



Prefeitura do Município de São Paulo  
Secretaria Municipal da Saúde  
Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de  
Saúde - CODEPPS

## **CADERNOS DE SAÚDE BUCAL DA SES SP**

*“Qualidade e resolutividade na atenção básica:  
recomendações para atendimento de pacientes com  
necessidades especiais”*

*adotado pela Área Técnica de Saúde Bucal para subsidiar as ações de saúde  
bucal na rede municipal de saúde.*

*Gestão 2005-2008*

**dezembro de 2005**



**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
CENTRO TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL**

**CADERNOS DE SAÚDE BUCAL**

*“Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações para  
atendimento de pacientes com necessidades especiais”*

**Dezembro de 2004**

## Apresentação

A atenção integral à saúde, objetivo do Sistema Único de Saúde, inicia-se pela organização do processo de trabalho na rede básica de saúde e soma-se às ações em outros níveis assistenciais, compondo o “cuidado à saúde” (CECÍLIO e MERHY 2003). É a rede básica de saúde, portanto, a grande responsável pelo cuidado em saúde e cuidado significa vínculo, responsabilização e solicitude na relação equipe de saúde com os indivíduos, famílias, comunidades; significa compreender as pessoas em seu contexto social, econômico e cultural; significa acolhê-las em suas necessidades com relação ao sistema de saúde.

As proposições no âmbito da atenção básica devem ser norteadas pelo entendimento da dupla dimensão do processo saúde-doença, que exige não apenas soluções voltadas para o indivíduo mas também intervenções de caráter coletivo, orientadas por critérios de prevalência, incidência, magnitude e possibilidade de resposta. (DAB/SES-SP 2002). E este nível de atenção necessita esgotar os limites de suas possibilidades, na propedêutica e na clínica, dando uma resposta eficaz às pessoas sob sua responsabilidade, num processo de trabalho multiprofissional e interdisciplinar.

Esse nível deve, assim, “ser orientado para o cidadão e sua autonomia, para a família e a comunidade e ser qualificado no sentido de também prover cuidados contínuos para os pacientes portadores de patologias crônicas e portadores de necessidades especiais” (CARTA DE SERGIPE 2003).

É neste contexto que se inserem a ação de saúde bucal.

E é preciso compreender que ter saúde bucal significa não apenas ter dentes e gengivas saudáveis. Significa também estar livre de dores crônicas e outras doenças e agravos que acometem o aparelho estomatognático. Implica na possibilidade de uma pessoa exercer plenamente funções como mastigação, deglutição e fonação, exercitar a auto-estima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento, o que contribuirá para sua saúde geral. Não se pode separar saúde bucal da saúde geral, que está diretamente relacionada com qualidade de vida. (PETERSEN 2003; NARVAI 2003, SES-SP2004).

E é igualmente relevante reconhecer que saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está relacionada com as condições de vida (saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra), com o acesso à informação e aos serviços de saúde (1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> Conferências Nacionais de Saúde Bucal, 1986 e 1993).

A 3<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde Bucal (2004), além de destacar que as condições de saúde bucal podem mostrar sinais significativos de exclusão social, teve como objetivo identificar os principais problemas e buscar meios e recursos para superá-los nos diversos níveis de atuação do SUS.

E, nunca é demais lembrar, ter saúde bucal é um direito de cidadania, assegurado pela Constituição de 1988, direito que deve ser efetivado mediante políticas públicas que assegurem sua promoção, proteção e recuperação, significando também o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

O sujeito da atenção básica em saúde bucal é o cirurgião-dentista clínico geral, que, assim, deve estar apto a atuar tanto na assistência, desenvolvida na Unidade de Saúde, como em ações coletivas e intersetoriais, sempre com o conhecimento do perfil epidemiológico da população sob sua responsabilidade.

As ações desenvolvidas na atenção básica em saúde bucal passam por um processo de evolução desde a implantação do SUS, tanto no que diz respeito ao público alvo contemplado quanto na sua complexidade. Isto implica na incorporação e desenvolvimento

de tecnologias que visem organizar os sistemas de referência e contra-referência proporcionado o atendimento integral do indivíduo, tendo como meta efetivar os preceitos constitucionais já citados.

Na saúde bucal cada vez mais se faz necessário ampliar o conjunto de ações desenvolvidas pelo cirurgião-dentista clínico geral no sentido de se obter maior qualidade e resolutividade.

Para tal, faz-se necessário instrumentalizá-lo em relação a técnicas e procedimentos especializados que possam ser realizados na atenção básica, estabelecendo limites de atuação profissional e condições de encaminhamento.

Com esse objetivo, o Centro Técnico de Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, reuniu um grupo de trabalho constituído de profissionais da rede estadual de saúde, com experiência em diferentes especialidades e também com experiência na rede básica de saúde, para a construção de um conjunto de recomendações, com embasamento científico, que pudessem ser discutidas por profissionais representando municípios no âmbito das 24 Direções Regionais de Saúde do Estado de São Paulo (DIR), incorporando as suas contribuições e experiências.

Foi um processo longo, porém cuidadoso, iniciado em fevereiro de 2003, que teve, como etapas, o estabelecimento de estratégias de trabalho, com a definição da estrutura dos cadernos; a revisão de literatura e elaboração de documentos para discussão inicial, o planejamento e a realização de oficinas com representantes de municípios e Faculdades de Odontologia das 24 Direções Regionais de Saúde (DIR), incorporação das sugestões e formatação e revisão final.

O trabalho foi finalizado com a constituição de sete Cadernos de Saúde Bucal, denominados: “Qualidade e resolutividade na atenção básica”:

- Recomendações para atendimento pacientes com necessidades especiais
- Recomendações sobre cirurgia ambulatorial
- Recomendações sobre endodontia
- Recomendações sobre periodontia
- Recomendações sobre semiologia
- Recomendações sobre odontopediatria e ortodontia preventiva
- Recomendações sobre biossegurança .

Cada Caderno tem características específicas de acordo com a complexidade da especialidade contemplada e certamente cumprirá o objetivo, já enunciado anteriormente - o de subsidiar o cirurgião-dentista da rede básica no esgotamento de suas possibilidades propedêuticas e clínicas, auxiliando-nos também no que e como referenciar aos níveis mais especializados.

É com muita satisfação, pois, que colocamos à disposição de todos os profissionais, e não apenas para os do SUS, esses sete Cadernos de Saúde Bucal.

Agradecemos, nesta oportunidade, aos que participaram da elaboração deste trabalho, com a dedicação de seu precioso tempo e conhecimento, cuja recompensa é a possibilidade de dividir seus saberes de forma solidária e democrática, contribuindo para a melhoria da atenção à saúde bucal da comunidade usuária do SUS.

São Paulo, dezembro de 2004.

Tania Izabel Bighetti Forni  
Assessora de Saúde Bucal

Maria da Candelária Soares  
Diretora do Centro Técnico de Saúde Bucal

Geraldo Alckmin  
Governador do Estado de São Paulo

Luis Roberto Barradas Barata  
Secretário da Saúde

Centro Técnico de Saúde Bucal

Maria da Candelária Soares - Diretora

Assessores

Vladen Vieira  
Tania Izabel Bighetti Forni  
Angela Maria Spadari D'Amelio  
Doralice Severo da Cruz  
Ana Flávia Pagliusi Gennari  
Julie Silvia Martins  
Maria Egláucia Maia Brandão

## **GRUPO DE TRABALHO**

Coordenação Executiva:  
Tania Izabel Bighetti Forni

### **Participantes:**

Hiroko H. Nishiyama (DIR I)

Alice M. N. Fugita (Visconde de Itaúna)	Léa Márcia C. F. Alahmar (Visconde de Itaúna)
Claudio Massami Suzuki (Visconde de Itaúna)	Maria Cristina de Carvalho (NRS 4)
Dolores M. S. Russo (Amaral Gurgel)	Marco Antonio T. Martins (CS I Pinheiros)
Fabiana N. Silva (PAM Lapa)	Myriam Rossi (Amaral Gurgel)
Jorge Ferreira de Araújo (Hospital das Clínicas)	Rita de Cassia B. Vilarim (PAM Lapa)
Doralice Severo da Cruz Teixeira (CRI)	Angela Maria Spadari D'Amelio (CTSBucal)

### **Colaboradores**

Azzo Widman (SES-SP – Hospital das Clínicas)  
 Carlos Alberto Machado (SES-SP – Centro de Referência de Hipertensão)  
 Carlos Bonilha (SES-SP – CSI Vila Maria)  
 Cibele Paiola (DIR I – PAM Lapa)  
 Edison José Bocardio (SES- SP - Hospital Emílio Ribas)  
 Iara Oliveira Pais de Camargo (DIR I – PAM Lapa)  
 Inaldi Marília Fernandes Bispo (SMS-SP – UBS Jardim São Paulo)  
 Fernanda Lúcia de Campos (SMS-SP – COGEST – Saúde Bucal)  
 Julia Futaki (Clínica particular)  
 Luis Alberto Valente Junior (FM-USP – Hospital das Clínicas – Divisão de Odontologia)  
 Marina de Fátima Rossi de Monteiro Piva (SES- SP - Hospital Emílio Ribas)  
 Marisa Santiago S. Boreni (SES-SP – Clínica Amaral Gurgel)  
 Pedro Orville Megale (DIR I – PAM Lapa)  
 Regina Auxiliadora de Amorim Marques (SMS-SP – CSSub-prefeitura Butantã)  
 Sílvio Carlos Coelho de Abreu (SMS-SP – PSF Santa Marcelina)

### **Representantes das Direções Regionais de Saúde**

DIR I: Hiroko H. Nishiyama  
 Mylene Cristina Pauletto; Maureen Ohara; Tania Mendonça; Maria Aparecida Custodio Ferreira; Teresa Cristina de Abreu  
 DIR II: Elisa Ferraz de Alvarenga  
 Maria Inez Arantes Azevedo B. Lippi; Sheila Ruegger Fabiano (Ribeirão Pires)  
 DIR III: Viviane Armindo P. de Miranda  
 Nelson Nakazone (Guarulhos); Egle Lucy Guimarães (Itaquaquecetuba)  
 DIR IV: Rosele Alves de Araújo  
 Márcia Macedo; Vítor Eugênio Aoki; Sérgio Paulo Barbosa; Marinez Macedo (Francisco Morato)  
 DIR V: Renato Maurício da Cruz  
 Olga Maria D. Pires (Embu das Artes); José Alberto Tarifa Nogueira (Embu das Artes); Amélia Mendes N. Guermandi (Embu das Artes); Nilva T. Kitani (Embu das Artes)  
 DIR VI: Lúcia Maria Alves de Lima  
 Milton Zampieri Júnior (Araçatuba); Álida Cristina Botazzo Delbem Fornazari (Araçatuba); Liliane Passanezi Almeida Louzada (FO-Araçatuba); Cíntia Megid Barbieri (FO-Araçatuba)  
 DIR VII: José Carlos Amantéa  
 Gema Maria Pagliarini Pizani (Araraquara)  
 DIR VIII: Cleuber Landre  
 DIR IX: Helda Maria Lucarelli  
 Alex Tadeu Martins (Faculdade de Odontologia de Barretos); Juliemy Aparecida de Camargo Schuoteguazza (Faculdade de Odontologia de Barretos); Tadeu Martins (Faculdade de Odontologia de Barretos),  
 DIR X: Elaine Aparecida Casarin  
 Maria Rúbia Ayub Vaca (Borebi); Maria Inês Pereira Bernardes (Agudos)  
 DIR XI: Ana Paula Machado; Arnaldo Porto

DIR XII: Nadja Moscoso Abdalla

Rosimary de Fátima Val (Campinas); Paulo Camargo Moraes (Cosmópolis); Daniel Guimarães Pedro Rocha; (Paulínia) Maurício Saurin (Sumaré); Zuleica Meluza dos Santos (Vinhedo); Aparecida Inácio de Oliveira (Paulínia)

DIR XIII: Cláudio José Abrahão

DIR XIV: Suzel Marlene Longhi Nunes Oliveira

DIR XV: Simone Rennó Junqueira; Roberta Molina

DIR XVI: Diana Tsuyako Sjikura

Rosa Maria Outeiro Pinto Moreira

DIR XVII: Severino Florêncio

Carlos Augusto Garcia de Alencar (Pariquera-açu e Sete Barras); Ricardo Adilson Soares (Miracatu e Juquiá); Marcos Aurélio Maeyama (Iguape e Juquiá); Francisco de Paula Spagnuolo Neto (Pedro de Toledo); Ana Cristina Messaggi Gomes Vendramini (Jacupiranga); Cristianne Aparecida Costa Haraki (Pariquera-açu)

DIR XVIII: Vera Lúcia Morando Simi

DIR XIX: Aparecida Soares Franco

DIR XX: Airton Dias Paschoal; Suely Elizabeth L. Moreira

DIR XXI: Vera Lúcia de Carvalho Pirk

Ana Antonieta P. Valias (São José dos Campos); Marinaldo Guilhermino (São José dos Campos); Maria Aparecida Oliveira Melo (São José dos Campos); Guilherme Ungari (São José dos Campos); Elias Cecílio Neto (São Sebastião); Jefferson Klink (São Sebastião)

DIR XXII: Júlio César P. Gomes

Gisele Rocco Pereira (São José do Rio Preto); Sandra Regina Lourenço Gomes (São José do Rio Preto)

DIR XXIII: Wilson Gonçalves; Maria do Carmo B. Gonçalves

DIR XXIV: Maristela Luzia

Flávio Augusto Claro (Taubaté); Fábio Ribeiro Ito (Tremembé); Lilian Barbosa Moassab (Taubaté)

## CADERNOS DE SAÚDE BUCAL

### **1. “Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações para atendimento de pacientes com necessidades especiais”**

- classificação dos pacientes segundo tipo de deficiência;
- descrição (definição, etiologia, características, sinais e sintomas) das alterações mais relevantes por sistema
- classificação de tratamentos odontológicos por grupos de procedimentos (I, II, III, IV, V, VI), dos menos invasivos para os mais invasivos, o que vai estabelecer o limite de atuação entre clínico geral e especialista e condições de encaminhamento;
- aspectos que devem ser obtidos a partir da avaliação médica e que devem ser considerados na avaliação odontológica;
- classificação de risco e grupos de tratamentos indicados para cada categoria,;
- medicamentos mais utilizados e suas indicações;
- relação de instrumental necessário para o atendimento;
- bibliografia recomendada.

### **2. “Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de cirurgia ambulatorial”**

- aspectos a serem observados na consulta inicial e no pré-operatório cirúrgico cuja descrição está detalhada nas “Recomendações para atendimento de pacientes com necessidades especiais”,
- sinais e sintomas de interesse na região de pescoço e cabeça;
- aspectos a serem considerados no exame físico e exames complementares mais utilizados;
- fluxo dos pacientes e plano de tratamento detalhando as condutas do clínico geral nos grupos de intervenções emergenciais odontológicas, intervenções emergenciais médicas e exodontias simples;
- aspectos relacionados a dor orofacial;
- condutas a serem tomadas em situações de complicações trans e pós-operatórias;
- relação de instrumental necessário para o atendimento;

### **3. “Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de endodontia”**

- indicações de endodontia;
- recursos utilizados no diagnóstico das alterações pulpares nas diferentes fases de evolução;
- condutas conservadoras que devem ser adotadas pelo clínico geral;
- condutas radicais indicadas para o especialista, com interface com o clínico geral em relação a pulpectomia, drenagem via transdental e extradental (intra e extrabucal);
- condutas de urgência em função de observações na anamnese, no exame físico e nos exames complementares;
- descrição dos passos de cada procedimento;
- medicamentos mais utilizados e suas indicações;
- relação de instrumental necessário para o atendimento;
- bibliografia recomendada.

#### **4. “Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de periodontia”**

- aspectos relacionados ao controle da placa bacteriana;
- descrição do índice utilizado para a avaliação periodontal, estabelecendo o limite de atuação entre clínico geral e especialista;
- descrição e funções das sondas periodontais mais utilizadas;
- características de saúde e de doença do tecido gengival a serem identificadas no exame clínico;
- classificação e descrição das doenças periodontais;
- considerações sobre tabagismo e seu papel na evolução das doenças periodontais;
- descrição dos tratamentos a serem realizados pelo clínico geral e pelo especialista e suas interfaces;
- condutas de urgência em periodontia,
- medicamentos mais utilizados e suas indicações;
- relação de instrumental necessário para o atendimento;
- bibliografia recomendada.

#### **5. “Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de semiologia”**

- aspectos relacionados ao exame clínico, à anamnese e ao exame físico;
- características dos exames complementares necessários ao diagnóstico de alterações;
- descrição das lesões fundamentais;
- grupos de lesões, tipos de alterações, características clínicas, tipo de diagnóstico e tratamento;
- condutas e encaminhamentos diante de situações de urgências e emergências,
- medicamentos mais utilizados e suas indicações;
- relação de instrumental necessário para o atendimento;
- bibliografia recomendada.

#### **6. “Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de odontopediatria e ortodontia preventiva”**

- aspectos relacionados ao exame clínico como posição do bebê para exame e situações de normalidade e alterações importantes em relação ao exame físico geral, extra e intra-bucal e oclusão;
- descrição de manifestações bucais de doenças viróticas, bacterianas e fúngicas, bem como de aspectos relacionados à respiração bucal;
- seqüência de erupção dentária e risco de cárie dentária;
- para cada tipo de alteração descrita, o tratamento recomendado e o profissional indicado para sua execução e as interfaces de atuação;
- descrição detalhada dos procedimentos a serem realizados pelo clínico geral;
- condutas e encaminhamentos diante de situações de urgências e emergências;
- medicamentos mais utilizados e suas indicações;
- relação de instrumental necessário para o atendimento;
- bibliografia recomendada.

#### **7 - “Qualidade e resolutividade na atenção básica” recomendações de biossegurança”**

- abordagem resumida das medidas de precaução universal a ser considerada na prática odontológica, reportando-se às portarias e resoluções relacionadas;
- bibliografia recomendada.

# Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações para atendimento de pacientes com necessidades especiais

## Responsáveis

Doralice Severo da Cruz Teixeira  
Jorge Ferreira de Araújo  
Rita de Cássia B. Vilarim

## Sumário

Considerações iniciais.....	10
Angina do peito.....	13
Arritmia.....	15
Aterosclerose.....	17
Acidente Vascular Cerebral (AVC).....	18
Bradycardia.....	20
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).....	22
Infarto do miocárdio.....	24
Insuficiência Cardíaca Congestiva Crônica (ICC).....	25
Endocardite bacteriana.....	27
Distúrbios hemorrágicos.....	30
Anemia.....	38
Diabete.....	41
Hepatite.....	47
Tuberculose.....	57
Doenças Sexualmente Transmissíveis(DST).....	59
Artrite.....	65
Gestantes (e lactantes).....	68
Idosos.....	73
Instrumental necessário.....	76
Bibliografia recomendada.....	78

## ATENDIMENTO DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

### Considerações iniciais

Paciente com necessidades especiais		
São todos os indivíduos que necessitam de cuidados especiais por tempo indeterminado ou por parte de sua vida e seu tratamento odontológico depende de eliminar ou contornar as dificuldades existentes em função de uma limitação.		
Classificação		
1. Deficiência mental	2. Deficiência física	3. Síndromes e deformidades crânio-faciais
superdotados limitrofes infradotados (deficiência mental)	paralisia cerebral paralisia infantil osteogênese imperfeita artrite acidente vasculo-cerebral distrofia muscular escoliose miastenia grave mielomeningocele	- genéticos (ex.: Síndrome de Down, displasia ectodérmica) - ambientais (ex.: infecções, idade da mãe) - multifatoriais – (ex.: deficiência mental, fissuras labiais, palatais ou lábio-palatais)
4. Distúrbios de comportamento	5. Desvios psiquiátricos	6. Deficiências sensoriais de comunicação
medo, ansiedade, timidez, autismo, birra-manha, agressividade, disfunção cerebral mínima	neuroses psicoses	comunicação oral (afasia) áudio-comunicação (deficiência auditiva) distúrbios visuais (deficiência visual)
7. Doenças sistêmicas crônicas	8. Doenças infecto-contagiosas	9. Condições sistêmicas
diabetes, fibrose cística do pâncreas, hipo e hiper tireoidismo, paratireoidismo, pituitarismo, cardiopatia adquirida ou congênita, deficiência auto imune e vésico-bolhosa, doenças hematológicas, epilepsia, neoplasias	hepatites, tuberculose, HIV	irradiados de cabeça-pescoço, transplantados de órgãos, imunossuprimidos por medicamentos

Fonte: NIAPE – Núcleo Integrado de Atendimento Preventivo ao Paciente Especial; 1996.

*Obs<sub>1</sub>.*: Esta classificação é exclusivamente didática e foi ditada em 2000 (reunião da ANEO – Assembléia Nacional de Especialidades Odontológicas).

*Obs<sub>2</sub>.*: No presente documento serão discutidas algumas dessas alterações.

## Alterações

<b>Sistema cardiovascular</b>
Angina do peito
Arritmia
Aterosclerose
Acidente Vascular Cerebral - AVC
Bradycardia
Hipertensão arterial sistêmica - HAS
Infarto do miocárdio
Insuficiência Congestiva Crônica - ICC
Endocardite bacteriana
<b>Sistema hematológico</b>
Distúrbios hemorrágicos
Anemia
<b>Sistema endócrino</b>
Diabete
Hepatite
<b>Sistema respiratório</b>
Tuberculose
<b>Condições específicas</b>
Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST
Artrite
Gestantes (e lactantes)
Idosos

<b>Classificação dos tratamentos</b>	
Tipo	Procedimentos
I	Exame/radiografia, instruções sobre higiene bucal, modelos de estudo
II	Restaurações simples, profilaxia (supragengival), ortodontia
III	Restaurações mais complexas, raspagem e polimento radicular (subgengival), endodontia
IV	Extrações simples, curetagem (gingivoplastia)
V	Extrações múltiplas, cirurgia com retalho ou gingivoplastia, extração de dente incluso, apicetomia, colocação de implantes simples
VI	Extração de toda uma arcada ou da boca inteira, ou cirurgia com retalho, extração de dentes inclusos múltiplos, cirurgia ortognática, colocação de implantes múltiplos

<b>Sedação</b>			
É um procedimento farmacológico que tem como objetivo diminuir a apreensão do paciente Promove depressão do Sistema Nervoso Central.			
<b>Benzodiazepínicos</b>			
Benzodiazepínicos: são a 1ª escolha para sedação consciente Ação dos benzodiazepínicos: parece estar relacionada com um sistema de neurotransmissores com função inibitória, capaz de atenuar as reações serotoninérgicas responsáveis pela ansiedade			
Diazepam	Lorazepam	Alprazolam	Midazolam
5 a 10mg 30 minutos antes do atendimento (ex.: Valium)	1 a 2mg 2h antes do atendimento (ex.: Lorax)	0,5 a 0,75mg 30 minutos antes do atendimento (ex.: Frontal)	15mg 30 minutos antes do atendimento (ex.: Dormonid)
Pacientes extremamente apreensivos e ansiosos: pode-se receitar uma dose para ser tomada na noite anterior à consulta			
<b>Óxido nitroso (monóxido de nitrogênio, protóxido de nitrogênio, N2O)</b>			
Gás não irritante, de cheiro adocicado e incolor Propriedade de deprimir o SNC: anestesia em humanos (único gás inorgânico) Baixa solubilidade no sangue: pequena quantidade é absorvida e concentração alveolar aumenta rapidamente → concentração sanguínea se eleva rapidamente Rico suprimento de sangue que vai para o cérebro → concentração dentro do cérebro aumenta rapidamente e o estabelecimento dos efeitos clínicos é rapidamente aparente Velocidade de recuperação da sedação ou anestesia: igualmente rápida uma vez que a oferta do anestésico cesse ADA (American Dental Association - House of Delegates) e NIOSHI (National Institute of Occupational Safety and Health): normas de segurança regulamentando o uso do N2O em Odontologia com máscaras de indução do gás dotadas de sistema de sucção e drenagem dos gases para fora do consultório, através de bomba de vácuo (proteção em relação aos efeitos da exposição crônica, responsável por doenças ocupacionais) Contra-indicações: não existem se combinado com adequada percentagem de O <sub>2</sub> (mínimo 25%)			

## Angina do peito

Definição	
Cardiopatia isquêmica, transitória, sintomática. Sintoma complexo realçado pela dor no peito.	
Características da dor no peito	
Intensidade moderada, dor retrosternal mal localizada, irradiação da dor para o braço e ombro esquerdos, ou para o pescoço e mandíbula, duração curta (2-10min), aliviada pela administração de vasodilatadores coronarianos por via sublingual, como dinitrato de isossorbida 5mg (ex. Isordil).	
<u>Angina estável</u>	<u>Angina instável</u>
Dor provocada pelo esforço, aliviada pelo repouso.	Dor em repouso ou mudando acentuadamente a frequência dos ataques.
Etiologia	
Mais comumente estreitamento aterosclerótico de uma ou mais de uma das artérias coronárias.	

Avaliação médica	
História, exame físico, prova de esforço, angiografia	
Avaliação odontológica	
Informações gerais	Informações específicas
Presença dos seguintes fatores: - obesidade - vida sedentária - tensão psicossocial - história familiar de infarto prematuro	Frequência das crises: mensal, semanal ou diária Estabilidade: mudança na intensidade das crises Uso de medicamentos: alterações recentes na posologia Presença de fatores de risco para a cardiopatia isquêmica: fumo, hipertensão, hiperlipidemia, diabetes

Fatores de risco adicionais determinados pelo exame médico
Comprometimento ventricular esquerdo – evidência clínica de insuficiência cardíaca congestiva, evidência radiográfica de cardiomegalia
Alterações no eletrocardiograma

Princípios gerais do tratamento odontológico
1. Bom relacionamento com o paciente
2. Consultas curtas
3. Profilaxia com nitroglicerina
4. Técnicas de sedação
5. Hospitalização

## Angina do peito

Recomendações específicas		
Angina leve	Angina moderada	Angina grave
Frequência dos ataques: até 1 por mês	Frequência dos ataques: até 1 por semana	Frequência dos ataques: crises diárias
Estabilidade: estável	Estabilidade: estável	Estabilidade: instável
Alteração de frequência: nenhuma	Alteração de frequência: ligeiro aumento em relação ao ano anterior ou passado mais distante	Alterações de frequência: alterações nos últimos 6 meses
Início: após esforço intenso ou emoção	Início: após esforço moderado, emoção ou raramente refeições	Início: após repouso, emoção ou esforço reduzido e refeições
Medicamentos: dinitrato de isossorbida (ex.: Isordil – 5mg - sublingual)		
Tratamento odontológico		
I, II: normal III, IV, V, VI: verificar necessidade de sedação	I: normal II, III, IV: profilaxia com nitroglicerina ou nitrato de ação prolongada (Ex. Isordil) verificar necessidade de sedação V, VI: profilaxia com nitroglicerina, técnicas de sedação, verificar necessidade de hospitalização	I: normal II: profilaxia com nitroglicerina ou nitrato de ação prolongada (Ex. Isordil) com ou sem técnica de sedação III, IV: profilaxia com nitroglicerina com ou sem técnica de sedação, verificar a necessidade de hospitalização V, VI: hospitalização

*Obs.: Após anamnese detalhada, se o profissional verificar alterações importantes, solicitar avaliação médica para posterior início do tratamento.*

## Arritmia

<b>Definição</b>			
Evidência no eletrocardiograma de atividade elétrica atrial ou ventricular anormal, que podem produzir sintomas e franco comprometimento cardiovascular			
<b>Sintomas comuns</b>			
Falha de batimentos, palpitações, tontura, zozzeira, dispnéia, hipotensão, síncope			
<b>Complicações potenciais</b>			
Cardiopatia isquêmica (angina infarto do miocárdio, ICC, parada cardíaca), ataques isquêmicos passageiros, franco acidente cérebro-vascular			
<b>Avaliação dentária na arritmia</b>			
<b>Presença da arritmia</b>	<b>Caráter da arritmia</b>		<b>Gravidade e controle da arritmia</b>
História progressiva Exame de frequência e do ritmo do pulso	<u>Atrial:</u> raramente ameaçam a vida podem causar sintomas e problemas hemodinâmicos	<u>Ventricular:</u> potencialmente perigosas para a vida requerem tratamento médico crônico	Medicamentos Frequência dos sintomas Frequência e ritmo do pulso Efeitos colaterais do medicamento e toxidez

<b>Avaliação dentária: categorias de risco dos pacientes com arritmias reconhecidas</b>			
<b>Pequeno risco</b>	<b>Risco moderado</b>	<b>Risco significativo</b>	<b>Risco elevado</b>
Arritmia atrial ou contrações ventriculares prematuras unifocais, sem medicamentos, sintomas infrequentes	Arritmia atrial, medicação crônica; assintomáticos	Arritmia ventricular, medicação crônica, assintomáticos	Paciente sintomático, frequência do pulso superior a 100 ou inferior a 60, ritmo do pulso irregular

<b>Orientação geral para o tratamento odontológico de pacientes com arritmia diagnosticada</b>	
1. Consulta ao médico para ter certeza do controle da arritmia	
2. Reduzir a tensão ao mínimo com ou sem técnica de sedação	
3. Limitar ao mínimo o uso de epinefrina	
4. Para procedimentos mais estressantes, nas categorias de risco elevado, considerar a hospitalização	

## Arritmia

Orientação específica para o tratamento odontológico do paciente com arritmia diagnosticada		
Categoria de risco	Tratamento	Conduta
Pequeno	I-IV	Normal
	V-VI	Com ou sem técnica de sedação
Moderado	I-III	Normal e consulta ao médico
	IV	Com ou sem técnica de sedação
	V-VI	Técnica de sedação
	VI	Com ou sem hospitalização
Significativo	I	Normal e consulta ao médico
	II-IV	Com ou sem técnica de sedação
	IV-V	Técnica de sedação
	V	Com ou sem hospitalização
	VI	Hospitalização
Elevado	Somente I	Normal
	II-VI	Contra-indicada avaliação até consulta médica

## Aterosclerose

Definição
Oclusão da luz vascular por placas ateroscleróticas
Causa
Desconhecida
Manifestações clínicas
Cardiopatia arteriosclerótica Doença cerebrovascular Doença vascular periférica
Fatores de risco
Hipertensão Fumo Colesterol aumentado Diabete Tolerância reduzida à glicose Tensão História familiar Fatores genéticos Pós-menopausa Uso de contraceptivos Homens com mais de 50 anos
Achados bucais
Não possui manifestações específicas, mas sim relacionadas com fatores de risco para aterosclerose (ex.: manifestações bucais do diabete)

Avaliação odontológica e conduta em pacientes com suspeita de cardiopatia arteriosclerótica
1. Identificar a faixa etária: homens com mais de 50 anos e mulheres pós-menopausa
2. Determinar a data do último exame médico completo do paciente
3. Determinar a existência de múltiplos fatores de risco que contribuem para a cardiopatia arteriosclerótica
4. Anotar a pressão arterial e o pulso a cada consulta
5. O paciente que se encontra na faixa etária comum e possui múltiplos fatores de risco, é suspeito de ser portador da doença

Tratamento odontológico do paciente com cardiopatia arteriosclerótica
1. Paciente apresenta múltiplos fatores de risco e possui avaliação médica nos últimos 12 a 18 meses: poderão ser feitos procedimentos tipo I a V
2. Procedimentos tipo VI somente com liberação do médico
3. Paciente apresenta múltiplos fatores de risco e não possui avaliação médica nos últimos 12 a 18 meses: poderão ser feitos procedimentos tipo I a IV
4. Procedimentos tipo V e VI somente com liberação do médico

## Acidente Vascular Cerebral (AVC)

Etiologia
Isquemia ou infarto secundário à oclusão tromboembólica de um vaso; mais frequentemente no ponto de placas ateroscleróticas ulceradas
Fatores de risco
Aterosclerose Hipertensão não tratada Diabete Fumo Hiperlipidemia (hipercolesterolemia) Idade Anticoncepcionais por via bucal Doença cardíaca
Avaliação médica
Exame neurológico: localizar os padrões da perda visual, sensorial e/ou motora, em relação à síndrome da artéria carótida ou da artéria vértebro-basilar Exame físico: verificar diminuição do pulso carotídeo ou de sopro carotídeo (sugestivos de estenose da carótida) Com ou sem arteriografia da carótida Angiografia com radionuclídeos

Tratamento médico
Prevenção: reduzir os fatores de risco (tratamento intensivo da hipertensão, endarterectomia da carótida, tratamento para corrigir a fibrilação atrial e substituição protética valvar)
Drogas anticoagulantes e contra a agregação plaquetária: - ataque isquêmico passageiro: frequentemente, 6-12 meses - acidente vascular cerebral: frequentemente, por mais de 6-12 meses
Controle rigoroso da pressão arterial (hipertensão/hipotensão aumentam o potencial de recidiva das doenças cérebro-vasculares)

Avaliação odontológica
História de acidente vascular cerebral
História de ataques isquêmicos passageiros
Presença de fatores de risco: hiperlipidemia/hipercolesterolemia, hipertensão, diabete melito, fumo, idade, anticoncepcionais por via enteral, outras doenças cardiovasculares
Hospitalizações
Medicamentos: drogas antiplaquetárias, anticoagulantes, anti-hipertensivos, antiarrítmicos
Pressão arterial, pulso (frequência e ritmo)
Consulta ao médico

## Acidente Vascular Cerebral (AVC)

Tratamento odontológico	
Pacientes que tiveram ataque isquêmico passageiro ou acidente vascular cerebral há 6-12 meses	Pacientes que tiveram ataque isquêmico passageiro ou acidente vascular cerebral depois de 6 meses ou mais
<p>Consulta ao médico obrigatória</p> <p>Tratamento dentário eletivo relativamente contra-indicado</p> <p>Técnicas de sedação endovenosa e anestesia geral terminantemente contra-indicadas em paciente ambulatorial</p> <p>Procedimentos tipos V e VI exigem hospitalização</p> <p>Controle adequado da medicação antiplaquetária e anticoagulante</p> <p>Reduzir o uso de drogas depressoras do SNS (analgésicos, narcóticos, barbitúricos)</p>	<p>Recomendada a consulta ao médico</p> <p>Técnicas de sedação endovenosa e anestesia geral contra-indicadas em paciente ambulatorial</p> <p>Considerar hospitalização para procedimentos tipos V e VI</p> <p>Controle adequado das drogas antiplaquetárias e anticoagulantes</p> <p>Reduzir o uso de drogas depressoras do Sistema Nervoso Central (analgésicos, narcóticos, barbitúricos)</p> <p>Esquema de redução da tensão (técnicas de sedação)</p>

## Bradicardia

<b>Definição</b>		
Frequência cardíaca inferior a 60 batimentos por minuto		
<b>Sintomas</b>		
Pode ser completamente assintomática Pode apresentar sintomas decorrentes de suprimento sanguíneo inadequado ao cérebro Raramente pode ter sintomas decorrentes de suprimento sanguíneo inadequado ao coração		
<b>Avaliação médica</b>		
História: sintomas sugestivos de bradicardia (tontura, atordoamento ou síncope) Exame: frequência e regularidade do pulso		
<b>Avaliação laboratorial</b>		
Eletrocardiograma para diferenciar as várias formas de bradicardia: bradicardia sinusal, síndrome sinusal e bloqueio cardíaco completo Monitoração Holter para detectar a ocorrência episódica de bradicardia		
<b>Avaliação odontológica</b>		
<b>História</b>	<b>Exame</b>	<b>Consulta médica</b>
História pregressa de bradicardia Paciente com marcapasso Paciente com sintomas de tontura, atordoamento ou síncope	Frequência do pulso Regularidade do pulso	Encaminhar todos os pacientes sintomáticos para avaliação Indagar sobre história de bradicardia e função do marcapasso cardíaco Exame e eletrocardiograma recentes em pacientes com história de bradicardia, pacientes com marcapasso e pacientes com sintomas de bradicardia

<b>Riscos dos pacientes com bradicardia</b>		
<b>Pequeno</b>	<b>Moderado</b>	<b>Elevado</b>
Pacientes jovens, ativos, com bradicardia sinusal e sem sintomas	Pacientes assintomáticos tomando medicamentos que afetam a função do nodo sinusal (propranolol) Pacientes assintomáticos com marcapasso	Pacientes com frequência de pulso inferior a 45 batimentos por minutos Pacientes com pulso irregular e bradicardia: bloqueio cardíaco completo, fibrilação atrial lenta Pacientes sintomáticos com bradicardia Bradicardia em pacientes com marcapasso

## Bradicardia

Tratamento odontológico do paciente com bradicardia		
Categoria de risco	Tratamento	Conduta
Pequeno	I-IV	Normal
Moderado	I-III	Consulta ao médico Reduzir tensão
	IV-VI	Consulta ao médico Aconselhável técnicas de sedação auxiliar Pacientes com marcapasso: profilaxia com antibiótico
	VI	Hospitalização
Elevado	I	Normal
	II-VI	Adiamento até exame e avaliação pelo médico

## Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

Definição		
É a elevação anormal da pressão sanguínea sistólica arterial		
Classificação da pressão arterial (> 18 anos)		
Tipo	Sistólica (mm Hg)	Diastólica (mm Hg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	< 85-89
Hipertensão		
Estágios	Sistólica (mm Hg)	Diastólica (mm Hg)
1 – Leve	140-159	90-99
2 – Moderada	160-179	100-109
3 – Grave	> 180	> 110
Sistólica isolada	> 140	< 90
Incidência		
10 a 20% dos adultos		
Sintomas		
Assintomática na maioria dos pacientes Ocasionalmente: pode causar cefaléia, turvação da visão ou alteração no estado mental		
Complicações		
Doença cérebro-vascular Doença renal Doença das artérias coronárias		
Avaliação médica		
Investigação clínico-laboratorial, história clínica, exame físico, decisão terapêutica (hipertensão primária ou secundária).		
Avaliação odontológica		
Cirurgião-dentista: papel importante na detecção da hipertensão (contato com os pacientes em inúmeras consultas) Hipertensão mal controlada: pode aumentar de modo agudo, diante de situações de tensão, precipitar a angina, a insuficiência cardíaca congestiva e raramente, acidente vascular cerebral Atenção cuidadosa com a pressão arterial: antes do tratamento dentário (diminui o risco do aparecimento destes problemas)		
Condutas do cirurgião-dentista		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conhecer a história médica do paciente</li> <li>2. Determinar a época do diagnóstico da hipertensão</li> <li>3. Tratamento anterior e atual</li> <li>4. Complicações que eventualmente tenham ocorrido</li> <li>5. Medicação atual e possíveis modificações no esquema medicamentoso</li> </ol>		

## Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

Conduas para o tratamento odontológico
1. Primeira consulta e retornos em todos os pacientes: verificar a pressão arterial
2. Valores iniciais de 140 mm Hg-90 mm Hg ou mais: verificar a pressão arterial em todas as consultas
3. Antes de tratamentos invasivos: verificar a pressão arterial de todos os pacientes
4. Tratamento prolongado de pacientes com diagnóstico de hipertensão ou suspeito de ser hipertenso: verificar a pressão arterial durante o tratamento
5. Pacientes com PA limítrofe e leve: liberados para os de procedimentos I, II, III, IV, V e VI
6. Pacientes com PA moderada: liberados para procedimentos restauradores e posterior encaminhamento ao médico para revisão do tratamento
7. Pacientes com PA moderada: procedimentos periodontais devem ser feitos com sedação; procedimentos cirúrgicos, somente em ambiente hospitalar
8. Pacientes com PA grave: liberados para procedimentos tipo I apenas e devem ser encaminhados ao médico para tratamento adequado prévio a futuras intervenções
9. PA acima de 190 mm Hg/120 mm Hg: emergência médica (Obs. Consultar o médico imediatamente)

Interações medicamentosas: efeitos colaterais dos anti-hipertensivos	
Diuréticos	desidratação, hipocalcemia
Metildopa	sonolência, impotência
Propranolol	broncoespasmo, insuficiência cardíaca (em alguns casos)
Clonidina	xerostomia

## Infarto do miocárdio

<b>Definição</b>		
Lesão irreversível do miocárdio resultante de isquemia prolongada		
<b>Manifestação clínica</b>		
Dor torácica intensa na área subesternal ou precordial com ou sem irradiação para o braço esquerdo ou para a mandíbula Também pode ocorrer dispnéia, palpitações, náusea e vômitos		
<b>Etiologia</b>		
Mais comumente resulta de doença progressiva das artérias coronárias secundárias à aterosclerose		
<b>Avaliação médica</b>		
Paciente que teve infarto do miocárdio: pode ser portador de alguma patologia cardiovascular significativa como insuficiência cardíaca congestiva, arritmias, angina ou hipertensão. Infarto recente: fator de risco mais importante		
<b>Avaliação odontológica</b>		
<b>História de infarto do miocárdio e tempo decorrido</b>		
Presença de outra patologia cardiovascular		Presença de outros fatores de risco
Insuficiência cardíaca congestiva Arritmia Angina Hipertensão		Hiperlipidemia Hipercolesterolemia
<b>Consultar o médico</b>		
<b>Tratamento odontológico</b>		
Intervalo de tempo	Tratamento	Conduta
Menor ou igual a 6 meses pós-infarto	I-IV	Normal
	II	Adiar, se possível Consulta ao médico, reduzir a tensão ao mínimo Com ou sem sedação complementar
	II-VI	Contra-indicado Tratamento paliativo, se possível Cirurgia de urgência: nível hospitalar
6 meses a 1 ano pós-infarto	I	Normal
	II, III, IV	Pensar em adiamento, consultar o médico, reduzir a tensão ao mínimo Técnicas de sedação complementar
Maior que 1 ano pós-infarto	I	Normal
	II-IV	Reduzir a tensão ao mínimo Técnicas de sedação
	V-VI	Consultar o médico Com ou sem hospitalização Hospitalização obrigatória para anestesia geral

## Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC)

Definição	
Incapacidade do coração entregar um suprimento adequado de sangue oxigenado para atender às demandas metabólicas	
Significado	
Indica disfunção cardíaca significativa; o tratamento estressante está associado ao aumento da morbidez e da mortalidade	
Sintomas	
Insuficiência cardíaca esquerda:	Insuficiência cardíaca direita:
Dispnéia, (falta de ar) especialmente com esforço Ortopnéia (falta de ar em decúbito) Dispnéia noturna paroxística	Edema periférico Congestão hepática Ascite

Avaliação médica	
Identificação da etiologia da insuficiência cardíaca congestiva Verificar a gravidade da insuficiência cardíaca congestiva: leve, moderada ou grave	
Tratamento médico	
Leve	Repouso no leito Restrição do sal Diurético suave
Moderada	Diuréticos mais potentes Digitálicos
Grave	Repouso no leito Restrição do sal Administração de diuréticos, digitálicos e vasodilatadores

Avaliação odontológica	
Risco	Características
Leve	História de ICC leve Assintomático com o tratamento Usualmente fazendo uso de diuréticos suaves com ou sem glicosídeos cardíacos
Moderado	História de ICC de gravidade moderada Assintomático em repouso; com o exercício, porém, pode apresentar sintomas Usualmente fazendo uso de diuréticos mais potentes e glicosídeos cardíacos
Elevado	Sintomático, a despeito do tratamento Frequentemente fazendo uso de doses crescentes de medicamentos inclusive de vasodilatadores

## Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC)

Tratamento odontológico		
Orientação geral		
Redução da tensão com consultas curtas e sedação se necessário		
Limitar o uso de epinefrina		
Orientação específica		
Categoria de risco	Tratamento	Conduta
Leve	I-IV	Normal
	V-VI	Consulta ao médico com sedação
Moderado	I-IV	Normal
	V-VI	Com ou sem sedação Com ou sem hospitalização
Elevado	I-IV	Consulta ao médico, avaliação médica recente Verificação do potássio nos pacientes que tomam diuréticos Sedação
	V-VI	Hospitalização

## Endocardite bacteriana

Definição	
Infecção grave das válvulas cardíacas ou das superfícies endoteliais do coração	
Importância clínica	
<p>Acarreta risco de vida, embora seja relativamente incomum</p> <p>Morbidade e mortalidade substanciais resultam dessa infecção, apesar das melhoras na evolução decorrentes dos avanços da terapia antimicrobiana e do aumento da capacidade de diagnosticar e tratar as complicações</p> <p>Prevenção primária: muito importante</p>	
Microrganismos causadores	
<p>Microrganismos da boca: responsáveis por uma proporção apreciável dos agentes</p> <p>Manipulação dentária: resulta em bacteremia passageira</p> <p>Risco de a manipulação dentária provocar bacteremia: depende da extensão do traumatismo dos tecidos moles resultantes do ato e da doença inflamatória local preexistente</p> <p>Manipulação dentária capaz de resultar em sangramento gengival : pode causar bacteremia passageira</p>	
Considerações sobre as drogas utilizadas na profilaxia prévia ao tratamento odontológico	
<p>Devem ser dirigidas aos microorganismos encontrados comumente na cavidade bucal</p> <p>Devem ser bactericidas</p> <p>As drogas devem ser administradas em intervalos adequados, antes do tratamento, a fim de assegurar a concentração sanguínea máxima antes da cirurgia.</p> <p>Não devem ser administradas por períodos prolongados, antes da cirurgia, para evitar o aparecimento de microorganismos resistentes</p> <p>A administração de antibióticos deve continuar por algum tempo, depois do tratamento, para permitir a cicatrização dos tecidos</p> <p>Deve-se levar em consideração o grau de risco de endocardite criado pela condição preexistente do paciente; o risco aparente da bacteremia com o procedimento, as reações adversas potenciais do agente microbiano profilático a ser usado e os aspectos custo-benefício do regime profilático recomendado</p>	
Riscos relativos (tomando por base as lesões cardíacas subjacentes)	
Elevado	<p>Pacientes que tiveram endocardite bacteriana anteriormente</p> <p>Pacientes com válvulas cardíacas protéticas</p>
Significativo	<p>Pacientes com cardiopatia valvular reumática</p> <p>Pacientes com outras doenças valvulares adquiridas</p> <p>Pacientes com cardiopatias congênicas</p> <p>Pacientes com próteses intravasculares</p> <p>Pacientes com coaptação da aorta</p>
Mínimo	<p>Pacientes com marcapassos transvenosos</p> <p>Pacientes com história de febre reumática, mas sem cardiopatia reumática documentada</p>
Mínimo (sem necessidade de antibioticoterapia)	<p>Pacientes com sopros inofensivos ou funcionais</p> <p>Pacientes com defeitos de septo atrial não complicados</p> <p>Pacientes que se submeteram a enxertos para derivação das artérias coronárias</p>

## Endocardite bacteriana

Procedimentos odontológicos produtores de bacteremia
<p>Higiene dentária precária e infecções periodontais e periapicais mesmo na ausência de procedimentos dentários</p> <p>A incidência e a magnitude das bacteremias: diretamente proporcionais ao grau de inflamação e infecção oral</p> <p>Indivíduos com risco de desenvolver endocardite bacteriana: devem estabelecer e manter a melhor saúde oral possível para reduzir as fontes potenciais de disseminação bacteriana</p> <p>Boa saúde oral: mantida mediante cuidados profissionais regulares e uso de produtos dentários apropriados como escova de dentes manuais ou elétricas, fio dental e outros instrumentos que promovam a remoção da placa bacteriana</p> <p>Enxágües antissépticos da boca aplicados imediatamente antes dos procedimentos dentários podem reduzir a incidência ou a magnitude da bacteremia (cloridrato de clorexidina e povidona-iodo)</p> <p><i>Obs. Uso prolongado ou em intervalos freqüentes repetidos não é indicado porque pode resultar na seleção de microorganismos resistentes</i></p>
<p>Profilaxia antibiótica: recomendada nos procedimentos dentários (associados com sangramento significativo de tecidos duros ou moles e cirurgia periodontal)</p> <p><i>Obs. O sangramento não esperado pode ocorrer em algumas ocasiões</i></p>
<p>Aparelhos protéticos mal adaptados: podem ocasionar úlceras e estas podem desenvolver bacteremia</p>
<p>Vários procedimentos: recomenda-se observar um intervalos entre os mesmos para reduzir o potencial de surgimento de microorganismos resistentes e permitir o repovoamento da boca com flora suscetível ao antibiótico (9 a 14 dias)</p>

## Endocardite bacteriana

Esquema profilático padrão: amoxicilina	
Adultos	2,0 g
Crianças	50 mg/kg
Via oral: 1 hora antes do procedimento	

Incapacidade de uso de medicamento por via oral: ampicilina	
Adultos	2,0 g
Crianças	50 mg/kg
Via IM ou EV 30 minutos antes do procedimento	

Pacientes alérgicos à penicilina: opção 1 - clindamicina	
Adultos	600 mg
Crianças	20 mg/kg
Via oral: 1 hora antes do procedimento	

Pacientes alérgicos à penicilina: opção 2 - cefalexina/cefadroxil	
Adultos	2,0 g
Crianças	50 mg/kg
Via oral: 1 hora antes do procedimento	

Pacientes alérgicos à penicilina: opção 3 - azitromicina/claritromicina	
Adultos	500 mg
Crianças	15 mg/kg
Via oral: 1 hora antes do procedimento	

Pacientes alérgicos à penicilina: incapazes de fazer uso de medicamentos por via oral	
Clindamicina	
Adultos	600 mg
Crianças	20 mg/kg
Via EV 30 minutos antes do procedimento	
Cefazolina	
Adultos	1,0 g
Crianças	25 mg/kg
Via IM 30 minutos antes do procedimento	

*Obs. As cefalosporinas não devem ser usadas em indivíduos com reação de hipersensibilidade imediata (urticária, angioedema ou anafilaxia) às penicilinas.*

## Distúrbios hemorrágicos

Definição	
São causados por anormalidades plaquetárias, fatores de coagulação ou ligados a parede de vasos sanguíneos. Estes defeitos podem ser diagnosticados com exames simples laboratoriais. Trata-se de uma anormalidade funcional ou numérica.	
Contagem de plaquetas	
Fornecer uma avaliação quantitativa da função plaquetária Normal: de 100.000 a 400.000 células/mm <sup>3</sup> Abaixo de 100.000 células/mm <sup>3</sup> trombocitopenia	
Trombocitopenia	
Leve	Grave
Faixa de 50.000 a 100.000 células/mm <sup>3</sup> Pode resultar em sangramento pós-operatório anormal	Contagem abaixo de 50.000 células/mm <sup>3</sup> Pode estar associada a sangramento pós-operatório intenso
Tempo de sangramento (TS)	
Fornecer a verificação da função plaquetária Normal: até 6 minutos Pacientes com anormalidades plaquetárias: aumentado	
Tempo de protrombina (TP)	
Avalia a eficácia da via extrínseca na medição da formação do coágulo de fibrina TP normal (entre 11 a 15 segundos): indica níveis normais de fator VII e dos fatores comuns às vias intrínsecas e extrínsecas (V, X, protrombina e fibrinogênio) Prolongamento de menos de um meio do valor controle: geralmente não está associado a uma coagulação e a um sangramento pós-operatório anormais Prolongamentos adicionais: podem resultar em um sangramento grave INR: índice do paciente sobre o resultado do banco de sangue do dia	
Tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPA)	
Avalia a eficácia da via intrínseca na medição da formação do coágulo de fibrina (todos os fatores menos o fator VII) TTPA normal: de 25 a 40 segundos ou número puro Prolongamento de 5 a 10 segundos: pode estar associado com anormalidades hemorrágicas leves Prolongamento maior: pode estar associado a um sangramento significativo	

## Distúrbios hemorrágicos

Doenças que causam anormalidades da hemostasia (alterações plaquetárias quantitativas)
Trombocitopenia
Número reduzido de plaquetas O sangramento geralmente envolve vasos superficiais e profundos, produzindo petéquias na pele ou nas mucosas Alterações genéticas que causam trombocitopenia: são raras Maioria dos casos: adquirida
Induzida por drogas
Destrução central das plaquetas (toxidade da medula) Álcool Diuréticos tiazídicos Destrução periférica das plaquetas Quinidina Metildopa (Ex.: Aldomet) Outras (sais de ouro, sulfonamidas, D-penicilamina)
Insuficiência da medula óssea
Induzida por drogas (veja acima) Deficiência de vitamina: vitamina B12 (anemia megaloblástica) e folato Infiltração da medula óssea Leucemia (plaquetopenia) Câncer metastático (medula) Outras (ex: anemia aplástica e mielofibrose)
Hiperesplenismo (seqüestração das plaquetas)
Cirrose e hipertensão porta (mais comuns) Outros (infecção crônica, doenças inflamatórias, neoplasmas e doenças de armazenamento)
Púrpura trombocitopênica imunológica (PTI)
Púrpura trombocitopênica trombótica (PTT)
Trombocitopatia (alterações plaquetárias qualitativas)
Alteração na qualidade das plaquetas que predispõe a sangramento Número adequado de plaquetas, porém com TS prolongado Teste de agregação plaquetária: mais indicado para diagnóstico e classificação da trombocitopatia Deve ser considerada a anormalidade na função plaquetária Pode ser adquirida ou hereditária Adquiridas: mais comuns
Hereditárias (raras)
Bernard-Soulier Tromboplastenia Glahnmann
Induzidas por drogas
Ingestão de aspirina (7 a 10 dias, efeito irreversível com uma única dose)
Adquiridas
Leucemia mielocítica crônica e metaplasia mielóide: pode apresentar função plaquetária prejudicada

## Distúrbios hemorrágicos

Doenças que causam anormalidades da hemostasia (alterações plaquetárias quantitativas)
Trombocitopenia relacionada com a AIDS
11% dos pacientes infectados com o HIV: apresentam uma contagem de plaquetas de 100.000 células/mm <sup>3</sup>
Tratamento de pacientes soro positivos para o HIV, que se encontram assintomáticos ou não: deve-se averiguar o estado plaquetário do paciente (coagulograma com contagem de plaquetas), antes de executar um procedimento cirúrgico Anestesia por bloqueio: deve ser evitada apenas em pacientes hemofílicos
Trombocitopenia adquirida
PTI (Púrpura Trombocitopênica Imunológica): pode ser induzida por drogas ou por resposta imune
Pode ser aguda ou crônica

Doenças que causam anormalidades da hemostasia (alterações nos fatores de coagulação)
Hereditárias
Hemofilia
Distúrbios hereditários devido à deficiência de fatores de coagulação Hemofilia A: causada pela deficiência do fator VIII Hemofilia B: deficiência do fator IX
Hemofilia A
Classificação: Grave: menos de 1% do fator VIII Moderada: 1 a 5% do fator VIII Leve: 6 a 30% do fator VIII
Sangramento significativo ao mínimo traumatismo e elevado risco de hemorragia após procedimentos cirúrgicos Abaixo de 20% do fator VIII devem ser transfundidos
Quadro hematológico: tempo de coagulação aumentado, mas não de maneira variável e constante TTPA aumentada e TS aumentado
Hemofilia B
Doença mais rara que a hemofilia A
Doença de Von Willebrand
Mais comum, na qual existe deficiência na síntese de um fator plasmático necessário para a função plaquetária bem como deficiência na produção do Fator VIII; pode apresentar ciclos de melhora; alguns pacientes não precisam transfundir Também conhecida como pseudohemofilia, a proteína de Von Willebrand carrega em si o fator VIII, porém apresenta funções diferentes (o Fator VIII age na cascata de coagulação e a proteína de Von Willebrand age na parede lesada do endotélio para iniciar o tampão hemostático) Diferente da hemofilia : não causa hemorragia intra-articular Ocorre em homens e mulheres Apresenta alterações nos níveis sanguíneos da proteína de Von Willebrand (a hemofilia não apresenta alterações durante o decorrer da vida dos níveis sanguíneos de fator VIII)

## Distúrbios hemorrágicos

Doenças que causam anormalidades da hemostasia (alterações nos fatores de coagulação)	
Adquiridas	
<p>Comum: deficiência de fatores de coagulação que dependem da vitamina K (II, VII, IX e X)  Causadas por anti-coagulantes orais por via oral, má absorção (por competição) de vitamina K ou antibioticoterapia crônica</p> <p>Doença hepática: insuficiência grave do fígado onde a síntese dos fatores II, VII, IX e X dependentes da vitamina K bem como dos fatores I e V podem estar comprometidas</p> <p>Pacientes com deficiência de vitamina K (hepatopatas) apresentam INR alto</p> <p>Destruição do parênquima hepático: apresenta INR e TTPA elevados</p> <p>Hepatopata: apresenta Coagulação Intra Vascular Disseminada (CIVD), consumo de fatores sanguíneos e alterações dos sistemas pró-coagulantes e anti-coagulantes</p>	
Ação de anticoagulantes orais	
<p>Anticoagulantes cumarínicos: inibem a ação da vitamina K por competição (anticoagulação oral)</p> <p>Terapia por heparina: ação de curta duração</p> <p>Má absorção: a vitamina K é lipossolúvel e requer ácidos biliares para sua absorção</p> <p>Pacientes com doenças intestinais que interferem no metabolismo dos ácidos biliares: a absorção de vitamina K também fica comprometida, acarretando deficiência nos fatores de coagulação</p> <p>Pacientes que fazem uso de anticoagulantes: coagulograma completo deve ser solicitado</p> <p>Geralmente apresentam INR elevado: de 2 a 4</p>	
Avaliação médica	
História	
<p>História conhecida de distúrbios hemorrágicos</p> <p>Equimoses, epistaxes freqüentes, sangramento menstrual intenso, melena (presença de sangue nas fezes), história de sangramento anormal após traumatismo ou cirurgia (dental ou de outra natureza)</p> <p>História hereditária de distúrbios hemorrágicos</p>	
Estado médico	
<p>Drogas que sabidamente causam distúrbios hemorrágicos (utilizadas por pacientes portadores válvulas cardíacas artificiais – ex: varfarina sódica (ex.: Marevan)</p> <p>Abuso do álcool (cirrose hepática)</p>	
Análise laboratorial	
Exames básicos	Outros exames
<p>Tempo de protrombina</p> <p>Tempo de tromboplastina parcial ativada</p> <p>Contagem de plaquetas</p> <p>Tempo de sangramento</p>	<p>Níveis de fibrinogênio</p> <p>Provas de adesão e agregação plaquetária</p> <p>Ensaio de fatores específico</p> <p>Outros</p>

## Distúrbios hemorrágicos

Tratamento médico
Depende da natureza do defeito hemostático e da sua causa
Avaliação odontológica
História
História conhecida de distúrbios hemorrágicos Equimoses faciais Epistaxes freqüentes Sangramento menstrual intenso Gengivorragias (sangramento gengival) História de sangramento anormal após traumatismo ou cirurgia (odontológica ou de outra natureza) História familiar de distúrbios hemorrágicos
Estado médico
Drogas que causam distúrbios hemorrágicos Abuso de álcool (cirrose hepática)
Exame físico
Com ou sem possíveis petéquias, equimoses ou gengivorragias
Análise laboratorial
Tempo de trombina (TT) Tempo de protombina (TP) Tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPA) Fibrinogênio Tempo de sangramento Contagem de plaquetas Sempre pedir os exames próximo do dia da consulta como uma semana antes Pacientes anticoagulados o TTPA pode ou não estar alterado, mas o INR está acima de 2

## Distúrbios hemorrágicos

Categorias de risco	
Baixo	<p>Pacientes com história de distúrbios hemorrágicos, exames normais, não usando medicamentos associados com distúrbios hemorrágicos, e com ou sem parâmetros de sangramento normais (se o paciente está fazendo uso de medicamentos associados, devem ser feitos exames)</p> <p>Pacientes com história inespecífica de sangramento excessivo com parâmetros de sangramento normal (TP, TTPA, contagem de plaquetas, em limites normais)</p>
Moderado	<p>Pacientes com terapia crônica com anticoagulantes orais</p> <p>Pacientes com terapia crônica com aspirina</p>
Alto	<p>Pacientes com distúrbios hemorrágicos conhecidos</p> <p>Trombocitopenia</p> <p>Trombocitopatia</p> <p>Defeito dos fatores de coagulação</p> <p>Pacientes com distúrbios hemorrágicos conhecidos, os quais apresentam contagem de plaquetas, tempo de sangramento, TP ou TTPA anormais</p> <p>Anticoagulados (INR alto &gt; 3)</p>

## Distúrbios hemorrágicos

Categoria de risco	Tratamento	Conduta
B A I X O	Todos I-IV (V)	Esquema normal Contra indicação total de aspirina Medidas hemostáticas locais rigorosas Consulta ao médico
	(V) VI	Tratamento com varfarina sódica (ex.: Warfarin): suspender a droga 5 dias antes do procedimento, TP no dia do procedimento Tempo de sangramento de uma vez e meia o valor controle: completar o procedimento reiniciar com varfarina sódica no dia seguinte da consulta varfarina sódica: compete com a vitamina K
M O D E R A D O	I (exame)	Esquema normal
	II-VI	Coagulograma com contagem de plaquetas antes do tratamento odontológico eletivo  TS ≤ 10 minutos Esquema normal
	I-III	Tratamento com AAS TS 10-12 minutos Esquema normal
	IV-VI	TS 10-12 minutos Controle da ingestão do AAS* Medidas físicas e medicamentosas locais  TS >12 minutos Controle da ingestão AAS * Medidas físicas e medicamentosas locais
A L T O	-	Tratamento: varia na dependência do defeito específico Consulta médica: obrigatória Dentística pode ser realizada, porém anestesia pterigomandibular não deve ser dada em pacientes hemofílicos graves

*Obs.1: O médico sempre deve ser consultado para suspensão de anticoagulantes.*

*Obs.2: Sempre que possível manter anticoagulantes locais.*

*Obs.3: Evitar prescrição de medicamentos concomitantemente ao uso de anticoagulantes orais.*

*Obs.4: O controle da ingestão do AAS\* deve ser realizado pelo médico.*

*Obs.4: O uso de AAS depende da extensão do procedimento e do TS.*

Sempre iniciar o tratamento por procedimentos simples ou menos cruentos  
Curetagens gengivais: devem ser feitas gradativamente de cervical para apical (diferentemente da prática usual, onde o procedimento é feito de apical para cervical)  
Objetivo: conhecer a hemostasia do paciente e diminuir a inflamação, reduzindo a gengivorragia

## Distúrbios hemorrágicos

Métodos físicos, físico-químicos e químicos para prevenção e controle de sangramento
Físicos
Compressão (mordedura com gaze por 24 horas) Frio (gelo por 15 minutos com intervalos de 60 minutos)
Físico-químicos:
Esponja de fibrina (ex.: Gelfoam) e colas podem ser colocadas na ferida cirúrgica Colas: derivadas de fibrina (ex.: Tissulcol e Beriplast)
Ácido tranexâmico (ex.: Transamin) e ácido epsilon-amino-capróico (ex. Ipsilon): moer comprimido e colocar na ferida cirúrgica Uso local: pode ser feito por pacientes com hipertensão portal
Químicos
Ácido tranexâmico: deve-se iniciar o uso 1 dia antes do procedimento e estender até 8 dias após (8/8 horas) Uso sistêmico: não pode ser feito por pacientes com hipertensão portal Forma de uso: Indicação: todos os pacientes exceto hepatopatas (varizes esofágicas, devido ao risco de tromboes que podem levar a hemorragia digestiva)

Procedimentos em casos de hemorragia pós-operatória	
1. Identificação do local de sangramento 2. Remoção do coágulo 3. Mordedura com gaze por 4 a 5 minutos	
Não resolução com os procedimentos anteriores	
Sangramento de papila	Sangramento alveolar
Administração de anestésico com vasoconstritor na área	Remoção de sutura, remoção do coágulo alterado, curetagem do alvéolo, utilização de medidas físico-químicas locais, nova sutura e mordedura com gaze

## Anemia

Anemia
<p>É uma diminuição dos glóbulos vermelhos circulantes, diminuição da concentração de hemoglobina (Hb) e/ou redução do hematócrito (Ht)</p> <p>Pode resultar de uma perda excessiva de sangue, diminuição da produção ou aumento da destruição de glóbulos vermelhos</p>
<p>Combinação de um ou mais achados laboratoriais, incluindo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- diminuição do número de glóbulos vermelhos</li> <li>- diminuição da concentração de hemoglobina</li> <li>- diminuição do hematócrito</li> </ul>
Causas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- perda de sangue, menstruação, úlcera péptica, câncer gastrointestinal, deficiência dietética (ferro, folato ou vitamina B12)</li> <li>- reações medicamentosas (quinidina, álcool, penicilina e sulfa)</li> <li>- diminuição de glóbulos vermelhos</li> <li>- aumento da destruição de glóbulos vermelhos</li> <li>- talassemia</li> <li>- anemia falciforme</li> <li>- hemólise por anticorpos</li> <li>- deficiência de G6PD (glicose-6-fosfato desidrogenase)</li> <li>- hiperesplenismo (aumento do baço)</li> </ul>
Sintomas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- geralmente assintomática, Hb &lt; 10 quando a perda é lenta</li> <li>- quando aparecem: palidez, sonolência e cansaço</li> </ul>
Categorias
<ul style="list-style-type: none"> <li>- anemia hemolítica</li> <li>- anemia não-hemolítica             <ul style="list-style-type: none"> <li>- anemia megaloblástica</li> <li>- anemia ferropriva</li> </ul> </li> </ul>
Tratamento médico
<ul style="list-style-type: none"> <li>- reconhecimento da anemia</li> <li>- diagnóstico da causa básica</li> <li>- tratamento da causa básica</li> <li>- terapia com eritropoietina e/ou sulfato ferroso, quando apropriadas</li> <li>- transfusão se necessária</li> </ul>
Avaliação médica do paciente com anemia
<ul style="list-style-type: none"> <li>- história e exame físico</li> <li>- exames laboratoriais (índices de Hb e Ht)</li> </ul>

## Anemia

Anemia hemolítica		
É causada pela destruição acelerada (hemólise) dos glóbulos vermelhos		
Tipos		
Anemia falciforme	Anemia microangiopática	Anemia auto-imune
Afeta a membrana da hemácia	Rompimento da hemácia por traumas (vasos sanguíneos alterações anatômicas na parede interna)	Destruição das hemácias pelo sistema imune do paciente Captação da hemácia pelo baço
<p><i>Obs.: A profilaxia antibiótica em caso de procedimento cruento é necessária em pacientes com anemia falciforme em crise de falcização ou no período de 1 mês após a crise. Em princípio, nos casos de anemia microangiopática ela não é necessária. Pacientes com anemia hemolítica auto-imune geralmente fazem uso de prednisona (ex: Meticorten - 10 mg) e nesses casos deve ser realizada profilaxia antibiótica.</i></p>		

Anemia não hemolítica	
É identificada por uma redução significativa de Hb e Ht, porém sem rompimento da membrana da hemácia	
Tipos	
Anemia megaloblástica	Anemia ferropriva
Deficiência do fator intrínseco que protege a vitamina B12 da destruição pelo suco gástrico Muito comum em pacientes que fizeram cirurgia de redução gástrica por obesidade mórbida	Deficiência na ingestão de ferro Provocada por má qualidade na alimentação (ex.: pacientes submetidos a regimes alimentares rigorosos)

Avaliação odontológica do paciente com anemia
<ul style="list-style-type: none"> <li>- pacientes sem história de anemia, mas sintomáticos, devem fazer hemograma completo (analisar o eritrograma)</li> <li>- detectada alguma alteração: encaminhar para hematologista para identificação do tipo de anemia</li> <li>- após avaliação médica, conduzir os procedimentos cruentos respeitando a profilaxia antibiótica recomendada ou não para cada caso</li> </ul>

## Anemia

Categoria de risco	Características
Baixo	<p>História de anemia, assintomática, anemia corrigida, hematócrito normal</p> <p>Anemia leve, de causa identificada, Hb superior a 10, nenhum tratamento</p> <p>Anemia leve, de causa identificada, Hb superior a 10 em tratamento, assintomática</p> <p>Anemia de doenças crônicas, Hb superior a 10 e estável, assintomática</p>
Alto	<p>Presença de anemia, diagnosticada previamente, Hb e Ht anormais, Hb abaixo de 10 e sem causa identificada</p> <p>Presença de coagulopatia e anemia</p> <p>Necessidade de repetidas transfusões para prevenir sintomas e anemia</p>

*Obs.: Em muitos casos de anemia o processo de agudização pode se dar de forma muito intensa e a normalização com processos terapêuticos também pode se dar muito rapidamente. Portanto, o estabelecimento do grau de risco deve ser feito de forma cautelosa.*

Tratamento odontológico	
Categoria de risco	Tratamento
Baixo	Esquema odontológico normal
Alto	<p>Adiar tratamento odontológico, até melhora do estado clínico (*)</p> <p>Consultas curtas (até 30 minutos)</p> <p>Anestesia geral: deve ser muito bem avaliada pelo médico em casos de Hb abaixo de 9, devido a dificuldade de ventilação</p> <p>Procedimentos cirúrgicos moderados e avançados: podem ser realizados, desde que Ht e Hb estejam controlados e necessitam de monitoramento criterioso do paciente</p>

*(\*) Muitas vezes, adiar o tratamento pode ser prejudicial ao paciente pois a causa da agudização da anemia pode ser um foco infeccioso de origem dentária e neste caso, faz-se necessário tratamento concomitante com o hematológico.*

## Diabete

Definição	
<p>Resulta da insuficiência absoluta ou relativa de insulina, causada tanto pela baixa produção de insulina pelo pâncreas, como pela falta de resposta dos tecidos periféricos à insulina</p> <p>Caracteriza-se por hiperglicemia crônica, com distúrbios no metabolismo de carboidratos, gorduras e proteínas</p> <p>Paciente com diabete: pode apresentar hipo ou hiperglicemia</p>	
Sinais e sintomas	
<p>Polidipsia, poliúria, polifagia, perda de peso e glicosúria são o resultado da deficiência de insulina, sendo que a insulina atua fundamentalmente na regulação do metabolismo dos carboidratos, gorduras e proteínas</p>	
Classificação	
Tipo I	Tipo II
<p>Insulino-dependente, propenso à cetose</p> <p>Maior propensão à hipoglicemia</p>	<p>Não insulino-dependente, não propenso à cetose</p> <p>Controle: feito com hipoglicemiante oral, dieta ou ambos</p> <p>Maior propensão à infecção (relacionada à vasculopatia periférica e à migração de neutrófilos)</p>

*Obs. Dos pacientes, 90% são do tipo II, que normalmente se desenvolvem a partir dos 40 anos de idade. Entretanto em pacientes idosos, o diabete tipo II pode necessitar da insulina. Ambos os grupos de pacientes podem apresentar complicações progressivas em nível cardiovascular, renal e neurológico. No entanto pacientes diabéticos do tipo I são mais suscetíveis às complicações da doença.*

## Diabete

Tratamento médico	
Finalidades	
Estabelecer rigoroso controle metabólico, prevenir a cetoacidose, prevenir a hipoglicemia	
Diabete do adulto	Diabete juvenil
Normalizar o peso do paciente, controlar o nível de glicose, em pacientes com glicosúria persistente, utilizar agentes hipoglicêmicos orais ou insulina	Os pacientes freqüentemente são insulino-dependentes

Hipoglicêmicos orais mais comumente utilizados	
Sulfoniluréias	Clorpromida (ex.: Diabinese), Glibenclamida (ex.: Daonil), Glicazida (ex.: Diamicon), Glipizida (ex.: Glucotrol) <i>(Obs. Existe alguma preocupação sobre a relação entre o uso destes agentes hipoglicêmicos e mortes cardiovasculares.)</i>
Biguanidas	Fenformina (DBI) <i>(Obs. tem sido associada a acidose láctica grave)</i>
Tipos de insulina	
Ação rápida, intermediária e prolongada	

Complicações no tratamento da diabete	
Agentes hipoglicemiantes orais	Insulinoterapia
Hipoglicemia, aumento de mortes cardiovasculares com uso de sulfoniluréias e com a fenformina a acidose láctica põe em risco a vida	Hipoglicemia, alergia à insulina, resistência a insulina, reações locais nas áreas de injeções

## Diabete

<b>Hipoglicemia</b>
É a baixa concentração de glicose no sangue, como resultado do excesso de agentes hipoglicêmicos orais, insulina ou ingestão inadequada na dieta
<b>Sinais e sintomas</b>
Fraqueza, nervosismo, tremores, distonia dos músculos da mastigação (contrações musculares involuntárias), palpitações e sudorese excessiva, letargia, agitação e confusão, progredindo para convulsão e coma
<b>Tratamento</b>
Administração de glicose via oral: suco de laranja; administração de glicose via intravenosa

<b>Hiperglicemia</b>
É a alta concentração de glicose no sangue, como resultado de dieta inadequada e administração inadequada de hipoglicemiantes (orais e insulina)
<b>Sinais e sintomas</b>
Polidipsia, poliúria, polifagia, hálito cetônico e glicosúria
<b>Tratamento</b>
Controle da dieta e administração de hipoglicemiantes

<b>Avaliação odontológica</b>	
Pacientes que não sabem se são diabéticos	Pacientes com sinais e sintomas sugestivos devem fazer exame laboratorial para determinação da glicose sangüínea História de diabete na família: fazer exame para determinar o nível de glicose no sangue Pacientes que possuem glicose sangüínea aumentada em exame devem ser encaminhados para avaliação médica
Pacientes que sabem que são diabéticos	Determinar o tipo de diabete, a terapia que está sendo empregada, a adequação do controle e a presença de complicações neurológicas, vasculares, renais ou infecciosas Pacientes que controlam o nível de glicose em casa: devem ser anotados os resultados dos testes mais recentes, além de consultar o médico do paciente, para esclarecimento do estado médico Quando possível é interessante conhecer o nível de glicose em jejum e os níveis de hemoglobina A 1c mais recentes Tomando por base as informações obtidas os pacientes devem ser enquadrados em categorias de risco específicas, que devem sugerir roteiros específicos de tratamento

<b>Dextro ou teste de glicometer</b>
É o exame realizado com a coleta de sangue a partir da utilização de uma lanceta na polpa digital, sendo o sangue colocado em papel absorvente e o papel colocado em aparelho específico para medição da glicemia naquele momento

*Obs.: O dextro do paciente deve ser realizado na primeira consulta e sempre que for necessária a realização de procedimentos invasivos.*

## Diabete

Categorias de risco		
Baixo	Moderado	Alto
<p>Apresentam um bom controle metabólico e um regime estável, sendo considerados como de baixo risco, estando assintomáticos e não possuindo complicações neurológicas, vasculares e infecciosas</p> <p>Os níveis de glicose normal devem estar abaixo de 200 mg/dl no dextro</p>	<p>Apresentam sintomas ocasionais, mas se encontram em balanço metabólico razoável, não possuindo história recente de hipoglicemia ou cetoacidose, e apresentando poucas complicações do diabete</p> <p>A taxa de glicose em jejum encontra-se abaixo 250 mg/dl no dextro</p>	<p>Apresentam múltiplas complicações da doença e encontram-se em um deficiente controle metabólico</p> <p>Existe freqüente história de hipoglicemia ou cetoacidose, e usualmente necessitam de um ajuste da dosagem de insulina, podendo apresentar taxa de glicose em jejum algumas vezes acima de 250 mg/dl no dextro</p>

Achados bucais		
<p>Doença periodontal (mal controlados)</p> <p>Infecções oportunistas</p>	<p>Xerostomia</p> <p>Cárie</p>	<p>Abscessos recorrentes</p>

## Diabete

Tratamento odontológico	
Dieta	<p>Consulta: marcada para o meio da manhã</p> <p>Instrução: alimentar-se normalmente, no início do dia</p> <p>Finalidade: minimizar a possibilidade de hipoglicemia durante o procedimento</p> <p><i>(Obs. se a intervenção estender-se até o período da refeição, providências devem ser tomadas para que haja uma interrupção, no intuito de permitir ao paciente a ingestão de algum alimento (ex. suco de laranja))</i></p>
Agentes hipoglicemiantes orais	Instrução: tomar a dosagem usual antes da consulta, para todos os procedimentos odontológicos
Insulinoterapia	<p>As doses devem ser adaptadas de acordo com o procedimento proposto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pacientes que poderão ingerir alimentos normalmente, após procedimento, podem tomar a sua dose usual de insulina</li> <li>- pacientes que poderão apresentar um atraso na sua ingestão normal, após procedimento, devem tomar metade de sua dose usual de insulina matinal, após consulta ao médico</li> </ul>
Redução do estresse	Dividir os procedimentos demorados em várias consultas de curta duração
Retornar a dieta normal após procedimento odontológico	
Redução do nível de infecção	<p>Receber tratamento odontológico preventivo agressivo, incluindo exames periódicos, instruções de higiene oral, profilaxia e tratamento da doença periodontal</p> <p>Profilaxia antibiótica quando foram realizados procedimentos como cirurgias, terapia endodôntica e raspagem subgengival, em presença de periodontite supurativa</p> <p>Uso de materiais de sutura não absorvíveis, porque a cicatrização é lenta</p>

## Diabete

Orientações específicas		
Categoria de risco	Tratamento	Conduta
Baixo	I, II, III	Esquema normal com atenção para as orientações gerais aplicadas a todos os pacientes diabéticos
	IV, V, VI	Técnicas de sedação adjuvantes são consideradas, redução para a metade da dose usual de insulina, em pacientes que em seguida ao tratamento, retornarão a ingestão normal, após consulta ao médico
Moderado	I, II, III	Esquema normal, técnicas de sedação adjuvante podem ser consideradas.
	IV	Possível ajuste na dosagem de insulina, após consulta ao médico
	V, VI	Possível ajuste na dosagem de insulina, após consulta ao médico Poderá ser considerada a hospitalização
Alto	I	Esquema normal
	II, III, IV, V, VI	Deve-se adiar os procedimentos até que o estado metabólico do paciente se estabilize Executar procedimentos paliativos em vez de intervenções restauradoras extensas Controle rigoroso das infecções bucais

### Infecções

Pacientes diabéticos apresentam resistência reduzida a infecções uma vez que contraída, a infecção se torna mais grave. Isto se deve à presença de vasculopatia, acidose metabólica e à fagocitose ineficaz por macrófagos.

### Profilaxia antibiótica

Paciente tipo I	Em procedimentos cruentos (presença de ferida cirúrgica), todos devem realizar profilaxia antibiótica	
Paciente tipo II	Em procedimentos cruentos, todos com dextro acima de 200 mg/dl devem realizar profilaxia antibiótica	
Pacientes não alérgicos à penicilina		Pacientes alérgicos à penicilina
1ª opção	2ª opção	Clindamicina 300 mg 6/6 hs, durante 7 dias iniciar 2 antes
Amoxicilina 500mg 8/8 hs durante 7 dias iniciar 2 antes	Cefalexina 500 mg 6/6 hs durante 7 dias iniciar dois antes	

## Hepatite

Definição	
É um processo inflamatório do fígado provocado por diferentes agentes etiológicos	
<p>Hepatite: é uma infecção sistêmica que acomete múltiplos órgãos</p> <p>Linfonodos regionais aumentam de volume, esplenomegalia está relacionada à proliferação celular e congestão venosa, medula óssea pode apresentar hipoplasia moderada, ulceração do trato gastrointestinal e o cérebro pode apresentar degeneração aguda inespecífica</p>	
Classificação	
Virais	Não virais
<p>Vírus hepatotrópicos: A, B, C, Delta, E, G e TTV (denominada a partir das iniciais do nome do paciente no qual foi identificada)</p> <p>Vírus não preferencialmente hepatotrópicos: CMV (citomegalovírus), EBV(Epstein Barr)e herpes simples</p> <p>Atualmente: 7 vírus causadores</p> <p>vírus A ou HAV, vírus B HBV, vírus C ou HCV, vírus Delta ou HDV e vírus E ou HEV.</p> <p>As hepatites F e G são as mais recentes da família da hepatite virótica, sendo transmitidas por via parenteral.</p>	<p>Álcool, medicamentos, auto-imune, doenças metabólicas, infecciosas não virais (bactérias, protozoários, helmintos)</p>
História da doença	
<p>Infestação (período prodômico – 3-4 dias – sintomas: indisposição, alterações digestivas, anorexia, náuseas, febre discreta, cefaléia) → doença (icterícia – 1-4 semanas, vômitos persistentes, sonolência, confusão mental) → complicações (cirrose, carcinoma hepatocelular, e cirrose)</p>	
<p><i>Obs<sub>1</sub>.: A evolução da doença é diferente dependendo do tipo de vírus, podendo se caracterizar por períodos prodômicos maiores ou menores e evolução ou não para as complicações.</i></p> <p><i>Obs<sub>2</sub>.: As formas crônicas podem se desenvolver após hepatite por vírus B e principalmente por vírus C..</i></p> <p><i>Obs<sub>3</sub>.: A forma aguda (hepatite fulminante) é rara, podendo levar ao óbito em 10 dias.</i></p>	

## Hepatite

Características dos tipos de hepatite	
Hepatite A	<p>Genoma: RNA</p> <p>È muito resistente e permanece ativo por longos períodos de tempo, sendo inativado pelo calor, formaldeído, agentes clorados ou por irradiação ultravioleta</p> <p>Gravidade clínica: é diretamente proporcional à idade do paciente, apresentando praticamente nenhuma consequência em crianças com menos de 2 anos de idade</p> <p>Em adultos: costuma ser assintomática em cerca de 70% dos casos, embora o HVA represente 20 -30% das hepatites fulminantes</p> <p>Maior suscetibilidade: mais freqüente em crianças e adolescentes do que adultos</p> <p>Incubação: 15 a 45 dias</p> <p>Fase prodômica: semelhante a um resfriado, seguido de icterícia, náusea e vômito, febre baixa, exantema e fígado aumentado</p> <p>Branda, curando-se espontaneamente depois de um curso de várias semanas</p> <p>Transmissão: maioria dos casos oro-fecal através da água ou alimentos contaminados pelo HVA, as vias menos comuns são transmissão sexual, por agulhas contaminadas e por via transfusional</p>
Hepatite B	<p>Genoma: DNA</p> <p>Transmissão: principalmente pela via parenteral (embora recentes evidências sugiram outras maneiras de transmissão), sexualmente, seringas, agulhas ou instrumentos contaminados, ou por contato direto com líquidos corporais (saliva, sucos gástricos, sêmen e lágrimas) ou mucosas infectadas</p> <p>Hepatite B aguda: presença de partículas viróticas na saliva, no sêmen, nas secreções vaginais e no leite materno</p> <p>O homem é o único reservatório natural do HBV</p> <p>Incubação: de 2 a 6 meses (replicação do vírus), com sintomas inespecíficos e uma fase de icterícia</p> <p>Fase prodômica: mal estar geral, anorexia e fadiga (antes da ocorrência de icterícia, náuseas e vômito)</p> <p>Duração dos sintomas: de 4 a 6 semanas</p> <p>Cerca de 10% tornam-se portadores do antígeno de superfície sendo transmissores muito tempo depois de passar a fase aguda</p> <p>Tratamento: dieta normal</p> <p>Deve-se evitar o consumo de álcool</p> <p>Terapêutica antiviral:</p> <p>α interferon</p> <p>lamivudina</p>

## Hepatite

Hepatite C	<p>Genoma: RNA de fita única</p> <p>Muito resistente e permanece ativo por longos períodos de tempo, sendo inativado pelo calor, formaldeído, agentes clorado ou por irradiação ultravioleta</p> <p>Trata-se de um vírus capaz de desenvolver formas crônicas da doença totalmente assintomáticas, inclusive a hepatite crônica (HC), bastante freqüente (50 a 80% dos casos)</p> <p>Evolução: lenta e traiçoeira (muitos casos são assintomáticos), que originou o cognome de “matador silencioso” para o HCV</p> <p>Doença hepática crônica: é a manifestação predominante da infecção pelo HCV, direta ou indiretamente o vírus pode afetar outros órgãos além do fígado (manifestações extra hepáticas), incluindo a pele, rins, pulmões, sistema nervoso central e tecido linfático</p> <p>Manifestações bem estabelecidas: vasculite cutânea e vasculite pulmonar, glomerulonefrite, linfoma não-Hodgkin e neuropatia periférica</p> <p>HCV: não é apenas hepatotrópico, mas também linfotrópico; favorece mais o aparecimento de hepatocarcinoma e o desenvolvimento de doença hepática crônica que o HBV</p> <p>Transmissão: via parenteral e geralmente resultante da transfusão sanguínea, contato direto com líquidos corpóreos infectados, o contato sexual é suspeito mas não provado</p> <p>Incubação: período de 2 semanas a 5 meses (variação 3 a 15 semanas), seus sintomas são parecidos com o da hepatite A</p> <p>Caracterizado por elevações da transaminase sérica</p> <p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- exames sorológicos: podem detectar anticorpos contra antígeno do HCV</li> <li>- pacientes com anti-HCV positivo devem fazer exame de PCR, pois alguns desenvolvem imunidade sendo apenas anti-HCV</li> <li>- primeiro: PCR qualitativo: mais sensível mede a partir de 50 unidades virais</li> <li>- segundo: PCR quantitativo: mede a partir de 500 unidades virais</li> </ul> <p>Tratamento médico: atualmente realizado com alfa interferon (associado a ribavirina) é o tratamento de escolha para hepatite C crônica, mas alguns efeitos colaterais produzidos pelas propriedades imunomoduladoras do interferon, tais como mielossupressão e indução a trombocitopenia imune, limitam o uso desta citocina em pacientes com trombocitopenia e infecção pelo HCV</p> <p>Genótipos virais: tipos de 1 a 4, apresentando variações de acordo com áreas geográficas, sendo que determinados tipos são mais sensíveis à terapêutica anti-viral do que outros</p>
------------	---

## Hepatite

Características dos tipos de hepatite (cont.)	
Hepatite D	<p>Genoma: RNA</p> <p>Esse agente não consegue se replicar, precisa do HBV para replicação, sendo infectante quando ativado pela presença do HBV</p> <p>È altamente infeccioso e consegue induzir hepatite em um hospedeiro HBsAg positivo</p> <p>Infecção pelo HBV e HDV: pode ser simultânea (co-infecção) ou o HDV pode infectar um portador crônico do HDV (superinfecção)</p> <p>Curso: é mais grave do que na hepatite B isolada</p> <p>Continua a ser adquirida através da superinfecção como sugerido pelo elevado número de portadores crônicos de HBV com risco de infecção pelo HDV no mundo</p> <p>Diagnóstico: pelo achado de altos títulos de anti-HDV IgM sérico (antidelta), HDV RNA ou HDAg</p> <p>Hepatite D crônica: evolui para a cirrose mais rapidamente do que a infecção pelo HBV isolado.</p> <p>Embora a evolução para cirrose seja rápida, quando esta se instaura o curso da doença não parece ser diferente da cirrose relacionada ao HBV</p> <p>Transmissão: ocorre em conjunto com a hepatite B e depende dela para replicação; ocorre mais comumente em usuários de drogas</p> <p>Causa dano adicional ao fígado e pode levar a hepatite crônica</p>
Hepatite E	<p>Em geral assemelha-se a hepatite A</p> <p>Diagnóstico sorológico: anti-HEV IgM</p> <p>Tratamento: sintomático</p> <p>Transmissão: oro-fecal</p>
Hepatite G	<p>Agente da hepatite G (HGV)</p> <p>Vírus RNA de fita única</p> <p>Vias de transmissão: a mais documentada é a parenteral por transfusão sangüínea e ou hemoderivados, uso de drogas endovenosas (com troca de seringas contaminadas), sexual, materno-fetal (vertical), e por procedimentos hospitalares e nosocomiais</p> <p>Genótipos identificados: 5 tipos</p> <p>Há dúvida se o HGV é realmente lesivo ao hepatócito ou, ou se o seu achado é uma coincidência com um outro agente ainda não detectado</p> <p>O vírus pode ser encontrado em indivíduos sadios, e não há nenhuma evidência conclusiva de que ele se replica no fígado, dessa forma a relação com doenças hepáticas não está bem estabelecida</p> <p>Estudos devem ser realizados para tornar essa questão mais clara</p>

## Hepatite

Características dos tipos de hepatite (cont.)	
Hepatite não viral	Não viral (metabólica) Gorduras: esteato hepatite Substâncias tóxicas: - medicação - álcool

Marcadores hematológicos (coagulação)	
Figurados:	pode apresentar trombocitopenia
Humorais:	pode apresentar queda nos fatores de coagulação metabolizados no fígado

## Hepatite

Marcadores sorológicos	
Hepatite A	Hepatite B
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anti-HAV classe IgM: → fase aguda da hepatite</li> <li>- Anti-HAV classe IgG: observado entre 3 a 6 meses após início da doença → hepatite em evolução ou hepatite pregressa</li> </ul>	<p>3 sistemas de antígenos identificados e anticorpos correspondentes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HBsAg ou antígeno de superfície da hepatite B</li> </ul> <p>A parte central apresenta duas frações antigênicas denominadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HBcAg (antígeno correspondente ao core )</li> <li>- HBeAg (antígeno correspondente ao e)</li> <li>- Anti-HBsAg (anticorpo correspondente ao HBsAg)</li> <li>- Anti-HBcAg (anticorpo correspondente ao HBcAg)</li> <li>- Anti-HBeAg (anticorpo correspondente ao HBeAg)</li> </ul>

Significado dos marcadores sorológicos da hepatite B	
Marcador	Significado
HBsAg (antígeno de superfície)	É o primeiro marcador sorológico a aparecer Sua presença por mais de 6 meses indica infecção crônica
HBcAg (antígeno correspondente ao core)	Existe no hepatócito infectado, mas não é detectável no soro Durante muitos anos: sua existência foi inferida unicamente pela presença do seu anticorpo (Anti-HBcAg)
HBeAg (antígeno correspondente ao e)	É um marcador que indica replicação e infectividade do vírus Indica alto risco de infectividade e cronificação da doença
Anti-HBeAg (anticorpo)	Anticorpo que indica evolução para cura com parada da replicação viral
Anti-HBsAg (anticorpo)	Anticorpo associado a cura e ao desenvolvimento de imunidade. Se estiver presente isoladamente indica o desenvolvimento de imunidade vacinal Quando associado ao Anti-HBcAg considera-se a cura da infecção pelo HBV Indica infecção prévia, imunidade ativa/passiva (anti-HBcAg +), não infectividade (anti-HBeAg +)
Anti-HBcAg (anticorpo)	Anticorpo dirigido contra o HBcAg, podendo ser o único anticorpo detectável numa fase aguda e na fase intermediária (janela imunológica) da infecção. Pode ser o único marcador de infectividade quando a concentração do HBsAg não pode ser detectado no sangue. Persiste praticamente por toda a vida

## Hepatite

Tempo de protrombina (TP)
<p>Revela deficiência dos fatores do complexo protrombínico (protrombina, fator V, VII e X), bem como do fibrinogênio, todos eles sendo proteínas plasmáticas sintetizadas principalmente no fígado</p> <p>Prolongamento do TP: pode surgir na hepatite grave ou cirrose ou pode depender da má absorção de vitamina K</p> <p>Prolongamento do TP isolado: não pode ser interpretado como sinal decisivo de insuficiência hepática</p> <p>Persistência de TP prolongado (após 24 ou 48 horas de administração parenteral de vitamina K1 – 10 mg/dia): pode indicar dano hepatocelular</p>
Hemostasia e hepatite viral crônica
<p>Fatores de coagulação dependentes de vitamina K: diminuem nas hepatites crônicas</p> <p>Níveis destes fatores: mostram grande variabilidade em hepatite crônicas, ao contrário do que ocorre em cirrose já estabelecida, onde os níveis tendem a ser mais estáveis e realmente mais baixos</p>
Fatores de coagulação
<p>VII é o que mais diminui em doença hepática aguda ou crônica (pode ser bem avaliado pelo tempo de protrombina)</p> <p>IX é o menos sensível como índice de função hepática</p> <p>II e X posição intermediária</p> <p>XI e XII mostram poucas alterações em hepatites crônicas</p> <p>Inibidores da coagulação: se alteram em doenças hepáticas</p> <p>Contagem de plaquetas e a função destas: se alteram em doenças hepáticas crônicas</p> <p>Adesividade plaquetária: aumenta na hepatite fulminante, mas cai em cirrose e em hepatite crônica</p> <p>Plaquetopenia de base imunológica: é comum em formas crônicas da hepatite C e há anticorpo antiplaqueta presente e dosável na superfície das plaquetas nesta entidade</p> <p>Plaquetopenias: são freqüentes nas hepatites crônicas</p> <p>Trombocitopenia: pode ser causada por mecanismos imunes (produção de auto-anticorpos) e não imunes</p>
Complicações extra hepáticas
<p>Encefalite</p> <p>Alterações cutâneas</p> <p>Lesão cutânea</p> <p>Poliartrite nodosa</p> <p>Vasculite</p> <p>Manifestações articulares</p> <p>Alterações hematológicas</p> <p>Manifestações renais</p> <p>Manifestações neurológicas</p>

## Hepatite

Fases da hepatite	
Prodômica	Altamente infecciosa, pode progredir para a icterícia Sintomas: náuseas, vômitos, fadiga, dor de cabeça, tosse baixa, dor no quadrante direito superior e perda de peso
Icterícia	Considerada como a doença, inicia-se aproximadamente uma semana após a fase prodômica Sintomas: fadiga e dor abdominal, outros sintomas (urina escura e prurido)
Recuperação	Icterícia cede, sintomas diminuem e testes de funcionamento hepático retornam a valores normais
Tratamento médico	
Depende do agente etiológico Complicações extra hepáticas devem ser tratadas	
Cuidados	
Medidas preventivas contra a transmissão Lavar meticulosamente as mãos Manipular com cuidado o sangue e as secreções Evitar contato íntimo Repouso e tratamento de suporte Para os tipos A e B, imunoglobulina para as pessoas da casa Para o tipo B, vacina virótica em pacientes com risco elevado de infecção	
Avaliação odontológica	
Pacientes com esclerótica amarela ou com icterícia: o tratamento odontológico deve ser adiado, devendo ser encaminhado para avaliação adicional Possíveis condições orais associados à HCV: sialodente e líquen plano Pacientes com alterações persistentes nas provas de função hepática ou com antígeno de superfície de hepatite positivo: devem ser encaminhados para avaliação complementar Risco relativo de infecciosidade: pode ser avaliado com base na história, no exame e no perfil laboratorial	
Precauções operatórias para tratamento odontológico	
É preciso cuidado para reduzir o contato com sangue e as secreções do paciente Uso de seringa de extratores de cálculo ultra-sônicos: deve ser evitado Procedimentos de esterilização: todos os instrumentos devem ser autoclavados, e os que não puderem devem ser esterilizados a frio (químico)	
Métodos de limpeza	
Superfícies expostas: devem ser limpas com soluções antissépticas	
Punção acidental com instrumento pérfuro-cortante	
Ferida: deve ser lavada Exposição parenteral de sangue AgHBs positivo: deve receber imunoglobulina quando não foi vacinado contra hepatite B	
<i>Obs.: Em caso de acidentes com instrumento pérfuro-cortante, o profissional deve informar a o setor de enfermagem para a adoção das medidas imediatas e devidos encaminhamentos.</i>	

## Hepatite

Tratamento odontológico de paciente com hepatite virótica	
Risco	Conduta
Pequeno	Conduta normal, com simples acréscimo de máscara e luvas para o cirurgião-dentista e o auxiliar de consultório dentário
Elevado	<p>Consultas marcadas no fim do dia, para permitir precauções e esterilização adequadas</p> <p>Evitar cuidadosamente o sangue e secreções bucais</p> <p>Luvas, máscaras duplas, óculos de proteção, gorro e avental apropriado</p> <p>Cobrir todas as partes expostas do equipamento, utilizar substâncias antissépticas em todas as superfícies</p> <p>Reduzir o uso de instrumentos que produzem aerossóis</p> <p>Utilizar materiais descartáveis</p> <p>Pessoas sujeitas a ferimentos: administrar imunoglobulina</p> <p>Respeitar procedimentos de esterilização</p>
<p><i>Obs<sub>1</sub>.: Orientar os familiares para evitar contato com sangue do paciente comum em após procedimentos cirúrgicos e em relação aos uso de utensílios (pratos, talheres, copos e toalhas).</i></p> <p><i>Obs<sub>2</sub>.: Deve-se evitar a administração de medicamentos para pacientes com hepatite.</i></p>	
Exames laboratoriais	
<p>Provas de função hepática</p> <p>Sorologia para hepatite</p> <p>Hemograma completo</p> <p>Coagulograma completo</p>	
<p><i>Obs.: Procedimentos cruentos ou invasivos só devem ser realizados com exames recentes (Hemograma e Coagulograma completo - no máximo 15 dias).</i></p>	
Cirrose hepática	
<p>Destruição das células hepáticas e fibrose progressiva, resultante da lesão grave ou prolongada</p> <p>Toda cirrose foi antecedida por algum tipo de hepatite</p> <p>Ponto de vista anatomopatológico: é um processo que acomete difusamente o fígado, sendo caracterizado pela presença de fibrose e formação de nódulos</p> <p>Resultado de uma obstrução difusa dos vasos portais e hepáticos, levando ao surgimento de múltiplas áreas de extinção parenquimatosa</p> <p>Funções hepáticas que se encontram deterioradas no decurso da cirrose: síntese de albumina e dos fatores de coagulação, a metabolização de drogas e de produtos tóxicos oriundos dos intestinos, a fagocitose de bactérias pelas células de kupffer (macrófagos específico do fígado), a excreção dos pigmentos biliares e outros elementos da bile, estão entre as muitas</p>	
Etiologia	
<p>Principais causas: álcool e hepatites virais B, B/D e C</p> <p>Causas menos frequentes: hemocromatose, Doença de Wilson, diabete melito, hepatite auto imune, as colestatases crônicas (cirrose biliar primária, colangite esclerosante primária, atresia de vias biliares etc.), algumas drogas (amidrona, metrotexate, oxifenzatina) e a obstrução ao efluxo venoso hepático (doença veno-oclusiva, síndrome de Budd-Chiari etc.)</p>	

## Hepatite

<b>Diagnóstico da cirrose</b>	
Biopsia através de fragmento Métodos de imagem modernos tais como a ultra-sonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética	
<b>Avaliação odontológica de paciente com cirrose</b>	
Verificar a gravidade do problema hepático pela história História de sangramento normal História de encefalopatia (uso de neomicina) Restrições dietéticas Uso ou abuso de álcool Restrições ao uso de sal e diuréticos	
<b>Sinais físicos</b>	
Angiomas aracneiformes, eritema palmar, ascite, edema periférico, pele e esclera amarela, emagrecimento (perda de massa muscular)	
<b>Achados significativos da listagem acima</b>	
Consulta médica Avaliação laboratorial Albumina, bilirrubina: testes TGOS, TGPS e fosfatase alcalina Hemograma Avaliação laboratorial anterior à cirurgia dentária ou traumatismo gengival significativo TP, TTPA, contagem de plaquetas, TS Sorológico para hepatite Coagulograma completo Plaquetas USG de abdomen	
<b>Tratamento odontológico do paciente com cirrose</b>	
Evitar uso de medicamentos Reduzir o nível de todos os tranqüilizantes e sedativos (consentimento médico obrigatório) Controlar os defeitos do mecanismo hemostático Pacientes geralmente apresentam gengivorragias devido à má higiene oral decorrente da escovação deficiente (perda de massa muscular pode levar à dificuldade nos movimentos) TP elevado, porém inferior a um e meio do valor controle	
Atos cirúrgicos simples (tipo I-IV)	Cirurgia moderada e extensa (tipos V-VI)
Conduta normal, com rigorosa atenção para hemostasia	Ambiente hospitalar
<b>Procedimentos cruentos</b>	
Iniciar por procedimentos simples (ex.: exodontia simples) para avaliar resposta na consulta de retorno	
<b>Avaliação odontológica</b>	
Utilizar radiografia panorâmica	
<b>Condutas</b>	
Para o tratamento devem ser observadas as mesmas condutas relativos à hepatite (tanto em relação ao paciente, quanto em relação ao profissional).	

## Tuberculose

<b>Considerações</b>
<p>Doença causada pelo <i>Mycobacterium tuberculosis</i>, incubação geralmente superior há 6 meses</p> <p>Bacilo da tuberculose: muito sensível à luz solar, resiste bem à dessecação a aos agentes químicos, é aeróbico e por isso se multiplica bem nos pulmões</p> <p>Indivíduos positivos ao exame direto do escarro: são os principais doentes envolvidos com a transmissão da doença, dependendo diretamente do contato com o outro susceptível</p> <p>Tuberculose pulmonar: pode causar desde nenhuma a qualquer imagem na radiografia</p> <p>Transmissão mais comum: via secreção nasofaríngea eliminada pela tosse, que lança no meio gotículas contendo o bacilo</p> <p>Indivíduos portadores: podem eliminar o bacilo por tempo superior a 15 dias, mesmo após a administração precoce de terapia indicada</p>
<b>Tuberculose extra-pulmonar</b>
M. tuberculosis: depois de penetrar no organismo através da via respiratória, pode se disseminar e se instalar em qualquer órgão
<b>Principais localizações</b>
<p>Principais sítios de implantação: aqueles com maior suprimento sanguíneo e portanto de oxigênio</p> <p>Córtex cerebral, córtex renal</p> <p>Extremidades de crescimento dos ossos longos</p> <p>Vértebras</p> <p>Adrenais</p> <p>Pleura e o sistema linfático</p> <p>Intestino</p>
<b>Achados bucais</b>
<p>Sítio mais comum: base da língua</p> <p>Gengiva, lábios, amígdalas, alvéolos dentários e palato mole</p>
<b>Características</b>
<p>Lesões ulcerativas, geralmente úlceras irregulares, frequentemente lineares e indolores</p> <p>Região do canto da boca: geralmente se apresentam como ulcerações rasas e granulomatosas</p> <p>Lesões induzidas pela tuberculose: são clinicamente diferenciadas das malignas através da biópsia (diagnóstico definitivo com a demonstração de microorganismos nos tecidos)</p>
<b>Avaliação médica</b>
Finalidade: visa à detecção das formas ativa e latente
<b>Fatores de risco</b>
<p>Fatores de risco</p> <p>História familiar</p> <p>Sinais da doença</p> <p>Achados positivos na radiografia</p>

## Tuberculose

Exame laboratorial	
Teste cutâneo para tuberculina	
Positivo	Negativo
Indica infecção ativa ou houve infecção	Indica ausência de infecção ou baixa de imunidade
Tratamento médico	
Prevenção: vacinação BCG Feitas em áreas de elevado risco	
Reações indesejáveis das drogas utilizadas nos esquemas de tratamento	
Droga	Reações indesejáveis
Isoniazida	sintomas de neuropatia periférica, náuseas, vômitos e icterícia
Rifampicina	vômitos, icterícia, asma, urticária e manifestações hemorrágicas
Pirazinamida	artralgias, náuseas, vômitos e icterícia
Estreptomina	perda do equilíbrio e diminuição da audição
Etambutol	náuseas, vômitos e alterações visuais (perda da visão periférica, perturbação das cores, perda da acuidade visual e até cegueira)
Etionamida	náuseas, vômitos, diarreia e icterícia
Há quatro esquemas de tratamento que estão relacionados com a condição em que se encontra o indivíduo em relação a tratamentos anteriores, fase da doença e sistemas acometidos	

Tratamento odontológico	
Categorias de risco	Cuidados
Alto (altamente contagioso)	Tratamento dentário eletivo é contra-indicado Tratamento dentário de emergência Recomenda-se a hospitalização Regime de assepsia rigorosa Avental Máscara dupla Luvas duplas Atenção especial para esterilização do instrumental As peças que não possam ser autoclavadas devem ser submetidas a esterilização em gás (geralmente disponível em hospital)
Moderado (teoricamente não contagioso)	Máscara, luvas, avental, gorro e óculos (barreira de proteção individual) Atenção especial para os procedimentos de esterilização dos instrumentais As peças de mão que não possam ser autoclavadas devem ser esterilizadas a gás
Baixo	Esquema dentário normal

## Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)

<b>Gonorréia</b>
<p>Envolvimento bucal comum          Lesões assintomáticas          Lesões semelhantes à gengivite ulcerativa necrosante aguda (GUNA): necrose superficial, com ulcerado subjacente sangrante          Diferentemente da GUNA: pode envolver superfícies e mucosas</p>
<b>Sífilis</b>
<p>Lábio e língua são os sítios mais comuns          Úlcera endurecida, ocorrendo cerca de 3 semanas após o contato e durando cerca de 4 semanas          Pode haver linfadenopatia          Cicatriza espontaneamente          Infectante</p>
<b>Sífilis secundária – placa mucosa</b>
<p>Sítios mais comuns: língua, mucosa jugal, amídalas, faringe e lábios          Membranas branco-acinzentadas, indolores, elevadas, podendo causar queilite, cicatrizam entre algumas semanas a um ano          Infectante</p>
<b>Sífilis terciária – goma e glossite luética</b>
<p>Goma: ulceração indolor, usualmente no palato, com envolvimento do osso subjacente          Ocorre anos após o contato          Glossite atrófica: causada pela vasculite, predispõe ao carcinoma</p>
<b>Sífilis congênita</b>
<p>Anormalidades dentárias (incisivos e primeiros molares)          Glossite atrófica          Abóbada palatina alta</p>
<b>Avaliação e tratamento odontológico de paciente com DST</b>
<p>Determinar a história pregressa da doença          Conduta clínica:          1. Cautela na manipulação de lesões potencialmente infectantes          2. Adiar o tratamento odontológico de rotina no paciente suspeito de ser portador de doença ativa          Biópsias que não cicatrizam:          1. Obter exames microbiológicos e sorológicos adequados, quando indicados          2. Adiar o tratamento odontológico de rotina, até o paciente receber tratamento definitivo</p>

## Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)

<b>AIDS</b>
Retrovírus que possui afinidade ao receptor CD4 dos linfócitos T-auxiliares, o qual têm sido denominados de vírus da imunodeficiência adquirida humana (HIV)
Vírus invade o linfócito suscetível, tornando-o não funcional, interferindo desta maneira na função imunológica
Interferência: pode resultar em infecções oportunistas e na ocorrência de neoplasmas raros
<b>Aspectos médicos</b>
Vírus: tem sido isolado em todos os fluídos corporais, embora seja encontrado em maior concentração no sangue e no sêmen Vias de transmissão: sexual, via parenteral, através de sangue e seus derivados Transmissão: durante acidente perfurocortante com sangue sabidamente é baixa, variando de 0.05 a 0.1% ou seja de uma chance em um mil a 5 chances em um milhão Vulnerabilidade: usuários de drogas intra-venosas, HSH (homem que fazem sexo com homem), HSH+HSM (homem que faz sexo com mulher) parceiros portadores do HIV, crianças hemofílicas, crianças de mães infectadas pelo HIV
Depois da soroconversão os pacientes podem permanecer totalmente assintomáticos e não estarem cientes da sua infectividade Precauções universais: devem ser adotadas para evitar a transmissão da doença
<b>Manifestações sistêmicas</b>
Fadiga, suores noturnos, febres, calafrios, anorexia e perda de peso
<b>Avaliação laboratorial</b>
Leucopenia, linfopenia e trombocitopenia Soroconversão e exame linfócitos T
<b>Início da doença</b>
Identificado pela ocorrência de infecções oportunistas
<b>Características</b>
Quando sem tratamento: desgaste progressivo, diarreia, depressão e apatia progressão para demência, culminando estado vegetativo Comum: complicações infecciosas ou em virtude de lesões malignas Final da doença: atividade viral aumenta dramaticamente e o paciente apresenta-se altamente infeccioso

## Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)

AIDS	
Avaliação médica	
<p>Maioria dos pacientes com infecção pelo HIV: totalmente assintomática            Diagnóstico: detecção de anticorpos contra o vírus no exame de sangue            Os anticorpos contra o HIV aparecem, principalmente no sangue de indivíduos infectados, de 3 a 12 semanas</p>	
Tipos de exames	
Exame	Finalidade
Elisa	Triagem (98% de especificidade)
Westeen Blot	Confirmação
Reação de polimerase em cadeia (PCR)	Identificação do genoma viral
Teste de resistência	Mede genotípica mutação do gene da transcriptase reversa ou da protease que conferem resistência parcial do HIV
GART (Genotypic Antiretroviral Resistance Testing)	Teste de resistência genotípica aos anti-retrovirais
Testes laboratoriais para contagem de linfócitos T CD4 +/CD8+	Tem implicações prognósticas na evolução da infecção, alterações quantitativas na função dos linfócitos podem permitir o surgimento de infecções oportunistas
Soropositivo (HIV infectado ou HIV positivo)	
<p>Avaliação: feita para destacar infecções oportunistas e lesões malignas ocultas            Realização de hemograma completo, contagem de plaquetas, e muitas vezes contagem de CD4            Indivíduos com contagens elevadas de CD4 (acima de 600 células/<math>\mu</math>l): são menos propensos a desenvolver complicações            Progressão da doença: contagem CD4 cai e as complicações começam a se instalar            Paciente HIV-positivo: deve ser clinicamente observado e informado sobre as infecções oportunistas</p>	
Infecções oportunistas	
<p>Pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i>            Toxoplasmose            Infecções micobacterianas, virais, parasitárias e fúngicas atípicas            Infecções bacterianas convencionais            Risco de desenvolver sarcoma de Kaposi e linfoma</p>	

## Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)

AIDS
Tratamento médico
<p>HAART: Terapia Altamente Potente (Highy Active Antiretroviral Terapy)</p> <p>São utilizadas drogas específicas para doenças oportunistas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ITRNC (inibidor da transcriptase reversa de nucleosídios) e IP (inibidor da protease)</li> <li style="text-align: center;">ou</li> <li>- ITRNC associados a um ITRNN (inibidor da transcriptase reversa de não nucleotídios)</li> </ul> <p>Pacientes em uso de HAART: deve-se observar o hemograma com neutropenia que predispõe a infecções bacterianas</p> <p>Caso de neutropenia: solicitar avaliação médica para procedimentos invasivos</p> <p>Caso de trombocitopenia: mesmo procedimento</p>
<p>Drogas: geralmente são prescritas a pacientes com AIDS e para pacientes com uma contagem de plaquetas de CD4 abaixo de 350 células/<math>\mu</math>l, devido à elevada predisposição destes em desenvolver infecções e lesões malignas</p> <p>Gestantes assintomáticas: fazem uso de AZT para evitar a transmissão vertical</p> <p><i>(Obs. As investigações clínicas, nestes pacientes indicam que o tratamento precoce adia a progressão para a AIDS, porém não é diferente do tratamento tardio em aumentar a sobrevida)</i></p>

Efeitos das drogas utilizadas em pacientes com AIDS e síndromes relacionadas	
Droga	Efeitos colaterais
AZT	Fadiga, intolerância gastrointestinal, náuseas, vômitos, anorexia, diarreia, leucopenia, granulocitopenia, anemia, função hepática anormal
DDI	Pancreatite, neuropatia periférica, leucopenia leve
Trimetoprina-sulfametoxazol	Febre, erupção, estomatite, prurido, cefaléia, náusea, vômitos, leucopenia, granulocitopenia, função hepática anormal, nefrotoxicidade
Pentamadina	Nefrotoxicidade, pancreatite, hipoglicemia, hiperglicemia, arritmia, hipotensão, leucopenia
Pentamadina aerossolizada	Broncoespasmo, nefrotoxicidade, hipoglicemia, pancreatite, sensibilidade dentinária

## Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)

AIDS
Manifestações bucais
<p>A maioria dos pacientes: desenvolvem manifestações bucais associadas à doença</p> <p>Manifestações: infecções fúngicas, virais bacterianas, doença periodontal, lesões dos tecidos moles, cânceres e úlceras idiopáticas</p> <p>Mais freqüente: candidose</p> <p>Varia da forma clássica a áreas largas de eritema atrófica</p> <p>Local mais freqüentemente envolvido: palato, embora nenhuma área da mucosa seja poupada</p>
Tratamento da candidose
<p>Leve: gluconato clorexidina 0,2% duas vezes ao dia</p> <p>Sistêmica: fluconazol 2 cp por dia de 200 a 400 mg por dia, 12/12 hs ou até mais vezes ao dia</p>
Leucoplasias
Devem ser biopsiadas, especialmente em pacientes com a doença não diagnosticada
Alterações periodontais
<p>Duas formas:têm sido descritas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gengivite pelo HIV: apresenta-se como uma lesão eritematosa que se estende da gengiva marginal até a mucosa alveolar, tipicamente assintomática</li> <li>- semelhante à GUNA</li> </ul>
Tratamento da doença periodontal
<p>Bochecho com gluconato clorexidina a 0,2%</p> <p>PVPI (polivinilpirrolidona-iodo): uso tópico (bochecho)</p> <p>Cobertura com antibióticos: cobrir sempre gram + e anaeróbicos (ex.: amoxicilina associada ao metronidazol ou ciprofloxacina)</p> <p>10 a 15 dias</p> <p>Após 7<sup>o</sup> dia: paciente pode se submeter a tratamento odontológico</p>
Outras manifestações
<p>Sarcoma de Kaposi e hematoma relacionado a trombocitopenia</p> <p>Petéquias na mucosa palatina, devido a trombocitopenia</p> <p>Ulcerações semelhantes a aftas em qualquer área da mucosa bucal</p> <p>Sarcoma de Kaposi: deve ser biopsiado para diagnosticar</p>

## Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)

AIDS
Avaliação odontológica
Aspectos relacionados à proteção do cirurgião-dentista
<p>Importante: existência de protocolos de como proceder diante de uma perfuração acidental</p> <p>Procedimentos: ferida deve ser limpa minuciosamente com água e sabão</p> <p>Paciente com exame recente negativo: deve ser orientado a repetir o teste de 6 a 8 semanas</p> <p>Profissional lesado: deve submeter-se imediatamente a um teste anti-HIV</p> <p>Paciente HIV-positivo: o profissional lesado deve executar testes anti-HIV e ser considerada a execução de um tratamento anti-HIV</p> <p>Tratamento: atualmente está sendo utilizado o tratamento imediato com AZT para indivíduos com ferimentos por perfurações</p> <p>Realização de outro exame anti-HIV entre 6 a 8 semanas após a exposição</p> <p>Paciente: deve ser orientado a fazer um anti-HIV</p>
Tratamento odontológico
<p>Não é necessário tratar diferente os pacientes soropositivos daqueles atendidos rotineiramente</p> <p>Utilização de precauções universais: luvas, óculos de proteção, máscara, gorro e revestimento clínico apropriado, proporciona uma proteção adequada.</p> <p>Aconselhável: a utilização de um capote cirúrgico ou avental descartável para procedimentos complicados ou que propiciem sangramento intenso</p>
<p>Duas complicações principais (ponto de vista médico): imunodepressão e a trombocitopenia</p> <p>Pacientes com AIDS: podem tolerar o tratamento de rotina sem dificuldades</p>
Cuidados
<p>Mesmo que o paciente apresente-se assintomático, o HIV pode ocasionar uma discrasia sangüínea</p> <p>Além disso tanto a doença como os medicamentos podem causar a leucopenia e a granulocitopenia</p> <p>Observação: profilaxia antibiótica pré-operatória é recomendada para pacientes que se submeterão a procedimentos que propiciem risco de infecção</p> <p>Ocasionalmente os pacientes com AIDS desenvolvem trombocitopenia</p> <p>Importante: determinar a contagem de plaquetas, antes de iniciar qualquer tratamento que possa causar sangramento</p>

## Artrite

Definição		
É um processo inflamatório que envolve as articulações		
A artrite reumatóide, a osteoartrite e a gota são responsáveis por 90% dos casos		
Exclui a separação de artrite inflamatória e degenerativa, pois, por definição, a artrite sempre é um processo inflamatório		
Pode-se separar a parte os processos degenerativos articulares, incluindo-se neste grupo a osteoartrose (há grande controvérsia sobre este termo, pois apesar de ser um processo degenerativo, pode haver períodos de inflamação articular, justificando-se o termo osteoartrite)		
Apresentações clínicas comuns		
Artrite reumatóide	Osteoartrite	Gota
Causa desconhecida Predominante nas mulheres Terceira e quarta década de vida Apresentação sub-aguda, com envolvimento simétrico de múltiplas articulações (3 ou mais) Nódulos reumatóides Mãos e punhos mais comumente afetados Rigidez matinal pelo menos durante 1 hora Achados laboratoriais: - 75% possuem fator reumatóide positivo - velocidade de hemossedimentação freqüentemente elevada - alterações radiológicas características - proteína C reativa freqüentemente elevada	Forma mais comum da artrite Colapso da cartilagem articular, com ruptura mecânica secundária Afetadas com mais freqüência as articulações que sustentam peso (quadris, joelho, coluna) Início insidioso Achados laboratoriais: - fator reumatóide negativo - anticorpo antinuclear negativo (ANN) - velocidade de hemossedimentação normal - achados radiológicos característicos	Precipitada pela deposição de cristais de ácido úrico nas articulações Início agudo e resposta inflamatória em 24 horas Usualmente: uma articulação (monoarticular) Sítio mais comum: dedo grande do pé Outros sítios: tornozelos, punhos e joelhos Nível sérico do ácido úrico: pode estar elevado Diagnóstico: pela aspiração de cristais de ácido úrico na articulação

## Artrite

Tratamento médico do paciente com artrite
<p>1. Repouso absoluto</p>
<p>2. Drogas</p> <p>a. AINES (ex.: Aspirina): pouco utilizada em adultos devido aos efeitos colaterais e posologia pouco prática</p> <p>Efeitos colaterais: zumbido, irritação gastrointestinal, sangramento, atividade anti-plaquetária</p> <p>b. Outros AINES: ibuprofeno (ex.: Motrim), naproxeno (ex.: Flanax), diclofenaco (ex.: Cataflan), indometacina (ex.: Indocid), piroxicam (ex.: Feldene), cetoprofeno (ex.: Profenid), meloxicam (ex.: Meloxicam) etc.</p> <p>c. Corticosteróides</p> <p>Efeitos colaterais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- injeções intra-articulares repetidas: podem acelerar a degeneração intra-articular</li> <li>- esteróides sistêmicos: osteopenia e amolecimento dos ligamentos articulares, supressão adrenal</li> </ul> <p>d. Metotrexato</p> <p>Efeitos colaterais: hepatite induzida por droga, supressão da medula óssea</p> <p>e. Hidroxicloroquina</p> <p>Efeitos colaterais: retinopatia</p> <p>f. Sulfassalazina</p> <p>Efeitos colaterais: distúrbios gastrointestinais, cefaléia, exantema</p> <p>g. Sais de ouro (pouco utilizados atualmente)</p> <p>Efeitos colaterais: supressão da medula óssea, nefropatia, estomatite, alterações no paladar e cutâneas</p> <p>h. D-penicilamina</p> <p>Efeitos colaterais: supressão da medula óssea, nefropatia, síndromes auto-imunes</p> <p>i. Leflunomide</p> <p>Efeitos colaterais: supressão da medula óssea, grande risco de teratogenicidade, hepatotoxicidade</p> <p>j. Ciclosporina</p> <p>Efeitos colaterais: supressão da medula óssea</p> <p>k. Azatioprina</p> <p>Efeitos colaterais: supressão da medula óssea, distúrbios gastrointestinais</p> <p>l. Prednisona</p> <p>Efeitos colaterais: osteoporose, diabetes, alterações dermatológicas, hipotireoidismo, hipertensão</p> <p>m. Agentes biológicos (reservados aos casos refratários, pois seu custo é elevado)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etanercept (Enbrel)</li> <li>- Infliximab (Remicade)</li> <li>- Adalimumab (Humira)</li> </ul> <p>Efeitos colaterais: aparecimento de infecções pela imunossupressão, em especial a tuberculose</p>
<p>3. Cirurgias</p> <p>a. Sinovectomia</p> <p>b. Artroplastia</p> <p>c. Substituição protética da articulação</p>

## Artrite

Avaliação médica do paciente com artrite
Determinar diagnóstico específico Determinar a medicação atual Conhecimento sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>- uso de corticosteróides, metotrexato, leflunomide, aztioprina, sais de ouro, D-penicilamina</li> <li>- história de tratamento cirúrgico, especialmente para substituição protética da articulação</li> </ul>
Tratamento odontológico do paciente com artrite
<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Se for planejada a cirurgia, determinar obrigatoriamente o TS, em todos os pacientes que fazem uso de AAS.  <i>Obs<sub>1</sub>.</i>: Se o TS estiver elevado e a cirurgia planejada, o medicamento deve ser suspenso em consulta com o médico, 7 a 10 dias depois.  <i>Obs<sub>2</sub>.</i>: O TS deve ser repetido para confirmar o valor normal e a cirurgia pode ser executada.</li> <li>3. Antes do procedimento cirúrgico: profilaxia antibiótica</li> <li>4. Caso de uso de prednisona (acima de 10 mg): terapia antibiótica deve se iniciar 2 dias antes de qualquer procedimento cruento</li> <li>5. Manifestações orais associadas à artrite: xerostomia (síndrome de Sjögren secundária), periodontites, hiperplasia gengival (ciclosporinas), mucosites (metotrexato, D-penicilamina), disfunção têmporo-mandibular articular (processo degenerativo da ATM)</li> <li>6. Hemograma recente e contagem de plaquetas em todos os pacientes que fazem uso de imunossupressores (metotrexato, leflunomide, azatioprina, ciclosporina), D-penicilamina e sais de ouro</li> <li>7. Exame da função hepática dos pacientes que fazem uso do metotrexato</li> <li>8. Encaminhamento para terapia ocupacional para confecção de órteses para escovas dentais (mãos e cotovelos comprometidos) e orientação de higiene bucal adequada ao caso (avaliar indicação de fluoroterapia e controle químico com clorexidina)</li> <li>9. Pacientes com história de uso de corticosteróides devem ser avaliados em relação à supressão adrenal e necessidade de suplementação de esteróides</li> <li>10. Compostos com AAS são contra-indicados em pacientes com gota</li> <li>11. Pacientes com substituição protética da articulação podem necessitar de profilaxia antibiótica, antes de todos os tratamentos odontológicos  <i>Obs<sub>2</sub>.</i>: Em consulta ao cirurgião ortopédico, muitos poderão indicar a administração de dicloxacilina, eritromicina, clindamicina ou cefalexina, por 2 ou 3 dias.</li> <li>12. Pacientes que fazem uso de metotrexato devem fazer profilaxia antibiótica</li> </ol>

## Gestantes

Doenças que podem estar presentes na gravidez	
<i>Síndromes hipertensivas</i> Hipertensão arterial crônica Doença hipertensiva específica da gestação Iminência de eclâmpsia Eclâmpsia	<i>Endocrinopatias</i> Diabete Tireoidopatias
<i>Cardiopatias</i> Congênita e adquirida	<i>Pneumopatias</i> Asma Enfisema pulmonar
<i>Doenças do colágeno</i> Lupus eritematoso sistêmico Artrite reumatóide	<i>Nefropatias</i> Insuficiência renal crônica Síndrome nefrótica Transplante renal
<i>Hematopatias</i> Anemias carenciais Anemias hemolíticas Anemia falciforme Coagulopatias	Desnutrição materna Neoplasias malignas
Considerações	
Associação de cardiopatia e gravidez: uma das principais causas de morte materna (apesar de avanços clínicos e cirúrgicos)	
Cardiopatia reumática: mais freqüente em nosso meio (principalmente a estenose mitral)	
Miocardiopatias: destacam-se a chagásica e a hipertensão	
Últimos anos: aumento da freqüência de pacientes com cardiopatias (congenitas ou não) e pacientes com insuficiência coronariana	
Outras : arritmia e outras patologias	

Alterações na gestante
Cardiovasculares: mais freqüentes no início do terceiro trimestre
Crescimento entre 20 e 40% do débito cardíaco: resposta à demanda do crescimento do feto
Ocorrência de sopro e taquicardia
Alterações na respiração materna
Prejuízo no retorno venoso, hipotensão e síncope: pela pressão que o feto pode exercer pressão sobre a veia cava inferior quando a mãe estiver deitada
Possibilidade de quadro de hipertensão: aumento da pressão sanguínea, que pode estar associado a pré-eclâmpsia
Aumento do índice metabólico basal: eleva a freqüência e a demanda de oxigênio
Aumento do metabolismo de carboidratos: leva ao aumento da ingestão de carboidratos e refeições em intervalos menores de tempo devido à compressão estomacal
Aumento das necessidades de insulina: pode levar ao desenvolvimento de diabete gestacional

## Gestantes

<b>Desenvolvimento do feto</b>
<p style="text-align: center;">Dividido em três trimestres:</p> <p>Crescimento dos órgãos: 1º trimestre é mais crítico          Maior parte do crescimento dos órgãos: 2º e 3º trimestres          Crescimento dos órgãos: não estará completamente encerrado até o nascimento</p>
<b>Avaliação e tratamento médico</b>
A mulher grávida deve ser rigorosamente acompanhada em todos os períodos da gestação
<b>Complicações na gravidez</b>
<p>Aborto espontâneo          Gravidez ectópica: fertilização e implantação do ovo ocorrendo em uma das trompas, em vez do útero          Eclâmpsia          Hipertensão e proteinúria: raramente podem ocorrer durante o 3º trimestre          Pré-eclâmpsia: pode progredir para eclâmpsia (paciente apresenta hipertensão maligna, convulsões e encefalopatia)          Sinais progressivos de eclâmpsia: pode ser necessária a interrupção da gravidez          Antes da consulta odontológica aferir a pressão arterial</p>
<b>Avaliação e tratamento odontológico</b>
Muitos obstetras: sem qualquer restrição ao tratamento odontológico de suas pacientes Motivo: a gravidez é passageira, as seqüelas de um tratamento dentário não são previsíveis e as ramificações do problema podem ser significativas
<p>Após o primeiro trimestre: paciente deve ser atendida para profilaxia odontológica          Tratamentos inadiáveis (ex. controle de cáries): podem ser executados durante o final do segundo trimestre, quando o feto se encontra bem desenvolvido, porém não muito grande para incomodar a gestante</p>
Segundo trimestre: não é recomendado nenhum procedimento odontológico eletivo
<p>Radiografias: devem ser evitadas          Embora o risco para o feto seja mínimo, não parece prudente correr o menor risco de injúria, se esta pode ser evitada          Quando é necessária para diagnóstico: tomar o cuidado para proteger o feto pelo uso de avental de chumbo</p>
<p>Medicamentos: não existe evidência de que ocorra qualquer problema com a gestante ou com o feto, pelo uso da lidocaína, penicilina ou formas de eritromicina          Utilização eletiva de medicamentos: deve ser evitada          Drogas que devem ser evitadas: ansiolíticos do tipo diazepam (ex.: Valium) e cloridrato de tetraciclina (ex.: Tetracilil)          Antes da prescrição de qualquer medicamento ou execução do tratamento: consultar o médico da paciente</p>

## Gestantes

Uso de medicamentos	
Anestésicos locais	
Devem proporcionar melhor anestesia à gestante Cuidados: presença de vasoconstritor e toxicidade do sal anestésico Toxicidade do sal anestésico: indiretamente proporcional à sua capacidade de ligação plasmática (quanto maior, menor a capacidade de atravessar a placenta)	
Considerações sobre os anestésicos mais utilizados	
Sais	
Bupivacaína	95% de ligação plasmática: seria o mais indicado longa duração anestésica (6 a 7 horas): uso limitado em gestantes
Mepivacaína	77% de ligação plasmática longa duração anestésica fígado: metaboliza cerca de 3 vezes mais lentamente a mepivacaína quando comparada com a lidocaína
Lidocaína	64% de ligação plasmática
Prilocaína	grande risco de gerar metahemoglobinemia no feto
Vasoconstritores	
Felipressina	Contra-indicados em gestantes pois podem levar a contrações uterinas
Oxitocina	
Adrenalina	Segundo a Food and Drug Administration (FDA): uso destas substâncias durante a gravidez é considerado como risco C (não há estudos adequados em mulheres e o benefício potencial pode justificar o risco potencial)
Noradrenalina	Segundo a Food and Drug Administration (FDA): uso destas substâncias durante a gravidez é considerado como risco B (não há estudos adequados em mulheres e em animais não houve riscos)
<i>Obs.: O anestésico de eleição é a lidocaína a 2% com adrenalina 1:1000.000 (ex. Alphacaine) respeitando o limite de 2 tubetes (3,6 ml) por consulta.</i>	
Analgésicos	
Indicação: somente quando necessário Tipos mais indicados: paracetamol (ex.: Tylenol -500 mg) ou dipirona (ex.: Novalgina - 500 mg) com limite máximo de 3 doses diárias de 8/8 horas	
Antiinflamatórios	
Mais indicados: Corticosteróides (cortisona e betametasona– ex.: Flebocortid – hidrocortisona – ex.: Celestone) em dose única de 4 mg ou benzidamidas (ex.: Benflogin) AINES e aspirina: devem ser utilizados com precaução principalmente no último trimestre (possibilidade de inércia uterina, hemorragia e/ou fechamento prematuro do canal arterial do feto)	

## Gestantes

Uso de medicamentos (cont.)
Antibióticos
Penicilina: atóxica às gestantes (agem em parede celular presente somente em bactérias) Em caso de sensibilidade: indicar eritromicina Não utilizar: tetraciclina (afinidade com tecidos calcificados, podendo causar alteração na coloração dos dentes)
Drogas sabidamente teratogênicas
Quimioterápicos: actinomicina D, metotrexato, clorambucil Anticoagulantes: cumarínicos Antibióticos: cloridrato de tetraciclina
Drogas suspeitas de serem teratogênicas
Fenobarbital Carbamazepina Benzodiazepínicos

Radiografias
Estudos clínicos experimentais: a dose de radiação necessária para indução de defeitos congênitos macroscópicos ou retardo do crescimento fetal é de 10 rad
Exposição de 1 rad: está associada a risco de anormalidade de aproximadamente 0.1% (várias vezes menor do que o risco de aborto espontâneo, anomalia ou doença genética)
Radiação fetal: pode retardar o crescimento e produzir defeitos de desenvolvimento
Risco fetal é maior na gravidez inicial
Principais anomalias de desenvolvimento: improváveis na exposição abaixo de 5 rad

Lactantes
Conduta
Evitar o uso de ampicilina, aspirina, atropina, barbitúricos, hidrato de cloral, corticosteróides, diazepam, metronidazol, penicilina, propoxifeno, tetraciclina e aminoglicosídeos

## Gestantes

Gestante cardiopata	
Anamnese: caracterizando a patologia cardíaca tratamentos clínicos prévios e avaliação de exames laboratoriais	
Fatores que podem levar ao agravamento da função cardíaca (anemia, obesidade, infecções, arritmias, hipertiroidismo, fenômenos tromboembólicos): devem ser prontamente identificados e corrigidos	
Tratamento medicamentoso	
Utilizados de acordo com a necessidade clínica de cada caso, levando-se em conta inicialmente as condições maternas e secundariamente os riscos fetais	
Drogas mais comumente utilizadas: digitálicos, diuréticos e beta-bloqueadores em especial o propranolol	
Profilaxia da doença reumática: indicada nos pacientes com valvulopatias reumáticas	
Anticoagulação profilática: indicada em portadoras de prótese metálica, fibrilação atrial aguda ou crônica, disfunção ventricular severa ou em pacientes com cardiopatias cianóticas e ou hipertensão pulmonar	
Evitar: uso de anticoagulantes orais no primeiros trimestre da gravidez	
Profilaxia da endocardite infecciosa: indicada em pacientes com valvulopatias, próteses valvares, próteses vasculares e cardiopatias congênitas em comunicação extracardiaca ou intra e em manipulações odontológicas ou geniturinárias	
Gestante diabética	
Importante: diagnóstico preciso e precoce dessa associação	
Risco	Características
Alto	Pacientes com diagnóstico anterior com sintomas clínico ou sem sintomas, porém com fatores de risco chamados estigmas para o diabete (antecedentes familiares, macrossomia, sobrepeso, óbitos perinatais, malformações fetais, hipertensão arterial, idade materna ou superior a 35 anos e presença de glicosúria)
Baixo	Pacientes que não se enquadram no quadro anterior
Tratamento clínico	
Dieta	
Insulinoterapia	

## Idosos

Protocolo de medicamentos			
Escolha do medicamento e o modo de medicar: devem ser realizados após avaliação criteriosa do paciente por meio da anamnese e do planejamento da modalidade de tratamento			
Antibióticos de eleição para o paciente idoso			
Amoxicilina	Benzilpenicilinabenzatina	Cefalexina	Ampicilina
500m (cp-8/8h) ou suspensão oral 250mg/5ml (1ª escolha) (ex.: Amoxil)	600.000UI (injetável) ou suspensão oral 400.000 UI/5ml (2ª escolha) (ex.: Benzetacil)	500mg (cp-12/12h) ou suspensão oral 250mg/5ml (3ª escolha) (ex.: Keflex)	500mg (cp-8/8h) ou suspensão oral 250mg/5ml (4ª escolha) (ex.: Binotal)
Pacientes alérgicos à penicilina			
Clindamicina	Claritromicina	Cefalexina	
500mg (caps-8/8h) (ex.: Dalacin C)	500mg (caps-8/8h) (ex.: Klaricid)	500mg (caps-8/8h) (ex.: Keflex)	
Casos de infecções graves			
Amoxicilina (ex. Amoxil) + metronidazol (ex.: Flagyl) Para quem faz uso de anticoagulante oral: utilizar amoxicilina + clavulonato de potássio (ex.: Clavulin)			
Antiinflamatórios não esteroidais de eleição para o paciente idoso			
Nimesulida	Diclofenaco sódico		
100mg (cp-12/12h) (1ª escolha) (ex.: Nisulid)	50mg (cp-8/8h) (2ª escolha) Usar por no máximo 3 dias devido ao aumento da PA e outros efeitos adversos que acometem facilmente o idoso (ex.: Voltaren e Cataflan)		
Analgésicos de eleição para o paciente idoso			
Paracetamol	Dipirona		
750mg (cp-6/6h) ou gotas 100mg/ml (1ª escolha) Observar hepatotoxicidade (ex.: Tylenol)	500mg (cp-4/4h) ou gotas 500mg/ml (2ª escolha) Observar hipotensão (ex.: Novalgina)		

## Idosos

Ansiolíticos de eleição para o paciente idoso	
Clonazepam	Lorazepam
(ex.: Rivotril) 2mg (cp-1/2 cp) ou 10 gotas 1 hora antes da intervenção	(ex. Rivotril) 2 mg – 1 hora antes do atendimento
Pacientes extremamente apreensivos e ansiosos: 1 dose na noite anterior à consulta	
<i>(Obs.: Deve-se evitar o diazepam (ex.: Valium), pois sua vida média é mais longa, em torno de 106 horas, podendo interferir em outras atividades do idoso, como por exemplo a locomoção.)</i>	
Contra indicado para portadores de mal de Alzheimer	

**Protocolo de encaminhamento para especialista:**

Casos de risco leve devem ser atendidos na atenção básica. Os demais deverão ser encaminhados à especialidade.

**Contra-referência:**

Deverá ser usada a ficha de referência e contra referência padrão.

### Instrumental necessário

Instrumental	Classe	Siafísico	BEC
Aplicador de hidróxido de cálcio	6514	5037-7	
Brunidor - número 33	6514	5011-3	
Brunidor - número 29	6514	5008-3	
Cabo para espelho - nº 25	6514	5039-3	
Calcador - tipo Duflex nº 2	6514	161133-0	
Calcador - tipo Duflex nº 4	6514	161135-6	
Calcador - tipo Woodson nº 1	6514	161130-5	
Calcador - tipo Woodson nº 2	6514	5052-0	
Calcador - tipo Woodson nº 3	6514	161131-3	
Condensador de amálgama - tipo Clev-Dent nº 21	6514	5018-0	
Condensador de amálgama - tipo Hollenback nº 1	6514	5019-6	
Condensador de amálgama - tipo Hollenback nº 2	6514	5020-2	
Condensador de amálgama - tipo Hollenback nº 5	6514	5021-0	
Condensador de amálgama - tipo Hollenback nº 6	6514	5022-9	
Condensador de amálgama - tipo Ward nº 1	6514	5023-7	
Condensador de amálgama - tipo Ward nº 2	6514	5024-5	
Condensador de amálgama - tipo Ward nº 4	6514	28799-7	
Condensador de amálgama - tipo Ward nº 6	6514	5026-1	
Cortantes revisados - nº 10/11	6514	161144-5	
Cortantes revisados - nº 12/13	6514	161145-3	
Cortantes revisados - nº 14/15	6514	161146-1	
Cureta periodontal - G1/G2	6514	4972-7	
Cureta periodontal - G11/G12	6514	4977-8	
Cureta periodontal - G13/G14	6514	4978-6	
Cureta periodontal - G3/G4	6514	4973-5	
Cureta periodontal - G5/G6	6514	4974-3	
Cureta periodontal - G7/G8	6514	4975-1	
Cureta periodontal - G9/G10	6514	4976-0	
Cureta periodontal - McCall 13/14	6514	4979-4	
Cureta periodontal - McCall 17/18	6514	4980-8	
Cureta periodontal - McCall 19/20	6514	4981-6	
Cureta periodontal - Ponta Morse 0/00	6514	161154-2	
Escavador - nº 11 1/2	6514	61351-7	
Escavador - nº 14	6514	4794-5	
Escavador - nº 17	6514	4792-9	
Escavador - nº 19	6514	28801-2	
Escavador - nº 5	6514	4793-7	
Esculpidor - Hollenback nº 3	6514	5044-0	
Esculpidor - Hollenback nº 3 S	6514	5045-8	
Esculpidor - Hollenback nº 3 SS	6514	161137-2	
Espátula - nº 24	6514	4994-8	
Espátula - nº 36	6514	5010-5	
Explorador - duplo nº 3	6514	161138-0	
Explorador - duplo nº 5	6514	5014-8	

### Instrumental necessário

Instrumental	Classe	Siafísico	BEC
Explorador - nº 6	6514	161156-9	
Extrator de tártaro - McCall 1/10	6514	4968-9	
Extrator de tártaro - McCall 11/12	6514	4971-9	
Lima para osso - Hirschfield	6514	161150-0	
Lima para osso - Hirschfield nº 5/11	6514	161152-6	
Lima para osso - Hirschfield nº 3/7	6514	161151-8	
Pinça - para algodão	6514	5027-0	
Porta amálgama	6514	5031-8	
Porta matriz - tipo Tofflemire	6514	5036-9	
Seringa para anestesia - carpule com refluxo	6514	160799-5	S
Seringa para anestesia - carpule sem refluxo	6514	5038-5	S
Sonda periodontal - milimetrada	6514	4990-5	
Sonda periodontal - nº 47	6514	4991-3	

## Bibliografia recomendada

1. Andrade ED. Terapêutica medicamentosa em odontologia. São Paulo: Artes Médicas; 2001.
2. Anselmo MS, Araújo JF. *O uso de clorexidina em pacientes imunossuprimidos*. São Paulo, 1996. [Monografia apresentada para conclusão de aprimoramento em odontologia hospitalar do Hospital das Clínicas - FMUSP].
3. Banduki NJD. Diabete Melito: In: Zugaibe M, Miyadahina S, Nomura RMY, Franazu, RPV. *Vitalidade fetal propedêutica e avaliação*. São Paulo: Atheneu; 2001. p.32-45.
4. Barcellos IF, Halfon VLC, Oliveira LF, Barcellos IF. Conduta odontológica em paciente diabético. *Revista Brasileira de Odontologia*, v.57, 407-10, 2000.
5. Bartlett GD, Gallant JD. *Tratamento clínico pela infecção HIV*. Maryland Baltimore. John Hopkins – University School of Medicine; 2001-2002.
6. Bertolar MRFL. Cardiopatia. In: Zugaibe M., Bittar RE. *Protocolos assistenciais. Clínica de obstetrícia. FMUSP*. São Paulo: Atheneu; 1997. p. 92-97.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST-AIDS. *Recomendações para terapia antiretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV*. Brasília; 2004.
8. Bueno FM, R, Araújo JF. *Gengivorragias em pacientes plaquetopênicos com PTI (púrpura trombocitopênica imunológica)*. São Paulo, 1996. [Monografia apresentada para conclusão de aprimoramento em odontologia hospitalar do Hospital das Clínicas - FMUSP].
9. Connon J. Complicações gastrointestinais. In. Burrow G, Ferris TF. *Complicações durante a gravidez*. São Paulo: Roca; 1988. p. 283-303.
10. Francisco KC, Araújo JF. *O paciente com patologia hematológica em odontologia*. São Paulo, 1992. Monografia apresentada para conclusão de aprimoramento em odontologia hospitalar do Hospital das Clínicas - FMUSP].
11. Elias R. Pacientes especiais: interação medicamentosa na gravidez. *Rev Bras Odontologia* 1995; 52:18-20.
12. Foccacia R. *Tratado das hepatites virais*. São Paulo: Atheneu; 2003.
13. Keiko CC, Araújo JF. *Abordagem odontológica em pacientes com anemia falciforme*. São Paulo, 2002. [Monografia apresentada para conclusão de aprimoramento em odontologia hospitalar do Hospital das Clínicas - FMUSP].
14. Kristski AL, Conde MB, Souza GRM. *Tuberculose do ambulatório a enfermaria*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2002.
15. Miller O, Gonçalves RR. *Laboratório para o clínico*. São Paulo: Atheneu; 1999. p. 92-97.
16. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. *Controle de infecções e a prática odontológica em tempos de AIDS. Manual de Condutas*. Brasília-DF; 2000
17. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. *Controle da tuberculose. Uma proposta de integração ensino serviço*. Centro de Referência Professor Hélio Fraga. Rio de Janeiro; 2002.
18. Paradico C. *Série de estudos em enfermagem. Fisiopatologia*. Rio de Janeiro Guanabara-Koogan; 1998
19. Mastrofrancisco R, Araújo JF. *Tratamento odontológico cruento em pacientes com doença de Von Willebrand submetido a DDAVP*. São Paulo, 2000.

- [Monografia apresentada para conclusão de aprimoramento em odontologia hospitalar do Hospital das Clínicas - FMUSP].
20. Silva AO, Albuquerque LC. *Hepatologia clínica e cirúrgica*. São Paulo: Savier; 1996.
  21. Silva LC. *Hepatites agudas e crônicas*. 3<sup>a</sup>-ed. São Paulo: Savier; 2003.
  22. Sonis ST, Fazio R. C , Robert C, Fang L. *Princípios e prática de medicina oral*. 2<sup>a</sup>-ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1995.
  23. Veronesi R, Focaccia R. *Tratado de infectologia*. São Paulo, Atheneu, 1997.
  24. Utumi ER, Araújo JF. *Atendimento odontológico em pacientes portadores de hepatopatias*. São Paulo, 2003. [Monografia apresentada para conclusão de aprimoramento em odontologia hospitalar do Hospital das Clínicas - FMUSP].
  25. Zuchermam A, Thomas, H.C. *Viral hepatitis: scientific basis and clinical management*. Edinburg: Churchill Livingstone, 1995.
  26. Zugaibe M, Miyadahina S, Nomura RMY, Franazu RPV. Indicação para avaliação da vitalidade fetal. In: Zugaibe M, Miyadahina S, Nomura RMY, Franazu, RPV. *Vitalidade fetal propedêutica e avaliação*. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 5-15.