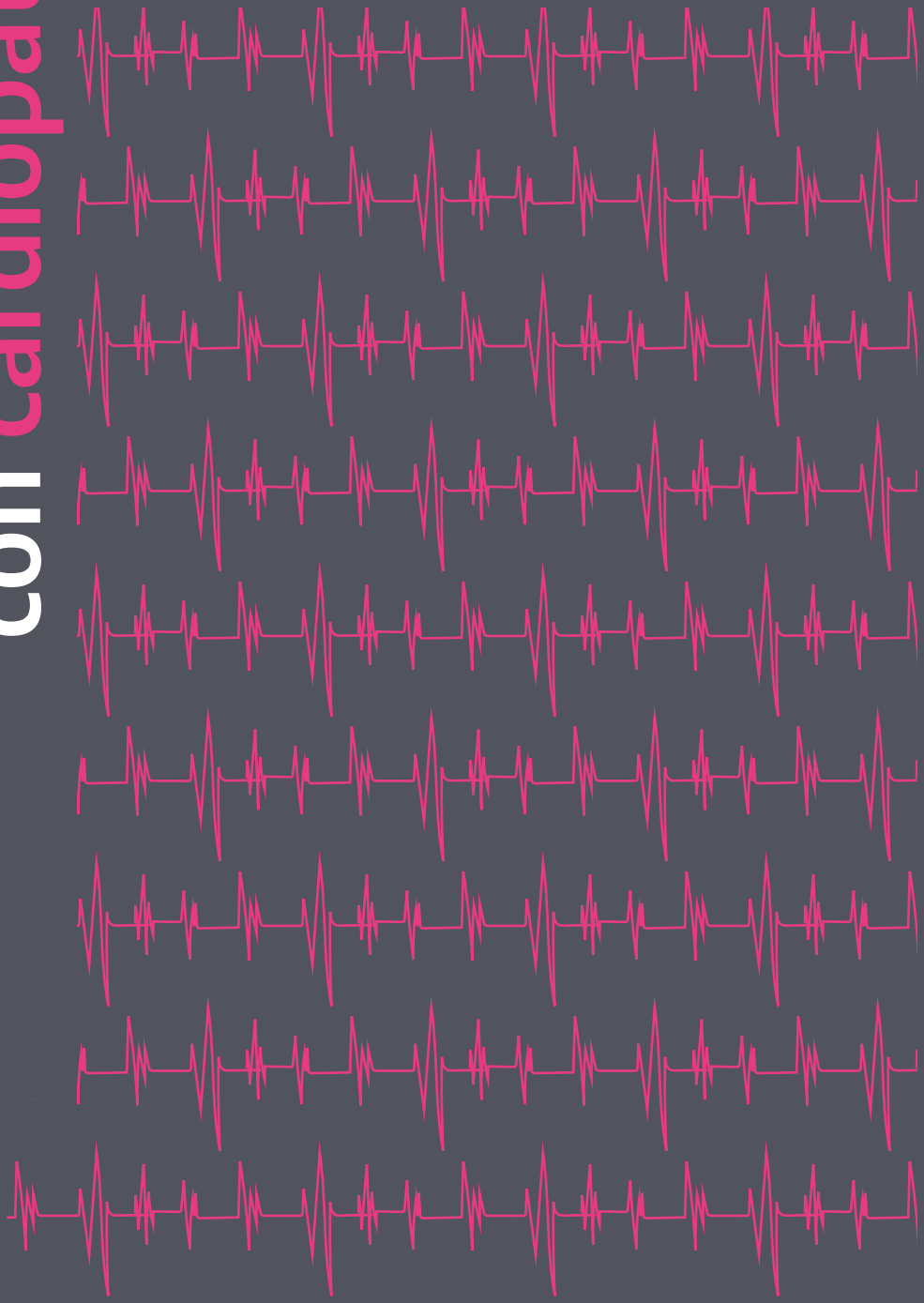
Cuidado de la salud bucodental en personas con cardiopatías



primero la gente

Ministerio de Salud
Argentina

Autoridades

Presidente de la Nación
Dr. Alberto Fernández

Ministra de Salud
Dra. Carla Vizzotti

Secretaria de Acceso a la Salud
Dra. Sandra Tirado

Subsecretario de Estrategias Sanitarias
Dr. Juan Manuel Castelli

Director Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles
Dr. Nicolás Ivan Haeberer

Directora de Salud Bucodental
Dra. Claudia Martinelli

Equipo elaborador

Programa Nacional de Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares
Dra. Natalia Vensentini

Dirección de Salud Bucodental
Dr. Diego Somaruga , Dra. Evangelina Pepe

Diseño
Tec. Mel S. Pesce Ortíz

Sobre esta guía

A continuación se elaboró una guía de recomendaciones para la atención odontológica en pacientes con diferentes cardiopatías, es de vital importancia que el odontólogo confeccione una detallada historia clínica, con el fin de poder realizar un plan de tratamiento acorde al estado sistémico de cada paciente.

Fundamentación

La enfermedad periodontal y la enfermedad cardiovascular son dos de las enfermedades más prevalentes en la población mundial. Ambas son enfermedades de alto impacto en la salud pública. La enfermedad periodontal se define como una inflamación crónica de los tejidos que dan soporte a los dientes causada por bacterias bacilos gram negativos y espiroquetas que se generan en biofilms alrededor de los dientes. La prevalencia de la periodontitis severa va desde el 1% en pacientes entre 20 y 29 años hasta de 39% en pacientes mayores de 65 años. La presencia de microorganismos genera una respuesta inflamatoria local y sistémica. La producción de reactantes de fase aguda y mediadores proinflamatorios aumenta el riesgo de inflamación en las placas ateroescleróticas haciéndolas propensas a ruptura. Existe además lo posibilidad de la entrada de bacterias al torrente sanguíneo, dichas bacteremias se han relacionado con la posibilidad de endocarditis infecciosa.

Estudios epidemiológicos han demostrado un aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular en pacientes con enfermedad periodontal activa, independientemente de otros factores de riesgo que comparten ambas patologías. El riesgo relativo varía entre diferentes autores y trabajos realizados pero está cercano al 19% como lo demostró Wei-Dong en su metaanálisis. El efecto de la periodontitis se ha evidenciado en otros aspectos del espectro clínico de la enfermedad cardiovascular como lo son la alteración de la actividad insulínica, glicogénesis hepática y alteración de la microflora intestinal que lleva a procesos de inflamación sistémica y cambios metabólicos. Por estas razones es aconsejable realizar una revisión exhaustiva de la condición dental de los pacientes en riesgo de enfermedad cardiovascular, en aquellos pacientes con enfermedad activa se aconseja la extracción y reparación de piezas dentales.

¿Que es la Endocarditis Infecciosa?

La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad en la que uno ó varios microorganismos infectan el endocardio, las válvulas o las estructuras relacionadas, generalmente sobre una lesión anterior: cardiopatía reumática en otros tiempos, cardiopatías congénitas en la actualidad. Puede ser súbita y aguda, pero más frecuentemente es subaguda y larvada lo que retrasa el diagnóstico. Tiene morbilidad y mortalidad importante a pesar de los tratamientos antimicrobianos y de la difusión de su profilaxis entre los niños susceptibles. Nuevos grupos de riesgo son los pacientes sometidos a cirugía cardiaca, los niños que precisan catéteres intravasculares, especialmente neonatos, los inmunodeprimidos y los adictos a drogas por vía intravenosa. La ecocardiografía-Doppler aporta actualmente criterios básicos para el diagnóstico y seguimiento.

Los agentes etiológicos son bacterias, y más raramente hongos, rickettsias o clamydias.

Las bacterias más frecuentemente aisladas son cocos grampositivos, en especial Streptococcus grupo viridans (alfa hemolíticos) (Strep. sanguis, mitis, mutans, etc.) (32%), ó Staphylococcus, más ligados a formas agudas, graves como EI precoz tras cirugía cardiaca: Staph. aureus, (27%), Staph. epidermidis, Staph. coagulasa negativos (12%) y Enterococcus (4%). Un grupo de Strep. alfa hemolíticos requiere L-cisteina o piridoxina para su crecimiento: son las denominadas Abiotrophia sp., que presentan una menor susceptibilidad a los antibióticos betalactámicos. – Otras bacterias aisladas (4%) son las pertenecientes al denominado grupo HACEK (Haemophilus parainfluenzae, H. aphrophilus, H. paraphrophilus, Actinobacillus actinomycetemcomitans, Cardiobacterium hominis, Eikenella sp., y Kingella Kingae).

La endocarditis micótica es más frecuente en neonatos con infección sistémica, tras cirugía cardiaca, o en niños que desarrollan un trombo intracardiaco o daño valvular por catéter venoso central, sobre todo para nutrición parenteral. Los causantes son Cándida sp. (70%), y además se han aislado Aspergillus sp., Histoplasma capsulatum, Blastomyces dermatitidis, Cryptococcus neoformans, Coccidioides immitis, Mucor sp., Torulopsis glabrata, Trichosporon beigelii, Fusarium sp., Pseudallescheria boydii.[1, 2, 3]

1 Prevention of Viridans Group Streptococcal Infective Endocarditis: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. (Prevención de la endocarditis infecciosa de estreptococo del grupo viridians: una declaración científica del American Heart Association. 2001

2 Bayer A, Bolger A, Taubert K, et al.: Diagnosis and manegement of infective endocarditis and its complications. Circulation. 1998;98:2936-2948

3 Morris CD, Reller MD, Menash VD.: Thirty-year incidence of infective endocarditis after surgery for congenital heart defect. JAMA.1998;279:599-603

Orientación para el equipo de salud del PNA en el cuidado bucodental de las personas adultas con cardiopatías

Se recomienda la profilaxis antibiótica para procedimientos dentales solamente en aquellos pacientes con afecciones cardíacas relacionadas con un riesgo muy alto de presentar consecuencias adversas debido a la endocarditis, entre ellas:

- Válvula cardíaca protésica.
- Historia previa de endocarditis.
- Cardiopatía congénita únicamente en las siguientes categorías: - Cardiopatía congénita cianótica que no ha sido corregida, que abarca aquellas con derivaciones o conductos paliativos.
- Cardiopatía congénita corregida por completo con un dispositivo o un material protésico, colocado mediante una cirugía o cateterismo, durante los primeros seis meses posteriores al procedimiento[4].
- Cardiopatía congénita corregida con un parche protésico o una prótesis (que inhibe la epitelización) con defectos residuales en el sitio o al lado de este.
- Receptores de trasplantes cardíacos con enfermedad cardíaca valvular.

Estudios recientes ponen de manifiesto el riesgo de EI tras manipulaciones dentales en pacientes con válvula aórtica bicúspide y prolapso de válvula mitral pero aún no existe una recomendación especificada por las diferentes guías.

4 Se recomienda la profilaxis porque la epitelización del material protésico ocurre dentro de los seis meses posteriores al procedimiento. El comité no recomienda profilaxis para procedimientos dentales más de 6 meses después del procedimiento, y siempre que no exista ningún defecto desde la reparación

Recomendaciones en el manejo odontológico de los pacientes en riesgo de Endocarditis infecciosa

Todo paciente en riesgo de EI debe visitar periódicamente al odontólogo/a y tratar de mantener la salud bucal. Las visitas periódicas al odontólogo ayudan a prevenir y a identificar tempranamente lesiones bucales y permiten otorgar el tratamiento oportuno. El uso de clorhexidina es aconsejable como parte del tratamiento de la enfermedad así como la prevención de la misma en pacientes de riesgo o que vayan a ser sometidos a procedimientos quirúrgicos, en casos especiales se aconseja profilaxis antibiótica para prevenir la endocarditis infecciosa.

- El odontólogo/a debe motivar a sus pacientes para llevar un buen control de placa bacteriana que reduzca el volumen de microorganismos que pudieran ingresar al torrente sanguíneo durante el tratamiento dental. Toda condición gingivoperiodontal inflamatoria debe ser controlada antes de programar cualquier procedimiento de tipo electivo.
- Deben utilizarse antisépticos para uso cotidiano y emplear antisépticos más potentes como clorhexidina al 0.12% una vez a la semana.
- La carga bacteriana pueden reducirse significativamente con un enjuague de clorhexidina por dos minutoso de yodopovidona, antes de iniciar cualquier procedimiento. De igual importancia es el uso de estos antisépticos locales aplicados directamente en la zona de inyección de los anestésicos locales y del procedimiento quirúrgico que se vaya a efectuar.
- Las estomatitis infecciosas de origen bacteriano, micótico o viral, deben ser controladas antes de realizar procedimientos dentales electivos.
- Cuando se prescribe profilaxis antibiótica (PA) debe hacerse un uso efectivo del tiempo, tratar de trabajar por cuadrantes y llevar a cabo el mayor número de procedimientos operatorios el día de la cita. Dada la posibilidad de generar resistencia bacteriana si los antibióticos se emplean con mucha frecuencia, es prudente esperar a que transcurran por lo menos dos semanas para volver a realizar la administración de PA.
- Debe vigilarse la salud del paciente las siguientes dos semanas posteriores al tratamiento dental. La aparición de signos y síntomas sugerentes de endocarditis infecciosa subaguda, tales como malestar general, fiebre, sudación nocturna, cefalea o pérdida de peso, deben alertar al clínico y éste debe vigilar que el paciente acuda a la consulta del médico para descartar la posibilidad de EI o para el inicio del tratamiento de esta infección.
- Cabe destacar la importancia de distinguir entre los antibióticos utilizados para el manejo de infecciones bucales y la profilaxis antibiótica para EI. Es preferible utilizar de manera exclusiva estos fármacos para PA y emplear uno diferente para el manejo de infecciones bucales, utilizando el tipo correcto y la dosis adecuada para PA.
- En los pacientes que están bajo terapia anticoagulante, como son los portadores de prótesis valvulares, debe solicitarse un INR reciente (Radio Normalizado Internacional), antes de realizar cualquier procedimiento quirúrgico y esto incluye la administración parenteral de PA. El resultado de este ajuste al tiempo de protrombina (INR) debe ser

menor a 2.5 si se va a realizar una extracción sencilla o menor a 2 si se llevaran a cabo procedimientos quirúrgicos más extensos, para evitar problemas hemorrágicos durante y después del tratamiento o de la administración del antibiótico por vía parenteral.

- Está contraindicado el uso de aire abrasivo (en la proximidad de la encía) y de irrigadores intragingivales en los pacientes de alto riesgo.
- Dada la reducción de los candidatos a recibir PA y en consecuencia la modificación en el manejo de estos pacientes, debe enfatizarse en la reeducación no sólo del odontólogo sino de sus pacientes, tanto de aquellos que están en riesgo de EI como de los que anteriormente fueron educados en exigir cobertura profiláctica de antibióticos y que ya no son incluidos como individuos de alto riesgo.[5, 6, 7]

Los procedimientos dentales para los que se recomienda la profilaxis en los pacientes con las afecciones cardíacas incluidas anteriormente son:

- Todos los procedimientos dentales que incluyan la manipulación de tejido gingival o de la zona periapical de los dientes o la perforación de la mucosa bucal.
- Extracciones dentales.
- Procedimientos periodontales que incluyan cirugía, raspado y alisado radicular, sondaje y visitas de mantenimiento.
- Colocación de implantes dentales y reimplantación de dientes avulsionados.
- Instrumentación endodóntica o cirugía apical.
- Colocación subgingival de fibras o tiras de antibióticos.
- Colocación de bandas ortodóncicas.
- Limpieza profiláctica dental o de implantes con hemorragia.
- Biopsia.

5 Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levison M et al. Prevention on Infective Endocarditis. Guidelines from the American Heart Association. A Guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. JADA 2007

6 Castellanos JL, Díaz LM, Gay O. Medicina en odontología. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. 2a Ed. México Edit. El Manual Moderno. 2002.

7 Durack DT.: Prevention of infective endocarditis. N Engl J Med .1995;332:38-42

Regímenes de profilaxis antibiótica para los procedimientos dentales (Única dosis 30-60 minutos antes del procedimiento)

Se recomienda que la profilaxis antibiótica de EI sea indicada solamente a los pacientes que serán sometidos a procedimientos altamente bacteriémicos (Tabla 1) y con riesgo elevado de padecer EI, debido a la patología cardíaca subyacente (Tabla 2).

Como ya se ha mencionado, la evidencia muestra una fuerte asociación entre bacteriemias y actividades habituales (masticar, lavarse los dientes, utilización de hilo dental y mondadientes, mascar chicle). Esta asociación es más marcada entre quienes padecen patología periodontal. Por tal motivo, coincidiendo con las guías de la American Heart Association (AHA)[8], este grupo de trabajo recomienda fuertemente poner énfasis en mejorar y mantener la salud bucodental de los pacientes. Dado que el microorganismo más frecuente en nuestro país es S. aureus y lo siguen en frecuencia especies de Enterococcus, es razonable pensar que estén relacionados con infecciones asociadas al cuidado de la salud, por lo cual son situaciones potencialmente prevenibles. En ese sentido, se recomienda en los pacientes con riesgo de padecer EI (listados en la Tabla 1) las siguientes estrategias:

a) Optimizar el tratamiento de las infecciones de la piel y los tejidos blandos. En un reciente estudio clínico multicéntrico llevado adelante por el Grupo de Trabajo en Infecciones por S. aureus en la Argentina[9], se observó que el germen más frecuente es S. aureus resistente a la meticilina de la comunidad (SAMR-AC), que también es potencialmente invasivo y ya se ha descripto como causa de EI.
b) Efectuar el tratamiento temprano de las infecciones bacterianas que comprometan otros sitios distintos de la piel y los tejidos blandos.
c) Optimizar el control y tratamiento de las afecciones cutáneas crónicas no infecciosas, capaces de predisponer a la colonización con bacterias como S. aureus (p. ej., eccemas, psoriasis, etc.).
d) Desaconsejar el uso de "piercing" (en especial en lengua, nariz y cartílagos) y tatuajes, dado que son procedimientos que no están regulados y pueden ser pasibles de contaminación inadvertida.
e) Para los pacientes internados, en internación domiciliaria o con estrecho contacto con los servicios de salud (p. ej., hemodiálisis), minimizar el uso y la duración de catéteres intravasculares y cumplir con las recomendaciones de control de infecciones para el cuidado de cualquier maniobra que suponga atravesar las barreras naturales como la piel y las mucosas. Se recomienda, además, recordar la importancia del papel que cumple el personal de la salud (médicos, enfermeros, técnicos) en la educación de los pacientes con respecto a la seguridad y el peligro potencial de las prácticas mencionadas en el párrafo previo, así como aconsejar –respecto de "signos de alarma" y "disparadores de

8 Green B, Mendes RA, Van der Valk R, Brennan PA, Novel anticoagulants- an update on the latest developments and management for clinicians treating patients on these drugs. J Oral Pathol Med (2016) 45;551-556.
9 Elad S, Marshall J, Meyerowitz C, Connolly G. Novel anticoagulants: general overview and practical considerations for dental practitioners. Oral Diseases (2016)22.23-32 doi:10,111/odi.12371.

consulta"– a los pacientes que se encuentran "en riesgo" de contraer EI. Se destaca que las vacunaciones contra neumococo y gripe son mandatorias en los pacientes que padecen valvulopatías y, si bien su principal beneficio radica en disminuir la mortalidad asociada a estos gérmenes, también reducen el riesgo de padecer enfermedad invasiva y, con ello, de endocarditis.

Finalmente, debe tenerse en cuenta que las medidas necesarias para prevenir la endocarditis protésica temprana son las mismas medidas de control de infecciones indicadas para prevenir la infección quirúrgica en cirugía cardíaca (pesquisa y tratamiento de infecciones ocultas, descolonización para S. aureus, manejo prequirúrgico de factores de riesgo, baño prequirúrgico, antibióticos profilácticos acordes con la norma institucional, etc.)[10]. Se recomienda profilaxis antibiótica para evitar endocarditis infecciosa en condiciones cardíacas de alto riesgo (Tabla 2), ante la realización de procedimientos que pudieran provocar una infección endovascular. Recomendación tipo I, nivel de evidencia C.

Tabla 1. Procedimientos ante los cuales se sugiere realizar profilaxis, y antibióticos recomendados:

Amigdalectomía	**Adultos: Amoxicilina o ampicilina 2 g VO o IV 30-60 minutos antes. única dosis.**
Manipulación de la región gingival o periapical del diente	**Alérgicxs a la penicilina: clindamicina 600mg VO o IV 30-60 minutos antes. única dosis.**
Adenoidectomía	**Niñxs: Amoxicilina o ampicilina 50 mg/kg VO o IV. Única dosis. Alérgicxs a la penicilina: clindamicina 20 mg/kg IV o IM 30 minutos antes. Única dosis.**
Manipulación de la mucosa oral	

Tabla 2. Condiciones cardíacas en las que debe indicarse profilaxis de EI con antibióticos:

- Pacientes con remplazo valvular protésico o material protésico utilizado para reparación de válvula cardíaca.
- Pacientes con EI previa.
- Pacientes con patologías cardíacas congénitas:

10 Miranda M, Martínez LS, Franco R, Forte V, Barlattani A, Bollero P. Difference between Warfarin and new oral anticoagulants in dental clinical practice. Oral & Implantology. Asnno IX-N-3/2016.

a. Enfermedad cardíaca congénita cianótica no reparada o con defectos subyacentes luego de su reparación o realización de shunts o conductos paliativos.

b. Enfermedad cardíaca congénita reparada completamente con material protésico en forma quirúrgica o percutánea hasta luego de 6 meses de su realización.

c. Toda aquella condición en la cual persista un defecto residual en el sitio de colocación de material protésico o dispositivo, sea mediante procedimiento quirúrgico cardíaco o técnica percutánea.

Orientación para las personas con cardiopatías

La correcta higiene dental , el abordaje y tratamiento de las diferentes patologías bucales cumplen un rol fundamental en pacientes con afecciones cardiológicas.

Diferentes estudios han demostrado que los pacientes con enfermedad periodontal activa, desencadenan un proceso inflamatorio local y sistémico que aumenta el riesgo de placas ateroescleróticas haciéndolas propensas a ruptura. Existe además lo posibilidad de la entrada de bacterias al torrente sanguíneo, dichas bacteriemias se han relacionado con la posibilidad de endocarditis infecciosa.El control odontológico periódico, la correcta higiene dental, la eliminación de zonas retentivas de placa bacteriana y un abordaje integral de las diferentes patologías bucales, disminuyen significativamente el riesgo de endocarditis infecciosa.

Manejo de pacientes anticoagulados farmacológicamente

El uso de los fármacos anticoagulantes orales y antiagregantes plaquetarios entre los pacientes que requieren tratamiento odontológico es muy común.

El riesgo de hemorragia durante o después de un tratamiento dental cruento es algo que debemos saber controlar, prevenir y tratar. Existen numerosas enfermedades que requieren el uso de dichos fármacos como puede ser la cardiopatía isquémica coronaria, los accidentes cerebro vasculares (ACV), la enfermedad tromboembólica venosa, la fibrilación auricular (FA), etc, o situaciones comprometidas como intervenciones quirúrgicas que requieren inmovilización prolongada, embarazos de riesgo, o colocación de válvulas cardíacas.

Dentro de los fármacos anticoagulantes más utilizados están los derivados cumarínicos, como la Warfarina o el Acenocumarol . Son fármacos antagonistas de la vitamina K, por lo cual disminuyen la síntesis hepática de los factores de la coagulación vitamina-k dependientes (II, VII, IX y X) además de la proteína C y S.

Existe un gran número de factores que interfieren su absorción y que puedan modificar su potencial de acción. También presentan un gran número de interacciones medicamentosas. Su efecto anticoagulante se mide mediante el tiempo de protrombina

(TP) o el INR (International Normalized Ratio) que constituye el cociente entre el TP del paciente y el TP normalizado del laboratorio o control. Su valor normal terapéutico oscila entre el 2 y 3.5, dependiendo de la enfermedad a tratar, valor que alcanza tras 3-5 días de tratamiento y desaparece entre 3-5 días después de suspenderlo.

En los últimos años, la industria farmacéutica ha desarrollado nuevos fármacos anticoagulantes (NOACs), también denominados "Anticoagulantes Orales Directos" (ACOD), con un efecto más selectivo sobre los componentes de la coagulación, un manejo más sencillo, así como una disminución de las posibles complicaciones, efectos indeseados/secundarios e interacciones alimentarias y farmacológicas. Las principales indicaciones de los nuevos fármacos anticoagulantes son la prevención de los ACV y de la embolia sistémica en pacientes con FA, así como la prevención de fenómenos tromboembólicos venosos en pacientes sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o de rodilla.

Dentro de los nuevos fármacos ACOD destacan: Dabigatrán (Pradaxa®), Rivaroxabán (Xarelto®), Apixabán (Eliquis®) y Edoxabán (Lixiana®) (Tabla 3).

Tabla 3. Propiedades farmacológicas de los ACODs:

Farmaco	Función	Nombre	Dosis	Vida media	Pico max	Antídoto
DABIGTRAN	Inhibidor directo trombina	Pradaxa®	110 o 150 mg 2 veces/día	12 - 17 hs	2 - 3 hs	Idarucuzimab
RIVAROXABAN	Inhibidor directo factor XA	Xarelto®	20 mg/día	7 - 13 hs	2 - 4 hs	Andexanet alfa (Fase 3 de ensayo)
APIXABAN		Eliquis®	2.5 - 5 mg 2 veces/día	8 - 13 hs	3 - 4 hs	
EDOXABAN		Lixiana®	30 - 60 mg/día	10 - 14 hs	1,5 hs	

Actuación clínica recomendada en pacientes con anticoagulantes orales clásicos

Inicialmente se describían protocolos que recomendaban sustituir el fármaco anticoagulante (warfarina ó acenocumarol) por heparina de bajo peso molecular (HBPM), presentando diversas posibilidades. Actualmente todos los estudios recomiendan que, en el caso de exodoncias simples de una o como máximo dos-tres dientes (a ser posible contiguos o adyacentes), no se suprima el fármaco anticoagulante. Debemos controlar la acción anticoagulante del fármaco mediante el INR, cuyo valor debe realizarse como máximo 72 horas previas a la exodoncia, aunque mejor si se hace 24 horas antes. El valor del INR óptimo para hacer las exodoncias se ha establecido en diferentes estudios entre 2 y 4, aunque es admitido ampliamente que el valor óptimo está en 2,5 ya que con

este valor se minimiza el riesgo de sangrado y de trombosis al mismo tiempo. En el caso de que se prevea una exodoncia quirúrgica o muy traumática o bien en pacientes pluripatológicos nos podemos plantear la posibilidad de utilizar la terapia puente con HBPM, 2- 3 días antes del procedimiento, según estipule el protocolo del servicio de hematología de referencia[11, 12]. También se señala esta posibilidad en pacientes con riesgo de trombosis elevado.

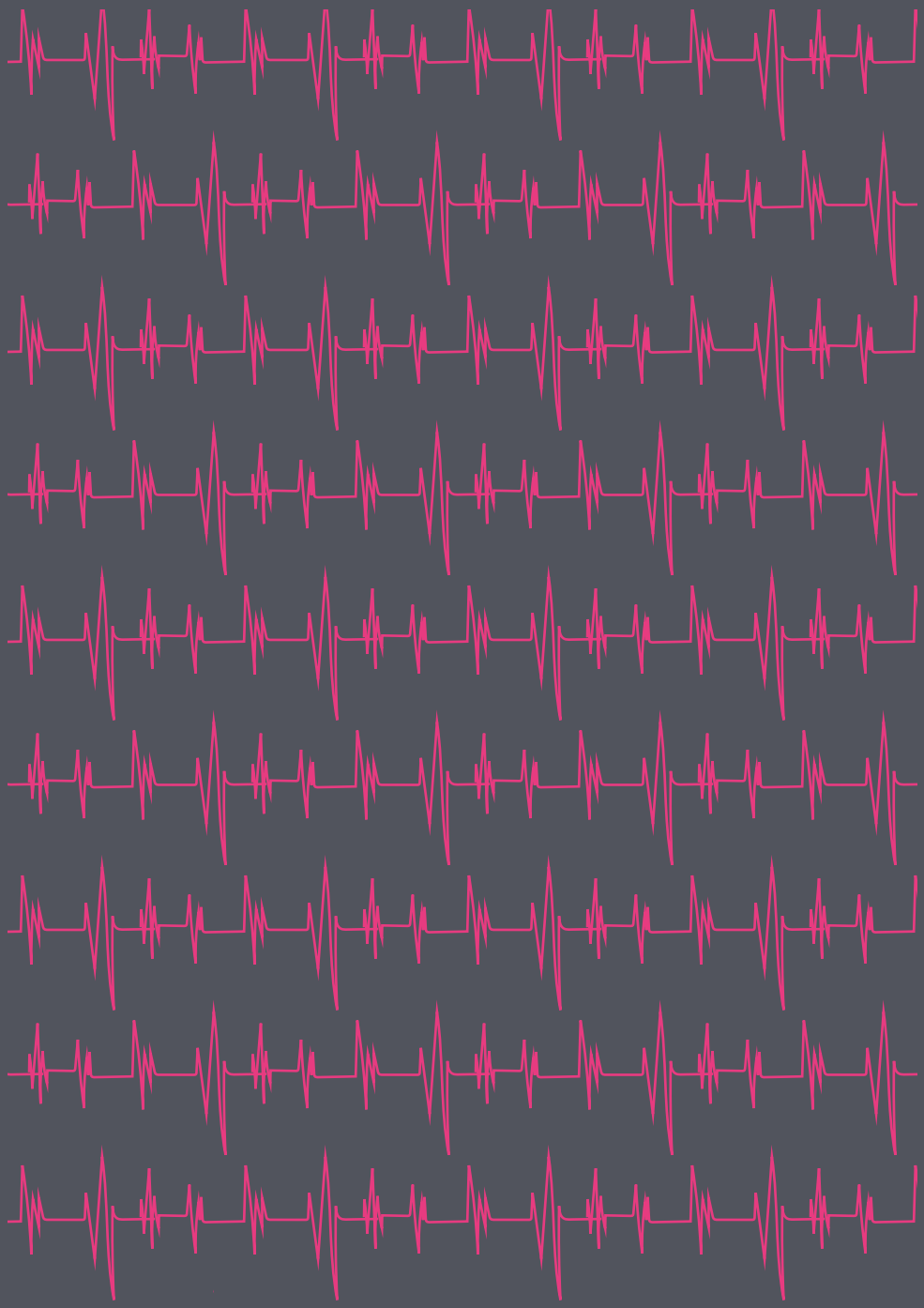
Con estos pacientes se recomienda extremar las medidas locales de control de la hemorragia de la siguiente forma:

- Previamente eliminar la irritación y la inflamación de los tejidos orales ya que éstos tienen mayor tendencia al sangrado (consejos de higiene oral, tartrectomía, enjuagues con clorhexidina en días previos, cobertura antibiótica previa, etc.).
- Realizar las exodoncias de forma poco cruenta y cuidadosa, intentando eliminar la menor cantidad de tejido óseo.
- Legrar el alveolo para eliminar en tejido de granulación.
- Irrigar el alveolo con fármacos antifibrinolíticos como por ejemplo el ácido tranexámico.
- Empleo de esponjas hemostáticas.
- Suturar las heridas preferentemente con suturas reabsorbibles. En el caso de suturas no reabsorbibles se recomienda retirarlas en 4-7 días.
- Comprimir la herida con gasas impregnadas en ácido tranexámico.
- Controlar el sangrado de la herida por parte del profesional. El paciente debe permanecer en la clínica tras la exodoncia, al menos 45-60 minutos.
- Recomendar enjuagues con ácido tranexámico entre 2 y 7 días después.
- Controlar del paciente en días posteriores y darle indicaciones de cuidados post- exodoncia por escrito.
- Se recomienda que las exodoncias en este tipo de pacientes se realicen en horario matutino y a principio de semana.[13]

Tabla 4. Procedimientos dentales y riesgo de sangrado:

Riesgo de sangrado improbable	Bajo riesgo de sangrado	Alto riesgo de sangrado
• Anestesia local infiltrativa, intraligamentosa o troncular. • Examen periodontal básico. • Impresiones. • Endodoncia Manual. • Revisiones de ortodoncia.	• Exodoncias simples: 1 - 3 piezas. • Incisiones y drenaje de abscesos. • Sondaje periodontal. • Impresión mecánica de restos rediculares. • Restauraciones subgingivales.	• Exodoncias complejas o de más de 3 dientes. • Colgajos. • Cirugía periodontal. • Cirugía preprotésica. • Alargamiento coronario. • Implantes. • Biopsias.

11 Lanau N, Mareque J, Giner LI, Zabalza M . Direct oral anticoagulants and its implications in dentistry. A review of literature. J Clin Exp Dent. 2017;9(11):e1346-54.
12 Yin Lim H, Ho P. Direct oral anticoagulants in dental patients including the frail elderly population. Dent J. 2016,4,7;doi:10,3390/dj4010007.
13 Nathwani S, Wanis C. Novel oral anticoagulants and exodontia: the evidence. British Dental Journal 2017;222:623-628



Ministerio de Salud
Argentina