

NOTA TÉCNICA 05/2015

Belo Horizonte, 08 de junho de 2015.

NOTA TÉCNICA: PROFILAXIA ANTIBIÓTICA EM ODONTOLOGIA

Esta Nota Técnica tem por objetivo subsidiar a tomada de decisão dos cirurgiões dentistas da Rede SUS/BH para a prescrição da profilaxia antibiótica racional, segura e baseada em evidências científicas atuais.

• INTRODUÇÃO

A bacteremia de origem bucal pode ser oriunda de infecções orais não tratadas, bem como de atividades diárias rotineiras como escovação dentária. A profilaxia antibiótica tem por indicação prevenir infecções à distância, em pacientes de risco determinado, por ocasião de procedimentos odontológicos invasivos, os quais causam bacteremia transitória^{1,2,3}.

O uso inadequado de antibiótico pode levar ao desenvolvimento de resistência bacteriana, por isso a importância do uso racional deste recurso terapêutico baseado em critérios clínicos e evidências científicas. A indicação do esquema de profilaxia antibiótica a ser prescrito deve considerar as condições de saúde pré-existentes e as características individuais⁴.

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

As principais estratégias para prevenir as infecções à distância são orientar o paciente para o controle do biofilme e das infecções bucais, além disto, o cirurgião dentista deve adotar medidas para prevenir infecções à distância, tais como: anamnese detalhada, evitar o uso indiscriminado dos antibióticos, atentar para reações adversas, avaliar os riscos e os benefícios, bem como considerar os aspectos socioeconômicos e culturais envolvidos^{4,5,6,7}.

Atualmente, a indicação de profilaxia antibiótica prévia a procedimentos cirúrgicos na cavidade oral tende a ser restrita, considerando as características individuais, a complexidade dos procedimentos e as normas de biossegurança^{8,9,10,11}.

A profilaxia antibiótica precisa ser considerada nos extremos de idade, na desnutrição, obesidade, nas múltiplas comorbidades, na presença de infecção concomitante, em uso de terapia e/ou doença imunossupressora. É importante também considerar se o paciente já está em uso de

antibiótico, se o tempo de cirurgia será prolongado, a existência de hematomas não drenados, de espaço vazio ou de tecidos desvitalizados^{10,11,12}.

2. PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS E A PROFILAXIA ANTIBIÓTICA

A profilaxia antibiótica deve ser utilizada nas situações específicas, previamente a procedimentos odontológicos invasivos. Nesta nota técnica serão usadas as seguintes definições:

Procedimentos Invasivos: *São aqueles que provocam o rompimento das barreiras naturais ou penetram em cavidades do organismo, abrindo uma porta ou acesso para o meio interno. Exodontias, cirurgias periodontais, tartarectomia subgingival são exemplos de procedimentos invasivos.*

Procedimentos não invasivos: *Os procedimentos que não envolvem instrumentos que rompem a pele ou que penetram fisicamente no corpo são considerados não-invasivos. Exame clínico, exames radiográficos e Tratamento Restaurador Atraumático (ART) são exemplos de procedimentos não-invasivos.*

3. CONDIÇÕES COM INDICAÇÃO DE PROFILAXIA ANTIBIÓTICA

3.1. Condições cardíacas

Em Odontologia a profilaxia antibiótica mais utilizada é para prevenção da endocardite infecciosa. A endocardite infecciosa é uma infecção à distância que envolve as valvas cardíacas e pode levar o paciente ao óbito.

Estudos recentes enfatizam mudanças no perfil da endocardite infecciosa, de uma doença estreptocócica em pacientes com doença cardíaca prévia para uma doença estafilocócica associada à realização de procedimentos odontológicos e médicos em pacientes idosos com múltiplas comorbidades⁵.

A American Heart Association (AHA) sugere a adoção de profilaxia antibiótica para a prevenção da endocardite infecciosa em condições determinadas^{8,13,14}. Este recurso terapêutico passou a ser indicado somente para pacientes de alto risco cardíaco em procedimentos odontológicos invasivos. Desse modo, um número restrito de pacientes é selecionado, apenas aqueles em que a endocardite levaria a um maior risco de morbimortalidade^{3,6,11}.

A indicação do uso da profilaxia antibiótica prévia a procedimentos odontológicos invasivos é bem estabelecida em pacientes com condições cardiovasculares predisponentes ao desenvolvimento da endocardite infecciosa, conforme segue^{3,10,12,13,14,17}:

- *Pacientes com valvas cardíacas protéticas ou reparadas com material protético*
- *História pregressa de endocardite*
- *Transplante cardíaco que evolua com disfunção valvar*
- *Cardiopatia congênita cianótica não corrigida ou corrigida, mas que evoluiu para lesão residual*
 - a) *Corrigida com material ou dispositivo protético, durante os primeiros seis meses após o procedimento.*
 - b) *Qualquer cardiopatia congênita corrigida com defeito residual no local ou adjacente à prótese*

3.2. Condições sistêmicas

Determinadas condições clínicas podem predispor pacientes ao desenvolvimento de infecção à distância. Nestes indivíduos, a profilaxia antibiótica está indicada e deve ser discutida com o médico assistente, considerando comorbidades e vulnerabilidades. Esta categoria inclui ^{14,16,17}:

- *Paciente com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida-AIDS (com CD4<200 ou infecção oportunista em atividade);*
- *Imunodeficiência congênita ou severa combinada;*
- *Neutropenia (contagem de neutrófilos < 1.000/mm³);*
- *Em tratamentos quimioterápicos;*
- *Transplantados de órgãos sólidos ou de medula óssea;*
- *Em tratamentos radioterápicos de cabeça e pescoço;*
- *Em uso de imunossupressores;*
- *Doença auto-imune (por exemplo, artrite reumatóide juvenil, lúpus sistêmico eritematoso);*
- *Anemia falciforme;*
- *Esplenectomia;*
- *Em uso de bifosfonados (indicado no tratamento da osteoporose, de patologias ósseas associadas à neoplasia e doença de Paget (reabsorção e reposição irregular dos ossos))*
- *Usuários de drogas injetáveis;*
- *Renal crônico: profilaxia deve ser discutida com o médico assistente;*
- *Infecção facial severa (infecções que se estendem aos espaços cervicais profundos);*
- *Hepatite crônica ou ativa*
- *Diabetes Mellitus (DM)*
- *Pacientes portadores de próteses ortopédicas articulares*

3.2.1. Diabetes Melittus

Os usuários com DM são classificados segundo a sua condição clínica, que define o risco para se submeterem ao tratamento odontológico. O quadro 1 mostra os critérios de classificação de risco dos pacientes com DM para se submeter a tratamento odontológico. Texto adaptado da nota técnica: Cuidados em Saúde Bucal do usuário com Diabetes Mellitus¹⁴.

QUADRO 1 – Categorias de Risco para pacientes com DM.

Classificação de risco	Hemoglobina Glicada	Glicemia em Jejum
Baixo risco	abaixo de 7%	abaixo de 200 mg/dL
Risco moderado	entre de 7 a 9%	entre 200 e 250 mg/dL
Alto risco	acima de 9%	acima de 250 mg/dL

Em pacientes classificadas como de BAIXO RISCO, desde que consideradas as comorbidades, podem ser executados todos os procedimentos odontológicos, da mesma forma que uma pessoa sem DM. No caso das **urgências o atendimento não pode ser adiado e deve ser realizado**. Antibioticoterapia e profilaxia antibiótica só devem ser prescritas quando existirem sinais ou sintomas de infecção, risco de endocardite infecciosa ou outras comorbidades, conforme item 4.

Em pacientes classificados como de MÉDIO RISCO se faz necessária a prescrição da profilaxia antibiótica apenas para procedimentos invasivos. No caso das **urgências o atendimento não pode ser adiado e deve ser realizado com profilaxia antibiótica**.

Em pacientes classificados como ALTO RISCO pode ser submetido ao exame bucal, mas procedimentos eletivos devem ser adiados até que o controle metabólico esteja estabilizado, sendo o tratamento apenas paliativo. No caso das **urgências o atendimento não pode ser adiado e deve ser realizado com profilaxia antibiótica**.

Após a realização da glicemia capilar, o cirurgião dentista deve solicitar uma avaliação médica de urgência com objetivo de controlar a glicemia para níveis abaixo de 250mg/dl. Depois da glicemia estabilizada realiza-se **o procedimento clínico de urgência deve ser realizado com profilaxia antibiótica**.

3.2.2. Pacientes portadores de próteses ortopédicas articulares

Os usuários **portadores de próteses ortopédicas articulares totais** têm risco do desenvolvimento de infecção ao redor da prótese. Entretanto, o benefício da profilaxia antibiótica em procedimentos odontológicos na prevenção destas infecções é questionável². Nestes casos, a profilaxia antibiótica deve ser considerada quando o paciente apresenta algum dos fatores de risco listados abaixo:

- a) *Imunossuprimido*
- b) *Infecção pelo HIV*
- c) *Artrópata inflamatória (artrite reumatóide, lúpus eritematoso sistêmico);*
- d) *Diabetes;*
- e) *Desnutrição*
- f) *Hemofilia;*
- g) *Colocação recente de prótese (< 2 anos). Dois anos imediatos após colocação da prótese ortopédica total*
- h) *Histórico de infecção prévia de prótese ortopédica.*

Não está indicada a profilaxia antibiótica para pacientes que possuem próteses articulares parciais (pinos, placas e parafusos), salvo em presença de comorbidades. Ressaltamos a importância de estes casos serem conduzidos singularmente, em parceria com o médico assistente².

4. CONDIÇÕES NAS QUAIS A PROFILAXIA ANTIBIÓTICA NÃO É RECOMENDADA

As evidências atuais demonstram que **não há indicação de profilaxia antibiótica para a população em geral** que não apresente as condições sistêmicas relacionadas no item 4^{3,15,18, 19, 20}. A profilaxia antibiótica **NÃO É RECOMENDADA** nas seguintes condições:

- *Presença de defeito no septo atrial;*
- *Correção cirúrgica de defeito de septo atrial ou ventricular ou pacientes com persistência de ducto arterioso (sem resíduo após seis meses);*
- *Cirurgia de revascularização miocárdica, stents coronários;*
- *Prolapso da válvula mitral com ou sem regurgitação e/ou espessamento dos folhetos;*
- *Doença de Kawasaki prévia, sem disfunção valvar;*
- *Antecedente de febre reumática, sem disfunção valvar;*

- *Marca-passo cardíaco intravascular, desfibrilador implantado.*
- *Hidrocefalia: a derivação ventrículo peritoneal (DVP), que é a forma mais comum e não tem indicação de profilaxia antibiótica. Casos que envolvam estrutura vasculares ou cardíaca devem ser discutidos com o médico assistente.*

Contudo, nestes indivíduos, na presença de comorbidades e/ ou vulnerabilidades, a indicação de profilaxia antibiótica deve ser discutida singularmente com o médico assistente.

5. Antibióticos indicados para profilaxia

As penicilinas são os antibióticos de escolha para a profilaxia da infecção à distância de origem bucal, sendo consideradas seguras em relação ao risco de anafilaxia. Recomenda-se dose única de amoxicilina por via oral, uma hora antes do procedimento invasivo. Recomenda-se o uso das Penicilinas (ex: Amoxicilina 2g ou 50mg/kg em crianças), em dose única, 1 hora antes do procedimento. Nos pacientes alérgicos às Penicilinas, recomenda-se o uso da Azitromicina ou Claritromicina (500mg em adultos ou 15mg/kg em crianças), em dose única, 1h antes do procedimento.

*Sugere – se que a administração da profilaxia antibiótica seja realizada na UBS. Nestes casos, o usuário deverá chegar uma hora antes, confirmar sua consulta e só então fazer uso da dosagem prescrita pelo cirurgião dentista. Em casos excepcionais, quando não for administrada o antibiótico antes do procedimento como preconizado, esta administração **deverá ser realizada** até duas horas após a conclusão do mesmo^{3,7,11,17}.*

O quadro 2 mostra as dosagens e os antibióticos de escolha na profilaxia antibiótica.

QUADRO 2 - Recomendações da AHA (2007) para o uso da profilaxia antibiótica nos procedimentos odontológicos:

Regime ou Condição		Antibiótico	Posologia: Dose única antes do procedimento	
			Adultos	Crianças
VIA ORAL (60 minutos antes do procedimento)	Regime padrão	Amoxicilina	2 g	50 mg/kg
	Alérgico às Penicilinas	Azitromicina	500 mg	10 mg/kg
		ou Clindamicina	600 mg	20 mg/kg
		ou Cefalexina	2 g	50 mg/kg
	ou Claritromicina	500 mg	10 mg/kg	
VIA PARENTERAL (30 minutos antes do procedimento)	Incapazes de fazer uso da medicação via oral	Ampicilina	2 g IM ou IV	50 mg/kg IM ou IV
		ou Cefazolina	1 g IM ou IV	50 mg/kg IM ou IV
	Alérgico às Penicilinas e incapazes de fazer uso da medicação via oral	Cefazolina	1 g IM ou IV	50 mg/kg IM ou IV
		ou Clindamicina	600 mg IM ou IV	20 mg/kg IM ou IV

Atenção: As cefalosporinas (cefalexina ou cefazolina) **não devem ser empregados** em pacientes com história de anafilaxia, angioedema ou urticária decorrente do uso das penicilinas. Embora a ampicilina e a penicilina V sejam igualmente efetivas contra os estreptococos alfa-hemolíticos, *in vitro*, a amoxicilina é recomendada por sua melhor absorção pelo trato gastrointestinal e por proporcionar níveis séricos mais elevados e duradouros.

Fonte: Adaptado de Wilson e colaboradores, *Terapêutica Medicamentosa em Odontologia* (2014) Art. Med.

6. Em caso do paciente estar em uso de antibiótico

Quando o paciente já se encontra sob tratamento com os antibióticos que são normalmente empregados para profilaxia (amoxicilina, por exemplo), o esquema terapêutico deve ser mantido. Caso a profilaxia antibiótica seja indicada, deve-se selecionar um fármaco de outro grupo ao invés de simplesmente aumentar a dose do antibiótico em uso.

Deve-se otimizar o planejamento para que o paciente receba o menor número possível de consultas sob profilaxia antibiótica. Além disso, é indicado programar intervalos de 09 a 14 dias entre as sessões de atendimento, nas quais o uso da profilaxia antibiótica esteja indicada, a fim de minimizar o aparecimento de resistência bacteriana^{3,6,14,15}.

Ressaltamos que a Profilaxia Antibiótica para as condições de saúde raras ou não contempladas nesta nota técnica devem ser discutidas singularmente com o médico assistente que acompanha o usuário.

Elaboração

Alexandre Sampaio Moura

Ana Paula Vasques Sales Braúna

Ana Pitchon

Marla Grecco

Sidney Maciel Rosa

Coordenação de Saúde Bucal

Coordenação de Saúde do Adulto e Idoso

Gerência de Assistência a Saúde

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

REFERÊNCIAS

1. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. **Guideline on Antibiotic Prophylaxis for Dental Patients at Risk for Infection**. REFERENCE MANUAL V 36 / NO 6 14 / 15, 2013.
2. AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPEDIC SURGEONS, AMERICAN DENTAL ASSOCIATION. **Guideline on the prevention of orthopaedic implant infection in patients undergoing dental procedures**. J Bone Joint Surg; 95:745-7, 2013.
3. ANDRADE E D. **Terapêutica medicamentosa em odontologia**. São Paulo: Artes Médicas, 3ª ed. 238p, 2014.
4. ANDRADE V. C. et al. **Complicações e acidentes em cirurgias de terceiros molares – Revisão de literatura**. SABER CIENTÍFICO ODONTOLÓGICO, Porto Velho, 2 (1): 27 - 44, jan/jun., 2012.
5. BRANCO-DE-ALMEIDA L S. **Profilaxia da endocardite infecciosa: recomendações atuais da American Heart Association (AHA)**. Revista de Periodontia, n. 04, vol. 19, dezembro, 2009.
6. CARMONA I. T., DIZ DIOS P, SCULLY C. **An update on the controversies in bacterial endocarditis of oral origin**. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.93(6):660-70, 2002.
7. CHIROUZE C et al. **Infective endocarditis prophylaxis: moving from dental prophylaxis to global prevention?** [Eur J Clin Microbiol Infect Dis](#). Sep;31(9):2089-95, 2012.

8. COSTA A. A. e Ferreira A. C. R. **Evolução do Protocolo Padrão de Profilaxia Antibiótica à Endocardite Bacteriana.** Revista Pró-univer SUS, Vassouras, v. 2, n. 1, p. 65-74, jan./jun., 2011.
9. FHEMIG. **Diretrizes Clínicas Protocolos Clínicos 028 Antibioticoprofilaxia Cirúrgica,** 36 p, 2013.
10. [GLENNY AM.](#) **Antibiotics for the prophylaxis of bacterial endocarditis in dentistry.** [Cochrane Database Syst Rev.](#) 9;10, Oct., 2013
11. JUNIOR O. C. **Endocardite infecciosa e profilaxia antibiótica: um assunto que permanece controverso para a Odontologia.** Rev Sul-Bras Odontol. Jul-Sep;7(3):372-6, 2010.
12. LONDRINA. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. **Manual de Saúde Bucal/. Prefeitura do Município;** Domingos Alvanhan e Cristiane de Andrade JaneneGonini, coordenadores.- 1. ed. Londrina, PR: [s.n], 550p, 2009.
13. [OWEN CPE HUANG WH.](#) **Antibiotic prophylaxis for dental procedures: is it necessary?**[SADJ,](#) Aug;67(7):413-9, 2012.
14. PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. **Nota Técnica: cuidados em saúde bucal do usuário com Diabetes Mellitus,** 2015.
15. REN Y. F. e MALMS H.S. **Effectiveness of Antibiotic Prophylaxis in Third Molar Surgery: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Clinical Trials.** Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. October, Vol. 65, Issue 10, p. 1909-1921, 2007.
16. ROCHA, C. A. S. et al. **O que há de novo na profilaxia da endocardite bacteriana. Deve-se mudar a conduta atual?**Rev. Bras. Clin. Med. 7:418-421, 2009.
17. ROSA M. R. M. et al. **The bacteremia of dental origin and its implications in the appearance of bacterial endocarditis.** Med Oral Patol Oral Cir Bucal. Jan 1;19 (1):e 67-73, 2014.
18. SIDDIQI A, MORKEL J.A., ZAFAR S. **[Antibiotic prophylaxis in third molar surgery: A randomized double-blind placebo-controlled clinical trial using split-mouth technique.](#)**Int J Oral Maxillofac Surg. 2010 Feb; 39(2):107-14., 2010.
19. [TONG H. J.](#) et al. **Antibiotic prophylaxis prescribing practices of dentists in Singapore.** [Int. Dent J.](#) Apr; 64(2):108-14, 2014
20. VALLE-CABALLERO M J et al. **Current Indications for Infective Endocarditis Antibiotic Prophylaxis.** Infectious Disorders. Drug Targets, 10, 59-64 59, 2010.