

PROTOCOLO DE LASERTERAPIA

CRITÉRIOS GERAIS

Padronização das ações quanto a utilização de laser de baixa potência e terapia fotodinâmica no SUS Campinas sendo que o tratamento deverá ser realizado exclusivamente por profissionais devidamente habilitados para a utilização do equipamento e utilização da terapia.

Laserterapia ou Terapia Laser de Baixa Potência (TLBP) caracteriza-se pela utilização da radiação laser de baixa potência para promover efeitos fotofísicos, fotoquímicos e fotobiológicos nas células e tecidos, atuando de forma complementar nas diferentes especialidades odontológicas, em alguns momentos buscando um aumento na resposta tecidual (ex: reparo de feridas) e em outros a inibição da resposta (ex: analgesia).

Indicações:

- a. Biomodulação celular
- b. Analgesia
- c. Aceleração da cicatrização em pós-operatórios e ferimentos
- d. Diminuição do edema, hematoma e escaras
- e. Hiperestesia dentinária
- f. Redução antimicrobiana (PDT) – associado a substâncias fotossensibilizadoras
- g. Auxiliar no tratamento DTM,
- h. Auxiliar na drenagem linfática
- i. Parestesia e paralisia facial

1- ENCAMINHAMENTO

CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA ENCAMINHAMENTO

PRÉ REQUISITOS PARA OS ENCAMINHAMENTOS

O usuário deve estar em tratamento na UBS (não encaminhar pacientes que simplesmente passaram em consulta de urgência) ficando a UBS responsável pelo acompanhamento do paciente durante todo o tratamento. Poderão ser encaminhados para o tratamento as seguintes doenças:

- Aftas bucais recidivantes ,
- Herpes simples,
- Disfunção da articulação temporomandibular ,trismo,
- Líquen plano não específico,
- Transtornos do nervo trigêmeo e parestesia,
- Alveolites, pulpites,
- Doenças da língua,língua geográfica
- Pericoronarites, alterações da secreção salivar,
- Analgesia pós - operatória,
- Desinfecção de bolsas periodontais,
- Hipersensibilidade dentinária, -Qqueilite angular,
- Paralisia de BELL,

Encaminhar o paciente após realizar adequação do meio bucal ,selamento de cavidades, instruções mínimas de higiene bucal , sendo que o diagnóstico realizado pré encaminhamento é clínico e realizado na UBS, com a realização de exame extra e intra-oral, anamnese, RX (no caso de dentes).

Nos casos de dúvidas em relação à indicação do encaminhamento, recomenda-se o contato inter-profissional com a referência especializada para a discussão técnica do caso.

Não serão excluídos dos tratamentos pacientes idosos, crianças, portadores de doenças crônicas, ficando na conduta do profissional a intervenção imediata ou não.

Serão excluídos de tratamentos os pacientes que utilizam drogas fotossensíveis, gestantes, pacientes com lesões sem diagnóstico definido, em áreas hemorrágicas, em regiões com histórico de neoplasia, lesões malignas e regiões de epífise de crescimento.

2 - PREENCHIMENTO CORRETO DA REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA

- Nome e telefone da UBS que está encaminhando.
- Nome completo do paciente, número do cartão SUS, telefone do paciente.
- Nome e carimbo do profissional.
- Identificação da doença ou sintoma.
- História clínica do dente e os procedimentos realizados pelo CD na UBS.
- Em casos de pacientes com alterações sistêmicas, relatar essas alterações e orientações médicas, nos casos de necessidade de prescrição profilática, o CD da UBS deverá encaminhar o paciente previamente medicado.

3 - ORIENTAÇÕES BÁSICAS AO PACIENTE

- Após notificado da data da consulta, solicitar que o paciente retire o ticket na UBS.
- Nos casos de impossibilidade de comparecimento à consulta, solicitar que o paciente comunique a UBS até dois dias de antecedência para eventual reposição da vaga.
- É obrigatório que o paciente leve o encaminhamento (ficha de referência/contra referência) ,o RX inicial e demais exames na consulta inicial agendada.

4 - CUIDADOS NA APLICAÇÃO E BIOSEGURANÇA

Obrigatório o uso de óculos de segurança no profissional e paciente.

Toda e qualquer conduta de biossegurança deverá ser tomada antes e durante o atendimento como em qualquer outro atendimento no SUS-Campinas.

Duração do tratamento:

A duração do tratamento deverá ser definida pelo profissional da especialidade que realizará o atendimento, com intervalos de 24 a 48 horas conforme a indicação do profissional e tempo estimado de tratamento pelo mesmo, que após a alta do paciente deverá preencher a ficha de referência- contra-referência e encaminhar o paciente a UBS para o acolhimento do mesmo.

Anexo a este a ficha de preenchimento pelo profissional habilitado e protocolo padrão de aplicação conforme quadro de protocolos .

**ANEXO – QUADRO DE SUGESTÃO DE PROTOCOLOS (Prof. Dr
Aguinaldo Garcêz). Laser de Baixa Potência - 100 mW 660 nm | 808 nm**

LESÃO/ALVO	COMPRIMENTO DE ONDA	PARÂMETROS	MODO DE APLICAÇÃO
Afta	Vermelho Infra-vermelho	E = 2 a 3 J T = 20 a 30s	Sobre a lesão
Gengivoestomatite herpética primária	Vermelho Infra-vermelho	E = 0,3 a 6 J T = 10s a 2min	3 aplicações a cada 24h sobre e ao redor das lesões
Herpes simples	Vermelho Infra-vermelho	E = 0,3 a 6 J T = 10s a 2min	Fase de prurido: 2 pontos sobre a região (1-2 aplicações) Fase de vesícula: infra-vermelho a cada 48h sobre a região
Disfunção da articulação temporomandibular (DTM)	Infra-vermelho	E = 4 a 12 J T = 40s a 5min	3 pontos sobre a ATM e músculos relacionados
Disfunção da articulação temporomandibular (trismo)	Vermelho Infra-vermelho	E = 4 a 12 J T = 40s a 5min	Sobre a musculatura afetada
Líquen Plano	Vermelho Infra-vermelho	E = 1 a 2 J T = 10s a 5min	Pontual, nas áreas acometidas
Mucosite	Vermelho Infra-vermelho	E = 1 a 4 J T = 10s a 200s	Toda a lesão, pontos a cada 1 cm
Nevralgias (trigêmeo)	Infra-vermelho	E = 3 a 6 J T = 20 a 30s	Trajeto do ramo afetado
Osteonecrose	Vermelho Infra-vermelho	E = 1 a 4 J T = 10 a 40s	Lesões com secreções purulentas: azul de metileno e laser vermelho 9J (PDT) Lesões sem secreções: laser infra-vermelho 4J Mucosa circunscrita à área de exposição óssea: vermelho 1J a cada 1 cm
Parestesia	Vermelho Infra-vermelho	Vermelho E = 4 a 8 J T = 40 a 200s Infra-vermelho E = 2 a 6 J T = 20 a 150s	Cobertura de toda a área do nervo afetado
Pênfigo Vulgar	Vermelho	E = 2 a 3 J T = 20 a 30s	Diretamente sobre a lesão, em contato com a superfície ou com leve afastamento em caso de sensibilidade
Pericoronarite	Vermelho	E = 4 a 6 J T = 20 a 300s	4 pontos espalhados sobre a região afetada
Complicações pós-tratamento cirúrgico	Infra-vermelho	E = 2 a 3 J T = 20 a 30s	Sobre o alvéolo Desinfecção com PDT: azul de metileno e laser vermelho 9J
Convalescença pós-cirurgia	Vermelho	E = 1 a 2 J T = 10 a 20s	Pontual, em contato, sobre o sítio cirúrgico
Xerostomia		E = 1 a 3 J T = 10 a 30s	Diretamente sobre as glândulas acometidas – 4 ou 5 pontos

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
_____, portador do RG
_____, por este instrumento de consentimento informado e esclarecido, como paciente em pleno gozo de minhas faculdades mentais, livre e voluntariamente autorizo o tratamento de laserterapia de baixa frequência e ou terapia fotodinâmica.

Os benefícios esperados pelo uso do tipo de terapia são, segundo estudos prévios:

- Diminuição da sintomatologia dolorosa dos músculos acometidos;
- Uso de uma terapia indolor, de curto prazo, sem custos e riscos eminentes aos pacientes e operador;
- Melhora na qualidade de vida ;

Os riscos que podem surgir ao longo do tratamento são: - Sintomatologia dolorosa persistente mesmo após o tratamento com o laser de baixa frequência (Casos onde não se consegue a analgesia pretendida)

Os procedimentos realizados e número de sessões serão a critério do especialista mas em média podem ser realizados a partir de 3 sessões a 6 sessões clínicas com aplicação do laser: 2 a 3 vezes na semana, durante 2 semanas consecutivas sendo que a sensibilidade a dor será analisada de acordo com uma escala, antes de iniciarmos o tratamento inicial, depois de cada sessão e após 30 dias da última sessão clínica.

As normas de Biossegurança e uso de EPIs serão adotadas durante todas as etapas do tratamento, tanto para o operador quanto para o paciente.

Campinas, de _____ de _____.

Assinatura