

Εκτίμηση του Ιατρικού Κινδύνου στους Οδοντιατρικούς Ασθενείς

Φλώρα Ζερβού-Βάλβη*

Ιατρικός κίνδυνος, δηλ. κίνδυνος για την ασφάλεια, την υγεία ή ακόμα και την ζωή του ασθενούς μπορεί να προκύψει κατά την τέλεση διαφόρων ιατρικών πράξεων.

Σκοπός του παρόντος είναι η με σύντομο και περιεκτικό τρόπο παρουσίαση του τρόπου εκτίμησης του ιατρικού κινδύνου στους ασθενείς που χρειάζεται να περιθαλφθούν οδοντιατρικά.

Η εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου είναι απαραίτητη για την ασφάλεια του ασθενούς προκειμένου να εκτιμηθεί η συνολική κατάσταση και τα πιθανά προβλήματα που θα προκαλέσει η σχεδιαζόμενη οδοντιατρική παρέμβαση, προκειμένου να καθορίσει ο οδοντίατρος τις ενέργειες στις οποίες πρέπει να προβεί για να εξαφανίσει ή να ελαχιστοποιήσει αυτά τα προβλήματα και προκειμένου να προβεί στη λήψη της απόφασης περί τυχόν απαιτούμενης παραπομπής του ασθενούς προς θεραπεία στο Νοσοκομείο.

Η πορεία προς την εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου αποτελεί μία διαδικασία διαδοχικών βημάτων που περιλαμβάνει τη διερεύνηση του ασθενούς, την εκτίμηση της φυσικής του κατάστασης και την εκτίμηση της οδοντοστοματολογικής του κατάστασης και οδηγεί στην τελική εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου.

Η εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου που προκύπτει από την τέλεση οδοντιατρικών πράξεων σε ασθενείς γίνεται κυρίως με βάση τον συνδυασμό της φυσικής τους κατάστασης κατά ASA με τη βαρύτητα των σχεδιαζόμενων οδοντιατρικών πράξεων. Ο συνδυασμός αυτός καθορίζει εάν ο οδοντίατρος μπορεί να εργασθεί με ασφάλεια, προσοχή ή κίνδυνο για τον ασθενή του.

Με βάση αυτή την τελική εκτίμηση γίνεται επιλογή του τόπου (ιατρείο ή νοσοκομείο), της μεθόδου αναισθησίας (τοπική, καταστολή, γενική αναισθησία), των απαραίτητων τροποποιήσεων στην αντιμετώπιση, καθώς και του είδους και της έκτασης της οδοντιατρικής θεραπείας. Επί μεγάλου κινδύνου, ο ασθενής οπωσδήποτε πρέπει να παραπέμπεται στο Νοσοκομείο διότι εκεί υπάρχει η δυνατότητα της αξιοποίησης διαφόρων εξειδικευμένων υποδομών αλλά και της άμεσης συνεργασίας με ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, έτσι ώστε η παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης να γίνεται με πολύ μεγαλύτερη ασφάλεια.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική - οδοντιατρική ειδικής φροντίδας 15(2): 53-58, 2022

Λέξεις κλειδιά: Εκτίμηση ιατρικού κινδύνου, εκτίμηση κινδύνου οδοντιατρικών πράξεων, Νοσοκομειακή Οδοντιατρική, Οδοντιατρική Ειδικής Φροντίδας.

* Συντονίστρια Διευθύντρια ΕΣΥ

Προέλευση

Οδοντιατρικό Τμήμα - Ειδική Μονάδα ΑΜΕΑ, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ιατρικός κίνδυνος, δηλ. κίνδυνος για την ασφάλεια, την υγεία ή ακόμα και την ζωή του ασθενούς μπορεί να προκύψει κατά την τέλεση διαφόρων ιατρικών πράξεων. Στην Οδοντιατρική, εννοούμε ότι υπάρχει ιατρικός κίνδυνος από την παρέμβαση του οδοντίατρου (κυρίως την χειρουργική) όταν:

Αναδημοσίευση από το Επιστημονικό Περιοδικό “Ασκληπιειακά Χρονικά” 2021, 9(1-2): 54-59

- ο ασθενής δεν είναι ικανός να ανθέξει με σχετική ασφάλεια το στρες που προκαλείται κατά την προτεινόμενη θεραπεία.
- ο ασθενής έχει υψηλότερο κίνδυνο νοσηρότητας και θνητότητας από τον συνήθη κίνδυνο κατά τη διάρκεια της θεραπείας.
- τροποποιήσεις της συνήθους θεραπείας είναι απαραίτητες για να ελαχιστοποιήσουν τον κίνδυνο.
- η διαχείριση του ασθενούς στο οδοντιατρείο δεν είναι ασφαλής.

Σκοπός του παρόντος είναι η με σύντομο και περιεκτικό τρόπο παρουσίαση του τρόπου εκτίμησης του ιατρικού κινδύνου στους ασθενείς που χρειάζεται να περιθάλφουν οδοντιατρικά.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Η εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου είναι απαραίτητη για την ασφάλεια του ασθενούς προκειμένου να εκτιμήσουμε τη συνολική κατάσταση και τα πιθανά προβλήματα που θα προκαλέσει η σχεδιαζόμενη παρέμβασή μας, προκειμένου να καθορίσουμε σε τι ενέργειες πρέπει να προβούμε για να εξαφανίσουμε ή να ελαχιστοποιήσουμε αυτά τα προβλήματα και προκειμένου να προβούμε στη λήψη της απόφασης περί τυχόν απαιτούμενης παραπομπής του ασθενούς προς θεραπεία στο Νοσοκομείο.

Η εκτίμηση αυτή είναι απαραίτητη για όλους τους ασθενείς, ιδιαίτερα δε για τους έχοντες συννοσηρότητες. Σημειωτέον ότι τα άτομα με βεβαρημένη υγεία αποτελούν σημαντικό τμήμα του πληθυσμού. Στην Ελλάδα π.χ. οι υπερτασικοί αποτελούν ποσοστό περί το 20% του πληθυσμού, οι διαβητικοί περί το 12%, οι δε ηλικιωμένοι αποτελούν περί το 20% (με εύλογη μερική αλληλεπικάλυψη μεταξύ των διαφόρων ομάδων). Το ποσοστό μάλιστα των ηλικιωμένων εμφανίζει συνεχή αυξητική τάση, ιδιαίτερα δε εκείνο των υπερηλίκων (άνω των 75 ετών), με την πλειονότητα των ατόμων της τρίτης ηλικίας να εμφανίζει πολλαπλή παθολογία.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΙΝΔΥΝΟ

Ο κίνδυνος από την οδοντιατρική χειρουργική παρέμβαση εξαρτάται από:

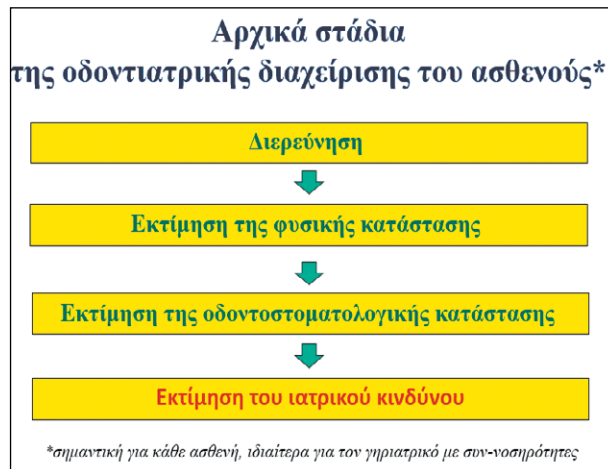
- Την φυσική κατάσταση του ασθενούς
- Την ηλικία του ασθενούς
- Τις συννοσηρότητες και τα λαμβανόμενα φάρμακα
- Την ευπάθεια
- Τον τύπο, την έκταση και τη διάρκεια της επέμβασης
- Τον βαθμό τραύματος και στρες
- Τον βαθμό του επειγόντος της επέμβασης
- Τις δεξιότητες και την εμπειρία των επεμβαίνοντων
- Την αναισθητική τεχνική
- Την ανάγκη τοποθέτησης προθέσεων
- Την ανάγκη ή μη μετάγγισης
- Την υλικοτεχνική υποδομή
- Την εκτιμώμενη μετεγχειρητική φροντίδα

ΑΡΧΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΡΟΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Τα αρχικά στάδια οδοντιατρικής αντιμετώπισης του α-

σθενούς περιλαμβάνουν τη διερεύνηση του ασθενούς, την εκτίμηση της φυσικής του κατάστασης και την εκτίμηση της οδοντοστοματολογικής του κατάστασης, οι οποίες οδηγούν στην τελική εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου (Πίν 1).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1



Διερεύνηση του ασθενούς

Η διερεύνηση του ασθενούς περιλαμβάνει τις ενέργειες που εμφανίζονται στον Πίνακα 2.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Διερεύνηση του ασθενούς
• Μελέτης του ιατρικού, οδοντιατρικού, οικογενειακού και κοινωνικού ιστορικού
• Κλινική εξέταση στόματος και τραχήλου
• Επισκόπηση των εκτεθειμένων περιοχών του σώματος (πρόσωπο, τράχηλο, χέρια)
• Παρατήρηση της εμφάνισης του ασθενούς, της συμπεριφοράς, της ομιλίας και της γλώσσας του σώματος. Διερεύνηση ύπαρξης άγχους, κινήσεων, τρόμου, δύσπνοιας, συριγμού, κόπωσης κ.ά.
• Λήψη πληροφοριών από ζωτικά σημεία (αρτηριακή πίεση, σφυγμός, αναπνοή, θερμοκρασία σώματος) και βασικές εργαστηριακές εξετάσεις αίματος (π.χ. γενική, PT, INR, νάτριο, κάλιο, ουρία, γλυκόζη)
• Λήψη πληροφοριών από ιατρικά σημειώματα και επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό ασθενούς
<i>Η διερεύνηση του υγιούς ασθενούς σκοπεύει στην αποκάλυψη αδιάγνωστων ασθενειών / παραγόντων κινδύνου.</i>

Εκτίμηση της φυσικής κατάστασης

Η εκτίμηση της φυσικής κατάστασης του ασθενούς μπορεί να γίνει με διάφορους τρόπους.

Ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο σύστημα για την εκτίμηση και την ταξινόμηση της φυσικής προεγχειρητικής κατάστασης είναι το American Society of Anesthesiologists (ASA) Physical Status (PS) Classification System. Προτάθηκε το 1941 αρχικά για την εκτίμηση των χειρουργικών ασθενών που πρόκειται να λάβουν γενική αναισθησία αλλά η χρήση του βαθμηδόν επεκτάθηκε και στην εκτίμηση άλλων ασθενών. Από το 1941 και εντεύθεν οι ορισμοί των διαφόρων κατηγοριών του (τάξεων) έχουν αλλάξει πολλές φορές. Προς ελαχιστοποίηση της υποκειμενικότητας της εκτίμησης, το 2014 η ASA έχει προσθέσει έναν κατάλογο παραδειγμάτων.

Στον Πίνακα 3 εμφανίζεται η ταξινόμηση της φυσικής κατάστασης του ασθενούς κατά ASA.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Σύστημα ταξινόμησης φυσικής κατάστασης ASA	
Class I	Υγιής, μη καπνιστής, χωρίς ή με ελάχιστη χρήση αλκοόλ
Class II	Ήπια συστηματική νόσος χωρίς λειτουργικούς περιορισμούς
Class III	Σοβαρή συστηματική νόσος με λειτουργικούς περιορισμούς
Class IV	Σοβαρή συστηματική νόσος που αποτελεί συνεχή απειλή για την ζωή
Class V	Ετοιμοθάνατος ασθενής που δεν αναμένεται να επιβιώσει χωρίς εγχείρηση
Class VI	Δηλωμένος εγκεφαλικός νεκρός ασθενής του οποίου τα όργανα αφαιρούνται για σκοπούς δωρεάς

ASA House of Delegates/Executive Committee (τροποποίηση 2019). Σκοπός η αξιολόγηση και γνωστοποίηση των συν-νοσηροτήτων πριν από την αναισθησία. Σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες, χρήσιμο στην πρόβλεψη περιεγχειρητικών κινδύνων.
* Πηγή: <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system>

Μεγάλη είναι δε η σημασία της λήψης λεπτομερούς ιστορικού από τον οδοντίατρο για την κατηγοριοποίηση της φυσικής κατάστασης κατά ASA.

Πολλοί οδοντίατροι εκφράζουν την άποψη ότι η ταξινόμηση της φυσικής κατάστασης κατά ASA δεν είναι βοηθητική. Ωστόσο η σύγχρονη έρευνα δείχνει ότι όλοι πρέπει να εκπαιδευτούν στην εφαρμογή του για την εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου, ιδιαίτερα σε όσους πρόκειται να υποβληθούν σε οδοντιατρική θεραπεία υπό ενσυνείδητη καταστολή και, ασφαλώς, υπό γενική αναισθησία. Ο μη νοσοκομειακός οδοντίατρος ουσιαστικά καλείται να περιβάλει ασθενείς των τεσσάρων πρώτων τάξεων κατά ASA.

Σημειώτεον ότι ασθενείς με μεγάλη φοβία έχουν ως βάση εκκίνησης την ταξινόμηση στην τάξη ASA II ήδη πριν την αξιολόγηση του ιατρικού ιστορικού. Η ύπαρξη φοβίας μπορεί να κατατάξει τον συγκεκριμένο ασθενή σε μεγαλύτερη τάξη αυτής που θα κατατασσόταν με βάση μόνο το ιατρικό ιστορικό.

Επίσης, στις τάξεις ASA III και ASA IV κατατάσσεται περίπου το ένα τέταρτο των ατόμων 65-74 ετών και πλέον του ενός τρίτου των ατόμων 75 ετών και άνω. Κύριες νόσοι οι καρδιαγγειακές, της υπέρτασης συμπεριλαμβανομένης. Η αρτηριακή πίεση μάλιστα αυξάνεται κατά την οδοντιατρική θεραπεία. Επιπλέον, όταν η ηλικία του ασθενούς είναι άνω των 70 ετών, τότε αυτός αυτόματα κατατάσσεται στην αμέσως επόμενη τάξη εκείνης που θα κατατασσόταν με βάση μόνο τη βαρύτητα της νόσου.

Παραδείγματα ταξινόμησης της φυσικής κατάστασης κατά ASA:

ASA I: Μη καπνιστής, μη χρήση αλκοόλ ή ελάχιστη χρήση, με μείζονα όργανα ή συστήματα καλής υγείας, με ελάχιστη ή καθόλου φοβία.

ASA II: Καπνιστής, κοινωνικός χρήστης αλκοόλ, εγκυμοσύνη, παχυσαρκία (30 < BMI < 40), σταθερή στηθάγχη με αραιά επεισόδια, καλά ρυθμισμένος σακχαρώδης διαβήτης, επιληψία, άσθμα, νόσοι θυρεοειδούς, καλά ρυθμισμένη υπέρταση, ήπια πνευμονοπάθεια.

ASA III: Ιστορικό τοποθέτησης stents >3 μηνών, εμφυτευμένος βηματοδότης >3 μηνών, έμφραγμα μυοκαρδίου >3 μηνών, μέτρια μείωση του κλάσματος εξώθησης, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο >3 μηνών, σταθερή στη-

θάγχη με συχνά επεισόδια, κατάχρηση ή εξάρτηση από το αλκοόλ, νοσηρή παχυσαρκία (BMI ≥40), αρρυθμιστος σακχαρώδης διαβήτης, αρρυθμιστη υπέρταση, ήπια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, ενεργός ηπατίτιδα, τελικό στάδιο νεφρικής νόσου (υποβαλλόμενος σε αιμοκάθαρση).

ASA IV: Ιστορικό τοποθέτησης stents <3 μηνών, εμφυτευμένος βηματοδότης <3 μηνών, έμφραγμα μυοκαρδίου <3 μηνών, μεγάλη μείωση του κλάσματος εξώθησης, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο <3 μηνών, ασταθής στηθάγχη, σοβαρή δυσλειτουργία βαλβίδας, σοβαρή μείωση του κλάσματος εξώθησης, οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια, σοβαρή αποφρακτική πνευμονοπάθεια, σήψη, διάχυτη ενδαγγειακή πήξη, τελικό στάδιο νεφρικής νόσου (μη υποβαλλόμενος σε αιμοκάθαρση).

ASA V: Ρήξη κοιλιακού/θωρακικού ανευρύσματος, εκτεταμένο τραύμα, μαζική ενδοκρανιακή αιμορραγία, ισχαιμικό έντερο με σημαντικό καρδιολογικό πρόβλημα ή πολυοργανική δυσλειτουργία.

Παρατηρούμε ότι ανάλογα με τη δραστηριότητα του υπάρχοντος νοσήματος, ο ασθενής μπορεί να ταξινομηθεί σε μία ή σε άλλη τάξη. Παραδείγματα εμφανίζονται στον Πίνακα 4.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Κατάταξη κατά ASA		
συνήθων νόσων ανάλογα με τη δραστηριότητά τους	ASA II	ASA III
ΧΑΠ	Βήχας ή «λαχάνιασμα», καλά ελεγχόμενη	Δύσπνοια μετά από μικρή προσπάθεια
Στηθάγχη	Περιστασιακή χρήση νιτροδών	Τακτική χρήση νιτροδών
Υπέρταση	Καλά ελεγχόμενη με ένα σκεύασμα	Μη καλά ελεγχόμενη λήψη πολλών σκευασμάτων
Σακχαρώδης διαβήτης	Καλά ελεγχόμενος και χωρίς επιπλοκές	Μη καλά ελεγχόμενος χωρίς επιπλοκές ή ελεγχόμενος που έχει προκαλέσει επιπλοκές
Άσθμα	Καλά ελεγχόμενο με εισπνεόμενα	Μη καλά ελεγχόμενο Περιοριστικό των συνήθων δραστηριοτήτων

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Φυσική κατάσταση	Κίνδυνος
ASA I	Καθόλου/Ελάχιστος
Συνήθως δεν χρειάζεται ιατρική γνωμοδότηση πριν από την οδοντιατρική θεραπεία, ούτε μείωση του άγχους	
ASA II	Μικρός
Συνήθως δεν χρειάζεται ιατρική γνωμοδότηση πριν από την οδοντιατρική θεραπεία, ούτε μείωση του άγχους	
ASA III	Μέτριος
Ανάγκη ιατρικής γνωμοδότησης πριν από οποιαδήποτε οδοντιατρική θεραπεία, μεγάλη προσοχή κατά τη διάρκειά της, μείωση του άγχους, τροποποιήσεις θεραπείας	
ASA IV	Σοβαρός
Αναβολή της οδοντιατρικής θεραπείας έως ότου η φυσική κατάσταση γίνει ASA III, παροχή μόνο επείγουσας θεραπείας, ανάγκη προηγούμενης ιατρικής γνωμοδότησης, παροχή επιλεκτικής ιατρικής φροντίδας μόνο σε νοσοκομειακό περιβάλλον	
ASA V	Πολύ σοβαρός
Ισχυρή αντένδειξη της οδοντιατρικής θεραπείας, παροχή μόνο επείγουσας ανακουφιστικής φροντίδας και μόνο σε νοσοκομειακό περιβάλλον	

Στον Πίνακα 5 εμφανίζεται ο ιατρικός κίνδυνος με βάση την φυσική κατάσταση καθώς και γενικές οδηγίες διαχείρισης των ασθενών των διαφόρων τάξεων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

Νοσοκομείο ή Οδοντιατρείο;		
Φυσική κατάσταση	Κίνδυνος	Τόπος αντιμετώπισης
ASA II	Μικρός	Οδοντιατρείο
ASA III	Μέτριος	Οδοντιατρείο υπό όρους ή Νοσοκομείο
ASA IV	Σοβαρός	Νοσοκομείο

Στον Πίνακα 6 εμφανίζεται ο συνιστώμενος τόπος περίθαλψης του ασθενούς (ενδο- ή εξωνοσοκομειακά), ανάλογα με την τάξη της φυσικής του κατάστασης. Εκτίμηση της οδοντοστοματολογικής κατάστασης Γίνεται προσεκτική κλινική και ακτινολογική εξέταση. Τα χαρακτηριστικά του οδοντοστοματολογικού προβλήμα-



Εικόνα 1: Βαρύτητα



Εικόνα 2: Έκταση



Εικόνα 3: Επείγον

τος που εκτιμώνται ιδιαίτερως είναι η βαρύτητα, η έκταση και το επείγον (εικ. 1, 2, 3).

Μετά την προσεκτική εξέταση, προσδιορίζονται οι απαιτούμενες οδοντιατρικές πράξεις και εκτιμάται ο κίνδυνος που αντιστοιχεί στις συγκεκριμένες αυτές πράξεις (Oral Risk Assessment ORA), σύμφωνα με τα εμφανιζόμενα στον Πίνακα 7.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7

Εκτίμηση κινδύνου οδοντιατρικών πράξεων Oral Risk Assessment - ORA	
Οδοντιατρική πράξη	Κίνδυνος
1. Εξέταση, οδηγίες στομ. υγιεινής, λήψη αποτυπωμάτων, χωρίς τοπική αναισθησία	Πολύ μικρός - ORA I
2. Απλές πράξεις ρουτίνας π.χ. έμφραξη, χρήση τοπικής αναισθησίας	Μικρός - ORA II
3. Περίπλοκες πράξεις π.χ. εξαγωγές, χρήση καταστολής	Μέτριος - ORA III
4. Σύνθετες πράξεις και χειρουργική, ύπαρξη λοιμώξεων, χρήση καταστολής	Σοβαρός - ORA IV
5. Σοβαρές λοιμώξεις, τραύμα, χειρ. θεραπείες, χρήση καταστολής ή γενικής αναισθησίας	Πολύ σοβαρός - ORA V

Τελική εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου

Η τελική εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου γίνεται κυρίως με βάση τον συνδυασμό της φυσικής κατάστασης κατά ASA με τη βαρύτητα των σχεδιαζόμενων οδοντιατρικών πράξεων. Αυτός ο συνδυασμός καθορίζει την περιοχή εντός της οποίας ο οδοντίατρος μπορεί να εργασθεί με ασφάλεια, προσοχή ή κίνδυνο για τον ασθενή του (Πίν. 8).

ΠΙΝΑΚΑΣ 8



Με βάση αυτή την τελική εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου γίνεται επιλογή: του τόπου (ιατρείο ή νοσοκομείο), της μεθόδου αναισθησίας (τοπική, καταστολή, γενική αναισθησία), των απαραίτητων τροποποιήσεων στην αντιμετώπιση, καθώς και του είδους και της έκτασης της οδοντιατρικής θεραπείας. Τονίζεται ότι επί μεγάλου κινδύνου - και μόνο τότε - ο ασθενής οπωσδήποτε πρέπει να παραπέμπεται στο Νοσοκομείο (Πίν. 9) διότι εκεί υπάρχει η δυνατότητα της αξιοποίησης διαφόρων εξειδικευμένων υποδομών αλλά και της άμεσης συνεργασίας με ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, έτσι ώστε η παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης να γίνεται με πολύ μεγαλύτερη ασφάλεια.

Τονίζεται, επίσης, μόνο επί τέτοιων πολύ βεβαρημένων περιπτώσεων πρέπει να γίνεται παραπομπή (εγγράφως μάλιστα και ενυπογράφως) διότι οι άσκοπες παραπομπές δυσχεραίνουν το σύστημα της δευτεροβάθμιας πε-

ΠΙΝΑΚΑΣ 9



ρίθαλψης, δυσχεραίνουν εξαιρετικά την εξυπηρέτηση των ασθενών που δεν μπορούν να περιθαλφθούν εξωνοσοκομειακά και μειώνουν τον αριθμό των ασθενών που περιθάλπονται στην πρωτοβάθμια.

Σημειώτέον ότι μείζον κλινικό αντικείμενο της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής αποτελεί η περιθαλψη του ασθενούς με βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό. Στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ, σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση Α3β/3984/26-3-1990 που καθόρισε το πλαίσιο της Δευτεροβάθμιας / Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής Περιθαλψης στο ΕΣΥ, παρέχεται, με τοπική ή γενική αναισθησία, κάθε είδους οδοντιατρική θεραπευτική πράξη, συντηρητική ή χειρουργική (εκτός της ορθοδοντικής και των προσθετικών αποκαταστάσεων, οι οποίες μπορούν να παρασχεθούν σε ψυχιατρικούς ασθενείς στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία).

Η Νοσοκομειακή Οδοντιατρική αποτελεί μέρος της Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας και αντικείμενό της αποτελεί η παροχή ειδικής φροντίδας στους πιο βεβαρημένους ειδικούς ασθενείς, οι οποίοι δεν μπορούν και δεν πρέπει να περιθαλφθούν εξωνοσοκομειακά. Η Οδοντιατρική Ειδικής Φροντίδας και ο κλάδος της η Νοσοκομειακή Οδοντιατρική διατρέχουν οριζόντια και χρησιμοποι-

ούν προς όφελος των ειδικών ασθενών γνώσεις από πολλά αντικείμενα της Ιατρικής και Οδοντιατρικής Επιστήμης (Πίν. 10).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου που προκύπτει από την τέλεση οδοντιατρικών πράξεων σε ασθενείς γίνεται με βάση τον συνδυασμό της φυσικής τους κατάστασης κατά ASA με τη βαρύτητα της οδοντιατρικής πράξης. Ο συνδυασμός αυτός καθορίζει εάν ο οδοντίατρος μπορεί να εργασθεί με ασφάλεια, προσοχή ή κίνδυνο για τον ασθενή του.

Με βάση αυτή την τελική εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου γίνεται επιλογή του τόπου (ιατρείο ή νοσοκομείο), της μεθόδου αναισθησίας (τοπική, καταστολή, γενική αναισθησία), των απαραίτητων τροποποιήσεων στην αντιμετώπιση, καθώς και του είδους και της έκτασης της οδοντιατρικής θεραπείας. Επί μεγάλου κινδύνου, ο ασθενής οπωσδήποτε πρέπει να παραπέμπεται στο Νοσοκομείο διότι εκεί υπάρχει η δυνατότητα της αξιοποίησης διαφόρων εξειδικευμένων υποδομών αλλά και της άμεσης συνεργασίας με ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, έτσι ώστε η παροχή οδοντιατρικής περιθαλψης να γίνεται με πολύ μεγαλύτερη ασφάλεια.

SUMMARY

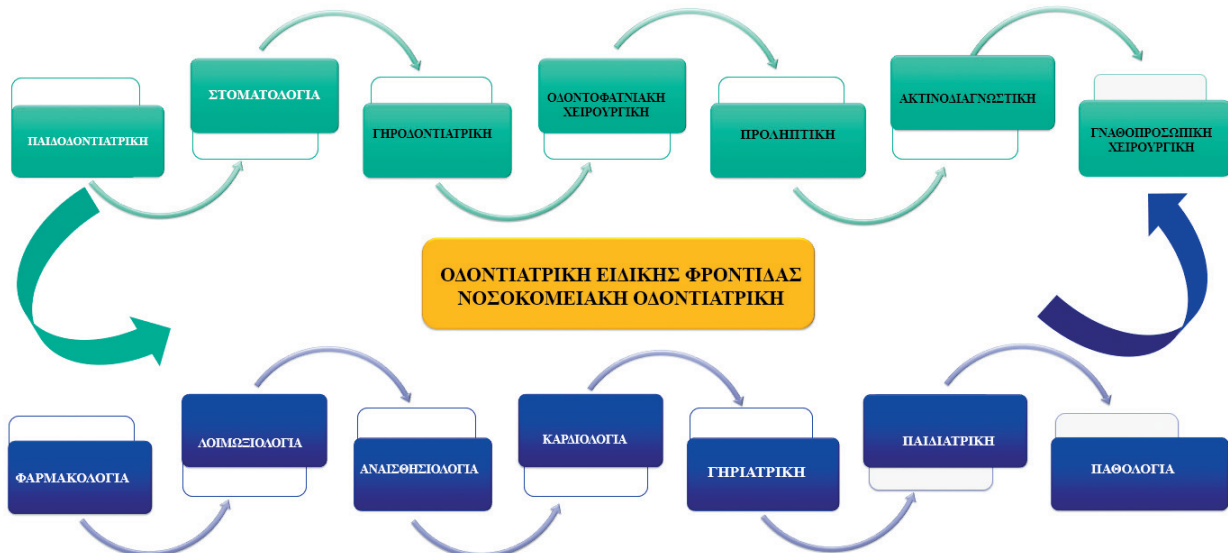
Medical risk assessment in dental patients

Flora Zervou-Valvi

hellenic hospital dentistry - special care dentistry 15(2): 53-58, 2022

The aim of medical risk assessment in dental practice is to assess the overall situation of the patient (physical status and required dental procedures) and to evaluate hazards,

ΠΙΝΑΚΑΣ 10



afterwards to determine what advice or actions should be taken by the dentist in order to remove these hazards or to minimize the level of the risk and to decide whether referral to Hospital is necessary.

The aim of this study is to present the way of medical risk assessment in dental patients in order to create a safer workplace for the protection of human health.

This assessment is a step-by-step procedure including investigation of the patient, assessment of physical status (ASA-PS), assessment of oral status and oral risk (ORA), which lead to the final assessment of medical risk.

This final assessment results mainly from the combination of ASA-PS and ORA indicates that the dental intervention will be done with safety, caution or danger. If the dental intervention is going to be done within the danger area, then the patient should be referred to a Hospital Dental Department.

Hospital Dentistry, ensuring the cooperation of doctors of various specialties and the use of specialized infrastructure, offers a safe and effective management to the patients with serious medical risk who should be referred to the Hospital.

Key words: Medical risk assessment; oral risk assessment; Hospital Dentistry; Special Care Dentistry

Ευχαριστίες:

Η συγγραφέας εκφράζει τις θερμές ευχαριστίες της στη συνεργάτιδά της κ. Αγγελική Γιαννοπούλου, Επιμελήτρια Α του Οδοντιατρικού Τμήματος Ειδικής Μονάδας ΑΜΕΑ του ΓΝ «Ασκληπιείο Βούλας» για την πολύτιμη βοήθειά της στη διάρθρωση πινάκων και σχημάτων.

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. The American Society of Anesthesiologists classification (ASA classification). Available at <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system>
2. Bricker SL, Langlais RP, Miller CS. Oral diagnosis, oral medicine, and treatment planning. Lea and Febiger, 1994.
3. Clough S, Shehabi Z, Morgan C. Medical risk assessment in dentistry use of the American society of anesthesiologists physical status classification. Br Dent J 2016; 220: 103-108.
4. Δημητριάδης Δ, Κωνσταντινίδης Ρ, Ζερβού-Βάλβη Φ. Η Νοσοκομειακή Οδοντιατρική στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας: καταγραφές και προβληματισμοί. Ελλ Νοσ Οδοντ 2009; 2: 9-14.
5. Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής: Ειδικά Θέματα της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής. Ειδική έκδοση. Αθήνα, 2006.
6. Zambito R, Black H, Tesch L (eds). Hospital Dentistry. St Louis: Mosby, 1997.
7. Ζερβού-Βάλβη Φ. Ο επιβαρυνμένος ηλικιωμένος ασθενής στο Νοσοκομείο. Στο: Κοσιώνη ΑΕ. (Εκδ). Γηροδοντιατρική. 1η έκδοση. Αθήνα, 2018. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.gerodontology.gr/gerodontology.php> (1/4/2022)
8. Κοσιώνη Α. Η διαχείριση του ηλικιωμένου οδοντιατρικού ασθενή: Μία πρόκληση για τις πολιτικές δημόσιας υγείας. Ελλ Νοσ Οδοντ 2008; 1:87-92.
9. Little JW, Falace DA, Miller CS, Rhodus NL. Dental Management of the Medically Compromised Patients. 7th ed. St Louis. Mosby. 2015.
10. Malamed SF: Knowing your patients. JADA 2010; 141:35-75.
11. Malamed SF: Medical Emergencies in the Dental Office. 7th ed. St Louis. Mosby. 2015.
12. Mupparapu M, Singer S: The American Society of Anesthesiologists (ASA) physical status classification system and its utilization for dental patient evaluation. Quintessence International 2018; 49(4):255-256.
13. Scully C. Scullys Medical Problems in Dentistry. 7th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier Ltd, 2014.
14. Υπουργείο Υγείας, Ομάδα Εργασίας για την Αναδιάρθρωση και Λειτουργία των Δημόσιων οδοντιατρικών Υπηρεσιών (Συντονιστής Δ. Δημητριάδης), Σεπτέμβριος 2016. Εισήγηση Προτάσεων για την Αναδιάρθρωση και Λειτουργία των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών. Ελλ Νοσ Οδοντ 2016; 9: 9-38.
15. Υπουργική Απόφαση με θέμα «Παροχή Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Οδοντιατρικής Περίθαλψης από τα Οδοντιατρικά και Γναθοχειρουργικά Τμήματα των Νοσοκομείων». Αρ. Πρωτ. Α3β/3984, ΦΕΚ: 239/Β/06.04.1990.
16. Τσούνιας Β, Ζερβού-Βάλβη Φ. Νοσοκομειακή Οδοντιατρική και τρίτη ηλικία. Ελλ Στομ Χρον 2004; 28: 265-73.
17. Φραγκάκης Μ. Εκτίμηση της φυσικής κατάστασης και σχεδιασμός της οδοντιατρικής θεραπείας. Στο: Στοιχεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής. Εγχειρίδιο για φοιτητές στα πλαίσια του μαθήματος της Γηροδοντιατρικής (Συντονιστής: Η. Καρκαζής, Υπεύθυνη Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής: Φ. Ζερβού-Βάλβη), Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, 2014, 12-18.

Διεύθυνση για επικοινωνία:
Φλώρα Ζερβού-Βάλβη
e-mail:
florzervouvalvi@hotmail.com