

TRATAMENTO DE PACIENTES CARDIOPATAS NA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Maysa Nogueira Ferreira de Barros

Discente do curso de Odontologia na Universidade Federal de Sergipe - UFS. E-mail: maysinha_odonto@yahoo.com.br

Cristiano Gaujac

Doutorando em Implantes Dentários no programa de pós-graduação em odontologia da Universidade Estadual Paulista UNESP - Araçatuba.

Cleverson Trento

Doutor em Estomatologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP; Docente Adjunto do curso de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe - UFS. E-mail: lucianokeko@hotmail.com

Maria Carolina Viana de Andrade

Discente do curso de Odontologia na Universidade Federal de Sergipe - UFS. E-mail: m_carol_10@hotmail.com

RESUMO: As cardiopatias são uma das doenças mais frequentes no mundo. Por esse motivo, o cirurgião-dentista provavelmente receberá vários cardiopatas em seu consultório e deve estar apto para atendê-los. Dentre os vários tipos, a cardiopatia isquêmica, as arritmias e endocardites bacterianas são as que apresentam maior grau de comprometimento cardiovascular. Este estudo tem como objetivo mostrar a importância do conhecimento prévio das principais cardiopatias, suas características, escolha adequada dos anestésicos locais, entre outros fatores que preparam o cirurgião dentista para o atendimento seguro do paciente cardiopata.

PALAVRAS-CHAVE: Anestésicos Locais; Cardiopatias; Odontologia; Cardiologia.

PATIENTS WITH HEART DISEASES IN DENTAL CLINIC

ABSTRACT: Heart conditions are one of the most predominant diseases worldwide. Since surgeon dentists are likely to attend these patients in their clinics, they should be able to cope with eventualities. Among the most deleterious types, ischemic heart disease, arrhythmia and bacterial endocarditis present the most harmful cardiovascular risks. Current research shows the importance of previous knowledge on main heart diseases, their characteristics, the right choice in anesthetic and other factors that provide the dentist with the required tools for the safe attendance of heart condition patients.

KEYWORDS: Cardiology; Heart Diseases; Dentistry; Disease.

INTRODUÇÃO

Nos dias de hoje, aumentou consideravelmente o número de pessoas portadoras de doenças sistêmicas que procuram tratamento odontológico. No Brasil, na década de 90, a taxa de mortalidade de pacientes cardiopatas foi de 30%, enquanto que atualmente este valor cresceu para 34% (EPSTEIN.; CHONG; LE, 2000).

Esse quadro tem estimulado o cirurgião-dentista a buscar novos conhecimentos para que o atendimento destes pacientes seja feito com maior segurança. O paciente cardiopata deve passar por uma análise criteriosa. Além disso, deve haver uma interação entre médico e cirurgião-dentista, para assegurar a saúde do paciente e evitar interações medicamentosas indesejáveis (CONRADO et al., 2007).

Em caso de situações inadequadas, o cirurgião-dentista deve estar preparado para procedimentos emergenciais, como a ressuscitação cardiopulmonar e administração de oxigênio ao paciente (TEIXEIRA et. al., 2008). Dentre os vários tipos de cardiopatia temos a angina pectoris, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva, arritmias e endocardites bacterianas que são as que apresentam maior grau de comprometimento cardiovascular.

1.1 ANGINA PECTORIS

A angina é uma dor no peito resultante de uma redução parcial e reversível da demanda de oxigênio no músculo cardíaco, geralmente devido à obstrução das artérias coronárias (MUÑOZ et al., 2008). Ocorre em 60% dos pacientes com estenose aórtica, e em metade desses casos, há associação com coronariopatia obstrutiva (CHAGAS; LAURINDO; PINTO, 2005).

A angina muitas vezes é desencadeada pelo estresse emocional ou pelo exercício físico, sendo aliviada pelo repouso. A dor geralmente não é bem localizada, pode ocorrer no centro do peito, costas, pescoço, queixo ou ombros. O paciente com angina aguda demonstra sinais de ansiedade e é incapaz de indicar exatamente o local da dor, mas com frequência fecha o punho sobre o esterno numa tentativa de descrevê-la. Comumente é descrita como uma sensação de peso sobre a área pré-cordial, podendo irradiar-se para o ombro e o braço esquerdos, colo, mandíbula ou língua. A angina estável costuma ser de curta duração, menos do que 5 minutos, e alivia depois do fator desencadeante ser removido. Caso a dor não alivie ou progrida, ou a angina aconteça em situação de repouso, será denominada angina instável, que pode ser precursora do infarto (TEIXEIRA et al.; 2008).

1.2 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA

O coração saudável é aquele que provém perfusão adequada para a manutenção das atividades vitais de um organismo (DECCACHE, 2000). A insuficiência cardíaca congestiva é o resultado da incapacidade do coração em fornecer um suprimento adequado de oxigênio para atender às demandas metabólicas do organismo e está associada a vários fatores de complicações. Quanto mais fatores o paciente tiver, mais sério o comprometimento dele e maior o risco durante o tratamento odontológico. No geral, este tratamento deve ser conduzido de forma a reduzir o estresse ao mínimo necessário (consultas mais curtas, sedação complementar). Nos casos de risco elevado, os procedimentos deverão ser efetuados com sedação e em ambiente hospitalar (TEIXEIRA et al., 2008).

1.3 ARRITMIAS

Um distúrbio do ritmo normal do coração é denominado de arritmia, tendo origem nos átrios (arritmia atrial) ou nos ventrículos (arritmia ventricular). Com frequência, as arritmias representam manifestações de cardiopatia aterosclerótica subjacente. Quando significativas, aumentam o risco de angina, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva, crises passageiras de isquemia e acidentes vasculares cerebrais (TEIXEIRA et al., 2008).

1.4 INFARTO DO MIOCÁRDIO

O infarto do miocárdio é consequência de isquemia prolongada no músculo cardíaco (falta de aporte sanguíneo que resulta em necrose). O paciente com crise de infarto costuma

apresentar dor semelhante à da angina do peito. Geralmente a dor do infarto está associada à parte interna do peito, e o paciente pode apresentar náuseas e vômitos (MUÑOZ et al., 2008).

É comum a utilização de morfina, e numa segunda instância, de meperidina para a reversão do quadro de infarto agudo do miocárdio (GOMES et al., 1996). Antes de qualquer tratamento odontológico, o paciente que sofreu um infarto recente deve ser cuidadosamente avaliado. Procedimentos odontológicos devem ser adiados pelo menos por seis meses e, idealmente, por mais de um ano após o infarto (TEIXEIRA et al., 2008).

Pacientes que não tiveram complicações pós-infarto nem fatores de risco adicionais podem ser tratados no consultório odontológico, desde que alguns cuidados sejam tomados. O controle da ansiedade do paciente, consultas breves e a utilização controlada de anestésicos com vasoconstritores, muitas vezes associada ao uso de sedação complementar, diminuem os riscos de uma recidiva. Nos casos de infarto do miocárdio com complicações, ou com recuperação instável, sugerem-se condutas mais cuidadosas, evitando-se procedimentos dentários cirúrgicos nos primeiros seis meses depois da ocorrência. As emergências dentárias devem ser tratadas de forma conservadora ou monitoradas em ambiente hospitalar (TEIXEIRA et al., 2008).

1.5 ENDOCARDITES BACTERIANAS

Endocardite bacteriana é um processo infeccioso da superfície do endocárdio, envolvendo geralmente as valvas cardíacas. É uma doença grave, que apresenta risco de vida, e seu desenvolvimento pode estar relacionado com bacteremias decorrentes de procedimentos odontológicos (CABELL; ABRUTYN; KARCHMER, 2003).

As intervenções odontológicas constituem uma das causas principais de bacteremia transitória. As bactérias presentes na circulação sanguínea podem colonizar válvulas danificadas ou anormais, resultando em endocardite bacteriana. Os riscos de uma bacteremia de origem bucal parecem estar na dependência de duas variáveis importantes: a extensão do traumatismo aos tecidos moles e o grau da doença inflamatória local preexistente (CABELL; ABRUTYN; KARCHMER, 2003).

Portanto, em qualquer procedimento odontológico com risco em pacientes com comprometimento cardiovascular e sangramento deve ser avaliada a necessidade de profilaxia com antibióticos em pacientes suscetíveis ao desenvolvimento de endocardite bacteriana (TEIXEIRA et al., 2008).

Logo, o cirurgião-dentista deve conhecer a patogênese da doença, ser capaz de identificar a população de risco, instituir uma correta profilaxia antibiótica e orientar seus pacientes na higiene bucal, a fim de prevenir esta doença.

1.6 PLANEJAMENTO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM PACIENTES CARDIOPATAS

O atendimento de um indivíduo portador de comprometimentos cardiovasculares deve possuir um planejamento da

consulta, que quando realizado de forma correta, beneficia o paciente. Para isso, alguns métodos são adotados, como anamnese, avaliação dos sinais vitais, sessões curtas e acompanhamento multidisciplinar.

Um método seguro e eficaz antes da execução do tratamento odontológico em pacientes cardiopatas é a anamnese. Os objetivos principais da anamnese são detectar problemas, avaliar o paciente quanto ao seu atual estado de saúde geral e verificar quais fatores de risco associados ao comprometimento cardiovascular existente. Vida sedentária, obesidade, tensão psicossocial, história familiar de infarto agudo de miocárdio, fumo, hipertensão, diabetes e hiperlipidemia são considerados aspectos agravantes das coronariopatias (MUÑOZ et al., 2008).

Após a detecção dos fatores de risco, o cirurgião-dentista deve direcionar a avaliação no sentido de se obter informações sobre o grau de controle da doença. Além disso, saber quando ocorreu a última consulta médica e se foi feita alguma alteração recente na medicação (TEIXEIRA et al., 2008).

Após o exame subjetivo, o cirurgião-dentista deve avaliar os sinais vitais do paciente. O objetivo é manter o controle vital do paciente, uma vez que qualquer anormalidade pode denunciar o agravamento da enfermidade ou corroborar o tratamento que está sendo realizado através da medicação prescrita (ANDRADE, 2003).

Outro fator importante no tratamento odontológico dos pacientes cardiopatas é a duração da consulta, que deve ser curta. Além disso, a inclinação do encosto da cadeira deve ser menor, resultando em maior conforto ao paciente, já que o mesmo pode apresentar dificuldade respiratória na posição supina (TEIXEIRA et al., 2008).

Por fim, é necessário que a forma de comunicação entre os cirurgiões-dentistas e os médicos seja modificada e valorizada, pois, deve haver uma interação entre médico e cirurgião-dentista, para assegurar a saúde do paciente e evitar interações medicamentosas indesejáveis (CONRADO et al., 2007).

1.7 USO DE ANESTÉSICOS LOCAIS EM PACIENTES CARDIOPATAS

No plano de tratamento da maioria dos pacientes que requerem cuidados especiais, um assunto que ainda causa muita controvérsia diz respeito à escolha da solução anestésica local. Na maioria das vezes, o médico comunica ao cirurgião-dentista sobre a impossibilidade de uso de agentes vasoconstritores. Isto acarreta certa indecisão ao profissional de odontologia (ANDRADE, 2003).

A adrenalina empregada na medicina é usada para comprometimento sistêmico e por isso sua dose é 0,5 a 1,0 mg, enquanto que um tubete anestésico com adrenalina a 1:100.000 contém apenas 0,018 mg, já que sua finalidade é local (CONRADO et al., 2007).

O uso de vasoconstritores nas soluções anestésicas locais traz grandes vantagens para obtenção de uma anestesia eficaz. Pela vasoconstrição local provocada, ocorre um retardamento da absorção do anestésico local injetado, advindo às seguintes vantagens de sua utilização: 1) Aumento da duração da anes-

tesia; 2) Aumento da profundidade da anestesia; 3) Redução da toxicidade do anestésico local; 4) Utilização de menores volumes da solução anestésica; 5) Diminuição do sangramento em procedimentos cirúrgicos (GARCIA, 1987).

Paralelamente, a grande maioria dos médicos desconhece o fato de que muitas vezes os cirurgiões-dentistas necessitam de uma anestesia pulpar de maior duração. Além disso, quando se empregam soluções anestésicas locais sem vasoconstritor a margem de segurança clínica é diminuída, pois a dose máxima é geralmente calculada em função da quantidade do sal anestésico e não do agente vasopressor (ANDRADE, 2003). Portanto, a utilização de vasoconstritores, deve ser extremamente prudente com a análise de caso a caso.

A administração dos anestésicos deverá ser feita de forma lenta e gradual, após aspiração inicial, evitando-se injeções intravasculares. A lidocaína é protótipo de anestésico de duração intermediária, por isso sendo considerada como medicamento de referência com propriedades de valor terapêutico antiarrítmica, anticonvulsivante, antiinflamatória e antimicrobiana (HAGHIGHAT; KAVIANI; PANAH, 2006).

A bupivacaína é indicada em procedimentos de maior duração, porém, ela é cardiopática por possui atração pelas fibras cardíacas, sendo contra-indicada para pacientes cardiopatas. A prilocaína é medicamento de referência para uso em odontologia, pois possui felipressina como vasoconstritor, o que não induz variações na pressão arterial. Porém, é rapidamente degradada pelas amidases hepáticas (OLIVEIRA, 2005; MALAMED, 2005)

Quanto à escolha da solução anestésica local, deve-se levar em consideração o risco das interações medicamentosas indesejáveis, já que os cardiopatas normalmente fazem uso contínuo de medicamentos. Uma dessas drogas são os beta-bloqueadores não seletivos, como o propranolol, este após a injeção intravascular rápida, pode interagir com o agente vasoconstritor noradrenalina e promover taquicardia e aumento brusco da pressão arterial sanguínea (ANDRADE, 2003).

1.8 CONTROLE DA ANSIEDADE EM PACIENTES CARDIOPATAS

O tratamento odontológico geralmente induz um quadro de ansiedade e apreensão nos pacientes. Alguns são tomados de verdadeira fobia ou pânico, muitas vezes sem uma causa aparente, ao sentarem na cadeira do dentista; outros são estimulados por fatores geradores de estresse no próprio ambiente de atendimento odontológico, como a visão de sangue ou do instrumental, especialmente da seringa carpule e agulhas; os movimentos bruscos ou rispídos do profissional e a sensação inesperada de dor, este sem dúvida, o fator mais importante (ANDRADE, 2003).

A dor, ansiedade e medo sofridos levam a uma liberação de adrenalina endógena em quantidade maior do que a contida em um tubete anestésico (GARCIA, 1987). Os métodos de controle da ansiedade podem ser farmacológicos ou não farmacológicos. Entre os não farmacológicos, temos a verbalização (iatrosedação), às vezes associada às técnicas de relaxamento muscular ou de condicionamento psicológico. Quando estes métodos não são suficientes o bastante para reduzir a

ansiedade e o medo, indica-se o uso de métodos farmacológicos como medida complementar (ANDRADE, 2003).

1.9 SEDAÇÃO CONSCIENTE COM A MISTURA DE ÓXIDO NITROSO E OXIGÊNIO

Há décadas a sedação consciente via inalatória (N_2O/O_2) vem sendo muito usada em vários países, sem a ocorrência de qualquer complicação grave para os pacientes. Suas principais vantagens em relação às outras técnicas de sedação que usam outras vias de administração são: 1) Tempos curtos para se atingir os níveis adequados de sedação e para a recuperação do paciente; 2) Administração constante de, no mínimo, 30% de O_2 durante o atendimento, o que equivale à cerca de uma vez e meia a quantidade de O_2 contido no ar atmosférico; 3) A duração e a intensidade da sedação podem ser controladas pelo profissional em qualquer momento do atendimento; 4) Os gases podem ser administrados pela técnica incremental, ou seja, pode-se individualizar a quantidade e a concentração de N_2O/O_2 para cada paciente; 5) O óxido nitroso não apresenta efeitos adversos sobre fígado, rins, pulmões, sistema cardiovascular e respiratório e 6) Além de sedar o paciente, a técnica promove analgesia relativa, diminuindo a resposta dolorosa na maioria dos procedimentos odontológicos, embora esta técnica não dispense o uso simultâneo da anestesia local (SCOTTISH DENTAL CLINICAL EFFECTIVENESS PROGRAMME, 2006).

Mesmo sendo uma técnica segura, ela deve ser usada por profissionais que já tenham tido treinamento no manejo do equipamento de dispensação dos gases, que habilita o cirurgião-dentista a empregá-la e conseguir os resultados desejados (ANDRADE, 2003).

1.10 SEDAÇÃO CONSCIENTE COM BENZODIAZEPÍNICOS

Desde sua introdução no mercado farmacêutico, há mais de 40 anos, os benzodiazepínicos têm sido as drogas de primeira escolha para a sedação consciente, pela sua eficácia e segurança clínica. Deste grupo de drogas, pode-se destacar o diazepam, lorazepam e alprazolam que diferem entre si apenas com relação a algumas propriedades farmacocinéticas. O diazepam e o alprazolam possuem um rápido início de ação, ao contrário do lorazepam. O diazepam apresenta duração mais prolongada, enquanto os demais são de ação intermediária. O midazolam é outro ansiolítico deste grupo, de ação mais curta, mas que também apresenta ação hipnótica (indução do sono fisiológico), sendo empregado na dose de 15 mg (ANDRADE, 2003).

As doses recomendadas para uso por via oral, em adultos, são de 5 a 10 mg para o diazepam, 1 a 2 mg para o lorazepam e 0,5 a 0,75 mg para o alprazolam (ANDRADE, 2003). O protocolo adotado pela Área de Farmacologia e Anestesiologia recomenda uma dose única do benzodiazepínico de escolha, administrada 30 a 45 minutos antes do atendimento, com exceção do lorazepam, que deve ser tomado com 2 horas de antecedência (ANDRADE, 2003).

Em pacientes extremamente apreensivos e ansiosos, pode-se receitar também uma dose para ser tomada na noite anterior à consulta, com o objetivo de proporcionar um sono mais tranquilo (SCOTTISH DENTAL CLINICAL EFFECTIVENESS PROGRAMME, 2006).

1.11 SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA COM PACIENTES CARDIOPATAS

Durante o atendimento odontológico de um indivíduo com comprometimento cardiovascular, o cirurgião-dentista necessita monitorar as condições de pulso e pressão do paciente. Caso este sinta dor no peito, devem ser consideradas outras causas possíveis de dor. Quando ele tiver uma história regressa de angina estável, existe uma maior possibilidade de a dor no peito ser um ataque de angina. Em caso de diagnóstico positivo para angina, o tratamento dentário deve ser suspenso, e o paciente precisa ser reclinado a 45° para que se verifique a sua pressão sanguínea. Se observar que a pressão sistólica está menor do que 100, o paciente deve abaixar a cabeça (TEIXEIRA et al., 2008).

Além disso, deve-se tranquilizá-lo e administrar nitroglicerina via sublingual. A dor da angina deve aliviar em 3-5 min. Esses procedimentos podem ser repetidos duas vezes, em intervalos de 5 min. Se o paciente reclamar de dor de cabeça branda, isso sugere que foi administrada a dose terapêutica. Caso a dor no peito não alivie, há evidência de infarto do miocárdio ou de angina pré-infarto, e o paciente deve ser transportado imediatamente para o hospital (CAHALAN, 2003).

É preciso verificar a pressão sanguínea a cada 5 minutos em pacientes inconscientes. O cirurgião-dentista deve estar preparado para procedimentos de ressuscitação cardiopulmonar, quando não for mais detectada a pulsação do paciente (TEIXEIRA et al., 2008).

1.12 DOENÇA PERIODONTAL COMO FATOR DE RISCO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

A periodontite é uma infecção multifatorial, causada por um grupo de bactérias gram-negativas presentes na superfície dos dentes e no biofilme da placa bacteriana (COSTA; SILVA JUNIOR; TEREZAN, 2005). Em vista da forte associação da placa bacteriana com as infecções periodontais, da natureza crônica dessas doenças e da resposta local e sistêmica do hospedeiro ao ataque microbiano, é razoável a hipótese de que essas infecções possam influenciar a saúde geral e o curso de algumas doenças sistêmicas (ACCARINI; GODOY, 2006).

Apesar disso, a doença periodontal ainda não pode ser considerada um fator de risco para doenças cardiovasculares, porém há diversos fatores que contribuem para essa doença ser considerada um risco. A bacteriemia determinada pelo acúmulo excessivo de placa bacteriana poderia também provocar um aumento na viscosidade sanguínea e na agregação plaquetária, com consequente efeito trombogênico. Mediadores inflamatórios e imunológicos, em especial IL-6 e PCR, parecem ter seus níveis sorológicos aumentados na presença de doença periodontal (COSTA; SILVA JUNIOR; TERE-

ZAN, 2005).

Um desses mecanismos considera a possibilidade de que microrganismos da placa bacteriana participem na patogênese da aterosclerose. Dessa forma, alguns estudos têm identificado microrganismos como *Bacteróides forsytus*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Streptococcus sanguis* e *Prevotella intermedia* nas placas ateromatosas (ACCARINI; GODOY, 2006).

A alta prevalência de doenças cardiovasculares na população, particularmente de doenças cardíacas isquêmicas, demonstra que o cirurgião-dentista atenderá cada vez mais esse tipo de paciente. Portanto, o mesmo deve estar apto a receber esses pacientes com maior segurança, tendo maior controle sobre a administração das soluções anestésicas locais e medicamentos de uso odontológico, além de outros cuidados de ordem geral.

Um fator incontestavelmente importante é o controle da ansiedade em pacientes cardiopatas. O mesmo pode ser feito de dois tipos: farmacológico e não farmacológico. O método farmacológico mais utilizado consiste no uso de ansiolíticos via oral antes do procedimento odontológico, sendo o Midazolam a droga mais segura (GAUJAC, 2006).

Outro método, que está ganhando destaque no Brasil nos últimos anos, é a sedação consciente com óxido nítrico e oxigênio. É um método seguro e não existe ocorrência de qualquer complicação grave para os pacientes (ANDRADE, 2003; SCOTTISH DENTAL CLINICAL EFFECTIVENESS PROGRAMME, 2006).

O conhecimento atualizado sobre atendimentos emergenciais no consultório odontológico é uma obrigação do cirurgião-dentista. A possibilidade de ocorrência de uma complicação como, por exemplo, uma parada cardiorrespiratória é eminente, apesar de rara. A aptidão para realizar os procedimentos de urgência como a ressuscitação cardiopulmonar advém do conhecimento profundo e treinamento intenso (TEIXEIRA et al., 2008; CAHALAN, 2003). A grande maioria dos cirurgiões-dentistas hoje no Brasil não apresenta treinamento adequado para resolver problemas como esses, muito provavelmente devido a uma falha na formação acadêmica da maioria das faculdades de odontologia que não apresenta uma disciplina específica.

Apesar dos resultados indicarem uma associação entre doença periodontal e cardiovascular, permanecem controvérsias principalmente quanto à ligação causal e mecanismos fisiopatológicos que expliquem esta associação. Em vista da forte associação da placa bacteriana com as infecções periodontais, da natureza crônica dessas doenças e da resposta local e sistêmica do hospedeiro ao ataque microbiano, é razoável a hipótese de que essas infecções possam influenciar a saúde geral e o curso de algumas doenças sistêmicas (ACCARINI; GODOY, 2006).

Um dos problemas para se chegar a um consenso é a falta de padronização entre os critérios adotados para determinação e avaliação de doença periodontal. Um efeito indireto da infecção periodontal que poderia explicar a associação entre as doenças periodontal e cardíaca diz respeito à hipercoagulabilidade sanguínea. Sabe-se que a viscosidade sanguínea aumentada pode promover doença cardíaca isquêmica

importante e derrames, por aumentar o risco de formação de trombos (COSTA; SILVA JUNIOR; TEREZAN, 2005).

O uso de anestésicos locais com vasoconstritores em coronarianos ainda é muito controverso na literatura. Segundo Conrado e colaboradores (2007) os vasoconstritores não são contra-indicados em portadores de cardiopatias, desde que seja adotada técnica anestésica segura e com mínima quantidade de dose anestésica e aspiração prévia, embora para ele, o uso de vasopressores deva ser evitado em pacientes com doença cardiovascular de alto risco. Porém, Andrade (2003) acredita que soluções anestésicas com vasoconstritor só devam ser empregadas em caso de o cirurgião-dentista necessitar de uma anestesia pulpar de maior duração. Sendo a Mepivacaína 3% sem vasoconstritor o anestésico de primeira escolha para os demais procedimentos.

É também de importância enfatizar que a quantidade de vasoconstritor presente em um tubete anestésico é muito pequena se comparada com as quantidades utilizadas em procedimentos médicos. Pela falta desse conhecimento, os cardiologistas tendem a contra-indicar o uso de vasoconstritores em tratamentos odontológicos.

O uso de anestésicos sem vasoconstritor promove uma ação muito curta, o que faz com que ocorram várias infusões e com que o paciente venha a sentir dor, o que provoca a produção de uma quantidade de adrenalina muito maior que a concentração dentro de um tubete. Diante desses fatos, é preferível que se utilize uma quantidade limitada de anestésicos com vasoconstritor (dois tubetes), criando uma situação mais favorável e tranquila para a realização do procedimento por um tempo mais prolongado, e evitando também uma intoxicação do paciente por excesso de anestésico.

2 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido ao número crescente de pessoas que sofrem de cardiopatias, é de fundamental importância o conhecimento das doenças coronarianas por parte do cirurgião-dentista para proporcionar um atendimento seguro a esses pacientes. O emprego rotineiro de anestésicos locais com vasoconstritores em consultórios odontológicos requer cuidados e avaliação por parte do cirurgião-dentista, sendo indicado para cardiopatas um máximo de dois tubetes de anestésico com vasoconstritor. Dessa forma, sugere-se um contato entre o cirurgião-dentista e o cardiologista do paciente, para perfeito conhecimento da cardiopatia e das medicações habituais, e que se tenha certeza da compensação do paciente para a realização do tratamento odontológico. A capacitação do cirurgião-dentista é algo imprescindível para uma prática segura, através da aferição dos sinais vitais de todos os pacientes e anestesia efetiva para suprimir a dor (e evitar tensões maiores em pacientes com disfunção cardiocirculatória), o que leva à proteção do paciente e preservação do seu bem-estar.

REFERÊNCIAS

ACCARINI, R.; GODOY, M. F. de. Periodontal Disease as a Potential Risk Factor for Acute Coronary Syndromes. *Arq Bras Cardiol*, n. 87, p. 539-543, 2006.

- ANDRADE, E. D. de. Cuidados Com o Uso de Medicamentos em Diabéticos, Hipertensos e Cardiopatas. In: CONCLAVE ODONTOLÓGICO INTERNACIONAL, 15, 2003, Campinas. *Anais...* Campinas, SP: ACDC, 2003. p. 1678-1899.
- CABELL, C. H.; ABRUTYN, E.; KARCHMER, A. W.. Bacterial Endocarditis: The Disease, Treatment, and Prevention. *Circulation*, n. 107, p. 185-187, 2003.
- CAHALAN, M. K.. **Anesthetic Management of Patients with Heart Disease**. [S. l.]: Iars Review Course Lectures, 2003.
- CONRADO, V. C. L. S. et al. Cardiovascular Effects of Local Anesthesia with Vasoconstrictor during Dental Extraction in Coronary Patients. *Arq. Bras. Cardiol*, v. 88, n. 5, p. 446-452, 2007.
- COSTA, T. D.; SILVA JÚNIOR, G. F. da; TEREZAN, M. L. F.. Influência das doenças periodontais sobre as cardiopatias coronarianas. *R. Ci. Méd. Biol.*, Salvador, v. 4, n. 1, p. 63-69, jan./abr. 2005.
- CHAGAS, A. C. P.; LAURINDO, F. R. M.; PINTO, I. M. F.. **Manual Prático em Cardiologia**. São Paulo, SP: Editora Atheneu, 2005.
- DECCACHE, W.. **Como examinar um cardiopata**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Revinter, 2000.
- EPSTEIN, J. M.; CHONG, S.; LE, N. D. A survey of antibiotic use in dentistry. *The journal of the american dental association*, v. 131, n. 11, p. 1600-1609, 2000.
- GARCIA, G.. Uso de anestésico local contendo adrenalina ou noradrenalina em cardiopatas e hipertensos. *Odontol. Mod.*, v. 14, n. 6, p. 17-23, jul. 1987.
- GAUJAC, C.. **Controle da Dor e Inflamação em Cirurgia Odontológica**. Araçatuba, SP: [S. n.], 2006.
- GOMES, M. de F.; AZEREDO, M. A. V.; FRISON, L. I.; VITOLA, D.. **Rotinas em Cardiologia**. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1996.
- HAGHIGHAT, A.; KAVIANI, N.; PANAH, R.. Hemodynamic Effects of 2% Lidocaine with 1:80000 Epinephrine in Inferior Alveolar Nerve Block. *Dental Research Journal*, v. 3, n. 1, p. 4-7, 2006.
- MALAMED, S. F. **Manual de Anestesia Local**. 5. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2005.
- MUÑOZ, M. M. et al. Cardiovascular diseases in dental practice. Practical considerations. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, v. 13, n. 5, p. 296-302, maio 2008.
- OLIVEIRA, E. A. de. Anestésicos Locais de Uso Clínico e seus Possíveis Efeitos Colaterais. In: JORNADA CIENTÍFICA DA UNIOESTE, 3, 15-17 jun. 2005. *Anais...* Marechal Cândido Rondon, PR: Unioeste, 2005.
- SCOTTISH DENTAL CLINICAL EFFECTIVENESS PROGRAMME. **Conscious Sedation in Dentistry**. [S. l.]: [S. n.], 2006.
- TEIXEIRA, C. da S. et al. Tratamento odontológico em pacientes com comprometimento cardiovascular. *RSBO*, v. 5, n.1, p. 68-76, 2008.

Recebido em: 23 Maio 2010

Aceito em: 26 Agosto 2010