

The background is a solid red color. It features several large, overlapping, semi-transparent white circles. On the right side, there is a series of approximately 10-12 parallel white lines that curve slightly towards the right, creating a sense of depth and movement.

Ghid de practica in chirurgia dento – alveolara

IULIE 2010

**GHID DE PRACTICĂ  
ÎN  
CHIRURGIA DENTO-ALVEOLARĂ  
- IULIE 2010 -**

**COORDONATOR:**

**Prof.Dr. Alexandru BUCUR (București)**

**Prof.Dr. Mihai SURPĂȚEANU (Craiova)**

**Prof.Dr. Grigore BĂCIUȚ (Cluj-Napoca)**

**Prof.Dr. Emil URTILĂ (Timișoara)**

**Prof.Dr. Eugenia POPESCU (Iași)**

**Prof.Dr. Dezideriu KOVACS (Târgu Mureș)**

**Prof.Dr. Augustin MIHAI (București)**

**Prof.Dr. Norina FORINA (Iași)**

**Prof.Dr. Maria VORONEANU (Iași)**

**Prof.Dr. Constantin ROMANUL (Oradea)**

**Conf.Dr. Adrian CREANGĂ (Constanța)**

**Asist.univ.Dr. Octavian DINCĂ (București)**

**CONDUITA TERAPEUTICĂ ÎN  
INTERVENȚIILE CHIRURGICALE DE MICĂ AMPOLARE  
LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI ASOCIATE**

**Definirea intervențiilor chirurgicale de mică amploare din  
cabinetul de medicină dentară:**

Intervenții chirurgicale de mica amploare:

- extracții;
- rezecții apicale +/- chistectomii pe 1-2 dinți;
- odontectomii;
- amputații radiculare;
- premolarizări;
- extirpări tumori benigne de mici dimensiuni ale părților moi orale;
- intervenții chirurgicale preprotetice/preimplantare/parodontale;
- biopsia;

- insertia de implanturi.

**INDICAȚIILE ANESTEZIEI GENERALE PENTRU  
INTERVENȚII CHIRURGICALE DE MICĂ AMPLOARE  
ÎN SECȚIILE CU PATURI DE CHIRURGIE ORO-MAXILO-FACIALĂ  
(CARE NU SUNT URGENȚE MEDICO-CHIRURGICALE)**

- A) Copii necooperanți;
- B) Pacienți cu handicap mediu-grav cu care este imposibilă colaborarea;
- C) Pacienți cu afecțiuni neurologice cu tulburări motorii grave (epilepsie, tulburări de coordonare etc);
- D) Pacienți alergici la anestezicele locale;
- E) Pacienți cu reflex exagerat de vomă, care nu cedează la alte metode terapeutice (medicație antiemetică, sedare);
- F) La cererea pacientului, **cu plată** AG (extracții, odontectomii, chistectomii, rezecții apicale etc).

**CONDIȚII DE TRATAMENT ÎN  
CABINET DENTAR / SECȚIE CU PATURI DE CHIRURGIE OMF**

Pacienții cu afecțiuni generale\* asociate patologiei medico-dentare vor fi obligatoriu investigați înaintea oricărei terapii sângerânde, baremul minimal fiind reprezentat de:

Hemoglobină, Hematocrit	Transaminaze serice (ALT, AST)
Nr.leucocite, fomula leucocitară	Glicemie
Nr.trombocite	Teste funcționale respiratorii
VSH	Test de sarcină
TS,TC	Aviz medic Obstretică-Ginecologie
APTT, timp Howell	Radiografie toracică
Timp protrombină, AP, INR	ECG
Uree serică	CT/RMN – regiunea
Creatinină serică	Ortopantomogramă, rx. retroalveolară
Ionogramă serică (Na <sup>+</sup> ,K <sup>+</sup> ,Ca <sup>++</sup> ,Mg <sup>++</sup> )	Acordul medicului specialist, unde pacientul se tratează
Ac anti-VHC	pentru o afecțiune de bază
Ag HBs	

\* **În corelație cu chestionarul de evaluare a stării generale din F.O. și anamneză.**

**CHESTIONAR DE EVALUARE A STĂRII GENERALE**

Numele și prenumele:

Sexul:

Vârsta:

Mediul de proveniență (urban/rural):

Profesia :

Vă rugăm să citiți cu ATENȚIE și să răspundeți la următoarele întrebări:

1. Ați mai urmat tratamente stomatologice sub anestezie locala/loco-regională?  
NU   
DA . Au apărut complicații NU   
DA . Precizați ce complicații:.....
2. Sunteți alergic la un medicament ?  
NU  ;  
DA  Precizați la ce medicament:.....
3. Urmați tratament cu unul din următoarele medicamente?  
NU   
DA : antiagregante (Plavix, Aspirină) ; anticoagulante (Sintrom, Trombostop, Acenocumarol) ; corticoizi (Prednison) ; citostatice ; imunosupresoare ; bifosfonați (Fosamax, Zometa)
4. Urmați un alt tratament medicamentos prescris de medic?  
NU   
DA  . Precizați ce medicamente:.....
5. Ați suferit intervenții chirurgicale?  
NU   
DA . Precizați ce intervenții:.....
6. Ați efectuat analize de sânge în ultimul an?  
NU   
DA
7. Ați fost diagnosticat cu afecțiuni congenitale ?  
NU   
DA  . Precizați care: .....
8. Ați suferit vreodată pierderea stării de conștiență?  
NU   
DA
9. Ați fost diagnosticat cu afecțiuni infecțioase?  
NU   
DA . Precizați care: hepatită (B,C,D) ; sifilis ; TBC
10. HiV/ SIDA
11. Ați fost diagnosticat cu afecțiuni cardio-vasculare ?  
NU   
DA  . Precizați care: cardiopatie ischemică cronică ; angină pectorală   
infarct miocardic   
- precizați momentul acestuia:.....  
aritmii (extrasistole, tahicardie, fibrilație, flutter)   
tulburări de conducere (blocuri)  ;  
insuficiență cardiacă  ; hipertensiune arterială  ;  
hipotensiune arterială ; endocardită infecțioasă   
proteză vasculară/valvulară  ;  
pacemaker/stimulator cardiac
12. Ați fost diagnosticat cu afecțiuni neurologice ?  
NU   
DA . Precizați care: epilepsie ; b.Parkinson ; accident vascular cerebral ; scleroză multiplă (în plăci)
13. Ați fost diagnosticat cu afecțiuni respiratorii ?  
NU   
DA . Precizați care: astm bronșic ; bronșită cronică ; emfizem
14. Ați fost diagnosticat cu afecțiuni hepatice?  
NU

- DA  . Precizați care: hepatită ; porfirie ; insuficiență hepatică ;  
ciroză hepatică
15. Ați fost diagnosticat cu afecțiuni renale?  
NU   
DA  . Precizați care: litiază renală ; insuficiență renală cronică ;  
hemodializă
16. Ați fost diagnosticat cu afecțiuni autoimune?  
NU   
DA  . Precizați care: poliartrită reumatoidă ; lichen plan ; lupus eritematos ;  
pemfigus ; sclerodermie ; psoriazis
17. Ați fost diagnosticat cu afecțiuni sanguine?  
NU   
DA  . Precizați care: anemie ; talasemie ; trombocitopenie ;  
trombocitopatie ; hipersplenism ; leucemie acută ;  
leucemie cronică ; mielom multiplu
18. Ați fost diagnosticat cu tumori maligne?  
NU   
DA  . Precizați diagnosticul: .....
19. Ați fost diagnosticat cu diabet?  
NU   
DA  . Precizați ce tratament urmați: Insulină  ; Antidiabetice orale
20. Ați fost diagnosticat cu afecțiuni endocrine?  
NU   
DA  . Precizați care: hipotiroidism  ; hipertiroidism  ; b. Adisson ;  
feocromocitom
21. Ați fost diagnosticat cu afecțiuni ale coagulării ?  
NU   
DA  . Precizați care: hemofilie  ; boala von Willebrand
22. Ați fost diagnosticat cu afecțiuni psihice?  
NU   
DA  . Precizați care: depresie ; schizofrenie ; dependență de alcool  ;  
depenedență de droguri
23. Sunteți însărcinată?  
NU   
DA  . Precizați ce vârstă are sarcina: .....
- 24 Afecțiuni sinusale acute sau cronice
25. Dacă ati inteles intrebarile de mai sus.....
26. Dacă mai aveți ceva de adăugat: .....

**Declar că datele furnizate de mine în acest chestionar sunt reale și complete. Îmi asum întreaga responsabilitate pentru incidente sau complicații ce pot să apară în eventualitatea că aceste date sunt false sau incomplete.**

**Data:**

**Semnătura pacientului  
(reprezentant legal)**

**Hipertensiune arterială**

<b>Tratamentul se va realiza în:</b>	
<b>Cabinet dentar</b>	<b>Secție spital</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>HTA controlată medicamentos în absența altor afecțiuni care să indice internarea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>HTA necontrolată medicamentos</li> <li>HTA controlată medicamentos în prezența altor afecțiuni care să indice internarea</li> </ul>

<b>Conduită în:</b>	
<b>Cabinet dentar</b>	<b>Secție spital</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>consult cardiologic efectuat înaintea procedurilor stomatologice cu maximum 1 lună. Dacă în acest interval au survenit modificări ale stării pacientului se repetă consultul cardiologic</li> <li>administrarea fără întrerupere a medicației de rutină dacă există, inclusiv în ziua intervenției chirurgicale sau dentare (cu excepția medicației anticoagulante<sup>1</sup>)</li> <li>măsurarea tensiunii arteriale înaintea începerii tratamentului chirurgical. Ori de câte ori tensiunea arterială este mai mare sau mai mică cu 20-30 mm Hg față de valorile tensionale obișnuite ale pacientului, se recomandă temporizarea tratamentului chirurgical și reevaluarea pacientului împreună cu medicul cardiolog. De asemenea se vor reevalua toți pacienții cu tensiuni arteriale maxime &lt;100 mmHg și/sau &gt;160 mmHg indiferent de valorile tensionale obișnuite</li> <li>măsurarea pulsului. Se vor reevalua toți pacienții cu puls &lt;50b/ min și/sau &gt;100 mmHg</li> <li>analgezie optimă -analgetic antiinflamator nesteroidian administrat PO imediat înaintea tratamentului chirurgical</li> <li>anestezie locală de calitate</li> <li>asocierea de vasoconstrictori la substanța anestezică în concentrație de 1:100 000. Nu se va depăși doza de 0,2 mg adrenalină. Nu se vor folosi soluții anestezice cu noradrenalină.</li> <li>trusa de urgență la îndemână</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>consult ATI, ECK ± consult cardiologic (la indicația medicului ATI)</li> <li>administrarea fără întrerupere a medicației de rutină, inclusiv în ziua intervenției chirurgicale (cu excepția medicației anticoagulante<sup>1</sup>)</li> <li>monitorizare clinică, ECG, TANS, SpO<sub>2</sub> pe durata intervenției – realizate de medicul ATI</li> <li>analgezie optimă -analgetic administrat imediat înaintea tratamentului chirurgical - la indicația medicului ATI</li> <li>± sedare -anxioliză - la indicația și sub controlul medicului ATI</li> <li>anestezie locală de calitate</li> <li>asocierea de vasoconstrictori la substanța anestezică în concentrație de maximum 1:100 000. Nu se va depăși doza de 0,2 mg adrenalină. Nu se vor folosi soluții anestezice cu noradrenalină.</li> <li>acesul rapid la medicația de urgență</li> </ul>

#### **Cardiopatie ischemică**

<b>Tratamentul se va realiza în:</b>	
<b>Cabinet dentar</b>	<b>Secție spital</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>infarct miocardic la mai mult de 6 luni de la producere, fără angor instabil restant, fără disfuncție ventriculară sau cu disfuncție ventriculară clasa NYHA &lt; III, fără tulburări instabile de ritm</li> <li>angină pectorală stabilă</li> <li>cardiopatie ischemică nedureroasă, funcție ventriculară clasa NYHA &lt; III, fără tulburări instabile de ritm</li> <li>stent(uri) și/sau bypass(uri) fără angor instabil restant, fără disfuncție ventriculară sau cu disfuncție ventriculară clasa NYHA &lt; III, fără tulburări instabile de ritm</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>infarct miocardic la mai puțin de 6 luni de la producere, sau cu angor instabil restant și/sau disfuncție ventriculară clasa NYHA II, IV și/sau tulburări instabile de ritm</li> <li>angină pectorală instabilă</li> <li>cardiopatie ischemică nedureroasă cu funcție ventriculară clasa NYHA III,IVși/sau tulburări instabile de ritm</li> <li>stent(uri) și/sau bypass(uri) cu angor instabil restant și/sau disfuncție ventriculară clasa NYHA II, IV și/sau tulburări instabile de ritm</li> </ul>

<b>Conduită în</b>	
<b>Cabinet dentar</b>	<b>Secție spital</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>consult cardiologic efectuat înaintea tratamentului chirurgical cu maximum 1 lună. Dacă în acest interval au survenit modificări ale stării pacientului se repetă consultul cardiologic</li> <li>respectarea orei de programare</li> <li>administrarea fără întrerupere a medicației de rutină, inclusiv în ziua intervenției chirurgicale (cu excepția</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>consult ATI, ECK ± consult cardiologic (la indicația medicului ATI)</li> <li>administrarea fără întrerupere a medicației de rutină, inclusiv în ziua intervenției chirurgicale (cu excepția medicației anticoagulante<sup>1</sup>)</li> <li>monitorizare clinică, ECG, TANS, SpO<sub>2</sub> pe durata intervenției – realizate de medicul ATI</li> </ul>

<sup>1</sup> Vezi conduita referitoare la medicația anticoagulantă

<p>medicației anticoagulante<sup>2</sup>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>măsurarea tensiunii arteriale înainte începerii tratamentului chirurgical. Ori de câte ori tensiunea arterială este mai mare sau mai mică cu 20-30 mm Hg față de valorile tensionale obișnuite ale pacientului, se recomandă temporizarea tratamentului chirurgical și reevaluarea pacientului împreună cu medicul cardiolog. De asemenea se vor reevalua toți pacienții cu tensiuni arteriale maxime &lt;100 mmHg și/sau &gt;160 mmHg indiferent de valorile tensionale obișnuite</li> <li>măsurarea pulsului. Se vor reevalua toți pacienții cu puls &lt;50b/ min și/sau &gt;100 mmHg</li> <li>analgezie optimă -analgetic antiinflamator nesteroidian administrat PO imediat înainte tratametului chirurgical</li> <li>± anxioliză - se poate administra cu jumătate de oră înainte tratamentului un comprimat de 7,5 mg midazolam în cazul pacienților anxioși<sup>3,4</sup></li> <li>tratamentul chirurgical al leziunilor dento-parodontale se va efectua în poziție semișezândă, în cazul insuficienței cardiace asociate</li> <li>anestezie locală de calitate</li> <li>asocierea de vasoconstrictori la substanța anestezică în concentrație de maximum 1:200 000. Nu se va depăși doza de 0,04 mg adrenalină (8 mL sol 1/200.000)</li> <li>accesul rapid la medicația necesară în cazul apariției unui sindrom coronarian acut (nitroglicerină, ac. acetilsalicilic, O<sub>2</sub>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>analgezie optimă -analgetic administrat imediat înainte tratamentului chirurgical - la indicația medicului ATI</li> <li>± sedare -anxioliză - la indicația și sub controlul medicului ATI</li> <li>tratamentul chirurgical al leziunilor dento-parodontale se va efectua în poziție semișezândă, în cazul insuficienței cardiace asociate</li> <li>anestezie locală de calitate</li> <li>asocierea de vasoconstrictori la substanța anestezică în concentrație de maximum 1:200 000. Nu se va depăși doza de 0,04 mg adrenalină (8 mL sol 1/200.000)</li> <li>accesul rapid la medicația necesară în cazul apariției unui sindrom coronarian acut (nitroglicerină, ac. acetilsalicilic, O<sub>2</sub> , morfină)</li> </ul>
---	--

#### **Insuficiență cardiacă**

##### **Tratamentul se va realiza în:**

<b>Cabinet dentar</b>	<b>Secție spital</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Insuficiență cardiacă stângă clasa funcțională NYHA &lt; III</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Insuficiență cardiacă stângă clasa funcțională NYHA III sau IV</li> <li>Insuficiență cardiacă dreaptă clinic manifestă</li> <li>Insuficiență cardiacă congestivă</li> </ul>

##### **Conduită în:**

<b>Cabinet dentar</b>	<b>Secție spital</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>consult cardiologic efectuat înainte tratamentului chirurgical cu maximum 1 lună. Dacă în acest interval au survenit modificări ale stării pacientului se repetă consultul cardiologic</li> <li>respectarea orei de programare</li> <li>administrarea fără întrerupere a medicației de rutină, inclusiv în ziua intervenției chirurgicale (cu excepția medicației anticoagulante<sup>5</sup>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>consult ATI, ECK ± consult cardiologic , ecografie cardiacă (la indicația medicului ATI)</li> <li>administrarea fără întrerupere a medicației de rutină, inclusiv în ziua intervenției chirurgicale (cu excepția medicației anticoagulante<sup>1</sup>)</li> <li>monitorizare clinică, ECG, TANS, SpO<sub>2</sub> pe durata intervenției – realizate de medicul ATI</li> <li>analgezie optimă -analgetic administrat imediat înainte</li> </ul>

<sup>2</sup> vezi conduita referitoare la medicația anticoagulantă

<sup>3</sup> se vor lua precauțiile necesare cu privire la atenționarea pacientului referitor la interdicția de a conduce automobile, a efectua acțiuni de finețe sau periculoase și de a consuma alcool 24 de ore după administrarea de sedative

<sup>4</sup> nu se vor administra sedative la pacienții hipotensivi sau cu disfuncții ventilatorii

<sup>5</sup> Vezi conduita referitoare la medicația anticoagulantă

<ul style="list-style-type: none"> <li>măsurarea tensiunii arteriale înaintea începerii tratamentului chirurgical. Ori de câte ori tensiunea arterială este mai mare sau mai mică cu 20-30 mm Hg față de valorile tensionale obișnuite ale pacientului, se recomandă temporizarea tratamentului chirurgical și reevaluarea pacientului împreună cu medicul cardiolog. De asemenea se vor reevalua toți pacienții cu tensiuni arteriale maxime &lt;100 mmHg și/sau &gt;160 mmHg indiferent de valorile tensionale obișnuite</li> <li>măsurarea pulsului. Se vor re-evalua toți pacienții cu puls &lt;50b/ min și/sau &gt;100 mmHg</li> <li>analgezie optimă -analgetic antiinflamator nesteroidian administrat PO imediat înaintea tratamentului chirurgical</li> <li>tratamentul chirurgical al leziunilor dento-alveolare se va efectua în poziție semișezândă</li> <li>anestezie locală de calitate</li> <li>asocierea de vasoconstrictori la substanța anestezică în concentrație de maximum 1:200 000. Nu se va depăși doza de 0,04 mg adrenalină (8 mL sol 1/200.000). <b>NU se vor utiliza soluții anestezice locale cu adrenalină la pacienții digitalizați</b></li> <li>accesul rapid la medicația necesară în cazul apariției unei decompensări cardiace acute (nitroglicerină, furosemid, O<sub>2</sub>)</li> </ul>	<p>tratamentului chirurgical - la indicația medicului ATI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>± sedare -anxioliză - la indicația și sub controlul medicului ATI</li> <li>tratamentul chirurgical al leziunilor dento-alveolare se va efectua în poziție semișezândă</li> <li>anestezie locală de calitate</li> <li>asocierea de vasoconstrictori la substanța anestezică în concentrație de maximum 1:200 000. Nu se va depăși doza de 0,04 mg adrenalină (8 mL sol 1/200.000) <b>NU se vor utiliza soluții anestezice locale cu adrenalină la pacienții digitalizați</b></li> <li>accesul rapid la medicația necesară în cazul apariției unei decompensări acute (nitroglicerină, furosemid, dopamina, dobutamina, O<sub>2</sub> )</li> </ul>
---	---

#### Aritmii

Tratamentul se va realiza în:	
Cabinet dentar	Secție spital
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tulburări de ritm stabile sub tratament eficient <ul style="list-style-type: none"> <li>Fibrilație atrială cu ritm mediu</li> <li>Aritmii extrasistolice supraventriculare</li> <li>Aritmii extrasistolice ventriculare fără tendință la sistematizare, &lt; 6 ESV/min.</li> <li>Bloc AV de grad I</li> <li>Bloc de ram unifascicular</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tulburări de ritm instabile <ul style="list-style-type: none"> <li>tahicardie paroxistică supraventriculară</li> <li>fibrilație atrială paroxistică sau flutter atrial</li> <li>tahicardie ventriculară sau fibrilație ventriculară în antecedente (fără defibrilator implantabil)</li> <li>bloc atrio-ventricular gr. II și III (fără pacemaker)</li> <li>boală de nod sinusal (fără pacemaker)</li> <li>Aritmii extrasistolice ventriculare cu tendință la sistematizare și/sau &gt; 6 ESV/min.</li> </ul> </li> </ul>

Pentru aritmiile care nu sunt cuprinse în tabel se va lua legătura cu medicul cardiolog

Conduită în	
Cabinet dentar	Secție spital
<ul style="list-style-type: none"> <li>consult cardiologic efectuat înaintea tratametului chirurgical cu maximum 1 lună. Dacă în acest interval au survenit modificări ale stării pacientului se repetă consultul cardiologic</li> <li>respectarea orei de programare</li> <li>administrarea fără întrerupere a medicației de rutină, inclusiv în ziua intervenției chirurgicale (cu excepția medicației anticoagulante<sup>6</sup>)</li> <li>măsurarea tensiunii arteriale înaintea începerii tratamentului chirurgical. Ori de câte ori tensiunea arterială este mai mare sau mai mică cu 20-30 mm Hg față de valorile tensionale obișnuite ale pacientului, se recomandă temporizarea tratamentului chirurgical și reevaluarea pacientului împreună cu medicul cardiolog. De asemenea se vor reevalua toți pacienții cu tensiuni arteriale maxime &lt;100 mmHg și/sau &gt;160 mmHg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>consult ATI, ECK ± consult cardiologic , ecografie cardiacă (la indicația medicului ATI)</li> <li>administrarea fără întrerupere a medicației de rutină, inclusiv în ziua intervenției chirurgicale (cu excepția medicației anticoagulante<sup>1</sup>)</li> <li>monitorizare clinică, ECG, TANS, SpO<sub>2</sub> pe durata intervenției – realizate de medicul ATI</li> <li>analgezie optimă -analgetic administrat imediat înaintea tratamentului chirurgical - la indicația medicului ATI</li> <li>± sedare -anxioliză - la indicația și sub controlul medicului ATI</li> <li>anestezie locală de calitate</li> <li>asocierea de vasoconstrictori la substanța anestezică în concentrație de maximum 1:200 000. Nu se va depăși doza de 0,04 mg adrenalină (8 mL sol 1/200.000) Se vor lua toate precauțiile pentru evitarea injectării</li> </ul>

<sup>6</sup> Vezi conduita referitoare la medicația anticoagulantă



<p>indiferent de valorile tensionale obișnuite</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• măsurarea pulsului. Se vor reevalua toți pacienții cu puls &lt;50b/ min și/sau &gt;100 mmHg</li> <li>• analgezie optimă -analgetic antiinflamator nesteroidian administrat PO imediat înaintea tratamentului chirurgical</li> <li>• anestezie locală de calitate</li> <li>• asocierea de vasoconstrictori la substanța anestezică în concentrație de maximum 1:200 000. Nu se va depăși doza de 0,04 mg adrenalină (8 mL sol 1/200.000).Se vor lua toate precauțiile pentru evitarea injectării intravasculare a soluției anestezice. <b>NU se vor utiliza soluții anestezice locale cu adrenalină la pacienții digitalizați</b></li> </ul>	<p>intravasculare a soluției anestezice. <b>NU se vor utiliza soluții anestezice locale cu adrenalină la pacienții digitalizați</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• accesul rapid la medicația și aparatura (defibrilator, pacemaker temporar) necesare în cazul apariției unei aritmii</li> </ul>
---	---

### **Pacemaker și defibrilator implantabil**

<b>Tratamentul se va realiza în:</b>	
<b>Cabinet dentar</b>	<b>Secție spital</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacienți care nu au altă patologie asociată care să indice internarea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacienți care au altă patologie asociată care să indice internarea</li> </ul>

<b>Conduită în</b>	
<b>Cabinet dentar</b>	<b>Secție spital</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• consult cardiologic efectuat înaintea tratamentului chirurgical cu maximum 1 lună. Dacă în acest interval au survenit modificări ale stării pacientului se repetă consultul cardiologic</li> <li>• administrarea fără întrerupere a medicației de rutină dacă există, inclusiv în ziua intervenției chirurgicale sau dentare (cu excepția medicației anticoagulante<sup>7</sup>)</li> <li>• măsurarea tensiunii arteriale înaintea începerii tratamentului chirurgical. Ori de câte ori tensiunea arterială este mai mare sau mai mică cu 20-30 mm Hg față de valorile tensionale obișnuite ale pacientului, se recomandă temporizarea tratamentului chirurgical și reevaluarea pacientului împreună cu medicul cardiolog. De asemenea se vor reevalua toți pacienții cu tensiuni arteriale maxime &lt;100 mmHg și/sau &gt;160 mmHg indiferent de valorile tensionale obișnuite</li> <li>• măsurarea pulsului. Se vor reevalua toți pacienții cu puls &lt;50b/ min și/sau &gt;100 mmHg</li> <li>• analgezie optimă -analgetic antiinflamator nesteroidian administrat PO imediat înaintea tratamentului chirurgical</li> <li>• anestezie locală de calitate</li> <li>• asocierea de vasoconstrictori la substanța anestezică în concentrație de maximum 1:200 000. Nu se va depăși doza de 0,04 mg adrenalină (8 ml sol 1/200.000) la pacienții cu cardiopatie ischemică.</li> <li>• Nu se vor folosi aparatele care interferă cu pacemakerul și/sau defibrilatorul implantabil (electrocauter monopolar, micromotor electric, aparat detartraj ultrasunete, pulpatest, telefon mobil). Se poate utiliza cauterul bipolar. Telefoanele mobile trebuie închise sau amplasate la o distanță mai mare de 30 cm. de pacemaker (defibrilator).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• consult ATI, ECK ± consult cardiologic (la indicația medicului ATI)</li> <li>• administrarea fără întrerupere a medicației de rutină, inclusiv în ziua intervenției chirurgicale (cu excepția medicației anticoagulante<sup>1</sup>)</li> <li>• monitorizare clinică, ECG, TANS, SpO<sub>2</sub> pe durata intervenției – realizate de medicul ATI</li> <li>• analgezie optimă -analgetic administrat imediat înaintea tratamentului chirurgical - la indicația medicului ATI</li> <li>• ± sedare -anxioliză - la indicația și sub controlul medicului ATI</li> <li>• anestezie locală de calitate</li> <li>• asocierea de vasoconstrictori la substanța anestezică în concentrație de maximum 1:200 000. Nu se va depăși doza de 0,04 mg adrenalină (8 mL sol 1/200.000) la pacienții cu cardiopatie ischemică</li> <li>• Nu se vor folosi aparatele care interferă cu pacemakerul și/sau defibrilatorul implantabil (electrocauter monopolar, micromotor electric, aparat detartraj ultrasunete, pulpatest, telefon mobil). Se poate utiliza cauterul bipolar. Telefoanele mobile trebuie închise sau amplasate la o distanță mai mare de 30 cm. de pacemaker (defibrilator).</li> </ul>

<sup>7</sup> Vezi conduita referitoare la medicația anticoagulantă

### **Valvulopatii**

<b>Tratamentul se va realiza în:</b>	
<b>Cabinet dentar</b>	<b>Secție spital</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Pacienți fără insuficiență cardiacă sau cu insuficiență clasa funcțională NYHA I-II</li><li>• Pacienți fără aritmii instabile</li><li>• Pacienți fără proteze valvulare mecanice sau alte afecțiuni care contraindică întreruperea tratamentului anticoagulant</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pacienți care au altă patologie asociată care să indice internarea</li><li>• Pacienți cu insuficiență clasa funcțională NYHA III-IV</li><li>• Pacienți cu aritmii instabile</li><li>• Pacienți cu proteze valvulare mecanice sau alte afecțiuni care contraindică întreruperea tratamentului anticoagulant</li></ul>

<b>Conduită în:</b>	
<b>Cabinet dentar</b>	<b>Secție spital</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• consult cardiologic efectuat înainte tratamentul chirurgical cu maximum 1 lună. Dacă în acest interval au survenit modificări ale stării pacientului se repetă consultul cardiologic</li><li>• administrarea fără întrerupere a medicației de rutină dacă există, inclusiv în ziua intervenției chirurgicale (cu excepția medicației anticoagulante<sup>8</sup>)</li><li>• măsurarea tensiunii arteriale înainte începerii tratamentului chirurgical. Ori de cate ori tensiunea arterială este mai mare sau mai mică cu 20-30 mm Hg față de valorile tensionale obișnuite ale pacientului, se recomandă temporizarea tratamentului chirurgical și reevaluarea pacientului împreună cu medicul cardiolog. De asemenea se vor reevalua toți pacienții cu tensiuni arteriale maxime &lt;100 mmHg și/sau &gt;160 mmHg indiferent de valorile tensionale obișnuite</li><li>• măsurarea pulsului. Se vor reevalua toți pacienții cu puls &lt;50b/ min și/sau &gt;100 mmHg</li><li>• profilaxia endocarditei bacteriene conform protocolului AHA 1997</li><li>• analgezie optimă -analgetic antiinflamator nesteroidian administrat PO imediat înainte tratamentul chirurgical</li><li>• anestezie locală de calitate</li><li>• asocierea de vasoconstrictori la substanța anestezică în concentrație de maximum 1:200 000. Nu se va depăși doza de 0,04 mg adrenalină (8 ml sol 1/200.000) la pacienții cu cardiopatie ischemică.</li><li>• trusa de urgență la îndemână</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• consult ATI, ECK ± consult cardiologic (la indicația medicului ATI)</li><li>• administrarea fără întrerupere a medicației de rutină, inclusiv în ziua intervenției chirurgicale (cu excepția medicației anticoagulante<sup>1</sup>)</li><li>• monitorizare clinică, ECG, TANS, SpO<sub>2</sub> pe durata intervenției – realizate de medicul ATI</li><li>• analgezie optimă -analgetic administrat imediat înainte tratamentul chirurgical - la indicația medicului ATI</li><li>• ± sedare -anxioliză - la indicația și sub controlul medicului ATI</li><li>• anestezie locală de calitate</li><li>• asocierea de vasoconstrictori la substanța anestezică în concentrație de maximum 1:200 000. Nu se va depăși doza de 0,04 mg adrenalină (8 mL sol 1/200.000) la pacienții cu cardiopatie ischemică</li><li>• accesul rapid la medicația de urgență</li></ul>

### **Profilaxia endocarditei infectioase** **Conform protocolului AHA 1997**

Condițiile patologice asociate care cresc riscul apariției endocarditei sunt prezentate în tabelul I

**TABELUL I:: Categoriile de pacienți la care este indicată profilaxia endocarditei bacteriene**

<b>PACIENȚI (P.) CARE NECESITĂ PROFILAXIE</b>	<b>PACIENȚI (P.) CARE NU NECESITĂ PROFILAXIE</b>
Pacienți cu <b>risc major</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Purtători de proteze valvulare</li><li>▪ P. cu antecedente de endocardită bacteriană</li></ul>	Pacienți cu <b>risc neglijabil</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Malformații cardiace <b>corectate</b> (&gt; 6 luni)</li><li>▪ P cu prolaps de mitrală <b>fără regurgitație</b></li><li>▪ P. cu sufluri <b>inocente sau funcționale</b></li></ul>

<sup>8</sup> Vezi conduita referitoare la medicația anticoagulantă

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ P. cu malformații cardiace complexe cianogene</li> <li>▪ P. cu șunturi sistemico-pulmonare chirurgicale</li> </ul> <p>Pacienți cu <b>risc mediu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ P. cu valvulopatii necorectate</li> <li>▪ P. cu defecte septale necorectate</li> <li>▪ P. cu canal arterial</li> <li>▪ P. cu coarctare de aortă</li> <li>▪ P. cu cardiomiopatie hipertrofică</li> <li>▪ P. cu prolaps de mitrală cu regurgitație</li> <li>▪ P. cu transplant de cord</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ P. cu RAA în antecedente , <u>fără sechele valvulare</u></li> <li>▪ Purtător de pacemaker sau defibrilatoare implantate</li> <li>▪ P. cu IM cronic</li> <li>▪ P. cu by-pass coronarian</li> </ul> <p>Pacienți <b>fără risc</b></p>
---	---

Antibioprofilaxia endocarditei este indicată tuturor pacienților cu risc mare sau mediu înaintea efectuării oricăror manevre chirurgicale dento-alveolare.

Tabelul II prezintă intervențiile chirurgicale asupra leziunilor dento-alveolare care indică folosirea profilaxiei endocarditei.

**TABELUL II: Intervențiile chirurgicale care NECESITĂ profilaxia endocarditei bacteriene la pacienții cu risc mare și mediu**

MANEVRE CARE NECESITĂ PROFILAXIA	MANEVRE CARE NU NECESITĂ PROFILAXIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extracții</li> <li>• Proceduri periodontale</li> <li>• Implante</li> <li>• Anestezie intraligamentară</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Îndepărtarea firelor de sutură</li> <li>• Extracții - dinți deciduali</li> </ul>

Incidența și amplitudinea bacteriemiei pot fi reduse prin aplicarea gelului sau clătirea cavității bucale cu soluții de clorhexidină înaintea efectuării manevrelor cu risc. Folosirea lor repetată este contraindicată datorită riscului selecționării unor microorganisme rezistente.

Dacă sunt necesare tratamente repetate, este bine ca între ele să se respecte un interval de 9-14 zile care să permită refacerea florei orale. Este indicat ca în fiecare ședință să se efectueze cât mai multe intervenții.

Cele mai multe endocardite care apar după tratamente stomatologice sunt produse de *Streptococcus viridans* ( $\alpha$ -hemolitic). De aceea pentru profilaxie sunt folosite AB active împotriva acestor microorganisme.

Tabelul III prezintă regimurile de AB indicate pentru profilaxia endocarditei de către Societatea Americană a Inimii (American Heart Association).

**Tabelul III: Regimurile recomandate de AHA (1997) pentru profilaxia endocarditei bacteriene în intervențiile de chirurgie dento-alveolară**

SITUAȚIE	ANTIBIOTIC - regim de administrare	DOZĂ	
		Adulți	Copii*
PROFILAXIE STANDARD	<b>AMOXICILINĂ**</b> - p.o. cu o oră înainte de intervenție	2 g	50 mg/kg
PACIENTULUI NU I SE POATE ADMINISTRA MEDICAȚIE ORALĂ	<b>AMOXICILINĂ**</b> <i>sau</i> <b>AMPICILINĂ**</b> - i.m./i.v în intervalul de 30 min dinaintea intervenției	2g	50mg/kg
PACIENT ALERGIC LA PENICILINE	<b>CLINDAMYCINĂ</b> - p.o. cu o oră înainte de intervenție <i>Sau</i>	600 mg	20 mg/kg
	<b>CEPHALEXIN**</b> <i>sau</i> <b>CEFADROXIL**</b> - p.o cu o oră înainte de intervenție <i>Sau</i>	2 g	50 mg/kg
	<b>AZITHROMYCIN</b> <i>sau</i> <b>CLARITHROMICIN</b> - p.o. cu o oră înainte de intervenție	500 mg	15 mg/kg
PACIENT ALERGIC LA PENICILINE sau care NU POATE PRIMI MEDICAȚIE ORALĂ	<b>CLINDAMYCIN</b> - i.v. în intervalul de 30 min. dinaintea intervenției <i>Sau</i>	600 mg	20 mg/kg
	<b>COFAZOLIN**</b> -i.m./i.v. în intervalul de 30 min. dinaintea intervenției	1 g	25 mg/kg

Cefalosporinele nu vor fi folosite la pacienții cu hipersensibilitate de tip imediat la peniciline.

\*doza maximă folosită la copii nu va depăși doza recomandată pentru adulți

\*\*aceste substanțe nu vor fi folosite la pacienții care sunt în tratament cu antibiotice din grupa penicilinelor. Ele pot fi utilizate după 9-14 zile de la întreruperea tratamentului cu peniciline

Regimurile sunt aceleași pentru toți pacienții la care este indicată profilaxia, indiferent de gradul de risc sau de tipul intervenției. Toate variantele cuprind o singură doză de AB. Regimul standard cuprinde o doză de Amoxicilină administrată *per os*. S-a renunțat la administrarea de Penicilină sau Ampicilina *PO*, datorită farmacocineticii lor inadecvate. Pentru pacienții care nu pot primi sau absorbi medicația orală sunt indicate Ampicilina sau Amoxicilina injectabile. Pacienții alergici la peniciline pot primi Clindamicină sau derivați de Eritromicină (Azithromycină, Clarithromycină), dar aceștia din urmă au un preț foarte ridicat. Eritromicina nu mai este recomandată datorită reacțiilor adverse digestive și a farmacocineticii variabile. Pacienții care tolerează cefalosporine de generația I și nu prezintă reacții alergice de tip imediat la peniciline pot primi Cephalexin sau Cefadroxil. Cei care sunt alergici la peniciline și nu tolerează medicația orală, vor fi tratați cu Clindamicină injectabilă sau, dacă alergiile nu este de tip imediat, cu Cefazolin.

Pacienților care au primit AB în ultimele două săptămâni li se va face profilaxia endocarditei cu un AB din altă clasă. Astfel, dacă pacientul a primit o betalactamină, profilaxia se va face cu Clindamicină sau cu un derivat de Eritromicină.

Incizia și drenajul abceselor sau alte proceduri care implică țesuturi infectate, se va face la pacienți cu risc mare și moderat sub protecție cu AB. Se vor folosi AB active împotriva agenților patogeni cei mai susceptibili de a fi cauzat infecția.

Pacienții cu tulburări de coagulare nu vor primi antibioticele injectate IM.

#### Anticoagulante orale

Tratamentul se va realiza în:	
Cabinet dentar	Secție spital
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fibrilația atrială cronică fără embolii în antecedente</li> <li>Profilaxia AVC</li> <li>Orice altă afecțiune care nu contraindică întreruperea terapiei anticoagulante pentru 3-4 zile<sup>9</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proteză valvulară mecanică</li> <li>Tromboembolism pulmonar recent sau recurent</li> <li>Factori anticoagulanți lupus-like, deficit de proteină S sau C</li> <li>Fibrilație atrială cu embolii în antecedente</li> <li>Orice altă afecțiune care contraindică întreruperea terapiei anticoagulante<sup>1</sup></li> </ul>

#### Conduită în

Cabinet dentar	Secție spital
<ul style="list-style-type: none"> <li>Măsurarea INR actual</li> <li>Pentru extracții <ul style="list-style-type: none"> <li>INR <math>\leq 2.1</math> – se poate efectua extracția fără întreruperea tratamentului</li> <li>INR <math>&gt; 2.1</math> – se întrerupe tratamentul anticoagulant 1-3 zile până la INR <math>\leq 2.1</math>, când se efectuează extracția apoi se reia tratamentul anticoagulant (la 2-3 ore de la oprirea sângerării locale). La 4 zile de la reluarea tratamentului anticoagulant se verifică INR care trebuie să fie cel indicat pentru afecțiunea tratată. Dacă sunt necesare mai multe ședințe de tratament chirurgical, terapia anticoagulantă se reia la 2-3 ore de la oprirea sângerării generate de ultima intervenție.</li> </ul> </li> <li>Pentru intervenții mai ample</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Măsurarea INR și APTT actual</li> <li>Consult ATI</li> <li>Pentru extracții <ul style="list-style-type: none"> <li>INR <math>\leq 2.1</math> – se poate efectua extracția fără întreruperea tratamentului. Reevaluarea tratamentului (ineficient)</li> <li>INR <math>&gt; 2.1</math> – se întrerupe tratamentul anticoagulant 1-3 zile și se înlocuiește cu tratament cu heparină (APTT = 2-3 x APTT inițial). Când INR <math>\leq 2.1</math> se efectuează extracția apoi se reia tratamentul anticoagulant oral (la 2-3 ore de la oprirea sângerării locale). Se continuă în paralel terapia cu heparină până când INR ajunge la valoarea ideală pentru afecțiunea tratată. Dacă sunt necesare mai multe ședințe de tratament chirurgical, terapia</li> </ul> </li> </ul>

<sup>9</sup> Consult interdisciplinar în prealabil

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ INR <math>\leq 1,5</math> – se poate efectua intervenția fără întreruperea tratamentului</li> <li>○ INR <math>&gt; 1,5</math> – se întrerupe tratamentul anticoagulant 1-3 zile până la INR <math>\leq 1,5</math>, când se efectuează intervenția apoi se reia tratamentul anticoagulant (la 2-3 ore de la oprirea sângerării locale). La 4 zile de la reluarea tratamentului anticoagulant se verifică INR care trebuie să fie cel indicat pentru afecțiunea tratată. Dacă sunt necesare mai multe ședințe de tratament chirurgical, terapia anticoagulantă se reia la 2-3 ore de la oprirea sângerării generate de ultima intervenție.</li> <li>• Hemostază chirurgicală riguroasă</li> </ul>	<p>anticoagulantă se reia la 2-3 ore de la oprirea sângerării generate de ultima intervenție.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pentru intervenții mai ample <ul style="list-style-type: none"> <li>○ INR <math>\leq 1,5</math> – se poate efectua extracția fără întreruperea tratamentului. Reevaluarea tratamentului (ineficient)</li> <li>○ INR <math>&gt; 1,5</math> – se întrerupe tratamentul anticoagulant 1-3 zile și se înlocuiește cu tratament cu heparină (APTT = 2-3 x APTT inițial). Când INR <math>\leq 1,5</math> se efectuează extracția apoi se reia tratamentul anticoagulant oral (la 2-3 ore de la oprirea sângerării locale). Se continuă în paralel terapia cu heparină până când INR ajunge la valoarea ideală pentru afecțiunea tratată. Dacă sunt necesare mai multe ședințe de tratament chirurgical, terapia anticoagulantă se reia la 2-3 ore de la oprirea sângerării generate de ultima intervenție.</li> </ul> </li> <li>• Hemostază chirurgicală riguroasă</li> </ul>
--	--

#### Astmul bronșic

<b>Tratamentul se realizează în:</b>	
<b>Cabinet dentar</b>	<b>Secție spital</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• astm controlat medicamentos fără insuficiență de cord drept</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• astm necontrolat medicamentos</li> <li>• astm complicat cu insuficiență de cord drept</li> </ul>

<b>Conduită în</b>	
<b>Cabinet dentar</b>	<b>Secție spital</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• consult de specialitate efectuat înaintea tratamentului chirurgical cu maximum 1 lună. Dacă în acest interval au survenit modificări ale stării pacientului se repetă consultul interdisciplinar</li> <li>• administrarea fără întrerupere a medicației de rutină dacă există, inclusiv în ziua intervenției chirurgicale</li> <li>• identificarea factorilor declanșatori ai crizei de bronhospasm (anamneză)</li> <li>• dacă pacientul folosește medicație profilactică a crizei aceasta se va administra obligatoriu înaintea începerii tratamentului chirurgical</li> <li>• anestezie locală de calitate</li> <li>• asocierea de vasoconstrictori la substanța anestezică poate precipita o criză de astm datorită conservantului. Anamneză atentă.</li> <li>• dublarea preoperatorie a dozei de corticoid sistemic la pacienții corticodependenți</li> <li>• aerosoli cu bronhodilatator <math>\beta</math>mimetic la îndemână (preferabil cel folosit de pacient)</li> <li>• evită folosirea analgeticelor antiinflamatorii. Aceasta are contraindicație absolută la cei cu astm la aspirină</li> <li>• evită administrarea de eritromicină, azitromicină, clindamicină, datorită efectului toxic la asocierea cu metilxantinele (doar la pacienții sub tratament cu metilxantine)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• consult ATI</li> <li>• identificarea factorilor declanșatori ai crizei de bronhospasm (anamneză)</li> <li>• administrarea fără întrerupere a medicației de rutină dacă există, inclusiv în ziua intervenției chirurgicale</li> <li>• dacă pacientul folosește medicație profilactică a crizei aceasta se va administra obligatoriu înaintea începerii tratamentului chirurgical</li> <li>• monitorizare clinică, ECG, TANS, SpO<sub>2</sub> pe durata intervenției – realizate de medicul ATI</li> <li>• analgezie optimă -analgetic administrat imediat înaintea tratamentului chirurgical - la indicația medicului ATI</li> <li>• <math>\pm</math> sedare -anxioliză - la indicația și sub controlul medicului ATI</li> <li>• anestezie locală de calitate</li> <li>• asocierea de vasoconstrictori la substanța anestezică poate precipita o criză de astm datorită conservantului. Anamneză atentă.</li> <li>• evită folosirea analgeticelor antiinflamatorii. Aceasta are contraindicație absolută la cei cu astm la aspirină</li> <li>• evită administrarea de eritromicină, azitromicină, clindamicină, datorită efectului toxic la asocierea cu metilxantinele (doar la pacienții sub tratament cu metilxantine)</li> <li>• accesul rapid la medicația de urgență</li> </ul>

### Hemofilia

Tratamentul se realizează în:	
Cabinet dentar	Secție spital
<ul style="list-style-type: none"> <li>Concentrația factor VIII, IX sau vW &gt; 30% - extracții, chirurgie orală</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Concentrația factor VIII, IX sau vW &lt; 30% - extracții, chirurgie orală</li> </ul>

Conduită în	
Cabinet dentar	Secție spital
<ul style="list-style-type: none"> <li>Consult hematologie</li> <li>Hemostază chirurgicală riguroasă</li> <li>Evită aspirina și AINS COX-1 (pentru analgezie se pot folosi paracetamol, coxibi, codeină, tramadol)</li> <li>Apă de gură cu EAC postoperator</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consult ATI și hematologie</li> <li>Pregătire preoperatorie <ul style="list-style-type: none"> <li>1 U fVIII sau crioprecipitat (hemofilia A)</li> <li>1 U fIX (hemofilia B)</li> <li>0,3 μg/kg desmopresină (boala von Willebrand)</li> </ul> </li> <li>Hemostază chirurgicală riguroasă</li> <li>tratament postoperator 7-10 zile <ul style="list-style-type: none"> <li>EAC sau ac. tranexamic ± fVIII pentru menținerea concentrației fVIII &gt; 20% (hemofilia A). Pentru cazurile rezistente se poate administra fVIIa în funcție de necesar</li> <li>± fVIII pentru menținerea concentrației fVIII &gt; 20% (hemofilia B). Pentru cazurile rezistente se poate administra fVIIa în funcție de necesar</li> <li>crioprecipitat, desmopresină, EAC, ac. tranexamic în funcție de necesar (boala von Willebrand)</li> </ul> </li> <li>Apă de gură cu EAC postoperator</li> <li>Evită aspirina și AINS COX-1 (pentru analgezie se pot folosi paracetamol, coxibi, codeină, tramadol)</li> </ul>

### Afecțiuni hematologice, chimioterapie, radioterapie, HIV, transplant

Tratamentul se realizează în:	
Cabinet dentar	Secție spital
<ul style="list-style-type: none"> <li>leucocite &gt; 2000/mL</li> <li>Trombocite &gt; 50.000/mL</li> <li>Ht &gt; 20 %</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>leucocite &lt; 2000/mL</li> <li>Trombocite &lt; 50.000/mL</li> <li>Ht &lt; 20 %</li> </ul>

Conduită în:	
Cabinet dentar	Secție spital
<ul style="list-style-type: none"> <li>Profilaxia infecțiilor locale cu: <ul style="list-style-type: none"> <li>AMOXICILINĂ 2 PO, 1 oră preoperator (la adult) sau 50 mg / kg PO, 1 oră preoperator (la copil)<sup>10</sup> sau</li> <li>CLINDAMICINĂ (la pacienții alergici sau</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>consult ATI</li> <li>dacă este nevoie administrarea masă eritocitară până la un Ht &gt; 25%</li> <li>dacă este nevoie administrarea de masă trombocitară până la un nr. de trombocite &gt; 50.000/mL</li> </ul>

<sup>10</sup> daza la copil nu o va depăși pe cea indicată la adult

<p>care au primit peniciline în ultimele 2 săptămâni)– 300 mg <i>PO</i>, 1 oră preoperator (la adult) sau 20 mg / kg <i>PO</i>, 1 oră preoperator (la copil)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hemostază riguroasă</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Profilaxia infecțiilor locale cu:<ul style="list-style-type: none"><li>○ AMOXICILINĂ 2 <i>PO</i>, 1 oră preoperator (la adult) sau 50 mg / kg <i>PO</i>, 1 oră preoperator (la copil)<sup>1</sup> <i>sau</i></li><li>○ CLINDAMICINĂ (la pacienții alergici sau care au primit peniciline în ultimele 2 săptămâni)– 300 mg <i>PO</i>, 1 oră preoperator (la adult) sau 20 mg / kg <i>PO</i>, 1 oră preoperator (la copil)</li></ul></li><li>• Hemostază riguroasă</li><li>• nu se va administra aspirină și de asemenea sunt de evitat AINS neselective. Pentru asigurarea analgeziei se va folosi paracetamol sau AINS COX-2 (coxibi)</li></ul>
--	---



### Ciroza hepatică, hepatită cronică - extracții

Tratamentul se realizează în:	
Cabinet dentar	Secție spital
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacienți fără indicație de tratament în spital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• INR &gt; 2,1</li> <li>• Trombocite &lt; 50.000/mL</li> <li>• Ascită</li> <li>• Encefalopatie portală</li> <li>•</li> </ul>

Conduită în:	
Cabinet dentar	Secție spital
<p>Înainte de efectuării unui tratament chirurgical se va lua legătura cu medicul de familie pentru evaluarea hemostazei. Investigațiile minime cuprind timpul de protrombină (INR) și umărul de trombocite. Nu se vor efectua intervenții chirurgicale la pacienți cu INR &gt; 2,1.</p> <p>la pacienții cu mai mult de 50 000 T/mL se pot efectua tratamente chirurgicale pentru leziuni dento-alveolare nu se va administra aspirină și de asemenea sunt de evitat AINS neselective. Pentru asigurarea analgeziei se va folosi paracetamol sau AINS COX-2 (coxibi)</p> <p>chiar la pacienții cu teste de hemostază normale se va efectua o hemostază riguroasă</p> <p>dacă apare tendința de sângerare tardivă, se indică irigații orale din 6 în 6 ore, timp de 2-3 zile cu o soluție de acid ε-amino-caproic sau acid tranexamic</p> <p>se vor evita intervențiile ample, de lungă durată, pentru a evita atât riscul sângerării excesive cât și cel de apariție a hipoglicemiei</p> <p>pacientul va mânca înaintea intervenției și se vor evita tratamentele care implică întreruperea alimentației peste 6 ore, deoarece pacienții cu insuficiență hepatică au o tendință crescută la hipoglicemie</p> <p>intervențiile pe mai multe cadrane se vor face în ședințe separate, pentru a reduce riscul apariției intoxicației cu substanțe anestezice locale</p> <p>la pacienții cu insuficiență hepatică se va evita utilizarea sedativelor, datorită riscurilor de precipitare a encefalopatiei portale</p> <p>la pacienții dependenți de etanol se va evita declanșarea sevrajului (consumul de etanol la pacientul dependent nu va fi întrerupt mai mult de 5 ore)</p> <p>la pacienții aflați sub corticoterapie se vor lua măsuri de antibioprolaxie a infecțiilor locale</p> <p>la toți pacienții se vor lua măsuri riguroase de prevenire a transmiterii infecțiilor prin contaminare sanguină</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• consult ATI, INR, hemogramă</li> <li>• dacă este nevoie administrarea de plasmă proaspătă congelată până la un INR &gt;2,1</li> <li>• dacă este nevoie administrarea de masă trombocitară până la un nr de trombocite &gt; 50.000/mL</li> <li>• monitorizare clinică ATI pe durata intervenției</li> <li>• hemostază riguroasă</li> <li>• nu se va administra aspirină și de asemenea sunt de evitat AINS neselective. Pentru asigurarea analgeziei se va folosi paracetamol sau AINS COX-2 (coxibi)</li> <li>• dacă apare tendința de sângerare tardivă, se indică irigații orale din 6 în 6 ore, timp de 2-3 zile cu o soluție de acid ε-amino-caproic sau acid tranexamic</li> <li>• dacă apar sângerări ample se poate repeta administrarea de plasmă proaspătă congelată și /sau masă trombocitară în funcție de parametrii hematologici</li> <li>• se vor evita intervențiile ample, de lungă durată, pentru a evita atât riscul sângerării excesive cât și cel de apariție a hipoglicemiei</li> <li>• pacientul va mânca înaintea intervenției și se vor evita tratamentele care implică întreruperea alimentației peste 6 ore, deoarece pacienții cu insuficiență hepatică au o tendință crescută la hipoglicemie</li> <li>• dacă pacientul nu se poate alimenta PO mai mult de 6 ore se va administra glucoză parenteral</li> <li>• intervențiile pe mai multe cadrane se vor face în ședințe separate, pentru a reduce riscul apariției intoxicației cu substanțe anestezice locale</li> <li>• la pacienții cu insuficiență hepatică se va evita utilizarea sedativelor, datorită riscurilor de precipitare a encefalopatiei portale</li> <li>• la pacienții dependenți de etanol, se va evita declanșarea sevrajului (consumul de etanol la pacientul dependent nu va fi întrerupt mai mult de 5 ore)</li> <li>• la pacienții aflați sub corticoterapie se vor lua măsuri de antibioprolaxie a infecțiilor locale</li> <li>• la toți pacienții se vor lua măsuri riguroase de prevenire a transmiterii infecțiilor prin contaminare sanguină</li> </ul>

**Pacient hemodializat****Tratamentul se va realiza în:**

<b>Cabinet dentar</b>	<b>Secție spital</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Pacienți compensați hemodinamic</li><li>• Toți pacienții la care nu există alte afecțiuni asociate care să indice internarea</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pacienți decompensați hemodinamic (doar dacă există acordul ATI)</li><li>• Toți pacienții la care există alte afecțiuni asociate care să indice internarea</li></ul>

**Conduită în:**

<b>Cabinet dentar</b>	<b>Secție spital</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Programare în ziua în care nu se face hemodializa</li><li>• Profilaxia infecțiilor locale cu:<ul style="list-style-type: none"><li>○ AMOXICILINĂ 2 PO, 1 oră preoperator (la adult) sau 50 mg / kg PO, 1 oră preoperator (la copil)<sup>11</sup> sau</li><li>○ CLINDAMICINĂ (la pacienții alergici sau care au primit peniciline în ultimele 2 săptămâni)– 300 mg PO, 1 oră preoperator (la adult) sau 20 mg / kg PO, 1 oră preoperator (la copil)</li></ul></li><li>• Hemostaza riguroasă</li><li>• Nu se indică AINS</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Programare în ziua în care nu se face hemodializa</li><li>• Consult ATI</li><li>• Profilaxia infecțiilor locale cu:<ul style="list-style-type: none"><li>○ AMOXICILINĂ 2 PO, 1 oră preoperator (la adult) sau 50 mg / kg PO, 1 oră preoperator (la copil)<sup>12</sup> sau</li><li>○ CLINDAMICINĂ (la pacienții alergici sau care au primit peniciline în ultimele 2 săptămâni)– 300 mg PO, 1 oră preoperator (la adult) sau 20 mg / kg PO, 1 oră preoperator (la copil)</li></ul></li><li>• Hemostaza riguroasă</li><li>• Nu se indică AINS</li></ul>

<sup>11</sup> daza la copil nu o va depășii pe cea indicată la adult

<sup>12</sup> daza la copil nu o va depășii pe cea indicată la adult

### Diabet zaharat

Tratamentul se va realiza în:	
Cabinet dentar	Secție spital
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pacienți cu diabet zaharat care nu prezintă complicații ce indică internarea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pacienți cu diabet zaharat care prezintă complicații ce indică internarea</li> </ul>

Conduită în:	
Cabinet dentar	Secție spital
<ul style="list-style-type: none"> <li>înainte și după efectuarea tratamentelor programate, pacientul va efectua controale de specialitate și își va adapta tratamentul de fond vederea menținerii glicemiei între 80-250<sup>13</sup> mg/dL</li> <li>în cazul urgențelor chirurgicale, se va rezolva urgența, apoi pacientul va fi îndrumat către medicul nutriționist pentru reevaluarea terapiei</li> <li>programarea se va face în așa fel încât să nu modifice orarul de masă al pacientului</li> <li>indiferent de tipul de tratament al pacientului, acesta nu se va întrerupe și nu va fi modificat decât cu acordul medicului nutriționist. Dacă pacientul nu se poate alimenta, nu va fi administrată nici doza de antidiabetice orale sau insulină corespunzătoare mesei eliminate (<b>risc de hipoglicemie!</b>)</li> <li>ședințele vor fi scurte pentru a reduce la minimum interferențele cu regimul alimentar</li> <li>nu vor fi utilizate soluții de anestezic local cu concentrații crescute de vasoconstrictori (&gt; 1/200 000) deoarece acestea cresc riscul de ischemie la nivelul filetelor nervoase</li> <li>la pacienții cu neuropatie diabetică (cu tendință la hipotensiune ortostatică) nu se vor administra sedative și se va lucra cu pacientul în poziție cât mai aproape de orizontală</li> <li>la pacienții la care nivelul glicemiei nu poate fi controlat eficient (depășește frecvent 250 mg/dL) se va face antibiopprofilaxia complicațiilor infecțioase locale înaintea intervențiilor chirurgicale</li> <li>zahărul cubic și soluția perfuzabilă de glucoză vor fi la îndemână pentru a putea fi administrate prompt în cazul apariției semnelor de hipoglicemie</li> <li>pacientul la care s-a efectuat o intervenție chirurgicală pentru leziuni dento-alveolare va fi urmărit 7-10 zile postoperator (în funcție de amploarea intervenției) atât de către medicul stomatolog cât și de către medicul nutriționist, care va adapta tratamentul diabetului la modificările metabolice postoperatorii</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>se vor lua aceleași precauții ca și la pacientul trata ambulatoriu la care se vor adăuga cele impuse de complicațiile diabetului</li> </ul>

<sup>13</sup> valorile menționate se referă atât la glicemia *a jeun*, cât și la cea postprandială

### Afecțiuni tiroidiene

Tratamentul se va realiza în:	
Cabinet dentar	Secție spital
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pacienți compensați</li> <li>Toți pacienții la care nu există alte afecțiuni asociate care să indice internarea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pacienți decompensați (doar dacă există acordul ATI)</li> <li>Toți pacienții la care există alte afecțiuni asociate care să indice internarea</li> </ul>

Conduită în	
Cabinet dentar	Secție spital
<ul style="list-style-type: none"> <li>consult endocrinologic efectuat înaintea tratamentului chirurgical cu maximum 1 lună. Dacă în acest interval au survenit modificări ale stării pacientului se repetă consultul cardiologic</li> <li>administrarea fără întrerupere a medicației de rutină, inclusiv în ziua intervenției chirurgicale</li> <li>măsurarea pulsului. Se vor reevalua toți pacienții cu puls &lt;50b/ min și/sau &gt;100 mmHg</li> <li>analgezie optimă -analgetic antiinflamator nesteroidian administrat PO imediat înaintea tratamentului chirurgical</li> <li>± anxioliză la pacienții hipertiroidieni - se poate administra cu jumătate de oră înaintea tratamentului un comprimat de 7,5 mg midazolam în cazul pacienților anxioși<sup>14, 15</sup></li> <li>anestezie locală de calitate</li> <li>asocierea de vasoconstrictori la substanța anestezică în concentr. de maximum 1:200 000. Nu se va depăși doza de 0,04 mg adrenalină (8 mL sol 1/200.000)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consult ATI</li> <li>consult endocrinologic efectuat înaintea tratamentului chirurgical cu maximum 1 lună. Dacă în acest interval au survenit modificări ale stării pacientului se repetă consultul cardiologic</li> <li>administrarea fără întrerupere a medicației de rutină, inclusiv în ziua intervenției chirurgicale.</li> <li>Monitorizare ECG</li> <li>analgezie optimă -analgetic antiinflamator nesteroidian administrat PO imediat înaintea tratamentului chirurgical</li> <li>± anxioliză la pacienții hipertiroidieni</li> <li>anestezie locală de calitate</li> <li>asocierea de vasoconstrictori la substanța anestezică în concentrație de maximum 1:200 000. Nu se va depăși doza de 0,04 mg adrenalină (8 mL sol 1/200.000)</li> </ul>

### Corticodependență

Tratamentul se realizează în:	
Cabinet dentar	Secție spital
<ul style="list-style-type: none"> <li>Toți pacienții la care nu există alte afecțiuni asociate care să indice internarea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Toți pacienții la care există alte afecțiuni asociate care să indice internarea</li> </ul>

Conduită în	
Cabinet dentar	Secție spital
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dublarea dozei de corticoid în ziua intervenției</li> <li>Profilaxia infecțiilor locale cu: <ul style="list-style-type: none"> <li>AMOXICILINĂ 2 PO, 1 oră preoperator (la adult) sau 50 mg / kg PO, 1 oră preoperator (la copil)<sup>16</sup> sau</li> <li>CLINDAMICINĂ (la pacienții alergici sau care au primit peniciline în ultimele 2 săptămâni)– 300 mg PO, 1 oră preoperator (la adult) sau 20 mg / kg PO, 1 oră preoperator (la copil)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Același ca și în ambulatoriu</li> </ul>

<sup>14</sup> se vor lua precauțiile necesare cu privire la atenționarea pacientului referitor la interdicția de a conduce automobile, a efectua acțiuni de finețe sau periculoase și de a consuma alcool 24 de ore după administrarea de sedative

<sup>15</sup> nu se vor administra sedative la pacienții hipotensivi sau cu disfuncții ventilatorii

<sup>16</sup> daza la copil nu o va depăși pe cea indicată la adult

--	--

### Epilepsie

Tratamentul se realizează în:	
Cabinet dentar	Secție spital
<ul style="list-style-type: none"> <li>epilepsie controlată medicamentos fără crize în ultimele 3 luni</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>epilepsie prost controlată medicamentos</li> </ul>

Conduită în	
Cabinet dentar	Secție spital
<ul style="list-style-type: none"> <li>consult de specialitate efectuat înaintea tratamentului chirurgical cu maximum 1 lună. Dacă în acest interval au survenit modificări ale stării pacientului se repetă consultul interdisciplinar</li> <li>administrarea fără întrerupere a medicației de rutină dacă există, inclusiv în ziua intervenției chirurgicale</li> <li>identificarea factorilor declanșatori ai crizei (anamneză)</li> <li>anestezie locală de calitate</li> <li>trusa de urgență la îndemână</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>consult ATI</li> <li>identificarea factorilor declanșatori ai crizei (anamneză)</li> <li>administrarea fără întrerupere a medicației de rutină dacă există, inclusiv în ziua intervenției chirurgicale</li> <li>acces venos periferic obținut preoperator</li> <li>monitorizare clinică – realizată de medicul ATI</li> <li>analgezie optimă -analgetic administrat imediat înaintea tratamentului chirurgical - la indicația medicului ATI</li> <li>± sedare -anxioliză - la indicația și sub controlul medicului ATI</li> <li>anestezie locală de calitate</li> <li>accesul rapid la medicația de urgență</li> </ul>