmica

A cardiomiopatia isquêmica nada mais é do que uma doença que acomete o coração, podendo ser adquirida ou congênita. Um exemplo de cardiomiopatia adquirida é quando uma “placa de gordura” (cientificamente chamada de ateroma) obstrui uma artéria coronariana diminuindo o fluxo sanguíneo e, conseqüentemente, a oxigenação para o músculo cardíaco. A falta de oxigênio no miocárdio é chamada de isquemia e, quando ocorre de forma transitória, é chamada de *angina pectoris*.



A angina é uma dor causada pela obstrução do suprimento arterial para o coração, que resulta em uma discrepância entre a necessidade de oxigênio que o coração precisa e a capacidade de suprimento pelas artérias coronárias.



Fonte: Wake Forest (2020)

São eventos que podem predispor a ocorrência:

Estresse

Ansiedade

Emoções fortes

Esforços físicos

Digestão de uma grande refeição

São sintomas:

- Intensa falta de ar ou respiração inadequada

- Sensação de forte pressão ou aperto

- Dor ou queimação na região subesternal, podendo irradiar para o ombro, braço esquerdo e mandíbula do paciente.

- Náusea

- Sudorese

- Bradycardia





O público mais acometido é composto por homens com mais de 40 anos e mulheres após a menopausa. O cirurgião-dentista deve atentar durante a execução dos procedimentos cirúrgicos para não precipitar a ocorrência de um episódio de angina!

Condutas:

- Angina que surge somente durante exercícios moderados a intensos e responde facilmente à administração de nitroglicerina oral, e não apresentou aumento recente na sua gravidade: os procedimentos cirúrgicos orais ambulatoriais podem ser realizados com segurança desde que sejam tomadas precauções adequadas.
- Angina que ocorre durante exercícios mínimos, várias doses de nitroglicerina são necessárias para aliviar o desconforto torácico, ou no caso de pacientes com angina instável (i.e., a angina que se manifesta em repouso ou que piora em frequência, gravidade, de fácil precipitação, duração do ataque, ou previsibilidade da resposta à medicação): a cirurgia eletiva deve ser adiada até que uma consulta médica seja realizada.



OK VOCÊ FARÁ A CIRURGIA AMBULATORIAL! E AGORA? QUAIS CUIDADOS TOMAR?

Questionar o paciente sobre eventos que precipitam os episódios de angina (não é raro os pacientes falarem que odeiam dentista, injeção e você pode ser a causa principal sabia?!). Bom, se o paciente for do tipo que fica nervoso na consulta odontológica, muitos ficam só de ver o jaleco branco na porta do consultório, que tal considerar um **protocolo de redução de ansiedade?** Você pode utilizar a **sedação consciente com o uso de óxido nítrico** (para quem possuir o equipamento).

Da mesma forma, você também pode ficar conversando com o paciente, serve para distrair e monitorar o grau de sedação (é o que os autores chamam de **"manter contato verbal"**). Se o seu paciente for do tipo nervoso e com histórico de angina pectoris é mais do que recomendado **monitorar os sinais vitais**, possuir



nitroglicerina (em caso de necessidade de administração por desconforto torácico) e ter **suplementação de oxigênio no consultório**. Nem preciso falar que assegurar a **anestesia profunda** da região a ser tratada é fundamental nesses casos!



Consultar o médico do paciente

Usar protocolo de redução de ansiedade (benzodiazepínicos, sedação consciente)

Monitorar os sinais vitais

Ter comprimidos (dinidrato de isossorbida) ou spray (nitroglicerina) disponíveis

Suplementação de oxigênio

Anestesia profunda da região

Para tudo!! Eu acabei de falar sobre anestesia e aposto que surgiu aquela dúvida: posso indicar o uso de epinefrina em pacientes com doenças cardíacas? Antes que você pergunte sobre aquela questão que veio na sua cabeça deixa eu te explicar como a epinefrina age.

A liberação de adrenalina endógena do paciente, resultante de eventos estressantes e dolorosos, pode ser mais prejudicial que a utilização de anestésico com vasoconstritor.

A **epinefrina** é o vasoconstritor mais utilizado na odontologia por sua **segurança e eficácia**. Após ser injetada na corrente sanguínea interage com receptores cardíacos aumentando a frequência cardíaca, força de contração e consumo de oxigênio.

Em pacientes com problemas cardíacos tal demanda não pode ser atendida.



Algumas bancas questionam o uso de vasoconstritores nesses pacientes. Então guarde isso: quando respeitada a dosagem de **0,04 mg por sessão** (o equivalente a 2 tubetes na concentração de 1:100.000) a epinefrina pode ser administrada com segurança em pacientes com doença cardiovascular controlada!!! (na aula de farmacologia veremos novamente esse assunto ok!!).



0,04 mg de adrenalina equivalem à:

4,4 tubetes com adrenalina 1:200.000

2,2 tubetes com adrenalina 1:100.000

1 tubete com adrenalina 1:50.000

Outra condição cardíaca muito frequente nas provas é o **infarto do miocárdio**.

O **infarto** nada mais é do que a necrose do músculo cardíaco como consequência de uma isquemia. A principal recomendação é que procedimentos cirúrgicos eletivos (maiores) sejam adiados até pelo menos **6 meses depois infarto** (depois desse período o risco de novo infarto diminui). Além disso, o dentista deve questionar o paciente sobre o uso de medicações contínuas, uma vez que, muitos fazem uso de aspirina ou anticoagulantes (em breve aprofundaremos mais sobre esse assunto).



(CESPE/ANALISTA JUDICIÁRIO/TRT5ªREGIÃO/ODONTOLOGIA/2008) Quanto à intercorrência de situações emergenciais em clínica odontológica, julgue o item subsequente. Pacientes com história de infarto do miocárdio não devem ser submetidos a tratamento odontológico elétrico durante os 6 meses posteriores ao infarto, pois um reinfarto é mais provável de ocorrer durante esse período.

- () Certo
- () Errado



Comentários:

Conforme vimos, procedimentos eletivos devem ser adiados até pelos menos 6 meses após a ocorrência de um infarto. **A afirmação está correta.**



CUIDADOS COM O PACIENTE COM HISTÓRICO DE INFARTO

Consultar o médico do paciente

Conferir com o médico do paciente se um tratamento dentário é necessário antes de 6 meses desde o IM

Conferir se o paciente utiliza anticoagulantes (incluindo aspirina)

Usar um protocolo de redução de ansiedade

Ter nitroglicerina disponível; usar profilaticamente se o médico aconselhar

Administrar suplementação de oxigênio

Proporcionar anestesia local profunda

Considerar a administração de óxido nitroso

Monitorar os sinais vitais do paciente e manter contato verbal

Considerar a limitação de 0,04 mg de epinefrina a ser utilizada

Considerar o encaminhamento para um cirurgião bucomaxilofacial





E as cirurgias orais maiores?

Os pacientes que receberam enxerto da artéria coronária (CABG, coronary artery bypass grafting) são tratados de maneira semelhante aos pacientes que sofreram IM. São necessários 3 meses de intervalo após a CABG antes de uma cirurgia oral maior eletiva ser realizada.

Os procedimentos cirúrgicos de rotina podem ser realizados de forma segura em pacientes com menos de 6 meses de pós-cirúrgico de CABG se sua recuperação se deu sem complicações e a ansiedade for mantida em níveis mínimos.

Agora falaremos sobre os pacientes que apresentam **disritmias**:

Disritmia é qualquer alteração no ritmo cardíaco e/ou frequência cardíaca e ocorre, frequentemente, em pacientes com história de doenças cardíaca isquêmica.

Esses pacientes fazem uso de **marcapassos** e **não existe contra-indicação para** a realização de **cirurgias orais** nos portadores de tais aparatos. O único cuidado que você deve ter é o de **evitar a utilização de equipamentos elétricos que emanem micro-ondas, a exemplo dos bisturis elétricos**, próximo ao paciente. Já adiantando o próximo tópico: **não há indicação de profilaxia antibiótica em pacientes que utilizam marcapassos.**

O **acidente vascular cerebral (AVC)**, também chamado popularmente de "derrame", ocorre quando o sangue não chega ao cérebro e ele paralisa. Pacientes com histórico de AVC merecem muita atenção pois são suscetíveis a novos eventos, por isso, indica-se que os procedimentos eletivos sejam adiados até pelo menos 6 meses após o AVC.



Mas quais os sintomas que identificam um AVC?

Fraqueza e formigamento na face, braço, perna e especialmente de forma unilateral

Confusão mental

Alteração na fala ou compreensão

Alteração na visão

Alteração do equilíbrio, coordenação, tontura ou alteração no andar

Dor de cabeça súbita, intensa e sem causa aparente

COMO AGIR?

S orriso – observar se a boca está torta

A braço – pedir para levantar o braço e verificar dificuldade de realizar o movimento

M ensagem – verificar a existência de alterações na fala e compreensão

U rgente – ligar para SAMU 192

Fonte: Telessaúde RS





2.2 - Endocardite infecciosa e profilaxia antibiótica

A endocardite é a queridinha das bancas! As questões cobram tudo que você possa imaginar: condições sistêmicas e indicação de profilaxia antibiótica, posologia a ser prescrita antes da cirurgia e procedimentos de risco para sua ocorrência. Mas fique tranquilo, vamos esmiuçar cada detalhe para garantir mais uma questão na prova!

A endocardite é uma infecção, relativamente **rara**, que acomete a superfície das válvulas cardíacas ou do endocárdio. Também pode ser chamada de infecção metastática por ocorrer em uma localização distante ao acesso dos microrganismos envolvidos. Vários são os fatores que podem precipitar a ocorrência da infecção, no entanto, o principal é a existência de uma área suscetível.



Exemplo de situação que favorece a ocorrência da endocardite infecciosa é a presença de uma valva cardíaca defeituosa que apresente a superfície endotelial alterada.

Os agentes causais mais comumente envolvidos são os estreptococos, em especial o ***S. sanguis***, ***S. mitis*** e ***S. oralis***. Por muitos anos, a ocorrência da infecção do endocárdio foi associada, em pacientes com fatores de risco predisponentes, à realização prévia de procedimentos odontológicos. Atualmente, existe um consenso de que o risco de endocardite é maior em bacteremias associadas a atividades diárias (como por exemplo a escovação dentária e mastigação).

Como forma de **prevenção** recomendou-se a realização de **profilaxia antibiótica** para todos os procedimentos dentários que envolvam a **manipulação** de tecido **gengival**/da região **periapical**, ou ainda, que resultem em **perfuração da mucosa oral**.



A Associação Americana do Coração (American Heart Association - AHA), em 2007, elencou as condições cardíacas que requerem profilaxia antibiótica. Veja o quadro abaixo.

Condições cardíacas associadas a alto risco para endocardite para as quais a profilaxia para procedimentos odontológicos é recomendada

Válvulas cardíacas protéticas

Endocardite infecciosa prévia

Doença cardíaca congênita cianótica complexa

A maioria das outras má-formações congênitas

Disfunção valvular adquirida

Cardiomiopatia hipertrófica

Prolapso da válvula mitral com regurgitação da válvula mitral

Enxerto transplantado de artéria coronariana

Prolapso da válvula mitral sem regurgitação da válvula mitral

Murmúrio cardíaco fisiológico, funcional ou inocente

Defeito de septo atrial secundário isolado

Reparo cirúrgico do defeito de septo atrial; duto arterial patente

Febre reumática prévia sem disfunção valvular



Extrações dentais e biópsias
Procedimentos periodontais
Colocação de implante dental
Procedimentos endodônticos periapicais
Injeção de anestesia intraligamentar
Profilaxia dental quando hemorragia é esperada
Outros procedimentos que causem hemorragia.

Fonte: Miloro et al., 2008.



Condições cardíacas associadas a alto risco para endocardite para as quais a profilaxia para procedimentos odontológicos é recomendada

Valva cardíaca protética

Histórico de endocardite infecciosa prévia

Doenças cardíacas congênitas

- Cardiopatia cianótica não reparada CHD, incluindo shunts e condutos paliativos
- Defeito congênito do coração reparado completamente com material protético ou aparelhos, se colocados por cirurgia ou por intervenção com cateter, durante os primeiros seis meses após o procedimento.
- Doença cardíaca congênita reparada que evolui com defeito residual (o qual inibe a formação de endotélio)

Valvopatia adquirida em paciente transplantado cardíaco

Fonte: Andrade, 2014 e Little et al., 2009



Para facilitar o entendimento, abaixo você encontrará a relação de procedimentos, conforme o risco, que necessitam de profilaxia antibiótica. (Compare, através das tabelas abaixo, o que a literatura recomenda)



Procedimentos Odontológicos para os quais a Profilaxia é Recomendada

Todos os procedimentos odontológicos que envolvam manipulação do tecido gengival ou região periapical dos dentes ou perfuração da mucosa oral

Isto inclui todos os procedimentos odontológicos exceto os seguintes procedimentos e eventos:

- # Injeções anestésicas de rotina através de tecido não-infectado
- # Realização de radiografias dentárias
- # Colocação de aparelhos protéticos ou ortodônticos removíveis
- # Ajuste de aparelhos ortodônticos
- # Esfoliação de dentes decíduos e sangramento por trauma nos lábios ou mucosa bucal

Fonte: Little et al., 2009

Procedimentos Odontológicos para os quais a Profilaxia Não é Recomendada

Dentística restauradora

Injeção de anestesia local de rotina

Tratamento endodôntico e colocação de diques de borracha

Remoção da sutura

Colocação de aplicações removíveis

Tomada de impressões

Radiografia oral

Tratamentos com fluoretos

Ajuste de aplicações ortodônticas

Esfoliação de dentes decíduos

Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea (Hupp et al., 2009).



Você verá que muitas questões são feitas com base nas tabelas acima. Além disso, você precisará saber a dosagem indicada para os casos que requerem profilaxia antibiótica:

RECOMENDAÇÃO DA AHA 2007 PARA PROFILAXIA ANTIBIÓTICA			
SITUAÇÃO	ANTIBIÓTICO	DOSAGEM	
		30 A 60 MINUTOS ANTES DO PROCEDIMENTO	
Oral	Amoxicilina	ADULTOS 2g	CRIANÇAS 50 mg /Kg
Alérgicos às Penicilinas	Cefalexina Clindamicina Azitromicina Claritromicina	2g 600 mg 500 mg 500mg	50 mg /Kg 20 mg/Kg 10 mg/Kg 10 mg/Kg
Incapazes de fazer uso da medicação via oral	Ampicilina Cefalozina	2g IM ou IV 1 g IM ou IV	50 mg/Kg IM ou IV 50 mg/Kg IM ou IV
Alérgicos às Penicilinas e incapazes de fazer uso da medicação via oral	Cefalozina Ou Clidamicina	1g IM ou IV 600 mg IM ou IV	50 mg/Kg IM ou IV 20 mg/Kg IM ou IV

Fonte: Andrade, 2014.

RECOMENDAÇÃO DA AHA 2007 PARA PROFILAXIA ANTIBIÓTICA			
SITUAÇÃO	ANTIBIÓTICO	DOSAGEM	
		60 MINUTOS ANTES DO PROCEDIMENTO	
Oral	Amoxicilina	ADULTOS 2g	CRIANÇAS 50 mg /Kg
Via oral impossibilitada	Ampicilina Clindamicina	2g IM ou IV 30 minutos antes 500 mg via oral 1 hora antes do procedimento 600g mg IV 30 minutos antes do procedimento	20 mg/Kg IV 30 minutos antes do procedimento 15 mg/Kg via oral 1 hora antes do procedimento
Alérgicos às Penicilinas, uso oral	Clindamicina ou Azitromicina ou Claritromicina	600 mg 500 mg	20 mg/Kg 15 mg/Kg



Alérgicos às penicilinas, incapazes de fazer uso da medicação via oral (uso parental)	Cefazolina	1g IM ou IV	50 mg/Kg IM ou IV
	Clindamicina	600 mg IM ou IV	20 mg/Kg IM ou IV

Fonte: Miloro et al., 2008.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS

Little et al. (2009)

Nos casos em que não é realizada a profilaxia previamente ao procedimento, a dosagem pode ser administrada até 2h após o procedimento.

Pacientes que já estejam usando penicilina ou amoxicilina (seja para prevenção de febre reumática ou no tratamento de uma infecção) devem receber profilaticamente clindamicina, azitromicina ou claritromicina.

Pelo risco de reação cruzada, as cefalosporinas não devem ser administradas em pacientes alérgicos à penicilina.

Nos casos de realização de procedimentos demorados (mais de 6 h), talvez seja necessária dose adicional de 2g de amoxicilina.

Hupp et al. (2013)

Se o paciente necessitar, dentro do seu plano de tratamento, diversas consultas que requeiram profilaxia antibiótica, deve ser respeitado um período **de intervalo de dez dias ou mais**. Desta forma, previne-se a seleção de bactérias de maior resistência e permite-se que a flora oral seja recomposta.

Outra situação que pode ocorrer é você não prescrever a antibiótico profilático (você pensou quando o paciente escova os dentes ou mastiga a bacteremia é maior) e acontecer um sangramento durante o procedimento. Aí bate aquele medinho: dou o antibiótico ou não? Será que vai funcionar? Hupp et al. recomendam que nesses casos a profilaxia antibiótica seja o mais rapidamente estabelecida, **até 2 horas após o procedimento!**





(CORPO DE SAÚDE DA MARINHA/ CIRURGIÃO-DENTISTA/2012) O procedimento odontológico de baixo risco, sem indicação de profilaxia antibiótica, segundo a publicação Serviços Odontológicos: Prevenção e Controle de Riscos (2006), denomina-se:

- a) Injeção de anestesia intraligamentar
- b) Instrumentação endodôntica
- c) Raspagem e alisamento de raízes
- d) Sondagem periodontal
- e) Remoção de sutura pós-operatória

Comentários:

Você deve ficar atento com as pegadinhas das bancas como, por exemplo, as técnicas anestésicas. A anestesia intraligamentar requer profilaxia, já a técnica intraoral não. Procedimentos periodontais como raspagem/alisamento e sondagem implicam em risco de sangramento necessitando profilaxia. No que se refere à instrumentação endodôntica a questão gera dúvidas, a alternativa não menciona limite (além do ápice), o tratamento dentro dos limites não necessitaria de profilaxia. **A alternativa correta é a letra E.**

(AOCP/EBSERH/CBMF/2014) De acordo com a AHA (American Heart Association), o protocolo recomendado para prevenção da endocardite bacteriana em pacientes alérgicos à penicilina pode ser:

- a) Azitromicina 2g – via oral – 1 hora antes do procedimento.
- b) Clindamicina 600 mg – via oral – 1 hora antes do procedimento.
- c) Azitromicina 500 mg – via oral – 24 horas antes do procedimento.
- d) Clindamicina 600 mg – via oral – 24 horas antes do procedimento.
- e) Amoxicilina 2 g – via oral – 1 hora antes do procedimento.

Comentários:

Nos casos de pacientes alérgicos às penicilinas podem ser prescritos os seguintes antibióticos (30 a 60 minutos antes do procedimento): Clindamicina 600mg e Azitromicina 500 mg. Cabe destacar que a amoxicilina é efetiva em destruir os estreptococos do grupo viridans, comumente, associados à endocardite infecciosa. Cefalosporinas devem ser evitadas pela possível resistência cruzada com penicilinas. **A alternativa correta é a letra B.**

(DOM CINTRA/PREFEITURA PETRÓPOLIS-RJ/CBMF/2012) Das opções abaixo, pode ser considerada como esquema de profilaxia recomendada, para crianças, pela Associação Americana do Coração:



- a) 30mg/Kg 1 hora antes
- b) 50 mg/Kg 1 hora antes
- c) 60 mg/Kg 1 hora antes
- d) 65 mg/Kg 1 hora antes
- e) 100 mg/Kg 1 hora antes

Comentários:

O regime padrão para crianças é amoxicilina 50 mg/kg e por isso a **alternativa correta é a letra B.**



2.3 - Problemas renais

Pacientes com disfunção renal apresentam outras comorbidades sistêmicas que requerem atenção do dentista, as mais comuns são: **hipertensão arterial sistêmica** (pela retenção de líquido), a anemia (pela diminuição da produção de eritropoietina e vida útil das células vermelhas) e aumento do tempo de sangramento (pela agregação plaquetária anormal).

Os pacientes com disfunção renal que realizam tratamento de **diálise** crônica normalmente requerem a presença de uma fístula arteriovenosa, o que permite o acesso vascular fácil e administração de **heparina**, fazendo com que o sangue passe pelo equipamento de diálise sem coagular. Esses pacientes requerem alguns cuidados antes da realização de extrações dentárias como, por exemplo, as cirurgias eletivas devem ser realizadas no dia **seguinte à realização de diálise renal** (essa conduta permite a metabolização da heparina e reduz o risco de sangramento); e devem ser evitadas medicações com metabolização e excreção renal.

São fármacos nefrotóxicos: acetaminofeno, ibuprofeno, cetoprofeno, naproxeno, omeprazol, aciclovir, aspirina, AINES, penicilinas e cefalosporinas).



Vamos relacionar com a disciplina de patologia oral?

Pacientes com insuficiência renal podem apresentar aparência alterada do osso como consequência de um hipoparatiroidismo secundário, portanto, não confunda essas áreas com doença dentária! Além disso, pacientes que sofreram transplante (por exemplo dos rins), podem fazer uso de um medicamento imunossupressor chamado de ciclosporina A, que tem como efeito colateral a hiperplasia gengival.

Agora abordaremos outra condição sistêmica muito frequente nas provas a **Hipertensão arterial sistêmica** (HAS). Ela é definida como a **elevação persistente** dos níveis de pressão arterial sanguínea, **com valores \geq 140 /90 mmHg**. Cabe destacar que a HAS, em muitos casos, é considerada uma doença silenciosa, já que o paciente não apresenta sintomas e, por isso, desconhece sua existência.



Andrade (2014) define a pressão arterial como sendo a força exercida pelo sangue contra as paredes arteriais. Dentro dessa definição, cabe esclarecer que a pressão arterial sistólica (máxima) é caracterizada pela fase de contração do coração e, respectivamente, pelo bombeamento de sangue. Já a pressão arterial diastólica (mínima) é a fase de relaxamento que permite a entrada do sangue no coração.

Algumas provas gostam de cobrar os valores de referência da pressão arterial e a possibilidade de realização de procedimento cirúrgico. Vamos relembrar a interpretação dos dados da pressão arterial sanguínea?

CATEGORIA	PA SISTÓLICA (mmHg)	PA DIASTÓLICA (mmHg)
NORMAL	< 120	< 80
PRÉ-HIPERTENSÃO	120 - 139	80 – 89
HIPERTENSÃO ESTÁGIO 1	140 – 159	90 – 99
HIPERTENSÃO ESTÁGIO 2	≥ 160	≥ 100

Alguns cuidados devem ser tomados antes de avaliar a pressão arterial do paciente como, por exemplo, certificar-se que o paciente não está com a bexiga cheia, não realizou exercícios físicos antes da aferição, não ingeriu bebidas estimulantes (chá, café, alcoólicas) e não fumou até 30 minutos antes da aferição. Além disso, você deve orientar o paciente a permanecer calmo, em repouso, de 5 a 10 minutos, de preferência sentado, antes de aferir a pressão; e em caso de constatação de valores aumentados, recomenda-se aguardar um intervalo de tempo para realizar nova aferição (alguns autores falam de 1- 2 minutos, outros de 5-10 minutos).

Agora preste atenção!

A hipertensão leve ou moderada, geralmente não é um problema para a realização da cirurgia oral ambulatorial (você pode adotar um protocolo de redução de ansiedade e monitorar os sinais vitais do paciente durante o procedimento). Já a hipertensão arterial grave requer o adiamento da cirurgia até que a pressão esteja controlada.

Na possibilidade de realização da cirurgia, indica-se realizar o atendimento no **segundo período da manhã** (maior ocorrência de infartos no primeiro período logo após o despertar); planejar sessões curtas, adotar protocolo de redução da ansiedade (uso de benzodiazepínicos ou sedação inalatória); dar preferência para o uso de anestésicos que contenham como vasoconstritor a **felipressina 0,03UI/mL** (associada à prilocaína 3%) ou **a epinefrina na concentração de 1: 100.000** (2 tubetes por sessão) ou **1: 200.000** (4 tubetes por sessão).





(ESAF/TÉCNICO DO MPU/CONSULTÓRIO DENTÁRIO/2004) Podemos considerar o paciente com pressão alta quando a pressão for:

- a) igual a 120 x 80 mmHg
- b) superior a 160 x 100 mmHg
- c) inferior a 100 x 80 mmHg
- d) superior a 80 x 120 mmHg
- e) inferior a 80 x 120 mmHg

Comentários:

De acordo com Andrade (2014), consultar tabela acima, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a elevação persistente dos níveis de pressão arterial sanguínea, com valores $\geq 140 / 90$ mmHg. Na questão a banca não colocou nas alternativas o valor de referência para o estágio 1 de hipertensão ($\geq 140/90$ mmHg), no entanto, a alternativa B apresenta como resposta o valor de referência para o estágio 2 de hipertensão arterial ($\geq 160/100$), sendo a alternativa correta. **A alternativa correta é a letra B.**

(FAPEU/ANALISTA JUDICIÁRIO (TRE-SC)/ODONTÓLOGO/2005) No diagnóstico e plano de tratamento odontológico de um paciente que será submetido a uma cirurgia odontológica, é necessário o conhecimento sobre “pressão arterial”. Assinale a alternativa CORRETA.

- a) A pressão arterial máxima também é chamada de diastólica
- b) A pressão diastólica é o momento de relaxamento dos ventrículos e é também conhecida como pressão arterial mínima.
- c) A pressão diastólica é o momento em que os ventrículos se contraem.
- d) O hipertenso leve frequentemente apresenta sinais e sintomas como: dor de cabeça, perturbações visuais, zumbido no ouvido e tontura.

Comentários:

Conforme tabela da página anterior, a pressão máxima é chamada de sistólica, já a mínima é chamada de diastólica (para gravar lembre-se: a mínima ouvimos Depois – D de diastólica). Na maioria dos casos o paciente é assintomático e desconhece a existência da doença. **A alternativa correta é a letra B.**

(FCC/ANALISTA JUDICIÁRIO (TRE-PI)/ODONTOLOGIA/2009) Paciente com 53 anos de idade, sexo masculino, apresenta pressão arterial de 170/110 mm Hg no momento da consulta odontológica. O cirurgião-dentista deve:

- a) Monitorar a pressão arterial durante o atendimento, seguindo-se controle clínico por pelo menos 15 dias.



- b) Prescrever medicamentos anti-hipertensivos, pois se trata de um caso de urgência odontológica.
- c) Realizar tratamento clínico ambulatorial, em sessões clínicas de curta duração, até remissão do quadro.
- d) Medir a pressão arterial novamente após 5 minutos e encaminhar o paciente para cuidados médicos se a pressão mantiver.
- e) Controlar a ansiedade do paciente, prescrevendo benzodazepínicos, seguindo-se controle por pelo menos 7 dias.

Comentários:

Se durante a avaliação da pressão arterial forem evidenciados valores acima dos considerados normais pode-se, passados 5 a 10 minutos, realizar nova aferição para constatação da condição. No caso de elevação da pressão arterial estão contraindicados os procedimentos odontológicos eletivos. O paciente ser encaminhado para consulta médica para ser avaliado e medicado com anti-hipertensivos. **A alternativa correta é a letra D.**

Caro aluno, falamos dos valores da pressão arterial e vimos como as questões costumam cobrar esse assunto, mas muitas questões trazem outros dados dos sinais vitais do paciente na avaliação pré-operatória. Sendo assim, que tal revisarmos alguns valores de referência??

Frequência cardíaca (FC), em repouso, em função da idade.

Idade	Bpm
Bebês	100-170
Crianças de 2-10 anos	70-120
Crianças > 10 anos e adultos	60-100

Fonte: Andrade, 2014.

Frequência respiratória (FR), em repouso, em função da idade

Idade	FR/min
Bebês	30-40
1-2 anos	25-30
2-8 anos	20-25
8-12 anos	18-20
Adultos	14-18

Fonte: Andrade, 2014.



2.4 -Distúrbios hepáticos

As disfunções hepáticas geralmente resultam de uso abusivo de álcool, doenças infecciosas como as hepatites e congestão biliar ou vascular. O fígado possui importante papel na metabolização de medicamentos, na produção de proteínas e de fatores de coagulação dependentes da vitamina K os fatores 2,7,9 e 10 (II, VII, IX e X). Na doença hepática tais fatores podem estar diminuídos tendo como consequência a trombocitopenia (avaliada através do tempo de protrombina e de tromboplastina parcial), que aumenta o tempo de sangramento.



Fármacos hepatotóxicos: nimesulida, amoxicilina associada ao ácido clavulânico, eritromicina, diclofenaco e ibuprofeno.

Nesses pacientes é indicada a investigação da presença do vírus da hepatite e de distúrbios de coagulação. Consulte os exames complementares indicados para portadores de disfunções hepáticas:

1) Exames para diagnóstico de hepatite B:

- HBsAg (presença do antígeno de superfície): indica a presença do vírus (o paciente é contagioso)
- Anti-HBs (anticorpo contra o antígeno de superfície): indica a exposição anterior ao vírus, pessoas que foram vacinas ou que já tiveram contato com o vírus e foram curadas.
- HBeAg: indica alta infectividade
- Os marcadores para diagnóstico da hepatite B aguda mais fiéis são: HBsAg e o anti-HBc IgM.

2) Avaliação do tempo de sangramento:

Contagem de plaquetas	140.000 a 400.00 células/mm ³
Tempo de sangramento	Método de Ivy < 4 minutos Padrão 3-9 minutos
Tempo de protrombina	11- 15 segundos
Tempo de trombina	9- 13 segundos
Tempo de tromboplastina parcial	25-35 segundos





(AOCP/EBSERH/CBMF/2014) O tempo de coagulação (TC) é o espaço de tempo decorrido para que o sangue do paciente coagule fora do vaso. Os valores normais do TC variam de:

- a) 5 a 10 segundos
- b) 20 a 30 segundos
- c) 1 a 2 minutos
- d) 5 a 10 minutos
- e) 15 a 20 minutos

Comentários:

Coloquei essa questão para chamar sua atenção para uma diferença: os livros de odontologia trazem os parâmetros de avaliação do tempo de sangramento e aqui foi cobrado o tempo de coagulação. O tempo de sangramento é avaliado através da duração do tempo sangramento após a realização de uma pequena incisão na pele (em média de 1 a 4 minutos). Já o tempo de coagulação é o tempo que o sangue leva para coagular (em média de 5 a 11 minutos). **A alternativa correta é a letra D.**



2.5 -Distúrbios endócrinos

Dentro deste tópico merece atenção especial o diabetes melito, doença metabólica crônica, cuja hiperglicemia resulta em complicações vasculares.

O diabetes melito subdivide-se em tipo I ou insulino-dependente e tipo II ou não-insulino-dependente.

O **tipo I** geralmente é observado em **crianças e adolescentes** e tem como causa a **subprodução de insulina** (o paciente apresenta incapacidade de utilizar adequadamente a glicose e o tratamento é administrar **insulina**).

O cirurgião-dentista que atende um paciente portador de diabetes melito tipo I deve estar atento a sintomas que sinalizem a presença de diabetes como:

- **polidipsia** (sede excessiva e consumo frequente de líquidos),
- **polifagia** (fome excessiva),
- **poliúria** (micção excessiva); e
- **perda de peso**.

Nos pacientes com diabetes tipo I a glicose sérica aumenta causando **glicosúria**, o **metabolismo dos carboidratos está alterado** levando à **quebra da gordura e formação dos corpos cetônicos**.

São consequências da falta de controle da glicemia:

- Cetoacidose
- Taquipneia
- Sonolência
- Coma

No diabetes **tipo II** o paciente **produz insulina, mas em quantidade insuficiente**, pela **menor atividade da insulina ou resistência da insulina**. É comum na vida adulta e exacerbada pela obesidade. Na maioria dos casos o tratamento do tipo II não requer a administração de insulina, sendo suficientes atitudes como o **controle de peso, reeducação alimentar e uso de hipoglicemiantes orais**.

O diagnóstico da diabetes melito é feito com base na glicemia em jejum. Já os níveis de hemoglobina glicada (glicose que se ligou às hemácias no sangue) fornecem informações sobre a glicemia de longa duração e eficácia do controle terapêutico.





Não confunda *diabete melitus* com *diabetes insipidus*!

O diabetes mellitus é uma doença caracterizada pelo excesso de açúcar no sangue e na urina. Os dois tipos mais comuns de diabetes são diabetes mellitus insulino-dependente e diabetes mellitus insulino – resistente. O diabetes insipidus é ocasionado pela deficiência do hormônio antidiurético (ADH) ou pela insensibilidade dos rins a este hormônio. Tem como sintomas sede excessiva, aumento no volume e na frequência da urina e desidratação.

Veja na tabela os valores de referência para glicemia (Fonte: Andrade, 2014)

CRITÉRIO DIAGNÓSTICO	GLICEMIA EM JEJUM (mínimo de 8 horas)	GLICEMIA 2h APÓS 75g DE GLICOSE	GLICEMIA CASUAL OU ALEATÓRIA
Glicemia normal	70-99	< 140	<200
Intolerância à glicose	100-125	≥ 140 e <200	-
Diabetes melito	≥ 126	≥ 200	≥ 200 com sintomas

Porcentagem de hemoglobina glicada	Glicemia média ponderada estimada nas últimas 6-8 semanas antes do teste (mg/dL)
6%	126
7%	154
8%	182
9%	211
10%	239
11%	267
12%	295

As questões geralmente cobram os exames indicados para avaliação da glicemia e a necessidade, ou não, de profilaxia antibiótica antes dos procedimentos cirúrgicos.

1) De acordo com Hupp et al. (2015), pessoas com a **diabetes bem controlada não são mais suscetíveis a infecções do que pessoas sem diabetes**, mas elas possuem **maior dificuldade em controlar essas infecções**.



Isso é causado pela **alteração da função leucocitária** ou por outros fatores que afetam a habilidade de controle de infecção do corpo. A dificuldade em conter infecções é mais significativa em pessoas com diabetes mal controlada.

2) Nos casos de **pacientes descompensados** (com exames alterados) **o procedimento cirúrgico deverá ser adiado** até o controle da glicemia.

3) Na possibilidade de realização da cirurgia (pacientes que estão com os exames ok!), você deverá entrar em contato com o médico para **ajuste da alimentação**:

Outros cuidados a serem tomados previamente à cirurgia são:

- ❖ **agendar a consulta**, preferencialmente, no **período da manhã** (início do dia);
- ❖ paciente deve ser instruído a fazer uso normal de sua medicação e realizar sua refeição normal (café da manhã) antes da consulta
- ❖ evitar consultas demoradas.
- ❖ usar um protocolo de redução de ansiedade, mas evitar técnicas de sedação profunda em pacientes atendidos de forma ambulatorial.
- ❖ verificar o nível de glicose, se necessário, através do glicosímetro;
- ❖ monitorar pulsação, respiração e pressão arterial antes, durante e após a cirurgia.
- ❖ manter contato verbal com o paciente durante a cirurgia.

A hipoglicemia de leve a moderada, por um período curto de tempo, geralmente não é um problema significativo em pessoas com diabetes. Cabe destacar que alguns **sinais de hipoglicemia** são ansiedade, nervosismo, sudorese, taquicardia, palidez, dilatação das pupilas, sensação de fome, náusea. Em estágios mais avançados percebe-se sonolência, hipotensão, convulsões e perda de consciência.



(PREFEITURA TABIRA-PE/ODONTÓLOGO/2012) Marque a alternativa que o paciente não deve realizar cirurgia por possível problema de cicatrização:

- a) Glicemia acima de 200
- b) Glicemia abaixo de 80
- c) Glicemia entre 80 e 100
- d) Glicemia controlada por medicamento
- e) Diabetes compensada

Comentários:



O nível de glicose em jejum acima de 126mg/mL ou pós-prandial (após ingestão de 75g de glicose) igual ou maior que 200mg/m devem ser encaminhados para avaliação médica. **A alternativa correta é a letra A.**

(AOC/EBSERH/CBMF/2014) Após anamnese, verificou-se que uma paciente, 45 anos, é diabética tipo 2 e precisa ser submetida a procedimento cirúrgico para extrações múltiplas. Assinale a alternativa correspondente ao exame indicado para fornecer informações sobre o perfil glicêmico desta paciente.

- a) Glicemia em jejum
- b) Teste de tolerância à glicose
- c) Dosagem de glicose sanguínea
- d) Hemoglobina glicada
- e) Glicemia pós-insulina

Comentários:

O perfil glicêmico (avaliação e controle da glicemia) é fornecido pelo teste de hemoglobina glicada (HbA1c), ele fornece os níveis médios da glicose sanguínea nos últimos 2 a 3 meses (em longo prazo). **A alternativa correta é a letra D**



HIPERTIREOIDISMO X HIPOTIREOIDISMO

A glândula tireoide secreta três hormônios: a tiroxina, triiodotironina e calcitonina (envolvida nos níveis séricos de cálcio e fósforo e remodelação esquelética). A baixa ingestão de iodo está associada ao hipertireoidismo.

Os valores normais do hormônio tireoestimulante ou tireotrofina (TSH), útil no diagnóstico do hiper ou hipotireoidismo, é de 0,5 -4,5 mμ/L. Níveis altos de TSH indicam hipotireoidismo e níveis baixos hipertireoidismo.





Vamos entender as diferenças?

HIPOTIREOIDISMO (mixedema ou cretinismo)	HIPERTIREOIDISMO (tireotoxicose)
Cabelo seco	Cabelos finos e quebradiços
Irritabilidade	Olhos salientes (exoftalmia)
Cansaço	Sudorese excessiva
Pele seca e áspera	Pescoço inchado (edema na região da tireóide)
	Hiperpigmentação cutânea
	Taquicardia e palpitação

O exame da glândula tireoide deveria ser realizado pelo cirurgião-dentista à procura de cicatrizes ou nódulos. Pacientes com hipertireoidismo não tratado ou tratado de forma inadequada requerem atenção pois ela é a única doença da tireoide em que crises agudas podem ocorrer. Se o hipertireoidismo não for logo descoberto, o paciente pode sofrer insuficiência cardíaca. O diagnóstico é feito pela demonstração das altas concentrações circulantes dos hormônios da tireoide.

São sintomas e sinais de uma crise: inquietação, febre, taquicardia, edema pulmonar, termos, sudorese e morte. O paciente fica entorpecido e hipotenso, e há risco de morte se não ocorrer intervenção.

Se for realizada cirurgia nesses pacientes uma crise pode ser precipitada. Cirurgias devem ser adiadas até o distúrbio estar controlado e a quantidade de epinefrina deve ser limitada nos pacientes tireotóxicos não tratados ou tratados de forma inadequada. Outro cuidado que o dentista deve ter é com os pacientes que estão sendo tratados e fazem uso de betabloqueadores não-seletivos (quando administrada a epinefrina a pressão pode aumentar pela inibição da ação vasodilatadora da epinefrina). Fios retratores com alta concentração de epinefrina devem ser evitados.

INSUFICIÊNCIA SUPRARRENAL

As glândulas suprarrenais se dividem em córtex externo e medula interna. A medula é responsável pela produção de glicocorticóides (ex: cortisol um antagonista da insulina), mineralocorticóides (ex: aldosterona que regula os níveis de sódio e potássio), androgênio e em especial a secreção de epinefrina. Cabe destacar que a secreção do cortisol segue um padrão diurno, sendo o pico dos níveis do cortisol plasmático pela manhã ao acordar, no entanto, em situações de estresse o nível aumenta. Little et al. (20...) citam que a



cirurgia é um dos estimuladores mais potentes, outros fatores seriam estresse como trauma, queimaduras, doenças, febre, hipoglicemia e distúrbios emocionais.

Glicocorticóides sintéticos, drogas que simulam a função do cortisol, utilizados no tratamento de diversas doenças, em especial nas terapias imunossupressoras para transplantes de órgãos, podem afetar a função suprarrenal. Em odontologia são prescritos no transoperatório de tratamentos cirúrgicos ou endodônticos para redução da dor, edema e trismo.



Os níveis de cortisol podem ser mensurados na urina, no plasma e na saliva (mais sensível).

São concentrações plasmáticas normais do cortisol, no início da manhã, 10 a 20 µg/dL

As alterações nas glândulas suprarrenais podem ser para "mais ou para menos" na sua produção. Quando ocorre **superprodução**, pelo excesso de glicocorticoide, presenciamos a chamada **Doença de Cushing - hipercortisolismo** (caracterizada por acúmulo de gordura na região dorsocervical que confere o aspecto de "giba de búfalo", acúmulo de gordura na região facial conferindo o aspecto de "faces em forma de lua", hipertensão, hirsutismo, hiperglicemia com sede e poliúria e cicatrização inadequada). Pacientes com hiperadrenalismo apresentam maior risco para hipertensão, osteoporose e úlcera péptica. Esses pacientes devem ter a pressão monitorada para a realização de procedimentos cirúrgicos. Pelo risco de úlcera péptica, no pós-operatório, devem ser evitados AINEs e aspirina para os que fazem uso de esteroides por período prolongado.

Já a produção para "menos" (**insuficiência adrenocortical primária**) é incomum e quando ocorre presenciamos a **Doença de Addison**.



A doença de Addison é caracterizada por hiperpigmentação generalizada da pele (bronzamento), em especial nas partes expostas ao sol e nos pontos de pressão como cotovelos e joelhos, anorexia, náusea, vômitos, diarreia, perda de peso, hiponatremia (paciente sente vontade de comer sal pela falta de aldosterona). O excesso de produção de



melanina causa pigmentação macular marrom difusa ou em placas na mucosa oral (geralmente a primeira manifestação).

A insuficiência adrenocortical secundária (cinco vezes mais comum que a primária) pode ser resultante da administração de corticoides exógenos (diminuem a produção do cortisol pela suprarrenal). Cabe destacar que a aplicação tópica e inalação raramente induzem a supressão da glândula suprarrenal. Pacientes com insuficiência, em sua grande maioria, podem ser submetidos a procedimentos odontológicos de rotina, sem a necessidade de glicocorticoides suplementares, pois esses procedimentos não estimulam a produção de cortisol de forma semelhante à produção que ocorre previamente a uma cirurgia. Little et al. destacam que esses pacientes podem apresentar retardo na cicatrização e suscetibilidade aumentada à infecção.



O aumento nos níveis de cortisol ocorre cerca de 1 a 5 horas após o início do procedimento. o aumento no pós-operatório geralmente está associado a dor (em especial por falta de anestesia).

As cirurgias devem ser agendadas pela manhã (níveis de cortisol estão maiores)

Deve ser adotado protocolo de redução do estresse (sedação com óxido nitroso ou benzodiazepínicos)

A causa do hipoadrenalismo (insuficiência suprarrenal primária ou Doença de Addison) está relacionada principalmente ao uso crônico de corticoesteróides. Como estes pacientes não conseguem aumentar seus níveis de corticoide endógeno em resposta ao estresse fisiológico, são mais propensos a ter uma crise suprarrenal precipitada com episódios de síncope, náuseas, vômitos, cianose, fraqueza, cefaleia, desidratação, febre e dispneia durante procedimentos cirúrgicos prolongados. Procedimentos menos invasivos requerem apenas protocolo de redução de ansiedade, procedimentos mais complexos podem necessitar de consulta médica para suplementação com corticoide.

O QUE FAZER SE O PACIENTE ESTÁ TOMANDO CORTICOIDES E POSSUI SUPRESSÃO RENAL?

1. Usar um protocolo de redução de ansiedade.
2. Monitorar pulsação e pressão arterial antes, durante e após a cirurgia.



3. Aconselhar o paciente a dobrar a dose habitual no dia anterior, no dia e no dia após a cirurgia.

4. No segundo dia pós-cirúrgico, aconselhar o paciente a retornar à dose habitual de esteroides.

SE O PACIENTE NÃO ESTIVER TOMANDO ESTEROIDES NO MOMENTO, MAS JÁ RECEBEU PELO MENOS 20 MG DE HIDROCORTISONA (CORTISOL OU EQUIVALENTE) POR MAIS DE DUAS SEMANAS DURANTE O ANO ANTERIOR:

1. Usar um protocolo de redução de ansiedade.

2. Monitorar pulsação e pressão arterial antes, durante e após a cirurgia.

3. Aconselhar o paciente a tomar 60 mg de hidrocortisona (ou equivalente) no dia anterior e na manhã da cirurgia (ou o cirurgião-dentista deve administrar 60 mg de hidrocortisona ou equivalente de modo intramuscular ou intravenoso antes da cirurgia complexa).

4. Nos dois primeiros dias pós-cirúrgicos, a dose deve ser reduzida a 40 mg e diminuída a 20 mg três dias depois da redução anterior. O médico pode parar a administração de esteroides suplementares seis dias após a cirurgia.

Extraído de Hupp et al. (2015)



2.6 -Distúrbios hematológicos

Os distúrbios hematológicos subdividem-se em distúrbios hereditários de sangramento e uso terapia anticoagulante. Vamos entender um pouco mais??

1) **Distúrbios hereditários de sangramento:** Os distúrbios de sangramento são doenças hemorrágicas ocasionadas pela deficiência de fatores de coagulação que promovem a hemostasia. Durante a anamnese o cirurgião-dentista deve questionar a ocorrência de sinais como epistaxe (sangramento nasal), formação de hematomas, equimoses (contusões), petéquias, sangramento espontâneo e dificuldade de hemostasia.

Veja alguns exemplos de coagulopatias hereditárias e os exames pré-operatórios que devem ser solicitados:

Hemofilia A (clássica)	Deficiência do fator VIII	Traço autossômico recessivo ligado ao X
Hemofilia B (doença de Christmas)	Deficiência do fator IX	Traço autossômico recessivo ligado ao X
Doença de Von Willebrand	Deficiência do fator de Von Willebrand e adesão plaquetária anormal	Traço autossômico dominante



TESTE LABORATORIAL	REFERÊNCIA
Contagem de plaquetas	140.000 a 400.00 células/mm ³
Tempo de sangramento (método Ivy)	< 4 minutos
Tempo de protrombina (TP)	11- 15 segundos
Tempo de trombina (TT)	9- 13 segundos
Tempo de tromboplastina parcial (TTPa)	25-35 segundos

- ❖ **Contagem de plaquetas:** a diminuição indica trombocitopenia. Pacientes com contagem entre 50.000 a 100.000/mm³ apresentam sangramento prolongado frente a trauma grave, já os com contagem abaixo de 50.000/mm³ manifestam púrpura (manchas roxas que indicam sangramento) e sangramento prolongado frente à traumas de menor intensidade. Contagem plaquetária inferior a 20.000/mm³ está associada a sangramentos espontâneos e necessidade de transfusão de plaquetas ou adiamento de procedimentos cirúrgicos até normalização.



- ❖ O **tempo de protrombina** avalia os fatores da via extrínseca de coagulação (II,V,VII e X) e comum. Esse teste avalia a **capacidade do sangue perdido** dos vasos do local da lesão de **coagular** (Little et al., 2009)
- ❖ O **tempo de tromboplastina parcial** avalia os fatores da via intrínseca (VIII, IX, XI e XII) e via comum, é considerado o melhor teste para avaliação dos distúrbios de coagulação. Esse teste avalia a **capacidade de coagulação** do sangue remanescente **dentro dos vasos** no local da lesão, determinando a tendência de coagulação do sangue. (Little et al. 2009)
- ❖ Já o **teste de trombina** avalia a capacidade de formação do coágulo inicial pelo fibrinogênio.

Um sangramento prolongado após uma exodontia pode ser o primeiro sinal de existência de distúrbio sanguíneo. Além disso, história de epistaxe (sangramento nasal), formação de hematomas com maior facilidade que o normal e sangramento menstrual intenso. (Fonte: Telessaúde RS)



2) Terapia anticoagulante: Os medicamentos antiagregantes são administrados para pacientes com distúrbios cardiovasculares (ex: fibrilação atrial, doença cardíaca isquêmica ou vascular periférica, após infarto do miocárdio), os portadores de implantes trombogênicos como as próteses valvares cardíacas ou os que necessitam de fluxo sanguíneo extracorpóreo (ex: **hemodiálise**).

Medicamentos como a **aspirina (AAS)**, **varfarina** (administração oral) e **heparina sódica** (administração parenteral) reduzem a função plaquetária e previnem a formação de coágulos sanguíneos.

Lembre-se que normalmente o sangue circula dentro dos vasos sem coagular, diante de lesão vascular, a cascata de coagulação é ativada a fim de provocar a adesão das plaquetas e conter o sangramento.

E como as bancas cobram a terapia anticoagulante nas provas? As questões geralmente solicitam os exames indicados na avaliação pré-operatória e a interrupção (ou não) de medicações anticoagulantes antes da cirurgia oral!

Anteriormente vimos os exames que avaliam a coagulação sanguínea mas, cabe destacar, que o efeito anticoagulante da warfarina é realizado através do **INR** (*international normalized ratio* ou RNI razão normalizada internacional). Veja na tabela abaixo a análise no INR:

VALOR DE INR	EFEITO	CONDUTA
INR = 1	Coagulação normal	
INR entre 2 e 3	Redução do risco de trombose sem causar anticoagulação perigosa	Cirurgia oral de rotina pode ser realizada
INR >3	A anticoagulação pode estar exacerbada com risco de hemorragia espontânea e AVC hemorrágico.	Adiar a cirurgia

Fonte: Hupp et al., (2009)

De acordo com Hupp et al. (2015), os pacientes devem parar de tomar warfarina dois ou três dias antes da cirurgia planejada. Na manhã da cirurgia, o valor do INR deve ser checado; se ele estiver entre dois e três INR, a cirurgia bucal habitual pode ser realizada. Se o TP ainda estiver maior que 3 INR, a cirurgia deve ser adiada até que o TP se aproxime de 3 INR. s. A terapia com warfarina pode ser retomada no dia da cirurgia.

Já Andrade (2014) traz recomendação complementar sobre o uso de varfarina: pacientes com $INR \leq 3,5$ não necessitam de suspensão ou modificação da posologia para realização de exodontias não complicadas. Nos casos de $INR \geq 3,5$ recomenda-se avaliação médica, para possível ajuste da medicação.



A maioria dos protocolos atuais é a favor da continuação da terapia anticoagulante durante os procedimentos cirúrgicos menores. Isso porque se acredita que o risco de "hemorragias" nos pacientes em terapia anticoagulante é bem menor quando comparado ao risco de um evento tromboembólico devido à interrupção do uso do agente anticoagulante.



Veja mais algumas considerações sobre os cuidados com o paciente:

- 1) Realizar testes de coagulação e, se necessário, ser avaliado por hematologista.
- 2) Pacientes que usam **heparina** devem ter a cirurgia adiada até inativação do medicamento (quando administrada via **intravenosa** aguardar **6 horas**; se administrada **subcutânea** aguardar **24 horas**). O **sulfato de protamina**, que reverte os efeitos da heparina, também pode ser usado se uma cirurgia bucal não pode ser adiada (emergência) até a heparina ser naturalmente inativada.
- 3) A ação antiplaquetária da aspirina é devida à inibição da COX-1 durante toda vida útil da plaqueta (7 a 10 dias). As bancas cobram a necessidade de suspensão da aspirina para realização de cirurgias: **ATENÇÃO a aspirina não deve ter seu uso suspenso** antes de cirurgias orais!!

Da mesma forma que o clopidogrel não deve ter sua posologia alterada. As cirurgias orais, na maioria dos casos, podem ser realizadas sem a interrupção dos anticoagulantes, desde que sejam empregadas medidas locais de hemostasia para controle do sangramento operatório (Andrade, 2014).

- 4) Pacientes que fazem uso de **varfarina** devem **interromper seu uso 2 a 3 dias antes** da cirurgia oral. **A varfarina deve ser reiniciada 1 dia após a cirurgia**. A varfarina manifesta seu efeito anticoagulante após 24 horas (Recomendação de Hupp et al., 2009).
- 5) Após a cirurgia monitorar a formação de coágulo (por 2 horas)
- 6) No controle da dor pós-operatória não devem ser prescritos AINES e AAS.
- 7) O cirurgião-dentista pode prescrever ácido tranexâmico 4,8% para bochechos.



(CONSULPLAN/TRE-MG/ODONTÓLOGO/2013) O exame conhecido como é usado para analisar as vias extrínseca e comum da coagulação, avaliar a função hepática e monitorar a resposta à terapêutica anticoagulante. É um 'tempo de coagulação' em condições especiais (SILVEIRA *et al.*,2005).

- a) Prova do laço
- b) Tempo de sangria
- c) Tempo de protrombina
- d) Contagem de plaquetas



e) Tempo de tromboplastina parcial

Comentários:

O tempo de protrombina avalia os fatores da via extrínseca de coagulação (II,V,VII e X) e comum. **A alternativa correta é a letra C.**



2.7 - Distúrbios neurológicos

O paciente deve ser questionado sobre a ocorrência de distúrbios convulsivos. Caso o paciente possua tal condição, deve ser investigada a frequência, duração e prováveis fatores desencadeadores das crises convulsivas. Geralmente esses pacientes fazem uso de **anticonvulsivantes** como a **carbamazepina**, a **fenitoína**, o **fenobarbital** ou o **ácido valproico**. Nos casos em que as convulsões estejam sob controle, a cirurgia oral pode ser realizada. Recomenda-se a adoção de protocolo para redução de ansiedade.

2.8 - Distúrbios respiratórios

A **asma** verdadeira envolve um episódio de estreitamento de pequenas vias aéreas inflamadas, ocasionando sibilos e dispneia como resultado de estimulações químicas, infecciosas, imunológicas ou emocionais. Os pacientes com asma devem ser questionados sobre fatores precipitantes, frequência e gravidade dos ataques, medicações usadas (pacientes com asma severa precisam de broncodilatadores derivados de xantina como teofilina e corticosteroides). Também devem ser questionados quanto à ocorrência de alergia à aspirina. alergia à Aspirina®. Esses pacientes apresentam alta frequência de **alergia generalizada a anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)**.

Esses pacientes devem ser submetidos a um protocolo de redução de ansiedade (pode precipitar um broncoespasmo). Nesse sentido, **o uso de óxido nítrico é considerado seguro** nesses pacientes.



CONDUTA ODONTOLÓGICA

Cirurgias orais programadas devem ser adiadas, se a infecção do trato respiratório ou sibilo estiverem presentes.

1. Adiar o tratamento odontológico até que a asma esteja bem controlada e o paciente não tenha mais nenhum sinal de infecção no trato respiratório.
2. Usar o estetoscópio para escutar o tórax com o intuito de detectar qualquer sibilo antes de grandes procedimentos cirúrgicos ou sedação.



3. Usar um protocolo de redução de ansiedade, incluindo óxido nitroso, mas evitar o uso de depressores respiratórios.
4. Consultar o médico do paciente sobre o possível uso de cromoglicato de sódio no pré-operatório.
5. Se o paciente tomar esteroides, o médico de cuidados primários do paciente pode ser consultado sobre a possível necessidade de aumento de corticosteroide durante o período transoperatório se um maior procedimento cirúrgico estiver planejado.
6. Manter um inalador contendo broncodilatador prontamente acessível.
7. Evitar o uso de drogas anti-inflamatórias não esteroidais (AINEs) em pacientes susceptíveis.

Extraído de Hupp et al. (2015)

Outra condição que pode aparecer nas provas é a **DPOC (Doença pulmonar obstrutiva crônica)**. Causada por longa exposição a irritantes pulmonares como fumaça de tabaco que ocasiona a inflamação e rompimento das vias aéreas, que perdem suas propriedades elásticas e se tornam obstruídas por causa de edema da mucosa, secreções excessivas e broncoespasmo. Os pacientes apresentam sibilo durante a respiração, dispneia, tosse crônica acompanhada secreção, infecções frequentes do trato respiratório e peitoral em forma de barril.



CONDUTA ODONTOLÓGICA

1. Adiar o tratamento até que o funcionamento pulmonar melhore e torne o tratamento possível.
2. Escutar o tórax bilateralmente com estetoscópio para determinar a adequação dos sons pulmonares.
3. Usar um protocolo de redução de ansiedade, mas evitar o uso de depressores respiratórios.



4. Se o paciente precisar de suplementação crônica de oxigênio, mantenha a taxa de fluxo prescrita. Se o paciente não necessitar de terapia de oxigênio suplementar, consulte o médico do paciente antes de administrar oxigênio.
5. Se o paciente receber terapia de corticosteroide cronicamente, controle o paciente para evitar insuficiência adrenal.
6. Evite colocar o paciente em posição supina até que você esteja confiante de que o paciente pode aguentar ficar na posição.
7. Mantenha um inalador contendo broncodilatador por perto.
8. Monitore constantemente as frequências respiratórias e cardíacas.
9. Agendar consultas vespertinas para permitir a remoção de secreções.

Extraído de Hupp et al. (2015)



2.9 - Gestante e Lactantes



Mulheres em idade fértil sempre devem ser questionadas na anamnese sobre a possibilidade de gravidez

São alterações vistas durante a gestação:

Aumento da frequência urinária

Aumento da frequência alimentar

Diminuição do volume respiratório (diafragma ocupa uma posição mais superior)

Diminuição do retorno venoso e edema nos tornozelos (acentuado pela posição supina)

Aumento da frequência cardíaca (10bpm a partir da 14ª até a 30ª semana de gestação)

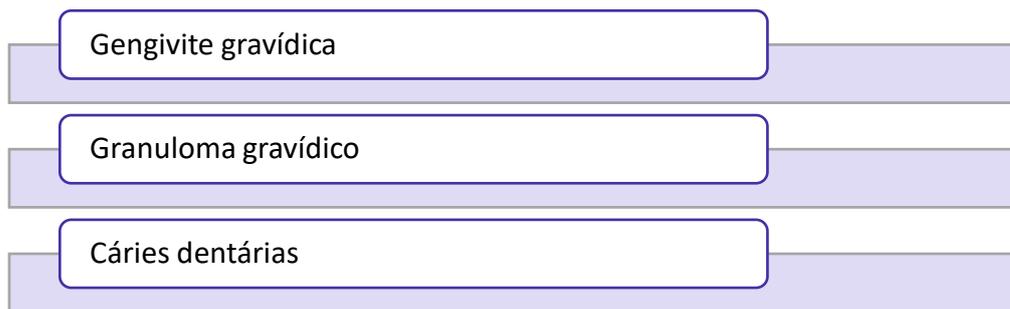
Alteração na PA a partir da 30ª semana (PA diastólica diminui discretamente e sistólica aumenta levemente)

Aumento da capacidade respiratória vital, com aumento do consumo de oxigênio e aumento da frequência cardíaca

Alteração no metabolismo dos carboidratos com possível hipoglicemia



São possíveis alterações bucais:



A principal preocupação no atendimento às gestantes é a prevenção de danos genéticos ao feto. São duas as áreas com potencial para gerar malformações: os exames radiográficos e a prescrição de medicamentos. Na impossibilidade de evitar esses dois, e principalmente se o procedimento cirúrgico for eletivo, a conduta deve ser de adiar a cirurgia bucal para depois do parto a fim de evitar riscos ao feto. Nos casos em que a cirurgia não pode ser adiada, devem ser realizados esforços para diminuir a exposição fetal aos fatores teratogênicos (que causam as malformações).



Vejamos algumas recomendações para o atendimento dessas pacientes:

1) Recomenda-se o adiamento no **primeiro** e (possíveis efeitos deletérios de medicamentos, estresse e tomadas radiográficas na formação do feto/maior incidência de abortos) e **no terceiro trimestre de gestação** (incapacidade da gestante de tolerar procedimentos longos e comprometimento do retorno venoso quando na posição supina pela compressão da veia cava). Cirurgias eletivas devem ser realizadas depois do parto, além disso, atenção deve ser dada aos medicamentos prescritos e a radiografias feitas sem necessidade durante a gestação.

As urgências odontológicas não devem ser adiadas, uma vez que, tanto a dor como o risco de infecção são mais prejudiciais à mãe e ao feto que a realização do tratamento odontológico.



DEVEM SER EVITADOS EM PACIENTES GRÁVIDAS (GESTANTES)

Carbamazepina
Clordiazepóxido
Cloridrato de difenidramina (se usado cronicamente)
Cloridrato de Pentazocina
Cloridrato de Prometazina
Corticosteroides
Diazepam e outros benzodiazepínicos
Fenobarbital
Hidrato de Cloral (se usado cronicamente)
Morfina
Óxido Nitroso (se a exposição for maior que 9 horas por semana ou a concentração de oxigênio for menor que 50%)
Tetraciclina

Extraído do livro Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea de Hupp e colaboradores (2015)

De acordo com Hupp et al. (2015), embora a Aspirina® seja segura, não deve ser dada no final do terceiro trimestre por causa de sua propriedade anticoagulante. São drogas são menos prováveis de causar danos ao feto quando usadas em quantidades moderadas: lidocaína, bupivacaína, acetaminofeno.

2) Em caso de necessidade de procedimento cirúrgico recomendam-se alguns cuidados com as gestantes e lactantes: **adoção de um protocolo de redução de ansiedade** (a futura mamãe vive um período de preocupações e precisamos deixá-la tranquila!). Mas fique atento, os autores recomendam evitar o uso de **óxido nitroso no primeiro trimestre**. Em caso de necessidade de indicação de sedação com óxido nitroso, durante o segundo ou terceiro trimestre, o mesmo deve ser empregado com no mínimo 50% de oxigênio. Drogas sedativas devem ser evitadas.



O **diazepam** é um benzodiazepínico classificado como Categoria D de risco fetal (existem evidências de risco fetal em humanos, mas o benefício do uso em gestantes pode ser aceitável, apesar do risco potencial). Alguns autores o relacionam com o risco de desenvolvimento de lábio leporino/ fenda palatina.



A tabela do livro de ortodontia dos autores Proffit et al. (2012) é questão recorrente em diversas provas!! Ela traz os chamados agentes teratogênicos, substâncias que causam defeitos específicos quando presentes em baixos níveis, e em contrapartida, são letais em altas doses.

TERATÓGENOS	EFEITOS
Aminopterin	Anencefalia
Aspirina	Fissura labial e palatal
Fumaça do cigarro (hipóxia)	Fissura labial e palatal
Citomegalovírus	Microcefalia, hidrocefalia e micro-oftalmia
Dilantina	Fissura labial e palatal
Álcool etílico	Deficiência no terço média da face
6-Mercaptopurina	Fissura palatal
ácido 13- cis retinóico (Accutane®)	Similar a microssomia craniofacial e síndrome de Treacher Collins
Vírus da rubéola	Micro-oftalmia, catarata e surdez
Talidomida	Malformações semelhantes a microssomia craniofacial e síndrome de Treacher Collins
Toxoplasma	Microcefalia, hidrocefalia e micro-oftalmia
Valium	Semelhante à microssomia craniofacial e síndrome de Treacher Collins
Excesso de vitamina D	Fechamento precoce das suturas

Ainda dentro das recomendações sobre o atendimento à gestante, as consultas devem ser curtas e agendadas, preferencialmente, na segunda metade do período da manhã (menos comum ocorrerem enjoos e maior frequência urinária da gestante - podem ser necessárias interrupções constantes para esvaziamento da bexiga).



3) Em caso de necessidade de realização de exames imagenológicos, a gestante deve utilizar proteção (avental de chumbo e colar de tireoide) e deve se dar preferência pela realização de exame radiográfico periapical digital somente nas áreas que requerem cirurgia podem diminuir essa exposição.

Feto pode receber até 50mGy sem sofrer danos.

Em uma exposição para a realização de radiografia periapical com filem ultrarrápido, a gestante protegida com o avental plumbífero e colar protetor de tireoide, recebe cerca de 0,000 mGy

4) Em gestantes acima do 6º mês, o cirurgião-dentista deve atentar para a posição pelo risco de hipotensão postural pelo menor retorno venoso dos membros inferiores. **Evitar manter a gestante na posição supina** por longos períodos devido a hipotensão postural. Preferir o posicionamento sentada ou deitada de lado (de preferência para o lado esquerdo), antes de levantar-se após os procedimentos.

5) O anestésico de escolha deve ser a **lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 ou 1: 200.000**, considerado o anestésico de eleição para gestantes e lactantes.

6) Por último um ponto muito explorado pelas bancas: os medicamentos contraindicados durante a a gestação e amamentação. Atualmente, sabemos que a placenta é uma barreira seletiva permitindo a passagem de diversos medicamentos e produtos químicos, podendo atingir a circulação fetal.

São medicamentos que devem ser evitados durante a amamentação:

SEM EFEITOS CLÍNICOS EM MÃES QUE ESTÃO AMAMENTANDO	EFEITOS CLÍNICOS POTENCIALMENTE PREJUDICIAIS EM MÃES AMAMENTANDO
ACETAMINOFENO (paracetamol)	AMPICILINA
ANTI-HISTAMÍNICOS	ASPIRINA
CEFALEXINA	ATROPINA
CODEÍNA	BARBITÚRICOS
ERITROMICINA	HIDRATO DE CLORAL
FLUORETO	CORTICOESTEROIDES
LIDOCAÍNA	DIAZEPAM
MEPERIDINA	METRONIDAZOL
OXACILINA	TETRACICLINAS
PENTAZOCINA	PROPOXIFENO





ATENÇÃO!!!

Hupp et al (2015) classificam a **penicilina** dentro dos medicamentos com **efeitos clínicos potencialmente prejudiciais em mães amamentando**.

No entanto, Andrade (2014) afirma que a penicilina é o antibiótico de escolha por agir apenas nas bactérias e serem categorizadas como classe B, não causando danos ao feto ou à mãe. Gestantes alérgicas devem utilizar a eritromicina na forma de estearato (estolato apresenta potencial hepatotóxico). Outra opção seria a clindamicina (categoria B). Em casos de infecções avançadas pode ser associado o metronidazol (categoria B).



(AOC/EBSEH/CBMF/2016) Paciente feminina, 28 anos, comparece à clínica odontológica relatando dor intensa no dente 26, aumento de volume na região e supuração via sulco gengival. Na anamnese, refere estar na 18ª semana de gestação e, segundo a paciente, sua pressão tem se mantido estável até o momento, negando alterações sistêmicas ou alergias. Ao exame clínico, apresenta destruição coronária significativa. Ao exame radiográfico, observa-se lesão cáriosa ultrapassando limite da furca, confirmando a impossibilidade de restauração dentária e condenando o dente 26 a um procedimento cirúrgico para extração dentária. Na consulta inicial, a paciente apresentava pressão arterial 120/80 mmHg e frequência cardíaca em 90 pulsações por minuto. Considerando o caso apresentado, assinale a alternativa correta.

- a) A paciente está no segundo trimestre de gestação, portanto o procedimento não pode ser realizado, adiando-o para o período pós-parto.
- b) A solução anestésica de escolha deve ser articaína 4%, cuja classificação para gravidez é considerada B.
- c) A gestação pode ser emocional e fisiologicamente estressante, portanto, o uso de um protocolo de redução de ansiedade é altamente recomendado. No entanto fármacos sedativos devem ser evitados em pacientes grávidas.



- d) Durante o procedimento cirúrgico, a paciente deve ser colocada em posição próxima de supina para facilitar o retorno venoso.
- e) Medicamentos como paracetamol, codeína, penicilina e cefalosporinas devem ser evitados em gestantes.

Comentários:

O período de eleição para tratamentos durante a gestação é o segundo trimestre. A lidocaína é o anestésico local indicado para gestantes e crianças. No final da gestação a posição supina ocasiona hipotensão postural. Paracetamol e codeína podem ser utilizados por gestantes. **A alternativa correta é a letra C.**



2.10 - Considerações finais

Vimos um conteúdo extremamente importante nessa aula. Após analisar diversas provas selecionamos os conteúdos mais cobrados.

No final do nosso material você encontrará um resumo dos tópicos principais. O resumo é indicado para revisão rápida, principalmente para a véspera de prova.

Nosso material é todo baseado em referências bibliográficas confiáveis, atuais e as mais cobradas em concursos públicos. Sempre que julgarmos pertinente, mencionaremos as referências.

Espero que tenha gostado do material!! Se possível nos avalie na página do aluno, é muito importante para o nosso trabalho!

Aguardo você na próxima aula.

Um abraço e até lá!

Profª Cássia Reginato

Email: profcassiareginato.estrategia@gmail.com

Instagram: [@prof.cassia_odonto](https://www.instagram.com/prof.cassia_odonto)



3- QUESTÕES COMENTADAS

1.(PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO OESTE-SC/CBMF/2014) De acordo com o sistema de classificação do estado físico da American Society of Anestesiologista, um paciente com doença sistêmica grave que limita a atividade, como angina do peito estável por exemplo, mas não é incapacitante, deve ser classificado como um paciente:

- a) ASA II
- b) ASA IV
- c) ASA III
- d) ASA V

Comentários:

A alternativa A está errada. O paciente ASA II é portador de doenças moderada.

A alternativa B está errada. O paciente ASA IV é portador de doença sistêmica severa que está sob risco constante de morte.

A alternativa C está correta. O tratamento eletivo não está contraindicado, embora o paciente apresente um maior risco.

A alternativa D está errada. O paciente ASA V é um paciente em fase terminal.

2.(AOCP/EBSERH/CIRURGIÃO-DENTISTA/CBMF/2014) De acordo com a American Society of Anesthesiologists (ASA), um paciente ASA I será:

- a) portador de doença sistêmica moderada ou fatores de risco a sua saúde.
- b) portador de doença sistêmica severa, que limita as atividades, mas não é incapacitante.
- c) portador de doença sistêmica severa e incapacitante, que é uma constante ameaça à vida.
- d) normal, saudável, sem história de doença sistêmica.
- e) moribundo, de quem não se espera a sobrevivência por um período de 24 horas.

Comentários:

A letra A está errada. Característica do paciente ASA II

A letra B está errada. Característica do paciente ASA III



A letra C está errada. Característica do paciente ASA IV

A letra D está correta. De acordo com a Classificação Americana de Anestesiologistas (ASA) o paciente ASA I é considerado saudável e não apresenta anormalidades.

A letra E está errada. Característica do paciente ASA V

3.(URI/PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ÂNGELO/CIRURGIÃO-DENTISTA/2019) A avaliação dos sinais vitais durante o exame físico do paciente é essencial na primeira consulta. Os dados devem constar no prontuário clínico. Frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial sanguínea, medidas em repouso, devem ter como valores de referência para normalidade em pacientes adultos, respectivamente:

- a) 50 – 90bpm / 9-13min / sistólica <110mmHg, diastólica <70mmHg
- b) 60 – 100bpm / 14-18min / sistólica <120mmHg, diastólica <80mmHg
- c) 70 – 110bpm / 19-21min / sistólica <120mmHg, diastólica <80mmHg
- d) 80 – 120bpm / 22-26min / sistólica <110mmHg, diastólica <70mmHg

Comentários:

A alternativa que contempla os parâmetros de referência para frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial sanguínea é **a letra B.**

4.(PREFEITURA DE PETRÓPOLIS/CBMF/2012) Planejar o procedimento odontológico com o objetivo de diminuir o tempo de consulta, minimizar o estresse e a dor; as consultas feitas sempre pela manhã fazem parte do check-list do seguinte tipo de tratamento odontológico:

- a) Do paciente cardiovascular
- b) De todo e qualquer paciente
- c) De pacientes deprimidos
- d) De pacientes em tensão pré-menstrual (TPM)
- e) Em pacientes psicóticos maníacos depressivos.

Comentários:

Conforme vimos em avaliação pré-operatória de pacientes com problemas cardíacos, o atendimento deve ser realizado, preferencialmente, no segundo turno da manhã, pelo menor risco de infarto. **Correta letra A.**

5.(PREFEITURA MUNICIPAL DE PARNAÍBA-PB/CBMF/2016) Os pacientes com problemas sistêmicos algumas vezes requerem modificações nos cuidados transoperatórios quando uma cirurgia oral é planejada. Em relação aos problemas sistêmicos do paciente candidato à cirurgia, assinale a alternativa CORRETA.

- a) Os pacientes com insuficiência renal necessitam de diálise periódica. Esses pacientes precisam de uma atenção especial durante o tratamento cirúrgico oral. O tratamento de diálise crônica normalmente requer a presença de uma fístula arteriovenosa que permite o acesso vascular fácil e administração de heparina. As



cirurgias orais eletivas são mais bem realizadas no dia da diálise, pois os fármacos utilizados serão mais bem eliminados trazendo menos complicações para esses pacientes.

b) O diabetes melito é causado pela subprodução de insulina ou pela resistência dos receptores de insulina em órgãos periféricos aos efeitos da insulina. As pessoas com diabetes bem controlada são mais suscetíveis a infecções do que as pessoas que não têm diabetes. Isso é causado pela função leucocitária alterada ou por outros fatores que afetam a capacidade de controlar uma infecção.

c) O paciente com lesões hepáticas graves resultantes de doenças infecciosas, abuso de álcool ou congestão vascular e biliar, necessita de cuidados especiais antes de a cirurgia oral ser realizada. Pacientes com disfunção hepática grave podem necessitar de hospitalização para cirurgia dentária, pois sua capacidade diminuída de metabolizar o nitrogênio do sangue deglutido pode causar encefalopatia.

d) Os pacientes com distúrbios sanguíneos hereditários geralmente estão conscientes do seu problema, permitindo ao clínico tomar as precauções necessárias antes de qualquer procedimento cirúrgico. A cirurgia oral num paciente que faz uso de terapia anticoagulante só poderá ser realizada quando os inibidores plaquetários tenham sido interrompidos por 5 dias e quando o INR (taxa normatizada internacional) estiver menor que 1.

e) Embora não seja um estado de doença, a gravidez é uma situação que merece considerações especiais quando uma cirurgia oral é necessária. Acredita-se que, para propósitos de cirurgia oral, alguns fármacos apresentam pouca possibilidade de dano para o feto quando utilizados em quantidades moderadas. É o caso da mepivacaína, penicilina e eritromicina.

Comentários:

A letra A está errada. As cirurgias orais são mais bem realizadas no dia seguinte à diálise

A letra B está errada. As pessoas com diabetes descompensado são mais suscetíveis.

A letra C está correta. Devem ser tomados alguns cuidados no tratamento de paciente com distúrbios hepáticos como, por exemplo, a necessidade de alteração da dose ou evitar o uso de fármacos que fazem a metabolização no fígado. A produção de fatores de coagulação dependentes da vitamina K (II, VII, IX, X) podem estar diminuídas na doença hepática grave. A hipertensão porta causada pela doença hepática também pode causar hiperesplenismo, um sequestrador de plaquetas, o que causa trombocitopenia. Pacientes com disfunção hepática grave podem necessitar de hospitalização para cirurgia dentária, pois tem uma capacidade diminuída de metalizar o nitrogênio do sangue deglutido, podendo causar encefalopatia, além de grande risco de hepatite. Além disso, devem ser realizados testes para investigar distúrbios sanguíneos por meio da contagem de plaquetas, tempo de protrombina, tempo de tromboplastina parcial e tempo de sangramento de Ivy.

A letra D está errada. Atualmente não se indica a suspensão da aspiração para extrações dentárias.

A letra E está errada. A penicilina é um medicamento potencialmente prejudicial às gestantes e lactantes.



6-(IDHTE/PREFEITURA DEMARAGOGI-AL/CIRURGIÃO-DENTISTA/2019) Normalmente, em pessoas adultas, o batimento cardíaco vai de:

- a) 40 a 120 bpm
- b) 80 a 150 bpm
- c) 80 a 180 bpm
- d) 60 a 100 bpm
- e) 40 a 100 bpm

Comentários:

A frequência cardíaca considerada dentro dos parâmetros em adultos, em uma situação de repouso, vai de 60 a 100 bpm. **A letra que corresponde a resposta correta é a D.**

7- (CPCON/ODONTÓLOGO/2020) Os anticoagulantes orais são drogas antagonistas da vitamina K que atuam sobre os fatores de coagulação K-dependentes, reduzindo a síntese e ação de diversos fatores e proteínas sanguíneas. Dentre as drogas comercializadas, a varfarina sódica é a mais prescrita e indicada para pacientes em situação de alto risco de acidente tromboembólico, portadores de próteses valvares cardíacas mecânicas e outras. Dessa forma, diante do atendimento odontológico de pacientes que fazem uso dessa droga, alguns cuidados devem ser tomados. Analise as afirmativas e marque a alternativa CORRETA.

- a) Os procedimentos cirúrgicos odontológicos ambulatoriais precisam ser planejados de modo que o cirurgião-dentista tenha em mãos o exame do índice de normalização internacional do tempo de protrombina recente, apresentando valor não superior a 3,0.
- b) Diante de prescrição da profilaxia antibiótica, caso haja indicação pela cardiopatia, desconsiderar as interações medicamentosas, pois a varfarina sódica não interage com antibióticos.
- c) Quando o procedimento odontológico necessitar de prescrição de um anti-inflamatório, os anti-inflamatórios não hormonais estão indicados para pacientes que fazem uso de varfarina sódica.
- d) Os procedimentos cirúrgicos odontológicos ambulatoriais não induzem alterações no sistema fibrinolítico, portanto, não requerem maiores cuidados quanto ao índice de normalização do tempo de protrombina.
- e) Após procedimento cirúrgico odontológico ambulatorial, os riscos de sangramento se encerram, pois haverá a formação de um coágulo firme e a ferida cirúrgica ficará bem protegida. **Comentários: A letra A está correta.**

Comentários: A letra A está correta.

SOBRE O INR: Valores de INR superiores a 3,0 indicam o adiamento da cirurgia, uma vez que, a anticoagulação pode estar exacerbada com possível risco de hemorragia espontânea e AVC hemorrágico.



A tanto a varfarina, como a heparina, apresentam possível interação com a aspirina provocando sangramento interno com possível evolução para hemorragia. A varfarina é administrada em doses que aumentam o tempo de protrombina de forma a gerar um INR de 2 a 3. Não deixe a questão te confundir AINEs e anti-inflamatórios não hormonais são sinônimos!!

8 - (CPCON/ODONTÓLOGO/2017) Qual complicação séria pode ser associada a procedimento cirúrgico de extração dentária em pacientes usuários de bifosfonatos?

- a) Alveolite
- b) Necrose avascular
- c) Fratura mandibular
- d) Endocardite
- e) Embolia

Comentários: A letra B está correta.

A osteonecrose dos maxilares associada ao uso de bisfosfonatos é uma complicação oral observada em pacientes que fizeram uso de bisfosfonatos, classe de medicamentos utilizada no tratamento de doenças que afetam o metabolismo ósseo (ex: osteoporose e metástases ósseas maligna). O mecanismo de ação dessas drogas está relacionado à inibição da atividade osteoclástica, interferindo na remodelação e reabsorção óssea. Os bisfosfonatos apresentam afinidade óssea e acumulam-se com o tempo nesse tecido. Esses medicamentos estão disponíveis para administração via oral e intravenosa.

A OAB afeta exclusivamente os maxilares e tem como característica clínica o osso exposto em paciente que foi submetido à cirurgia de extração dentária. Paciente pode relatar dor severa em decorrência do osso exposto necrótico e infecção secundária, tem carácter é progressivo.

9 - (CPCON/ODONTÓLOGO/2017) Qual das condições abaixo NÃO está relacionada a distúrbio na coagulação sanguínea?

- a) Doença de Von Willebrand
- b) Alcoolismo
- c) Anemia ferropriva
- d) Púrpura trombocitopenia
- e) Hemofilia

Comentários:

A letra C está incorreta.



Pacientes com contagem plaquetária inferior a 50.000/mm³ apresentam maior risco para cirurgias e traumas, mas não costumam apresentar hemorragia espontânea até que a contagem fique abaixo de 20.000 /mm³. Todos os tipos de hemofilia são alterações na coagulação de base genética. A Doença de Von Willebrand é um transtorno hemorrágico autossômico dominante que envolve a adesão plaquetária. O alcoolismo contribui para a desnutrição, diminuição da função imunológica e aumento do risco de sangramentos pela deficiência de fatores de coagulação (principalmente do grupo da protrombina - fatores II, VII, IX e X- todos usam a vitamina K como precursor). A destruição hepatocelular leva à deficiência de fatores de coagulação.

Anemia por deficiência de manifesta-se clinicamente com sinais e sintomas como palidez mucocutânea, fadiga, taquicardia e taquipneia de esforço. Na cavidade bucal caracteriza-se pelo o alisamento e a vermelhidão da superfície da língua, causados pela atrofia das papilas filiformes no dorso da língua. A síndrome de Plummer-Vinson é caracterizada por anemia ferropriva e disfagia. Nos exames laboratoriais podem ser vistos reduções do VCM, da hemoglobina corpuscular média, da contagem de hemácias, da hemoglobina e do hematócrito.

10 - (CPCON 2019) O atendimento do paciente com diabetes mellitus exige o conhecimento sobre esta condição sistêmica. Assim, analise as assertivas abaixo e marque a alternativa correta.

- () A história médica progressa e atual deve ser levantada, porém o contato com o endocrinologista do paciente deve ser estabelecido.
- () O tempo de diagnóstico do diabetes mellitus pode estar relacionado com a presença de complicações diabéticas e pior prognóstico para uma doença periodontal instalada.
- () O grau de controle metabólico é avaliado pelo exame de hemoglobina glicada A1c, considerado o principal parâmetro e cujo resultado representa a glicemia média dos últimos 2 a 4 meses.
- () O horário de atendimento de um paciente com diabetes mellitus deve ser preferencialmente à tarde devido aos maiores níveis de cortisol nesse período, melhorando a tolerância aos procedimentos estressantes.

O preenchimento CORRETO dos parênteses está na alternativa:

- a) V V V V
- b) V F V F
- c) F V F V
- d) V V V F
- e) F F V V

Comentários:

A letra D está correta.



Os pacientes devem ser atendidos preferencialmente no período da manhã.

11 - (CPCON 2018) Sangramentos na cavidade oral são frequentemente observados durante uma gama de procedimentos odontológicos. Ocasionalmente, pacientes apresentam sangramento exagerado após simples procedimentos dentários, devido à presença de coagulopatias congênitas ou adquiridas que levam a uma alteração do sistema hemostático. São considerados hemostáticos locais para uso na Odontologia.

- a) Ácido Epsilon aminocaproico, ácido tranexâmico e selante de fibrina.
- b) Prednisolona, ácido tranexâmico e selante de fibrina.
- c) Ácido Epsilon aminocaproico, Vancomicina e Dexametasona.
- d) Ácido Epsilon aminocaproico, adrenalina e prednisolona.
- e) Ácido tranexâmico, aspirina e selante de fibrina.

Comentários:

A letra A está correta.

Sabemos que pode ocorrer sangramento no local da cirurgia, no entanto, o sangramento por período prolongado é anormal. Como forma de precaução os pacientes devem ser questionados sobre uso de anticoagulantes (ex: heparina), uso de AAS ou consumo excessivo de álcool (possível doença hepática). Também devem ser questionados sobre histórico de sangramentos, presença de petéquias e equimoses. O sangramento após exodontias pode ser controlado por diversos meios, caso a tentativa inicial de hemostasia com o auxílio de uma gaze não seja obtida. Um meio muito utilizado é a inserção de esponja de gelatina. Seu princípio é o de constituir uma matriz para reter as plaquetas e hemácias, elas podem reter de 40 a 50 vezes o seu próprio peso em sangue. As esponjas são absorvidas em um prazo de 4 a 6 semanas.

São classificados como inibidores da fibrinólise o ácido Epsilon aminocaproico e o ácido tranexâmico. São pró-coagulantes tópicos: gelatina absorvível, esponja de gelatina absorvível, selante de fibrina e trombina.

A aspirina é um inibidor plaquetário. A vitamina K como antídoto para anticoagulantes.

O ácido tranexâmico é um agente antifibrinolítico, empregado em episódios hemorrágicos, ela inibe a ativação do plasminogênio a plasmina (responsável pela dissolução do coágulo sanguíneo). O ácido tranexâmico promove uma estabilidade do coágulo. Por possuir meia vida plasmática mais curta, menor potência e menor efeitos colaterais, substitui com vantagens o uso do ácido épsilon-aminocapróico.

O ácido épsilon-aminocapróico é um agente antifibrinolítico que inibe competitivamente a ligação do plasminogênio e dos ativadores de plasminogênio à fibrina.

O selante de fibrina (adesivo de fibrina) é produto de componentes do plasma que mimetiza a última etapa da cascata de coagulação (conversão de fibrinogênio em fibrina), finalizada pela formação de um coágulo de fibrina estável e insolúvel. Porém age independente da via de coagulação do paciente. Ele funciona como uma cola, e funciona bem no controle de microsangramentos vistos em procedimentos odontológicos. A



ação antiagregante da aspirina é decorrente da inibição da síntese de tromboxano A2 através da acetilação irreversível da COX em plaquetas (por toda vida útil da plaqueta 7 a 10 dias).

12 - (VUNESP/PREFEITURA DE SÃO PAULO/ODONTÓLOGO/2014) Em procedimentos de exodontia em pacientes diabéticos:

- a) deve-se certificar-se do controle da doença de base para se evitar problemas na cicatrização e infecções oportunistas, que podem ser fatais.
- b) há necessidade de se interromper as drogas utilizadas pelo paciente por 1 semana antes do procedimento.
- c) deve-se avaliar a situação salivar, pois o excesso de saliva e as condições bioquímicas da flora oral podem ser fatores impeditivos do procedimento.
- d) avalia-se a flora oral por exames laboratoriais de cultura para certificação da oportunidade do procedimento.
- e) deve-se realizar procedimentos de imunossupressão para evitar problemas na cicatrização pós-exodontia

Comentários:

A letra A está correta.

De acordo com Hupp et al. (2015). pessoas com a diabetes bem controlada **não são mais suscetíveis a infecções do que pessoas sem diabetes**, mas elas possuem maior dificuldade em controlar essas infecções. Isso é causado pela alteração da função leucocitária ou por outros fatores que afetam a habilidade de controle de infecção do corpo. A dificuldade em conter infecções é mais significativa em pessoas com diabetes mal controlada. Nos casos de pacientes descompensados (com exames alterados) o procedimento cirúrgico deverá ser adiado até o controle da glicemia.

O paciente deve ser instruído a fazer uso normal de sua medicação e realizar sua refeição normal (café da manhã) antes da consulta.

13 - (VUNESP/PREFEITURA DE SÃO PAULO/ODONTÓLOGO/2014) Em pacientes que fazem uso de drogas anticoagulantes:

- a) a medicação deve ser suspensa por pelo menos 1 mês antes do procedimento e reintroduzida após 1 semana do mesmo.
- b) a medicação deve ser interrompida a critério do cirurgião-dentista.
- c) procedimentos odontológicos devem ser realizados em ambiente hospitalar e, se possível, em centro cirúrgico.
- d) o procedimento de biópsia não deve ser realizado sob nenhuma condição, em vista dos riscos de sangramento.



e) as biópsias de pequeno porte podem ser realizadas sem a suspensão da medicação.

Comentários:

A letra E está correta.

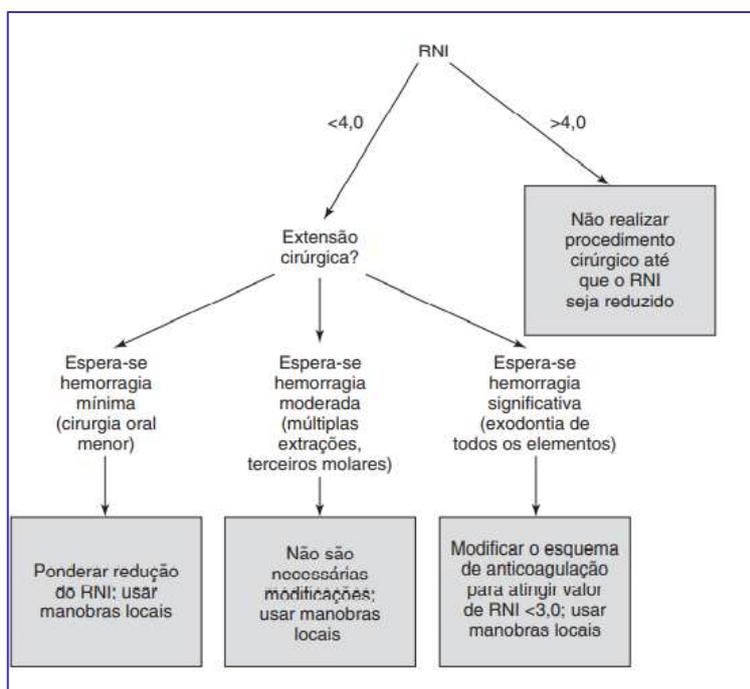
Pacientes que usam **heparina** devem ter a cirurgia adiada até inativação do medicamento (quando administrada via **intravenosa** aguardar **6 horas**; se administrada **subcutânea** aguardar **24 horas**). O **sulfato de protamina**, que reverte os efeitos da heparina, também pode ser usado se uma cirurgia bucal não pode ser adiada (emergência) até a heparina ser naturalmente inativada.

A ação antiplaquetária da aspirina é devida à inibição da COX-1 durante toda vida útil da plaqueta (7 a 10 dias). As bancas cobram a necessidade de suspensão da aspirina para realização de cirurgias: **ATENÇÃO a aspirina não deve ter seu uso suspenso** antes de cirurgias orais!!

Da mesma forma que o clopidogrel não deve ter sua posologia alterada. As cirurgias orais, na maioria dos casos, podem ser realizadas sem a interrupção dos anticoagulantes, desde que sejam empregadas medidas locais de hemostasia para controle do sangramento operatório (Andrade, 2014).

Pacientes que fazem uso de **varfarina** devem **interromper seu uso 2 a 3 dias antes** da cirurgia oral. **A varfarina deve ser reiniciada 1 dia após a cirurgia**. A varfarina manifesta seu efeito anticoagulante após 24 horas (Recomendação de Hupp et al., 2009).

Para a realização de um procedimento seguro, seja uma biópsia ou uma cirurgia, alguns parâmetros devem ser checados como o INR, o tipo de cirurgia (extensão, se cruenta ou não), a fim de avaliar a possibilidade de hemorragia no pós-operatório. Qualquer procedimento cirúrgico oral eletivo em pacientes sob anticoagulação requer planejamento prévio e consulta com o médico do paciente ou com a clínica de anticoagulação.



O esquema extraído de Yagiela et al., nos mostra, com base em um estudo, que procedimentos em que se espera mínimo sangramento podem ser realizados apenas com a adoção de medidas locais de hemostasia.

14- (IBAM/ PREFEITURA DE CÂNDIDO ABREU-PR/ 2013) É uma contraindicação sistêmica absoluta à realização de uma extração dentária:

- a) diabetes grave compensada
- b) gravidez C
- c) uso de anticoagulante
- d) angina pectoris instável

Comentários:

A letra E está correta.

A gravidez é uma contra indicação relativa, pacientes com diabetes compensadas são tratados normalmente, paciente que faz uso de anticoagulante deve ser avaliado quanto à extensão cirúrgica e o INR, a única opção que nos mostra uma contraindicação relativa é a letra D.

15- (FGV/SUSAM/2014) Com relação à prevenção da endocardite bacteriana, assinale a opção que corresponde ao regime profilático padrão, recomendado pela American Heart Association, para pacientes de alto risco para endocardite e que não apresentem hipersensibilidade reconhecida a nenhum medicamento.

- a) 1 g de amoxicilina uma hora antes do procedimento.
- b) 2 g de amoxicilina uma hora antes do procedimento.
- c) 300 mg de clindamicina uma hora antes do procedimento.
- d) 600 mg de clindamicina uma hora antes do procedimento.
- e) 500 mg de azitromicina uma hora antes do procedimento.

Comentários:

A letra B está correta.

16- (FGV/TJ-RO/2015) No plano de tratamento de pacientes que requerem cuidados especiais, um assunto que ainda causa muita controvérsia é o emprego de soluções anestésicas locais que contenham vasoconstrictores. Uma situação da prática odontológica em que o uso de anestésicos locais com vasoconstrictores está totalmente contraindicada é:



- a) pacientes com histórico de doença cardiovascular controlada, com episódio de infarto do miocárdio há mais de 6 meses passados;
- b) pacientes portadores de arritmia cardíaca, controlados através de dispositivos cardíacos implantados (marca-passos);
- c) pacientes portadores de angina pectoris instável;
- d) pacientes diabéticos em controle metabólico através do uso de insulina;
- e) pacientes hipertensos controlados através de medicamentos.

Comentários:

A letra C está correta.

Condições cardíacas associadas a alto risco para endocardite para as quais a profilaxia para procedimentos odontológicos é recomendada

Valva cardíaca protética

Histórico de endocardite infecciosa prévia

Doenças cardíacas congênicas

- Cardiopatia cianótica não reparada CHD, incluindo shunts e condutos paliativos
- Defeito congênito do coração reparado completamente com material protético ou aparelhos, se colocados por cirurgia ou por intervenção com cateter, durante os primeiros seis meses após o procedimento.
- Doença cardíaca congênita reparada que evolui com defeito residual (o qual inibe a formação de endotélio)

Valvopatia adquirida em paciente transplantado cardíaco



7 - GABARITO



1. LETRA C
2. LETRA D
3. LETRA B
4. LETRA A
5. LETRA C
6. LETRA D
7. LETRA A
8. LETRA B
9. LETRA C
10. LETRA D
11. LETRA A
12. LETRA A
13. LETRA E
14. LETRA E
15. LETRA B
16. LETRA C



8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cirurgia oral e Maxilofacial. Hupp et al.; 5ª edição, 2009.

Cirurgia oral e Maxilofacial. Hupp et al.; 5ª edição, 2015.

Cirurgia Bucomaxilofacial: diagnóstico e tratamento. Roberto prado e Martha Salim. 2004.

Princípios de Cirurgia de Peterson Bucomaxilofacial. Miloro et al., 2008.

Terapêutica Medicamentosa em Odontologia. Andrade, E.D.; 3ª ed., 2014.

Manejo odontológico do paciente clinicamente comprometido. Little et al., 2009.

Patologia oral e maxilofacial. Neville et al., 4ª ed, 2016.

Trabalho de conclusão de curso silicoes utilizados em próteses bucomaxilofaciais extraorais: uma revisão de literatura. Elis ângela batistella.

Terapias atuais em cirurgia bucomaxilofaciaV Shahrokh C. Bagheri, R. Brian Bell, Husain Ali Khan; [Tradução de Bianca Tarrise da Fontoura ... et ai.). - Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.



9-RESUMO

1. AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

CLASSIFICAÇÃO ASA

ASA I	Paciente saudável
ASA II	Paciente com doença sistêmica leve ou fator de risco de saúde significativo
ASA III	Paciente com doença sistêmica grave que não seja incapacitante
ASA IV	Paciente com doença sistêmica ameaçadora à vida
ASA V	Paciente moribundo que não se espera que sobreviva sem cirurgia
ASA VI	Paciente com morte cerebral declarada cujos órgão serão removidos com o propósito de doação

CONDIÇÕES SISTÊMICAS QUE REQUEREM ATENÇÃO ESPECIAL PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIAS ORAIS:

PROBLEMAS CARDÍACOS

PROBLEMAS RENAIS

DISTÚRBIOS HEPÁTICOS

DISTÚRBIOS ENDÓCRINOS

DISTÚRBIOS HEMATOLÓGICOS

DISTÚRBIOS NEUROLÓGICOS



Tabela 2 – Recomendações para uso de antibioticoprofilaxia em Odontologia

CONDIÇÕES CARDÍACAS ASSOCIADAS A ENDOCARDITES	
Profilaxia recomendada	Profilaxia não recomendada
Categoria de alto risco.	Categoria de risco baixo ou inexistente (o risco não é maior do que o da população em geral).
Próteses de valvas cardíacas, incluindo as biopróteses heterólogas e homólogas.	Defeito de septo atrial.
Endocardite bacteriana prévia.	Correção cirúrgica de defeito de septo atrial ou ventricular, ou pacientes com persistência de ducto arterioso (sem resíduo após seis meses).
Doença cardíaca congênita cianótica complexa (ex.: ventrículo único, transposição de grandes vasos, tetralogia de Fallot).	Cardíaco prévio de revascularização miocárdica.
Shunt pulmonar sistêmico construído cirurgicamente.	Prolapso de valva mitral sem regurgitação valvar.
Outras malformações cardíacas congênitas.	Doença de Kawasaki prévia sem disfunção valvar.
Disfunção valvar adquirida (ex.: doença cardíaca reumática).	Febre reumática prévia sem disfunção valvar.
Cardiomiopatia hipertrófica.	Marcapasso cardíaco (intravascular e epicárdico) e desfibrilador implantado.
Prolapso de valva mitral com regurgitação valvar e/ou espessamento dos folhetos.	Grandes próteses articulares.
Infecção Facial Severa.	
Diabetes.	
Imunodepressão 1. Neutropenia 2. HIV 3. Transplante de órgãos 4. Imunossupressão prolongada	

Fonte: Deisen, 1999.



ESSA LEI TODO MUNDO CONHECE: PIRATARIA É CRIME.

Mas é sempre bom revisar o porquê e como você pode ser prejudicado com essa prática.



1 Professor investe seu tempo para elaborar os cursos e o site os coloca à venda.



2 Pirata divulga ilicitamente (grupos de rateio), utilizando-se do anonimato, nomes falsos ou laranjas (geralmente o pirata se anuncia como formador de "grupos solidários" de rateio que não visam lucro).



3 Pirata cria alunos fake praticando falsidade ideológica, comprando cursos do site em nome de pessoas aleatórias (usando nome, CPF, endereço e telefone de terceiros sem autorização).



4 Pirata compra, muitas vezes, clonando cartões de crédito (por vezes o sistema anti-fraude não consegue identificar o golpe a tempo).



5 Pirata fere os Termos de Uso, adultera as aulas e retira a identificação dos arquivos PDF (justamente porque a atividade é ilegal e ele não quer que seus fakes sejam identificados).



6 Pirata revende as aulas protegidas por direitos autorais, praticando concorrência desleal e em flagrante desrespeito à Lei de Direitos Autorais (Lei 9.610/98).



7 Concurseiro(a) desinformado participa de rateio, achando que nada disso está acontecendo e esperando se tornar servidor público para exigir o cumprimento das leis.



8 O professor que elaborou o curso não ganha nada, o site não recebe nada, e a pessoa que praticou todos os ilícitos anteriores (pirata) fica com o lucro.



Deixando de lado esse mar de sujeira, aproveitamos para agradecer a todos que adquirem os cursos honestamente e permitem que o site continue existindo.