

***TEMA 3: Protocolos de tratamiento
en pacientes con alteraciones de la
hemostasia***

***adquiridas: El paciente
antiagregado y anticoagulado en
los procedimientos quirúrgicos.
Las coagulopatías genéticas.***

Prof. Guillermo Machuca Portillo



***Manejo odontológico de
pacientes
anticoagulados y
antiagregados***

INHIBIDORES DEL SISTEMA HEMOSTÁTICO

***ANTICOAGULANTES:**

- Potenciadores de antitrombina: heparina
- Inhibidores V-K (II, VII, IX, X): acenocumarol (Sintrom), warfarina (Aldocumar). Medidos por el INR
- Nuevos anticoagulantes orales:
 - Inhibidores directos de la trombina: dabigatran
 - Anti Factor Xa: rivaroxaban, apixaban

*** INDUCTORES DE LA LISIS DEL COÁGULO:**

- Fibrinolisis: Estreptocinasa, urocinasa, prourocinasa

*** ANTIAGREGANTES:**

- Inhibidores de la síntesis de Tx
 - Aspirina
 - Triflusal
- Inhibidores síntesis ADP
 - Tienopiridinas: Ticlopidina
- Incrementadores de concentración de AMPc
 - Dipyridamol
- Antagonistas de receptores de membrana
 - Abciximab (agioplastias coronarias)

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE PACIENTES CON COAGULOPATÍAS ADQUIRIDAS (SEOENE/Ilustre Consejo de Dentistas de España)

Con estos pacientes se recomienda extremar las medidas locales de control de la hemorragia de la siguiente forma

- Previamente eliminar la irritación y la inflamación de los tejidos orales ya que éstos tienen mayor tendencia al sangrado (consejos de higiene oral, tartrectomía, enjuagues con clorhexidina en días previos, cobertura antibiótica previa, etc.).
 - Realizar las exodoncias de forma poco cruenta y cuidadosa, intentando eliminar la menor cantidad de tejido óseo.
-
- Legrar el alveolo para eliminar en tejido de granulación.
 - Irrigar el alveolo con fármacos antifibrinolíticos como por ejemplo el ácido tranexámico.
 - Empleo de esponjas hemostáticas.
 - Suturar las heridas preferentemente con suturas reabsorbibles. En el caso de suturas no reabsorbibles se recomienda retirarlas en 4-7 días
 - Comprimir la herida con gasas impregnadas en ácido tranexámico.
 - Controlar el sangrado de la herida por parte del profesional. El paciente debe permanecer en la clínica tras la exodoncia, al menos 45-60 minutos.
 - Recomendar enjuagues con ácido tranexámico entre 2 y 7 días después.
 - Controlar del paciente en días posteriores y darle indicaciones de cuidados post-exodoncia por escrito.
 - Se recomienda que las exodoncias en este tipo de pacientes se realicen en horario matutino y a principio de semana.

**PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE PACIENTES CON COAGULOPATÍAS ADQUIRIDAS
(SEOENE/Ilustre Consejo de Dentistas de España)**

Riesgo de sangrado improbable	Bajo riesgo de sangrado	Alto riesgo de sangrado
Anestesia local infiltrativa, intraligamentosa o troncular	Exodoncias simples (1-3 piezas)	Exodoncias complejas o de más de 3 dientes
Examen periodontal básico	Incisiones y drenaje de abscesos	Colgajos
Tartrectomía supragingival	Sondaje periodontal	Cirugía periodontal
Impresiones	Instrumentación mecánica de restos radiculares	Cirugía preprotésica
Endodoncia manual	Restauraciones subgingivales	Alargamiento coronario
Revisiones de ortodoncia		implantes
		Biopsias

Tabla 11: Procedimientos dentales según el riesgo de sangrado.



***Pacientes
anticoagulados con
antagonistas de la V-K***

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

**Actuación clínica recomendada en pacientes con anticoagulantes orales clásicos
(cumarínicos)**

- En el caso de exodoncias simples de una o como máximo dos-tres dientes (a ser posible contiguos o adyacentes), no se suprime el fármaco anticoagulante.
- Debemos controlar la acción anticoagulante del fármaco mediante el INR, cuyo valor debe realizarse como máximo 72 horas previas a la exodoncia, aunque mejor si se hace 24 horas antes.
- El valor del INR óptimo para hacer las exodoncias se ha establecido en diferentes estudios entre 2 y 4, aunque es admitido ampliamente que el valor óptimo está en 2,5 ya que con este valor se minimiza el riesgo de sangrado y de trombosis al mismo tiempo.
- En el caso de que se prevea una exodoncia quirúrgica o muy traumática o bien en pacientes pluripatológicos nos se puede plantear la posibilidad de utilizar la terapia puente con heparina de bajo peso molecular (HBPM), 2-3 días antes del procedimiento, según estipule el protocolo del servicio de hematología de referencia. También se señala esta posibilidad en pacientes con riesgo de trombosis elevado.

INTERNATIONAL NORMALIZED RATIO (INR)

Meehan y cols., 1997

- **Sistema estandarizado por la OMS para valorar la vía extrínseca, medida tradicionalmente con el PT (normal 13-15 seg.) Ó PTR normal 1)**
- **Rango para evitar trombosis, IAM: 2-3**
- **Rango para evitar alt. Por valvulopat.: 2.5-3.5**
- **Rango para trabajar en Odontología: 1.5-2.5 (siempre menos de 3, con hemostasia local)**

PROCEDIMIENTO	RIN (Ratio Internacional Normalizado) ¹ INR (International Normalized Ratio)				
	Valor necesario para intervenciones quirúrgicas electivas: ≤ 2				
	Inferior al rango terapéutico de anticoagulación		Dentro del rango terapéutico anticoagulante		
	> 1,5	1,5-2	2-2,5	2,5-3	>3
Examen	Procedimiento seguro	Procedimiento Seguro	Procedimiento Seguro	Procedimiento Seguro	Procedimiento seguro
Radiografías					
Toma de impresiones					
Profilaxis supragingival	Procedimiento Seguro	Procedimiento Seguro	Procedimiento Seguro	Procedimiento Seguro	Procedimiento seguro
Obturaciones					
Reconstrucciones complejas					
Conductoterapias					
Tallados coronarios					
Exodoncias simples	Procedimiento Seguro	Procedimiento Seguro	Procedimiento seguro	Usar medidas locales	Usar medidas locales
Curetajes gingivales					
Gingivoplastias					
Exodoncias múltiples simples de un cuadrantes	Procedimiento Seguro	Procedimiento seguro	Usar medidas locales	Usar medidas locales	Usar medidas locales
Exodoncia diente incluido	Procedimiento probablemente seguro	Procedimiento probablemente seguro	Procedimiento probablemente seguro	Procedimiento inseguro: enviar a hematólogo	Procedimiento inseguro: enviar a hematólogo
Gingivectomía					
Cirugía periodontal					
Apicectomía					
Colocación de implante					
Cirugía de colgajos amplios	Procedimiento probablemente seguro	Procedimiento probablemente seguro	Procedimiento inseguro: enviar a hematólogo	Procedimiento inseguro: enviar a hematólogo	Procedimiento inseguro: enviar a hematólogo
Extracción múltiple de dientes incluidos					
Colocación de múltiples fijaciones					
Edentulación completa de una arcada	Procedimiento probablemente seguro	Usar medidas locales	Procedimiento inseguro: enviar a hematólogo	Procedimiento inseguro: enviar a hematólogo	Procedimiento inseguro: enviar a hematólogo
Edentulación completa simultánea de ambas arcadas					
REDUCCIÓN DE FRACTURAS ABIERTAS	PROCEDIMIENTO HOSPITALARIO	PROCEDIMIENTO HOSPITALARIO	PROCEDIMIENTO HOSPITALARIO	PROCEDIMIENTO HOSPITALARIO	PROCEDIMIENTO HOSPITALARIO
CIRUGÍA ORTOGNÁTICA	PROCEDIMIENTO HOSPITALARIO	PROCEDIMIENTO HOSPITALARIO	PROCEDIMIENTO HOSPITALARIO	PROCEDIMIENTO HOSPITALARIO	PROCEDIMIENTO HOSPITALARIO

2 DÍAS ANTES DE LA EXTRACCIÓN:

Suspender el anticoagulante, inyectar una ampolla (20 mg/0.2ml) de Clexane vía subcutánea.

1 DÍA ANTES DE LA EXTRACCIÓN:

20 mg de Clexane subcutáneo.

DÍA DE LA INTERVENCIÓN:

20 mg de Clexane subcutáneo y por la tarde iniciar el anticoagulante a las dosis recomendadas por su médico.

LOS 3 DÍAS SIGUIENTES:

Anticoagulante a dosis habituales y 1 ampolla diaria de Clexane.

4 DÍAS DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN:

Suspender la heparina y continuar normalmente con el anticoagulante.

Tabla 16. Pauta de sustitución de anticoagulantes previa a extracciones dentarias

DIFERENCIAS ANTICOAGULANTES CLÁSICOS Y NACOS		
PARÁMETROS.	Warfarina y Acenocumarol.	NACOs.
Cambios dosificación	Frecuentes	Dosis fija
Monitorización	Continua (INR)	No se requiere
Onset	Lento	Rápido
Vida media	Larga	Corta
Margen terapéutico	Estrecho	Amplio
Efectos secundarios	Muchos	Pocos
Interacciones farmacológicas	Muchas	Escasas
Interacciones alimentarias	Algunas	No significativas

Tabla 10. Diferencias Anticoagulantes clásicos y NACOs

PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS DE LOS NACOS						
	Función	Nombre	Dosis	Vida	Pico	Antídoto
		Comercial		Media	Max	
DABIGATRAN	Inhibidor directo Trombina	Pradaxa®	110 ó 150 mg 2 veces/día	12-17 horas	2-3 horas	Idarucuzimab
RIVAROXABÁN	Inhibidor directo factor Xa	Xarelto®	20 mg/día	7-13 horas	2-4 horas	Andexanet alfa
APIXABÁN	Inhibidor directo factor Xa	Eliquis®	2.5-5 mg 2 veces/día	8-13 horas	3-4 horas	Andexanet alfa
EDOXABÁN	Inhibidor directo factor Xa	Lixiana®	30-60mg/día	10-14 horas	1,5 horas	

Tabla 11. Propiedades farmacológicas de los NACOs

Las indicaciones actuales de los NACOs, según la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios son:

- Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o rodilla.
- Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular, con uno o más factores de riesgo.
- Tratamiento de la trombosis venosa profunda y de la embolia pulmonar (excepto el dabigatran).

CONTRAINDICACIONES DE LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES

En general las contraindicaciones de los NACOs¹ son:

- Pacientes con prótesis valvulares cardíacas (en los que es mejor el uso de AVK).
- Pacientes con FA que además tengan un stent (se tratan con acenocumarol y además doble antiagregación con ácido acetil salicílico-Adiro[®] y clopidogrel-Plavix[®]).
- Pacientes con Insuficiencia Renal grave (con aclaramiento de creatinina <15 ml/min).
- Pacientes con enfermedad hepática grave (asociado a coagulopatías).
- Embarazo y lactancia.
- Pacientes con enfermedades que cursan con riesgo de sangrado (úlceras gastrointestinales, aneurismas, neoplasias, etc.).

Tabla 3. estratificación del riesgo de sangrado (ESCALA HAS-BLED)

FACTOR DE RIESGO	DESCRIPCIÓN	PUNTOS
H (hipertensión)	Hipertensión no controlada (presión arterial sistólica = 160 mm HG)	1
A (alteración de la función renal y hepática)	Insuficiencia renal o insuficiencia hepática	1 por patología (1 ó 2)
S (ataque)	Historia previa de ictus	1
B (sangrado)	Historia de sangrado, anemia o predisposición al sangrado	1
L (INR lábil)	INR inestable/alto o pobre (menos del 60% del tiempo dentro de rango terapéutico)	1
E (anciano)	Edad ≥65 años.	1
D (drogas y/o alcohol)	Medicamentos que afecten la hemostasia (ej.: AAS, copidogrel) y/o ingesta de = 8 bebidas alcohólicas a la semana	1 por cada uno (1 ó 2)
Puntuación máxima		9

0: Bajo riesgo. 1-2: Riesgo Medio 3: Riesgo alto

Una puntuación mayor o igual a 3 indica alto riesgo de sangrado, por lo que el paciente deberá tener vigilancia estrecha con cualquier tratamiento antiagregante o anticoagulante.

Tabla 2. estratificación del riesgo de ictus (ESCALA CHA₂DS₂-VAS_C)

CHA ₂ DS ₂ -VAS _C	CRITERIOS	PUNTOS
C (insuficiencia cardíaca congestiva)	ICC	1
H (hipertensión)	Hipertensión	1
A ₂ (edad)	Edad >75	2
D (diabetes)	Diabetes mellitus	1
S ₂ (ataque)	Antecedentes de embolia o AIT	2
V (enfermedad vascular)	Enfermedad vascular (IAM o periférica)	6
A (edad)	Edad 65 - 74 años	1
SC (sexo)	Sexo femenino	1
Puntuación máxima		9

0: Riesgo bajo. No se trata o se trata con antiagregantes.

1: Riesgo medio. Se trata con anticoagulantes orales.

Mayor o igual a 2: Riesgo alto. Se trata con anticoagulantes orales.

Tabla 5. PROTOCOLO DE actuación en cirugía oral en función DEL RIESGO DE TROMBOEMBOLISMO (CHA₂DS₂-VAS_C) Y DE sangrado (HAS-BLED)

Riesgo hemorrágico (HAS-BLED)

	ALTO (=3)		MEDIO (1-2)		BAJO (0)	
	Cirugía compleja	Cirugía simple	Cirugía compleja	Cirugía simple	Cirugía compleja	Cirugía simple
ALTO (=2)	Posponer la cirugía	Posponer la cirugía	Realizar la cirugía en el momento más tardío tras la última toma	Mantener el NACO	Mantener el NACO	Mantener el NACO
MEDIO (1)	Suspender 1 dosis del NACO	Suspender 1 dosis del NACO	Suspender 1 dosis del NACO	Aplazar la dosis diaria o realizar la cirugía en el momento más tardío tras la última toma	Aplazar la dosis diaria o realizar la cirugía en el momento más tardío tras la última toma	Mantener el NACO
BAJO (1)	Suspender 24 - 48 h.	Suspender 24 - 48 h.	Suspender 24 - 48 h.	Suspender 1 dosis del NACO	Suspender 1 dosis del NACO	Mantener el NACO

Riesgo trombótico (CHA₂-DS₂-VAS_C)

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE PACIENTES CON COAGULOPATÍAS ADQUIRIDAS (SEOENE/Ilustre Consejo de Dentistas de España)

NOACs	Dosis habitual	Dosis matutina	Dosis post-tratamiento
Dabigatrán* o Apixabán	2 al día	Suprimir dosis matutina	Tomar la dosis en horario habitual noche
Rivaroxabán o Edoxabán	1 al día por la mañana	Retrasar dosis matutina	Tomar 4 horas tras hemostasia comprobada
	1 al día por la noche	No aplicable	Tomar la dosis en horario habitual noche o 4 horas tras hemostasia comprobada

*Debido a su eliminación mayoritariamente renal, la pauta puede cambiar en caso de que el paciente tenga insuficiencia renal debiendo suprimir su administración entre 1-4 días antes del tratamiento bucodental.

Tabla 12: Sugerencia del régimen de NOACs para un día de tratamiento.

FÁRMACO ANTICOAGULANTE	FÁRMACOS QUE AUMENTAN SU EFECTO	FÁRMACOS QUE DISMINUYEN SU EFECTO
Antagonistas de la vitamina K (AVK)	Agentes antiarrítmicos (ej. amiodarona), estatinas, fibratos, alopurinol, hormonas tiroideas, andrógenos, disulfiram, tamoxifeno, capecitabina, antibióticos (amoxicilina, cefalosporinas 2ª y 3ª generación, fluoroquinolonas, tetraciclinas, cotrimoxazol, metronidazol, eritromicina y claritromicina) y antifúngicos azólicos (ej. fluconazol, miconazol), antiinflamatorios no esteroideos (AINES).	Rifampicina, fenobarbital, carbamazepina, inhibidores de la proteasa, anticonceptivos orales, colestiramina, alimentos ricos en vitamina K e inmunomoduladores (ej. azatioprina)
Dabigatrán (Pradaxa®)	Amiodarona, verapamilo, quinidina, ketoconazol, claritromicina, AINES	Rifampicina, hierba de San Juan, carbamazepina, fenitoína
Rivaroxabán (Xarelto®)	Antimicóticos azólicos (ej. ketoconazol) e inhibidores de la proteasa del VIH (ej. ritonavir), dronedarona, claritromicina, AINES	Rifampicina, hierba de San Juan, carbamazepina, fenitoína, fenobarbital
Apixabán (Eliquis®)	Antimicóticos azólicos e inhibidores de la proteasa	Fenitoína, fenobarbital y carbamazepina, rifampicina, hierba de San Juan
Edoxabán (Lixiana®)	Ketoconazol, ciclosporina, dronedarona, eritromicina	Rifampicina, hierba de San Juan, carbamazepina, fenitoína, fenobarbital

Tabla 12. Interacciones NACOs y AVK.



***Pacientes
antiagregados***

MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE ANTIAGREGADO

- Inhiben la agregación plaquetaria en la lesión (aspirina)
- Efecto irreversible sobre plaquetas: $t_{1/2}$ 7 días
- ¡En general no se deben retirar!
- El tiempo de hemorragia ha de ser menor a 10-20 minutos
- Retiren si la dosis es de 300 mg/día (suele ser 100-150 mg/día)
- Hagan hemostasia local con ácido tranexámico en gasa compresiva
- Pueden usar desmopresina en spray nasal
- En caso extremo pasen a pauta de heparina

FÁRMACO ANTIAGREGANTE	FÁRMACOS QUE AUMENTAN SU EFECTO	FÁRMACOS QUE DISMINUYEN SU EFECTO
Ácido acetil-salicílico (Adiro®)	AINEs, fármacos calcioantagonistas no dihidropiridínicos (ej. verapamilo, diltiazem)	Corticoides
Clopidogrel (Plavix®, Iscover®)	AINEs	Antidepresivos-inhibidores selectivos de la reabsorción de la serotonina: (fluoxetina, fluvoxamina). Bloqueadores de los canales del calcio: (amlodipino, nifedipino), omeprazol, fluconazol, ticlopidina, ciprofloxacino, carbamazepina, cloranfenicol
Ticagrelor (Brilique®)	Antifúngicos (ej. ketoconazol, itraconazol) y antivirales (ej. ritonavir, saquinavir), ciclosporina	Rifampicina

Tabla 8. Interacciones fármacos antiagregantes.



***Manejo odontológico de
pacientes con
coagulopatías
hereditarias***

NOMBRE	FACTOR	SEVERIDAD DE LA HEMORRAGIA Y NIVELES DE FACTOR
Hemofilia A	Niveles de Factor VIII reducido	Severo:<1UI/dl Moderado: 1-5 UI/dl Leve: >5-<40 UI/dl
Hemofilia B	Niveles de Factor IX reducido	Severo:<1UI/dl Moderado: 1-5 UI/dl Leve: >5-<40 UI/dl
Enfermedad de Von Willebrand Tipo1 Tipo2 Tipo 3	FVW: Reducción de niveles de Ag FVW disfuncional Ausencia de FVW	Variable (de leve a moderado) Variable (moderado) Severo: FVW: Ag indetectable Factor VIII<10UI/dl

Tabla 7.- Trastornos de la coagulación hereditarios más comunes

● Tipos:

● Hemofilias (ligadas al cromosoma X):

- A: Déficit del Factor VIII
- B: Déficit del Factor IX
- Otras

● Enfermedad de von Willebrand:

- Déficit del Factor de VW ("proagregante plaquetario")

● Otras

● Gravedad según el nivel de ausencia del factor:

- Leve: Más del 50%
- Moderada: 50-5%
- Grave: menos del 1%

● "No sangran más, sino durante más tiempo"

Manejo odontológico del paciente con trastornos congénitos de la coagulación (I)

- Consulta previa al hematólogo.
- Control previo de la hemorragia.
- En caso de duda, realizar las intervenciones en un hospital.
- Realizarlas por la mañana para controlar mejor los problemas durante el día.
- Eviten la anestesia troncular siempre que sea posible.
- En el bloqueo del nervio alveolar inferior o infiltración lingual se requerirá cobertura hemostática, debido al riesgo de hemorragia muscular, con probable compromiso de las vías aéreas debido a un hematoma en la región retromolar o pterigoide.
- Gran utilidad de la anestesia intraligamentosa, intrapapilar o interósea.
- El paciente debe estar unos días en permanente observación para diagnosticar lo antes posible la hemorragia.

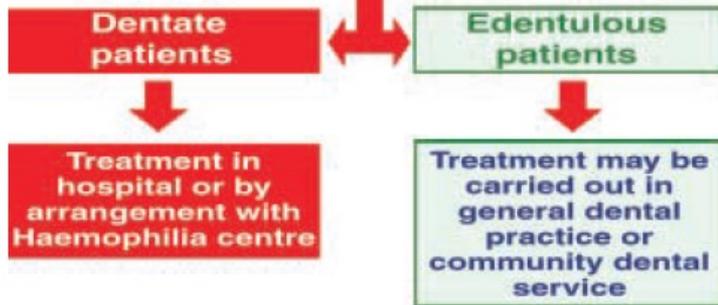
Manejo odontológico del paciente con trastornos congénitos de la coagulación (II)

- Eviten los alimentos duros durante el postoperatorio.
- Instauren un programa preventivo oral.
- Mejor una endodoncia que una exodoncia, con cuidado de no sobrepasar el ápice.
- La prótesis parcial removible puede tolerarse sin decúbitos y con una buena higiene.
- Ortodoncia, tener cuidado con traumas pro-roce.
- Periodoncia, realizar tratamiento causal y en la cirugía reducir el número de visitas y hacerlas en el hospital.
- En odontología restauradora utilizar diques finos y clamps no agresivos.
- En extracciones suturar lo mejor posible, utilizar apósitos locales de celulosa oxidada y morder una gasa impregnada en antifibrinolíticos durante 30-45 min.
- En caso de infección, previa a la cirugía realizar tratamiento antibiótico



HEMOFILIA

Patients with severe and moderate disease



Patients with mild and carrier status

Patients are managed on a shared care basis with the hospital service

Prevention and hygiene therapy

Restorative dentistry

Extractions and surgery

Dentures and treatment without local anaesthesia

Buccal infiltration
Intrapapillary injection
Intraligamentary injection

Inferior dental block
lingual infiltration

General dental practice or community dental service

Treatment in hospital or by arrangement with Haemophilia centre

Protocol for Oral Implant Rehabilitation in a Hemophilic HIV-Positive Patient With Type C Hepatitis

Lizett Castellanos-Cosano, DDS,* Ramiro-José Núñez-Vázquez, MD, PhD,† Juan-José Segura-Egea, MD, DDS, PhD,‡ Daniel Torres-Lagares, DDS, PhD,‡ José-Ramón Corcuera-Flores, DDS, PhD,* and Guillermo Machuca-Portillo, MD, DDS, PhD§

*Associate Professor, Department of Stomatology, School of Dentistry, University of Seville, Seville, Spain.

†Chairman, Hemophilia Unit, Hematology Service, Virgen del Rocío University Hospital, Seville, Spain.

‡Professor, Department of Stomatology, School of Dentistry, University of Seville, Seville, Spain.

§Professor and Chairman, Special Care Dentistry, Department of Stomatology, School of Dentistry, University of Seville, Seville, Spain.

Reprint requests and correspondence to: Guillermo Machuca-Portillo, MD, DDS, PhD, Professor and Chairman of Special Care Dentistry, School of Dentistry, University of Sevilla, C/Avicena s/n, 41009 Sevilla, Spain, Phone: +34 954 481128, Fax: +34 954 481128, E-mail: gmachuca@us.es

ISSN 1056-6163/14/02305-622

Implant Dentistry

Volume 23 • Number 5

Copyright © 2014 by Lippincott Williams & Wilkins

DOI: 10.1097/ID.0000000000000145

Case report: A 46-year-old man with severe hemophilia A, stage A2 HIV infection and chronic hepatitis C genotype 1A, for whom the treatment plan included implant-supported prostheses in 2 mandibular edentulous sections. The protocol followed included factor VIII replacement concentrate and oral antifibrinolytic therapy. The right mandibular section was fitted with 3 Straumann implants (Ø 4.1 mm, length 10 mm), and the left mandibular section received 2 implants of the same characteristics. The patient showed no postoperative complications. After

implant placement, the patient attended scheduled review appointments. After a 3-month period of osseointegration, the prosthesis was fitted.

Conclusions: Although, in this case, the treatment proved successful 2 years postrehabilitation and the protocol used seems safe and effective, long-term prospective studies are needed to evaluate the implant success rate in these patients. (Implant Dent 2014;23:622–625)

Key Words: hemophilia A, dental implant, HIV infection, hepatitis C infection

Drug therapy	Treatment regimen
Tranexamic acid 1 g (orally)	1 tablet every 6 hours, from the night before the procedure during 5-7 days.
Factor VIII 3000 UI (IV)	15 minutes previous the procedure.
Factor VIII 2000 UI (IV)	12 hours after surgery.
Factor VIII 3000 UI (IV)	24 hours after surgery.
Paracetamol 500 mg Metamizole 575 mg (orally)	Alternate every 4 hours.
Amoxicilin clavulanic acid 875/125 mg (orally)	1 tablet every 8 hours during 7 days.