

## Prevalência de distúrbios hemorrágicos em pacientes atendidos na disciplina Clínica Integral II do Curso de Odontologia da ULBRA – Canoas, RS

### *Hemorrhagic disorders prevalence in patients treated in the Integral Clinic II discipline of ULBRA's Dentistry Course of Canoas, RS*

Ketlen Picinin Polidoro<sup>1</sup>, Ketherine Picinin Polidoro<sup>2</sup>, Karine Angar<sup>3</sup>, Ricardo Guilherme da Silva Krause<sup>4</sup>, Flávio de Lecue Pillon<sup>5</sup>, Luis Eduardo Schneider<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Cirurgiã-Dentista. Universidade Luterana do Brasil – ULBRA. Canoas, RS; <sup>2</sup>Mestre em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Universidade Luterana do Brasil – ULBRA. Canoas, RS; <sup>3</sup>Doutoranda em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Universidade Luterana do Brasil – ULBRA. Canoas, RS; <sup>4</sup>Mestre em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. Professor Regente. Universidade Luterana do Brasil – ULBRA. Canoas, RS; <sup>5</sup>Doutor em Medicina e Ciências da Saúde. Coordenador do Departamento de Periodontia da Associação Brasileira de Odontologia/RS. Porto Alegre, RS; <sup>6</sup>Doutor em Odontologia. Professor Assistente. Universidade Luterana do Brasil – ULBRA. Canoas, RS.

#### Resumo

**Introdução:** Durante o atendimento odontológico, o desconhecimento por parte do cirurgião-dentista quanto à condição de seu paciente, principalmente se este possuir algum distúrbio hemorrágico, pode colocar em risco a saúde do paciente. **Objetivo:** O propósito deste estudo é, através de revisão de literatura, abordar os principais distúrbios hemorrágicos e sua relação com a odontologia. **Metodologia:** Os dados foram coletados através da análise de prontuários de pacientes atendidos na disciplina de Clínica Integral II do curso de Odontologia da ULBRA de Canoas entre 2007/2 e 2008/1, verificando a prevalência de casos de alterações hemorrágicas. **Resultados:** Ao analisar os resultados, verificamos que dos 416 pacientes, 35 apresentaram histórico de hemorragia diagnosticada, com uma maior prevalência no gênero feminino. Ao analisar a distribuição das ocorrências hemorrágicas quanto a faixa etária, verificamos uma maior prevalência dos 40 aos 60 anos. Quanto ao histórico familiar de hemorragia diagnosticada, 21 pacientes apresentaram relato positivo. Dos pacientes que apresentaram alteração hemorrágica, 16 apresentaram alterações sistêmicas que predisõem a alterações hemorrágicas como hipertensão, disfunção renal, disfunção hepática, anemia e/ou HIV. **Conclusões:** Os resultados demonstraram que para detectar pacientes de risco hemorrágico, uma anamnese detalhada é de fundamental importância, pois através dela verifica-se o histórico de hemorragia, a utilização de medicamentos que induzem a alterações hemorrágicas, bem como alterações sistêmicas que interferem na capacidade de hemostasia do paciente.

**Palavras-chave:** Agregação plaquetária. Coagulação Sanguínea. Transtornos Hemostáticos.

#### Abstract

**Introduction:** During the dental care, the dentist unknowledge about patient's condition, mainly if he had an hemorrhagic disorder, can put in risk the patient's health. **Objective:** The purpose of this study was, through literature review, to establish the principal hemorrhagic disorders, their relationship with Dentistry. **Methodology:** through the analysis of records of the patients attended in the Integral Clinic II discipline of ULBRA's Dentistry Course of Canoas between 2007/2 and 2008/1, to verify the prevalence of cases of hemorrhagic alterations. While analyzing the results, we check that in 416 patients, 35 presented historical of diagnosed hemorrhage, with a female higher prevalence. **Results:** While analyzing the distribution of the hemorrhagic incidents as for age group, we check a higher predominance between 40 to 60 years. As for the familiar historical of diagnosed hemorrhage, 21 patients presented positive report. From the patients who presented hemorrhagic alterations, 16 presented systemic disorders that predispose to hemorrhagic alterations like high blood pressure, renal dysfunction, hepatic dysfunction, anemia and/or HIV. **Conclusion:** The results showed that to detect hemorrhagic risk patients, a detailed anamnesis has fundamental importance, because through it can be verified hemorrhage historical, the use of medicines that induce hemorrhagic alterations, as well as systemic disorders that interfere in patient's hemostasis capability.

**Keywords:** Platelet aggregation. Blood clotting. Hemostatic disorders.

**Correspondente / Corresponding:** Luis Eduardo Schneider, Rua Joaquim Nabuco, 828/1302 Novo Hamburgo – RS CEP: 93310-002, Fone: 51 3593-1835 Email: leschneider0@gmail.com

## INTRODUÇÃO

O planejamento e execução de terapêuticas clínicas em Odontologia remetem a necessidade de conhecimento das possíveis alterações sistêmicas da saúde dos pacientes. Dentre as diversas alterações que acometem os pacientes, os distúrbios hemorrágicos merecem destaque devido à gravidade das complicações decorrentes da realização de procedimentos odontológicos sem o correto diagnóstico e plano de tratamento.

Os distúrbios hemorrágicos são anormalidades de qualquer elemento do sistema hemostático que produzem uma tendência aumentada ao sangramento. A fisiopatologia dessas alterações está relacionada com as plaquetas e com a cascata de coagulação (MACKLIS; MENDELSON; MUDGE JUNIOR, 1985; SCHUMAN, 2001).

O diagnóstico dos pacientes deve ser realizado através do correto exame clínico e de exames complementares. Durante a anamnese, um questionário sistemático deve ser aplicado, sendo indispensável a discussão direta e extensa entre o profissional e o paciente para descobrir detalhes que sugerem defeito hemostático, como: queixa de equimoses fáceis e/ou de sangramento excessivo; histórico de sangramento anormal (avaliar se o paciente já se submeteu a evento hemorrágico após extração dentária, cirurgia, trauma ou manobra obstétrica); obter dados objetivos sobre a magnitude de evento hemorrágico (necessidade de transfusões, anemia, hospitalização por causa do sangramento, resultados de todos os testes já feitos nesse contexto); verificar utilização de medicação; questionar sobre a alimentação para revelar possível carência de vitamina C ou K e o estado nutricional geral e fazer uma análise detalhada sobre história familiar (LITCHMAN et al., 2005).

No exame físico, notar a presença de petéquias, equimoses e hematomas; acompanhar o sangramento de pontos de punção venosa; pesquisar as sequelas de hematroses (deformidades e restrições de movimentos das articulações); procurar sinais de doença subjacente que possa ser a causa da síndrome hemorrágica (LITCHMAN et al., 2005).

Segundo Rinder (2002), os exames laboratoriais de triagem são freqüentemente úteis na avaliação inicial do paciente com suspeita de alterações na hemostasia. Esses exames devem incluir:

- Hemograma/Esfregaço do sangue periférico que avalia a contagem e morfologia das plaquetas;
- Tempo de Protombina (TP) que é altamente sensível para a via extrínica e a presença de defeitos nos fatores de coagulação vitamina K-dependentes;
- Tempo parcial de Tromboplastina (PTT), que detecta deficiências dos fatores VIII, IX e XI, bem como dos iniciadores da via intrínica, pré-caliceína, cininogênio de alto peso molecular e fator XII;
- Tempo de Trombina que mede diretamente a conversão do fibrinogênio em fibrina pela trom-

bina exógena e avalia o nível de fibrinogênio e sua capacidade funcional;

- Tempo de Sangramento que avalia a função plaquetária, sendo prolongado quando a contagem de plaquetas é abaixo do limite de normalidade (100.000/ $\mu$ l);
- Teste com plasma misturado quando TP e o PTT estiverem prolongados, permitindo assim, a diferenciação entre a deficiência de fator e a presença de inibidor circulante.

A origem dos distúrbios hemorrágicos podem ser de alterações de ordem plaquetária, causas vasculares, distúrbios do fibrinogênio e/ou alterações dos fatores de coagulação.

Portanto, o diagnóstico prévio e o completo conhecimento das características de saúde do paciente são necessários, para que possamos cercar o mesmo de cuidados específicos e, desta forma, estabelecer um plano e tratamento que contemple suas necessidades de terapia sistêmica.

## METODOLOGIA

Foram analisados 416 prontuários dos pacientes atendidos na Clínica Integral II – ULBRA/Canoas, no período de 2007/2 a 2008/1. A partir dos prontuários, foram coletados dados referentes a pacientes atendidos com histórico de alterações sistêmicas e antecedentes familiares de distúrbios hemorrágicos ou situações clínicas que predispõem a um risco hemorrágico. Foram avaliadas as seguintes variáveis: gênero, idade, raça, naturalidade, alterações sistêmicas associadas a distúrbios hemorrágicos e antecedentes familiares. Após a compilação dos dados, foi estabelecido um método quantitativo por análise de frequência simples através do Software SPSS versão 10.0 para estabelecer os resultados encontrados.

Este trabalho foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos e Animais, da Universidade Luterana do Brasil, estando de acordo com as normas vigentes na Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, e em suas resoluções complementares de Nº 240/97; 251/97; 292/99; 303/00; e 304/00, que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos.

## RESULTADOS

Através da análise dos 416 prontuários dos pacientes atendidos na disciplina de Clínica Integral II do Curso de Odontologia da Ulbra –Canoas de 2007/2 a 2008/1, observou-se que:

Quanto a ocorrência prévia de antecedente hemorrágico, dos 137 pacientes do gênero masculino, 5 (3,6%) apresentaram relato positivo e 132 (96,4%) não apresentaram antecedente hemorrágico. Enquanto que dos 274 pacientes do gênero feminino, 30 (10,9%) apresentaram antecedente hemorrágico e 244 (89,1%) não apresentaram (Tabela 1).

**Tabela 1 – Relação entre Gênero e Antecedente Hemorrágico (2009).**

Gênero		Antecedente Hemorrágico		Total
		Sim	Não	
Masculino		5	132	137
		3,6%	96,4%	100,0%
Feminino		30	244	274
		10,9%	89,1%	100,0%
Total		35	376	411
		8,5%	91,5%	100,0%

Obs. Total de 411 pacientes desconsiderando os 5 pacientes com dados ausentes ou ignorados.

Verificou-se que existe associação significativa entre Antecedente Hemorrágico e Gênero dos pacientes avaliados, constatando-se que o Antecedente Hemorrágico está significativamente associado ao sexo feminino ( $p=0,012$ ).

Relacionou-se o Antecedente Hemorrágico com a idade dos pacientes que foi dividida em quatro faixas etárias. Verificou-se que dos 62 (100%) pacientes na faixa etária até 19 anos, não foi evidenciado relato de antecedente hemorrágico. Dos 159 pacientes na faixa etária de 20 a 39 anos, 12 (7,5%) apresentaram antecedente hemorrágico e 147 (92,5%) não apresentaram antecedente hemorrágico. Dos 165 pacientes na faixa etária de 40 a 60 anos, 20 (12,1%) apresentaram antecedente hemorrágico e 145 (87,9%) não apresentaram antecedente hemorrágico. Dos 25 pacientes na faixa etária acima dos 60 anos, 3 (12%) apresentaram antecedente hemorrágico e 22 (88,0%) não apresentaram antecedente hemorrágico (Tabela 2).

**Tabela 2 – Relação entre Antecedente Hemorrágico e Idade (2009).**

Idade		Antecedente Hemorrágico		Total
		Sim	Não	
Até 19 anos			62	62
			100,0%	100,0%
20 a 39 anos		12	147	159
		7,5%	92,5%	100,0%
40 a 60 anos		20	145	165
		12,1%	87,9%	100,0%
Acima de 60 anos		3	22	25
		12,0%	88,0%	100,0%
Total		35	376	411
		8,5%	91,5%	100,0%

Obs. Total de 411 pacientes desconsiderando os 5 paciente com dados ausentes ou ignorados.

Verificou-se que existe associação significativa entre antecedentes hemorrágicos e idade quando se observa que o Antecedente Hemorrágico está significativamente associado à faixa de idade 40 a 60 anos ( $p=0,028$ ).

Quanto ao Antecedente Hemorrágico relacionado à antecedente familiar de hemorragia, verificamos nos relatos da anamnese constante no prontuário, que dos 21 pacientes que apresentaram antecedente familiar de hemorragia, 5 (23,8%) apresentaram antecedente hemorrágico e 16 (76,2%) não apresentaram antecedente

hemorrágico. Dos 349 pacientes que não apresentaram antecedente familiar de hemorragia, 26 (7,4%) apresentaram antecedente hemorrágico e 323 (92,6%) não apresentaram antecedente hemorrágico (Tabela 3).

**Tabela 3 – Relação entre Antecedente Hemorrágico e Antecedente familiar de hemorragia (2009).**

Antecedente familiar de hemorragia		Antecedente Hemorrágico		Total
		Sim	Não	
Sim		5	16	21
		23,8%	76,2%	100,0%
Não		26	323	349
		7,4%	92,6%	100,0%
Total		31	339	370
		8,4%	91,6%	100,0%

Obs. Total de 370 pacientes desconsiderando os 46 pacientes com dados ausentes ou ignorados.

Verificou-se que existe associação significativa entre antecedente hemorrágico e antecedente familiar de hemorragia, observando-se que o Antecedente Hemorrágico está significativamente associado ao antecedente familiar de hemorragia ( $p=0,009$ ).

Na associação entre antecedente hemorrágico e alterações sistêmicas, relacionadas biologicamente à causa de ocorrências hemorrágias tais como: hipertensão arterial, disfunção hepática, disfunção renal, anemia e HIV, verificou-se que dos 80 pacientes que apresentaram alterações sistêmicas, 16 (20,0%) pacientes apresentaram antecedente hemorrágico e 64 (80,0%) não apresentaram antecedente hemorrágico. Dos 331 pacientes que não apresentaram alterações sistêmicas, 19 (5,7%) apresentaram antecedente hemorrágico e 312 (94,3%) não apresentaram antecedente hemorrágico (Tabela 4).

**Tabela 4 – Relação entre Antecedente Hemorrágico e Presença de Alterações Sistêmicas que predispõe à um Risco Hemorrágico (2009).**

Alterações Sistêmicas		Antecedente Hemorrágico		Total
		Sim	Não	
Sim		16	64	80
		20,0%	80,0%	100,0%
Não		19	312	331
		5,7%	94,3%	100,0%
Total		35	376	411
		8,5%	91,5%	100,0%

Obs. Total de 411 pacientes desconsiderando os 5 paciente com dados ausentes ou ignorados.

Verificou-se que existe associação significativa entre antecedente hemorrágico e presença de alterações sistêmicas observando-se que o Antecedente Hemorrágico está significativamente associado a presença de alteração sistêmica. ( $p=0,000$ ).

Quando relacionado antecedente hemorrágico e o uso de anti-hipertensivo, verificou-se que dos 37 pacientes que fazem uso de anti-hipertensivos, 8 (21,6%) apresentaram antecedente hemorrágico e 29 (78,4%) não apresentaram antecedente hemorrágico. Dos 366 pacientes que não fazem uso de anti-hipertensivos, 27 (7,4%) apresentaram antecedente hemorrágico e 339 (92,6%) não apresentaram antecedente hemorrágico (Tabela 5). Na amostra, dos 8 pacientes que faziam uso de anti-hipertensivo e apresentaram antecedente hemorrágico, apenas 1 (12,5%) fazia uso concomitante do anti-hipertensivo com anticoagulante e nenhum desses pacientes fazia uso de antiagregante plaquetário concomitante ao anti-hipertensivo.

**Tabela 5 – Relação entre Antecedente Hemorrágico e o uso de Anti-hipertensivo (2009).**

		Antecedente Hemorrágico		Total
		Sim	Não	
Antihipertensivo	Sim	8	29	37
		21,6%	78,4%	100,0%
	Não	27	339	366
		7,4%	92,6%	100,0%
Total		35	368	403
		8,7%	91,3%	100,0%

Obs. Total de 403 pacientes desconsiderando os 13 pacientes com dados ausentes ou ignorados.

Verificou-se que existe associação significativa entre antecedente hemorrágico e o uso de anti-hipertensivo, observando-se que o Antecedente Hemorrágico está significativamente associado ao uso de Anti-hipertensivo ( $p=0,003$ ).

Quando relacionado o gênero e o uso de anti-hipertensivo, verificou-se que dos 42 pacientes que fazem uso de anti-hipertensivo, 16 (11,9%) são do gênero masculino e 26 (9,5%) são do gênero feminino. E dos 365 pacientes que não fazem uso de anti-hipertensivo, 118 (88,1%) são do gênero masculino e 247 (90,5%) são do gênero feminino (Tabela 6).

**Tabela 6 – Relação entre Gênero e uso de Anti-hipertensivo (2009).**

		Gênero		Total
		Masculino	Feminino	
Antihipertensivo	Sim	16	26	42
		11,9%	9,5%	10,3%
	Não	118	247	365
		88,1%	90,5%	89,7%
Total		134	273	407
		100,0%	100,0%	100,0%

Obs. Total de 407 pacientes desconsiderando os 9 pacientes com dados ausentes ou ignorados.

Verifica-se que não existe associação significativa entre o gênero e o uso de anti-hipertensivo ( $p=0,278$ ).

Quando relacionado à hipertensão e o gênero, verificou-se que dos 60 pacientes que tem hipertensão,

20 (14,5%) são do gênero masculino e 40 (14,4%) são do gênero feminino. E dos 356 pacientes que não tem hipertensão, 118 (85,5%) são do gênero masculino e 238 (85,6%) são do gênero feminino (Tabela 7).

**Tabela 7 – Relação entre Hipertensão e Gênero (2009).**

		Hipertensão		Total
		Sim	Não	
Gênero	Masculino	20	118	138
		14,5%	85,5%	100,0%
	Feminino	40	238	278
		14,4%	85,6%	100,0%
Total		60	356	416
		14,4%	85,6%	100,0%

Verifica-se que não existe associação significativa entre hipertensão e o gênero ( $p=0,977$ ).

Quando relacionado à hipertensão e a idade, verificou-se que dos 60 pacientes que tem hipertensão, 1 (1,6%) são da faixa etária até 19 anos, 5 (3,1%) são da faixa etária dos 20 a 39 anos, 42 (25,3%) são da faixa etária dos 40 a 59 anos e 12 (48,0%) são da faixa etária 60 anos ou mais. E dos 356 pacientes que não tem hipertensão, 63 (98,4%) são da faixa etária até 19 anos, 156 (96,9%) são da faixa etária dos 20 a 39 anos, 124 (74,7%) são da faixa etária dos 40 a 59 anos e 13 (52,0%) são da faixa etária 60 anos ou mais (Tabela 8).

**Tabela 8 – Relação entre Hipertensão e Idade**

		Hipertensão		Total
		Sim	Não	
Idade	Até 19 anos	1	63	64
		1,6%	98,4%	100,0%
	20 a 39 anos	5	156	161
		3,1%	96,9%	100,0%
	40 a 59 anos	42	124	166
		25,3%	74,7%	100,0%
	60 anos ou mais	12	13	25
		48,0%	52,0%	100,0%
Total		60	356	416
		14,4%	85,6%	100,0%

Verificou-se que existe associação significativa entre hipertensão e idade, observando-se que os pacientes com 40 anos ou mais estão significativamente associados à presença de hipertensão ( $p=0,000$ ).

## DISCUSSÃO

Segundo Schafer (2005), o conhecimento sobre as condições de saúde sistêmica do paciente são de fundamental importância para o correto diagnóstico e terapêutica de suas enfermidades. Desta forma, a anamnese e o histórico de antecedentes hemorrágicos podem levantar a suspeita de anormalidades da atividade hemostática.

Nos dados apresentados na Tabela 1, dos 411 pacientes estudados, desconsiderando os 5 pacientes com dados ausentes ou ignorados, 35 apresentaram algum histórico de antecedente hemorrágico, representando 8,5% da população estudada; este índice representa uma

parcela importante dos pacientes atendidos na disciplina de Clínica Integral II e que de alguma forma, podem apresentar maior risco a desenvolver quadro hemorrágico durante e/ou após a realização de atendimento odontológico cirúrgico. Contudo, quando verificamos a relação entre pacientes do gênero masculino e feminino, constatamos uma maior ocorrência de antecedentes hemorrágicos em mulheres. Estes dados estão parcialmente de acordo com Noblat et al. (2004), que afirma não observar diferença estatisticamente significativa entre o gênero masculino e feminino para complicações sistêmicas de saúde relacionadas a alterações cardiovasculares, no entanto, observa um incremento significativo ao risco de complicações cardiovasculares em mulheres após a menopausa. Desta forma, segundo a Tabela 2, verificamos a concordância com os dados encontrados por Noblat et al. (2004), quando estabelecemos uma associação estatisticamente significativa nos pacientes acima dos 40 anos e a ocorrência de antecedentes hemorrágicos. Assim, verificamos que com o incremento da idade, pacientes do gênero feminino podem apresentar aumento de complicações quanto a alterações cardiovasculares.

Conforme os resultados encontrados na Tabela 3, verificou-se que existe associação significativa entre antecedente hemorrágico e antecedente familiar de hemorragia. Estes dados estão de acordo com Litchman et al. (2005), que estabelece a importância de uma anamnese detalhada, em que deve-se realizar um questionário sistemático, sendo indispensável o histórico familiar de alteração hemorrágica. No entanto, como afirma Schafer (2005), apesar de um relato positivo de antecedentes familiares de hemorragia indicar sinais sobre uma possível coagulopatia hereditária, um relato negativo não exclui a causa familiar; segundo ele, vinte por cento dos pacientes com hemofilia clássica não têm história familiar de sangramento.

De acordo com os dados encontrados na Tabela 4, o antecedente hemorrágico está significativamente associado à ocorrência de alterações sistêmicas de saúde. Bergamaschi (2007) ressalta a importância de uma atenção especial aos idosos. Segundo este autor, o tratamento odontológico nesta faixa etária, geralmente é mais extenso e a história médica pode limitar ou modificar o tratamento odontológico. É importante salientar que dos 35 pacientes que apresentaram antecedente hemorrágico, nenhum apresentou distúrbio de hemorragia como Hemofilia ou doença de Von Willebrand. No entanto, conforme a Tabela 4, 16 desses pacientes apresentaram uma ou mais alterações sistêmicas que determinam risco de alterações hemorrágicas, tais como: hipertensão, disfunção renal, disfunção hepática ou anemia.

Conforme visto na Tabela 5, a prevalência de pacientes que fazem uso de anti-hipertensivos é alta e tem relação significativa com antecedente hemorrágico. A literatura enfatiza a associação de fármacos antiagregantes plaquetários e anticoagulantes como drogas que

causam distúrbios hemostáticos. No entanto, devemos, segundo os dados das Tabelas 4 e 5, estar atentos aos pacientes que fazem uso de anti-hipertensivo devido a alteração sistêmica envolvida. A hipertensão sistêmica pode induzir o paciente a um maior risco de alteração hemorrágica, pelo aumento da pressão intravascular. Desta forma, um paciente hipertenso, quando exposto a um procedimento cirúrgico, pode ter um agravamento do sangramento no trans e pós-operatório.

Os resultados encontrados nas Tabelas 6 e 7 estão de acordo com o estudo feito por Noblat et al. (2004), no qual não foi observado diferença estatisticamente significativa entre o gênero masculino e feminino no uso de anti-hipertensivos e na prevalência de hipertensão, pois segundo ele, nos grupos mais idosos esta diferença entre os sexos reduz-se, particularmente, ao risco de complicações cardiovasculares. Diferentemente, no estudo feito por Messerli et al. (1987), a prevalência de complicações de hipertensão arterial, em geral, é maior em homens do que em mulheres. Contudo, na Tabela 8, constata-se haver associação estatisticamente significativa entre hipertensão arterial e o incremento da idade dos pacientes, ou, seja, acima dos 40 anos. Desta forma, pode-se associar os dados encontrados nas Tabelas 2, 4 e 8, sinalizando para o fato do incremento da idade e presença de alterações sistêmicas estarem relacionadas com o a ocorrência de antecedentes hemorrágicos.

## CONCLUSÕES

Através da análise dos prontuários de 416 pacientes atendidos na disciplina de Clínica Integral II da Faculdade de odontologia da ULBRA-Canoas, verificou-se que 35 pacientes relataram antecedentes hemorrágicos, tendo sido os fatores mais freqüentemente associados: faixa etária de 40 a 60 anos (57%) alterações sistêmicas que predispõe a um risco hemorrágico (46%), uso de anti-hipertensivo pela alteração sistêmica envolvida (23%), antecedente familiar de hemorragia (14%) e gênero no qual foi visto uma maior prevalência em pacientes do gênero feminino (86%).

Com base nesses resultados, foi possível concluir que o exame clínico é um instrumento de grande valia para o cirurgião dentista detectar um paciente de risco hemorrágico. Sendo assim, o cirurgião dentista deve ter o conhecimento das características sistêmicas do paciente que predispõem a um distúrbio hemorrágico, e que estas informações devem receber tanta importância quanto o manejo odontológico, uma vez, que é de fundamental importância para prevenir situações que podem colocar em risco a saúde do paciente.

Dessa forma, a pressão sanguínea deve ser aferida como uma medida preventiva, já que a hipertensão arterial predispõe o paciente a um maior risco de ocorrência de complicações hemorrágicas no trans e pós-operatório. Além disso, é de suma importância investigar qualquer história familiar de sangramento, pois um histórico positivo serve de alerta para uma pos-

sível complicação hemorrágica do paciente, que muitas vezes pode desconhecer o fato de ser portador de uma alteração hemorrágica.

## REFERÊNCIAS

1. BERGAMASCHI, C. C. et al. Interações medicamentosas: analgésicos, antiinflamatórios e antibióticos (Parte II). **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac.**, Recife, v. 7, n. 2, p. 9-18, 2007.
2. LITCHMAN, M. A. et al. **Manual de Hematologia de Williams**. 6. ed. Porto Alegre: Art. Med, 2005. 612p.
3. MACKLIS, R. M. et al. **Manual de Clínica Médica**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1985. p. 77-89.
4. MESSERLI, F. H. et al. Disparate cardiovascular findings in men and women with essential hypertension. **Ann. Intern. Med.**, Philadelphia, v. 107, p.158-61, 1987.
5. NOBLAT, A. C. B. et al. Complicações da Hipertensão arterial em homens e mulheres atendidos em um Ambulatório de referência. **Arq. Bras. Cardiol.**, Brasília, v. 83, n. 4, p. 308-13, 2004
6. RINDER, H. M. Distúrbios da hemostasia: Hemorragia. In: CARPENTER, C. C. J.; GRIIGS, R. C.; LOSCALZO, J. **Cecil: medicina interna básica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2002. p. 411-25.
7. SCHAFER, A. I. Abordagem ao Paciente com Hemorragia e Trombose. In: GOLDMAN, I.; AUSIELLO, D. **Cecil: Tratado de Medicina Interna**. 22. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. Cap. 162. p.1129-32.
8. SCHUMAN, M. Distúrbios Hemorrágicos: Anormalidades da função plaquetária e vascular. In: GOLDMAN, L.; BENNETT, C. J. **Cecil: Tratado de Medicina Interna**. 21. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 1107-16.

Submetido em 02.02.2014;

Aceito em 05.04.2014.