

Centro Universitário de Patos - UNIFIP
Curso de Medicina
v. 4, n. 4, out/dez 2019, p. 1298-1307.
ISSN: 2448-1394



CONDUTA CLÍNICA E CIRÚRGICA DO CIRURGIÃO-DENTISTA FRENTE AO PACIENTE HIPERTENSO E DIABÉTICO

*CLINICAL MANAGEMENT AND SURGICAL DENTIST FRONT OF THE HYPERTENSIVE
PATIENT AND DIABETIC*

Dayse Hanna Maia Oliveira
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Patos – Paraíba - Brasil
dyase.hmaia@gmail.com

Lukas Natã Mendes Fragoso
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Patos – Paraíba - Brasil
fragoso.luks@gmail.com

Nathalia da Cruz Flores
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Patos – Paraíba - Brasil
nathalia.cruz.flores@hotmail.com

Eduardo Dias Ribeiro
Universidade Federal da Paraíba – UFPB – Patos – Paraíba - Brasil
eduardodonto@yahoo.com.br

Julierme Ferreira Rocha
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Patos – Paraíba - Brasil
juliermerocha@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: O objetivo deste trabalho foi avaliar a conduta dos cirurgiões-dentistas atuantes nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Patos, Paraíba-PB, frente ao atendimento clínico e cirúrgico de pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

Métodos: Foram elaborados dois modelos de questionários, sendo um subjetivo e outro objetivo, contendo, em ambos, sete questões de mesmo teor de conhecimento. Inicialmente, foi aplicado o questionário subjetivo, seguido do questionário objetivo. Os dados obtidos foram submetidos à luz da estatística descritiva, testes qui-quadrado e exato de Fisher com significância de 5%. Em um universo de trinta e nove cirurgiões-dentistas, a amostra passou a ser constituída por trinta e seis profissionais de ambos os gêneros.

Resultados: Constatou-se que 72,3% (questionário objetivo) e 86,2% (questionário subjetivo) das respostas não foram corretas tomando por base metodologia utilizada, não havendo associação estatisticamente significativa com referência aos dois modelos de questionários utilizados.

Conclusões: Com base na metodologia empregada, observou-se que os profissionais avaliados possuem conhecimento limitado a respeito do atendimento clínico e cirúrgico ao paciente portador de HA e/ou DM., independente do modelo de questionário empregado (objetivo ou subjetivo).

Palavras-Chave: Hipertensão. Diabetes Mellitus. Cirurgia Bucal.

ABSTRACT

Objective: The objective of this study was to evaluate the behavior of dentists working at Basic Health Units of the city of Patos, Paraíba-PB, in the clinical face and surgical care of hypertensive and / or diabetic patients.

Methods: Two questionnaire models were elaborated, one being subjective and the other objective, both containing seven questions of the same knowledge content. Initially, the subjective questionnaire was applied, followed by the objective questionnaire. The data were submitted to the light of descriptive statistics, chi-square and Fisher's exact tests with significance of 5%. In a universe of thirty-nine dental surgeons, the sample consisted of thirty-six professionals of both genders.

Results: It was found that 72.3% (objective questionnaire) and 86.2% (subjective questionnaire) of the answers were not correct based on the methodology used, and there was no statistically significant association with reference to the two questionnaire models used.

Conclusions: Based on the methodology employed, it was observed that the evaluated professionals have limited knowledge regarding the clinical and surgical care of the patient with HA and / or DM, regardless of the questionnaire used (objective or subjective).

Keywords: Hypertension. Diabetes Mellitus. Oral Surgery.

1. Introdução

Para a realização de todo procedimento cirúrgico oral e maxilofacial, a avaliação da história médica é um passo inicial fundamental para estabelecer qualquer plano de tratamento. É necessário sempre observar o quadro de saúde geral do paciente, atentando para todas as condições clínicas que podem demandar cuidados especiais, sendo as mais comuns a hipertensão arterial (HA) e a diabetes mellitus (DM).¹

A HA é uma condição caracterizada pela elevação anormal da pressão sanguínea arterial que se apresenta quando a sistólica é maior que 140 mmHg e/ou a diastólica maior que 90 mmHg (em repouso). É considerada um dos principais agravos da saúde pública mundial, afetando cerca de 20% a 30% da população adulta na maioria dos países desenvolvidos, com aumento da prevalência com o avanço da idade.² De acordo com a pesquisa nacional de saúde realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2013, foi estimado que no Brasil cerca de 21,4% (31,3 milhões) da população de 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de HA³.

A DM é uma doença metabólica crônica multifatorial caracterizada por um quadro anormal da glicemia e distúrbios metabólicos envolvendo hidratos de carbono, lipídios e proteínas que desencadeia complicações agudas e crônicas devido à falha na secreção e/ou na ação da insulina, as quais podem ser provocadas tanto pela destruição autoimune das células beta-pancreáticas produtoras quanto pela resposta diminuída dos tecidos.^{4,5} Estima-se que o número de pessoas que havia com DM no mundo (em 2010) crescerá em pouco mais que 50% até 2030, em consequência do envelhecimento da população e urbanização. O Brasil está em quinto lugar na lista dos 10 países com previsão de possuir o maior número de adultos diabéticos no mundo.⁶ É comum encontrar pacientes que apresentem em conjunto as duas patologias citadas. Sendo assim, é de

extrema importância que o cirurgião-dentista possua conhecimento acerca dos cuidados pré, trans e pós-operatórios que devem ser utilizados para o tratamento clínico/cirúrgico aos pacientes portadores de DM e/ou HA, diminuindo o risco de complicações.

O objetivo do presente trabalho foi avaliar a conduta dos cirurgiões-dentistas das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Patos-Paraíba frente ao atendimento clínico e/ou cirúrgico de pacientes portadores de HA e/ou DM.

2. Método

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Hospital Universitário da Universidade Federal de Campina Grande (nº do parecer: 3.021.958). O universo dessa pesquisa foi composto pelos cirurgiões-dentistas que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) situadas na cidade de Patos-Paraíba, e que realizam periodicamente procedimentos clínicos odontológicos. Foram excluídos da pesquisa os profissionais que se negaram a participar da pesquisa ou não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e que se encontravam afastados das suas atividades durante o período de realização da pesquisa.

A coleta de dados foi obtida através de dois modelos de questionários, sendo um objetivo e outro subjetivo, ambos contendo sete questões de igual teor de conhecimento e que buscavam analisar a conduta dos cirurgiões-dentistas frente ao atendimento clínico e cirúrgico dos pacientes portadores de DM e/ou HA. Cada pergunta do questionário objetivo continha quatro opções de resposta, sendo apenas uma correta.

Os dados obtidos foram tabulados e processados pelo Microsoft Excel®2013, sendo submetidos à luz da estatística descritiva. Comparando as respostas obtidas pelos dois modelos de questionários foram utilizados os testes qui-quadrado e exato de Fischer com nível de significância de 5%.

3. Resultados

A amostra foi constituída por 36 (trinta e seis) cirurgiões-dentistas. Destes, 41,7% apresentavam mais de dez anos de formação e 80,5% possuíam pós-graduação (Tabela 01), sendo que 27,5% eram especialistas em saúde da família, 13,8% especialistas em ortodontia, 6,9% em odontopediatria, 6,9% implantodontia, 6,9% endodontia e 3,5 em odontologia do trabalho.

Tabela 1 - Caracterização do perfil acadêmico dos cirurgiões-dentistas das UBS de Patos, PB, Brasil (jun/ago 2016).

Variáveis	1 a 3 anos	4 a 6 anos	7 a 9 anos	Mais de 10 anos
Há quantos anos é formado?	22,2%	25%	11,1%	41,7%
	Sim		Não	
Possui pós-graduação?	80,5%		19,5%	

Fonte: Autoria Própria.

A Tabela 02 sumariza os resultados obtidos com os dois modelos de questionários utilizados. Na análise comparativa entre as respostas objetivas e subjetivas emitidas, não houve associação estatisticamente significativa ($p > 0.05$).

Tabela 2 - Análise estatística comparativa entre as respostas corretas e incorretas utilizando o valor de p.

Variáveis	Objetivo		Subjetivo		Valor (p)
	C* (%)	E** (%)	C (%)	E (%)	
Qual a pressão arterial máxima recomendada para a realização de um procedimento cirúrgico?	11,1	88,9	5,5	94,5	0.43
Qual a dose máxima de vasoconstrictor (Adrenalina) que pode ser administrada em um paciente hipertenso controlado em uma sessão clínica?	13,8	86,2	5,5	94,5	0.42
Qual o limite máximo recomendado de glicose em jejum para a realização do procedimento cirúrgico no paciente diabético?	19,5	80,5	5,5	94,5	0.15
Para realização de procedimento cirúrgico em pacientes diabéticos, existe a necessidade de efetuar profilaxia antibiótica? Se sim, qual a medicação de primeira escolha e a dose recomendada?	50	50	27,7	72,3	0.05
Quais os medicamentos frequentemente utilizados na prática odontológica que podem interferir na ação medicamentosa dos anti-hipertensivos?	22,2	77,8	19,5	80,5	0.77
Para o caso paciente cardiopata que faz uso diário de ácido acetilsalicílico, existe a necessidade de suspender a medicação no pré-operatório? Por quê?	27,7	72,3	16,7	83,3	0.25
Após exodontia simples, de que forma você costuma proceder para obtenção de uma hemostasia mais eficiente?	55,5	44,5	47,2	52,8	0.47

Fonte: Autoria Própria.

***C- Questões Corretas/ **E- Questões Erradas.**

Feita a análise do desempenho geral dos profissionais avaliados, foi definido como obtendo conhecimento insatisfatório (1 a 2 acertos), regular (3 a 4 acertos), muito bom (5 a 6 acertos) e excelente (7 acertos). A maioria dos entrevistados apresentou desempenho insatisfatório, sendo 72,3% no questionário objetivo e 86,2% no subjetivo. Apenas um profissional obteve desempenho considerado excelente em ambos os questionários, que corresponde a 2,7% dos entrevistados (Tabela 3).

Tabela 3 - Índices de desempenho dos cirurgiões-dentistas.

	Objetivo (%)	Subjetivo (%)
Insatisfatório	72,3	86,3
Regular	22,3	8,4
Muito bom	2,7	2,7
Excelente	2,7	2,7

Fonte: Autoria Própria.

4. Discussão

No Brasil, existem 9,1 milhões e 31,3 milhões de pessoas com 18 anos ou mais de idade que referem diagnóstico médico de DM e HA, respectivamente.³ O Ministério da Saúde preconiza que a atenção básica à saúde realizada pela equipe multiprofissional conduza atividades de promoção, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado para os pacientes portadores dessas enfermidades.⁷ Nesse contexto, buscou-se discutir o nível de conhecimento sobre alguns cuidados no âmbito odontológico ao tratar desses pacientes na atenção básica do município de Patos-Paraíba.

Na primeira questão, que abordava qual o valor pressórico máximo para a realização segura de procedimento cirúrgico, o percentual de erros foi de 88,9% (QO) e 94,5% (QS) (Tabela 2). Valores pressóricos abaixo de 160/100 mmHg são considerados seguros para atendimento odontológico em nível ambulatorial.¹ Paciente em repouso com pressão arterial sistólica maior que 180 mmHg e/ou pressão diastólica maior que 110 mmHg é considerado de alto risco para complicações cardíacas e, além de não poder ser submetido a tratamento odontológico eletivo, deve ser encaminhado pelo cirurgião-dentista para atendimento médico urgentemente.^{1,8}

De acordo com a Organização Mundial da Saúde o teste oral de tolerância à glicose é referência no diagnóstico da DM. Quando este não puder ser realizado, opta-se por utilizar a medida da glicose plasmática em jejum, que considera glicose alterada quando os valores forem ≥ 110 e <126 mg/dl, e diabetes valores ≥ 126 mg/dl.⁵ Quando

questionados sobre o limite máximo recomendado de glicose em jejum para a realização segura de procedimento cirúrgico no paciente diabético, 80,5% (QO) e 94,5% (QS) demonstraram desconhecer essa informação (Tabela 2). O limite de 200 mg/dL é considerado aceitável para submeter o paciente a procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade.^{5,9}

A má cicatrização e a regeneração tardia dos tecidos que adiam a cura em pacientes diabéticos são complicações conhecidas após a cirurgia oral.^{4,10} Quando não controlada, a DM pode favorecer o desenvolvimento de processo infecciosos¹¹, sendo importante o controle glicêmico do paciente antes do procedimento para que esteja em nível considerado aceitável e, caso não esteja adequado, deve-se adiar o procedimento até que o valor se regularize.⁴

De acordo com o relatório da American Dental Association, é recomendada a realização de profilaxia antibiótica em casos de procedimento cirúrgico para os pacientes com diabetes insulino-dependente ou algum quadro de imunossupressão – já que a maior susceptibilidade do diabético à infecção é decorrente de falhas no sistema imune.^{12,13} Em contrapartida, os entrevistados desta pesquisa responderam em 50% (QO) e 72,3% (QS) que não era necessária a realização da profilaxia antibiótica (Tabela 2).

Embora existam muitos antibióticos e combinações de antibióticos que podem ser utilizados na profilaxia, a amoxicilina é a primeira escolha.¹² Aconselha-se o uso de 2g uma hora antes do procedimento, sendo considerada a escolha preferencial na terapia oral por ter boa absorção no trato gastrointestinal e proporcionar níveis séricos altos e sustentados, aumentando a chance da medida preventiva.¹⁴

Pode haver interação medicamentosa entre os anti-inflamatórios (AINES) e os fármacos anti-hipertensivos.⁹ Alguns estudos evidenciam os efeitos adversos dos AINES sobre a pressão arterial e a diminuição da eficiência dos medicamentos anti-hipertensivos.^{15,16} Cerca de 77,8% (QO) e 80,5% (QS) dos entrevistados desconhecem essa interação medicamentosa (Tabela 2).

O mecanismo pelo qual os AINES podem afetar os valores da PA não é totalmente compreendido, mas acredita-se ser devido à inibição da síntese de prostaglandina (PG), através da competição com o sítio ativo da enzima cicloxigenase (COX). As PGs atuam na resposta inflamatória, na modulação da dilatação vascular renal e sistêmica, na filtração glomerular, secreção tubular de sódio e água, do sistema renina-angiotensina-aldosterona, além de serem protetoras da mucosa gástrica. Sua inibição pode provocar retenção de sódio e consequente aumento do volume de líquido intravascular e elevar os níveis de aldosterona no soro, provocando edema, hipertensão arterial, diminuição da função renal, entre outros.¹⁶

O uso de adrenalina para pacientes com problemas cardiovasculares é recomendado, porém a dose deve ser reduzida (0,04 mg/consulta).¹⁷ Cerca de 13,8% (QO) e 5,5% (QS) dos profissionais avaliados têm conhecimento acerca do valor da dose máxima recomendada de adrenalina como vasoconstrictor para pacientes portadores de HA (Tabela 2).

De acordo com a American Dental Association e American Heart Association, complicações sérias, em pacientes normais, ocorrem em doses acima de 0,5 mg (50 mL da solução 1:100.000) de adrenalina e fatalidades com doses acima de 4 mg (400 mL da solução 1:100.000).¹⁸ Além disso, o correto emprego das técnicas anestésicas é imprescindível para evitar intercorrências associadas à anestesia local, como nos casos em que o anestésico é administrado diretamente no vaso sanguíneo.¹⁹

A quantidade de epinefrina liberada devido ao estresse pré-operatório pode ser mais elevada que a quantidade exógena decorrente da anestesia local. A secreção endógena normal de epinefrina pelas supra-renais é de cerca de 2,5 a 7,5 ng/kg por minuto, mas durante uma situação de estresse, a liberação pode aumentar de 20 a 40 vezes.¹⁹

O AAS é comumente prescritos em casos de desordens cardíacas, podendo aumentar o risco de hemorragias.¹³ Sobre o AAS, 72,3% (QO) e 83,3% (QS) dos profissionais respondeu que era necessário suspender o uso do medicamento antes de qualquer procedimento cirúrgico (Tabela 2). Esse fármaco atua inibindo irreversivelmente a função plaquetária, com tempo de ação que persiste por aproximadamente dez dias, que é o tempo de meia-vida das plaquetas.¹³ Na maioria dos casos, os efeitos adversos após a suspensão do AAS antes das exodontias se sobressaem aos benefícios.²⁰

Foram analisadas as consequências da interrupção da terapia anticoagulante antes de procedimentos ambulatoriais de cirurgia oral menor em pacientes que faziam a terapia por mais de um ano e necessitaram realizar exodontias. Os autores concluíram que a realização de exodontias é possível sem a interrupção da terapia anticoagulante desde que o paciente apresente INR igual ou menor que três²¹, sendo corroborado por Bajkin et al.²² O estudo de SHIN-YU LU (2018) concluiu que não se deve realizar a suspensão do AAS devido ao elevado risco de trombose vascular.^{20, 23}

O sangramento durante ou após a cirurgia oral em pacientes anticoagulados em sua maioria não são incidentes de perda sanguínea grave e que podem ser controlados através de medidas locais como compressão local com gaze, suturas, esponjas de gelatina e oxidados celulose que são agentes hemostáticos úteis.²³ Para obtenção de hemostasia após um exodontia simples, 44,5% (QO) e 52,8% (QS) responderam que utilizavam sutura e compressão com gaze (Tabela 2).

Na análise comparativa entre as respostas objetivas e subjetivas dos entrevistados, foi observada uma associação estatística não significativa, que pode ser explicado pelo expressivo percentual de repostas inadequadas em todas as questões, independente do tipo de questionário empregado (objetivo ou subjetivo). Uma limitação encontrada em nosso estudo foi o número pequeno de profissionais entrevistados. É provável, que diante de uma amostra mais expressiva, se possa encontrar alguma diferença entre a aplicação de questionários subjetivos e objetivos.

O nível de conhecimento dos profissionais entrevistados sobre os cuidados no atendimento clínico/cirúrgico com os pacientes portadores de DM e/ou HA foi considerado insatisfatório em 72,3% (QO) e 86,2% (QS) (Tabela 3). O longo período desde a formação dos profissionais e a provável falta de reciclagem é uma possível explicação para os resultados encontrados. Entretanto, essa hipótese precisa ser confirmada por pesquisas posteriores e pela padronização dos questionários empregados tomando como referência os dados publicados na literatura com relação ao manejo pré, trans e pós-operatório ao paciente portador de DM e/ou HA.

5. Conclusão

Com base na metodologia empregada, observou-se que os profissionais avaliados possuem conhecimento limitado a respeito do atendimento clínico e cirúrgico ao paciente de HA e/ou DM, independente do modelo de questionário empregado (objetivo ou subjetivo).

Referências

1. Petranker S, Nikoyan L, Ogle OE. Preoperative evaluation of the surgical patient. *Dent Clin North Am.* 2012 Jan;56(1):163-81, ix. doi:10.1016/j.cden.2011.06.003.
2. Holm SW, Cunningham Jr LL, Bensadoun E, Madsen MJ. Hypertension: classification, pathophysiology, and management during outpatient sedation and local anesthesia. *J Oral Maxillofac Surg.* 2006 Jan;64(1):111-21. doi: 10.1016/j.joms.2005.09.023.
3. Costa KS, Tavares NUL, Mengue SS, Pereira MA, Malta DC, Júnior JBS. Obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes no Programa Farmácia Popular do Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol. serv. Saúde.* 2016 jan-mar;25:33-44. doi:10.5123/S1679-49742016000100004.
4. Rezende MCRA, Wada CM, Fiorin LG, Cury MTS, Lisboa-Filho PN. Impacto do controle glicêmico sobre as complicações associadas ao diabetes mellitus na osseointegração. *Arch. Health invest.* 2015;3(5):73-81.

5. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2010 Jan;33(Suppl 1):S62–S69. doi: 10.2337/dc10-S062.
6. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract*. 2010 Jan;87(1):4-14. doi: 10.1016/j.diabres.2009.10.007. Epub 2009 Nov 6.
7. Helena ETS, Nemes MIB, Eluf-Neto J. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. *Saude soc*. 2010 Sept;19(3):614-626. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000300013>.
8. Ferraz EG, Carvalho CM, Jesuíno AA, Provedel L, Sarmiento VA. Avaliação da variação da pressão arterial durante o procedimento cirúrgico odontológico. *Ver. Odontol. UNESP*. 2007;36(3):223-229.
9. Skamagas M, Breen TL, LeRoith D. Update on diabetes mellitus: prevention, treatment, and association with oral diseases. *Oral Dis*. 2008 Mar;14(2):105-14. doi: 10.1111/j.1601-0825.2007.01425.
10. Torres FM, Mazzini WU, Campuzano TM. Predisposing factors affecting oral health in diabetes mellitus patients. *Rev. odontol. mex*. 2017 June;21(2):e101-e106. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rodMex.2017.05.014>.
11. Yo CH, Lee MT, Gi WT, Chang SS, Tsai KC, Chen SC, Lee CC. Prognostic determinants of community-acquired bloodstream infection in type 2 diabetic patients in ED. *Am J Emerg Med*. 2014 Dec;32(12):1450-4. doi: 10.1016/j.ajem.2014.08.071. Epub 2014 Aug 29.
12. Lockhart PB, Loven B, Brennan MT, Fox PC. The evidence base for the efficacy of antibiotic prophylaxis in dental practice. *J Am Dent Assoc*. 2007 Apr;138(4):458-74; quiz 534-5, 437.
13. Brennan MT, Valerin MA, Noll JL, Napeñas JJ, Kent ML, fox PC, et al. Aspirin use and post-operative bleeding from dental extractions. *J Dent Res*. 2008 Aug;87(8):740-4. doi: 10.1177/154405910808700814.
14. Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levison M, et al. Prevention of 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. *Circulation*. 2007 Oct 9;116(15):1736-54. Epub 2007 Apr 19.
15. Kalafutova S, Juraskova B, Vlcek J. The impact of combinations of non-steroidal anti-inflammatory drugs and anti-hypertensive agents on blood pressure. *Adv Clin Exp Med*. 2014 Nov-Dec;23(6):993-1000. doi: 10.17219/acem/37357.

16. Kumar B, Swee ML. Nonsteroidal anti-inflammatory drug use in a patient with hypertension: a teachable moment. *JAMA Intern Med.* 2015 Jun;175(6):892-3. doi: 10.1001/jamainternmed.2015.0809.
17. Hersh EV, Moore PA. Adverse drug interactions in dentistry. *Periodontol* 2000. 2008;46:109-42. doi: 10.1111/j.1600-0757.2008.00224.
18. Stoeckle M, Kaech C, Trampuz A, Zimmerli W. The role of diabetes mellitus in patients with bloodstream infections. *Swiss Med Wkly.* 2008 Sep 6;138(35-36):512-9. doi: 2008/35/smw-12228.
19. Naftalin LW, Yagiela JA.. Vasoconstrictors: indications and precautions. *Dent Clin North Am.* 2002 Oct;46(4):733-46.
20. Lu SY, Lin LH, Hsue SS. Management of dental extractions in patients on warfarin and antiplatelet therapy. *J Formos Med Assoc.* 2018 Nov;117(11):979-986. doi: 10.1016/j.jfma.2018.08.019. Epub 2018 Sep 5.
21. Al-Mubarak S, Al-Ali N, Abou-Rass M, Al-Sohail A, Robert A, Al-Zoman K, et al. Evaluation of dental extractions, suturing and INR on postoperative bleeding of patients maintained on oral anticoagulant therapy. *Br Dent J.* 2007 Oct 13;203(7):E15; discussion 410-1. Epub 2007 Aug 10.
22. Bajkin BV, Vujkov SB, Milekic BR, Vuckovic BA. Risk factors for bleeding after oral surgery in patients who continued using oral anticoagulant therapy. *J Am Dent Assoc.* 2015 Jun;146(6):375-81. doi: 10.1016/j.adaj.2015.01.017.
23. Wahl MJ. The mythology of anticoagulation therapy interruption for dental surgery. *J Am Dent Assoc.* 2018 Jan;149(1):e1-e10. doi: 10.1016/j.adaj.2017.09.054.