

PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS SISTÊMICAS NO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Major systemic intercurrents in the dental office: A literature review

Alice Fonseca Goulart de Almeida¹, Paulo Cesar Reis Junqueira²

¹ Acadêmica do 5º ano do curso de Odontologia do UNIFESO; ² Mestre em psicopedagogia; professor do curso de odontologia do UNIFESO;

Resumo

O atendimento odontológico não está restrito a repercussões apenas na cavidade oral. Devido ao aumento gradativo do número de indivíduos acometidos sistemicamente, as chances de ocorrerem eventos emergenciais durante a prática odontológica crescem a cada dia. As intercorrências sistêmicas em odontologia são acontecimentos raros, mas podem ser suficientemente graves para colocar em risco a vida do paciente. Inúmeros fatores podem contribuir ou desencadear uma intercorrência sistêmica durante o atendimento odontológico e dentre estas podem ser destacadas os acidentes e complicações das anestésias locais, pacientes cardiopatas e/ou hipertensos, por exemplo. Entre as intercorrências sistêmicas mais comuns estão: síncope, crise hipoglicêmica, reações alérgicas, lipotimia, crise convulsiva, parada cardiorrespiratória, entre outras. Sabe-se que a ansiedade do paciente nos momentos que antecedem um atendimento odontológico pode interferir significativamente, influenciando nos trabalhos a serem executados. Desta forma, uma anamnese bem detalhada é de extrema importância para que o profissional possa se precaver diante dessas situações de risco. Acredita-se que, ainda hoje, exista uma grande insegurança por parte dos Cirurgiões-Dentistas no enfrentamento das situações emergenciais e que isto seja consequência de um inadequado preparo durante a graduação e da falta de capacitação durante o exercício da profissão. O objetivo deste trabalho foi, através de uma revisão de literatura, avaliar e discutir as intercorrências sistêmicas mais comuns e condutas terapêuticas em consultório odontológico, ressaltando a importância do preparo do Cirurgião-Dentista diante destas situações.

Palavras-chave: emergências; odontologia; síncope.

Abstract

Dental care is not restricted to repercussions only in the oral cavity. Due to the gradual increase in the number of individuals systemically affected, the chances of emergency events occurring during dental practice increase every day. Systemic complications in dentistry are rare events, but they may be serious enough to endanger the patient's life. Numerous factors can contribute to or trigger a systemic intercurrent during dental care and among these, accidents and complications of local anesthesia, cardiac and / or hypertensive patients can be highlighted. Among the most common systemic intercurrents are: syncope, hypoglycemic crisis, allergic reactions, lipothymia, seizures, cardiorespiratory arrest, among others. It is known that the patient's anxiety in the moments that precede a dental care can interfere significantly, influencing the work to be performed. Thus, a detailed history is extremely important so that the professional can guard against these situations of risk. It is believed that even today there is great insecurity on the part of dentists in facing emergency situations and that this is a consequence of inadequate preparation during graduation and lack of training during the exercise of the profession. The objective of this study was to review and discuss the most common systemic complications and therapeutic procedures in a dental practice, highlighting the importance of preparing the dentist in these situations.

Keywords: emergencies; dentistry; syncope.

INTRODUÇÃO

Na odontologia, emergências médicas podem ter relação com patologias de base, bem como com o nível de ansiedade experimentado pelo paciente diante do atendimento. Sendo as principais causas dessas emergências o estresse e o medo (ARMONIA et al. 2001).

A conscientização de que a saúde bucal está relacionada a saúde geral do paciente tem feito com que pessoas que antes não visitavam o dentista, agora o façam. O profissional da Odontologia tem, em seu local de trabalho, uma maior possibilidade de se defrontar com intercorrências médicas, que não estão necessariamente vinculadas ao tratamento odontológico, porém, mais comumente, às alterações sistêmicas pré-existentes de cada paciente (CAPUTO et al. 2010).

Situações de emergência médica podem ocorrer no cotidiano profissional de qualquer Cirurgião-Dentista, mesmo que não sejam realizados procedimentos invasivos. O profissional e sua equipe (Auxiliar em saúde bucal, Técnico em saúde bucal e secretária) precisam estar preparados para tentar prevenir ou agir em situações emergenciais, com o intuito de garantir a saúde de seus pacientes (PIMENTEL et al. 2014).

O aumento da expectativa de vida traz ao consultório odontológico indivíduos diabéticos, hipertensos, cardiopatas, asmáticos ou portadores de distúrbios renais e hepáticas, obrigando o profissional a adotar certas precauções antes de iniciar o tratamento clínico propriamente dito. As emergências podem ocorrer em qualquer paciente, antes, durante ou após qualquer procedimento dentário, devendo, sempre, o Cirurgião-Dentista estar preparado para identificá-las (ANDRADE; RANALLI, 2002; ARSATI et al. 2010).

Para Merly (2010), é importante lembrar ainda que o tratamento odontológico tem se tornado mais acessível para boa parte da população. Além disso, procedimentos mais invasivos e extensos são cada vez mais rotineiros. Estas intervenções, associadas a maior manipulação de pacientes com complicações clínicas sistêmicas fazem com que as intercorrências sejam mais prováveis.

Um ponto chave para o tratamento das emergências médicas é a prevenção. A anamnese representa um importante recurso, pois permite ao Cirurgião-Dentista colher do próprio paciente informações que possam esclarecer suas condições atuais e pregressas de saúde. A adoção de medidas preventivas simples aumenta a segurança clínica no atendimento, diminuindo de forma significativa a incidência de situações de emergência. (PAIVA; ESPÍNDOLA e KLUNG, 2009).

Já que no atendimento odontológico ambulatorial é relativamente freqüente a existência de episódios de emergência, o Cirurgião-Dentista deve ter o conhecimento necessário e também os equipamentos básicos para a realização do pronto atendimento (NETO; SILVA e NICOLAU, 2006).

As emergências médicas se caracterizam por sua forma de aparição súbita, que comprometem a vida do paciente, requerem uma atenção imediata e uma assistência especializada. Portanto, compete ao Cirurgião-Dentista os primeiros cuidados ao paciente até que este receba o tratamento médico necessário (PAIVA; ESPÍNDOLA e KLUNG, 2009).

Segundo Giorgi et al. (2010), a ansiedade do paciente nos momentos que antecedem um atendimento odontológico, pode interferir de maneira significativa, influenciando assim nos trabalhos a serem executados. O paciente com sinais de ansiedade pode ser identificado pela sua conduta e resposta a avaliação ou pelo reconhecimento de alguns sinais físicos, como: dilatação das pupilas, palidez, transpiração excessiva, hiperventilação, tremores, tonturas, boca seca, fraqueza, dificuldade respiratória, aumento da pressão arterial e frequência cardíaca (RANELI; RAMACCIATO e MOTTA, 2006).

Para Pereira, Ramos e Crosato (1995), a expectativa ao tratamento odontológico desencadeia em muitos pacientes sintomas que dificultam, ou até impossibilitam o tratamento. Esses sintomas são decorrentes da ansiedade em relação ao tratamento, que por sua vez, gera medo. Nesses casos, inicialmente, são indicadas técnicas de condicionamento e abordagem psicológica. Quando estas medidas já não são suficientes ou quando temos a necessidade de uma maior rapidez em face da urgência do tratamento, é recomendada a terapêutica medicamentosa, utilizando-se medicamentos ansiolíticos, principalmente os benzodiazepínicos e/ou sedação com óxido nitroso, para contornar o quadro e, realizar assim o tratamento necessário.

O dentista contemporâneo deve estar preparado para gerenciar de forma rápida e eficaz os poucos problemas que surgem. Além da terapia medicamentosa específica, em alguns casos, a preparação da equipe auxiliar inclui a habilitação ao suporte básico de vida e a disponibilidade de medicamentos de emergência. A gestão eficaz da dor (anestesia local) e da ansiedade (gestão comportamental) minimiza o desenvolvimento de emergências médicas (MALAMED, 2003).

Para Crivello (2014), todo consultório odontológico deve ter uma série de equipamentos e drogas que são essenciais para o manejo das emergências médicas que possam eventualmente

acontecer. Dentre esses equipamentos e drogas estão: estetoscópio e esfigmomanômetro, ambu (respirador manual), cânula de Guedel, cilindro de oxigênio, seringa de insulina, bisturi, oxímetro, anti-histamínicos, captopril 12,5 mg, adrenalina, hidroclorotiazida 25 mg, drammin B6, soro fisiológico, AAS infantil, Isordil, sachê de glicose 50% em casos de hipoglicemia.

O objetivo deste trabalho foi através de uma revisão de literatura, avaliar e discutir as intercorrências sistêmicas mais comuns e as condutas terapêuticas dos Cirurgiões-Dentistas em consultório odontológico.

REVISÃO DE LITERATURA

As situações de caráter emergencial na clínica odontológica podem ser classificadas por meio de diferentes critérios. Um deles propõe simplesmente dividi-las em duas classes: complicações associadas a uma desordem no estado geral de saúde do paciente; e complicações independentes de doenças pré-existentes. Outra forma de classificá-las toma por base seu principal sinal ou sintoma, tal como a alteração ou perda da consciência, dificuldade respiratória ou dor no peito, o que pode facilitar o diagnóstico diferencial. Por sua vez, certas ocorrências apresentam características peculiares, com uma variedade de sinais e sintomas em função de sua gravidade. É o caso de reações alérgicas, crise hipertensiva arterial e reações à superdosagem das soluções anestésicas locais (MALAMED, 2007).

Tanto no período pré quanto transoperatórios de tratamentos odontológicos, com considerável frequência, ocorre forte mudança psicossomática no paciente provocada por um estado de dor, apreensão ou medo e que pode promover alteração de diversas funções vitais que se manifestam através de hipertensão, hipoglicemia, arritmias cardíacas, síncope e até mesmo uma parada cardiorrespiratória (XIMENES, 2005).

A reação vasovagal, a crise hipertensiva e a hipoglicemia são as alterações que mais ocorrem durante o atendimento odontológico. Angina do peito, além do infarto agudo do miocárdio, que pode evoluir para uma parada cardíaca, apesar de mais raros, também podem ocorrer. A reação de toxicidade aos anestésicos locais geralmente provocadas por injeção intravascular ou dose excessiva é outro problema que deve chamar a atenção (MERLY, 2010).

As reações adversas aos medicamentos dependem do fármaco, da dose administrada, da farmacocinética, da farmacodinâmica e da predisposição individual. As alterações são

bastante variáveis, incluindo desde eritema na pele até reação de anafilaxia. O Cirurgião-Dentista deve conhecer o mecanismo de ação das drogas mais utilizadas no consultório odontológico, como anestésicos locais, antibióticos, analgésicos e antiinflamatórios não esteroidais (AINES), assim poderá entender as possíveis reações alérgicas medicamentosas (GAUJAC et al. 2009).

Veiga et al. (2012) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a prevalência de emergências médicas na prática clínica dentária e a capacidade e experiência do Cirurgião-Dentista na sua resolução. Foi efetuado um questionário anônimo telefônico a 240 clínicas e hospitais da cidade do Porto em um período de 6 meses. De acordo com os dados obtidos, as emergências médicas mais frequentes foram: síncope, hipoglicemia, asma, crise hipertensiva, crise convulsiva e reação anafilática. A maioria dos Cirurgiões-Dentistas demonstrou competência para tratar síncope, mas 90% sentiam-se incapazes de abordar uma parada cardiorrespiratória. Os resultados permitem concluir que é necessário investir na formação pré e pós-graduada dos Cirurgiões-Dentistas para melhorar a abordagem em situações de emergência.

1. Intercorrências sistêmicas mais comuns

1.1 Lipotímia

A lipotímia é também chamada de pré-síncope ou vulgarmente de “piripaque” e representa de 60% a 70% dos episódios de emergência no consultório odontológico (ARSATI et al. 2010).

A lipotímia é a sensação de desmaio, sem que este, efetivamente ocorra. Constitui-se o primeiro grau de síncope e são acompanhados de palidez, suores frios, vertigens e zumbidos nos ouvidos. É considerada a perda incompleta da consciência, acompanhada da abolição das funções motrizes e/ou motoras (COSTA, 2017).

Segundo Cruz et al. (2017), a lipotímia pode ser ocasionada pela sensação iminente de desmaio, sem perda da consciência. Durante sua assistência, o Cirurgião-Dentista deve cessar imediatamente o tratamento, removendo todos os objetos da boca, avaliando o grau de consciência e o pulso arterial do paciente. O mesmo deve ser colocado em local arejado, decúbito dorsal e com a cabeça lateralizada. É necessário elevar os membros inferiores (posição de Trendelenburg) para que o sangue circule em maior quantidade no cérebro.

Para sua prevenção o Cirurgião-Dentista deve avaliar e classificar o grau de ansiedade do paciente. Caso seja constatado o quadro de ansiedade aguda, procurar condicioná-lo ao

tratamento por métodos não farmacológicos. Não obtendo sucesso, considerar um protocolo de sedação mínima por meio do uso de um benzodiazepínico via oral ou pela inalação da mistura de óxido nitroso e oxigênio (apenas se for habilitado para empregar a técnica). Caso o paciente apresente essa intercorrência, recomenda-se que o procedimento seja interrompido imediatamente e que todo material seja removido da boca. Deve-se avaliar o grau de consciência, tanto por meio de estímulo físico, quanto verbal e manter o paciente deitado de costas com os pés levemente elevados em um ângulo de 10 a 15 graus (posição de Trendelenburg). Afrouxar suas roupas e liberar passagem de ar inclinando a cabeça para trás. O profissional deve então monitorar a respiração e o pulso carotídeo enquanto conversa com o paciente para mantê-lo alerta. Aguardar para que haja melhora, e, assim, dispensá-lo na companhia de um responsável. Se a melhora não ocorrer após 3 minutos, solicitar o serviço de emergência (RANALI, 2011).

1.2 Síncope

De acordo com Rezende et al. (2009) a síncope trata-se da perda temporária e momentânea da consciência, devido a uma diminuição da oxigenação cerebral, consequência da redução do fluxo sanguíneo para o cérebro. O quadro é causado por uma resposta autonômica exagerada ou anormal a vários estímulos emocionais, como ansiedade excessiva, ou não emocionais, como fome, exaustão, calor e outros.

A síncope pode ser desencadeada pelo estímulo visual de instrumentais odontológicos como: agulhas e limas endodônticas, bem como pela visualização de sangue em procedimentos invasivos, principalmente quando se trata de pacientes ansiosos e inseguros. O desmaio ocorre em decorrência de uma descarga de adrenalina endógena, redirecionando o fluxo sanguíneo para os músculos, deixando o sistema nervoso central sem oxigenação sanguínea. Essa redução da oxigenação leva à hipóxia cerebral, com perda de consciência. Assim, o paciente não responde a estímulos sensoriais ou emocionais. O tratamento da síncope consiste em imediatamente interromper o tratamento odontológico. Retira-se todo o material da boca do paciente, elevam-se os membros inferiores em relação ao tórax e a cabeça (posição de Trendelenburg), para que o sangue volte a circular. Deve-se também afrouxar as roupas do mesmo, e, se necessário, a administração de oxigênio pela máscara. Caso não haja resultado, estimula-se com amônia e realiza-se a extensão do pescoço, para prevenir a obstrução das vias aéreas.

Assim que o paciente retomar a consciência, remarca-se a consulta (SÁ DEL FIOL; FERNANDES, 2004).

Essa é uma intercorrência causada pelo inadequado suprimento sanguíneo do cérebro. No consultório dentário, ocorre mais frequentemente a síncope vasovagal, que acontece devido a um ataque vasovagal e geralmente é caracterizada por bradicardia profunda e presença de pulso fraco no diagnóstico diferencial. O paciente pode se queixar de sensação de calor generalizado, náuseas e palpitações (PAIVA; ESPÍNDOLA e KLUNG, 2009).

1.3 Crise Hipoglicêmica

Segundo Carlini, Gloria e Medeiros (2003), a crise hipoglicêmica tem início rápido e se caracteriza por agitação, tremores, palidez, sudorese, taquicardia, palpitações, fome, cefaleia, dormência ou formigamento da língua, visão borrada ou visão dupla e confusão mental. Se o paciente referir estes sintomas deve-se suspender o procedimento e oferecer-lhe carboidratos de rápida absorção.

Os sinais e sintomas da hipoglicemia se desenvolvem rápida e progressivamente, porém caracteriza-se inicialmente por náuseas, sensação de fome e alteração no humor e espontaneidade. Em seguida ocorre sudorese, taquicardia, aumento da ansiedade, não cooperação e agressividade. Posteriormente, em fase mais tardia, são comuns convulsões, perda de consciência, diminuição da pressão arterial e temperatura corporal (MONNAZZI et al. 2001).

Em relação ao tratamento da crise hipoglicêmica de um paciente que esteja consciente, recomenda-se administrar alimento do tipo carboidrato de absorção rápida, de preferência líquido na dose de 10 a 20 mg. Repetindo este procedimento de 10 a 15 minutos, se necessário. Caso o paciente esteja inconsciente, não se deve forçar a ingestão oral. Recomenda-se a administração de 30-50 ml de glicose a 10% por via endovenosa (NETO et al. 2012).

1.4 Reações alérgicas ou de hipersensibilidade

A reação alérgica pode ser definida como um estado de hipersensibilidade do organismo, adquirida pela exposição primária a um determinado tipo de alérgeno (antígeno), cujo contato posterior pode produzir uma reação exacerbada (NAGAO-DIAS et al. 2004).

As reações anafiláticas são reações mediadas pelo anticorpo IgE que é produzido mediante a detecção da presença da droga ou dos seus metabólitos no organismo. Quando o antígeno se liga ao IgE na superfície dos mastócitos, ele libera mediadores inflamatórios. Os principais mediadores são histamina e bradicinina, responsáveis por efeitos como: vasodilatação, aumento da permeabilidade capilar, contração da musculatura lisa e aumento da atividade glandular (ARAÚJO; AMARAL, 2004).

Para Andrade et al. (2004) as reações alérgicas se caracterizam de acordo com a intensidade da sua resposta e elas podem ser localizadas ou generalizadas. As localizadas (cutâneas) são caracterizadas por sinais como: eritema (vermelhidão da pele), urticária, prurido (coceira) e o aparecimento de pápulas. Nas reações generalizadas, além das alterações cutâneas, podem ser observados o broncoespasmo, edema de laringe, hipotensão arterial e colapso vasomotor, que trazem risco potencial de vida ao paciente e, por isto, devem ser rapidamente diagnosticadas e tratadas.

As reações alérgicas a medicamentos podem envolver qualquer órgão ou sistema, sendo a pele a mais frequentemente acometida. As reações incluem urticária, erupção maculopapular, erupção bolhosa e dermatite esfoliativa. Nas reações anafiláticas, além das manifestações cutâneas, ocorre comprometimento cardiorrespiratório e/ou gastrointestinal. Outras formas de reações sistêmicas podem levar ao acometimento de membranas mucosas, linfonodos, rins, fígado, pleura, pulmões, articulações e outros órgãos e tecidos caracterizando quadros de intensa gravidade (ENSINA et al. 2009).

Para o tratamento das reações cutâneas, a primeira ação a ser tomada é a suspensão imediata do medicamento. As medidas de tratamento para as reações cutâneas imediatas e tardias começam posicionando-se o paciente de forma que ele se sinta confortável, é preciso fazer a avaliação dos sinais vitais (frequência cardíaca e respiratória). Depois, se administra 1 ampola de prometazina 50mg e 1 ampola de betametazona 4mg, por via intramuscular. A monitoração do paciente deve ser feita durante 20 a 30 minutos. Caso o quadro se mantenha estável, prescreve-se antihistamínico por via oral e dispensa-se o paciente, sempre acompanhado (MARZOLA, 1999).

O Cirurgião-Dentista deve conhecer o mecanismo de ação dos fármacos utilizados em seu dia-a-dia para lidar com possíveis complicações que estes possam causar. Assim, ele poderá minimizar os riscos do emprego de tais medicamentos a

pacientes que possuam, ou não, alguma condição limitante na saúde (ANTUNES et al. 2007).

Segundo Malamed (2005), para o tratamento inicial do choque anafilático que evolui com insuficiência cardiovascular, deve-se administrar 0,5ml de epinefrina aquosa (1:1000), por via subcutânea, se não houver hipotensão; em caso de hipotensão, injetar por via endovenosa. Se necessário, repetir o procedimento a cada 5 ou 10 minutos. O Cirurgião-Dentista deve manter o suporte cardiovascular, monitorando cuidadosamente os sinais vitais, checando a regularidade do pulso para avaliar as arritmias e, em casos de hipotensão, colocar o paciente em posição supina na cadeira e elevar as extremidades inferiores (posição de Trendelenburg).

1.5 Crise convulsiva

Uma convulsão é caracterizada por uma contração muscular entrecortada e repetida (espasmo clônico) que se traduz em abalos musculares, acompanhados ou não da perda de consciência. Pode ser traduzida não apenas por alterações motoras (convulsões), mas também sensitivas, sensoriais e psíquicas, que vão depender da área cerebral que foi envolvida (CAETANO, 1978).

Sá Del Fiol e Fernandes (2004) estimam que cerca de 2 a 3% da população mundial apresente algum tipo de epilepsia, e que cerca de 10% da população mundial já tenha experimentado uma crise convulsiva. No âmbito da odontologia, a incorreta administração intravascular de anestésico local poderá provocar um quadro de convulsão poucos minutos após a aplicação.

O Cirurgião-Dentista deve obter informações através da anamnese se existe um controle medicamentoso adequado dessas convulsões. É muito importante que o profissional tenha conhecimento dos fatores que podem desencadear uma crise, qual o medicamento que o paciente faz uso e se existiram episódios recentes de convulsão (OLIVEIRA, 2014).

De acordo com Malamed (2008), caso ocorra uma crise convulsiva durante o tratamento dentário, o dentista deve imediatamente interromper o tratamento e afastar qualquer instrumento cortante ou perfurante. Após a interrupção do procedimento, deverá tentar controlar delicadamente os movimentos involuntários do paciente, sempre protegendo a cabeça. Cessada a convulsão, manter o paciente em repouso por cerca de 5 a 10 minutos, administrando oxigênio e monitorando seus sinais vitais.

No caso de uma crise epilética, além de interromper o procedimento e proteger o paciente, inclui-se a utilização de benzodiazepínicos. O diazepam deve ser administrado via endovenosa, o que é bem difícil em um paciente durante uma crise. Por isso, preferese utilizar midazolam, pois este pode ser diluído em água e administrado via intramuscular, tendo resposta rápida (ANDRADE; RANALI, 2011).

1.6 Parada cardiorrespiratória

Parada cardiorrespiratória (PCR) é definida pela interrupção súbita e brusca da circulação sistêmica e/ou da respiração. É necessário que se inicie prontamente as manobras de reanimação, antes mesmo da chegada da equipe de suporte avançado, pois isto aumenta a chance de sobrevivência e evita seqüelas. Seus sinais clínicos são ausência de pulso, ausência de movimentos respiratórios e inconsciência. Estima-se que a maioria das paradas cardiorrespiratórias em ambiente extra hospitalar seja em decorrência de ritmos como fibrilação ventricular e taquicardia ventricular sem pulso, enquanto que, em ambiente hospitalar, a atividade elétrica sem pulso e a assistolia respondem pela maioria dos casos (GUIMARÃES et al. 2015).

Para Lopes (2006), a parada cardiorrespiratória pode ocorrer na presença de 3 ritmos cardíacos distintos. Dentre eles, o que mais se destaca é a fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso, que é o ritmo de parada cardiorrespiratória mais freqüente nas ocorrências fora do hospital, responsável por cerca de 80% dos episódios; caracteriza-se por um ritmo cardíaco rápido, irregular e ineficaz. O segundo que mais se destaca é a assistolia, que se caracteriza pela ausência de ritmo cardíaco, há interrupção da atividade elétrica do músculo cardíaco. Em terceiro lugar, a atividade elétrica sem pulso, que se caracteriza pela presença de atividade elétrica no músculo cardíaco, porém os batimentos não são eficazes e não há circulação sanguínea.

O Suporte Básico de Vida (SBV) trata-se do ponto principal do atendimento à parada cardiorrespiratória e sua sistematização, que consiste na seqüência de atendimento ABCD, sendo (A-vias aéreas / B-respiração / C-circulação / D-desfibrilação). De acordo com as últimas diretrizes do International Liaison Committee on Resuscitation ou Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação (ILCOR) (2010), essa seqüência foi alterada para CAB. A seqüência realizada era a abertura da via aérea, avaliação da respiração e início das compressões torácicas. Hoje, essa seqüência enfatiza o início do atendimento com as compressões torácicas, passando para a avaliação

das vias aéreas e da respiração. Na primeira abordagem realizada com o paciente deve-se observar, ao mesmo tempo, o nível de consciência e a respiração da vítima. A avaliação do nível de consciência se faz chamando a vítima em elevado tom de voz e contatando-a vigorosamente pelos ombros, enquanto o padrão respiratório efetivo é avaliado pela elevação do tórax. No caso de o paciente não responder aos estímulos, deve ser acionado imediatamente o serviço de atendimento médico de urgência (SAMU) com o objetivo de se obter o desfibrilador externo automático (DEA) o mais rapidamente possível (GUIMARÃES et al. 2015)

Segundo Victoreli et al. (2013), como o próprio nome sugere, SBV (Suporte Básico de Vida) constitui-se de procedimentos básicos que garantam a ventilação pulmonar e a circulação sanguínea de indivíduos que estão em alguma situação de risco, até sua recuperação ou até que possam receber cuidados médicos avançados. A recomendação atual é de que todos os socorristas, leigos ou habilitados, devam realizar compressões torácicas em vítimas com parada cardíaca. É enfatizada a qualidade das compressões, a frequência mínima de 100 compressões em um minuto e a forma de minimizar as interrupções da manobra. Os socorristas leigos devem realizar apenas as compressões torácicas, caso não saibam ou tenham receio em fazer a ventilação boca-aboca em desconhecidos, pelo suposto risco de transmissão de algum tipo de doença infecciosa. Os socorristas treinados, por sua vez, devem também propiciar a assistência ventilatória eficaz, intercaladas com as compressões, porém, sem perda de tempo. Devese concordar que é melhor fazer somente as compressões torácicas numa vítima de parada cardiorrespiratória do que não se fazer nada. De fato, durante os primeiros minutos do quadro de fibrilação ventricular, muito comum em colapsos cardíacos, a assistência ventilatória provavelmente não é tão importante quanto às compressões torácicas.

2. *Conduitas do Cirurgião-Dentista*

Gehlen e Cé (2014) realizaram um estudo com o objetivo de verificar o conhecimento e conduta dos Cirurgiões-Dentistas diante de situações de emergência, visando a segurança e bem-estar dos pacientes, bem como suas implicações éticas e legais. Os dados foram obtidos através da aplicação de questionários aos Cirurgiões-Dentistas professores da Escola de Odontologia da IMED (Faculdade Meridional). Como resultados, obteve-se que 68% possuem treinamento e 64% julgam-se capazes de diagnosticar emergências médicas, sendo que a maioria relatou já ter enfrentado alguma

emergência, tanto em consultório privado, quanto na instituição de ensino superior. As principais emergências ocorridas relatadas foram: síncope, seguida de convulsões, crises de hipoglicemia, hiperventilação e reações alérgicas.

Para Paiva, Espindola e Klung (2009), a presença de uma situação de emergência durante a consulta exige a suspensão de qualquer procedimento em execução e tomada de medidas específicas para preservar a vida do paciente e evitar as seqüelas sobre as funções vitais. Em qualquer situação emergencial o Cirurgião-Dentista deve seguir um roteiro que consiste em: suspender o tratamento e avaliar o estado de consciência; assegurar que o paciente tenha as vias aéreas desobstruídas; observar a frequência e o tipo de respiração; verificar o pulso arterial e suas características; aferir a pressão arterial; se o paciente estiver inconsciente, iniciar manobras de reanimação.

DISCUSSÃO

Segundo Cruz et al. (2017) nos casos de lipotímia, deve-se cessar o tratamento, removendo todos os objetos da boca, avaliando o grau de consciência e o pulso arterial. O paciente deve ser colocado em decúbito dorsal e com a cabeça lateralizada. Sendo necessário elevar os membros inferiores, em posição de Trendelenburg, para que o sangue circule em maior quantidade para o cérebro. Ranali (2011) concorda com os autores acima sobre a interrupção do procedimento imediatamente, removendo todo material da boca e avaliando o grau de consciência. Também deixando o paciente deitado de costas com os pés levemente elevados, citando novamente a posição de Trendelenburg. Porém, acrescenta que se devem afrouxar as roupas e liberar a passagem de ar inclinando a cabeça para trás.

De acordo com Rezende et al. (2009) a síncope é causada por uma resposta autonômica exagerada ou anormal a vários estímulos emocionais, como ansiedade excessiva, ou não emocionais, como fome, exaustão, calor e outros. Sá Del Fiol e Fernandes (2004) concordam e acrescentam que: é desencadeada pelo estímulo visual de instrumentais odontológicos como: agulhas e limas endodônticas, bem como pela visualização de sangue em procedimentos invasivos. Já os autores Paiva, Espíndula e Klung (2009), dizem que a síncope é uma intercorrência causada pelo inadequado suprimento sanguíneo do cérebro.

Para Carlini, Gloria e Medeiros (2003) a crise hipoglicêmica se caracteriza por agitação, tremores, palidez, sudorese, taquicardia,

palpitações, fome, cefaleia, dormência ou formigamento da língua, visão borrada ou visão dupla e confusão mental. No entanto, para Monnazzi et al. (2001) os sinais e sintomas da hipoglicemia caracterizam-se inicialmente por náuseas, sensação de fome e alteração no humor e espontaneidade. Em seguida ocorre sudorese, taquicardia, aumento da ansiedade, não cooperação e agressividade. E ainda acrescentam que, em fase mais tardia, são comuns convulsões, perda de consciência, diminuição da pressão arterial e temperatura corporal.

Segundo Marzola (1999) o tratamento para reações alérgicas é a administração de 1 ampola de prometazina 50mg e 1 ampola de betametazona 4mg, por via intramuscular. O caso mantendo-se estável, prescrever anti-histamínico por via oral. No entanto, Malamed (2005) afirma que para o tratamento inicial de choque anafilático que evolui com insuficiência cardiovascular, deve-se administrar 0,5ml de epinefrina aquosa (1:1000), por via subcutânea, não havendo hipotensão. Se houver, injetar por via endovenosa.

É importante se observar que tanto para Cruz et al. (2017), Ranalli (2001); Sá Del Fiol e Fernandes (2004) e Malamed (2005) falando respectivamente de: lipotímia, síncope e reações alérgicas ou de hipersensibilidade, todos concordam que para o tratamento das intercorrências em questão, é realizado o posicionamento de Trendelenburg.

De acordo com Malamed (2008), na crise convulsiva, após a interrupção do procedimento, deverá tentar controlar delicadamente os movimentos involuntários do paciente, sempre protegendo a cabeça e quando cessada, administrar oxigênio e monitorar os sinais vitais. Porém, para Andrade e Rannali (2011) além de interromper o procedimento e proteger o paciente, inclui-se a utilização de benzodiazepínicos.

Na parada cardiorrespiratória, Guimarães et al. (2015) e Victoreli et al. (2013) concordam que devam ser realizadas compressões torácicas de acordo com a sequência do Suporte Básico de Vida "CAB".

CONCLUSÃO

O conhecimento das condições sistêmicas do paciente é imprescindível. Por isto, uma anamnese apurada, somada à avaliação dos sinais vitais é tão importante. Esta fornecerá informações essenciais a respeito do seu estado de saúde. Além disso, o profissional deve estar amparado de equipamentos e drogas necessários para reverter um quadro emergencial, além de um preparo psicológico para lidar com o medo e ansiedade do

paciente, fatores determinantes no desencadear de uma intercorrência sistêmica. Todo consultório odontológico deve ter um suporte para atendimento de emergência. Entre esses equipamentos e drogas estão: estetoscópio e esfignomanômetro,ambu (respirador manual), cânula de Guedel, cilindro de oxigênio, seringa de insulina, bisturi, oxímetro, anti-histamínicos, captopril 12,5 mg, adrenalina, hidroclorotiazida 25 mg, dramin B6, soro fisiológico, AAS infantil, Isordil e sachê de glicose 50%, para casos de hipoglicemia.

REFERÊNCIAS

1. AMARAL, J.L.G; ARAÚJO, L.M.T. Allergy to Lidocaine: case report. Rev Bras Anesthesiol Sep-Oct; 54(5): 672-6. 2004.
2. ANDRADE, E.D; RANALI, J. Emergências médicas em odontologia. São Paulo: Artes Médicas; 2002.
3. ANDRADE, E.D; COSTA, C.P; RANALI, J. Reações alérgicas. Emergências médicas em odontologia. 2ª Ed. São Paulo: Artes médicas; 2004.
4. ANDRADE, E.D; RANALI, J. Emergências médicas na clínica odontológica. 3a ed. São paulo: artes médicas, 2011.P.64-6.
5. ANTUNES, A.A; GENU, P.R; MEDEIROS, M.F; VASCONCELOS, R.J.H. Conhecimento dos alunos de graduação da FOP/UPE em relação à dosagem anestésica local. Rev CirTraumatol Buco-Maxilo-fac. v.7(1), Jan-mar, 2007. P. 71-8.
6. ARMONIA, P.L; TORTAMANO, N; RIBAS, T.R.C; SARACENI, J.G. Ansiedade e Medo. Terapêutica Medicamentosa. Rev OdontolUniv. Santo Amaro; V. 6. 2001. P. 31-4.
7. ARSATI, F; et al. Brazilian dentists' attitudes about medical emergencies during dental treatment. J Dent Educ.v. 74, 2010. P. 661-666.
8. CAETANO, M. Temas de Introdução à clinica. Lisboa: Lab. Merck Sharp & Dohme. 1978.
9. CAPUTO, I.G.C; et al. Vidas em Risco: Emergências Médicas em consultório odontológico. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe v.10, n.3, Jul/set, 2010. P. 51-58.
10. CARLINI, J.L; GLÓRIA W; MEDEIROS U. Emergências médicas no consultório odontológico. Disponível em: <http://www.joaocarlini.com.br/images/emer.pdf>. 2003.
11. CRIVELLO JÚNIOR O. Emergências médicas no consultório odontológico. Conexão UNNA, Jan/fev/mar 2014.
12. CRUZ, A.D; MANFRINATO, L; SANTOS, L.F.A; MOTA, P.H.R; ANDRADE, D.M.B; SANCHES, C.D.B; COSTA, A.S; RAMOS, R.R. Síncope e lipotimia em odontologia. Proceedings of the 7º Congresso da FOA - Unesp/Annual Meeting). Arch Health Invest. 2017. P.6.
13. ENSINA, L.F; et al. Reações de hipersensibilidade a medicamentos. Rev. bras. alerg. imunopatol. – Vol. 32, Nº 2, 2009.
14. GAUJAC, C; et al. Reações alérgicas medicamentosas no consultório odontológico. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo. set-dez; 21(3), 2009. P. 268-76.
15. GEHLEN, E.P; CÉ, L.C. Emergências médicas na prática odontológica. J Oral Invest, 3(1), 2014. P. 28-32.
16. GUIMARÃES, M.R; MOREIRA, L.H; OLIVEIRA, R.H.L.G; MAGALHÃES, S.R. Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, v.5, n. 1, 2015. P. 3-12.
17. LOPES, A.C. Tratado de Clínica Médica. São Paulo: Roca, 2006.
18. MALAMED, S.T. Manual de anestesia local. 5. ed. Rio de Janeiro: Mosby; 2005.
19. MALAMED, S.F. Emergency medicine in pediatric dentistry: preparation and management. Journal of the California Dental Association, Sacramento, v. 31, n. 10, p. 749-755, out. 2003.
20. MALAMED, S.F. Medical emergencies in the dental office. 6a ed. St. Louis: Mosby, 2007.
21. MALAMED, S.F. Medical Emergencies: Preparation & Management. California: Metlife. 2008.
22. MARZOLA, C. Anestesiologia; 3. ed. São Paulo: Pancast; 1999.
23. MARIO S. GIORGI et al. Contribuição da homeopatia no controle da ansiedade e do

medo, como prevenção das emergências médicas em odontologia: estudo piloto. *Revista de Homeopatia*; 73 (3/4), 2010. P. 17-22.

24. MERLY, F. O cirurgião-dentista e as emergências médicas no consultório: Será que estamos preparados para enfrentar este problema? *Rev. bras. odontol.*, Rio de Janeiro, v. 67, n.1, jan./jun. 2010. P. 6-7.

25. MONNAZZI, M.S; et al. Emergências e urgências Médicas. Como proceder? *RGO*, 49(1), 2001. P. 7-11.

26. NAGAO-DIAS, A.T.N; NUNES, P.B; COELHO, H.L.L; SOLÉ D. Reações alérgicas a medicamentos. *J Pediatr*; 80(4) 2004. P. 259-66.

27. NETO, J.D.C; et al. O paciente diabético e suas implicações para conduta odontológica. *Revista Dentística on line – ano 11, número 23 (2012)*.

28. NETO, G.C.P; SILVA, A.C.M; NICOLAU, RA. Urgências e emergências odontológicas. X Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba, São José dos Campos, SP. V. 13, N.24, Outubro/2006.

29. OLIVEIRA, V.C.M. Mestrado integrado em medicina dentária. Instituto superior de ciências da saúde. Egas Moniz. 2014.

30. PAIVA, M.H.F; ESPÍNDOLA, V.S; KLUNG, R.J. Emergências médicas no consultório odontológico. *Revista científica do ITPAC*. Vol2, nº 1, Janeiro/2009.

31. PEREIRA, L.H.M.C; RAMOS, D.I.P; CROSATO E. Ansiedade e dor em odontologia: enfoque psicofisiopatológico. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*;49(4) 1995. P. 285-90.

32. PIMENTEL, A.C.S.B; et al. Emergências em odontologia: revisão de literatura. *Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*, v.4. 2014. P. 105-113.

33. RAMACCIATO, J.C; RANALI, J; MOTTA, R.H.L. Sedação inalatória consciente inalatória em odontologia. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*, São Paulo, v. 58, n. 5, 2006. P.343.

34. RANALI, J; GROppo, F.C; ANDRADE, E.D. Protocolo de sedação mínima. In: Andrade ED, Ranali J. *Emergências médicas na clínica odontológica*. 3a ed. São Paulo: Artes Médicas, 2011. P. 40-1.

35. RESENDE, R.G; et al. Complicações sistêmicas no consultório odontológico: parte I. *Arq em Odontol*, 45(1), 2009. P.44-50. SÁ DEL FIOL, F.; FERNANDES, A.V.; *Emergências médicas em consultório odontológico*. *Revista ABO Nacional*, São Paulo, v. 12, n. 5, 2004. P.314-318.

36. VEIGA, D; OLIVEIRA, R; CARVALHO, J; MOURÃO J. Emergências médicas em medicina dentária: prevalência e experiência dos médicos dentistas. *Rev portestomatolmeddentcir maxilofac*;53(2), 2012.P. 77-82.

37. VICTORELLI et al. Suporte Básico de Vida e RessuscitaçãoCardiopulmonar em adultos: conceitos atuais e novas recomendações. *Rev assoc paul cir dent*;67(2), 2013. P. 124-8.

38. XIMENES, P.M.O. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em pacientes submetidos a tratamento odontológico na FOU SP [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de odontologia da USP; 2005.