

La gestione del paziente a rischio nello studio odontoiatrico

La prevenzione delle emergenze mediche in odontoiatria



Professor
Lucio Montebugnoli
Dipartimento di scienze
odontostomatologiche
Università di Bologna

Nell'ultima scheda pratica (GdO 2009; 7:12-13) sono stati sottolineati i rilevanti incrementi della dinamica cardiocircolatoria e del lavoro del cuore provocati dallo stress e dal dolore durante un intervento odontoiatrico. È stato altresì dimostrato che se un soggetto sano può permettersi d'incrementare il lavoro del suo apparato cardiocircolatorio senza subire conseguenza alcuna, tale situazione non può essere sostenuta da un soggetto con ridotto compenso cardiocircolatorio (figura 1,

pag.11). Qualunque manovra atta a ridurre l'ansia e a controllare completamente il dolore durante un intervento deve essere, quindi, necessariamente applicata proprio ai soggetti a rischio di emergenza, utilizzando tutte le procedure psicoterapiche o farmacologiche in nostro possesso.

IL CONTROLLO DELL'ANSIA

Il supporto psicologico che l'odontoiatra può dare

anche senza l'aiuto di particolari tecniche psicoterapiche risulta fondamentale dal momento in cui il paziente a rischio si siede sulla poltrona odontoiatrica al momento in cui esce dallo studio. Elementari norme di comportamento - utilizzando il colloquio e cercando di sdrammatizzare l'intervento in programma - saranno già in grado di ridurre l'ansia anticipatoria e, di riflesso, l'impegno dell'apparato cardiocircolatorio. Facilitare il sorriso del paziente, per esempio, può significare già una riduzione di 10-15 mmHg della pressione arteriosa media e di circa 10 battiti al minuto della frequenza cardiaca.

Sull'intervento odontoiatrico dovranno poi concentrarsi le attenzioni del professionista e dei suoi assistenti al fine di renderlo meno stressante e impegnativo. La prestazione odontoiatrica dovrà essere condotta nella maniera più rapida possibile, frequentemente interrotta, laddove possibile, al fine di dare sollievo al paziente e permettendo a quest'ultimo di assumere la posizione più comoda sulla poltrona. In caso di interventi multipli è imperativo che essi siano suddivisi in giornate diverse piuttosto che concentrati in un'unica seduta.

Sul controllo farmacologico dell'ansia esistono oggi numerosi farmaci ad azione centrale in grado d'influenzare la risposta emozionale allo stress.

Nel controllo dell'ansia in soggetti affetti da turbe psichiche, il tipo di trattamento farmacologico da applicare varia secondo il tipo di patologia psichiatrica che sta alla base dell'ansia e, quindi, il tipo di trattamento preventivo deve essere considerato esclusivamente dal medico curante. Viceversa, il controllo del sintomo ansia in soggetti normali o con ansia non patologica può essere efficacemente portato avanti anche dall'odontoiatra mediante sostanze farmacologiche che vanno ad agire a livello del Snc (Sistema nervoso centrale) in maniera aspecifica, riducendo l'iperattivazione nervosa a livello corticale (componente cognitiva), a livello limbico (componente emozionale) e a livello mesencefalico (componente vegetativa). Abbiamo a disposizione due metodiche in grado di raggiungere

re lo scopo d'inibire la risposta emotiva di un soggetto allo stress: la sedazione e l'ansiolisi.

La sedazione ha come obiettivo la depressione generalizzata del Snc con riduzione della vigilanza, torpore e sonnolenza, pur preservando lo stato di coscienza. Dal punto di vista neurobiologico, nella sedazione sono interessate tutte le aree del Snc e soprattutto il sistema reticolare attivante. I farmaci a effetto sedativo-ipnotico (barbiturici, non-barbiturici quali il meprobamato e la glutimide, lo stesso protossido d'azoto) sono gravati da un più alto rischio tossicologico tipicamente rappresentato dalla progressione lineare della curva dose-effetto nella sequenza sedazione-ipnosi-anestesia-coma in relazione alla rapida estensione degli effetti neurodepressivi, dalla formazione reticolare alla corteccia cerebrale fino ai centri respiratori e vasomotori bulbari. Per questo motivo la pratica della sedazione, pur essendo particolarmente indicata nella riduzione della risposta emotiva nei soggetti con ridotto compenso cardiocircolatorio, non è esente da rischi e deve essere applicata da personale esperto e dopo un opportuno training. Occorre comunque considerare, in relazione alla pratica della sedazione cosciente mediante protossido d'azoto, che le macchine attualmente in commercio possiedono dei requisiti di sicurezza tali da poter essere tranquillamente utilizzate da personale inesperto quale l'odontoiatra.

L'ansiolisi, invece, è rivolta esclusivamente al controllo delle reazioni emotive e neurovegetative correlate allo stato di "allarme", senza deprimere la normale vigilanza e capacità collaborativa del soggetto, né determinare torpore o sonnolenza. Dal punto di vista neurobiologico, nell'ansiolisi sono interessate quasi esclusivamente le aree del sistema limbico e la curva dose-risposta ha un ben diverso andamento (non lineare) richiedendo dosi estremamente elevate per indurre anestesia e coma. Risulta chiaro quindi che l'utilizzo di farmaci ansiolitici è la metodica ideale per l'odontoiatra in grado di controllare l'ansia da intervento. I farmaci più utilizzati nella terapia dell'ansiolisi sono le benzodiazepine le quali permettono un

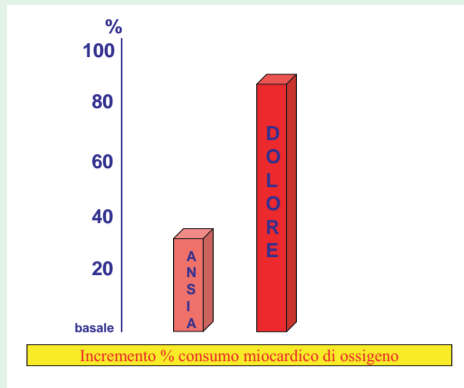


Figura 1

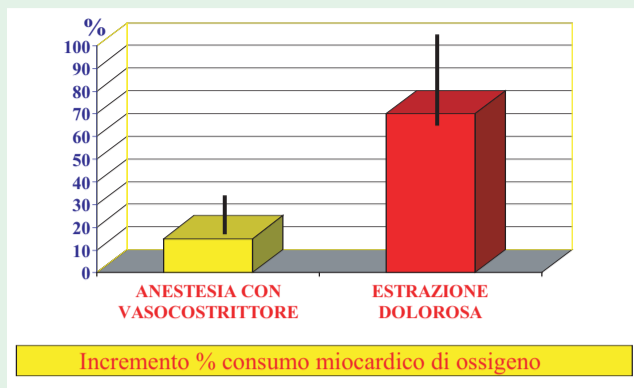


Figura 2

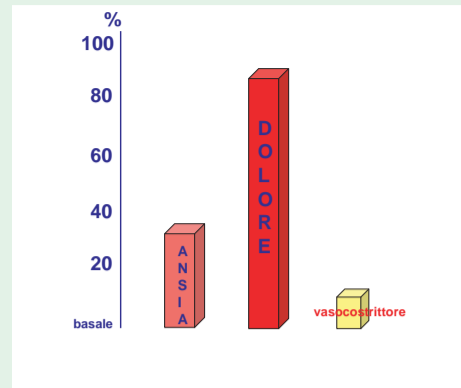


Figura 3

buon controllo dell'ansia con un basso livello di tossicità e d'interferenza con i meccanismi di controllo e di regolazione del respiro e del circolo. Quello che differenzia le diverse molecole in termini di effetti clinici, maneggevolezza, rischio di accumulo e relativa tossicità sono le caratteristiche farmacocinetiche (velocità di assorbimento, presenza di metabolici farmacologicamente attivi, emivita plasmatici) e l'affinità per i recettori specifici, che ne determina la potenza di azione e quindi il dosaggio necessario per ottenere gli effetti desiderati. Per esempio, il Diazepam che di per sé avrebbe una emivita di 2-3 ore presenta in realtà un tempo di dimezzamento delle concentrazioni plasmatiche di circa 50 ore, derivante dall'emivita cumulativa dei suoi metabolici attivi, Demetildiazepam, Temazepam e Oxazepam. Questo spiega la lunga durata d'azione del Diazepam, ma anche la tendenza a causare, per esempio in associazione a bevande contenenti alcol, effetti cumulativi con conseguente eccessiva depressione del SNC.

Nella pratica clinica odontoiatrica, le differenze di maggiore rilievo nella scelta di una benzodiazepina sono legate essenzialmente alla diversa durata dell'effetto farmacologico e si possono distinguere in tre categorie: lunga, media e breve durata. Per quanto riguarda l'uso nei pazienti con cardiopatie in fase di compenso labile sembra

preferibile l'impiego di benzodiazepine ad alta affinità di legame (bassi dosaggi terapeutici e bassa tossicità) emivita intermedia (maggiore maneggevolezza) e scarsa formazione di metaboliti attivi (minor rischio di accumulo, Tabella 1).

Modalità di somministrazione delle benzodiazepine.

Generalmente è preferibile la somministrazione della benzodiazepina per via orale in dose unica, un'ora prima dell'intervento, per esempio:

- Alprazolam (0,25-0,5 mg), se è richiesta una breve durata d'azione con modesti effetti miorilassanti.

Per alcuni interventi ambulatoriali, così come nella pre-medicazione, in pazienti con estrema apprensione, può essere più opportuno iniziare il trattamento ansiolitico il giorno prima dell'intervento in modo da assicurare anche un buon riposo notturno prima dell'intervento, per esempio:

- Alprazolam 0,25-0,5 mg la sera precedente + 0,5 mg un'ora prima dell'intervento.

IL CONTROLLO DEL DOLORE

Il dolore è uno dei più potenti stimoli in grado di provocare abnormi reazioni a carico dell'apparato cardiovascolare. Nella seconda scheda pratica sono stati commentati gli incre-

menti fino al 100% del lavoro del cuore durante un intervento odontoiatrico condotto senza un completo controllo del dolore ed è stata sottolineata l'importanza di un simile stress nello scatenamento di un'emergenza medica in un individuo a rischio.

Non esistono dubbi sul fatto che il controllo assoluto del dolore sia una condizione indispensabile da ottenere in tutti i soggetti, ma particolarmente nei soggetti a rischio di emergenza. L'odontoiatra ha oggi a disposizione numerose sostanze farmacologiche in grado di ottenere un'anestesia completa ed efficace, sostanze che sono esenti da effetti emodinamici rilevanti anche in caso di dosaggi elevati (4-5 tubofiale). Il problema più spinoso per l'odontoiatra che si accinge a eseguire un intervento su un paziente a rischio è tuttavia la necessità di dover associare all'anestetico locale sostanze ad azione vasocostrittrice. Nella seconda scheda pratica abbiamo illustrato le proprietà legate alla farmacodinamica del vasocostrittore e la teorica possibilità di provocare significative alterazioni nell'organismo di alcuni soggetti; è altresì nota la difficoltà a volte nell'ottenere un'anestesia completa e duratura mediante il solo impiego dell'anestetico locale (Figura 2).

Il fattore discriminante nell'impiego, nei soggetti a rischio, del solo anestetico o dell'associazione anestetico-vasocostrittore è rappresentato dal tipo e dalla durata presunta dell'intervento odontoiatrico.

Quando ci si accinge a eseguire un intervento particolarmente doloroso o presumibilmente di lunga durata (>30 minuti), l'associazione anestetico-vasocostrittore è imperativa in tutti i pazienti in classe

funzionale 1, 2, ma anche 3. Tale procedura trova un'assoluta indicazione d'impiego alla comparsa di dolore durante l'esecuzione di un qualsiasi intervento odontoiatrico.

Rimane un punto interrogativo sull'utilizzo del vasocostrittore quando, in occasione di brevi interventi, si reputa che il solo anestetico sia perfettamente in grado di controllare il dolore. In questi casi, poiché la letteratura non ci garantisce in maniera assoluta che anche a bassi dosaggi il vasocostrittore non produca effetti sfavorevoli sul soggetto a rischio in esame, l'uso del vasocostrittore può essere inizialmente evitato in soggetti in classe funzionale 3, cioè soggetti ad alto rischio di scompenso, limitandosi così al solo uso dell'anestetico locale, per poi aggiun-

gere il vasocostrittore in caso di dolore durante lo svolgimento dell'intervento. Un compromesso accettabile, in caso cioè di interventi in cui si presume di ottenere un completo controllo del dolore mediante il solo anestetico, può essere rappresentato dall'uso della articaina associata ad adrenalina 1:200.000, soluzione che combina la potente azione dell'anestetico e le concentrazioni relativamente basse del vasocostrittore (Tabella 2).

Queste considerazioni sono importanti anche alla luce di una possibile azione medico-legale a seguito di un esito sfavorevole. In questi casi, uno degli aspetti che dovranno essere chiariti dal giudice istruttore è la relazione tra l'evento e l'anestesia locale. Sulla base delle considera-

zioni fatte precedentemente, sarà molto difficile per un cardiologo nominato come perito, escludere che l'adrenalina eventualmente iniettata insieme all'anestetico non si sia resa responsabile dell'evento sfavorevole.

D'altra parte però, l'aver eseguito un intervento senza utilizzare una sostanza vasocostrittrice in associazione all'anestetico non solleva lo sfortunato odontoiatra dalle sue responsabilità, nel momento in cui per esempio un assistente all'intervento (collaboratore o accompagnatore) dichiarerà che l'intervento stesso sia stato eseguito in presenza di dolore e magari per un periodo di tempo prolungato. Questa seconda evenienza è ritenuta oggi di gran lunga la più sfavorevole per un odontoiatra che si trovi ad affrontare un giudizio, in quanto la presenza di dolore durante un intervento è un elemento di sicuro rischio, in grado cioè di provocare un'esagerata risposta emodinamica la quale, in un individuo esposto, può generare un'emergenza anche fatale (Figura 3). Nella Tabella 3 sono illustrate le procedure preventive da adottare quando si deve intervenire su un paziente ad alto rischio di emergenza medica. ●

Tabella 3 - Prevenzione delle emergenze

Controllo dell'ansia	Che cosa fare	Che cosa NON fare
	Applicare tutte le strategie farmacologiche e non, anche in collaborazione con il medico curante	Sottovalutare l'importanza dell'ansia anticipatoria
Controllo dello stress	Interventi di breve durata, da eseguirsi eventualmente in più sedute	Concentrare i vari interventi in un'unica seduta
Controllo del dolore	Anestetici locali ed eventualmente vasocostrittori in maniera adeguata al completo controllo del dolore	Fare provare dolore per non aumentare il dosaggio dell'anestetico o associare un vasocostrittore

Indice delle schede pratiche:

- Identificazione del paziente realmente a rischio di emergenza medica (GdO 2009;4:11-14).
- I fattori legati all'intervento odontoiatrico individuati come possibili cause di un'emergenza medica (GdO 2009;7:12-13).
- **La prevenzione delle emergenze mediche in odontoiatria.**
- La terapia delle emergenze mediche in odontoiatria.
- La gestione del paziente che assume farmaci anticoagulanti.
- Il paziente che deve essere sottoposto a profilassi antibiotica.
- Il paziente che riferisce di essere "allergico" all'anestesia locale.
- Il paziente diabetico che deve sottoporsi all'intervento odontoiatrico.
- La paziente in gravidanza che deve sottoporsi all'intervento odontoiatrico.

Tabella 1 - Benzodiazepine

Durata dell'effetto	Principio attivo	Farmaco
Lunga	Diazepam	Valium, Noan, Ansiolin
Intermedia	Alprazolam Lorazepam Bromazepam	Xanax, Valeans, Frontal Tavor expidet, Lorans Lexotan, Compendium
Breve	Tiazolam	Halcion, Songar

Tabella 2

Classe funzionale I e II (Compenso buono)
• Si anestetico
• Si vasocostrittore
Classe funzionale III (Compenso labile)
• Si anestetico
• Vasocostrittore sempre e solo quando l'anestesia è insufficiente o si presuma che sia tale
Classe funzionale IV (Compenso pessimo)
• In ambiente ospedaliero e mai ambulatoriale

La gestione del paziente a rischio nello studio odontoiatrico

Il trattamento delle emergenze cardiologiche in odontoiatria



Professor
Lucio Montebugnoli
Dipartimento di scienze
odontostomatologiche
Università di Bologna

Nelle schede precedenti sono state discusse le procedure da adottare nella gestione odontoiatrica del paziente con anamnesi cardiologica positiva. È stata sottolineata l'importanza dell'individuazione precoce del paziente a reale rischio di emergenza su cui poi applicare le varie procedure (controllo dell'ansia e del dolore) atte a prevenire un'eventuale emergenza durante l'intervento odontoiatrico. Nel presente studio saran-

no affrontate le procedure da adottare nel momento in cui il paziente definito "a rischio" lamenti una sintomatologia sistemica durante l'intervento.

In particolare sarà esaminata la metodologia da seguire per differenziare una "sintomatologia" non legata alla patologia cardiaca sottostante, cioè una situazione clinica legata a un'esagerata risposta aspecifica del sistema cardiovascolare in seguito a stress, da una sintomatologia viceversa legata alla patologia cardia-

ca sottostante, cioè una situazione provocata da un malfunzionamento del cuore in quel preciso momento. Saranno discusse infine alcune situazioni, definite "a rischio", le quali possono o risolversi in pochi minuti oppure esitare in emergenze gravi.

LE EMERGENZE NON LEGATE ALLA PATOLOGIA CARDIACA RIFERITA ALL'ANAMNESI

Tali stati rappresentano la conseguenza di un'esagerata reazione emotiva del paziente nei confronti dell'intervento odontoiatrico al quale una iper-sollecitazione del sistema nervoso vegetativo simpatico e/o vagale.

Le caratteristiche di questo gruppo di disturbi sono:

- aspecificità della sintomatologia: la qualità dei sintomi lamentati è quanto mai varia e aspecifica (dispnea, cardiopalmo, formicolii agli arti, dolori addominali, nausea ecc.);
- variabilità della sintomatologia: i sintomi si attenuano o scompaiono in seguito a interventi atti a distrarre o rassicurare il paziente.

Poi, secondo il sistema nervoso vegetativo maggiormente interessato si possono avere sintomatologie a genesi prevalentemente simpatica (crisi di ansia o attacco di panico) o a genesi prevalentemente vagale (sincope vaso-vagale).

Crisi di ansia: i sintomi a carico dell'apparato cardio-respiratorio (dispnea, senso soggettivo di soffocamento e palpitazioni) sono in genere dominanti, ma sono presenti anche altri sintomi a carattere somatico (vertigini, disturbi visivi, sudorazione profusa, parestesie, sensazioni di caldo e di freddo, tremori muscolari). La diagnosi differenziale con un'emergenza cardiologica organica si basa su drammaticità dei sintomi, relativa aspecificità, grande influenzabilità da parte dell'odontoiatra, breve durata.

La misurazione della pressione arteriosa con il riscontro di elevati valori specialmente della pressione sistolica aiutano a escludere la presenza di un'insufficienza cardiaca in atto. Nessuna terapia è richiesta nella maggior parte dei casi.

La sincope vaso-vagale: ci troviamo di fronte al bana-

le svenimento, preceduto da malessere generale, sbiancamento del volto, sudorazione, fino alla perdita di coscienza. L'obiettività clinica prevede necessariamente: bradicardia, ipotensione e miosi pupillare. Generalmente è sufficiente mettere il paziente nella posizione di Trendelenburg (disteso al suolo in posizione supina con gli arti inferiori sollevati).

LE EMERGENZE LEGATE ALLA PATOLOGIA CARDIACA DICHIARATA ALL'ANAMNESI

Questo gruppo di emergenze sono invece l'espressione in tempo reale di un malfunzionamento del cuore che si esprime nella cosiddetta "insufficienza cardiaca".

L'insufficienza cardiaca è la situazione clinica secondo la quale il cuore non riesce più a far fronte alle sue funzioni di pompa e a mantenere una circolazione adeguata alle esigenze di tutti gli organi e apparati. L'insufficienza cardiaca compare quando, in occasione di uno stress - quale per esempio un intervento odontoiatrico - i meccanismi di compenso non riescono a sopperire alle maggiori richieste funzionali e a mantenere una portata cardiaca adeguata. Dal punto di vista clinico l'insufficienza cardiaca si esprime mediante due diversi tipi di manifestazioni: lo scompenso e la bassa portata.

Le caratteristiche di questo gruppo di emergenze sono:

- specificità della sintomatologia: il sintomo lamentato in quel momento (dispnea o cardiopalmo o dolore anginoso o perdita di coscienza) corrisponde a quello dichiarato in fase di anamnesi;
- scarsa variabilità: le manifestazioni cliniche sono scarsamente influenzabili da fattori emotivi rassicuranti.

LO SCOMPENSO CARDIACO

È il caso in cui l'insufficienza del cuore sinistro determina una stasi di sangue "a monte" del cuore sinistro, cioè a livello dei vasi polmonari. Il conseguente ristagno di sangue nei polmoni produce un eccessivo appesantimento

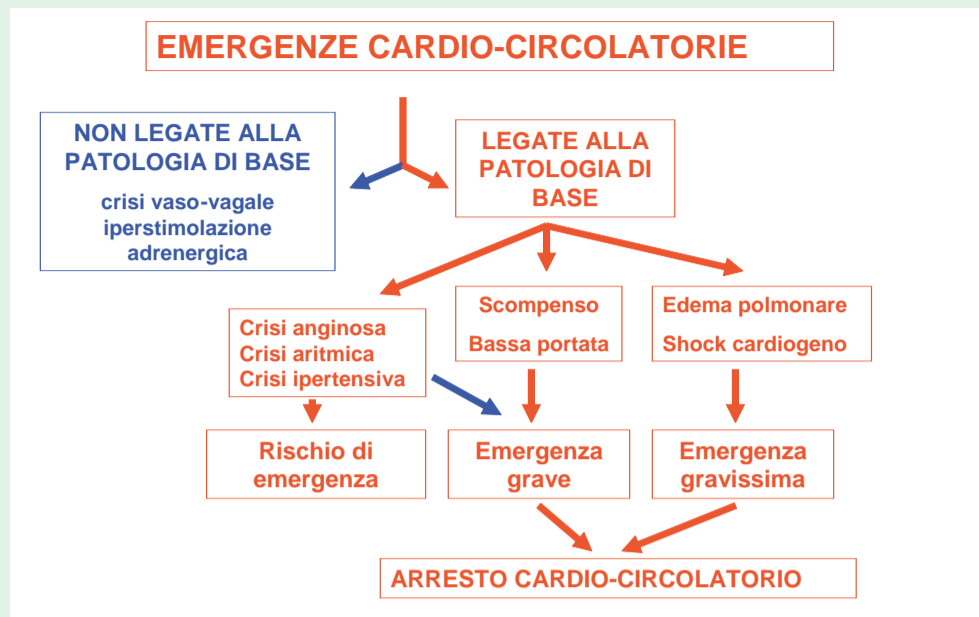


Figura 1

degli stessi che porta al sintomo più eclatante dello scompenso: la dispnea.

Identificazione del paziente a rischio. Essendo la dispnea il sintomo cardine dello scompenso cardiaco, occorre interrogare il paziente sulle normali occupazioni o abitudini di vita in grado di scatenare tale sintomo. Si intendono sforzi esagerati una corsa in piano o una camminata veloce in salita, la salita di tre rampe di scale, un'emozione molto violenta. Si intendono sforzi lievi una camminata in piano, la salita di una rampa di scale, un'emozione lieve.

Il vero paziente a rischio è il soggetto in classe funzionale NYHA 3 e 4 (si vedano le schede pratiche precedenti ndr).

Sintomatologia. Molto spesso è possibile registrare, prima della sintomatologia conclamata, la comparsa di una tosse secca e insistente che è la spia di una pressione vascolare polmonare che sta aumentando e che sta determinando fenomeni di stasi e quindi di irritazione della mucosa bronchiale. È questo il momento ideale per sospendere l'intervento. Con il progredire dell'insufficienza cardiaca, si ha comparsa del sintomo chiave e obbligato per parlare di scompenso: la dispnea. È costante la presenza di sudorazione e cute fredda in seguito alla seconda iperstimolazione del sistema simpatico.

Obiettività clinica. In assenza di aritmie specifiche, è costante la presenza di una tachicardia riflessa, conseguenza della iperstimolazione simpatica. Costante e importante il rilevamento di bassi valori di pressione arteriosa sistolica, espressione del deficit della funzionalità di pompa.

Terapia

- Sospensione dell'intervento;
- utile la somministrazione di una compressa di CARVASIN 5 mg sublinguale per ridurre l'ingorgo ematico polmonare;
- utile la somministrazione di ossigeno mediante mascherina a un flusso di 4-6

litri al minuto;

- ricovero ospedaliero qualora la dispnea non cessi dopo 10-15 minuti o in caso di progressivo calo della pressione arteriosa sistolica.

LA SINDROME DA BASSA PORTATA

È il caso in cui l'insufficienza cardiaca produce una prevalente difficoltà a immettere, in modo appropriato, il sangue nella circolazione sistemica, con la logica conseguenza di una spiccata riduzione della pressione arteriosa sistemica e della circolazione in tutti i tessuti con particolare riferimento al circolo cerebrale. È una situazione clinica grave che può esitare in uno stato di shock cardiogeno difficile da trattare anche in ambiente specialistico.

Identificazione del paziente a rischio. Occorre indagare sulle abitudini di vita del paziente e cercare di quantificarne la tolleranza a uno sforzo o a un'emozione interrogandolo non solo sulla comparsa della dispnea, ma anche sulla facile stancabilità, sulla presenza di episodi di capogiri, di perdita della coscienza o di caduta a terra senza particolari motivi.

Sintomatologia. La riduzione del flusso cerebrale determina dapprima un senso di malessere generale, accompagnato da nausea, capogiro fino alla perdita della coscienza. L'iperstimolazione simpatica riflessa condiziona la comparsa di sudorazione, tremori, cute fredda, a volte contrazioni muscolari.

Obiettività. In assenza di aritmie specifiche si assiste a una spiccata tachicardia di origine compensatoria. Costante e obbligata è la presenza di una riduzione drammatica dei valori di pressione arteriosa sistolica.

Terapia. La diagnosi di bassa portata cardiaca deve essere fatta rapidamente in quanto altrettanto rapidamente possono seguire complicanze estremamente temibili quali lo shock cardiogeno o l'arresto cardio-

circolatorio.

- Ai primi segni di bassa portata il paziente va sdraiato in posizione supina;

- il ricovero ospedaliero va programmato qualora la situazione clinica (sintomatologia e pressione arteriosa sistolica) non migliori dopo 5-10 minuti.

LE SITUAZIONI CARDIOVASCOLARI A RISCHIO DI EMERGENZA

Si tratta di situazioni cliniche sintomatiche le quali possono o risolversi in pochi minuti oppure esitare in emergenze gravi.

Crisi anginosa. È una sindrome clinica che si verifica quando il fabbisogno di ossigeno delle cellule miocardiche sottoposte a stress supera l'apporto di ossigeno attraverso la circolazione coronarica. Nel caso in cui ci si trovi nell'impossibilità di aumentare il flusso coronarico, in

occasione per esempio di una parziale occlusione del lume di una o più coronarie, si viene a creare una situazione di ischemia relativa che perdurerà fino al momento in cui il superlavoro del cuore verrà a cessare. Generalmente è lo stesso paziente che riconosce la sintomatologia dolorosa ancor prima della sua completa comparsa e ci avvisa in tempo utile per sospendere l'intervento. Il dolore insorge prevalentemente dietro lo sterno, è di tipo costrittivo, oppressivo, tensivo e si irradia frequentemente in regione epigastrica, ma anche al collo, alla mandibola o agli arti superiori. Tutto il corollario sintomatologico è di breve durata - massimo 10 minuti - in quanto l'ischemia che ne è responsabile svanirà non appena il superlavoro del cuore cesserà. Alla prima comparsa del dolore occorre provvedere alla sospensione dell'intervento.

Terapia. Indispensabile e rapida deve essere la somministrazione di una compressa di Carvasin 5 mg sublinguale. Il ricovero ospedaliero deve essere predisposto quando il dolore persiste per oltre 15 minuti o in presenza di

segni di insufficienza cardiaca.

Crisi aritmica. Un episodio aritmico si scatena nel momento in cui compare un'ischemia acuta, cioè una discrepanza tra il bisogno e l'apporto di ossigeno. I quadri clinici provocati da un'aritmia sono molteplici. Si va da un senso di cardiopalmo più o meno intenso, all'insufficienza cardiaca conclamata nelle sue due forme, scompenso e bassa portata, fino all'arresto cardiocircolatorio.

Dal punto di vista clinico, la presenza di un polso periferico irregolare in un paziente a rischio è sempre indicativo di un'aritmia in atto, anche se non fornisce alcuna informazione sul tipo di aritmia presente o sull'evoluzione della stessa.

Terapia. La terapia antiaritmica è di assoluta competenza del cardiologo specialista il quale è in grado di valutare, mediante attrezzature sofisticate, il farmaco antiaritmico ideale per quel tipo di aritmia. L'odontoiatra deve sospendere l'intervento e programmare il ricovero ospedaliero in presenza di sintomi di insufficienza cardiaca.

Crisi ipertensiva. Durante un episodio di stress la

pressione arteriosa subisce sempre incrementi più o meno rilevanti secondo la risposta emotiva del soggetto allo stress e ad altri fattori legati all'età, al sesso, ai valori di base ecc. Quindi nessuna preoccupazione anche in caso di rilevamento di valori elevati durante l'intervento. La "crisi ipertensiva" vera, così come definita dalla NYHA, è al contrario una condizione molto rara in cui i valori di pressione diastolica devono superare i 140 mmHg e accompagnarsi necessariamente a segni di insufficienza cardiaca e di sofferenza cerebrale. Tali crisi sono una prerogativa di pochi e selezionati pazienti, generalmente affetti da ipertensioni arteriose secondarie (feocromocitoma) o anche primitive, i quali, in seguito ai più svariati fattori, sviluppano una crisi improvvisa ed estremamente grave tale da mettere in grossa difficoltà l'intero apparato cardiocircolatorio. La terapia della crisi ipertensiva vera è difficile e si avvale di farmaci somministrabili per via endovenosa sotto costante controllo emodinamico e quindi da eseguirsi in una struttura specializzata.

Indice delle schede pratiche:

- Identificazione del paziente realmente a rischio di emergenza medica (GdO 2009;4:11-14).
- I fattori legati all'intervento odontoiatrico individuati come possibili cause di un'emergenza medica (GdO 2009;7:12-13).
- La prevenzione delle emergenze mediche in odontoiatria (GdO 2009;11:11-12).
- **Il trattamento delle emergenze cardiologiche in odontoiatria.**
- La gestione del paziente che assume farmaci anticoagulanti.
- Il paziente che deve essere sottoposto a profilassi antibiotica.
- Il paziente che riferisce di essere "allergico" all'anestesia locale.
- Il paziente diabetico che deve sottoporsi all'intervento odontoiatrico.
- La paziente in gravidanza che deve sottoporsi all'intervento odontoiatrico.