

A APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PARA EMERGÊNCIAS MÉDICAS PARA A CLÍNICA ESCOLA ODONTOLÓGICA DO UNIFESO

APPLICATION OF THE ATTENDANCE PROTOCOL FOR MEDICAL EMERGENCIES FOR UNIFESO ONDONTOLOGICAL SCHOOL CLINIC

Vitória Soares ¹ ; Paulo Junqueira ² Sydney Mandarinó ³

RESUMO:

No cotidiano profissional de um CD mesmo que de forma rara podem ocorrer situações de urgências e emergências. Segundo os dados colhidos a maioria dos entrevistados não se sente seguro para este tipo de atendimento. Estar preparado para estas situações é fundamental para um bom prognóstico. Este estudo tem como objetivo facilitar a visualização do protocolo de atendimento para as principais intercorrências através de um manual confeccionado para a Clínica Escola Odontológica do Unifeso.

Descritores: Emergências Médicas; Odontologia;

ABSTRACT:

In the professional daily life of a Dentistry, even in a rare way, situations of urgencies and emergencies may occur. According to the data collected, most interviewees do not feel safe for these types of assistance. Being prepared for these situations is essential for a good prognosis. This study aims to facilitate the visualization of the care protocol for the main complications through a manual prepared for the Clínica Escola Odontológica da Unifeso.

Descriptors: Emergencies; Dentistry;

INTRODUÇÃO

As emergências médicas são caracterizadas pela forma na qual se inicia uma situação em que coloca-se em risco a vida do paciente e que deve ser resolvida imediatamente com uma assistência especializada, diferentemente da urgência, que se caracteriza por uma situação crítica que pode vir a se tornar uma emergência. (PAIVA; ESPÍN-DOLA e KLUNG, 2019)

Circunstâncias médicas emergenciais que não são relacionados à cavidade oral, podem aparecer no cotidiano profissional de um cirurgião dentista. Tais circunstâncias podem estar ligadas com a fisiologia patológica do paciente ou com o aumento do estresse causado no paciente odontofóbico. (ARMONIA et.al., 2001)

Segundo Malamed (2003), 75% dos casos de intercorrências no consultório odontológico ocorre por medo ou estresse.

A omissão de socorro por profissionais da saúde é prevista pelo Código Penal (CP) e diz: “deixar de prestar socorro à vítima de acidentes ou pessoas em perigo iminente, podendo fazê-lo, é crime” (BRASILIA,1941. Art. 135).

Para cada intercorrência há um protocolo de atendimento visando guiar uma assistência especializada, visto que compete ao cirurgião dentista os primeiros cuidados ao paciente até que receba tratamentos médicos necessários. (PIMETEL et.al., 2014)

Lipotimia, síncope, crise hipoglicêmica, reações alérgicas ou hipersensibilidade, crise convulsiva e parada cardiorrespiratória são as emergências mais corriqueiras no consultório. (VEIGA et.al., 2012)

OBJETIVOS

Objetivo primário

Criar um manual de fácil entendimento e visualização, para a Clínica Escola da Unifeso, a fim de facilitar e agilizar o atendimento às principais intercorrências vividas no consultório odontológico.

Objetivos secundários

Diferenciar as emergências das urgências vividas no consultório odontológico; Acusar a etiologia das intercorrências; Sinalizar as principais intercorrências médicas; Desenvolver um manual com as condutas do profissional perante as intercorrências.

REVISÃO DE LITERATURA

Embora raras, o cirurgião dentista deve estar apto para lidar com as possíveis intercorrências médicas vividas em seu consultório, até que se receba um atendimento especializado. (MONNAZZI et.al,2010)

Segundo Caputo et.al., (2010) após realizar uma pesquisa com 200 CD's em Ribeirão Preto, SP as emergências com maior ocorrência foram: lipotimia, reação

ao medo da anestesia, hipotensão postural, hipoglicemia, convulsão e reação alérgica.

Segundo Veiga *et al.*, (2012) após realizar uma pesquisa com 240 clínicas e hospitais na cidade de Porto, as emergências com maior ocorrência foram: síncope, hipoglicemia, asma, crise hipertensiva, crise convulsiva e reação anafilática.

Segundo Haese e Cançado (2016) após realizar uma pesquisa com 95 CD em Vila Velha, ES. As emergências com maior intercorrências foram: hipotermia, hipoglicemia, hipotensão postural, síncope, reação alérgica e convulsão.

É importante ressaltar que a melhor opção de tratamento para essas situações é o de caráter preventivo, através do exame clínico. Este é realizado por meio de duas etapas, a primeira consiste em uma ficha de anamnese e a segunda em um exame físico. Desta maneira é possível identificar de forma prévia as alterações sistêmicas que poderão contribuir para possíveis complicações. (PAIVA; ESPÍNDOLA e KLUNG, 2009).

A lipotimia é definida como uma sensação de desmaio sem que este se concretize de fato, trata-se do primeiro estágio da síncope e podendo estar seguido por palidez, sudorese, vertigens e zumbidos no ouvido. (COSTA, 2017).

Esta pode ocorrer por motivos que vão desde a vivência de fortes emoções até mesmo a troca de posição da cadeira deitada para cadeira vertical de maneira rápida. A lipotimia em sua maioria não é considerada uma intercorrência sistêmica grave. (COSTA, 2017).

A conduta do profissional nesses casos deve ser a interrupção do procedimento, a verificação da consciência por meio de estímulos físicos e verbais, uma elevação dos pés em relação a cabeça, o afrouxamento das roupas e retirada dos óculos, a liberação da passagem de ar inclinando a cabeça para trás e a monitoração da respiração e do pulso. Durante estas ações não interrompa a comunicação verbal com o paciente para lhe conferir segurança. Após a recuperação do mal-estar, libere-o com um acompanhante e caso não haja recuperação solicite socorro móvel e administre oxigênio (5l/min.), monitorando os sinais vitais (RANALI, 2011).

A síncope trata-se da perda temporária da consciência diante de uma carência de oxigenação cerebral, consequência de uma diminuição do fluxo sanguíneo para o cérebro. O desmaio (síncope) pode vir a acontecer através da visualização de materiais odontológicos pontiagudos como agulhas e limas endodônticas, ou ao visualizar sangue. Esta reação ocorre devido a uma descarga de adrenalina onde há o redirecionamento do fluxo sanguíneo para os músculos e consequentemente o déficit na oxigenação cerebral. (REZENDE *et al.*, 2009).

A conduta do cirurgião dentista diante esta situação é interromper o procedimento, elevar os membros inferiores e afrouxar as roupas do paciente. Caso o mesmo não recobre a consciência deve estimulá-lo com o uso de amônia e executar a extensão do pescoço para desobstruir as vias aéreas. (SÁ DEL FIOLE e FERNANDES, 2004).

A crise hipoglicêmica entende-se por um distúrbio caracterizado pela baixa concentração de glicose na corrente sanguínea, seguida de sintomas como tremores, sudorese, palidez, palpitações, visão dupla, confusão mental, cefaleia dormência e/ou formigamento da língua e fome. Caso o paciente relate esses sintomas deve-se interromper imediatamente o procedimento e oferecer carboidratos de rápida absorção (CARLINI; GLORIA e MEDEIROS, 2003).

Em casos onde há perda total da consciência, é recomendado a administração de 20 ml de glicose hipertônica (50%), pela via intravenosa. (WANNMACHER, 2007).

As reações alérgicas ou de hipersensibilidade ocorrem devido a um contato primário do organismo humano a um determinado agente (antígeno), cujo um contato posterior pode haver uma resposta mais intensa, que podem acontecer de forma localizada ou generalizada (ANDRADE *et al.*, 2004).

Com a detecção de um corpo estranho é produzido o anticorpo IgE no qual fará uma ligação com o antígeno e irá liberar mediadores inflamatórios. Os principais mediadores são conhecidos como histamina e bradicinina, estes são responsáveis pela vasodilatação, aumento da permeabilidade capilar, contração da musculatura lisa e aumento da atividade glândular (ARAÚJO e AMARAL, 2004).

O tratamento dessas reações consiste na retirada imediata do medicamento e no início da terapêutica. O primeiro ato é posicionar o paciente de modo que ele esteja confortável e aferir seus sinais vitais. Após a constatação dos sinais para manifestações cutâneas será administrado 1 ampola de prometazina 50mg e 1 ampola de betametazona 4mg, por via intramuscular. Deve-se monitorar o paciente de 20 a 30 minutos e caso o quadro mantenha-se estável é feita a prescrição de um anti-histamínico por via oral. (MARZOLA, 1999).

Nos casos de manifestações anafiláticas que poderão evoluir para insuficiência cardiovasculares deve ser injetado 0,5ml de epinefrina aquosa (1:1000), por via subcutânea. Caso não haja hipotensão; caso haja hipotensão, deve-se utilizar a via endovenosa e colocar o paciente em posição supina na cadeira e elevar-se as extremidades inferiores, conhecida como posição de Trendelenburg (MALAMED, 2005).

A Crise convulsiva trata-se de uma alteração motora, sensitiva, sensorial e psíquica, havendo uma contração muscular desordenada e repetida podendo estar acompanhada de perda da consciência ou não. (CAETANO, 1978).

Com as informações colhidas na anamnese será possível identificar se o paciente é portador de algum grau de epilepsia e se faz uso de algum medicamento, assim como se existe algum fator desencadeante da reação (OLIVEIRA, 2014).

Nessas situações o cirurgião dentista deve interromper o procedimento e afastar os materiais perfuro cortantes e tentar de modo delicado controlar os movimentos involuntários do paciente para sua proteção, podendo utilizar Midazolam diluído em água, injetado de forma intra-

muscular. Após a crise é necessário deixar o paciente em repouso de 5 a 10 minutos juntamente com o monitoramento dos sinais vitais e administração de oxigênio (ANDRADE e RANALI, 2011).

Parada cardiorrespiratória: pode ser definida como a interrupção da circulação sistêmica ou da respiração, podendo ocorrer na presença de três ritmos cardíacos, sendo o mais comum taquicardia ventricular. (LOPES, 2006).

Seus principais sinais clínicos são ausência de pulso, movimentos respiratórios e inconsciência. Nessas situações é necessário de forma imediata a realização de manobras de reanimação (compressão e respiração boca a boca) e a solicitação da equipe SBV. (GUIMARÃES et al., 2015).

Na pesquisa realizada por Caputo *et.al.*, (2010) 56,6% disseram ter realizado treinamento e 61,5% disseram não se sentirem aptos para identificar as ocorrências.

Na pesquisa de Gehlen e CE (2014) 68% disseram ter realizado treinamento e 64% disseram se sentir aptos para identificar as intercorrências.

Na pesquisa de Haese e Caçado (2016) 56,8% disseram não ter realizado o treinamento e 52,6% disseram não se sentirem aptos para identificar as intercorrências.

O SBV (Suporte Básico de Vida) age através da sequência de atendimento o ABCD visando procedimentos de nível básico a fim de garantir a ventilação pulmonar e circulação sanguínea até que se tenha suporte de nível avançado (VICTORELI *et al.*, 2013).

METODOLOGIA

O estudo foi explorado através de revisões de literatura por meio de livros e artigos acadêmicos pesquisados em plataformas como MEDLINE, SciELO e LILACS a fim da montagem de um manual texto e foto explicativo. O anexo que contém o protocolo de conduta se encontra no apêndice A.

DISCUSSÃO

Uma concordância dentre os autores citados é a prevenção como chave para tratar as possíveis emergências. Sendo possível identificar através do exame clínico (que consiste na anamnese e exame físico) a condição sistêmica do paciente e o reconhecimento de sinais de estresse que é um fator desencadeador da maioria das intercorrências (PAIVA, ESPINDOLA e KLUNG, 2009; RANELI, RAMACCIATO e MOLA, 2008)

As pesquisas de Caputo *et.al.*, (2010), Veiga *et.al.*, (2012) e Haese e Caçado (2016) constataram de forma semelhante quais as intercorrências mais comuns, lipotímia, síncope, hipotensão ortostática, hipoglicemia, convulsão e reação anafilática.

Os dados entre os autores Caputo *et.al.*, (2010), Haese e Caçado (2016), Gehlen e CE (2014) também se assemelham quanto aos profissionais que receberam treinamento, sendo respectivamente 56,6%, 43,2% e 68% res-

ponderam que tiveram o treinamento.

CONCLUSÃO

Visto que a emergência e a urgência são situações diferentes, onde a emergência coloca a vida do paciente em risco iminente e a urgência pode vir a se tornar uma emergência se não tratada, conclui-se que é indiscutível a agilidade e aptidão no atendimento. Dado que o principal fator etiológico desencadeador das intercorrências está relacionado a ansiedade, é importante ressaltar que o método mais eficaz é o de caráter preventivo, realizado através do exame clínico, tornando possível o reconhecimento da condição médica e a antecipação das possíveis emergências, sendo as principais: lipotímia, hipoglicemia, asma, crise convulsiva e reação anafilática. Portanto o desenvolvimento do manual facilitará a visualização dos protocolos de condutas para cada emergência médica e consequentemente a melhoria no prognóstico.

REFERÊNCIAS:

1. AMARAL JLG; ARAÚJO LMT. Allergy to Lidocaine. case report. **Rev Bras Anesthesiol.** v. 54, n. 5, p. 672-6. Sep-Oct; 2004.
2. ANDRADE, E. D.; RANALI, J. **Emergências médicas em odontologia.** São Paulo: Artes Médicas; 2002.
3. ANDRADE ED; RANALI J. **Emergências médicas na clínica odontológica.** 3a ed. São paulo: artes médicas, P.64-6. 2011.
4. ANDRADE ED; COSTA CP; RANALI J. **Reações alérgicas. Emergências médicas em odontologia.** 2ª Ed. São Paulo: Artes médicas; 2004.
5. ARMONIA, P. L.; TORTAMANO, N.; RIBAS, T. R. C.; SARACENI, J. G. Ansiedade e Medo.
6. Terapêutica Medicamentosa. **Rev OdontolUniv,** Santo Amaro, v. 6, p. 31-4. 2001.
7. CAPUTO IGC; BAZZO GJ; SILVA RHA; JÚNIOR ED. Vidas em Risco: Emergências Médicas em consultório odontológico. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.,** Camaragibe v.10, n.3, p. 51-58, jul./set. 2010.
8. Caputo, I. G. C. **Emergências médicas em consultório odontológico: implicações éticas e legais para o cirurgião dentista [dissertação].** Piracicaba (SP): Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2009.
9. CAETANO, M. **Temas de Introdução à clínica.** Lisboa: Lab. Merck Sharp & Dohme, 1978.
10. CARLINI, J. L.; GLÓRIA, W.; MEDEIROS, U. **Emergências médicas no consultório odontológico.** Curitiba. 2003. Disponível em: <http://www.joaocarlini.com.br/images/emer.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020.
12. CRUZ, A., M, L *et.al.*; Síncope e lipotímia em odontologia **Rev. ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION,** 6. (2017). Recuperado de <https://archhealthinvestigation.emnuvens.com.br/ArcHI/>

dent; v. 67, n. 2, p. 124-8. 2013.

- [article/view/2635](#)
13. FUCHS, F. D; WANNMACHER, L.; FERREIRA, M. B. C. **Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 1074, 2006.
 14. GEHLEN EP, CÉ LC. **Emergências médicas na prática odontológica**. J Oral Invest, v.3, n.1, p. 28-32, 2014.
 15. [HAESE, Rayane Del Puppo](#) e [CANCADO, Martina Renata Pittella](#). **Urgências e emergências médicas em odontologia: avaliação da capacitação e estrutura dos consultórios de cirurgiões-dentistas**. *Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac.* [online]. 2016, vol.16, n.3, p. 31-39.
 16. LOPES, A.C. **Tratado de Clínica Médica. Rer. Inst. Med.**, São Paulo, v. 48, n. 5, set/out 2006.
 17. 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
 18. MALAMED ST. **Manual de anestesia local**. 5. ed. Rio de Janeiro: Mosby; 2005.
 19. MARZOLA C. **Anestesiologia**; 3. ed. São Paulo: Pancast; 1999.
 20. MONNAZZI MS *et al.*, **Emergências e urgências Médicas**. Como proceder? RGO, 49(1):7-11, 2001.
 21. PAIVA, M. H. F.; ESPÍNDOLA, V. S.; KLUNG, R. J. **Emergências médicas no consultório**
 22. **odontológico. Revista científica do ITPAC**. v. 2, n. 1, Jan, 2009.
 23. PIMENTEL A.C.S.B. *et. al*, **Emergências em odontologia: revisão de literatura. Revista de**
 24. **Iniciação Científica da Universidade**. Vale do Rio Verde, Três Corações, v. 4, p. 105-113, 2014.
 25. RANALI J, GROppo FC, ANDRADE ED. **Protocolo de sedação mínima**. In: Andrade ED, Ranali J. **Emergências médicas na clínica odontológica**. 3a ed. São Paulo: Artes Médicas, p.40-1. 2011.
 26. 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, p. 343, 2006.
 27. RESENDE RG *et al.*, RS, *et. al*. **Complicações sistêmicas no consultório odontológico: parte I. Arq em Odontol**, v.45, n.1, p. 44-50, 2009.
 28. SÁ DEL FIOL, F.; FERNANDES, A.V.; **Emergências médicas em consultório odontológico. Revista ABO Nacional**, São Paulo, v. 12, n. 5, p. 314-318, 2004.
 29. VEIGA D, OLIVEIRA R, CARVALHO J, MOURÃO J. **Emergências médicas em medicina dentária: prevalência e experiência dos médicos dentistas. Rev port estomatol med dent cir maxilofac**; v. 53, n. 2, p.77-82. 2012.
 30. VICTORELLI *et.al*. **Suporte Básico de Vida e Ressuscitação Cardiopulmonar em adultos: conceitos atuais e novas recomendações. Rev assoc paul cir**

APÊNDICE A – PROTOCOLO DE CONDUTAS PARA EMERGENCIA MÉDICAS



—

Protocolo de
condutas para
**EMERGÊNCIAS
MÉDICAS**

—

**CLÍNICA ESCOLA
UNIFESO**

M.e Paulo C. R. Junqueira
Dr. Sydney C. A. Mandarino
Ac. Vitória Soares

Súmario

Protocolo de ansiedade

Lipotímia

Síncope vasovagal

Crise hipoglicêmica

Crise hipertensiva

Crise convulsiva

Crise asmática

Reações alérgicas ou de
hipersensibilidade

Parada cardiorespiratória

Protocolo de controle de ansiedade

A ansiedade e o medo perante os procedimentos odontológicos, principalmente os cirúrgicos podem construir um obstáculo para a manutenção da saúde oral. O emprego de medicamentos denominados ansiolíticos se constitui como terapêutica coadjuvante. .

Esquema posológico:

Via oral, com uso de um comprimido na noite anterior e outro uma hora antes do procedimento cirúrgico e/ou outro procedimento clínico.

Fármacos benzodiazepínicos: Diazepam, Alprazolam, Oxazepam, Midazolam, etc.

Lipotímia

Definida como sensação de desmaio, podendo estar seguida por palidez, sudorese e vertigem.

Síncope Vasovagal

Definida pela perda temporária da consciência diante uma carência de oxigenação cerebral.

Protocolo de condutas:

1. Intorraampa o procedimento;
2. Retire os materiais da cavidade oral;
3. Reconheça o grau de consciência do paciente;
4. Mantenha a comunicação verbal;
5. Posicione o paciente de forma que os pés fiquem mais elevados que a cabeça;
6. Propicie passagem de ar através da elevação da cabeça;
7. Observe o paciente;

Crise Hipoglicêmica

Definida como um distúrbio por baixa concentração de glicose na corrente sanguínea, seguida por palidez, sudorese, cefaleia podendo evoluir para perda temporária de consciência.

Protocolo de condutas:

1. Interrompa o procedimento;
2. Retire os materiais da cavidade oral;
3. Posicione o paciente de maneira confortável;
4. Administre um carboidrato ou uma solução glicosada a 25% (1 ampola de 10ml);
5. Após o desaparecimento dos sintomas, dispense o paciente acompanhado;

Crise Hipertensiva

Definida por uma elevação acentuada da pressão arterial, seguida por cefaléia, dor cervical ou torácica, taquicardia e epistaxe.

PA<140x90

Protocolo de conduta:

1. Interrompa o procedimento;
2. Retire os materiais da cavidade oral;
3. Afira a pressão;
4. Administre o medicamento Captopril 25mg através da via sublingual;
5. Aguarde de 5 a 10 minutos;
6. Encaminhe-o de forma acompanhada para emergência;

Crise Convulsiva

Definida por uma atividade elétrica anormal do cérebro havendo uma contração muscular desordenada e repetida, podendo estar acompanhada de perda de consciência ou não.

Protocolo de condutas:

1. Interrompa o atendimento;
2. Retire os materiais da cavidade oral;
3. Afrouxe as roupas do paciente.
4. Proteja o paciente, obrigatoriamente a cabeça;
5. Após a crise, coloque o paciente na posição lateral de segurança;
6. Aspire as vias aéreas;
7. Confira os sinais vitais;
8. Administre o oxigênio;
9. Caso a crise ultrapasse o tempo de 3 min, remova o paciente para a emergência.;

Crise Asmática

Definida por uma doença crônica das vias aéreas, de origem inflamatória seguida por tosse, falta de ar, chiado e pressão no tórax.

Protocolo de condutas:

1. Interrompa o procedimento;
2. Retire os materiais da cavidade oral;
3. Coloque o paciente sentado;
4. Administre o medicamento broncodilatador (Fenoterol - Berotec, exemplo do medicamento mais comum);
5. Administrar oxigênio;
6. Monitorar sinais vitais;
7. Caso a crise persista, administre o medicamento 0,3ml de adrenalina (1:1000) IM, ou remova o paciente para emergência;

Crise Alérgica ou de Hipersensibilidade

Definida por uma resposta do sistema imunológico a determinado agressor, seguida por coceira, urticária e angiodema preferencialmente nos olhos, nariz e boca.

Protocolo de condutas:

1. Interrompa o procedimento;
2. Retire os materiais da cavidade oral;
3. Posicione o paciente lateralmente de forma que as vias aéreas permaneçam abertas, para o caso de vômito.
4. Acione imediatamente os números de emergência local.

Parada Cardiorespiratória

Definida como interrupção da circulação sistêmica ou da respiração, seus principais sinais clínicos são inconsciência, ausência de pulso e respiração.

Protocolo de condutas:

1. Interrompa o procedimento;
2. Retire os materiais da cavidade oral;
3. Coloque o paciente em uma superfície horizontal rígida;
4. Mantenha as vias aéreas abertas;
5. Comece a massagem cardíaca:
 - 1 socorrista: 2 ventilações para 30 massagens;
 - 2 socorristas: 1 ventilação para 5 massagens;
6. Acione imediatamente os números de emergência local;

Como realizar a massagem:

1. Coloque as mãos na frente do tórax;
2. Mantenha os braços esticados, ombros sobre as mãos e dedos cruzados;
3. Comprima profundo e rápido;

Referências:

