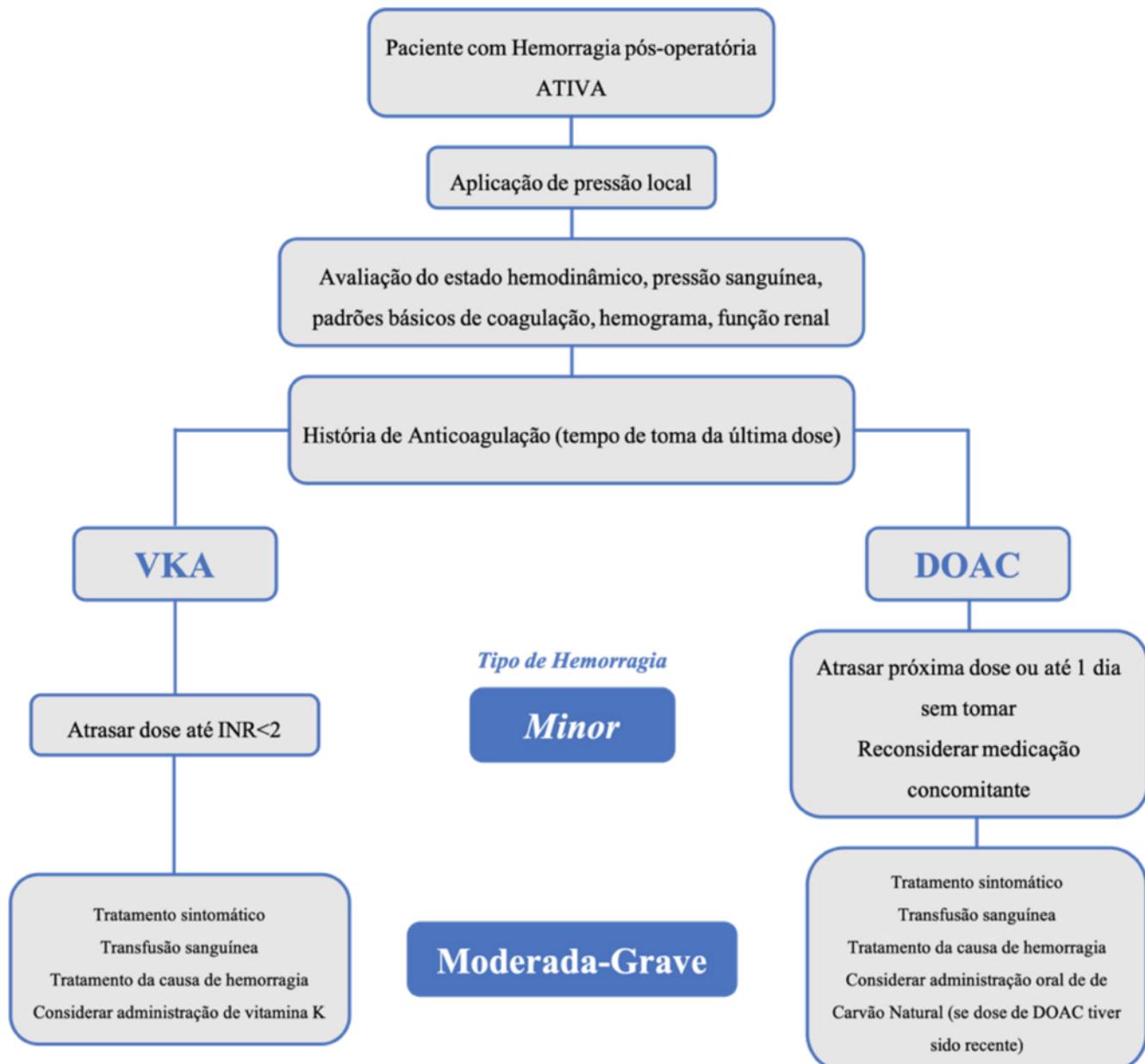
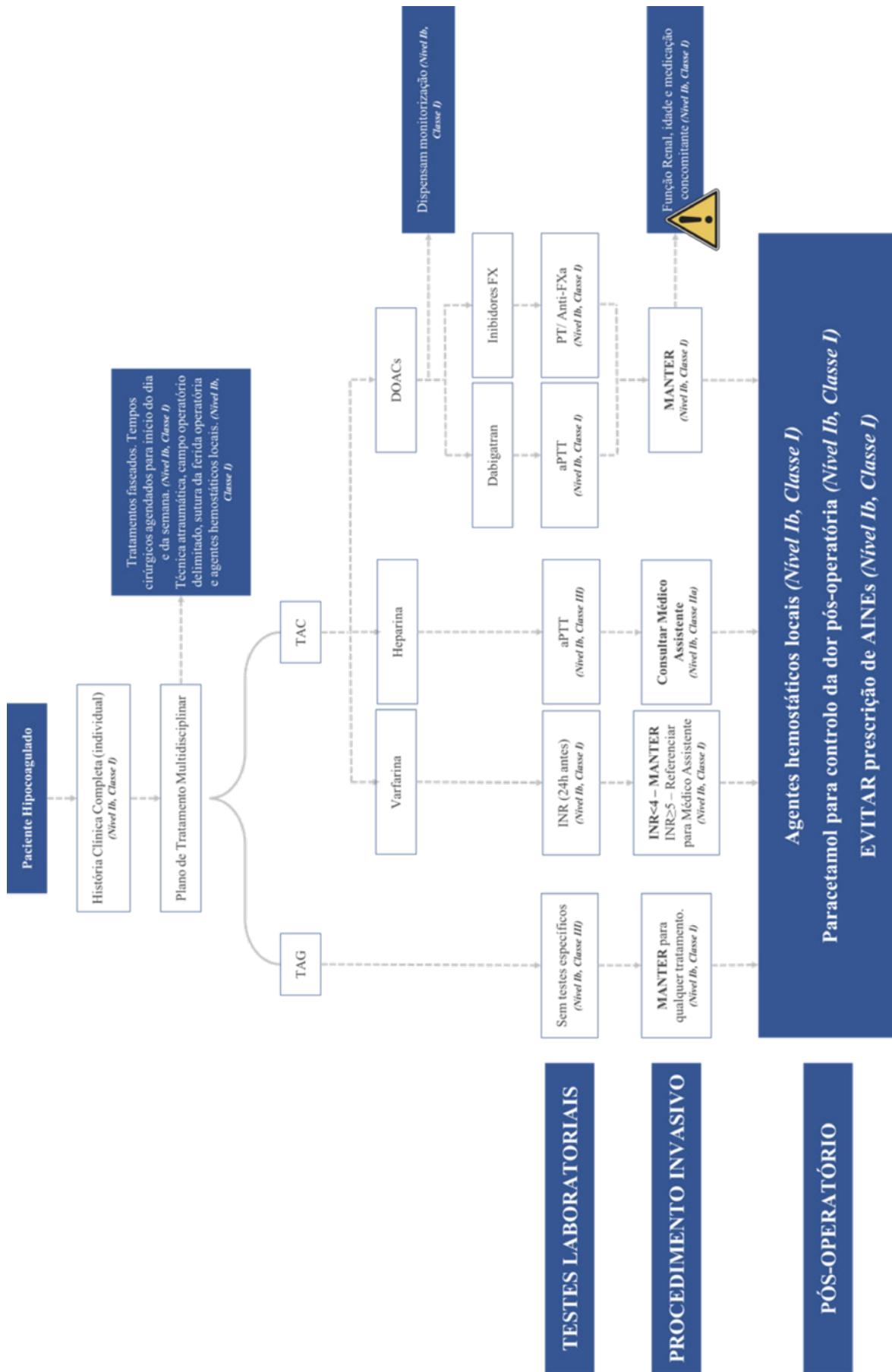


Apêndice G. Guia rápido



Adaptado de Adaptado de Kirchhof et al. 2016¹⁴ e Heidbuchel et al. 2015.³⁵



Apêndice I. Norma Integral Atualizada

(Em atualização)

Apêndice M. Metodologia

M1. Algoritmo de Pesquisa

MEDLINE via PubMed (Palavras-Chave/Algoritmo de Pesquisa)	
Número	Palavra-Chave
1	exp DENTISTRY/
2	(dental\$ or dentis\$).ti,ab.
3	((oral or periodont\$) adj5 surg\$).ti,ab.
4	(pulpotom\$ or pulpect\$ or endodont\$ or "pulp cap\$" or apicoectom\$ or apicectom\$ or gingivectom\$ or gingivoplast\$).ti,ab.
5	((dental or tooth or teeth or molar\$) adj5 (fill\$ or restor\$ or extract\$ or remov\$ or "cavity prep\$" or caries or carious or decay\$ or scal\$ or polish\$ or "root
6	(root canal and (therap\$ or treat\$)).ti,ab.
7	(tooth adj3 replant\$).ti,ab.
8	((dental or oral) adj2 implant\$).ti,ab.
9	((dental or teeth or tooth) adj2 (anesthes\$ or anaesthes\$ or "nerve
10	"root surface instrumentation".ti,ab.
11	(crown\$ or bridge\$ or prosthodontic\$).ti,ab.
12	((oral or mouth or dental) adj5 biops\$).ti,ab.
13	or/1-12
14	exp Specialties, Surgical/
15	(surgery or surgical or preoperative or pre-operative or postoperative or post-operative or perioperative or peri-operative or intraoperative or intra-operative or postsurgical or post-surgical or periprocedural or peri-procedural or
16	(invasive and procedure).ti,ab.
17	or/14-16
18	exp Anticoagulants/
19	Fibrinolytic agents/
20	Platelet aggregation inhibitor/
21	exp Heparin, Low-Molecular-Weight/
22	Warfarin/
23	Dicumarol/
24	Acenocoumarol/
25	Phenindione/
26	Aspirin/
27	Dipyridamole/
28	(anticoagula\$ or anti-coagula\$).ti,ab.
29	"indirect thrombin inhibitor\$".mp.
30	(fibrinolytic adj (agent\$ or drug\$)).ti,ab.
31	(antithrombic adj (agent\$ or drug\$)).ti,ab.
32	(thrombolytic adj (agent\$ or drug\$)).ti,ab.
33	(antiplatelet\$ or anti-platelet\$).ti,ab.
34	(platelet\$ adj2 inhibitor\$).ti,ab.
35	(platelet\$ adj (antagonist\$ or aggregant\$)).ti,ab.
36	("low molecular weight heparin" or dalteparin or enoxaparin\$ or nadroparin\$ or fragnin\$ or Kabi-2165 or tedelparin or FR-860 or clexane or EMT-966 or EMT-967 or lovenox or PK-10169 or CY-216 or fraxiparin\$).ti,ab.
37	(NOAC or "thrombin inhibitor\$" or "Factor Xa inhibitor\$" or "vitamin K
38	(warfarin or adducumar or coumadin\$ or marevan or tedicumar or warfant or
39	(dicumarol or dicoumarin or dicoumarol or bishydroxycoumain or
40	(acenocoumarol or acenocoumarin or nicoumalone or sinkumar or sinkrome or sintrom or syncumar or synthrom).ti,ab.
41	(phenindione or dindevan or fenilin or phenylindanedione or phenyline or
42	(dabigatran or pradax\$ or prazaxa).ti,ab.
43	(rivaroxaban or xarelto).ti,ab.
44	(apixaban or eliquis or edoxaban or lixiviana).ti,ab.
45	(aspirin\$ or "acetylsalicylic acid" or acetysal or acylpyrin or aloxiiprim or colfarit or dispril or easprin or ectrin or endosprin or magnecyl or micristin or
46	(clopidogrel or iscover or plavix).ti,ab.
47	(dipyridamole or dipyrimadole or antistenocardin or cerebrovase or cleridium or curantil or curantyl or dipyramidole or kurantil or miosen or novo-dipiradol
48	(prasugrel or efient or effient or prasita).ti,ab.
49	(ticagrelor or brilinta or brilique or possia).ti,ab.
50	(tinzaparin or innohep).ti,ab.
51	(fondaparinux or arixa\$ or quixidar).ti,ab.
52	(vorapaxor or zontivity).ti,ab.
53	or/18-52

54	Risk factors/
55	Stroke/
56	exp Hemorrhage/
57	exp "Embolism and Thrombosis"/
58	(risk\$ or "adverse event\$" or "adverse effect\$" or complication\$ or bleed\$ or haemosta\$ or hemosta\$ or comorbid\$ or thrombus or thromboembolism or thrombosis or embolism or thrombotic or stroke\$ or apoplex\$).ti,ab.
59	or/54-58
60	53 and 13
61	53 and 17
62	53 and 59
63	Meta-Analysis as Topic/
64	meta analy\$.tw.
65	metaanaly\$.tw.
66	Meta-Analysis/
67	(systematic adj (review\$1 or overview\$1)).tw.
68	exp Review Literature as Topic/
69	or/63-68
70	cochrane.ab.
71	embase.ab.
72	(psychlit or psyclit).ab.
73	(psychinfo or psycinfo).ab.
74	(cinahl or cinhal).ab.
75	science citation index.ab.
76	bids.ab.
77	cancerlit.ab.
78	or/70-77
79	reference list\$.ab.
80	bibliograph\$.ab.
81	hand-search\$.ab.
82	relevant journals.ab.
83	manual search\$.ab.
84	or/79-83
85	selection criteria.ab.
86	data extraction.ab.
87	85or86
88	Review/
89	87 and 88
90	Comment/
91	Letter/
92	Editorial/
93	animal/
94	human/
95	93 not (93 and 94)
96	or/90-92,95
97	69or78or84or89
98	97 not 96
99	guideline.pt.
100	practice guideline.pt.
101	guideline\$.ti.
102	or/99-101
103	60 and 102
104	60 and 98
105	61 and 102
106	61 and 98
107	62 and 102
108	62 and 98

M2. Resultados da Análise Crítica das Revisões Sistemáticas (Robis)

M3. Resultados da Análise Crítica das Normas de Orientação Clínica (Agree II)

M4. Níveis de Evidência

Nível de evidência	Definição
Nível Ia	Evidência obtida a partir de revisões sistemáticas ou meta-análises de ensaios controlados aleatorizados
Nível Ib	Evidência obtida a partir de pelo menos um ensaio controlado aleatorizado
Nível IIa	Evidência obtida a partir de pelo menos um estudo controlado bem delineado não aleatorizado
Nível IIb	Evidência obtida a partir de, pelo menos, um outro tipo de estudo quase experimental bem delineado
Nível III	Evidência obtida a partir de estudos descritivos não experimentais bem delineados, como estudos comparativos, estudos de correlação e estudo de caso
Nível IV	Evidência obtida a partir de relatórios ou pareceres de comités de especialistas ou experiências clínicas de autoridades respeitadas

Adaptado da classificação dos Níveis de Evidência usados por Perry et al. 2007.¹³

M5. Classes de Recomendação

Classe de recomendação	Definição	Sugestão de implementação
Classe I	Evidência e/ou consentimento geral que determinado tratamento ou procedimento é benéfico, útil e efetivo	Recomendado/ implementado
Classe II	Evidência controversa e/ou opiniões divergentes acerca da utilidade/eficácia do tratamento ou procedimento	
Classe IIA	Evidência/opinião privilegiam a utilidade/eficácia	Deve ser considerado
Classe IIB	Utilidade/eficácia menos suportada pela evidência/opinião	Pode ser considerado
Classe III	Evidência e consentimento geral de que o tratamento ou procedimento não é útil/efetivo, e em determinados casos pode ser prejudicial	Não recomendado

Adaptado das Classes de Evidência usadas por Kirchhof et al. 2016.¹⁴

M6. Artigos Excluídos

Autor	Ano	Critério de Exclusão	Autor	Ano	Critério de Exclusão
Bai Y., et al. ⁶⁰	2017	C	Duffett L. ¹⁰⁵	2016	A
Barón-Esquivias G., et al. ⁶¹	2017	A	Gurbel P.A., et al. ¹⁰⁶	2016	A
Dubois V., et al. ⁶²	2017	A	Halaszynski T.M., et al. ¹⁰⁷	2016	A
Eikelboom J.W., et al. ⁶³	2017	D	Heneghan C.J., et al. ¹⁰⁸	2016	C
Hellenbart E.L., et al. ⁶⁴	2017	A	Johnston S. ⁵⁹	2016	A
Lusk K.A., et al. ⁶⁵	2017	A	Kubitzka D., et al. ¹⁰⁹	2016	A
Milling TJ., et al. ⁶⁶	2017	A	Li G., et al. ¹¹⁰	2016	C
Nathwani S., et al. ⁶⁷	2017	A	Martin K., et al. ¹¹¹	2016	A
Peters J., et al. ⁶⁸	2017	C	Nathwani S., et al. ¹¹²	2016	A
Projetti M., et al. ⁶⁹	2017	D	Onundarson P.T., et al. ¹¹³	2016	D
Raschi E., et al. ⁷⁰	2017	A	Queiroz S.I., et al. ¹¹⁴	2016	A
Regan D.W., et al. ⁷¹	2017	D	Romanelli R.J., et al. ¹¹⁵	2016	C
Reuter N.G., et al. ⁷²	2017	F	Saposnik G., et al. ¹¹⁶	2016	A
Samuelson B.T., et al. ⁷³	2017	D	Schrör K. ¹¹⁷	2016	A
Abed H.S., et al. ⁷⁴	2016	A	Thibault N., et al. ¹¹⁸	2016	D
Aggarwai S., et al. ⁷⁵	2016	A e C	Verdecchia P., et al. ¹¹⁹	2016	A
Ahmed Z., et al. ⁷⁶	2016	A	Yogaratnam D., et al. ¹²⁰	2016	A
Bernardi E., et al. ⁷⁷	2016	A	Scharf R.E. ¹²¹	2015	A
Dalal J., et al. ⁷⁸	2016	A	Sholzman M., et al. ¹²²	2015	A
Darwiche W., et al. ⁷⁹	2016	D	Scott K.A., et al. ¹²³	2015	A
Dentali F., et al. ⁸⁰	2016	C	Capodanno D., et al. ¹²⁴	2013	A
Agnelli G., et al. ⁸¹	2015	C	Scaglione F. ¹²⁵	2013	A
American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Blood Management ⁸²	2015	C	Favaloro E.J., et al. ¹²⁶	2012	A

Autor	Ano	Critério de Exclusão	Autor	Ano	Critério de Exclusão
André C. ⁸³	2015	A	Firriolo F.J., et al. ¹²⁷	2012	A
Antoniou S. ⁸⁴	2015	A	Granger C.B., et al. ¹²⁸	2011	A
Baumann S., et al. ⁸⁵	2015	A	Patel M.R., et al. ¹²⁹	2011	A
Bentz B.A., et al. ⁸⁶	2015	A	Clarkson J.E., et al. ¹³⁰	2010	C
Beyer-Westendorf J., et al. ⁸⁷	2015	C	van Ryn, J., et al. ¹³¹	2010	A
Bosch J., et al. ⁸⁸	2015	A	Connolly S.J., et al. ¹³²	2009	A
Cohen A.T., et al. ⁸⁹	2015	D	Hawkins D. ¹³³	2004	A
Cuker A., et al. ⁹⁰	2015	D			
Di Biase L., et al. ⁹¹	2015	A			
Dong Y., et al. ⁹²	2015	A			
Greinacher C.B., et al. ⁹³	2015	A			
Gonzalez Quesada G.J., et al. ⁹⁴	2015	A			
Haas T., et al. ⁹⁵	2015	C			
Imberti D., et al. ⁹⁶	2015	A			
Isola G., et al. ⁹⁷	2015	A			
Jennings I., et al. ⁹⁸	2015	C			
Lekura J. ⁹⁹	2015	A			
Lemesle G., et al. ¹⁰⁰	2015	C			
Marcy T.R., et al. ¹⁰¹	2015	A			
Metzger A., et al. ¹⁰²	2015	A			
Minor C., et al. ¹⁰³	2015	A			
Devabhakthuni S., et al. ¹⁰⁴	2016	D			

M7. Artigos Incluídos

Autor	Ano	Tipo de estudo	População	Intervenção	Comparação	Outcomes	Agree/Robis
Albaladejo P., et al. ³²	2017	G	Pacientes em regime com DOACs	Risco de hemorragia dos procedimentos	-	-	R
Bartlett M., et al. ⁵⁰	2017	G	Pacientes com TEV	Monitorização de pacientes com TEV	-	-	R/RV
Bundhun P.K., et al. ³⁹	2017	MA	Pacientes com FA não-valvular em regime com Dabigatran e Rivaroxaban	Qualquer desfecho hemorrágico, hemorragia IC e GI, AVC, ES, Ataque Isquémico Transitório, TEV, mortalidade.	Rivaroxaban vs. Dabigatran	A Terapia com Rivaroxaban não está associada a uma maior ocorrência de eventos hemorrágicos quando comparada com Terapia com Dabigatran OR: 1,28; IC 95%: 0,95-1,72; P = 0,11). A ocorrência de hemorragia GI foi semelhante para os dois grupos de DOACs OR: 0,98, IC 95%: 0,43-2,25; P = 0,97). A hemorragia IC é superior na Terapia com Rivaroxaban OR: 2,18, IC95%: 0,51-9,25; P = 0,29), contudo o resultado não foi estatisticamente significativo. Para a ocorrência de AVC/ES/Ataque Isquémico Transitório/TEV os valores não foram estatisticamente significativos OR: 0,81, IC 95%: 0,53-1,23; P = 0,32) e OR: 2,06, 95% CI: 0,73-5,82; P = 0,17) respectivamente.	LOW
Clarkesmith D.E., et al. ⁵²	2017	RS	Pacientes com FA em regime com VKAs	Intervenções educativas e comportamentais para TAC	Educação comportamental e monitorização individual vs. TAC convencional	A monitorização individual e educação mostrou-se incerta para a variável tempo na dose terapêutica MD 6,31, 95% CI -5,63-18,25). Efeitos pequenos, mas positivos, da educação na melhoria de estados de ansiedade MD -0,62, 95% CI -1,21--0,04) e depressão MD -0,74, 95% CI -1,34--0,14)).	LOW
Melkonian M., et al. ⁵⁸	2017	MA	Pacientes idosos≥65 anos) com FA	Risco de hemorragia em pacientes em regime com Antiplaquetários	Terapia Antiplaquetária vs. Terapia Anticoagulante	O risco de hemorragia major com aspirina ou clopidogrel foi igual ao da varfarina nos RCTs RR 1,01, IC 95%: 0,69-1,48, evidência de qualidade moderada), menor que a varfarina em estudos coorte não randomizados RR 0,87, IC 95%: 0,77-0,99, evidências de baixa qualidade) e sem diferenças quando todos os estudos foram combinados RR 0,86, IC 95%: 0,73 - 1,01). Hemorragia de qualquer gravidade RR 0,70, IC 95%: 0,57-0,86) e hemorragia IC RR 0,46, IC95%: 0,30-0,73) foram menos frequentes nos antiagregantes plaquetários do que na varfarina. A mortalidade por todas as causas foi semelhante RR 0,99). A análise de subgrupos sugeriu que a hemorragia major poderia ser maior com a varfarina do que com a aspirina em pacientes com mais de 80 anos de idade.	LOW
Ntaios G., et al. ⁴⁰	2017	MA	Pacientes com FA	Eficácia e segurança de VKAs e DOACs	VKAs vs. DOACs	Todos os DOACs foram associados a uma grande redução da hemorragia IC taxa de risco de apixaban [HR], 0,45; 95% IC, 0,31-0,63; dabigatran HR, 0,42; 95% IC, 0,37-0,49; rivaroxaban HR, 0,64; 95% IC, 0,47-0,86); taxas semelhantes de AVC isquêmico e AVC isquêmico ou embolia sistêmica. Apixaban e dabigatran com menor mortalidade HR, 0,65; 95% IC, 0,56-0,75 e HR, 0,63; IC95%, 0,53-0,75, respetivamente); apixaban com menos hemorragia GI HR, 0,63; 95% IC, 0,42-0,95) e hemorragia major HR, 0,55; 95% IC, 0,48-0,63); dabigatran e rivaroxaban com mais hemorragia GI HR, 1,20; 95% IC, 1,06-1,36 e HR, 1,24; 95% IC, 1,08-1,41, respetivamente); dabigatran e rivaroxaban com taxa semelhante de EM HR, 0,96; 95% IC, 0,77-1,21 e FC, 1,02; 95% IC, 0,54-1,89, respetivamente).	LOW
Shi Q., et al. ³¹	2017	MA	Pacientes com indicação para cirurgia oral	Risco de hemorragia pós-operatória	Pacientes em Terapia Anticoagulante Oral vs. Pacientes em não Terapia Anticoagulante Oral TAO)	Uma análise conjunta indicou que o risco de hemorragia pós-operatória em pacientes com TAO é maior do que o de pacientes não TAO RR: 2,794, 95% CI: 1,722-4,532, p= 0,000). Os RRs agrupados nos subgrupos de cirurgia de implante dentário e extração dentária foram 2,13695% CI: 0,825-5,531, p= 0,118) e 2,003IC 95%: 0,987-4,063, p= 0,054), respetivamente. Quanto aos diferentes anticoagulantes orais, o RR agrupado no subgrupo de novos anticoagulantes orais DOACs) foi de 1,60395% CI: 0,430-5,980, p = 0,482), enquanto o RR agrupado no subgrupo de VKAs foi 3,06795 % CI: 1,838-5,118, p= 0,000).	LOW
Teodoro da Luz L., et al. ⁴¹	2017	MA	Pacientes em regime com DOACs, com risco de hemorragia ou com indicação para procedimento urgente	Reversão de hemorragia clínico, ensaios de coagulação e segurança.	Pacientes saudáveis vs. Pacientes em regime com DOACs	A reversão dos ensaios de coagulação em voluntários saudáveis foi frequentemente relatada, demonstrando que o PCC inverteu TP e o ETP substancialmente. Para TP, a diferença média agrupada foi de 1,68s95% IC, 20,33 a 3,70s; p <0,0). Para ETP, a diferença média agrupada foi de 2,16 segundos95% CI, 0,57 a 3,75s; p <0,01; I2 5 98%). Andexanet alfa e idarucizumab são ambos antídotos. Nenhuma preocupação de segurança importante foi identificada.	LOW

Autor	Ano	Tipo de estudo	População	Intervenção	Comparação	Outcomes	Agree/Robis
Ayoub K., et al. ³³	2016	MA	Pacientes com FA em regime com varfarina	Mortalidade Acidentes cardiovasculares Hemorragia maior após intervenção procedimento invasivo ou cirurgia eletiva	interrupção da varfarina e substituição por heparina Vs. paragem da medicação sem substituição por heparina	Sem diferenças estatisticamente significativas entre os 2 grupos no que toca a mortalidade e acidentes cardiovasculares. no entanto, o grupo sem substituição por heparina apresentou significativamente menos hemorragias major.	LOW
Kirchhof P., et al. ¹³	2016	G	Pacientes com FA	Monitorização de pacientes com FA	-	-	RV
Macle L., et al. ⁴⁴	2016	G	Pacientes com FA	Monitorização de pacientes com FA	-	-	RV/R
Muñoz-Corcuera M., et al. ³⁸	2016	RS	Pacientes em regime com Dabigatran com indicação para cirurgia oral	Risco de hemorragia pré-operatório	Dabigatran vs. VKAs	O Dabigatran é uma alternativa viável à varfarina no tratamento profilático de AVC e ES em pacientes com FA. Portanto, devemos levar isso em conta ao realizar procedimentos cirúrgicos e periodontais para evitar o risco de hemorragia pós-operatória, bem como avaliar as possíveis interações medicamentosas. Preconiza-se a abordagem individual do paciente, sendo importante a avaliação do risco de embolia e hemorragia pós-operatório e função renal do paciente. Todos os procedimentos devem ser tão minimamente invasivos quanto possível e sob medidas hemostáticas locais apropriadas.	LOW
Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme ⁵¹	2016	G	-	NOC para prescrição de fármacos nas instituições de cuidados dentários primários	-	-	RV
Violí F., et al. ⁴⁸	2016	RS	Pacientes em regime com VKAs	Administração de Vitamina K e possíveis alterações nos valores de INR	-	Alguns estudos encontraram uma correlação negativa entre a ingestão de vitamina K e alterações no INR, enquanto outros sugeriram que uma quantidade mínima de vitamina K é necessária para manter uma anticoagulação adequada. Os efeitos sobre a coagulação podem ser detectados apenas para alta ingestão de vitamina > 150 µg/dia). tromboembolismo venoso. A restrição da ingestão dietética de vitamina K não parece ser uma estratégia válida para melhorar a qualidade da anticoagulação com VKAs. Seria, talvez, mais relevante manter hábitos alimentares estáveis, evitando grandes mudanças na ingestão de vitamina K.	LOW
Yang S., et al. ²⁵	2016	MA	Pacientes em regime de Terapia Anticoagulante com indicação para extração dentária	Extração dentária	Manter vs. Interromper Terapia	Não houve diferença significativa no risco de sangramento entre os pacientes que continuaram ou interromperam a terapia anti-coagulante oral durante a extração dentária HR, 1,31; 95% CI, 0,79, 2,14; P > 0,05). Também não houve diferença significativa no risco de hemorragia 1 dia HR, 0,91; IC 95%, 0,35, 2,37; P > 0,05) e 7 dias HR, 1,47; IC 95%, 0,83, 2,59; P > 0,05) após a extração dentária.	LOW
Barnes GD., et al. ⁷	2015	G	-	Recomendação de nomenclatura relativamente à nova geração de Anticoagulantes	-	-	RV
Caldeira D., et al. ³⁴	2015	MA	Pacientes com FA não-valvular	Tolerabilidade e Aceitabilidade dos DOACs	DOACs vs. VKAs	Os DOACs foram associados a uma redução de 4% no risco de SAEs 95% IC: 2-6). As taxas de interrupção relacionadas ao medicamento e ao paciente foram semelhantes entre os DOACs e os VKAs RR 1,03 [0,88-1,21] e RR 0,99 [0,89-1,10], respectivamente).	LOW
Chai-Adisaksophap C., et al. ^{H47}	2015	RS	Complicações hemorrágicas em pacientes em regime com Dabigatran	Terapia de substituição renal em pacientes com complicações hemorrágicas	Hemodiálise vs. Terapia de substituição renal vs. Hemodiálise e Terapia de substituição renal	A Terapia de substituição renal parece ser efetiva na redução da concentração plasmática de Dabigatran P=0,001), associada à redução da duração e/ou severidade da hemorragia.	LOW

Autor	Ano	Tipo de estudo	População	Intervenção	Comparação	Outcomes	Agree/ Robis
Chai- -Adisaksopha C., et al. ²⁸	2015	MA	Pacientes com FA não-valvular ou TEV	Mortalidade	Varfarina vs. DOACs	A taxa de letalidade por hemorragia major foi de 7,57%IC 95% 6,53- -8,68) em pacientes em regime com DOACs e 11,04%IC 95% 9,16- -13,07) em pacientes que tomam varfarina. A taxa de hemorragia fatal em pacientes adultos em regime com DOACs foi de 0,16 por 100 pacientes-anoIC 95%, 0,12-0,20). Quando comparados com a varfarina, os DOACs foram associados a reduções significativas na hemorragia fatalRR, 0,53; IC 95% 0,43-0,64), mortalidade cardiovascularRR 0,88; IC 95% 0,82-0,94) e mortalidade por todas as cau- sasRR, 0,91; IC95%, 0,87-0,96).	LOW
Dahal K., et al. ⁵⁴	2015	MA	Pacientes com FA e Doença Crónica Renal(DCR)	Risco de AVC isquémico, TE, hemorragia major e mortalidade	varfarina vs. não varfarina	Em pacientes com FA e DCR não terminal, a varfarina resultou em menor risco de AVC isquêmico/TEHR, 0,70; IC 95%, 0,54-0,89; $p=0,004$) e mortalidadeHR, 0,65; 95% IC, 0,59-0,72; $p <0,001$), mas não teve efeito sobre a hemorragia majorHR, 1,15; IC 95%, 0,88- -1,49; $p = 0,31$). Em pacientes com FA e DCR terminal, a varfarina não teve efeito sobre os riscos de AVCHR, 1,12; IC 95%, 0,69-1,82; $p = 0,65$) e mortalidadeHR, 0,96; IC95%, 0,81- 1,13; $p = ,60$), mas aumentou o risco de hemorragia majorHR, 1,30; IC 95%, 1,08- -1,56; $p=0,005$).	LOW
Dalal J., et al. ⁴⁴	2015	G	Pacientes com FA	Prevenção de situações de AVC, sobretudo em pacientes em regime com DOACs	-	-	R
Ferreira J., et al. ⁸	2015	RS	Pacientes com FA não-valvular em regime com DOACs	Custo-efetividade dos DOACs na prevenção de AVC	-	O rácio custo-efetividade incremental por anos de vida ajusta- dos para qualidade foram de 30 405 +/- 16 101€ para o Dabigatran 110mg, 17 566 +/- 16 902€ para o Dabigatran 150mg, 8 102 +/- 3 252 para o Dabigatran ajustado à idade, 11 897 +/- 3 341€ para o Apixaban e 17 960 +/- 12 005€ para o Rivaroxaban. Os DOACs revelaram-se custo-efetivos na prevenção do AVC na FA.	LOW
Heidbuchel H., et al. ³⁵	2015	G	Pacientes com FA não-valvular	Uso de DOACs em pacientes com FA não-valvular	-	-	RV
Kämmerer P.W., et al. ²⁰	2015	RS	Pacientes em regime com VKAs	Cirurgia Oral minor, avaliação dos parâmetros hemostáticos locais pós- -operatórios, episódios hemorrágicos e ocorrência de FTE.	Manutenção da Terapia AnticoagulanteTAC) vs. Redução da dose de TAC vs. Alteração da TAC vs. Interrupção da TAC	Sem diferenças ES para episódios hemorrágicos em pacientes que mantiveram, reduziram, alteraram ou interromperam a TAC. Even- tos hemorrágicos minor controlados com medidas locais. Os valo- res de INR dentro da faixa terapêutica2-4) e a extensão do procedi- mento não tiveram influência nos episódios de hemorragia pós-operatórios.	LOW
Levy J.H., et al. ⁴⁹	2015	G	Pacientes em regime com DOACs	Situações com indicação para uso de antídotos, para reversão da atividade anticoagulante dos DOACs	-	-	R
Moss J.D., et al. ³⁶	2015	G	Pacientes com FA	Monitorização da anticoagulação em pacientes com FA	-	-	RV
Pathak R., et al. ⁵³	2015	MA	Pacientes com Insuficiência Renal(IR)	Risco de hemorragia major	Apixaban vs. placebo/sem tratamento/ intervenções nãofarmacológicas/ qualquer outro fármaco	Em 6 estudos envolvendo 40.145 pacientes, o risco de hemorragia com apixaban em pacientes com IR leve foi significativamente me- norHR: 0,80, IC 95% 0,66 a 0,96) em comparação com anticoagulan- tes convencionais. Em doentes com compromisso renal moderado a grave, o risco de hemorragia foi semelhanteHR: 1,01, IC 95% 0,49 a 2,10).	LOW

Autor	Ano	Tipo de estudo	População	Intervenção	Comparação	Outcomes	Agree/ Robis
Raccah B.H., et al. ⁵⁶	2015	RS	Pacientes com Insuficiência Renal(R) em regime com DOACs	Risco de hemorragia major e AVC hemorrágico	DOACs vs. controlo ativo de FA não-valvular ou TEV	Em comparação com os VKAs, os DOACs foram associados a uma diminuição significativa do risco de hemorragia major em pacientes com eCrCL 50-80 mL/minHR 0,87; IC 95%: 0,81-0,93) e uma redução não significativa em pacientes com eCrCL <50 mL/minHR 0,83; IC 95%: 0,68-1,02); heterogeneidade significativa. Comparações indiretas, indicaram que o apixaban estava associado a uma taxa menor de hemorragia major em comparação com outros DOACs em pacientes com eCrCL <50 mL/min. Os DOACs foram associados a uma diminuição significativa no risco de AVC hemorrágico em comparação com os VKAs em pacientes com eCrCL <50 mL/min e 50-80 mL/min.	LOW
Rong F., et al. ⁶	2015	MA	Pacientes com FA	Segurança dos DOACsrisco de hemorragia major, IC, GI, minor e não clinicamente relevante.	DOACs vs. Varfarina	Independentemente da dose, os DOACs foram associados a um menor risco de hemorragia IC mas, devido a nenhuma associação significativa para hemorragia GI, o efeito global medido pela hemorragia major também foi insignificantealta dose: RR = 0,86, 95% CI 0,73 a 1,01; baixa dose: RR = 0,63, IC 95% 0,38 a 1,04). No entanto, o resultado combinado dos regimes de alta e baixa doses mostrou que os DOACs estavam associados a menor risco de eventos hemorrágicos majorRR = 0,77, IC 95% 0,63 a 0,95).	LOW
Sardar P., et al. ³⁷	2015	MA	Pacientes em regime com DOACs	Risco de hemorragia major	DOACs vs. VKAs	A análise agrupada de todos os DOACs para todas as indicações não demonstrou diferença significativa entre os DOACs e os comparadores quanto ao risco de hemorragia majorOR: 0,93, IC 95%:0,79-1,09). A análise agrupada também mostrou que os DOACs causaram significativamente menos hemorragias graves em comparação com os VKAs0,77, 0,64-0,91). A análise para DOACs individuais mostrou que o risco de hemorragia major não foi diferente com rivaroxaban, apixaban ou dabigatran comparado a comparadores farmacologicamente ativos ou VKAs. Para o tratamento de TEV ou EP, os DOACs foram associados com significativamente menos hemorragia0,63, 0,44-0,90). Nenhuma diferença significativa foi encontrada entre DOACs e comparadores no tratamento da FA e para o tratamento prolongado de TEV.	LOW
Sharma P., et al. ⁵⁷	2015	MA	Pacientes idosos≥75 anos) em regime com DOACs	Avaliar eficácia dos DOACs em pacientes com FA ou TEV. Para FA avaliou-se ocorrência de AVC e ES. Para TEV avaliou-se TEV recorrente. Para ambos a medida principal foi a hemorragia major, seguida de hemorragia GI, IC, clinicamente relevante e potencialmente fatal.	Varfarina vs. DOACs	A eficácia na monitorização de FTE em pacientes em regime com DOACs foi semelhante ou superior à varfarina em pacientes idosos. Um risco não significativamente maior de hemorragia major foi observado com 150 mg de dabigatranOD:1,18; 95% IC: 0,97-1,44). Risco de hemorragia GI significativamente maior com dabigatran 150 mgOD: 1,78, 1,35-2,35) e 110 mgOD: 1,40, 1,04-1,90) e menor risco de hemorragia IC para dabigatran 150 mgOD: 0,43, 0,26-0,72) e 110 mgOD: 0,36, 0,22-0,61). Risco de hemorragia significativamente menor para o ApixabanOD: 0,63, 0,51-0,77), Edoxaban 60 mgOD: 0,81, 0,67-0,98) e 30 mgOD: 0,46, 0,38-0,57), enquanto que o Rivaroxaban mostrou riscos semelhantes.	LOW
Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme ²	2015	G	Pacientes em regime com Antiplaquetários ou Anticoagulantes	Monitorização de pacientes com indicação para procedimentos dentários invasivos, dado o potencial risco de hemorragia	-	-	RV
Skaistis J., et al. ²⁹	2015	MA	Pacientes em regime com DOACs ou VKAs	Probabilidade relativa de hemorragia fatal, após evento hemorrágico crasso subsequente à toma de DOACs ou VKAs	DOACs vs. VKAs	O odds ratio resumido para as probabilidades condicionais de hemorragia fatal, subsequente a hemorragia crassa, foi de 0,65 [0,52, 0,81] favorecendo os DOACsp = 0,0001). Para qualquer local de hemorragia, não houve evidência de diferença significativa nos desfechos fatais associados ao uso de DOACs vs. VKAs.	LOW

Autor	Ano	Tipo de estudo	População	Intervenção	Comparação	Outcomes	Agree/ Robis
Touma L., et al. ³⁰	2015	MA	Pacientes em regime com Apixaban ou VKAs com FA, Cirúrgia de Substituição Total do Joelho e TEV	Risco de Hemorragia e Mortalidade	Apixaban vs. VKAs	O Apixaban está associado a riscos reduzidos de qualquer tipo de hemorragia RR: 0,73; 95% IC: 0,59 a 0,90) e hemorragia major não significativa ou clinicamente relevante RR: 0,60; 95% IC: 0,40 a 0,88). Também foi associado a um menor risco de hemorragia IC intracraniana RR: 0,42, 95% IC: 0,31 a 0,58). Além disso, foi associado à redução da mortalidade por todas as causas RR: 0,89, 95% IC: 0,81 a 0,99), embora esse resultado tenha sido impulsionado pelos resultados do ensaio ARISTOTLE. O Apixaban está associado a um menor risco de hemorragia do que os VKAs, fornecendo alguma garantia quanto à sua segurança.	LOW
Weltman N.J., et al. ²⁴	2015	RS	Pacientes em regime com varfarina com indicação para extração dentária	Eficácia de medidas hemostáticas na prevenção da hemorragia pós-operatória	Manter vs. Interromper Terapia com varfarina	Os agentes hemostáticos orais ou locais foram comparados em 4 estudos em que os pacientes mantiveram a terapia com varfarina antes e após o procedimento; em 3 estudos, não houve diferenças entre os agentes na prevenção de hemorragia pós-operatório e, em 1, a cola de Histoacryl foi superior a uma esponja de gelatina. Dois estudos compararam a continuação da varfarina com a descontinuação temporária e descobriram que a continuação não aumentou o risco de hemorragia em pacientes que tinham um INR dentro da faixa terapêutica.	LOW
Fu W., et al. ²⁶	2014	MA	Pacientes em regime com DOACs	Taxa de AVC ou ES e Taxa de Eventos hemorrágicos	DOACs vs. Varfarina	Todos os DOACs, exceto doses baixas de edoxaban, mostraram eficácia não inferior à varfarina na prevenção de AVC. No campo de eventos hemorrágicos, o apixaban foi mais seguro do que o edoxaban 60 mg em quaisquer eventos, e teve menos eventos hemorrágicos major em comparação com o dabigatran 150 mg e o rivaroxaban.	LOW
McCormick N.J., et al. ⁴⁶	2014	G	Pacientes em regime anti-trombótico	Monitorização da hemorragia pós-operatória subsequente a extrações dentárias	-	-	R
NICE ¹⁹	2014	G	Prasugrel	Indicações do Prasugrel no Tratamento/ Prevenção de Síndromes Coronárias Agudas	-	-	R
NICE ²⁷	2014	G	Pacientes com FA	Monitorização da FA	-	-	RV
Nielsen P.B., et al. ⁵⁵	2014	RS	Pacientes com FA e diferentes graus de insuficiência renal	Efeito da varfarina vs. DOACs na ocorrência de eventos trombóticos ou hemorrágicos	Varfarina vs. DOACs	DOACs apresentam eficácia e segurança similares à varfarina para diferentes níveis de insuficiência renal. Comparações indiretas sugerem maior perfil de segurança com Apixaban e Edoxaban em pacientes com insuficiência renal moderada.	LOW
Scott A., et al. ²³	2014	G	Pacientes em regime com DOACs	Monitorização de pacientes com indicação para cirurgia oral	-	-	R
Armstrong M., et al. ⁵	2013	G	Pacientes com Doença cerebrovascular isquémica	Monitorização peri-operatória da medicação antitrombótica aquando procedimentos dentários	-	-	RV
Baglin T., et al. ⁴²	2012	G	Pacientes em regime com Rivaroxaban e Dabigatran	Efeito da avaliação rotineira da coagulação e intensidade do anticoagulante	-	-	R

Autor	Ano	Tipo de estudo	População	Intervenção	Comparação	Outcomes	Agree/ Robis
Douketis J.D., et al. ¹⁸	2012	G	Pacientes em Terapia Antitrombótica, com Antiplaquetários ou Anticoagulantes	Monitorização de pacientes com indicação para cirurgia/procedimento eletivo	-	-	RV
NICE ¹⁷	2011	G	Ticagrelor	Indicações do Ticagrelor no Tratamento/Prevenção de Síndromes Coronárias Agudas	-	-	R/RV
Nematullah A., et al. ⁴	2009	RS	Pacientes em regime com Varfarina	Procedimentos dentários cirúrgicos	Manutenção da Terapia com Varfarina vs. Interrupção	Comparativamente à interrupção da terapia com varfarinaparcial ou completa), a sua manutenção com a dose habitual não foi associada a um risco aumentado de hemorragia clinicamente significativa RR, 0,71; 95% IC: 0,39–1,28, p=0,65) ou a um risco aumentado de hemorragia minor RR, 1,19; 95% IC: 0,90–1,58; p=0,22).	LOW
Randall C. ²²	2009	G	Pacientes em regime com Varfarina	Monitorização de pacientes com indicação para cirurgia oral	-	-	RV/R
Aframian DJ., et al. ²¹	2007	RS	Pacientes em regime com Varfarina	Monitorização de pacientes com indicação para procedimentos dentários invasivos	-	-	RV
Perry DJ., et al. ¹³	2007	G	Pacientes em regime com Varfarina	Monitorização de pacientes com indicação para cirurgia oral	-	-	RV
Randall C. ¹⁶	2006	G	Pacientes em regime com Antiplaquetários	Monitorização de pacientes com indicação para cirurgia oral	-	-	R
Lockhart P.B., et al. ⁴⁵	2003	G	Pacientes com coagulopatia adquirida(Doenças Sistémicas)	Monitorização destes pacientes aquando procedimentos dentários	-	-	R
Lockhart P.B., et al. ³	2003	G	Pacientes com coagulopatia adquirida(Fármacos)	Monitorização destes pacientes aquando procedimentos dentários	-	-	R

M8. Bibliografia

60. Bai Y, Shi XB, Ma CS, Lip GYH. Meta-Analysis of Effectiveness and Safety of Oral Anticoagulants in Atrial Fibrillation With Focus on Apixaban. *Am J Cardiol.* 2017;120:1689-95.
61. Barón-Esquivias G, Marin F, Fernandes MS. Rivaroxaban in patients with atrial fibrillation: from ROCKET AF to everyday practice. *Expert Rev Cardiovasc Ther.* 2017;15:403-13.
62. Dubois V, Dincq AS, Douxfils J, Ickx B, Samama CM, Dogné JM, et al. Perioperative management of patients on direct oral anticoagulants. *Thromb J.* 2017;15:14.
63. Eikelboom JW, Quinlan DJ, Hirsh J, Connolly SJ, Weitz JI. Laboratory Monitoring of Non-Vitamin K Antagonist Oral Anticoagulant Use in Patients With Atrial Fibrillation A Review. *JAMA Cardiol.* 2017;2:566-74.
64. Hellenbart EL, Faulkenberg KD, Finks SW. Evaluation of bleeding in patients receiving direct oral anticoagulants. *Vasc Health Risk Manag.* 2017;13:325-42.
65. Lusk KA, Snoga JL, Benitez RM, Sarbacher GB. Management of Direct-Acting Oral Anticoagulants Surrounding Dental Procedures With Low-to-Moderate Risk of Bleeding. *J Pharm Pract.* 2018;31:202-7.
66. Milling TJ Jr, Clark CL, Feronti C, Song SS, Torbati SS, Fermann GJ, et al. Management of Factor Xa inhibitor-associated life-threatening major hemorrhage: A retrospective multi-center analysis. *Am J Emerg Med.* 2018;36:396-402.
67. Nathwani S, Wanis C. Novel oral anticoagulants and exodontia: the evidence. *Br Dent J.* 2017;222:623-628.
68. Peters J, Pendry K. Patient blood management: an update of current guidance in clinical practice. *Br J Hosp Med.* 2017;78:88-95.
69. Proietti M, Cheli P, Basili S, Mazurek M, Lip GY. Balancing thromboembolic and bleeding risk with non-vitamin K antagonist oral anticoagulants(NOACs): A systematic review and meta-analysis on gender differences. *Pharmacol Res.* 2017;117:274-82.
70. Raschi E, Bianchin M, De Ponti R, De Ponti F, Ageno W. Emerging therapeutic uses of direct-acting oral anticoagulants: An evidence-based perspective. *Pharmacol Res.* 2017;120:206-18.
71. Regan DW, Kashiwagi D, Dougan B, Sundsted K, Mauck K. Update in perioperative medicine: practice changing evidence published in 2016. *Hosp Pract.* 2017;45:158-64.
72. Reuter NG, Westgate PM, Ingram M, Miller CS. Death related to dental treatment: a systematic review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2017;123:194-204.
73. Samuelson BT, Cuker A, Siegal DM, Crowther M, Garcia DA. Laboratory Assessment of the Anticoagulant Activity of Direct Oral Anticoagulants: A Systematic Review. *Chest.* 2017;51:127-38.
74. Abed HS, Chen V, Kilborn MJ, Sy RW. Periprocedural Management of Novel Oral Anticoagulants During Atrial Fibrillation Ablation: Controversies and Review of the Current Evidence. *Heart Lung Circ.* 2016;25:1164-76.
75. Aggarwal S, Loomba RS, Arora RR. Effects of Concurrent Calcium Channel Blocker on Antiplatelet Efficacy of Clopidogrel Therapy: A Systematic Review. *Am J Ther.* 2016;23:29-36.
76. Ahmed Z, Hassan S, Salzman GA. Novel Oral Anticoagulants for Venous Thromboembolism with Special Emphasis on Risk of Hemorrhagic Complications and Reversal Agents. *Curr Drug Ther.* 2016;11:3-20.
77. Bernardi E, Carbone G, Dentali F. Advisory Board of the Italian Society of Emergency Medicine(SIMEU). How to manage patients on rivaroxaban in the emergency department: a statement of the Italian society of emergency medicine advisory board. *Eur J Emerg Med.* 2016;23:320-9.
78. Dalal J, Bhave A, Chaudhry G, Rana P. Reversal agents for NOACs: Connecting the dots. *Indian Heart J.* 2016;68:559-63.
79. Darwiche W, Bejan-Angoulvant T, Angoulvant D, Babuty D, Fauchier L. Risk of myocardial infarction and death in patients with atrial fibrillation treated with dabigatran or vitamin K antagonists. Meta-analysis of observational analyses. *Thromb Haemost.* 2016;116:1150-8.
80. Dentali F, Crowther M, Galli M, Pomero F, Garcia D, Clark N, et al. Effect of Vitamin K Intake on the Stability of Treatment with Vitamin K Antagonists: A Systematic Review of the Literature. *Semin Thromb Hemost.* 2016;42:671-81.
81. Agnelli G, Prandoni P, Di Minno G, Cimminiello C, Scaglione F, Boracchi P, et al. Thromboprophylaxis with low-molecular-weight heparins: an assessment of the methodological quality of studies. *Semin Thromb Hemost.* 2015;41:113-32.
82. American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Blood Management. Practice guidelines for perioperative blood management: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Blood Management. *Anesthesiology.* 2015;122:241-75.
83. Andre, C. Preventing bleeding and thromboembolic complications in atrial fibrillation patients undergoing surgery. *Arq Neuropsiquiatr.* 2015;73:704-13.
84. Antoniou, S. Rivaroxaban for the treatment and prevention of thromboembolic disease. *J Pharm Pharmacol.* 2015;67:1119-32.
85. Baumann S, Huseynov A, El-Battrawy I, Renker M, Akin I. Novel Oral Anticoagulants: Recommendations for Patient Evaluation, Treatment Initiation, Follow-up and Perioperative Management. *Cardiovasc Hematol Disord Drug Targets.* 2015;15:120-6. PMID: 26666330
86. Bentz, BA. Nonvitamin K antagonist oral anticoagulants in everyday practice: Stroke prevention in atrial fibrillation and treatment of venous thromboembolism. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2015;27:721-31.
87. Beyer-Westendorf J, Ageno W. Benefit-risk profile of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in the management of venous thromboembolism. *Thromb Haemost.* 2015;113:231-46.
88. Bosch J, Eikelboom JW. Management of bleeding with oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation. *Hamostaseologie.* 2015;35:351-7.
89. Cohen AT, Hamilton M, Bird A, Mitchell SA, Li S, Horblyuk R, et al. Comparison of the Non-VKA Oral Anticoagulants Apixaban, Dabigatran, and Rivaroxaban in the Extended Treatment and Prevention of Venous Thromboembolism: Systematic Review and Network Meta-Analysis. *PLoS One.* 2016;11:e0160064.
90. Cuker A, Husseinzadeh H. Laboratory measurement of the anticoagulant activity of edoxaban: a systematic review. *J Thromb Thrombolysis.* 2015;39:288-94.
91. Di Biase L, Natale A. Apixaban is dear to me, but dearer still is warfarin. *Pacing Clin Electrophysiol.* 2015;38:153-4.
92. Dong Y, Dong Q. New Oral Anticoagulants: How Do We Use Them Wisely? *Curr Cardiol Rep.* 2015;17:626.
93. Greinacher A, Thiele T, Selleng K. Reversal of anticoagulants: an overview of current developments. *Thromb Haemost.* 2015;113:931-42.
94. Gonzalez Quesada CJ, Giugliano RP. Selecting an oral anticoagulant for patients with nonvalvular atrial fibrillation. *J Thromb Thrombolysis.* 2015;39:129-38.

95. Haas T, Fries D, Tanaka KA, Asmis L, Curry NS, Schöchl H. Usefulness of standard plasma coagulation tests in the management of perioperative coagulopathic bleeding: is there any evidence? *Br J Anaesth.* 2015;114:217-24.
96. Imberti D, Ambrosoli A, Cimminiello C, Compagnone C, Fanelli A, Tripodi A, et al. Periprocedural management of rivaroxaban-treated patients. *Expert Opin Pharmacother.* 2015;16:685-91.
97. Isola G, Matarese G, Cordasco G, Rotondo F, Crupi A, Ramaglia L. Anticoagulant therapy in patients undergoing dental interventions: a critical review of the literature and current perspectives. *Minerva Stomatol.* 2015;64:21-46. PMID: 25660591
98. Jennings I, Kitchen D, Keeling D, Fitzmaurice D, Heneghan C, BCSH Committee. Patient self-testing and self-management of oral anticoagulation with vitamin K antagonists: guidance from the British Committee for Standards in Haematology. *Br J Haematol.* 2014;167:600-7.
99. Lekura J. Safety and efficacy of target-specific anticoagulants in patients with venous thromboembolism. *Ann Pharmacother.* 2015;49:448-57.
100. Lemesle G, Schurtz G, Bauters C, Hamon M. High on-treatment platelet reactivity with ticagrelor versus prasugrel: a systematic review and meta-analysis. *J Thromb Haemost.* 2015;13:931-42.
101. Marcy TR1, Truong T, Rai A. Comparing Direct Oral Anticoagulants and Warfarin for Atrial Fibrillation, Venous Thromboembolism, and Mechanical Heart Valves. *Consult Pharm.* 2015;30:644-56.
102. Metzger A, Nagaraj T. New Oral Anticoagulants: Clinical Parameters and Uses in Practice. *Consult Pharm.* 2015;30:329-45.
103. Minor C, Tellor KB, Armbruster AL. Edoxaban, a Novel Oral Factor Xa Inhibitor. *Ann Pharmacother.* 2015;49:843-50.
104. Devabhaktuni S, Yoon CH, Pincus KJ. Review of the Target-Specific Oral Anticoagulants in Development for the Treatment and Prevention of Venous Thromboembolism. *J Pharm Pract.* 2016;29:392-405.
105. Duffett L. Patient preference and evidence based decisions on anticoagulant therapy for atrial fibrillation. *Thromb Res.* 2016;145:149-50.
106. Gurbel PA, Myat A, Kubica J, Tantry US. State of the art: Oral antiplatelet therapy. *JRSM Cardiovasc Dis.* 2016;5:2048004016652514.
107. Halaszynski TM. Administration of Coagulation-Altering Therapy in the Patient Presenting for Oral Health and Maxillofacial Surgery. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2016;28:443-60.
108. Heneghan CJ, Garcia-Alamino JM, Spencer EA, Ward AM, Perera R, Bankhead C, et al. Self-monitoring and self-management of oral anticoagulation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;7:CD003839.
109. Kubitz D, Berkowitz SD, Misselwitz F. Evidence-Based Development and Rationale for Once-Daily Rivaroxaban Dosing Regimens Across Multiple Indications. *Clin Appl Thromb Hemost.* 2016;22:412-22.
110. Li G, Holbrook A, Jin Y, Zhang Y, Levine MA, Mbuagbaw L, et al. Comparison of treatment effect estimates of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants versus warfarin between observational studies using propensity score methods and randomized controlled trials. *Eur J Epidemiol.* 2016;31:541-61.
111. Martin K, Key NS. How I treat patients with inherited bleeding disorders who need anticoagulant therapy. *Blood.* 2016;128:178-84.
112. Nathwani S, Martin K. Exodontia in dual antiplatelet therapy: the evidence. *Br Dent J.* 2016;220:235-8.
113. Onundarson PT, Arnar DO, Lund SH, Gudmundsdottir BR, Francis CW, Indridason OS. Fiix-prothrombin time monitoring improves warfarin anticoagulation outcome in atrial fibrillation: a systematic review of randomized trials comparing Fiix-warfarin or direct oral anticoagulants to standard PT-warfarin. *Int J Lab Hematol.* 2016;38:78-90.
114. Queiroz SI, Alves HS, de Assis GM, Conceicao TS, Germano AR, da Silva JS. An Evaluation of the Efficacy of Local Hemostatic Measures in Dental Patients Taking Oral Anticoagulants: A Critical Review of the Literature Over the Past Two Decades. *Curr Clin Pharmacol.* 2016;11:230-40. PMID: 27697071
115. Romanelli RJ, Nolting L, Dolginsky M, Kym E, Orrico KB. Dabigatran Versus Warfarin for Atrial Fibrillation in Real-World Clinical Practice: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2016;9:126-34.
116. Saposnik G, Joudi RA. Visual Aid Tool to Improve Decision Making in Anticoagulation for Stroke Prevention. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2016;25:2380-5.
117. Schröer K. Why we should not skip aspirin in cardiovascular prevention. *Hamostaseologie.* 2016;36:33-43.
118. Thibault N, Morrill AM, Willett KC. Idarucizumab for Reversing Dabigatran-Induced Anticoagulation: A Systematic Review. *Am J Ther.* 2018;25:e333-8.
119. Verdecchia P, Angeli F, Aita A, Bartolini C, Rebaldi G. Why switch from warfarin to NOACs? *Intern Emerg Med.* 2016;11:289-93.
120. Yogaratnam D, Ditch K, Medeiros K, Doyno C, Fong JJ. Idarucizumab for Reversal of Dabigatran-Associated Anticoagulation. *Ann Pharmacother.* 2016;50:847-54.
121. Scharf RE. Coagulation disorders – recent lessons from clinical conditions. *Hamostaseologie.* 2015;35:301-2.
122. Sholzberg M, Pavenski K, Shehata N, Cserti-Gazdewich C, Lin Y. Bleeding complications from the direct oral anticoagulants. *BMC Hematol.* 2015;15:18.
123. Scott KA, Amirehsani KA. Dabigatran etexilate: An alternative to warfarin for patients with nonvalvular atrial fibrillation. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2015;27:190-6.
124. Capodanno D, Ferreiro JL, Angiolillo DJ. Antiplatelet therapy: new pharmacological agents and changing paradigms. *J Thromb Haemost.* 2013;11:316-29.
125. Scaglione F. New oral anticoagulants: comparative pharmacology with vitamin K antagonists. *Clin Pharmacokinet.* 2013;52:69-82.
126. Favaloro EJ, Lippi G. The new oral anticoagulants and the future of haemostasis laboratory testing. *Biochem Med Zagreb.* 2012;22:329-41. PMID: 23092064
127. Firriolo FJ, Hupp WS. Beyond warfarin: the new generation of oral anticoagulants and their implications for the management of dental patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2012;113:431-41.
128. Granger CB, Alexander JH, McMurray JJ, Lopes RD, Hylek EM, Hanna M, et al. Apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med.* 2011;365:981-92.
129. Patel MR, Mahaffey KW, Garg J, Pan G, Singer DE, Hacke W, et al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. *N Engl J Med.* 2011;365:883-91.
130. Clarkson JE, Ramsay CR, Eccles MP, Eldridge S, Grimshaw JM, Johnston M, et al. The translation research in a dental setting (TRiaDS) programme protocol. *Implement Sci.* 2010;5:57.
131. van Ryn J, Stangier J, Haertter S, Liesenfeld KH, Wienen W, Feuring M, et al. Dabigatran etexilate—a novel, reversible, oral direct thrombin inhibitor: interpretation of coagulation assays and reversal of anticoagulant activity. *Thromb Haemost.* 2010;103:1116-27.
132. Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, Eikelboom J, Oldgren J, Parekh A, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med.* 2009;361:1139-51.
133. Hawkins D. Limitations of traditional anticoagulants. *Pharmacotherapy.* 2004;24:62S-65S. PMID: 15317400