

# Gestão de doentes hipocoagulados na prática clínica no Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar de S. João

---

Protocolo para o Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar de S. João, elaborado por Rita Martins (Interna do primeiro ano de formação especializada em Estomatologia, CHSJ) e Sara Lopes (Interna de segundo ano de formação especializada em Imunohemoterapia, CHVNG/E).

Sob a orientação de Catarina Fraga (Assistente Hospitalar, Serviço de Estomatologia, CHSJ) e de Luciana Gonçalves (Assistente Hospitalar Graduada, Serviço de Imunohemoterapia, CHSJ)

---

## Lista de abreviaturas:

**AINE:** Anti-Inflamatórios Não Esteróides;

**AIT:** Acidente Isquémico Transitório;

**AT:** Antitrombina;

**AVC:** Acidente Vascular Cerebral;

**AVK:** Antagonistas da Vitamina K;

**Cr:** Creatinina;

**ClCr:** *Clearance* da Creatinina;

**EAM:** Enfarte Agudo do Miocárdio;

**HNF:** Heparina Não Fracionada;

**HBPM:** Heparinas de Baixo Peso Molecular;

**NOAC:** Anticoagulantes Orais Não Dependentes da Vitamina K;

**SAF:** Síndrome Anti-Fosfolipídico;

**Sc:** Subcutâneo;

**TAS:** Tensão Arterial Sistólica;

**TEV:** Tromboembolismo Venoso.

## **Introdução**

Existem condições clínicas que predisõem os doentes a um risco trombótico aumentado, nomeadamente a fibrilhação auricular, as próteses valvulares cardíacas e os eventos trombóticos passados (nomeadamente TEV), pelo que lhes é prescrita medicação hipocoagulante com o objetivo de prevenir e/ou tratar eventos tromboembólicos. Neste sentido existem três grandes grupos de armas terapêuticas:

- Antagonistas da vitamina K (varfarina e acenocumarol);
- Heparina não fracionada e Heparinas de baixo peso molecular (enoxaparina, tinzaparina e dalteparina);
- Anticoagulantes não dependentes da vitamina K: dabigatran (Pradaxa®), apixabano (Eliquis®), edoxabano (Lixiana®) e rivaroxabano (Xarelto®).

No entanto, a redução do risco de eventos tromboembólicos através da hipocoagulação, pressupõe um risco aumentado de hemorragia espontânea ou associada a procedimentos invasivos. O equilíbrio desses riscos para um paciente individual pode tornar-se um desafio nos tratamentos estomatológicos.

Este trabalho pretende elucidar quanto às recomendações e consensos atualmente disponíveis sobre a gestão de doentes hipocoagulados na prática clínica estomatológica, permitindo uma abordagem sistemática balanceando os riscos trombótico e hemorrágico em cada situação, sem, no entanto, esquecer de realizar uma abordagem individualizada.

## **Avaliação pré-operatória**

Antes de iniciar qualquer procedimento estomatológico num paciente hipocoagulado é de máxima importância realizar uma avaliação pré-operatória com base numa história clínica completa e num exame objetivo intra e extra oral cuidadosos. Esta análise preliminar visa determinar a melhor estratégia a adotar relativamente à gestão da terapêutica anticoagulante e ao procedimento a efetuar<sup>1</sup>.

Em doentes com prótese valvular mecânica ou antecedentes de endocardite é importante ter em atenção a necessidade de realizar profilaxia de endocardite com amoxicilina 2 gramas, 1 hora antes do procedimento.

### **▪ Avaliação do risco tromboembólico**

Quando se pondera suspender a anticoagulação é importante ter sempre em mente a razão pela qual o doente se encontra hipocoagulado. Uma interrupção, mesmo que breve, da medicação condiciona um aumento do risco tromboembólico, principalmente em certas situações clínicas tais como prótese mecânica mitral ou evento tromboembólico recente. Assim, aquando da avaliação de um doente para realizar um procedimento estomatológico é importante fazer sempre uma avaliação do risco tromboembólico e ponderar a razão risco/benefício da suspensão da hipocoagulação. As situações que conferem maior risco tromboembólico podem ser consultadas na Tabela 1<sup>2,3</sup>.

**Tabela 1** – Situações que conferem ao doente risco tromboembólico alto nas principais indicações para hipocoagulação.

RISCO TROMBOEMBÓLICO ALTO	PRÓTESE CARDÍACA MECÂNICA	FIBRILHAÇÃO AURICULAR	TROMBOEMBOLISMO VENOSO
	- Qualquer prótese mitral - Prótese cardíaca de bola ou unidisco - Múltiplas próteses cardíacas - AVC/AIT/TEV < 6 meses	- CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> VASc ≥ 4 (tabela 2) - AVC/AIT < 3 meses - Doença valvular reumática	- TEV < 3 meses - Trombofilia grave (Def. Proteína C, S ou ATIII, SAF, homozigotia FV Leiden, homozigotia do gene protrombina G20210A, alterações combinadas) - TEV idiopático - Cancro ativo (diagnóstico < 6 meses ou em tratamento quimioterápico)

**Tabela 2** – Escala de estratificação de risco trombótico na fibrilhação auricular – CHADS<sub>2</sub>VASc.

CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> VASC		
	Descrição	Pontos
<b>C</b>	Insuficiência Cardíaca	1
<b>H</b>	Hipertensão	1
<b>A<sub>2</sub></b>	Idade (≥75 anos)	2
<b>D</b>	Diabetes <i>Mellitus</i>	1
<b>S<sub>2</sub></b>	AIT ou AVC prévio	2
<b>V</b>	Doença Vascular (EAM prévio, doença arterial periférica)	1
<b>A</b>	Idade (65-74 anos)	1
<b>Sc</b>	Sexo feminino	1

#### ▪ Avaliação do risco hemorrágico individual

Na colheita da história clínica e no início de cada consulta subsequente, é importante questionar o doente acerca da sua medicação habitual, com especial atenção para o tipo e posologia da terapêutica anticoagulante, comorbilidades e episódios de complicações hemorrágicas em intervenções passadas<sup>4-6</sup>.

Foram desenvolvidas várias escalas de avaliação de risco de hemorragia em doentes hipocoagulados. Por si só, um risco elevado de hemorragia não é indicação para suspensão da hipocoagulação. É recomendada a identificação dos fatores de risco hemorrágico e aqueles que sejam modificáveis devem ser tratados previamente a qualquer intervenção. Na tabela 3 podem ser consultados os fatores de risco hemorrágico principais<sup>3</sup>.

**Tabela 3** – Fatores de risco hemorrágico em doentes hipocoagulados.

FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS	FATORES DE RISCO NÃO MODIFICÁVEIS
Hipertensão (principalmente se PAS > 160mmHg)	Idade (> 65 anos)
Labilidade do INR ou tempo em margem terapêutica <60% em doentes sob AVK	História prévia de hemorragia <i>major</i> ou AVC
Medicação: antiplaquetários, AINE, anti-micóticos azólicos sistémicos, inibidores das protéases	Doente em hemodiálise ou transplantado renal
Abuso alcoólico (≥8 bebidas/semana)	Cirrose
<b>FATORES DE RISCO POTENCIALMENTE MODIFICÁVEIS</b>	Doenças malignas
Anemia	Fatores genéticos
Função renal ou hepática alteradas	
Contagem ou função plaquetárias reduzidas	

▪ **Avaliação do risco hemorrágico dos procedimentos**

Na prática clínica estomatológica é realizado um vasto conjunto de procedimentos que variam na sua complexidade e que acarretam diferentes riscos hemorrágicos; é por isso pertinente que se estabeleça uma classificação dos variados procedimentos consoante o seu risco hemorrágico (Tabela 4)<sup>5-7</sup>. Convém ressaltar que o clínico deve ter em conta quaisquer fatores particulares à intervenção e ao doente antes de aplicar esta classificação nomeadamente, mas não exclusivamente, o estado periodontal e a dimensão da loca cirúrgica que podem ter influência no risco de hemorragia.

**Tabela 4** – Classificação dos procedimentos realizados em estomatologia consoante o seu risco hemorrágico.

	<b>BAIXO RISCO HEMORRÁGICO PERI-OPERATÓRIO</b>	<b>ELEVADO RISCO HEMORRÁGICO PERI-OPERATÓRIO</b>	
		<b>BAIXO RISCO HEMORRÁGICO PÓS-OPERATÓRIO</b>	<b>ELEVADO RISCO HEMORRÁGICO PÓS-OPERATÓRIO</b>
<b>PROCEDIMENTOS GERAIS</b>	- Anestesia infiltrativa, intraligamentar ou bloqueio regional		
<b>PERIODONTOLOGIA</b>	- Sondagem periodontal parcial - Destartarização supragengival	- Sondagem periodontal total - Alisamento radicular parcial	- Gengivectomia - Execução de retalho para: alisamento radicular e cirurgia periodontal
<b>CIRURGIA ORAL</b>		- Extração dentária simples 1-3 dentes não adjacentes - Incisão e drenagem de abscesso intraoral	- Extrações simples de ≥3 dentes adjacentes - Extrações cirúrgicas - Biópsias - Alongamento coronário - Cirurgia pré-protética - Cirurgia de implantes dentários - Enxertos ósseos - Cirurgia estomatológica <i>major</i> e cirurgia oncológica de cabeça e pescoço
<b>TRATAMENTOS RESTAURADORES E ORTODÔNTICOS</b>	- Colocação de dique de borracha - Restaurações diretas e indiretas com margens supragengivais - Tratamento endodôntico convencional - Impressões e outros procedimentos protéticos - Remoção e colocação de banda ortodôntica - Ajuste de aparelhos ortodônticos	- Restaurações diretas e indiretas com margens subgengivais	

## Estratégias de gestão de doentes hipocoagulados

Há um conjunto de procedimentos que se pode ter em conta para controlar o risco hemorrágico inerente a cada doente hipocoagulado e associado às diferentes intervenções. No entanto, cada uma dessas intervenções deve ser adequada ao risco tromboembólico que o doente apresenta.

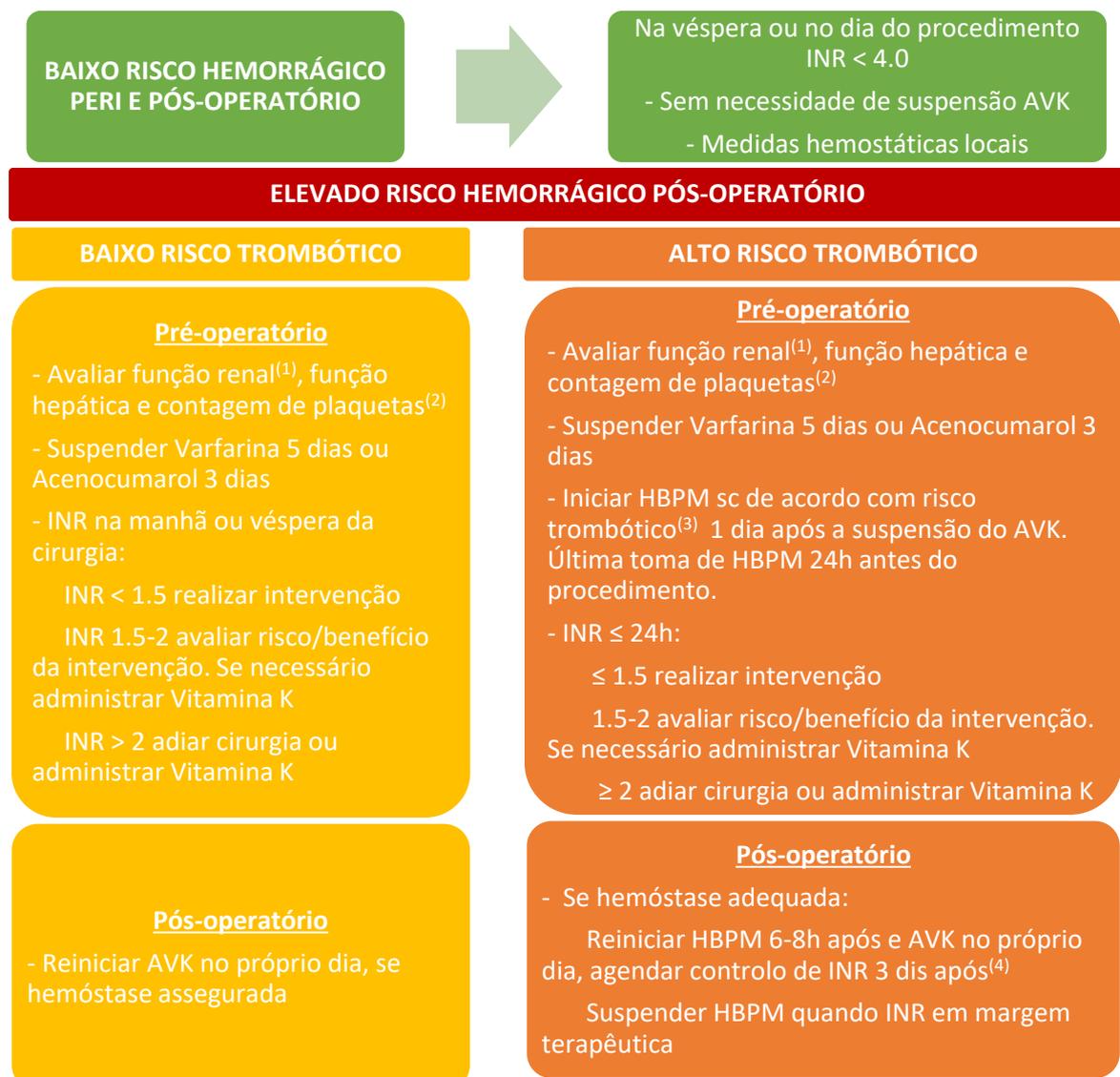
### ▪ Abordagem terapêutica

#### A. Doente sob Heparina<sup>2,5,8</sup>

A HNF, administrada de forma endovenosa, tem uma semivida de 60-90 minutos e o seu efeito anticoagulante dissipa-se em 3 a 4 horas após descontinuação. Portanto, deve ser suspensa 4 a 6 horas antes de procedimentos de elevado risco hemorrágico.

A HBPM, administrada de forma subcutânea, deve ser suspensa 24 horas antes da intervenção quando administrada em dose terapêutica ou 12 horas antes quando administrada em dose profilática.

#### B. Doente sob Antagonistas da Vitamina K<sup>2,3,5,8</sup>



**Imagem 1** – Decisão de atuação em doente hipocoagulado com AVK.

<sup>(1)</sup> Em caso de função renal alterada ou obesidade é preciso fazer ajuste de dose. Se TFG<30ml/min preferir ponte com HNF monitorizada com aPTT.

<sup>(2)</sup> Plaquetas<20000/ $\mu$ L é contra-indicação para HBPM – contactar Serviço de Imunohemoterapia.

<sup>(3)</sup> Doses HBPM sc em dose terapêutica – contactar imunohemoterapia.

<sup>(4)</sup> Caso seja antecipada hemorragia tardia ou a necessidade de re-intervenção a curto prazo o início do AVK pode ser adiado.

### C. Doente sob NOAC<sup>2,5,8,9</sup>

A reversão da anticoagulação com NOAC está facilitada pela semi-vida curta que estes fármacos apresentam. Na maior parte das situações basta suspender o NOAC para que essa atividade desapareça em menos de 48 horas.

As manobras de baixo risco hemorrágico peri e pós-operatório podem ser efetuadas sem suspensão do NOAC, desde que efetuadas em vale (12-24h antes da próxima toma, de acordo com o NOAC em causa); a toma seguinte pode ser realizada 6-8 horas após a intervenção, desde que a hemóstase esteja preservada.

Em intervenções de elevado risco hemorrágico pós-operatório o tempo de suspensão tem que ser adaptado à medicação em curso e à função renal do doente. Os tempos de suspensão recomendados podem ser consultados na Tabela 5 (risco elevado). Nestas intervenções o NOAC pode ser retomado 24-48h após a cirurgia se a hemóstase se encontrar adequada.

**Tabela 5** – Tempo desde a última toma de NOAC antes de uma intervenção eletiva tendo em conta o risco hemorrágico.

	DABIGATRANO		APIXABANO / EDOXABANO / RIVAROXABANO	
	Risco Moderado	Risco Elevado	Risco Moderado	Risco Elevado
ClCr $\geq$ 80mL/min	$\geq$ 24 horas	$\geq$ 48 horas	$\geq$ 24 horas	$\geq$ 48 horas
ClCr 50-79mL/min	$\geq$ 36 horas	$\geq$ 72 horas	$\geq$ 24 horas	$\geq$ 48 horas
ClCr 30-49mL/min	$\geq$ 48 horas	$\geq$ 96 horas	$\geq$ 24 horas	$\geq$ 48 horas
ClCr 15-29mL/min			$\geq$ 36 horas	$\geq$ 48 horas
ClCr <15mL/min	Sem indicação para utilização de NOAC			
<b>Sem necessidade de ponte com HBPM</b>				

Caso não seja possível cumprir os tempos estipulados terá que ser ponderada a urgência/emergência da intervenção e, em caso de necessidade de reversão emergente da hipocoagulação, contactar o serviço de Imunohemoterapia.

Estas intervenções não necessitam de ponte com HBPM. No entanto, se se tratar de um doente com alto risco trombótico e não for possível reiniciar o NOAC na altura prevista deve ser considerada a introdução de HBPM.

### ▪ **Planeamento peri-operatório**

Os procedimentos associados a maior risco hemorrágico devem ser agendados para o início da manhã, para se garantir que eventuais complicações hemorrágicas sejam controladas ainda durante o mesmo dia<sup>5,6,10</sup>; aconselha-se também que o procedimento seja realizado no início da semana para providenciar ao doente a assistência necessária caso este apresente uma hemorragia nas 24 ou 48 horas após os procedimentos, o que pode não ser possível durante o fim-de-semana em que o apoio médico se encontra condicionado<sup>5,6</sup>.

A maioria das complicações hemorrágicas não estão diretamente relacionadas com a terapêutica anticoagulante nem com a patologia do doente, mas sim com a má técnica cirúrgica, com trauma excessivo dos tecidos moles, a má adesão do doente às recomendações e a má utilização da analgesia no pós-operatório<sup>6</sup>. O planeamento da intervenção é de extrema importância para que se realize um procedimento o mais atraumático possível, evitando incisões, manipulações ou remoção de tecido desnecessárias<sup>6</sup>.

### ▪ **Medidas pós-operatórias**

Até 3,5% das hemorragias pós-operatórias não são controláveis por medidas hemostáticas locais<sup>6,7</sup>. Assim, para os doentes hipocoagulados, a ferida cirúrgica deve ser suturada e é aconselhável a utilização de um adjuvante hemostático local como a malha de celulose oxidada (*Surgicel*<sup>®</sup>), esponja de gelatina reabsorvível (*Spongostan*<sup>®</sup>), selante de fibrina, esponja de colagénio sintético (*Hemocollagen*<sup>®</sup>), aplicação de compressas com ácido aminocapróico (*Epsicaprom*<sup>®</sup>) ou electrocauterização<sup>5-7,10</sup>.

É importante também fornecer a cada doente hipocoagulado um esquema claro, de preferência em formato escrito, com as indicações quanto à reintrodução da terapêutica anticoagulante (se aplicável) e quanto aos cuidados a ter após uma intervenção na cavidade oral, sublinhando a importância do seu cumprimento<sup>6,10</sup>:

- aplicar pressão na área intervencionada com uma compressa durante cerca de 15 a 30 minutos até a hemorragia cessar;
- evitar fazer bochechos ou tocar na ferida nas primeiras 24 horas;
- realizar dieta mole e fria no primeiro dia, com aumento gradual da consistência;
- aplicar gelo indiretamente na face durante períodos de 10 minutos.

Quanto à medicação prescrita no pós-operatório é importante ter em atenção o seguinte<sup>1,6</sup>:

- pode ser prescrito ácido aminocapróico para aplicação local durante 2 minutos, sem bochechar;
- a administração concomitante de AINE e hipocoagulantes pode aumentar o risco de hemorragia, visto que os primeiros interferem com a hemóstase primária. Assim, é preferível prescrever paracetamol ou tramadol para o controlo da dor, em alternativa à aspirina, ibuprofeno, diclofenac ou naproxeno;
- a medicação com antibióticos deve ser ponderada uma vez que apresentam várias interações com os fármacos anticoagulantes.

Caso a hemorragia persista no pós-operatório, deve-se recomendar que o doente faça compressão com uma compressa embebida em ácido aminocapróico durante 20 minutos<sup>6</sup>. Se

mantiver hemorragia ativa o doente deve recorrer a um serviço de urgência de Estomatologia onde serão tomadas outras medidas, tais como compressão e revisão das medidas hemostáticas locais<sup>4</sup>.

Em caso de hemorragia incontrolável associada a instabilidade hemodinâmica terão que ser tomadas medidas de suporte e deve ser contactado o serviço de Imunohemoterapia para discutir a administração de terapia de reversão indicada para o anticoagulante em causa<sup>4</sup>.

## **Conclusão**

A gestão do risco hemorrágico em doentes hipocoagulados passa por:

- recolher história clínica e exame objetivo, avaliando os fatores individuais e cirúrgicos, incluindo função renal e hepática<sup>4</sup>;
- avaliar o risco tromboembólico do paciente<sup>4</sup>;
- ponderar o adiamento de qualquer intervenção não urgente em pacientes que iniciaram a terapêutica anticoagulante recentemente ou em pacientes a realizar uma terapêutica de curta duração<sup>4,7</sup>;
- planear o procedimento com categorização do risco em baixo risco hemorrágico peri-operatório e baixo/alto risco hemorrágico pós-operatório<sup>4</sup>;
- agendar os procedimentos com risco hemorrágico elevado para o início da manhã e para o início da semana<sup>4,10</sup>;
- para procedimentos com risco baixo de hemorragia peri e pós-operatória não há necessidade de descontinuar a medicação anticoagulante, uma vez que o risco de ocorrer um evento trombótico supera o risco de uma complicação hemorrágica<sup>4</sup>;
- priorizar a aplicação de medidas de hemóstase local e a realização de sutura, se aplicável<sup>4,6,7,10</sup>;
- em doentes medicados com NOAC é necessário alterar o esquema de administração quando sejam necessários procedimentos de elevado risco de hemorragia pós-operatória<sup>4</sup>; a suspensão do NOAC deve ser realizada de acordo com as indicações da Tabela 5 (risco elevado), tendo em conta a função renal e comorbilidades do doente. Em caso de dúvidas o caso deve ser discutido com o serviço de Imunohemoterapia<sup>5</sup>;
- evitar o uso concomitante de fármacos que interfiram com as concentrações plasmáticas dos NOAC, como os AINE<sup>4,6</sup>;
- complicações hemorrágicas pós-operatórias devem ser tratadas com pressão, medidas hemostáticas locais e medidas de suporte hemodinâmico em caso de hemorragias graves<sup>4</sup>.

## **Contactos**

Serviço de Estomatologia: ext. 1858 (sala de médicos)

Serviço de Imunohemoterapia: ext. 5032 (gabinete médico)

## Referências bibliográficas

1. Fluvia Costantinides RR, Lorenzo Pascazio, Michele Maglione. Managing patients taking novel oral anticoagulants (NOAs) in dentistry: a discussion paper on clinical implications. *BMC Oral Health*. 2016;16(5).
2. Gordon H. Guyatt EAA, Mark Crowther, David D. Gutterman, Holger J. Schünemann. Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 10th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *CHEST*. 2016;141(2).
3. Paulus Kirchhof SB, Dipak Kotecha, Anders Ahlsson, Dan Atar, Barbara Casadei, Manuel Castella, Hans-Christoph Diener, Hein Heidbuchel, Jeroen Hendriks, Gerhard Hindricks, Antonis S. Manolis, Jonas Oldgren, Bogdan Alexandru Popescu, Ulrich Schotten, Bart Van Putte, Panagiotis Vardas. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Europace*. 2016;18.
4. S. Nathwani CW. Novel oral anticoagulants and exodontia: the evidence. *BMC Oral Health*. 2017;222(8).
5. SDCEP. Management of Dental Patients Taking Anticoagulants or Antiplatelet Drugs - Dental Clinical Guidance. 2015.
6. Vale A. *Anticoagulação oral em pacientes submetidos a tratamento médico-dentário: proposta de normas terapêuticas*, Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz 2017.
7. Hong C.H. II. Anti-Thrombotic Therapy: Implications for Invasive Outpatient Procedures in Dentistry. *J Blood Disorders Transf*. 2013;4(6).
8. Cristiana Fonseca JA, Fernando Araújo. Manuseio peri-operatório dos doentes medicados com anticoagulantes e antiagregantes plaquetários: resultado da 3ª reunião de consenso da sociedade portuguesa de anesthesiologia. *Rev Soc Port Anesthesiol*. 2014;23(3).
9. Jan Steffel PV, Tatjana S. Potpara, Pierre Albaladejo, et al. The 2018 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation. *European Heart Journal*. 2018;39.
10. J. P. Patel SAW, R. K. Patel, O. Obisesan, L. N. Roberts, C. Bryant, R. Arya. Managing direct oral anticoagulants in patients undergoing dentoalveolar surgery. *British Dental Journal*. 2017;222(4).