

 Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES	PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD HEMOSTÁTICA EN PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS	Código: PROC.ODONT.
HOSPITAL U. PUERTA DEL MAR UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE HEMATOLOGÍA E INMUNOLOGÍA.	REALIZADO POR: MARÍA YERA COBO CARMEN DE COS HÖHR CONCEPCIÓN SEVILLANO RUIZ-MATEOS	FECHA: 6-06-18

INTRODUCCIÓN

Los avances en la Odontología, la conciencia de la salud bucal y el envejecimiento de la población, hacen que los procedimientos odontológicos sean cada vez más frecuentes en la práctica clínica habitual.

En general, se trata de procedimientos muy seguros que habitualmente se realizan en clínicas fuera del ámbito hospitalario sin incidencias. Bastaría con una sencilla historia clínica previa para descartar que se trate de un paciente de riesgo (antecedentes familiares y personales de sangrados (espontáneos o tras procedimientos/cirugías) y tratamiento que realiza: anticoagulantes, antiagregantes,...).

Aquellos pacientes con antecedentes hemorrágicos así como los pacientes anticoagulados/antiagregados que requieran ajuste de su tratamiento previo al procedimiento, deben ser remitidos al médico de atención primaria, o Hematología.

PACIENTES ANTICOAGULADOS

Los antagonistas de la vitamina K (AVK) [Acenocumarol (Sintrom®) y Warfarina (Aldocumar®)] han sido durante décadas la única opción disponible para la terapia anticoagulante oral (TAO).

En los últimos años se han desarrollado nuevos medicamentos anticoagulantes, tales como el inhibidor directo de la trombina Dabigatrán etexilato (Pradaxa®), y los inhibidores directos del factor X activado Rivaroxabán (Xarelto®), Apixabán (Eliquis®) y Edoxabán (Lixiana®), que han demostrado un beneficio-riesgo favorable en diversas condiciones clínicas en las que está indicada la anticoagulación (prevención de ictus en FA y tratamiento y prevención de recurrencias de TVP/TEP).

También existe un grupo de pacientes que se encuentran anticoagulados con heparinas de bajo peso molecular (HBPM) como los pacientes oncológicos que reciben tratamiento quimioterápico, pacientes a la espera de valoración de tratamiento anticoagulante oral,...

MANEJO PERIPROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE ANTICOAGULADO

Cuando un paciente anticoagulado va a ser sometido a un procedimiento cruento, es necesario valorar el riesgo trombótico y hemorrágico del paciente, así como el riesgo hemorrágico del procedimiento a realizar.

En los paciente de alto riesgo trombótico, recomendamos demorar los procedimientos odontológicos hasta que el riesgo sea menor (al menos 3 meses tras ictus, trombosis venosa, infarto de miocardio,...) y siempre han de ser valorados previamente por Hematología que ajustará el tratamiento antitrombótico.

Estratificación del riesgo tromboembólico de los pacientes en tratamiento anticoagulante

Riesgo	Motivo de la anticoagulación		
	Válvulas cardiacas mecánicas	Fibrilación auricular	Tromboembolia venosa
Alto	Posición mitral Posición tricuspídea (incluido biológicas) Posición aórtica (prótesis monodisco) Ictus/AIT < 6 meses	CHA ₂ DS ₂ -VASC [*] 7-9 Ictus/AIT < 3 meses Valvulopatía reumática mitral	TEV reciente (< 3 meses) Trombofilia grave (homocigosis factor V Leiden, 20210 protrombina, déficit de proteína C, S o antitrombina, defectos múltiples, síndrome antifosfolipídico)
Moderado	Posición aórtica + 1 FR: FA, ictus/AIT previo > 6 meses, DM, IC, edad > 75 años	CHA ₂ DS ₂ -VASC 5-6 Ictus/AIT > 3 meses	TEV 3-12 meses previos Trombofilia no grave (heterocigosis para factor V Leiden o mutación 20210 A de la protrombina) TEV recurrente TEV + cáncer activo
Bajo	Posición aórtica sin FR	CHA ₂ DS ₂ -VASC 1-4 Sin ictus/AIT previo	TEV > 12 meses

AIT: accidente isquémico transitorio; DM: diabetes mellitus; FA: fibrilación auricular; FR: factor de riesgo; IC: insuficiencia cardiaca; TEV: tromboembolia venosa.

* CHA₂DS₂-VASC: 1 punto para insuficiencia cardiaca, hipertensión, diabetes mellitus, sexo femenino, edad 65-74 años y enfermedad vascular (arteriopatía periférica, cardiopatía isquémica o placa de aorta complicada) y 2 puntos para edad ≥ 75 años y antecedentes de ictus, AIT o embolia periférica.

 <p>Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES</p>	<p align="center">PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD HEMOSTÁTICA EN PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS</p> <p>REALIZADO POR: MARÍA YERA COBO CARMEN DE COS HÖHR CONCEPCIÓN SEVILLANO RUIZ-MATEOS</p>	<p>Código: PROC.ODONT.</p>
<p>HOSPITAL U. PUERTA DEL MAR UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE HEMATOLOGÍA E INMUNOLOGÍA.</p>		<p>FECHA: 6-06-18</p>

En Odontología, la mayoría de procedimientos van a ser considerados de muy bajo o bajo riesgo hemorrágico. Aquellos procedimientos de alto riesgo hemorrágico o que se vayan a hacer en pacientes de alto riesgo hemorrágico (pacientes con coagulopatías) debe considerarse su realización en un Centro hospitalario en el que se pueda observar al paciente, monitorizar o tratar en caso de hemorragia.

En los pacientes anticoagulados o con antecedentes hemorrágicos que tienen que ser sometidos a procedimientos odontológicos, es muy útil el **Ácido tranexámico** (Amchafibrin® ampollas: realizar enjuagues o empapar gasa y colocarla en punto sangrante), además de otros hemostáticos locales (Surgicel,..).

Según el tratamiento antitrombótico que reciba, realizaremos el **ajuste periprocedimiento**:

- Antivitaminas K (AVK: Sintrom o Warfarina):
 - Procedimientos de muy bajo riesgo (exodoncias de 1-2 piezas, limpiezas,...): no es preciso retirar AVK. Se recomienda realizar INR los días previos para asegurarnos que está en rango (generalmente 2-3).
 - Procedimientos de mayor riesgo (exodoncias múltiples, curetajes, implantes,...): se retira Sintrom 2 días antes (3-5 días en caso de Warfarina). Se recomienda realizar INR la semana previa para ajuste de dosis y entregar pauta al paciente. Sólo si se trata de un paciente de alto riesgo trombótico, valoraremos profilaxis con HBPM, el resto no precisa.
 - IMPORTANTE: En los pacientes anticoagulados que requieran de múltiples exodoncias o varios procedimientos cruentos, se recomienda realizarlos espaciados en el tiempo y nunca en una sola visita para evitar posibles complicaciones hemorrágicas.

- Anticoagulantes orales directos (ACOD: Pradaxa, Xarelto, Elixia o Lixiana):
 - El ajuste de dosis se realizará en función del aclaramiento renal del paciente (ClCr), ya que se trata de fármacos que se eliminan por esta vía.
 - Nunca es preciso terapia puente con HBPM previo al procedimiento, salvo en aquellos casos en los que se vaya a demorar el reinicio del ACOD (por sangrado o porque precise de nueva intervención en pocos días). En estos pacientes, se puede valorar HBPM hasta que pueda reiniciarse el anticoagulante (nunca ambos fármacos juntos).
 - Procedimientos de muy bajo riesgo (exodoncias de 1-2 piezas, limpiezas,...): No es preciso suspender el ACOD o sólo 1-2 dosis. La dosis previa sería 24h antes si el fármaco lo toma una vez al día (desayuno del día anterior) o 12h antes si el medicamento se toma cada 12h (última toma en el desayuno o cena del día de antes). El día del procedimiento no debe tomar el ACOD previamente y lo puede reiniciar cuando hayan transcurrido 6-8 horas del procedimiento (en la cena o al día siguiente). No precisa terapia puente.
 - Procedimientos de mayor riesgo (exodoncias múltiples, curetajes, implantes,...): No tomar el día previo si ClCr >50 ml/min o dos días antes si < 50 ml/min. Reinicio a las 24h del procedimiento.

- Heparinas de bajo peso molecular (HBPM: Clexane, Innohep, Hibor,...):
 - Dosis profilácticas (ej: Clexane 40 mg, Hibor 3.500 U, Innohep 3.500/4.500 U):
 - Última dosis 12 horas antes
 - Reiniciar a las 6-8h del procedimiento, si no sangrado.

 <p>Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES</p>	<p align="center">PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD HEMOSTÁTICA EN PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS</p> <p>REALIZADO POR: MARÍA YERA COBO CARMEN DE COS HÖHR CONCEPCIÓN SEVILLANO RUIZ-MATEOS</p>	<p>Código: PROC.ODONT.</p>
<p>HOSPITAL U. PUERTA DEL MAR UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE HEMATOLOGÍA E INMUNOLOGÍA.</p>		<p>FECHA: 6-06-18</p>

- Dosis terapéuticas:
 - Si se administran cada 12h, administrar la última dosis 24h antes (eliminar la dosis de la tarde/noche).
 - Si se administran una vez al día, disminuir la dosis al 50% el día previo
 - Reiniciar a las 8h

- Antiagregantes plaquetarios (ácido acetilsalicílico (AAS, Adiro®), Trifusal (Disgren®), Clopidogrel (Plavix®), Ticagrelor (Brilique®),...): Recomendamos valoración por el especialista prescriptor por la gran variedad de indicaciones que tiene la terapia antiagregante y la heterogeneidad del riesgo trombótico de los pacientes bajo estos tratamientos.
 - Los pacientes en profilaxis primaria (que nunca han presentado ningún evento isquémico): podrían suspenderlo
 - Los pacientes en profilaxis secundaria (lo toman tras un evento isquémico): es fundamental conocer cuál fue el evento y cuanto tiempo ha transcurrido desde entonces. En algunos pacientes se podrá suspender el antiagregante, en otros se mantendrá si se trata de AAS 100 mg, en otros casos se disminuirá la dosis (AAS 300 mg a 100 mg) o se cambiará de antiagregante (ej: Plavix a AAS 100 mg), y en otros no se podrá modificar y habrá que consensuar con el paciente cómo actuar.
 - Los pacientes con doble antiagregación tienen alto o muy alto riesgo trombótico, por lo en primer lugar debe contemplarse la opción de demorar el procedimiento y en caso que no se pueda, deben ser siempre valorados por un especialista.

COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS TRAS EL PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO

Si el paciente presenta sangrado patológico tras la intervención:

- Demorar o suspender el anticoagulante, en caso que lo tome
- Revisar la herida quirúrgica e intentar realizar hemostasia local (puntos de sutura, Amchafibrin®, Surgicel®,...)
- En caso de continuar con el sangrado a pesar de las medidas anteriores, derivar a Urgencias del Hospital para valoración del sangrado, la herida, realización de pruebas analíticas,....