



Artículo original

## Conocimientos, actitudes y prácticas de estudiantes de odontología sobre el manejo de pacientes bajo tratamiento antitrombótico

Knowledge, attitudes and practices of dentistry students regarding the management of patients under antithrombotic therapy

Nubia Yadira Prado Bernal,\* Arizaid Cruz Flores,<sup>‡</sup>  
Irma Adriana Chaves Cruz,<sup>‡</sup> Fabiola Salgado Chavarría<sup>§</sup>

### RESUMEN

**Introducción:** el manejo odontológico de pacientes bajo medicación antitrombótica representa un desafío clínico por el riesgo de sangrado asociado a las exodoncias y las decisiones erróneas sobre la suspensión del medicamento. La evidencia actual señala que la mayoría de los procedimientos pueden realizarse sin interrumpir la terapia, siempre que se adopten medidas locales hemostáticas adecuadas. **Objetivo:** evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de los odontólogos respecto al manejo de pacientes bajo terapia antitrombótica, en relación con la suspensión del tratamiento antes de una extracción dental. **Material y métodos:** estudio observacional de tipo transversal mediante una encuesta estructurada que abordó el reconocimiento de fármacos anticoagulantes y antiagregantes, la valoración del riesgo hemorrági-

### ABSTRACT

**Introduction:** the dental management of patients receiving antithrombotic therapy remains a clinical challenge due to the potential bleeding risk and the frequent misconception that medication must be discontinued before dental extraction. Current evidence indicates that most procedures can be safely performed without interrupting therapy when appropriate local hemostatic measures are implemented. **Objective:** to evaluate the knowledge, attitudes, and practices of dentists regarding the management of patients under antithrombotic therapy, particularly concerning drug discontinuation prior to tooth extraction. **Material and methods:** a cross-sectional observational study was conducted through a structured questionnaire distributed among dentists from various healthcare institutions. The

\* Profesora Investigadora, Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X), Ciudad de México, México.

<sup>‡</sup> Odontóloga general, UAM-X, Ciudad de México, México.

<sup>§</sup> Cirujana Maxilofacial. Adscrita a la Especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial, Facultad de Odontología, División de Estudios de Posgrado e Investigación (DEPeI), Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Ciudad de México, México.

Correspondencia:

Nubia Yadira Prado Bernal

Calzada del Hueso 1100, Colonia Villa Quietud, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04960, CDMX.

E-mail: nprado@correo.xoc.uam.mx

**Citar como:** Prado BNY, Cruz FA, Chaves CIA, Salgado CF. Conocimientos, actitudes y prácticas de estudiantes de odontología sobre el manejo de pacientes bajo tratamiento antitrombótico. Rev Mex Cir Bucal Maxilofac. 2026; 22 (1): 4-11. <https://dx.doi.org/10.35366/122977>



co, la conducta frente a la suspensión de la medicación y el manejo de posibles complicaciones postoperatorias. Se aplicó estadística descriptiva para el análisis de frecuencias y porcentajes. **Resultados:** aunque la mayoría de los encuestados identificó los principales fármacos antitrombóticos, persistieron dudas sobre la suspensión del tratamiento. El 62% consideró necesario suspender la medicación antes de la extracción, y sólo el 28% conocía las guías clínicas que desaconsejan esta práctica. El 40% refirió inseguridad para tratar estos pacientes y más del 70% indicó no haber recibido formación específica en el tema. **Conclusiones:** se evidenció un nivel de conocimiento suficiente pero heterogéneo. La falta de actualización sobre las recomendaciones clínicas puede aumentar los riesgos tromboembólicos y en algunos casos los riesgos hemorrágicos trans- o postquirúrgicos, lo que subraya la necesidad de fortalecer la formación profesional en farmacología y manejo clínico.

**Palabras clave:** anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios, extracción dental, hemorragia, odontología, atención odontológica.

*survey assessed the identification of anticoagulant and antiplatelet agents, evaluation of bleeding risk, decisions regarding therapy suspension, and management of postoperative complications. Descriptive statistics were used for frequency and percentage analysis. Results: although most respondents identified the main antithrombotic drugs, uncertainty persisted regarding therapy discontinuation. Sixty-two percent considered it necessary to suspend the medication before extraction, and only 28% were aware of clinical guidelines discouraging this practice. Forty percent reported feeling insecure when treating these patients, and over 70% had not received specific training on the subject. Conclusions: sufficient knowledge was identified among dentists but inconsistent regarding the management of patients under antithrombotic therapy. Lack of awareness of current recommendations may increase thromboembolic and some trans or postoperative hemorrhagic risks, underscoring the need to strengthen professional education in pharmacology and clinical management.*

**Keywords:** anticoagulants, platelet aggregation inhibitors, tooth extraction, hemorrhage, dentistry, dental care.

#### Abreviaturas:

ACOD = anticoagulantes orales directos  
AINE = antiinflamatorios no esteroideos  
AVK = anticoagulantes orales dependientes de la vitamina K  
EP = embolia pulmonar  
FA = fibrilación auricular  
INR = índice internacional normalizado  
TEV = tromboembolismo venoso  
TVP = trombosis venosa profunda

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, se ha observado un aumento significativo en el número de pacientes con enfermedades crónicas que reciben tratamiento con fármacos antitrombóticos, entre los que se incluyen anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios y fibrinolíticos. Estos medicamentos se emplean tanto en la prevención primaria como secundaria de eventos tromboembólicos como la trombosis venosa profunda (TVP), la embolia pulmonar (EP) y el tromboembolismo venoso (TEV). Asimismo, se prescriben en pacientes portadores de válvulas cardíacas mecánicas o protésicas, con fibrilación auricular (FA), antecedentes de infarto agudo al miocardio o con riesgo de formación de coágulos postquirúrgicos, entre otras condiciones.<sup>1,2</sup>

Entre los anticoagulantes más empleados destacan los orales dependientes de la vitamina K (AVK), como la warfarina y el acenocumarol, los

anticoagulantes orales directos (ACOD), como el dabigatrán, el rivaroxabán y el edoxabán, los antiagregantes plaquetarios, como el ácido acetilsalicílico y el clopidogrel, y las heparinas de administración intravenosa o subcutánea, utilizadas también como terapia puente.<sup>3</sup> Estos medicamentos requieren una estrecha vigilancia médica mediante pruebas de laboratorio, como el tiempo de tromboplastina parcial activada y el tiempo de protrombina para los ACOD, y el índice internacional normalizado (INR) para los AVK. Dicho control permite garantizar la dosis terapéutica adecuada y prevenir complicaciones derivadas de interacciones farmacológicas, dietéticas o alteraciones de la hemostasia.<sup>4,5</sup>

En los últimos años se han desarrollado nuevos anticoagulantes orales denominados anticoagulantes orales directos, los cuales ofrecen una alternativa terapéutica frente a las limitaciones de los anticoagulantes clásicos. Sin embargo, presentan riesgos de sangrado similares a los de los tratamientos convencionales.<sup>6,7</sup>

Habitualmente se señala que los fármacos antitrombóticos implican consideraciones especiales al realizar procedimientos que involucran sangrado. No obstante, el riesgo tromboembólico asociado a la suspensión del tratamiento ha cobrado mayor relevancia, motivo por el cual, a pesar de la existencia de pautas y guías actualizadas, se observa una gran

variabilidad en la práctica clínica de los odontólogos, tal como se describe en diversos estudios internacionales.<sup>8-10</sup>

Las decisiones clínicas relacionadas con la suspensión o continuidad del tratamiento antitrombótico deben tomarse en conjunto con el médico tratante, considerando el tipo de procedimiento quirúrgico y el riesgo hemorrágico individual del paciente. Entre los criterios más utilizados se encuentra la evaluación del riesgo tromboembólico mediante la escala CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc, la cual permite determinar la indicación terapéutica más apropiada: en pacientes con riesgo bajo se prescriben antiagregantes plaquetarios; con riesgo moderado, anticoagulantes orales, y en casos de riesgo alto, anticoagulantes orales directos o terapia parenteral.<sup>11</sup>

Cuando un paciente ya diagnosticado y tratado de su patología de base acude a un procedimiento odontológico que involucre sangrado, el profesional debe evaluar si el procedimiento previsto implica un riesgo hemorrágico significativo. Se consideran de riesgo elevado las intervenciones que incluyen más de tres extracciones dentales, colocación de múltiples implantes, procedimientos de regeneración ósea, elevación de seno, extracción de terceros molares, curetajes abiertos, osteotomías, regularización de procesos alveolares o retiro de tejido de granulación, entre otros.<sup>12,13</sup>

Durante la elaboración de la historia clínica es esencial identificar factores que incrementan el riesgo de sangrado, lo cual puede cuantificarse mediante la escala **HAS-BLED** (su nombre es la nemotecnia de sus iniciales en inglés). Esta herramienta asigna un punto por cada condición coadyuvante y estima el riesgo hemorrágico total a partir de la sumatoria: Hipertensión (*Hypertension*); Alteración de la función renal o hepática (*Abnormal Renal/Liver function*); *Stroke* (accidente cerebrovascular); *Bleed* (sangrado previo o predisposición); *Labile INR* (INR lábil); *Elderly* (edad avanzada,  $\geq 65$  años); *Drugs/Alcohol* (medicación que incrementa el sangrado y/o consumo de alcohol). Con base en la puntuación total, se clasifica el riesgo de sangrado como bajo (0), moderado (1-2) o alto ( $\geq 3$ ) (*Figura 1*).<sup>14</sup>

En el presente estudio se evaluaron los conocimientos, actitudes y prácticas de un grupo de odontólogos respecto al manejo odontológico de pacientes bajo tratamiento antitrombótico, en particular sobre la suspensión o continuidad de la medicación antes de una extracción dental, con el propósito de identificar deficiencias en la formación profesional y promover

estrategias de actualización orientadas a una atención segura y basada en evidencia.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal y observacional en una muestra conformada por 110 odontólogos generales y especialistas con práctica clínica activa. Como instrumento de recolección de datos se aplicó una encuesta estructurada de 24 preguntas cerradas, diseñada a partir de una adaptación transcultural del *Oral Anticoagulation Knowledge Test* (OAK Test).<sup>15</sup>

El cuestionario se dividió en tres bloques temáticos orientados a evaluar: (1) conocimientos generales sobre coagulación, medicamentos antitrombóticos y medidas hemostáticas locales; (2) control y monitoreo del paciente mediante pruebas de laboratorio, y (3) actitudes y prácticas clínicas relacionadas con el manejo odontológico de pacientes anticoagulados.

Los datos recolectados se capturaron en una hoja de cálculo de Microsoft Excel y posteriormente se exportaron al software *IBM SPSS Statistics* versión 25.0 para su análisis. Se evaluó la confiabilidad interna del instrumento mediante el coeficiente alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de 0.802, lo cual indica una consistencia interna aceptable. Se calcularon estadísticas descriptivas, incluidas medias, frecuencias y porcentajes según el tipo de variable. Asimismo, se aplicó la prueba de Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) para establecer asociaciones entre variables categóricas.

## RESULTADOS

### Nivel de conocimientos

En relación con el nivel general de conocimientos, se observó que el 71.8% de los participantes presentó un nivel bueno respecto a los principios básicos de los medicamentos antitrombóticos, que incluían su prescripción, fisiología, interacciones farmacológicas y manejo clínico del paciente anticoagulado. Un 20% mostró un nivel aceptable, mientras que sólo el 8.2% evidenció conocimientos insuficientes.

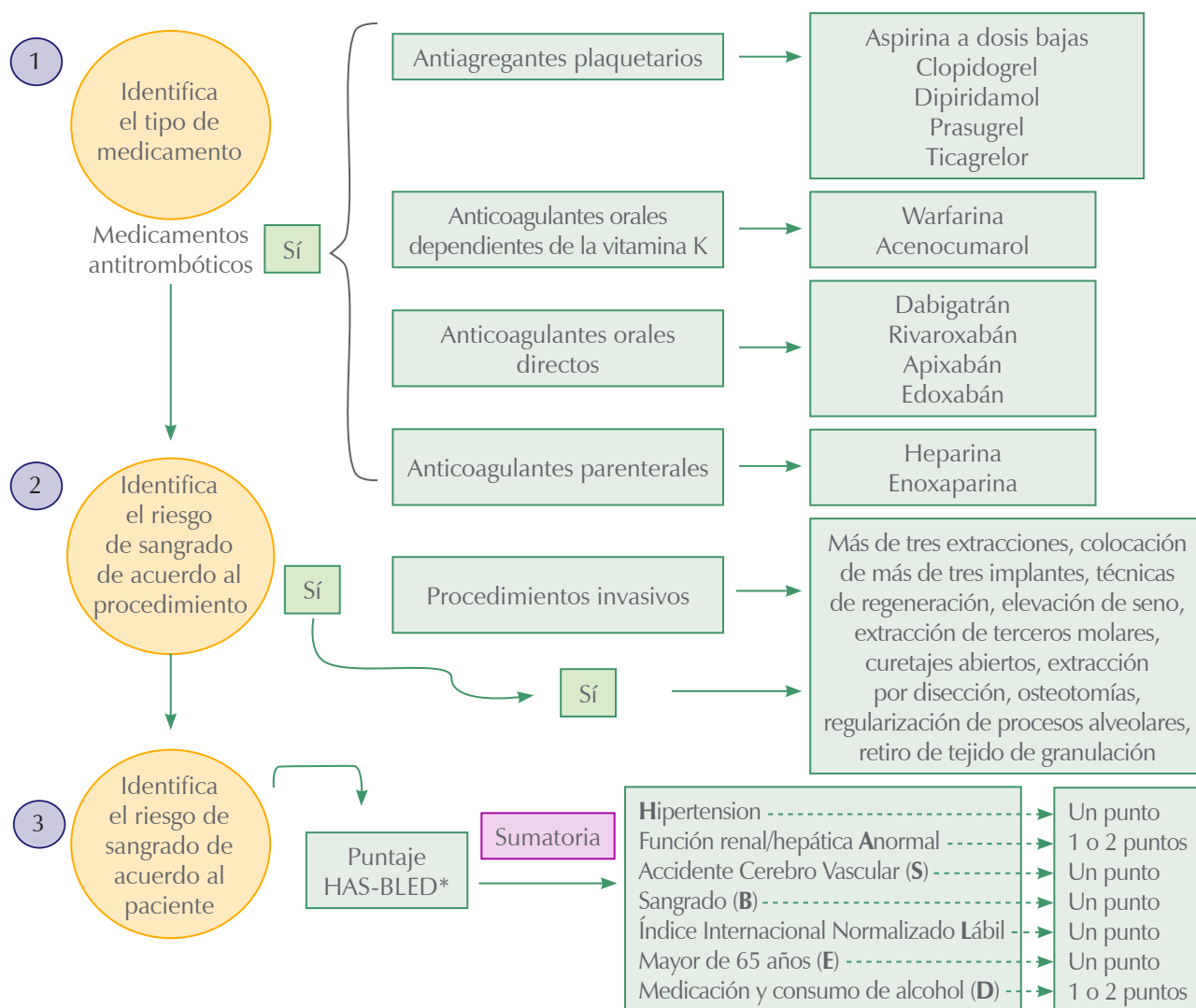
Al indagar sobre los medicamentos antitrombóticos orales más conocidos, la aspirina fue el fármaco más identificado (87.3%), seguido de la heparina (38.2%) y la warfarina (27.3%). Los medicamentos más desconocidos para la población encuestada, en orden descendente, fueron el acenocumarol (71.8%), el dabigatrán (67.3%) y el clopidogrel (52.7%) (*Tabla 1*).

El 91.8% de los odontólogos manifestó comprender la indicación de estos fármacos para la prevención y tratamiento de enfermedades cardiovasculares, trastornos tromboembólicos y cerebrovasculares. En cuanto al conocimiento de interacciones medicamentosas con fármacos de uso frecuente en odontología, el 64% reconoció que existen interacciones, mientras que el 46% afirmó no tener conocimiento al respecto. Solo el 37.3% identificó correctamente que los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y ciertos antibióticos pueden afectar la hemostasia.

Respecto al conocimiento de las pruebas de laboratorio utilizadas para el monitoreo de pacientes en tratamiento antitrombótico, el 59.1% indicó conocer la utilidad del INR, aunque únicamente el 45.5% refirió saber su rango normal de referencia.

### Actitudes ante el manejo clínico

Para valorar las actitudes clínicas, se presentaron casos hipotéticos relacionados con el manejo odontológico de pacientes bajo tratamiento antitrombótico. Ante procedimientos mínimamente invasivos



**Figura 1:** Guía de ruta en el tratamiento odontológico-quirúrgico del paciente bajo medicación antitrombótica.

Fuente: elaboración propia.

\* Nemotecnia del inglés: H (Hypertension), A (Abnormal renal/liver function), S (Stroke), B (Bleeding), L (Labile INR), E (Elderly age > 65 years), D (Drug therapy or alcohol intake).

**Tabla 1:** Familiaridad con los antitrombóticos orales (N = 110).

Medicamento y familiaridad	n (%)
Aspirina	
Bastante	96 (87.3)
Medianamente	14 (12.7)
No lo conozco	0 (0.0)
Warfarina	
Bastante	30 (27.3)
Medianamente	64 (58.2)
No lo conozco	16 (14.5)
Heparina	
Bastante	42 (38.2)
Medianamente	56 (50.9)
No lo conozco	12 (10.9)
Dabigatrán	
Bastante	6 (5.5)
Medianamente	30 (27.3)
No lo conozco	74 (67.3)
Acenocumarol	
Bastante	8 (7.3)
Medianamente	23 (20.9)
No lo conozco	79 (71.3)
Clopidogrel	
Bastante	14 (12.7)
Medianamente	38 (34.5)
No lo conozco	58 (52.7)

Fuente: elaboración propia con datos obtenidos del estudio.

que no implican sangrado, el 67.3 % de los encuestados manifestó que no suspendería la medicación del paciente, el 30 % indicó que remitiría al médico tratante y solicitaría pruebas de laboratorio antes de realizar el procedimiento, mientras que sólo el 2.7 % señaló que suspendería el medicamento días antes de la atención dental.

En el caso de procedimientos localmente invasivos que implican sangrado como extracciones complejas, cirugías de terceros molares, curetajes abiertos o injertos óseos, el 94.5% respondió que realizaría una interconsulta con el médico tratante, solicitaría estudios de laboratorio y posteriormente continuaría con el tratamiento. Tres participantes indicaron que realizarían el procedimiento sin interrumpir el anticoagulante, dos que solicitarían al paciente suspender temporalmente el medicamento, y uno que remitiría al especialista (Tabla 2).

Ante la decisión clínica sobre el riesgo de atender a un paciente anticoagulado fuera del rango terapéutico, el 64.5% de los odontólogos otorgó mayor importancia a las complicaciones hemorrágicas,

mientras que el 25.5% priorizó el riesgo tromboembólico, y un 10% manifestó no saber cómo actuar en esa situación (Tabla 3).

### Prácticas clínicas

En cuanto a las prácticas reportadas, el 82.7% de los encuestados refirió haber atendido previamente a pacientes bajo medicación antitrombótica, el 17.3% indicó no haber tratado este tipo de pacientes y el 1% expresó no estar seguro. Cuando se les pregunto cuál es su decisión clínica frente a pacientes que toman medicación antitrombótica, es interesante que el 73.3% de los encuestados piden pruebas de laboratorio y sólo cinco contestaron que les piden a sus pacientes que suspendan temporalmente el tratamiento (Tabla 4).

Sobre el protocolo de atención aplicado, el 73.3% declaró solicitar pruebas de laboratorio antes de iniciar el procedimiento, mientras que el 4.5% optó por pedir al paciente que suspenda temporalmente la medicación.

Considerando las consecuencias clínicas de la suspensión del tratamiento, para el 80% de los odontólogos es claro que detener o interrumpir la medicación anticoagulante puede disminuir el riesgo de hemorragia durante el procedimiento dental, pero definitivamente aumenta el riesgo de que el paciente presente un evento tromboembólico.

Sin embargo, al realizar el cruce de variables, no se encontró ninguna asociación estadísticamente significativa entre las respuestas y las características demográficas o profesionales de los participantes.

### DISCUSIÓN

El envejecimiento poblacional conlleva un incremento en la atención de pacientes polimedicados

**Tabla 2:** Suspender o no el tratamiento anticoagulante para realizar un procedimiento dental invasivo (N = 110).

	n (%)
Remitir a otro facultativo	1 (0.9)
Suspender el medicamento y continuar con el procedimiento	2 (1.8)
Interconsulta con el médico tratante, pruebas de laboratorio y continuar con el procedimiento	104 (94.5)
No es necesario interrumpir el medicamento y realizaría el procedimiento	3 (2.7)

**Tabla 3:** Sobre riesgos de atender a un paciente que no esté dentro del rango establecido (N = 110).

	n (%)
Presenta un riesgo elevado de hemorragia	71 (64.5)
Presenta un riesgo elevado de presentar un trombo	28 (25.5)
Presenta un riesgo de presentar efectos adversos por el tratamiento anticoagulante	11 (10)

y con múltiples enfermedades sistémicas. En México, la enfermedad tromboembólica presenta una prevalencia variable y escasamente documentada; la fibrilación auricular constituye una de sus principales causas, afectando a más de medio millón de personas.<sup>16,17</sup> Esta situación representa un desafío constante para el odontólogo, quien debe conocer los riesgos asociados a la terapia antitrombótica y su impacto en la práctica clínica.

El odontólogo debe estar preparado para atender de forma segura a pacientes bajo tratamiento antitrombótico. El propósito de este estudio fue analizar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas frente a esta condición clínica. Nuestros resultados son congruentes con los reportados por Srivastava y colaboradores, quienes observaron que la mayoría de los odontólogos poseen un conocimiento adecuado sobre los anticoagulantes orales, aunque limitado respecto a los fármacos de nueva generación.<sup>18</sup> En dicho estudio, el medicamento más común fue la warfarina, mientras que en nuestra población el más reconocido fue el ácido acetilsalicílico. Ambos trabajos coinciden en que los anticoagulantes orales directos (ACOD) son poco conocidos entre los profesionales encuestados.

Resulta destacable el estudio realizado en la Universidad de Barcelona, donde una encuesta de autopercepción del nivel de conocimiento reveló que el 68% de los participantes consideró no poseer una preparación adecuada para el manejo de pacientes que reciben antiagregantes o anticoagulantes.<sup>19</sup> Este hallazgo refuerza la necesidad de fortalecer la formación teórica y práctica de los odontólogos respecto al tratamiento de pacientes bajo terapia antitrombótica.

En nuestra población, la mayoría de los encuestados reconoció las principales patologías que requieren tratamiento antitrombótico, y poco más de la mitad refirió conocer las pruebas de laboratorio utilizadas para el monitoreo, así como sus valores normales. Además, manifestaron comprender los riesgos asociados a un valor de INR elevado. No

obstante, la mayoría desconocía las interacciones entre los fármacos antitrombóticos y los medicamentos de uso odontológico frecuente, como los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y ciertos antibióticos. De forma comparable, en la Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona, el 52% de los participantes indicó que solicitaría la prueba de INR, aunque la mitad reconoció no saber exactamente qué evalúa dicha prueba.<sup>19</sup> De manera similar, en una población holandesa, el 50% de los profesionales no estaba familiarizado con los valores normales del INR.<sup>20</sup> Estos resultados son consistentes con los de nuestro estudio, donde el 59.1% de los encuestados sabía que el INR sirve para monitorear a los pacientes en tratamiento antitrombótico, pero menos de la mitad conocía sus valores de referencia.

Una de las principales preocupaciones de los odontólogos al tratar pacientes en terapia antitrombótica es la posibilidad de hemorragias difíciles de controlar durante o después de los procedimientos. Sin embargo, la suspensión o interrupción del tratamiento puede incrementar el riesgo de eventos tromboembólicos. En nuestro estudio, más de la mitad de los participantes (64.5%) manifestó mayor preocupación por las complicaciones hemorrágicas, mientras que sólo el 25% consideró prioritario el riesgo tromboembólico. Estos resultados contrastan con un estudio realizado en España, donde el 76.7% de los odontólogos opinó que retirar el tratamiento anticoagulante podría generar efectos adversos para el paciente.<sup>21</sup>

En un estudio realizado en Arabia Saudita, el 77.9% de los odontólogos manifestó que suspendería los medicamentos antiplaquetarios o anticoagulantes antes de cualquier procedimiento quirúrgico dental.<sup>22</sup> En contraste, en nuestra población, el 94.5% de los encuestados refirió que solicitaría pruebas de laboratorio y realizaría interconsulta con el médico tratante antes de intervenir, mientras que sólo el 3%

**Tabla 4:** Cuando llega a su consulta un paciente con medicación antitrombótica usted... (N = 110).

	n (%)
Decido no tratar al paciente	2 (1.8)
Solicito pruebas de laboratorio	81 (73.3)
Solicito al paciente que suspenda temporalmente su tratamiento	5 (4.5)
No he tratado a pacientes con terapia antitrombótica	19 (17.3)

tomaría la decisión de suspender la medicación y proceder con el tratamiento.

Diversas guías internacionales de manejo concluyen que los procedimientos de cirugía menor pueden realizarse sin necesidad de interrumpir o modificar el tratamiento anticoagulante, siempre que se cumplan ciertas condiciones: 1) que los parámetros de laboratorio se encuentren dentro del rango terapéutico, 2) que el riesgo de sangrado se evalúe de acuerdo con la complejidad del procedimiento, y 3) que no existan factores coadyuvantes que incrementen dicho riesgo.<sup>4,5,12,23</sup>

Moldovan y colaboradores realizaron una revisión sistemática donde compararon el riesgo de sangrado frente al riesgo tromboembólico, concluyendo que resulta más importante cuantificar ambos riesgos mediante escalas validadas, así como considerar factores clínicos como insuficiencia cardiaca congestiva, diabetes, disfunción hepática, infarto previo o edad avanzada, en lugar de limitarse a suspender, continuar, puentear o modificar empíricamente el tratamiento.<sup>24-26</sup>

## CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio muestran que los odontólogos participantes presentan un nivel de conocimiento básico adecuado respecto al manejo de pacientes anticoagulados, y reconocen la importancia de solicitar estudios de laboratorio previos a los procedimientos quirúrgicos.

Se considera fundamental familiarizar a los odontólogos en formación con las escalas de valoración del riesgo tromboembólico (CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc) y del riesgo hemorrágico (HAS-BLED), con el fin de favorecer la toma de decisiones conjunta con el médico tratante y garantizar la seguridad del paciente.

Aunque la mayoría de los procedimientos de cirugía oral se clasifican como de bajo riesgo hemorrágico, es indispensable valorar de forma individual los factores coadyuvantes que puedan modificar el pronóstico, a fin de asegurar una práctica clínica segura basada en la evidencia publicada para el tratamiento odontológico-quirúrgico de pacientes bajo tratamiento antitrombótico.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan su agradecimiento a los odontólogos participantes por su colaboración y disposición durante la aplicación de la encuesta, así como al Departamento de Atención a la Salud

de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X), por su apoyo institucional.

## REFERENCIAS

1. Schafer A, Flierl U, Berliner D, Bauersachs J. Anticoagulants for stroke prevention in atrial fibrillation in elderly patients. *Cardiovasc Drugs Ther.* 2020; 34 (4): 555-568. doi: 10.1007/s10557-020-06981-3.
2. Chen A, Stecker E, Warden BA. Direct oral anticoagulant use: a practical guide to common clinical challenges. *J Am Heart Assoc.* 2020; 9 (13): e017559. doi: 10.1161/JAHA.120.017559.
3. Teoh L, Moisés G, McCullough MJ. A review of drugs contributing to bleeding risk in general dental practice. *Aust Dent J.* 2020; 65 (2): 118-130.
4. Nazar JC, Cárdenas CA, Coloma DR, Contreras CJ, Molina I, Miranda HP et al. Manejo perioperatorio de pacientes con tratamiento anticoagulante crónico. *Rev Chil Cir.* 2018; 70 (1): 84-91.
5. Cebollada-del Misterio JM, Pérez-Contreras ME, Rodríguez-Álvarez M, Noguera-Franco M, Vilavella-Lizana C. Manejo de antiagregantes y anticoagulantes en el perioperatorio. *FMC Form Med Contin Aten Prim.* 2019; 26 (2): 104-115. doi: 10.1016/j.fmc.2018.09.002.
6. Johnson-Leong C. An evidence summary of the management of patients taking direct oral anticoagulants (DOACs) undergoing dental surgery. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2016; 45 (5): 618-630.
7. O'Connell JE, Stassen LFA. New oral anticoagulants and their implications for dental patients. *J Ir Dent Assoc.* 2014; 60 (3): 137-143.
8. Van Diermen DE, Van der Waal I, Hoogvliets MW, Ong FN, Hoogstraten J. Survey response of oral and maxillofacial surgeons on invasive procedures in patients using antithrombotic medication. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2013; 42 (4): 502-507. doi: 10.1016/j.ijom.2012.09.018.
9. Bensi C, Belli S, Paradiso D, Lomurno G. Postoperative bleeding risk of direct oral anticoagulants after oral surgery procedures: a systematic review and meta-analysis. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2018; 47 (7): 923-932.
10. Broekema FI, Van Minnen B, Jansma J, Bos RRM. Risk of bleeding after dentoalveolar surgery in patients taking anticoagulants. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2014; 52 (3): e15-e19.
11. Melgaard L, Gorst-Rasmussen A, Lane DA, Rasmussen LH, Larsen TB, Lip GYH. Assessment of the CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score in predicting ischemic stroke, thromboembolism, and death in patients with heart failure with and without atrial fibrillation. *JAMA.* 2015; 314 (10): 1030-1038. doi: 10.1001/jama.2015.10725.
12. Serrano-Sánchez V, Ripollés-de Ramón J, Collado-Yurrita L, Vaello-Checa I, Colmenero-Ruiz C, Helm A et al. New horizons in anticoagulation: direct oral anticoagulants and their implications in oral surgery. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2017; 22 (5): e601-e608. doi: 10.4317/medoral.21862.
13. Martínez-Moreno E, Martínez-López F, Rodríguez-Lozano FJ, Oñate-Sánchez RE. Bleeding complications in anticoagulated and/or antiplatelet-treated patients at the dental office: a retrospective study. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18 (4): 1609. doi: 10.3390/ijerph18041609.
14. Zhu W, He W, Guo L, Wang X, Hong K. The HAS-BLED score for predicting major bleeding risk in anticoagulated patients with atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis. *Clin Cardiol.* 2015; 38 (9): 555-561. doi: 10.1002/clc.22435.
15. Obamiro KO, Chalmers L, Bereznicki LR. Development and validation of an oral anticoagulation knowledge tool (AKT). *PLoS One.* 2016; 11 (6): e0158071. doi: 10.1371/journal.pone.0158071.

16. Ramírez-Prieto G, Pombo-Bartelt JE, Rojas-Calderón G, García-González JJ. Prescripción de anticoagulación oral en el paciente geriátrico con fibrilación auricular. *Arch Cardiol Mex*. 2022; 92 (1): 42-52.
17. Torres-Martínez JM. Estilos de vida de los pacientes anticoagulados vista desde el modelo de creencias de salud. *Rev Mex Enferm Cardiol*. 2022; 30 (2): 47-54.
18. Srivastava KC, Shrivastava D, Baig MN, Sghaireen MG, Kielbassa AM, Lynch E. Knowledge, attitude, and practice of institutional dental professionals regarding management of patients taking oral antithrombotic medications. *Acad J*. 2020; 51 (8): 650.
19. Sánchez-Fúnez S. Conocimientos de los alumnos de odontología sobre fármacos antiagregantes y anticoagulantes [tesis de licenciatura]. Barcelona: Universitat de Barcelona, Facultat de Medicina i Ciències de la Salut; 2023.
20. van Diermen DE, Bruers JJ, Hoogstraten J, Bovenlander M, van den Bosch A, van der Waal I. Treating dental patients who use oral antithrombotic medication: a survey of dentists in the Netherlands. *J Am Dent Assoc*. 2011; 142 (12): 1376-1382.
21. Bayón J, Gordo V, Santás-Álvarez M, Lozano I, Ríos-Vázquez R, González-Juanatey C. Grado de conocimiento de los anticoagulantes orales y la fibrilación auricular entre los odontólogos de España. *REC: CardioClinics*. 2019; 54 (2): 133-135.
22. Shah AH, Khalil HS, Alshahrani FA, Khan SQ, AlQthani NR, Bukhari IA et al. Knowledge of medical and dental practitioners towards dental management of patients on anticoagulant and/or antiplatelet therapy. *Saudi J Dent Res*. 2015; 6 (2): 91-97. doi: 10.1016/j.sjdr.2014.10.002.
23. Palareti G, Antonucci E, Mastroiacovo D, Ageno W, Pengo V, Poli D et al. The American College of Chest Physicians score to assess the risk of bleeding during anticoagulation in patients with venous thromboembolism. *J Thromb Haemost*. 2018; 16 (10): 1994-2002.
24. Moldovan MA, Filip LV, Ciurea M, Termure DA, Ostas D, Rotar H et al. Bleeding and thromboembolic risk in patients under anticoagulant therapy receiving oral surgery: a systematic review. *Med Pharm Rep*. 2023; 96 (4): 346-357. doi: 10.15386/mpr-2519.
25. Barnes GD, Moulard E. Peri-procedural management of oral anticoagulants in the DOAC era. *Prog Cardiovasc Dis*. 2018; 60 (6): 600-606. doi: 10.1016/j.pcad.2018.03.002.
26. Sahar-Helft S, Chackartchi T, Polak D, Findler M. Dental treatment in the era of new anti-thrombotic agents. *Int Dent J*. 2018; 68 (3): 131-137.

**Conflicto de intereses:** no se declara ningún conflicto de intereses.