

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

MARINA PIGATTO CORREIA

Cirurgiã Dentista

PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA E DE MANEJO DE
PACIENTES COM DOENÇAS CARDIOVASCULARES

*Protocol of dental care and management of patients with Cardiovascular
Diseases*

Monografia apresentada à Faculdade de
Odontologia de Piracicaba, da
Universidade Estadual de Campinas,
como requisito para obtenção ao título
de Especialista em Odontogeriatría.

PIRACICABA

- 2006 -

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

MARINA PIGATTO CORREIA

Cirurgiã Dentista

PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA E DE MANEJO DE
PACIENTES COM DOENÇAS CARDIOVASCULARES

*Protocol of dental care and management of patients with Cardiovascular
Diseases*

Monografia apresentada à Faculdade de
Odontologia de Piracicaba, da
Universidade Estadual de Campinas,
como requisito para obtenção ao título
de Especialista em Odontogeriatría.

Orientador: Prof. Dr. EDUARDO HEBLING

PIRACICABA

- 2006 -



389

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**
Bibliotecário: Marilene Girello – CRB-8ª. / 6159

C817p Correia, Marina Pigatto.
Protocolo de assistência odontológica e de manejo de
pacientes com doenças cardiovasculares. / Marina Pigatto
Correia. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2006.
35f.

Orientador: Eduardo Hebling.
Monografia (Especialização) – Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Doenças Cardiovasculares. 2. Idosos. I. Hebling,
Eduardo. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

(mg/fop)

Dedico esse trabalho à minha mãe
IVANA por sua determinação para que
todos os meus objetivos fossem
alcançados.

Agradecimentos

Agradeço a **DEUS**, pela coragem concedida, para que eu pudesse dar este novo passo na minha vida profissional.

Aos meus pais, **IVANA E LUIZ**, pelo amor e incentivo.

Aos meus tios, **NETO E LELÊ**, pelo carinho e por acreditarem em meu potencial.

Ao Prof. Dr. **EDUARDO HEBLING**, pela amizade e paciência.

Aos colegas do curso de especialização em Odontogeriatría, **DANIELLE, LIZA, VANESSA, LORENA E JOÃO**, pelo carinho e amizade.

**“Os quatro elementos- Fogo, Ar, Água e Terra- Cada um dos
quais é representado por um número, estão em continua
proporção, isto é, o fogo é para o ar, o que o ar é para a água e
a água é a água para a terra. Deus entregou todos os
elementos a construção do mundo e, portanto o mundo é
perfeito, não estando sujeito à velhice ou enfermidade. É
harmonizado pela proporção , o que faz com que tenha o
espírito da amizade ,sendo, portanto, indissolúvel, exceto por
Deus.”**

(RUSSEL)

SUMÁRIO

RESUMO.....	P. 1
ABSTRACT.....	2
1. INTRODUÇÃO.....	3
2. PROPOSIÇÃO	5
3. DESENVOLVIMENTO.....	6
Protocolo de assistência odontológica e de manejo do paciente com doenças cardiovasculares.....	
CONCLUSÕES.....	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34

RESUMO

O maior número de idosos que alcançam a longevidade acaba necessitando de cuidados especiais com a saúde. Isto tem sido observado tanto pela medicina quanto pela odontologia, fazendo com que aumentem o número de profissionais especializados para atender a esta população. As doenças cardiovasculares por serem cada dia mais frequentes, acometendo quase 50% dos indivíduos idosos, são de interesse para ambas as áreas. As mesmas lideram mundialmente as causas de morte e no Brasil já são responsáveis por 300 mil óbitos anuais. É necessário um atendimento especializado e integrado entre ambos para que o paciente tenha um atendimento completo e de qualidade. O papel do cirurgião dentista não deve se limitar a conhecimentos da área odontológica, deve estar preparado para fazer o diagnóstico de doenças sistêmicas e atender ao paciente em casos de emergência. O paciente idoso portador de cardiopatias exige mais paciência, cuidado e atenção, devendo o profissional demonstrar atitude e habilidades para o tratamento do mesmo.

Palavras-chave: Doenças Cardiovasculares; assistência odontológica; manejo; protocolo.

ABSTRACT

The biggest number of aged that they reach the longevity finishes needing cares special with the health. This has been observed in such a way for the medicine how much for the odontologia, making with that they increase the number of specialized professionals to take care of to this population. The cardiovascular illnesses for being each day more frequent, acometendo almost 50% of the aged individuals, are of interest for both the areas. The same ones lead the death causes world-wide and in Brazil already they are responsible for 300 a thousand annual deaths. An attendance specialized and integrated between both so that the patient has a complete attendance and of quality is necessary. The paper of the surgeon dentist does not have to limit the knowledge of the odontológica area, must be prepared to make the diagnosis of sistêmicas illnesses and to take care of to the patient in emergency cases. The carrying aged patient of cardiopathies demands more patience, care and attention, having the professional to demonstrate to attitude and abilities for the treatment of the same.

Key words:

Cardiovascular illnesses; odontologic assistance; handling; protocol

1) INTRODUÇÃO

Tanto para a Medicina quanto para a Odontologia, os últimos anos têm sido os melhores e os piores tempos. Melhores devido ao aumento da expectativa de vida, pois uma grande quantidade de indivíduos idosos irá freqüentar nossos consultórios e ambulatórios; e piores porque o número de profissionais especializados em ambas as áreas é bastante reduzido, com especial destaque para a Odontologia que, salvo uma ou duas escolas entre mais de 100 no país, incluem a Odontogeriatrics como disciplina optativa no currículo de graduação. O maior número de idosos que alcançam esta longevidade acaba necessitando de cuidados especiais com a saúde. Sendo que, isto significa desenvolver novos critérios para a determinação e o tratamento das doenças e queixas comuns na terceira idade. (BRUNETTI, MONTENEGRO, MANETTA, 1998).

As doenças cardiovasculares lideram mundialmente as causas de morte. No Brasil já são responsáveis por 300 mil óbitos anuais. (MITRE, S. C 1993) Dentre elas, a hipertensão arterial é uma doença altamente prevalente, caracterizada pela elevação anormal da pressão sanguínea sistólica arterial, em repouso, acima de 140 mm Hg e ou a elevação da pressão sanguínea diastólica acima de 90mm Hg (SONIS , 1996)

Em pacientes idosos, a alta prevalência de doenças arteriocardíacas ocultas deve ser sempre considerada. A análise dos riscos permite antecipar e prevenir efeitos adversos (BERG, MORGENSTERN, 1997).

O cirurgião dentista tem uma fundamental importância na detecção desta anormalidade, pois está em contato rotineiramente com o paciente. O mesmo deve estar atento aos pacientes geriátricos, que podem necessitar de uma nova forma de abordagem, sendo desde a menor doses de anestésico, a necessidade de profilaxia antibiótica, horários de consultas pela manhã, preceitos ergonômicos diferenciados, técnicas de controle da ansiedade e quase sempre trabalho realizado através de uma equipe multidisciplinar, com o auxílio de vários outros profissionais. Uma vez diagnosticada a gravidade da hipertensão, o dentista deverá elaborar o plano de tratamento, sabendo que não existe substituto para o tratamento médico prolongado, e caso este esteja sem controle adequado, o plano de atendimento poderá ficar comprometido (SONIS 1996)

Este trabalho tem como objetivo o desenvolvimento de um protocolo de atendimento a pacientes geriátrico portadores de doenças cardiovasculares, para que o mesmo seja realizado de forma mais segura tanto para o paciente quanto para o Cirurgião- Dentista.

2) PROPOSIÇÃO

O objetivo deste estudo foi elaborar um protocolo de assistência odontológica e de manejo de pacientes com doenças cardiovasculares (Desenvolvimento: Capítulo 1).

Este trabalho foi realizado no formato alternativo, conforme a deliberação da Comissão Central de Pós-graduação (CCPG) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) nº 001/98. O trabalho apresentado no Capítulo 1 foi realizado para alcançar o objetivo proposto.

3) DESENVOLVIMENTO

PROTÓCOLO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA E DE MANEJO DE PACIENTES COM DOENÇAS CARDIOVASCULARES*

*Protocol of dental care and management of patients with Cardiovascular
Diseases*

Marina Pigatto Correia*

Eduardo Hebling**

* Especialista em Odontogeriatrica pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba
- UNICAMP

** Professor Associado do Departamento de Odontologia Social da Faculdade
de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP

Endereço para correspondência:

Prof. Dr. Eduardo Hebling

Av. Limeira, 901

13414-903, Piracicaba, SP, Brasil

Telefone: (19) 3412 5280 Fax: (19) 3412 5218

E-mail: hebling@fop.unicamp.br

* Trabalho submetido à publicação na Revista Excelência em Saúde Bucal e formatado de acordo com as normas estabelecidas por esse periódico.

**PROTÓCOLO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA E DE MANEJO DE PACIENTES COM
DOENÇAS CARDIOVASCULARES**

*Protocol of dental care and management of patients with cardiovascular
diseases*

RESUMO:

O maior número de idosos que alcançam a longevidade acaba necessitando de cuidados especiais com a saúde. Isto tem sido observado tanto pela medicina quanto pela odontologia, fazendo com que aumentem o número de profissionais especializados para atender a esta população. As doenças cardiovasculares por serem cada dia mais frequentes, acometendo quase 50% dos indivíduos idosos, são de interesse para ambas as áreas. As mesmas lideram mundialmente as causas de morte e no Brasil já são responsáveis por 300 mil óbitos anuais. É necessário um atendimento especializado e integrado entre ambos para que o paciente tenha um atendimento completo e de qualidade. O papel do cirurgião dentista não deve se limitar a conhecimentos da área odontológica, deve estar preparado para fazer o diagnóstico de doenças sistêmicas e atender ao paciente em casos de emergência. O paciente idoso portador de cardiopatias exige mais paciência, cuidado e atenção, devendo o profissional demonstrar atitude e habilidades para o tratamento do mesmo.

Palavras-chave: Doenças Cardiovasculares; assistência odontológica; manejo;

INTRODUÇÃO

Tanto para a Medicina quanto para a Odontologia, os últimos anos têm sido os melhores e os piores tempos. Melhores devido ao aumento da expectativa de vida, pois uma grande quantidade de indivíduos idosos irá freqüentar nossos consultórios e ambulatórios; e piores porque o número de profissionais especializados em ambas as áreas é bastante reduzido, com especial destaque para a Odontologia que, salvo uma ou duas escolas entre mais de 100 no país, incluem a Odontogeriatría como disciplina optativa no currículo de graduação. O maior número de idosos que alcançam esta longevidade acaba necessitando de cuidados especiais com a saúde. Sendo que, isto significa desenvolver novos critérios para a determinação e o tratamento das doenças e queixas comuns na terceira idade. (BRUNETTI, MONTENEGRO, MANETTA, 1998).

As doenças cardiovasculares lideram mundialmente as causas de morte. No Brasil já são responsáveis por 300 mil óbitos anuais. (MITRE, S. C 1993) Dentre elas, a hipertensão arterial é uma doença altamente prevalente, caracterizada pela elevação anormal da pressão sanguínea sistólica arterial, em repouso, acima de 140 mm Hg e ou a elevação da pressão sanguínea diastólica acima de 90mm Hg (SONIS , 1996)

Em pacientes idosos, a alta prevalência de doenças arteriocoronarianas ocultas deve ser sempre considerada. A análise dos riscos permite antecipar e prevenir efeitos adversos (BERG, MORGENSTERN, 1997).

O cirurgião dentista tem uma fundamental importância na detecção desta anormalidade, pois está em contato rotineiramente com o paciente. O mesmo deve estar atento aos pacientes geriátricos, que podem necessitar de uma nova forma de abordagem, sendo desde a menor doses de anestésico, a necessidade de profilaxia antibiótica, horários de consultas pela manhã, preceitos ergonômicos diferenciados, técnicas de controle da ansiedade e quase sempre trabalho realizado através de uma equipe multidisciplinar, com o auxílio de vários outros profissionais. Uma vez diagnosticada a gravidade da hipertensão, o dentista devesse elaborar o plano de tratamento, sabendo que não existe substituto para o tratamento médico prolongado, e caso este esteja sem controle adequado, o plano de atendimento poderá ficar comprometido (SONIS 1996)

Este trabalho tem como objetivo o desenvolvimento de um protocolo de atendimento a pacientes geriátrico portadores de doenças cardiovasculares, para que o mesmo seja realizado de forma mais segura tanto para o paciente quanto para o Cirurgião- Dentista.

Revisão da Literatura

O aumento da expectativa de vida da população brasileira faz com que sejam criadas condições adequadas de vida e saúde para esta população. Lembrando que a boca é parte integrante de um todo, os cuidados com a mesma são indispensáveis para a saúde geral. (BERTI G, M. 2002)

As doenças cardiovasculares ocupam a liderança como causa de ~~mortis~~ em todo mundo. No Brasil já são responsáveis por 300 mil óbitos anuais (cerca de um terço de todos os óbitos no país) , além de serem as que mais levam a faltas e licenças entre trabalhadores. Aproximadamente 10 a 20 milhões de brasileiros sofrem de hipertensão arterial, sendo que 30% deste total não sabem que possuem o problema. (MITRE , 1993).

A alta prevalência de doenças arteri coronárias ocultas em pacientes idosos deve ser considerada. (BERG & MORGNERSTERN 1997)

A ocorrência de ataques cardíacos, a trombose e o AVC, estão entre as doenças mais temidas em todo o mundo e também responsáveis por um quarto do total de mortes anuais. (aproximadamente 12 milhões de indivíduos). Em todo o mundo matam mais pessoas do que qualquer outra doença, e deixam milhões delas inválidas. (MONTENEGRO, 1998)

A hipertensão arterial é uma doença altamente prevalente, acometendo de 15 a 20 % da população adulta, podendo chegar a 50% dos idosos. Considerada um fator de risco para doenças cerebrovasculares , coronárias e renais, se associa e interage com outros fatores, tais como: dislipidemia, resistência a insulina, intolerância a glicose, obesidade, aumento da atividade dos fatores de coagulação, alterações tróficas dos vasos, hipertrofia e alteração diastólica do ventrículo esquerdo. O diagnóstico de hipertensão é dado quando o valor de 140/90mmHg for obtido em pelo menos duas medidas realizadas em momentos diferentes. (DÉCIO, M Jr; PIERIN, A MG 2000)

A pressão sangüínea é a pressão exercida pelo sangue contra a parede dos vasos. Geralmente indica a pressão existente nas artérias volumosas

sendo comumente aferida na artéria braquial. A pressão arterial acima de 140-90 mmHg e geralmente considerada anormal e esta associada a grande incidência de apoplexia, doenças cardíacas e insuficiência renal. De acordo com um relato de 1979 do Nacional Heart, Lung and Blood Institute, 35 milhões de americanos são acometidos pela chamada hipertensão definida, referida como a pressão arterial acima de 160-95 mmHg, e outros 25 milhões tem a hipertensão limiar, definida como a pressão arterial entre 140-90 e 160-95 mmHg (JACOB, FRANCONI, LOSSOW, 1990).

Hipertensão é a elevação anormal da pressão sanguínea sistólica arterial, em repouso, acima de 140 mmHg, e/ou a elevação da pressão sanguínea diastólica acima de 90 mmHg. Fisiologicamente, a pressão sanguínea arterial é resultante do débito cardíaco, do volume líquido intravascular e da resistência dos vasos periféricos. Aproximadamente 10 a 20% da população adulta que frequenta o dentista são afetados pela doença. Embora, a ênfase seja dada as elevações diastólicas, demonstrou-se que hipertensão sistólica é um fator de risco significativo para complicações cardiovasculares subseqüentes (SONIS, ST. , FAZIO, RC. , FANG, L 1996)

Noventa por cento dos pacientes afetados pela hipertensão são portadores da hipertensão essencial (primária ou idiopática), significando assim uma causa desconhecida. Os demais 10% são acometidos pela hipertensão secundária que, com mais freqüência, resulta de doença renal primária, embora a doença renal vascular e as lesões das glândulas adrenais também possam contribuir para esta condição. Algumas formas de hipertensão secundária podem ser tratadas e curadas cirurgicamente, já o controle da

hipertensão essencial requer o uso prolongado de medicamentos que podem afetar o tratamento dentário (SONIS, S., FAZIO, R.C., FANG, L., 1996).

A hipertensão secundária, que atinge pequena porcentagem dos casos, recebe esta denominação devido a ser secundária as condições clínicas envolvendo órgãos específicos. Entre as causas desta estão as doenças renais e os estreitamentos das artérias renais. A presença de secreções excessivas de aldosterona também é considerada causa deste tipo de hipertensão. Na maioria dos casos, a causa da hipertensão é considerada desconhecida, caracterizando assim a chamada hipertensão primária ou essencial. A hereditariedade parece estar relacionada, devido a filhos de pais hipertensos terem duas ou mais chances de desenvolver hipertensão do que filhos de pais com pressão arterial normal (JACOB, FRANCONI, LOSSOW, 1990).

O cirurgião dentista desempenha papel decisivo no processo de triagem de pacientes com hipertensão, devendo estar atento que este quadro pode complicar o tratamento dentário. A hipertensão mal controlada pode aumentar de forma aguda, perante situações estressantes, e desencadear angina, insuficiência cardíaca congestiva ou raramente um acidente vascular cerebral. O cuidado com a verificação da pressão arterial antes das intervenções dentárias minimiza o risco do surgimento destes problemas. Pode-se avaliar a gravidade da hipertensão por meio da história médica, do exame físico e da consulta com o médico do paciente. Pacientes portadores de hipertensão leve e controlada poderão ser submetidos ao esquema normal de tratamento com ou sem encaminhamento ao médico, com ou sem técnicas de sedação. Já os pacientes portadores de hipertensão moderada poderão ser submetidos a

procedimentos não cirúrgicos após encaminhamento ao médico ou revisão do tratamento médico com o mesmo, sendo que em procedimentos cirúrgicos deverá ser usada técnica de sedação e caso seja necessária hospitalização. Em casos onde a hipertensão é grave só deverão ser realizados exames clínicos e radiológicos, e instruções de higiene bucal. Outros tipos de hipertensão deverão ser adiados, até ser instituído um tratamento médico adequado. Caso o controle da pressão seja de impossível correção recomenda-se um plano de tratamento menos complexo. (SONIS, 1996)

Pacientes portadores de hipertensão leve e moderada, apesar do risco ainda são aceitos para o tratamento dentário, incluindo o uso de anestésicos locais com vasopressores. Sendo que a pressão arterial deverá ser monitorada a cada consulta e durante procedimentos mais invasivos. (MALAMED 2001)

As arritmias cardíacas são um distúrbio do ritmo normal do coração, podendo ser tanto atrial quanto ventricular, assintomáticos, que muitas vezes são diagnosticadas em um exame de rotina. Em casos sintomáticos, são relatadas palpitação, síncope, tontura, dispnéia, hipotensão e falha de batimento. As arritmias atriais apresentam pulso irregular, podendo levar a hipotensão, dor torácica, dispnéia, ou síncope. Os pacientes portadores desta forma de arritmia geralmente não necessitam de tratamento. Já as arritmias ventriculares são perigosas para a vida e requerem tratamento médico, pois o paciente pode estar assintomático, notar apenas uma falha ocasional nos batimentos cardíacos ou uma sensação de agitação no peito. Durante o tratamento dentário deve ser consultado o médico do paciente para uma confirmação, pacientes de baixo risco podem ser submetidos a procedimentos

curtos e moderados normalmente, já em procedimentos longos devem ser usadas técnicas de sedação para minimizar o estresse. Pacientes com risco moderado deverão ser submetidos a técnicas de sedação em casos de cirurgias simples e moderadas, já as intensas em ambiente hospitalar. Já os pacientes com risco significativo poderão ser submetidos a exame intra-oral normal, procedimentos não cirúrgicos e cirúrgicos simples após técnica de sedação, sendo esta obrigatória para cirurgias moderadas e intensas. Em cirurgias moderadas a internação hospitalar é considerada, e nas cirurgias extensas recomendada. Paciente com risco elevado deverá se submeter a uma avaliação médica antes de qualquer tratamento dentário. (SONIS 1996)

Devido à alta prevalência das doenças cardiocirculatórias, a insuficiência cardíaca se mostra freqüente e apresenta elevado grau de morbidade e mortalidade, aumentando sua prevalência com a idade, atingindo 10% dos indivíduos com mais de 65anos. Nos Estados Unidos afeta cerca de 4.6 milhões de indivíduos, já no Brasil chega a 2 milhões, com incidência anual de 240 mil novos casos. É classicamente definida como a incapacidade do coração para bombear a quantidade de sangue necessária para suprir as necessidades do organismo. Seu diagnóstico é muitas vezes dificultado por fatores que modificam ou mascaram as manifestações. A dispnéia de origem cardíaca pode não ser evidente no início, pois o idoso geralmente não realiza grandes esforços, portanto pode ser confundida com fadiga relacionada ao processo de envelhecimento. Também são destacados a taquipnéia sem causa evidente, edema, manifestações neuropsíquicas e anorexia intensa acompanhada de caquexia. No entanto, a melhor indicação para o diagnóstico

é a elevação da pressão venosa. O tratamento desta patologia no paciente idoso pode ser utilizado de forma igual em outras faixas etárias, mas apresenta algumas particularidades que devem ser ressaltadas. Na fase inicial, a redução da atividade física é prioritária, pois esforço físico acima do habitual pode desencadear ou agravar a insuficiência. No entanto o risco do repouso prolongado no leito também pode trazer complicações. Pacientes com insuficiência cardíaca compensada, mesmo com baixo desempenho ventricular aumentam sua capacidade ventricular por meio de programas de condicionamento físico, melhorando sua qualidade de vida. Nestes casos, atividade aeróbica de baixa intensidade, três a cinco vezes por semana, tem evidenciado aumento da captação de oxigênio com conseqüente aumento da tolerância aos esforços. O importante papel das dietas hipossódicas na terapêutica da insuficiência cardíaca, deve ser cuidadosa, pois a restrição acentuada do sódio pode ser prejudicial, podendo conduzir o paciente a desnutrição. A obesidade deverá ser controlada, o tabagismo abolido, o álcool evitado, e outros processos patológicos concomitantes tratados. O tratamento farmacológico também se faz eficaz com o uso de Inibidores da Enzima Conservadora da Angiotensina, Antagonistas dos receptores da Angiotensina II, a associação entre hidralazina e dinitrato de isossorbida causando um aumento na sobrevida dos pacientes, diuréticos, digitálicos e beta-bloqueadores. (Filho, Curiati, 2001)

A insuficiência cardíaca congestiva se define como a incapacidade de o coração fornecer um suprimento adequado de sangue para as demandas metabólicas. Os sintomas apresentados se diferem em lado esquerdo, dispnéia

com esforço, ortopnéia e dispnéia noturna paroxística, e do lado direito, edema periférico, congestão hepática e ascite. Dentre as causas se destacam a função reduzida do miocárdio (cardiopatia isquêmica, doenças infiltrativas, distúrbios metabólicos e supressão farmacológica), resistência vascular aumentada (hipertensão, estenose aórtica), aumento do volume sanguíneo (insuficiência valvular, defeito do septo atrial ou ventricular, insuficiência renal crônica com retenção de líquido) e demanda metabólica excessiva (anemia grave). É de grande importância que o cirurgião dentista se familiarize aos sinais e sintomas desta patologia, bem como os possíveis fatores desencadeantes, pois os medicamentos usados no tratamento da mesma podem complicar o tratamento dentário. Pacientes com pequeno risco, cuja insuficiência cardíaca é suave, se apresenta assintomático com o tratamento e usualmente faz uso de diuréticos brandos com ou sem glicosídeos cardíacos poderá ser submetido à quase todos os procedimentos de forma normal, sendo que, apenas em situações de extrações múltiplas, cirurgia com retalho ou gengivectomia, extração de dente incluso, apicectomia, colocação de implantes, cirurgia ortognática e colocação de implantes múltiplos deverão ser realizados após uma consulta médica, lançando mão ou não de uma sedação. Em pacientes com risco moderado é necessária uma consulta médica recente com avaliação do potássio em pacientes que fazem uso de diuréticos, sendo que todos os procedimentos deverão ser realizados de forma normal, com ou sem sedação e hospitalização. Já em pacientes com risco elevado, todo e qualquer procedimento necessitará de sedação, hospitalização e planos de tratamento dentário menos complexo. O dentista deverá realizar uma

cuidadosa avaliação da história clínica do paciente, devendo minimizar o estresse, diminuir o uso de estimulantes cardíacos e melhorar o estado médico. Intervenções prolongadas deverão ser distribuídas em várias consultas, devendo considerar o uso de técnicas de sedação. O uso de epinefrina está contra-indicado, pois a arritmia pode se tornar um problema. (SONIS 1996)

A avaliação do grau de insuficiência cardíaca é de fundamental importância no tratamento odontológico. Pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva capazes de andar, podem ser classificados como ASA II (Portador de doença sistêmica leve), ASA III (Portador de doença sistêmica grave) e ASA IV (Portador de doença sistêmica que representa ameaça constante de vida). Já os portadores de insuficiência cardíaca que demonstram fadiga indevida e dispnéia em repouso, incapazes de realizar atividades normais sem incapacidade apresentam um aumento no grau de diminuição da perfusão hepática, aumentando a meia vida de anestésico tipo amida, além de serem menos tolerante ao estresse apresentando diminuição da reserva funcional. O controle da ansiedade deverá ser realizado podendo ser lançado mão da psicossedação e sedação por inalação. A posição do paciente também deverá ser considerada, devido à impossibilidade de se colocar o mesmo na posição ideal para a realização do atendimento odontológico devido a presença de ortopnéia. (MALAMED 2001)

A Angina é caracterizada pela diminuição da irrigação sanguínea em determinada área cardíaca, podendo ser desencadeada pelo estresse emocional e exercício físico, e sendo aliviada pelo repouso. Os sinais e sintomas de uma crise de angina se assemelham muito aos do infarto do

miocárdio, sendo dor no peito com ou sem irradiação, fraqueza, apreensão, aumento da pressão sanguínea, aumento da frequência do pulso, podendo ou não apresentar dispnéia e sudorese. O paciente deverá ser investigado pelo cirurgião dentista durante a primeira consulta, sobre a frequência das crises, (explanando sobre quando e como foi a última) tentando evitar que o paciente desencadeie um ataque de angina durante o tratamento. Em caso de um ataque de angina no consultório dentário, deve-se suspender o atendimento, reclinar o paciente em 45°, abaixar a posição da cabeça, tranquilizar o paciente, administrar nitroglicerina sublingual (0,3 a 0,4 mg), administrar Oxigênio, e caso a dor persista transportar o paciente para um hospital em ambulância. (SONIS 1996)

A Angina é definida como uma dor torácica transitória produzida por isquemia do miocárdio, aliviada pelo repouso ou administração de vasodilatador. Qualquer fator como ansiedade ou analgesia inadequada, que aumente as necessidades de oxigênio do miocárdio pode provocar um episódio de angina. O uso criterioso de vasopressores associados a anestésicos locais não é contra indicado na angina estável (pacientes com doenças sistêmicas graves) Já a angina instável (pré-infarto), apresenta um risco ASA IV (pacientes com doenças sistêmicas que apresentam ameaça constante de vida). (MALAMED 2001)

O infarto do miocárdio é uma lesão irreversível, consequência de uma isquemia prolongada, que leva a necrose da área, fazendo com que a região enfartada torne-se não funcional, podendo se tornar um foco de arritmia levando a uma doença progressiva das artérias coronárias secundárias a

aterosclerose. Seus sintomas se baseiam em, dor torácica na área subesternal que pode irradiar-se para o braço esquerdo e mandíbula, similar porém mais intensa e demorada que a angina. Também apresenta dispnéia, palpitações, náusea e vômitos. O diagnóstico é feito através de exame clínico e confirmado com o auxílio de eletrocardiograma. As complicações provenientes do infarto estão arritmias, insuficiência cardíaca congestiva, angina e dependendo da extensão da lesão acarretar ameaça de vida. A avaliação dentária do paciente deverá possuir uma detalhada história dos infartos, quanto ao tempo passado, gravidade e curso do mesmo (extensão da lesão e se acarretou complicações), complicações e sempre consultando o médico do paciente. Já o tratamento dentário deverá ser adequado ao tipo e extensão do infarto. Em pacientes que sofreram um infarto agudo mas sem complicações, os procedimentos mais simples poderão ser realizados somente com a redução no tempo das consultas, já procedimentos mais complicados deverão ser realizados após seis meses do ocorrido, usando ou não técnicas de redução de ansiedade e sob consulta médica. Em caso de infarto com complicações, a conduta é conservadora e com o mínimo de estresse nos seis primeiros meses, podendo somente ser submetido a exame clínico e pequenas restaurações normalmente, o restante deverá ser adiado pelo menos seis meses depois do infarto desde que o paciente se mantenha estável neste período. Em casos de urgência o médico do paciente deverá ser consultado e o atendimento realizado em ambiente hospitalar com constante acompanhamento dos sinais vitais (SONIS 1996).

O infarto recente, isto é, a menos de 6 meses, aumenta o risco para os pacientes durante administração de anestésicos locais na odontologia. Intervenções eletivas deverão ser evitadas dentro deste período, pois durante o mesmo aumentam as chances de se ter um reinfarto. Após esta fase, a maioria dos pacientes poderá ser tratada lançando mão de modificações apropriadas para o tratamento. (MALAMED 2001)

Antes do início do tratamento odontológico, o dentista deve determinar o nível de tolerância tanto físico quanto psicológico do paciente, visando determinar se os procedimentos planejados poderão ser realizados com segurança. Caso não seja possível, é importante fazer as modificações específicas visando reduzir o risco do paciente. A análise de riscos permite antecipar e prevenir os efeitos adversos como: infarto do miocárdio, angina, endocardite bacteriana ou falha coronariana congestiva. É obrigação do profissional estar sempre alerta ao paciente idoso, pensando em todas as possibilidades clínicas, para darmos o máximo de nós em benefício da saúde, seja médica ou odontológica, de nossos pacientes. (MONTENEGRO 1998)

A endocardite bacteriana é uma doença cardíaca grave, que apresenta risco de vida, e está relacionada à presença de bactérias na corrente sanguínea. Podendo ser decorrentes de procedimentos odontológicos ou simples hábitos como escovação e uso do fio dental, provocam o acúmulo de bactérias nas válvulas cardíacas e endocárdio. O abatimento do quadro geral do paciente, artrite, anemia, calafrios, confusão mental, embolia, febre, falta de apetite, perda de peso, petéquias, insuficiência cardíaca e sopro estão entre as manifestações clínicas desta doença. A prevenção do desenvolvimento desta

infecção se dá pela administração de agentes antimicrobianos. A profilaxia antibiótica como é chamada, se faz necessária em alguns casos de risco em desenvolver a endocardite como: pacientes com válvulas cardíacas protéticas, endocardite bacteriana prévia, diabetes, doença renal, hepatite crônica ou ativa, doenças infecto-contagiosas, defeitos congênitos no coração, prolapso de válvula mitral sem regurgitação valvular, portadores de marca passo e desfibriladores e sopro cardíaco. (Araújo, Figueiredo, 2002)

Os fatores que podem influenciar na decisão da realização do tratamento odontológico no idoso incluem, sem estar limitada pelos mesmos, a condição social, econômica, familiar, de saúde e transporte, bem como as limitações físicas do paciente. (BERKEY 1996; ETTINGER 1993)

O plano de tratamento e sua execução no paciente idoso podem ser complicados, devido à história médica e social complexas apresentadas pelos mesmos. Deve-se ter em mente um plano de tratamento dinâmico, pois à medida que o tratamento procede, a saúde pode mudar, resultando em fatores modificados novos, que necessitarão de reavaliações constantes e de melhor comunicação com o paciente baseado em sua necessidade. (TERRY J 2003)

O profissional deve procurar descobrir o maior número possível de informações sobre o estado físico e mental do paciente antes de qualquer intervenção. O emprego adequado destas precauções pode levar a determinação precisa da condição física do paciente e evitar 90% das emergências médicas com risco de morte na prática odontológica. (MALAMED STANLEY F. 2001)

Em pacientes idosos, a anamnese é condição sine qua non para a realização de um tratamento considerando as diversas patologias sistêmicas que afetam esses indivíduos. O paciente hipertenso requer como conduta ideal, contato com o médico do mesmo, além de cuidados para reduzir a ansiedade e o stress do tratamento odontológico, os quais podem aumentar o risco a hemorragia e em casos mais graves AVC e infarto do miocárdio durante os procedimentos. (MONTENEGRO 1998)

Como padrão de tratamento, o cirurgião dentista solicita que seus pacientes respondam a uma anamnese na primeira consulta, que deverá ser atualizado a cada seis meses ou sempre que o paciente deixe o consultório por longo período. Esta por sua vez fornece ao profissional, informações adequadas para determinar a condição física de um paciente. Caso seja detectado algum distúrbio, deve ser conversado com o paciente sobre o mesmo, visando obter o máximo possível de informações sobre a intensidade do problema e seu possível impacto sobre o tratamento odontológico planejado. (MALAMED STANLEY F, 2001)

Durante a anamnese podemos identificar pacientes que possuam fatores de risco relacionados ao derrame. Dentre eles estão a idade avançada, hipertensão, tabagismo, colesterol aumentado, diabetes mellitus, sedentarismo, uso excessivo de bebida alcoólica e hereditariedade. O Cirurgião dentista tem participação ativa na prevenção e reabilitação do seu paciente. Segundo a Nacional Stroke Association, mais de 3.000.000 de pessoas que vivem hoje, sobreviverão a um AVC ou derrame. O mesmo é causado pela interrupção repentina do fluxo de sangue ao cérebro, tanto pelo rompimento de uma artéria

causando hemorragia quanto pela obstrução por um trombo. Procedimentos clínicos odontológicos somente deverão ser realizados após seis meses do ocorrido. As informações dadas pelo paciente, familiares, cuidador e médico do paciente determinarão seu estado físico. Antes do início do tratamento é necessário que se tenha uma interação com o médico do paciente, visando saber o estado real do mesmo, as medicações usadas e a possibilidade ou não de uma suspensão temporária do anticoagulante. Estar atento à susceptibilidade a xerostomia, sangramento gengival e hiperplasia causada pela medicação. Nesta fase o objetivo do tratamento odontológico se consiste em restaurar a microbiota oral, aumentando a resistência a doenças orais, diminuindo desconfortos com uso de colutórios bucais e substitutos de saliva. (OSTUNI, E. 1994)

Dentre os cuidados a serem estabelecidos no tratamento do idoso destacam-se a diminuição do tempo das consultas, a realização das mesmas no período matutino e o estabelecimento de comunicação adequado com o paciente, de modo a diminuir a ansiedade quanto ao que será realizado em cada consulta. (MONTENEGRO 1998)

Técnicas de sedação em consultório odontológico são importantes para o bom atendimento e tem por objetivo diminuir a apreensão do paciente. A decisão pela utilização deste tipo de técnica depende da previsão da duração do tratamento e o estresse que o procedimento causará, do estado médico do paciente e da previsão do grau ansiedade gerada em determinado indivíduo, estando sempre ciente de que não existe substituto para a boa relação odontólogo-paciente. As técnicas de sedação só devem ser usadas após

treinamento, com conhecimento completo das técnicas e estando preparado para controlar as possíveis complicações das mesmas. A técnica de sedação simples, através do uso do óxido nítrico é a mais usada, segura e simples de todas. Uma de suas vantagens se dá pelo fato de se poder medir a dose visando individualizar a administração, a reversibilidade é fácil e rápida, a margem de segurança, preparo mínimo antes da consulta e acompanhamento mínimo posterior. É contra indicado em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica, paciente com hipersensibilidade ao óxido nítrico, pacientes com anemia grave e pacientes psiquiátricos. As técnicas de sedação intermediária consistem na administração via oral de drogas sedativo hipnóticas. O paciente submetido a esta técnica deverá ir ao consultório acompanhado de um adulto. O dentista deve avaliar o efeito da droga sob os diferentes órgãos, a metabolização, a excreção e determinar através de uma avaliação clínica a dose adequada. Em pacientes idosos deve ser considerado o ajuste das drogas, nas quais doses mínimas podem ser eficazes. A primeira droga de escolha na sedação intermediária é o Diazepam, cuja depressão cardiorespiratória são mínimas, qdo a droga é usada via oral. Além do seu efeito ansiolítico, a amnésia e o relaxamento muscular aumentam suas vantagens na odontologia. O protocolo consiste em uma dose de 2 a 10 mg de uma a uma hora e meia antes da consulta. É contra indicado em casos de hipersensibilidade ou com glaucoma do ângulo agudo. Deve-se ter cautela em pacientes com disfunção hepática ou renal. Na odontologia a melhor escolha são os barbitúricos de ação curta ou intermediária, em doses de 100 a 200mg por via oral uma a uma hora e meia antes da consulta. É principalmente usado

quando se suspeita que o paciente seja portador de doença hepática uma vez que os barbitúricos de ação prolongada são excretados principalmente pelos rins. Devem ser prescritos com cautela em pacientes com doença pulmonar crônica, com comprometimento cardiovascular significativo e idosos. O cloridrato de prometazina (Fenergan), anti-histaminico, é usado em dose de 25 a 50 mg via oral, com 50 a 100mg do analgésico narcótico meperidina (Demerol) em terapia combinada. A vantagem desta combinação se deve ao fato de se poder continuar facilmente a analgesia pós operatória a cada quatro a seis horas. O efeito colateral se dá através de depressão respiratória acentuada. São contra indicados em pacientes com asma. Já a sedação avançada, se faz de forma endovenosa. Os profissionais que utilizam esta sedação devem ter prática, experiência e equipamentos para qualquer emergência. Apenas pacientes que não são portadores de doença sistêmica e os que são portadores mas sem gravidade poderão ser submetidos a esta técnica em consultório. Os demais somente em ambiente hospitalar. A droga mais usada é o Diazepam, através da injeção lenta direta em grandes veias ou à infusão da droga no soro fisiológico. A administração deste medicamento em pacientes idosos ou com doença pulmonar crônica aumenta o risco de apnéia ou hipotensão, e comprometimento cardíaco. A anestesia geral oferece um controle adicional sobre o paciente mas em comparação a sedação venosa, apresenta maiores problemas quanto ao controle das vias aéreas e manutenção da respiração. Deve ser realizada em ambiente hospitalar por um profissional da área médica. (SONIS 1996)

Os benzodiazepínicos são drogas utilizadas como fármacos tranqüilizantes. Em ansiedades situacionais são sem duvida os mais eficazes do arsenal psicofarmacológico. Por terem efeito miorrelaxante estão contraindicados em casos de Miastenia Grave e Glaucomatosos. Alguns indivíduos, reagem aos mesmos de maneira inversa, exibindo ansiedade exacerbada, excitação, agitação e confusão mental, também sendo contraindicados. Dentre eles se destacam o Diazepam, pois apresenta melhor utilidade em casos mais urgentes, sendo que pode se apresentar na forma comercial de Dienpax (caixas com 20 comprimidos de 5 e 10mg; ampolas para uso parenteral com 10mg) e Valium (caixas com 20 comprimidos a 5mg; caixas com 10 comprimidos a 10mg; caixa com 5 ampolas de 2 ml a 10 mg; suspensão em vidros com 100ml a 2 mg por cada 5 ml). O Oxazepam por ser metabólico do Diazepam é menos hepatotóxico, sendo o medicamento de escolha nos doentes hepáticos que necessitam deste tipo de medicamento. A posologia varia de 10 a 60 mg diários, sendo mais recomendado entre 30 a 45 mg por dia, repetidos em 3 tomadas. O Bromazepam além das características ansiolíticas, possui maior ação miorrelaxante e anticonvulsivante. É mais potente que o Diazepam, possui propriedades antidepressivas, e em altas doses leva a sedação e forte relaxamento muscular. Produz mais sonolência que os outros componentes do grupo. Sua forma comercial mais conhecida é o Lexotan (tendo como apresentação comprimidos 1,5 , 3 e 6mg; suspensão pediátrica de 3mg a cada 5 ml; caixa com ampolas de 5 e 10mg) O Cloxazolam possui as mesmas indicações que o Diazepam, mas sua meia vida é muito mais curta, em torno de 6 a 12 horas. Comercialmente é vendido como

Olcadil (cápsulas de 1mg; comprimidos de 2 mg) e deve ser tomado de 1 a 2 comprimidos ao dia. O Clobazam se destaca pelo reduzido efeito sedativo e hipnótico. Apresenta-se comercialmente como Urbanil ou Frisium (comprimidos de 10 e 20 mg) devendo ser ingerido de 10 a 40 mg diários. Já o Lorazepam possui uma potência ansiolítica quatro vezes superior ao Diazepam, possui sua ação confinada ao sistema límbico, reduzindo efeitos depressores corticais e atividade simpaticolítica. Comercialmente é conhecido como Lorax (comprimidos de 1 e 2 mg; ampolas de 4 mg) , sendo a posologia média indicada de 2 a 6 mg por dia divididos em duas ou três tomadas. (FREITAS, E 1999)

Dentre as doenças cardiovasculares a hipertensão arterial sistêmica, por sua alta prevalência, compromete diversos pacientes odontológicos. O diagnóstico trazido pelo paciente é muitas vezes injustificado, pois as medidas de pressão que permitem uma conclusão diagnóstica devem obedecer a condições padronizadas sob pena de os valores medidos serem superestimados. Nota-se a utilização de aminas simpaticomiméticas como vasoconstritores, sendo que estas determinam vasoconstrição periférica, vasodilatação em musculatura esquelética, estimulação cardíaca, aumento da frequência e débito cardíaco, aumentando a pressão arterial sistêmica. Devido a estas propriedades, há receio no uso do anestésico local com vasoconstritor em pacientes portadores de doenças cardíacas. Em 1997, foi realizada uma pesquisa sobre o efeito da associação de lidocaína 2% e norepinefrina 1:50.000 sobre a pressão arterial e frequência cardíaca de 68 pacientes adultos atendidos em ambulatórios odontológicos da Universidade Luterana do Brasil.

Foi usado como parâmetro à aferição da PA e tomada do pulso no início do atendimento, dois minutos após a anestesia e ao final da consulta sob condições padronizadas. Para isso foram selecionados pacientes hipertensos leves e moderados, e também normotensos, que receberam de um a três tubetes de lidocaína 2% e norepinefrina 1:50.000 administrados em anestésias terminais e tronculares. Observou-se que não foram demonstradas alterações dos níveis pressóricos e de frequência cardíaca nos pacientes que receberam injeção da associação anestésica. Em relação ao tempo, o comportamento da frequência cardíaca foi mais variável que o da pressão arterial, embora todos os valores médios registrados tenham permanecido dentro dos limites da normalidade. (ZOTTIS, D. , BERNARDES, R. , WANNMACHER, L. 1999)

Os anestésicos locais são substâncias capazes de impedir a condução de impulsos nas fibras nervosas. Tanto as sensações que vem da periferia para o Sistema nervoso central, quanto às mensagens que o sistema nervoso envia para a periferia , deixam de ser conduzidas pelo nervo sob ação do anestésico local, desaparecendo diversas formas de sensibilidade. Dos efeitos resultantes da ação dessas drogas, o que mais interessa é a abolição da dor. (YAGIELA, AJ, NEIDLE , AE, DOWD, FJ 2000)

A anestesia local corresponde ao bloqueio reversível da condução nervosa, determinando perda das sensações sem alteração do nível de consciência. A reversibilidade dos efeitos é a principal característica deste tipo de anestésico. Podem ser classificados em agentes tipo éster ou amida. Esta classificação tem sua importância clínica associada a duração do efeito e riscos de reação alérgica. Os ésteres são hidrolizados por enzimas encontradas de

forma ampla em plasma e diferentes tecidos, determinando duração de efeito menor. Já as amidas sofrem metabolismo hepático, com conseqüente maior duração de ação. Os anestésicos locais são classificados em agentes de curta duração, duração intermediária e longa duração. A lidocaína é o anestésico padrão, comparado com os demais. Pode ser usada em diversas técnicas anestésicas, pode ser administrada por via intravenosa para tratar arritmias cardíacas em unidades de cuidado intensivas durante cirurgias. A Mepivacaina não é efetiva topicamente, mas usada em anestésias infiltrativas e bloqueios regionais produz menos vasodilatação que a lidocaína, podendo ser usada sem vasoconstritor para procedimentos curtos. (NEDER, AC, 2004)

3.0 Conclusões

Baseados na revista da literatura e nas limitações desse trabalho, podemos concluir que:

- As doenças cardiovasculares afetam grande parte da nossa população idosa, fazendo com que seja necessário o desenvolvimento de um protocolo para o tratamento destes pacientes.
- Estudos futuros devem ser realizados para a aferição e validação desse protocolo de atendimento.

Referências Bibliográficas:

1. Ettinger RL, Mulligan R. The future of dental care for the elderly population. J Calif Dent Assoc 1999;27:687-92

2. Terry JL, Ettinger RL. As complexidades que envolvem o tratamento de um paciente idoso – Relato de caso.JADA- Brasil, Vol.6, jul/ago 2003:218-224
3. Mitre SC. Doenças cardiovasculares no Brasil: dados epidemiológicos e assistência médica. Ministério da Saúde, Coordenações Cardiovasculares, Brasília, 1993.
4. Berti GM. Autopercepção e avaliação das condições de saúde bucal de idosos.Tese apresentada a Universidade Estadual Paulista para obtenção do grau de Doutor. Araçatuba; s.n; 2002.119p.tab.(BR)
5. Ostuni, E. Stroke and the dental patient. JADA, Vol.125, June.1994: 721-727
6. Ramos, INC. et.al. Riscos da Endocardite Infecciosa nos procedimentos odontológicos. BCI.V.08,nº29,p. 35-39,2001.
7. Deboni, M.C.Z et.al. Profilaxia antibiótica: recomendações atuais – Revista da APCD, V 55, p96-9-2001.BBO
8. Filho,ETC.,Curiati, JAE. Insuficiência cardíaca no idoso- Como diagnosticar e tratar. Revista Brasileira de Medicina – Vol.58, nº3,Março 2001,p. 108-138
9. Malamed SF. Manual de anestesia local quarta edição.Ed Guanabara Koogan S.A – Rio de Janeiro, 2001, p.104-117
- 10.Freitas, E . Psicofarmacologia Aplicada a Clínica. 3ªedição. Ed. Epub, 1999, p.95-108

11. Jacob, SW., Francone, CA., Lossow, WJ. Anatomia e Fisiologia Humana 5ª edição. Ed Guanabara Koogan S.A, 1990, p. 325-334
12. Andrade ED. Terapêutica medicamentosa em Odontologia. São Paulo: Artes Médicas; 1999.
13. Zottis, D., Bernardes, R., Wannmacher, L. Efeito de vasoconstritor usado em anestesia local sobre pressão arterial sistêmica e frequência cardíaca durante o atendimento odontológico. Revista ABO Nacional. Vol 7. nº5. Outubro/Novembro-1999
14. YANGELA, AJ, NEIDLE, EA, DOWD, JF. Farmacologia e terapêutica para dentistas. 4ª ed. Ed. Guanabara Koogan, 2000. p.206:222
15. Neder, AC. Farmacoterapia. 10ª ed. Ed. Santos 2004 p.219:270.
16. Garbin, CAS, Moimaz, SAS, Machado, TP. Odontologia Geriátrica: Hoje e sempre. RBO.V.6, N4. Jul/Ago 2003.

4) CONCLUSÕES GERAIS

As doenças cardiovasculares afetam grande parte da nossa população alvo, fazendo com que seja necessário o desenvolvimento de um protocolo para o tratamento destes pacientes. A anamnese mostra-se como a fase inicial e de fundamental importância, pois é através delas que poderemos detectar a doença em pacientes que não tem sintomatologia ou não sabem de sua existência. Deverá ser composta de um questionamento detalhado sobre a história médica, história clínica, história familiar e relatos sobre a enfermidade que o acomete. A avaliação dos sinais vitais deverá vir em seguida, através da aferição da pressão arterial, frequência respiratória, aferição do pulso e temperatura. Esta avaliação deverá ser realizada em todas as consultas, e durante procedimento mais estressantes em pacientes de risco. Inspeção, palpação e auscultação serão utilizadas para que seja fechado um diagnóstico. Após o diagnóstico ou suspeita da doença, é necessário que se tenha interação com o médico do paciente, visando um melhor acompanhamento e tratamento do caso. Em caso de procedimentos não cirúrgicos e pouco invasivos deverão ser realizados em casos mais simples de forma normal, já em casos mais complexos, onde os pacientes são afetados mais gravemente pela doença após encaminhamento ao médico e com ou sem técnica de sedação. Em procedimentos cirúrgicos todos os pacientes deverão ser encaminhados para uma avaliação médica, devendo lançar mão de sedação intermediária através da utilização do Diazepam em uma dose que pode variar de 2 a 10 mg uma hora antes da consulta. Lembrando que pacientes idosos

respondem significativamente a doses pequenas. Também é importante relatar que a administração de Paracetamol 750mg uma hora antes e uma hora depois do procedimento cirúrgico ajudam no pós-operatório. O anestésico de escolha é a Lidocaína 2% associada a adrenalina 1:100.000 devendo ser a injeção lenta, com movimentos de aspiração e respeitando o número de tubetes para cada paciente. É necessário que se tenha consciência de que todos os pacientes geriátricos com doenças cardiovasculares são considerados de risco.

Referências Bibliográficas¹

1. Ettinger RL, Mulligan R. The future of dental care for the elderly population. J Calif Dent Assoc 1999;27:687-92
2. Terry JL, Ettinger RL. As complexidades que envolvem o tratamento de um paciente idoso – Relato de caso.JADA- Brasil, Vol.6, jul/ago 2003:218-224
3. Mitre SC. Doenças cardiovasculares no Brasil: dados epidemiológicos e assistência médica. Ministério da Saúde, Coordenações Cardiovasculares, Brasília, 1993.
4. Berti GM. Autopercepção e avaliação das condições de saúde bucal de idosos.Tese apresentada a Universidade Estadual Paulista para obtenção do grau de Doutor. Araçatuba; s.n; 2002.119p.tab.(BR)
5. Ostuni, E. Stroke and the dental patient. JADA, Vol.125, June.1994: 721-727
6. Ramos, INC. et.al. Riscos da Endocardite Infecciosa nos procedimentos odontológicos. BCI.V.08,nº29,p. 35-39,2001.
7. Deboni, M.C.Z et.al. Profilaxia antibiótica: recomendações atuais – Revista da APCD, V 55, p96-9-2001.BBO
8. Filho,ETC.,Curiati, JAE. Insuficiência cardíaca no idoso- Como diagnosticar e tratar. Revista Brasileira de Medicina – Vol.58, nº3,Março 2001,p. 108-138

¹ De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseada no modelo Vancouver. Abreviaturas dos periódicos em conformidade com o Medline.

9. Malamed SF. Manual de anestesia local quarta edição. Ed Guanabara Koogan S.A – Rio de Janeiro, 2001, p.104-117
10. Freitas, E . Psicofarmacologia Aplicada a Clínica. 3ªedição. Ed. Epub, 1999, p.95-108
11. Jacob, SW., Francone, CA., Lossow, WJ. Anatomia e Fisiologia Humana 5ªedição. Ed Guanabara Koogan S.A, 1990, p. 325-334
12. Andrade ED. Terapêutica medicamentosa em Odontologia. São Paulo: Artes Médicas; 1999.
13. Zottis, D., Bernardes, R., Wannmacher, L. Efeito de vasoconstritor usado em anestesia local sobre pressão arterial sistêmica e frequência cardíaca durante o atendimento odontológico. Revista ABO Nacional. Vol 7. nº5. Outubro/Novembro-1999
14. YANGELA, AJ, NEIDLE, EA, DOWD, JF. Farmacologia e terapêutica para dentistas. 4ª ed. Ed. Guanabara Koogan, 2000. p.206:222
15. Neder, AC. Farmacoterapia. 10ªed. Ed . Santos 2004 p.219:270.
16. Garbin, CAS, Moimaz, SAS, Machado, TP. Odontologia Geriátrica: Hoje e sempre. RBO.V.6, N4. Jul/Ago 2003.