

## HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS CONSULTA DE ANTICOAGULACIÓN

### ODONTOLOGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS

**MEDICO RESPONSABLE:** Dra. Patricia Machado Machado. Hematóloga  
**FECHA:** Enero 2006  
**TELÉFONOS:** 922678000 y 922678650

Las siguientes recomendaciones son aplicables a los enfermos en tratamiento anticoagulante oral y que siguen control en la Consulta de Coagulación del H.U.C. El resto de pacientes anticoagulados que vayan a ser sometidos a procedimientos invasivos deberán consultar con el médico o servicio que controle su terapia anticoagulante.

El facultativo que va a realizar el procedimiento invasivo debe cumplimentar la Solicitud de Modificación de Anticoagulación que se adjunta, e indicarle al paciente que acuda con ella a nuestra consulta, de lunes a viernes a las 11:00 horas, de 1 a 3 días antes la fecha prevista para higienización, obturación o exodoncia simple, y de 7 a 10 días antes de cualquier otra intervención.

A continuación resumimos las recomendaciones que propondremos y que siempre quedarán reflejadas en la hoja de dosificación del paciente:

#### 1. HIGIENIZACIÓN, OBTURACIÓN Y EXODONCIA SIMPLE:

- INR < 2: puede procederse sin modificar el tratamiento anticoagulante.
- INR 2 – 2,5: indicar al paciente que no tome el anticoagulante la noche anterior al procedimiento.
- INR > 2,5: valorar el riesgo trombótico, si éste lo permite reducir más la intensidad del TAO, en caso contrario, establecer tratamiento puente con heparina de bajo peso molecular.

#### 2. RESTO DE PROCEDIMIENTOS:

- Se establecerá tratamiento puente con heparina de bajo peso molecular, a dosis profilácticas o a dosis anticoagulantes según sea el riesgo trombótico.

**HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS  
CONSULTA DE ANTICOAGULACIÓN**

**SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE ANTICOAGULACIÓN PARA CIRUGÍA**

*Cumplimente esta solicitud y remítala con el paciente a nuestra consulta, de lunes a viernes a las 11:00 horas y al menos una semana antes del procedimiento, excepto para limpieza, obturación y exodoncia simple bucodentales que basta con una antelación de 1 a 3 días.*

**PACIENTE:**

APELLIDOS: _____	NOMBRE: _____
FECHA NACIMIENTO: _____	TELÉFONO: _____

**PROCEDIMIENTO INVASIVO INDICADO:**

DENOMINACIÓN: _____	FECHA: _____
DESCRIPCIÓN QUE PROCEDA *: _____ _____ _____ _____	

*\*Aporte toda la información que ayude a valorar el riesgo hemorrágico del procedimiento, por ejemplo: en las biopsias indique tamaño y localización de la lesión y si el tejido es vascular, en endoscopias señale si la finalidad de la misma es mera visualización o intervención, etc.*

MEDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_  
FECHA DE SOLICITUD: \_\_\_\_\_ Nº COLEGIADO: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

---

RESPUESTA DEL HEMATÓLOGO: _____ _____ _____	
FECHA DE RESPUESTA: _____	Nº COLEGIADO: _____
Firma _____	