PROTOCOLOS
FARMACOLÓGICOS
RECOMENDADOS

NA PRÁTICA ODONTOLÓGICA

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 Odontogeriatria. 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;
- Habilitação em Odontologia Hospitalar.

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.

Desta forma, procuramos apresentar neste manual, baseado em evidências científicas, os principais protocolos medicamentosos indicados na prática odontológica.

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.

PROTOCOLO 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

Contraindicações/ Usos com precaução

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

- Conhecer anatomia e técnica anestésica
- Antissepsia e anestesia tópica pré-injeção
- Injeção lenta
- Aspiração negativa, para se evitar uma injeção intravascular acidental
- 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 vasocontritor 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.

**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 vasocontritor 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 (anfepramona, 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 ANESTESICOS LOCAIS*

ANESTÉSICO	DOSE MÁXIMA (POR KG PESO)	Nº TUBETES (1,8 ML) PARA ADULTOS COM 60 KG	CONCETRAÇÃO MÁXIMA (ABSOLUTO)
Lidocaína 2%	4,4 mg	7	300 mg*
Lidocaína 3%	4,4 mg	4,5	300 mg*
Mepivacaína 2%	4,4 mg	7	300 mg*
Mepivacaína 3%	4,4 mg	4,5	300 mg
Articaína 4%	7 mg	5,5	500 mg
Prilocaína 3%	6 mg	6,5	400 mg
Bupivacaína 0,5%	1,3 mg	8,5	90 mg

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

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 vasocontritor 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:**

   a. Prilocaína 3% com felipressina 0,03 UI.

   b. 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

1. 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.

2. Paracetamol 750 mg – 1 comp. a cada 6 horas

   (DOSE MÁXIMA)

OBS.: Extremamente tóxico em pacientes que fazem uso de álcool. Acima de 3,2 g/ 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 pré-operatório (preferencialmente)
- ANTI-INFLMATÓRIOS NÃO ESTEROIDAIS (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.

PROFILAXIA 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 :

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 especificas 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
ClindamicinaAdultos – 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.

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 SUPLENTES
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

CRO MS CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE MATO GROSSO DO SUL

67 3321-0149

www.croms.org.br