

CRO-MS - BIÊNIO 2017-2019

PRESIDENTE

JOSÉ WILSON CAPDEVILLE BASTOS - CRO/MS-1080

SECRETÁRIA

SILVÂNIA DA SILVA SILVESTRE CABRAL - CRO/MS 754

TESOUREIRA

MARIAM KODJAOGLANIAN DI GIORGIO - CRO/MS 244

PRESIDENTE DA COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS

ROBSON AJALA LINS - CRO-MS 475

PRESIDENTE DA COMISSÃO DE ÉTICA

HAMILTON RODRIGUES DOS SANTOS - CRO/MS 640

CONSELHEIROS SUPLENTE

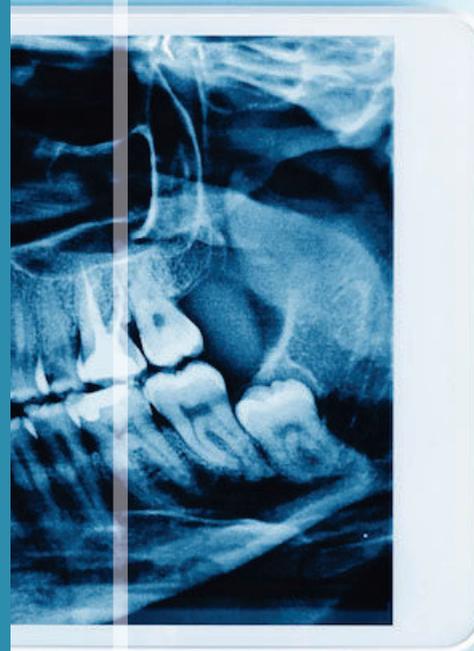
CARLOS EDUARDO ITO - CRO-MS 576

DIRCEU MIGUEIS PINTO JUNIOR - CRO/MS 3248

MAISA OKAMA - CRO/MS 2091

NORBERTO FABRI JUNIOR - CRO/MS 2310

TÂNIA MARIA ARAUJO CHAVES - CRO/MS 1426



PROTÓCOLOS
FARMACOLÓGICOS
RECOMENDADOS

**NA PRÁTICA
ODONTOLÓGICA**

CRO MS CONSELHO REGIONAL
DE ODONTOLOGIA DE
MATO GROSSO DO SUL



67 3321-014

www.croms.org.br

CRO MS CONSELHO REGIONAL
DE ODONTOLOGIA DE
MATO GROSSO DO SUL



AUTORES

ALCIDES MOREIRA

- Cirurgião dentista formado pela UFMS;
- Especialista em Radiologia e Estomatologia pela São Leopoldo Mandic;
- Mestre e Doutor em Odontologia, área de Farmacologia, Anestesiologia e Terapêutica, pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba/ UNICAMP;
- Professor responsável pelas disciplinas de: Farmacologia; Anestesiologia, Terapêutica e Suporte Básico de Vida; Odontologia para pacientes com necessidades especiais e Odontogeriatrics. Professor associado das disciplinas de: Diagnóstico Bucal; Clínica de Atenção Básica e Clínica Integrada (Urgências odontológicas) no curso de Odontologia da Unigran.

JULIO CESAR LEITE DA SILVA

- Cirurgião dentista formado pela UFMS
- Especialista em Periodontia pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba/ UNICAMP;
- Mestre em Patologia Bucal pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo /USP;
- Doutor em Farmacologia, Anestesiologia e Terapêutica pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba/ UNICAMP;
- Professor Associado das disciplinas de Anestesiologia e Terapêutica e CTBMF da Faculdade de Odontologia da UFMS.

RODRIGO DALLA PRIA BALEJO

- Cirurgião dentista formado Universidade do Oeste Paulista;
- Especialista em Periodontia pela UNESP-FOA;
- Mestre e Doutor em Odontologia - área concentração em Periodontia, pela Universidade de Taubaté;
- Professor do curso de Odontologia da Uniderp.

PROF. DR. ALCIDES MOREIRA
ORGANIZADOR

CONSIDERAÇÕES GERAIS

O uso de medicamentos faz parte da rotina odontológica, sendo de extrema importância que os profissionais se mantenham continuamente atualizados, atentos as peculiaridades de cada paciente, a fim otimizar a utilização/ prescrição dos principais medicamentos de uso odontológico, tais como os anestésicos locais, analgésicos, anti-inflamatórios, antibióticos, entre outros.

Existem vários fatores que influenciam a escolha de um medicamento, podendo se destacar: perfil do paciente (alergias comprovadas, comprometimentos sistêmicos, etc); tipo de procedimento (cirúrgico ou restaurador, urgente ou eletivo, expectativa de dor/desconforto pós procedimento, etc); e por fim, mas não menos importante, o mecanismo de ação farmacológico.

Independentemente desses fatores, a escolha do medicamento deve ser sempre pautada em evidências científicas. Sob esse aspecto, é importante ressaltar a diferença entre protocolo e conduta farmacológica. Nos protocolos (farmacológicos, no caso) temos regras e critérios que são cumpridos baseados em diversos estudos, comprovações científicas, muitas vezes consensuais. Por outro lado, poderíamos considerar condutas como sendo procedimentos e atitudes individuais, decididas durante a prática profissional que, embora pautados na experiência clínica e na disponibilidade de recursos disponíveis, muitas vezes podem carecer de bases científicas internacionalmente reconhecidas.



1 CONTROLE DA ANSIEDADE

A utilização de ansiolíticos em odontologia deve ser considerada como parte do protocolo medicamentoso em algumas situações:

- Ansiedade do paciente não pode ser controlada por meios alternativos (não-farmacológicos)
- Intervenção muito invasiva e/ou prolongada, mesmo em pacientes supostamente cooperativos
- Atendimento de pacientes com necessidades especiais e sistemicamente comprometidos (minimizar respostas ao estresse)
- Atendimento urgencial em crianças com traumatismo dentário acidental

A sedação medicamentosa (em consultório) deve ser realizada por via oral, em dose única pré-operatória.

PROTÓCOLO PARA SEDAÇÃO VIA ORAL

1. Midazolam - 7,5 a 15 mg, via oral, 15 a 30 min antes da intervenção.
Crianças: 0,2 a 0,5 mg/Kg (nunca ultrapassado dosagem do adulto - 15mg)
OBS.: rápido início de efeito, maior ação hipnótica
2. Diazepam – 5 a 10 mg, via oral, 40 a 60 min antes da intervenção.
Crianças: 0,2 a 0,5 mg/Kg (nunca ultrapassado dosagem do adulto - 10mg)
OBS.: início de efeito um pouco mais demorado, menor ação hipnótica

- o Portadores de glaucoma e miastenia grave
- o Crianças com comprometimento físico ou mental severo (autismo, distúrbios paranoicos, por exemplo), pode acentuar reações paroxísticas e paradoxais
- o Insuficiência respiratória grave e apneia do sono
- o Usuários de drogas depressoras do sistema nervoso central (álcool, por exemplo)
- o Pacientes com hipersensibilidade aos benzodiazepínicos

Observações importantes sobre o uso de ansiolíticos na prática odontológica:

- Devem ser utilizados com critério
- Nas doses usuais, os benzodiazepínicos via oral são considerados seguros, contudo, assim como todos os ansiolíticos, podem gerar depressão cardiorrespiratória dose-dependente.
- O dentista deverá manter uma constante avaliação dos sinais vitais do paciente. É imperativo que o dentista saiba identificar os possíveis efeitos adversos, incluindo a depressão cardiorrespiratória e esteja preparado para tratá-los adequadamente (Suporte Básico de Vida - SBV).
- Esses medicamentos podem gerar diminuição de capacidade cognitiva e motora, portanto os pacientes devem ser orientados a não fazer atividades que requerem atenção/ coordenação (dirigir, operar máquinas, etc).



2 ANESTÉSICOS LOCAIS

As soluções anestésicas locais são, sem sombra de dúvida, os medicamentos mais utilizados na prática odontológica. Logo o dentista deve ser um profundo conhecedor da farmacologia e toxicologia das soluções empregadas. Independentemente da solução escolhida, alguns cuidados devem ser observados durante a anestesia local odontológica:

- o Conhecer anatomia e técnica anestésica
- o Antissepsia e anestesia tópica pré-injeção
- o Injeção lenta
- o Aspiração negativa, para se evitar uma injeção intravascular acidental
- o Sempre respeitar a latência, duração, contraindicações e dose máxima a ser utilizada

Observações importantes sobre o uso de anestésicos locais na prática odontológica:

1. O uso de vasoconstritores EM ODONTOLOGIA supera o risco.
2. A epinefrina (adrenalina) é o vasoconstritor mais indicado, apresentando maior potência e menor toxicidade relativa.
3. Principalmente no atendimento de pacientes especiais, é essencial o controle da ansiedade e medo. A concentração de adrenalina liberada endogenamente durante esse tipo de situação pode ser clinicamente mais significativa do que a utilizada nos tubetes anestésicos usados no tratamento odontológico rotineiro.
4. Deve-se respeitar a dose máxima de 0,2 mg por sessão, em pacientes saudáveis (equivalente a 11 tubetes de epinefrina 1:100.000) e 0,04 mg por sessão, em pacientes que apresentam restrição, como por exemplo, gestantes e cardiopatias clinicamente significativas (equivalente a 2 tubetes com epinefrina 1:100.000 ou 4 tubetes com epinefrina 1:200.000).

Contraindicações / uso com precaução de vasoconstritores adrenérgicos* (*adrenalina, noradrenalina, levonordefrina e fenilefrina)

1. Hipertensão severa não tratada ou não controlada;
2. Doença cardiovascular grave;
3. Diabetes mellitus não controlada;
4. Hipertireoidismo;
5. Sensibilidade aos sulfitos (tubetes com vasoconstritor tipo adrenalina);
6. Pacientes fazendo uso contínuo de derivados fenotiazínicos (ex: clorpromazina) antidepressivos tricíclicos (imipramina, amitriptilina), beta-bloqueadores não seletivos (propranolol, nadolol, timolol); anfetaminas e derivados (anfeparamona, femproporex); usuários de cocaína ou "crack".

*algumas condições não contraindicam os uso de epinefrina mas sim restringem o seu uso a 0,04 mg/ sessão.

DOSES MÁXIMAS DE ANESTÉSICOS LOCAIS*

ANESTÉSICO	DOSE MÁXIMA (POR KG PESO)	Nº TUBETES (1,8 ML) PARA ADULTOS COM 60 KG	CONCENTRAÇÃO MÁXIMA (ABSOLUTO)
Lidocaína 2% (epinefrina 1:100.000)	7 mg	11	500 mg*
Mepivacaína 2% (epinefrina 1:100.000)	6,6 mg	11	400 mg*
Mepivacaína 3% (sem vasoconstritor)	6,6 mg	7	400 mg
Articaína 4% (epinefrina 1:100.000)	7 mg	5,5	700 mg
Prilocaina 3% (com felipressina 0,03UI)	8 mg	8,5	600 mg
Bupivacaína 0,5% (com epinefrina 1:100.000 ou 1:200.000)	2 mg	10	90 mg

* É importante ressaltar que raramente o dentista necessita empregar grandes volumes anestésicos chegando próximo as doses máximas recomendadas.

** A dose máxima do vasoconstritor (0,2mg de epinefrina por sessão) acaba limitando a 11 tubetes.

ORDEM DE ESCOLHA DE ANESTÉSICOS LOCAIS EM ODONTOLOGIA:

1. Anestésico padrão:

Lidocaína 2% com epinefrina (adrenalina) 1: 100.000.

Anestésico de 1ª escolha, para todos os procedimentos odontológicos (incluindo os que necessitam de hemostasia local), de crianças à idosos.

Lidocaína 2% com epinefrina (adrenalina) 1: 200.000.

OBS.: Menor concentração de vasoconstritor pode ser uma boa alternativa em procedimentos onde a hemostasia não é determinante e no tratamento de pacientes onde existe limitações de uso, por exemplo: hipertensos e cardiopatas, diabéticos, gestantes, entre outros.

OBS.: Soluções com Lidocaína a 3% comumente usadas em odontologia (com ou sem vasoconstritor) não promovem maior potência anestésica, gerando considerável aumento de toxicidade, devendo ser abolidas da prática clínica rotineira.

2. Pacientes em que a epinefrina não é recomendada:

- Prilocaina 3% com felipressina 0,03 UI.
- Mepivacaína 3% sem vasoconstritor.

Outros anestésicos

- Articaína 4% com epinefrina 1: 200.000 ou 1: 100.000

OBS.: Ótima difusão em tecido, excelente como anestesia complementar; deve ser evitado em paciente alérgicos à sulfas (alergia cruzada) e em bloqueios (principalmente mentoniano) devido a maior incidência de parestesia.

- Mepivacaína 2% com epinefrina 1: 100.000 ou 1: 2000.000

OBS.: Baixo tempo de latência; menor pKa, o que promove melhor ação em pH ácido (tecidos inflamados), contudo nem sempre apresentará um efeito clinicamente significativo nessas condições. Ação anestésica semelhante Lidocaina.

- Bupivacaína 0,5% com epinefrina 1: 200.000

OBS.: grande tempo de anestesia, principalmente em bloqueios; maior tempo de latência (em torno de 10 min. para iniciar a anestesia), ótima opção para o controle de dor pós-operatório.



3 USO DE ANALGÉSICOS E ANTI-INFLAMATÓRIOS

O tratamento da dor é uma das maiores causas de procura ao tratamento odontológico. O correto diagnóstico é fundamental para a resolução clínica, sendo que muitas vezes, apenas procedimentos de ordem local podem ser suficientes. Em outros casos, a terapia medicamentosa será necessária, como parte do protocolo clínico, com o intuito de tratar ou até mesmo prevenir a dor e outras complicações decorrentes do processo inflamatório. É importante ressaltar que a inflamação e a dor em odontologia é, majoritariamente, de característica aguda e nociceptiva, o que faz com que, em odontologia, não necessite de longos períodos de prescrição (geralmente não mais que 3 dias). A utilização de analgésicos, anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) e corticosteroides deve ser feita com critério, sempre ponderando entre os riscos e benefícios, de acordo com a expectativa de dor/ inflamação dos procedimentos realizados e avaliando o perfil do paciente.

ORDEM DE ESCOLHA - DOR LEVE A MODERADA

- Dipirona Sódica 500 mg/ ml – 20 à 40 gotas de 6 em 6 horas.

Dipirona Sódica 500mg ou 1g - comprimidos, a cada 6h.

OBS.:

- Se possível, optar pela solução (gotas) pois pode-se dosar melhor e apresenta efeito mais rápido
- A dipirona apresenta melhor efeito analgésico. Em odontologia, usar o paracetamol somente quando a dipirona estiver contra-indicada.

- Paracetamol 750 mg – 1 comp. a cada 6 horas
(DOSE MÁXIMA)

OBS.: Extremamente tóxico em pacientes que fazem uso de álcool. Acima de 3,2g/ dia - aumento considerável no risco de hepatotoxicidade.

OUTRAS OPÇÕES

- Ibuprofeno 200 mg: 1 comp. revest. a cada 6/ 4 horas
 - *Ibuprofeno 400-600mg (8/ 6 horas)
- Nimesulida 100mg – 1 comp. a cada 12 horas

Crianças

(não ultrapassando a dose do adulto/ mesmo intervalo entre as doses que o adulto)

- *Dipirona Sódica (Solução 500mg/ml): 0,5 a 1 gota/kg (não excedendo 40 gotas)*
- *Ibuprofeno:(Solução 50mg/ml): 1 gota/ Kg (não excedendo 40 gotas)*
- *Paracetamol (Solução de 200 mg/ml: 1 gota/kg (não excedendo 35 gotas)*

DOR DE MAIOR INTENSIDADE

- **CORTICOESTERÓIDES:** Dexametasona ou Betametasona 4 mg (Decadron® e Celestone®, respectivamente) – 1 comp. (ou 2 comp. de 2 mg no caso da betametasona) dose única, 1h ou 2h pré-operatório (preferencialmente)
- **ANTI-INFLMATÓRIOS NÃO ESTEROIDAIIS (AINEs):**
 - Nimesulida 100mg (Scaflan®) – 1 comp. a cada 12 horas por 3 dias
 - Ibuprofeno 600 mg (Alivium®) – 1 comp. a cada 6 horas
 - Cetorolaco de Trometamina (Toragesic®) – 1 comp. SL a cada por 3 dias
 - Diclofenaco sódico 50 mg (Voltaren®) - 8/8h por 3 dias
 - Diclofenaco potássico 50 mg (Cataflan®) – 8/8h por 3 dias
 - Meloxicam 15 mg (Movatec®) – 24/24 h por 3 dias

Cuidado!! Alguns medicamentos podem ter sua(s) ação (ões) e efeito (s) alterados por interagirem com AINES, são eles principalmente:

- o Anticoagulantes,
- o Antiagregantes plaquetários,
- o Anti-hipertensivos,
- o Hipoglicemiantes Orais.

AINEs - Contraindicações e usos com restrição

- o Gestantes
- o Pacientes com comprometimento renal e hepático
- o Crianças abaixo de 12 anos
- o Idosos

OBS.:

- A dexametasona ou a betametasona apresentam longo tempo de ação (até 72 h), justificando a dose única
- A nimesulida, quando comparada à alguns AINEs, apresenta posologia mais adequada (12 em 12h) e é mais seletivo para COX-2 (menor desconforto gástrico)

Crianças

(não ultrapassando a dose do adulto/ mesmo intervalo entre as doses que o adulto)

- *Dipirona Sódica (solução gotas): 0,5 a 1 gota/kg*
- *Paracetamol (solução gotas): 1 gota /kg*
- *Ibuprofeno:(Solução 50mg/ml): 1 gota/ Kg (não excedendo 40 gotas)*
- *Betametasona 0,025 a 0,05 mg/ kg (solução 0,5 mg/ml): 1 a 2 gotas/kg - dose única*

OBS.: Em procedimentos onde se espera dor de maior intensidade pode-se utilizar as drogas acima associadas à dipirona ou paracetamol como “analgésico de suporte”.

Duração do tratamento analgésico/ anti-inflamatório

É importante ressaltar que o controle medicamentoso da dor em odontologia deve ser feito, principalmente nas primeiras 24/ 48 horas após a intervenção, não devendo ser estendido (de maneira geral) por mais de 72 horas.



4 UTILIZAÇÃO CLÍNICA DE ANTIBIÓTICOS

O uso de antibióticos tem por objetivo auxiliar, temporariamente, o organismo a combater ou prevenir os problemas de origem bacteriana. Para tanto, entender as formas de utilização, critérios de escolha e um correto diagnóstico são condições fundamentais para o uso racional de antimicrobianos. O uso indiscriminado desses medicamentos, além de custos desnecessários, pode gerar interações medicamentosas de real significância clínica, efeitos colaterais e contribuir para surgir, cada vez mais, microrganismos resistentes - preocupação global. De maneira geral os antibióticos podem ser usados na *prevenção de infecções*, forma conhecida como profilaxia antibiótica, ou então para o *tratamento* de uma infecção já instalada, conhecido como terapia antibiótica.

Na *profilaxia antibiótica* não existe infecção, o uso de antibióticos se justifica para prevenir uma infecção à distância (infecção metastática, como é o caso da endocardite bacteriana) ou para prevenir a infecção de um sítio cirúrgico. Neste caso, como não há presença de infecção, por princípio, deve-se fazer uma dose alta (para que no momento da intervenção tenha-se altas concentrações de antibiótico no sangue e nos tecidos) e por um curto período de tempo.

Algumas condições/ pacientes apresentam indicação de profilaxia antibiótica previamente aos procedimentos odontológicos que envolvam bacteremia transitória (sangramento):

INDICAÇÃO DE PROFILAXIA ANTIBIÓTICA EM ODONTOLOGIA

- Pacientes suscetíveis à endocardite bacteriana
Ex.: Valvas cardíacas protéticas, Endocardite bacteriana prévia, Prolapso de valva mitral com regurgitação valvar e/ou espessamento dos folhetos valvares, etc
- Pacientes que apresentam grandes implicações no controle metabólico
Ex.: Diabéticos muito descompensados
- Pacientes que apresentam patologias que interferem no sistema de defesa e que fazem uso de drogas imunossupressoras
Ex.: Neutropênicos, pacientes com doenças auto-imune, transplantados
- Pacientes que apresentam risco de infecções articulares
Ex.: Primeiros 2 anos após colocação de prótese total articular e/ou história de infecções de próteses articulares (em pacientes selecionados - diabéticos, hemofílicos, subnutridos, etc)
- Instalação de materiais protéticos*
Ex.: Algumas situações específicas de instalação de implantes
- Pacientes renais crônicos**
Ex.: Diálise por meio de cateteres

* Indicação de profilaxia antibiótica deve ser feita baseada no risco e benefício.

** A endocardite bacteriana nesse caso é causada invariavelmente por bactérias da pele; a indicação de profilaxia antibiótica deve ser feita baseada no risco e benefício (infecção da fístula).

PROFILAXIA ANTIBIÓTICA EM ODONTOLOGIA - Endocardite bacteriana

Protocolo padrão

Amoxicilina
Adultos – 2g
Crianças – 50mg/kg de peso corporal
Dose única, via oral, 1 hora antes do procedimento

Pacientes alérgicos às penicilinas

Clindamicina Adultos – 600mg
Crianças – 20mg/kg de peso corporal
Dose única, via oral, 1 hora antes do procedimento ou
Azitromicina ou Claritromicina
Adultos – 500mg
Crianças – 15mg/kg de peso corporal
Dose única, via oral, 1 hora antes do procedimento

Pacientes incapazes de fazer uso da via oral

Ampicilina
Adultos – 2g via intramuscular ou intravenosa
Crianças – 50mg/kg de peso corporal, via IM ou IV
Dose única, 30 minutos que antecede o procedimento

Pacientes incapazes de fazer uso da via oral e alérgicos às penicilinas

Clindamicina
Adultos – 1g via IM ou IV
Crianças – 20mg/kg de peso corporal via IV
Dose única, 30 minutos que antecede o procedimento

Cefazolina (sem histórico de alergia imediata às penicilinas)
Adultos – 1g via IM ou IV
Crianças – 25mg/kg de peso corporal, via IM ou IV
Dose única, 30 minutos que antecede o procedimento

Observação importante: Este é o protocolo da AHA (American Heart Association), para profilaxia antibiótica para prevenção de endocardite bacteriana em procedimentos odontológicos. Para a profilaxia antibiótica nas outras condições, pode-se adotar o mesmo protocolo, podendo fazer adaptações terapêuticas de acordo com o perfil do paciente e o procedimento realizado.

Controle de infecção da ferida cirúrgica

Digluconato de Clorexidina 0,12% - bochechos de 12 em 12 h, por 7 dias

- Cuidados importantes
 - o Nos dois primeiros dias, o paciente deve ser orientado a não fazer bochecho vigoroso; de preferência colocar a clorexidina em contato com a ferida (pedir para inclinar a cabeça para o lado da cirurgia) e/ou fazer limpeza delicada com uma gaze umedecida na solução, para não desorganizar o coágulo e atrapalhar o processo cicatricial.
 - o Fazer o bochecho, no mínimo, 30 min. após a escovação (interação farmacotécnica com Lauril Sulfato de Sódio presente na pasta de dente).

TERAPIA ANTIBIÓTICA

O *uso terapêutico* de antibióticos (por via sistêmica) é recomendado nos casos que apresentam sinais locais de disseminação do processo infeccioso (ex: linfadenite, celulite, trismo) ou sinais e sintomas de ordem sistêmica (febre, taquicardia, falta de apetite, mal-estar geral, etc). É importante ressaltar que a simples prescrição do antimicrobiano não significa necessariamente uma correta resolução clínica. Em quadros infecciosos de origem odontológica é imperativo que o profissional faça um correto diagnóstico, avalie e remova (se possível) as causas e acompanhe a evolução clínica (sendo que em alguns casos pode-se fazer necessário a troca dos medicamentos ou até mesmo internação, para a continuidade do tratamento em ambiente hospitalar).

Um recurso terapêutico interessante (quando possível), é iniciar a terapia antimicrobiana com uma dose de ataque (normalmente o dobro da dose usual). Em especial quando envolve procedimentos cruentos em locais infectados (drenagem de abscesso, exodontias, raspagens e alisamento radicular, etc) o ideal é que seja realizada 30 a 45 minutos antes do início dos procedimentos clínicos, para que no momento do procedimento obtenha-se uma alta concentração do antibiótico no sangue e nos tecidos.

Antibióticos de uso odontológico que permitem dose de ataque com o dobro da dose usual:

- Amoxicilina: Iniciar o tratamento com 1g (2 capsulas de 500 mg)
- Clindamicina: Iniciar o tratamento com 600 mg (2 cápsulas de 300 mg)

MEDICAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA (DOSES DE MANUTENÇÃO DOS ANTIBIÓTICOS)

Pacientes sem histórico de alergia às penicilinas
Infecções leves a moderadas Amoxicilina 500mg Ex.: Amoxicilina® 500mg – 1 cápsula a cada 8 horas Crianças Amoxicilina 20mg/kg/dose, com intervalos de 8 horas
Infecções severas Amoxicilina 500mg + metronidazol 250mg Ex.: Amoxicilina® 500mg – 1 cápsula a cada 8 horas e Metronidazol® 250mg – 1 comprimido a cada 8 horas Crianças Amoxicilina 20mg/kg + Metronidazol 10 mg/kg a cada 8 horas
Pacientes com histórico de alergia às penicilinas
Infecções leves a moderadas Claritromicina 500mg a cada 12 horas ou Azitromicina 500mg a cada 24 horas Crianças Claritromicina – 7,5 mg/ kg Azitromicina – 15 a 30 mg/ kg
Infecções severas Clindamicina 300mg – 1 cápsula a cada 6/8 horas Crianças Clindamicina - 7,5 mg/kg

Duração do tratamento antimicrobiano

O período do tratamento com antibióticos vai depender do curso da infecção, com base na avaliação clínica diária. Geralmente, em odontologia, quando se remove a causa, fica em torno de 5 a 7 dias de duração.

Controle da dor pós-operatória

Deve-se evitar a prescrição de AINEs em quadros de infecção pois esses medicamentos diminuem a chegada do antibiótico nos tecidos; a resolução do quadro infeccioso tende a melhorar o quadro inflamatório (dor e edema). Em caso de dor, optar pela Dipirona sódica ou Paracetamol em doses usuais.

IMPORTANTE

Independentemente do antibiótico escolhido, o paciente deve ser acompanhado, de preferência diariamente, até que ocorra seu completo restabelecimento (evolução clínica).

Caso o paciente não evolua da maneira esperada, deve-se considerar possíveis comprometimentos sistêmicos, falha na remoção da causa primária de infecção e a não completa adesão do paciente ao tratamento; ponderar se é necessário a troca dos agentes antimicrobianos (resistência microbiana) e, caso necessário, encaminhamento para atendimento em âmbito hospitalar e multiprofissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, E. D. Terapêutica Medicamentosa em Odontologia: 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014.
- MALAMED, S.F. Manual de Anestesia Local: 6ªed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- MORETHSON, P. Farmacologia para Clínica Odontológica. Santos, 2015.
- PALLASCH, T.J., SLOTS J. Antibiotic prophylaxis and the medically compromised patient. *Periodontology* 2000. 1996; 10: 107-138.
- TONG, D.C., ROTTHWELL, B.R. Antibiotic Prophylaxis in Dentistry: A review and practice recommendations. *Jour Am Dent Assoc.* 2000; 131: 366-374.
- YAGIELA, J. A. Farmacologia e Terapêutica Para Dentistas: 6ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.