

PRIMEIROS SOCORROS NO AMBIENTE ODONTOLÓGICO: PREVENÇÃO E CAPACITAÇÃO DO CIRURGIÃO DENTISTA FRENTE ÀS EMERGÊNCIAS MÉDICAS.

Lavinia Dorea Pinto Batista ¹

Manoel Evangelista Neto ²

Edval Tenório Junior ³

RESUMO

Frente aos avanços na área odontológica, é possível observar uma maior ascensão na busca por informações do cirurgião-dentista. Deste modo, observa-se um aumento significativo de pacientes com patologias sistêmicas e pacientes ansiosos. Assim é fundamental obter conhecimento da condição fisiológica do paciente, realizando sempre um atendimento especializado e humanizado, uma anamnese detalhada, exames complementares afim de tentar minimizar eventualidades emergenciais. Este estudo teve como objeto principal descrever o papel do cirurgião-dentista frente às emergenciais médicas durante os atendimentos clínicos, evidenciando e classificando as principais emergenciais que podem ocorrer no procedimento acarretando assim um risco fatal a vida da vítima, salientando os principais manejos adequados para contornar a situação até a chegada da equipe médica especializada. O presente estudo refere-se à uma revisão de literatura, tendo como base os artigos científicos, bancos de dados (Scielo, Medline, Revodont), bem como análise dos livros “**MALAMED**, Stanley, Emergências medicas em odontologia, 7º edição, São Paulo, Guanabara Koogan, 2016” e “**ANDRADE**, ED, **RANALI**, J, Emergências médicas em Odontologia, 3ª Edição, São Paulo, Artes Médicas, 2011”. Foi realizado uma seleção dos últimos 13 anos no que se refere aos Primeiros socorros no ambiente odontológico e com base nos critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos. Diante aos estudos selecionados e criteriosamente estudados, compreende-se que o papel do cirurgião-dentista é indiscutível nesses momentos, o mesmo deve-se apresentar apto para intervir de maneira ágil e eficaz em situações de risco.

PALAVRAS-CHAVES

PRIMEIROS SOCORROS; EMERGÊNCIA MÉDICA; CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO; CIRURGIÃO-DENTISTA.

FIRST AID IN THE DENTAL OFFICE: PREVENTION AND TRAINING OF THE DENTAL SURGEON IN FRONT OF MEDICAL EMERGENCIES

ABSTRACT

In view of advances in the dental field, it is possible to observe a greater rise in the search for information from the dental surgeon. Thus, there is a significant increase in patients with systemic pathologies and anxious patients. Thus, it is essential to obtain knowledge of the patient's physiological condition, always performing specialized and humanized care, a detailed anamnesis, complementary exams in order to try to minimize emergency eventualities. The main object of this study was to describe the role of the dental surgeon in the face of medical emergencies during clinical care, highlighting and classifying the main emergencies that may occur in the procedure, thus causing a fatal risk to the victim's life, highlighting the main appropriate managements to circumvent the situation until the arrival of the specialized medical team. The present study refers to a literature review, based on scientific articles, databases (Scielo, Medline, Revodont), as well as an analysis of books *“MALAMED, Stanley, Emergências médicas em odontologia, 7º edição, São Paulo, Guanabara Koogan, 2016”* e *“ANDRADE, ED, RANALI, J, Emergências médias em Odontologia, 3ª Edição, São Paulo, Artes Médicas, 2011”*. A selection of the last 13 years was carried out regarding First Aid in the dental environment based on inclusion and exclusion criteria. In view of the studies selected and carefully studied, it is understood that the role of the dental surgeon is indisputable in these moments, he must be able to intervene in an agile and effective way in risk situations.

KEYWORDS

FIRST AID; EMERGENCY; DENTAL OFFICE and DENTAL SURGEON.

¹Aluna de graduação do Curso de Odontologia no Centro Universitário Uni-FTC Salvador-Ba. E-mail: laviniapintob@gmail.com

²Aluno de graduação do Curso de Odontologia no Centro Universitário Uni-FTC Salvador-Ba. E-mail: netoemanoel@hotmail.com

³Professor Orientador Especialista em Cirurgia bucomaxilofacial no Centro Universitário Uni-FTC Salvador-Ba. E-mail: edval.tenoriojr@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

Com o enriquecimento da medicina odontológica, a busca pelo cirurgião-dentista e especialistas aumentaram, e com isso, os procedimentos no ambiente odontológico se tornaram mais individualizados, bem como um maior número de pacientes sistemicamente comprometidos à procura do cirurgião-dentista, pois atualmente a relação entre a saúde geral e bucal estão ainda mais em evidência (ANDERS et al,2010; ROVIDA et al,2013).

Desse modo, tornou-se cada vez mais rotineiro a presença de pacientes que apresentavam uma restrição a frequentar o consultório odontológico, como por exemplo: pacientes com alterações sistêmicas (hipertensos, diabéticos, cardiopatas e hepatopatas) (ANDERS et al,2010). Em síntese, as maiores taxas de incidências relacionadas as emergências médicas são de pacientes com doenças pré-existentes ou ansiosos frente ao tratamento odontológico. (RESENDE et al, 2009).

Todavia, com esse avanço é inevitável o risco de emergências médicas no dia a dia clínico. Portanto, o cirurgião-dentista deve se manter apto à através de medidas adequadas prevenir complicações, tais como uma anamnese detalhada, uma preparação de excelência para o atendimento, um exame clínico completo e bem conduzido e sobretudo portar um vasto conhecimento sobre a saúde geral do seu paciente, e assim, contribuindo numa diminuição de riscos fatais a vida (CAPUTO et al, 2010).

No entanto, mesmo com uma prevenção adequada sempre existirá a possibilidade de ocorrências emergenciais, presumindo esses incidentes o profissional odontológico e equipe necessitam ser capacitados para intervir de forma rápida e prudente, para diagnosticar e prestar os primeiros socorros fora do ambiente hospitalar, evitando um agravo em uma possível intercorrência emergencial, preservando a integridade física do seu paciente (RESENDE et al., 2009).

Frente ao exposto, este estudo pretende trazer à luz as principais intercorrências emergenciais no ambiente odontológico, bem como, a relevância

do cirurgião-dentista nesses episódios; fármacos e equipamentos emergenciais. Foi descrito e analisado os manejos mais eficientes para os casos emergentes, com o objetivo de evidenciar a importância da capacitação do profissional para solucionar de forma ágil e eficaz qualquer emergência no consultório odontológico.

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão de literatura, nas quais foram realizados pesquisas de artigos utilizando as palavras-chaves: "primeiros socorros"; "emergência"; "consultório odontológico" e "cirurgião-dentista" na base de dados do Medline, Scielo e Revodonto, bem como análise dos livros "MALAMED, Stanley, Emergências médicas em odontologia, 7ª Edição, São Paulo, Guanabara Koogan, 2016" e "ANDRADE, ED, RANALI, J, Emergências médias em Odontologia, 3ª Edição, São Paulo, Artes Médicas, 2011" com foco principal a importância dos primeiros socorros no ambiente odontológico.

Foram selecionados 18 artigos de um total de 84 entre o período de 2009 a 2022, sendo 12 em português, 4 em inglês e 2 em espanhol. A seleção foi feita através da leitura e discussão, sendo incluído ao trabalho artigos que abordassem o tema de forma objetiva e pertinente.

Artigos que escapavam do objetivo inicial do trabalho e com datas de publicação anteriores ao ano de 2009 foram critérios de exclusão para a realização desse estudo.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Segundo Caputo et al, (2010), existe uma grande distinção da concepção de URGÊNCIA X EMERGÊNCIA. No cenário odontológico essa variação também é vigente, sendo assim, o profissional responsável pelo atendimento deve-se sempre estar atento para a diferenciação de qualquer estado físico do seu paciente. A emergência é definida como uma situação ou condição em que há risco iminente a vida da vítima, ou seja, a risco de óbito caso os primeiros socorros não sejam prestados imediatamente. Não podendo haver nenhum adiamento ou omissão desse atendimento emergencial.

Já a Urgência é qualquer situação na qual a vítima não se encontra em risco de vida iminente, isto é, o atendimento de prestação de socorro deve ser apresentado, porém a vítima não apresenta risco de óbito (CAPUTO et al., 2010; QUEIROGA et al, 2011; COLET et al, 2011).

Esta regulamentação é descrita pelo Congresso Nacional na Lei 5081/ 66 de 24 de agosto de 1966 VIII: “ Compete ao cirurgião-dentista prescrever e aplicar medicação de urgência no caso de acidentes graves que comprometam a vida e a saúde do paciente”.

Isto só demonstra o quanto é imprescindível a capacitação do profissional em reconhecer e tratar os primeiros sinais de alterações sistêmicas durante o atendimento. Desta forma, o diagnóstico preciso e a intervenção de forma adequada nessa situação poderão preservar a vida do paciente, evitando assim uma situação de maior agravamento (CAPUTO et al.,2010; QUEIROGA et al, 2011; COLET et al, 2011).

A odontologia é caracterizada pela nobre missão de devolver e entregar a saúde e estética dentária, preservando assim suas funcionalidades, qualidade de vida e além de tudo, uma boa relação da saúde bucal/ geral. Entretanto, eventualidades emergenciais podem surgir e evidenciar ainda mais que o atendimento clínico odontológico não está restrito somente a cavidade bucal (CAPUTO et al., 2010; MALAMED, 2016).

De acordo com Fiuza MK et al, (2013) ocorrências de situações emergenciais durante os atendimentos clínicos nos consultórios odontológicos são considerados raros, porém não se deve nunca negligenciar esses acontecimentos. Levando-se em conta que todo e qualquer profissional de saúde não estão imunes de enfrentar episódios emergenciais inesperados.

Para Haas (2010), a gestão de qualquer emergência médica começa com a prevenção. Sendo assim, é indispensável que o cirurgião-dentista estabeleça uma relação com seu paciente, tendo total conhecimento sobre o estado geral de saúde. Assim, é imprescindível uma anamnese rica em informações, um exame físico, com avaliação de sinais vitais em todas consultas, afim de obter uma maior segurança e reduzir riscos de intercorrências.

Ainda que o profissional realize todas técnicas preventivas, as emergências no consultório nunca deixarão de ser um risco. Para CAPUTO et al., 2010; ANDERS et al., 2010; QUEIROGA et al., 2011; RESENDE et al., 2009; as dez principais intercorrências médicas relatadas durante o atendimento no consultório odontológico são: Lipotimia / Síncope, Hipoglicemia, Hiperventilação,

Crise asmática, Crise hipertensiva, Crise convulsiva, Choque anafilático, Obstrução das vias aéreas, Infarto Agudo do miocárdio e Parada cardiorrespiratória.

Lipotimia e Síncope (Diagnóstico e tratamento)

A lipotimia é descrita como um mal-estar passageiro, onde o indivíduo tem a sensação de angústia e imediato desfalecimento, apresentando os seguintes sinais e sintomas: palidez, sudorese elevada, zumbidos auditivos e/ou visão turva (ANDRADE et al., 2011). Já a Síncope é a perda rápida e momentânea da consciência proveniente de uma queda na oxigenação cerebral, diminuindo assim o fluxo sanguíneo. As principais sintomatologias: palidez, hipotensão, taquicardia, escurecimento da visão, sonolência, sensação de vazio gástrico e zumbido (RESENDE et al, 2009). Como proceder? Interromper imediatamente o atendimento e avaliar o grau de consciência, colocar o paciente em posição supina com as pernas levemente elevadas em relação a cabeça afim de promover passagem do ar. Nos casos de perda de consciência deve-se inclinar a cabeça cuidadosamente para trás para facilitar a respiração, monitorar os sinais vitais e aguardar 2 a 3 minutos, quando esta não é recuperada, o socorro móvel de urgência deve ser acionado (ANDRADE et al., 2011).

Hipoglicemia (Diagnóstico e Tratamento)

É caracterizada pelos baixos níveis de glicose no sangue, podendo afetar pessoas já portadoras da doença ou não. Para Resende et al., (2009), os níveis plasmáticos de glicose deve-se encontrar iguais ou inferiores a 40 mg/dL (Miligramas por decilitro). Esta disfunção ocorre quando há um crescimento de insulina no sangue fazendo com que muita glicose invada as células e poucas permaneçam na corrente sanguínea. As principais sintomatologias: Presença de náuseas, sensação de fome repentina e variação de humor. Podendo evoluir para: Taquicardia, sudorese, aumento de ansiedade, hipotensão, baixa temperatura corporal e por final, a perda da consciência (MONNAZZI et al., 2011).

Como proceder: Interromper o atendimento odontológico e retirar qualquer material da boca do paciente; Posiciona-lo confortavelmente; Instruir o paciente a ingerir carboidrato de rápida absorção (Suco, mel, refrigerante, entre outros)

até o profissional perceber que está ocorrendo uma melhora da condição do paciente; Deixá-lo na observação por no mínimo 30 minutos e liberar o mesmo na presença de outra pessoa; Indicar o paciente a procurar uma assistência médica assim que sair do consultório (ANDRADE; RANALI et al., 2011).

Caso o paciente encontre-se em estado de inconsciência; As manobras devem ser mais precisas, já que podem ocorrer um agravamento da situação: Desse modo, interromper e desobstruir a boca do paciente; Solicitar o sistema de emergência(SAMU); Monitorar a respiração e os pulso; Posiciona- lo deitado na cadeira com os pés elevados; Em casos de hipoglicemia mais severa, deve-se administrar uma ampola de 10 ml de solução de glicose 25% por via Intravenosa; E seguir monitorando os sinais vitais do mesmo até a chegada dos médicos especializados (BARRETO; PEREIRA, 2011; ANDRADE; RANALI, 2011).

Crise Hipertensiva (Diagnóstico e tratamento)

A PA é um dos sinais vitais que consiste na força que o sangue exerce nas paredes internas das artérias. É fundamental que o profissional da saúde saiba mensurar e interpretar os valores pressóricos, a fim de evitar complicações durante um atendimento. A crise hipertensiva tem como característica o aumento da pressão arterial sistólica e/ou diastólica. De acordo com REZENDE et al., (2009) a PA pode ser definida da seguinte forma:

DEFINIÇÃO	PRESSÃO ARTERIAL (PA)
Pressão Arterial ótima	120/80 mmHg
Pressão Arterial normal	130/85 mmHg
Pressão Arterial alta	Entre 130/85 mmHg e 139/85 mmHg
Hipertenso controlado estágio I	Até 160/100 mmHg
Hipertenso controlado estágio II	Entre 160/100 mmHg e 180/110 mmHg
Hipertenso severo	Superior a 180/110 mmHg

Fonte: REZENDE et al., (2009).

Para prevenir uma crise hipertensiva a anamnese entra como fator determinante, bem como sempre manter o paciente tranquilo durante o procedimento (REZENDE et al., 2009).

A presença do esfigmomanômetro e estetoscópio ou aparelho de pressão digital são fundamentais ao atendimento de qualquer paciente, avaliando a PA antes e durante o procedimento realizado, para que possamos obter uma maior segurança do estado do mesmo. Principais sintomas de uma crise hipertensiva: enjoo, cefaleia intensa, vertigens, sudorese, dor na nuca, dor epigástrica, cianose, tosse, dispneia, pontos brilhantes na visão, respiração com ruídos, pressão no peito e rubor na face (BARRETO; PEREIRA, 2011).

Proceder numa crise leve e moderada: primeiramente devemos interromper o tratamento, colocar o paciente numa posição confortável e tranquilizá-lo, realizar o encaminhamento juntamente com um acompanhante para avaliação médica.

Proceder numa crise severa: solicitar imediatamente a equipe de socorristas (SAMU), monitorar os sinais vitais e realizar manobras do Seguro Básico de Vida (SBV). Para BARRETO et al., (2011) alguns fármacos são indicados para uma crise hipertensiva leve ou moderada, bem como Captopril (12,5mg) ou Nifepidina (10mg) via sublingual, todavia contraindicados para pacientes idosos por causarem descompensação acentuada. Vale ressaltar que em uma crise hipertensiva severa o cirurgião-dentista não deve realizar terapia medicamentosa, pois a mesma só compete aos médicos. (ANDRADE et al., 2011).

Hiperventilação (Diagnóstico e Tratamento)

A hiperventilação é uma condição definida por um aumento do volume de oxigênio aspirado que entra nos pulmões por unidade de tempo, fazendo com que ocorra uma eliminação excessiva de dióxido de carbono (CO_2), resultando na diminuição da pressão parcial de (CO_2) no sangue arterial, e em consequência disso há um aumento do pH sanguíneo e uma redução do fluxo sanguíneo cerebral (ANDRADE; RANALI, 2011); (BARRETO; PEREIRA, 2011).

De acordo com ANDRADE et al., (2011), a ansiedade é considerada a principal causa de hiperventilação. As principais sintomatologias são: Palpitação; taquicardia; xerostomia; sensação de sufocamento; aumento da frequência respiratória no qual varia de 25 a 30 movimentos respiratórios/ minutos, a base dessas taxas normalmente são de 14 a 18 movimentos por minutos;

formigamento nos dedos das mãos e pés e espasmos musculares. É extremamente importante o profissional saber distinguir a hiperventilação de outras doenças respiratórias (crise asmática aguda, broncoespasmo, embolia pulmonar, entre outras).

A hiperventilação é classificada em dois graus, a forma aguda que possui uma menor frequência e pode ser observada em ataques de pânico e crises asmáticas. Já a forma crônica é uma condição que pode ocorrer sem outras doenças subjacentes e é acontece com mais frequência, podendo ter episódios periódicos. A prevenção da hiperventilação consiste no controle da ansiedade do paciente, podendo até utilizar de forma consciente os métodos farmacológicos ou a sedação consciente (CAPUTO et al., 2010; ANDRADE; RANALI, 2011).

Como proceder: O cirurgião-dentista deverá interromper o atendimento imediatamente; retirar todo material da boca do paciente e posiciona-lo em de forma mais confortável e ereta. Em alguns casos é preciso administrar diazepam por via oral ou 10 mg via intravenosa (IV), deixando o paciente em observação por alguns minutos para assegurar a integridade do mesmo (ANDRADE; RANALI, 2011).

Crise asmática (Diagnóstico e tratamento)

A asma é uma patologia crônica caracterizada por episódios recorrentes de obstrução das vias aéreas, está associada hiperresponsividade brônquica caracterizada pelo desenvolvimento de uma reação alérgica a agentes extrínsecos e intrínsecos, bem como: AAs e outros AINES, alimentos, mudanças climáticas, infecções virais etc (RESENDE et al., 2009). A asma afeta cerca de 10% da população, sendo considerada um sério problema de saúde pública, vários estudos demonstraram que o aumento da mortalidade e morbidade observado na asma está associado, entre outros fatores, ao manejo inadequado da asma pelos profissionais de saúde e pacientes (VIEIRA et al., 2008).

De acordo com RESENDE (2009) como prevenção o cirurgião-dentista deve sempre solicitar ao paciente que traga sua medicação inalatória (broncodilatador), além de evitar durante o procedimento realizado substâncias

que sejam desencadeadoras de crise asmática. Principais sintomas de uma crise asmática: tosse, dispneia, enrijecimento do tórax, sibilância e dificuldade de falar. Proceder numa crise asmática leve: interromper imediatamente o tratamento e solicitar ao paciente que faça uso do seu broncodilatador aerossol, como por exemplo o Salbutamol, em seguida ofertar oxigênio (5 a 7 litros/minuto). Proceder numa crise asmática aguda: administrar 0,3ml, via subcutânea, de adrenalina 1:1000 (ampolas de 1ml) e solicitar o serviço de urgência (RESENDE et al. 2009).

Obstrução das vias aéreas (Diagnóstico e Tratamento)

De acordo com BARRETO E PEREIRA (2011), durante os atendimentos odontológicos, a sucção de objetos estranhos pode acontecer acidentalmente, isso se dá principalmente pela posição supina da cadeira odontológica, o que faz com que o paciente fique mais susceptível a esses acontecimentos ou também por algum descuido da parte do profissional. As incidências de materiais mais comuns são: Dentes, limas grampos, próteses e fragmentos ósseos.

Essa situação compromete totalmente ou parcialmente a circulação do ar ambiente até os alvéolos pulmonares. A obstrução das vias respiratórias é um incidente com alta gravidade que se não conduzida da maneira correta pode trazer riscos fatais à vida dos pacientes. Se por ventura venha acontecer uma obstrução durante o atendimento, esse objeto inalado pode percorrer por dois caminhos: O esôfago, que vai seguir para o trato gastrointestinal, por essa via geralmente o material é expelido nas fezes sem causar grandes danos, exceto quando é um material perfurocortante, o que pode gerar lesões internas. Já a traqueia, ocorre a obstrução a passagem do ar, isso caracteriza uma condição mais grave, pois em pouco tempo pode levar a vítima ao estado de inconsciência e aumentando o risco de morte (ANDRADE; RENALI, 2011).

Para ANDRADE & RENALI, (2011) e MALAMED (2016), a prevenção se dá aos cuidados simples como: Identificar os pacientes de risco, usar o lenço de borracha nos procedimentos restauradores e endodônticos, amarrar fio dental em objetos pequenos como grampos e rolinho de algodão, cautela ao realizar troca de brocas na turbina e usar um sugador potente.

Os principais sinais e sintomas são: Agitação, palidez, ruídos na respiração e em alguns casos a perda da consciência. Essa intervenção nesses casos se dá por manejos manuais, tais como: Golpes nas costas com o paciente posicionado de lado com a cabeça mais para baixo do que o tronco e com a parte superior do corpo descaído para o lado na cadeira; Inspeção com os dedos, é uma técnica utilizados em pacientes inconscientes e quando o objeto estão acima da epiglote, isso se dá porque quando o paciente está inconsciente, os músculos entram em estado de relaxamento, facilitando assim a manobra de colocar os dedos e inspecionar na intenção de encontrar e remover o corpo estranho, nestes casos é possível a utilização de materiais de urgência, como o: Fórceps de intubação de Magill no qual é designado para permitir a remoção de objetos pequenos e grandes da parte distal da cavidade oral e da faringe, sua curvatura permite um posicionamento mais confortável na mão, enquanto a sua ponta permite uma maior apreensão do objeto (Figura A), e por fim, a manobra de Heimliche (ANDRADE & RENALI, 2011); (MALAMED, 2016).



Fig A Fonte: MALAMED, 2016

A manobra de Heimliche é a técnica mais utilizada para prestação de socorro em casos de obstrução das vias respiratórias, sua execução é: O profissional posiciona por trás da vítima; levemente inclinando o corpo na direção do paciente e envolvendo seus braços em volta da região abdominal superior; posicionando os polegares acima do umbigo; colocar uma mão sobre a outra, após isso iniciar as compressões para dentro e para cima, até a vítima conseguir expelir o objeto. Já se o paciente tiver inconsciente a técnica é dessa forma: Posicionar o paciente de forma supina em uma área reta (de preferência o chão); Levantar a cabeça e o queixo, fazendo com que ocorra uma abertura das vias

aéreas; sentar com as pernas abertas em cima das pernas da vítima; colocar a mão com os dedos entrelaçados contra a parte média do abdômen; pressionar o abdômen para frente e para cima; Realizar essa compressão de 6 a 10 vezes; Abrir a boca do paciente e inspecionar com os dedos e ficar repetindo o processo até o objeto ser expelido do corpo (ANDRADE & RENALI, 2011).

Crise convulsiva (Diagnóstico e tratamento)

Para MALAMED (2016) a maioria dos episódios convulsivos é uma alteração temporária na função cerebral, caracterizada clinicamente por um início abrupto dos sintomas motores, sensoriais ou psíquicos, somente nos casos em convulsões seguidas, em pouco intervalo de tempo, ou quando o episódio convulsivo se torna contínuo, é que se caracteriza uma emergência médica potencialmente letal. Nestes casos, são necessários o pronto atendimento e a terapia com medicamentos específicos para evitar a morte ou uma morbidade pós-convulsiva mais significativa.

Uma definição mais moderna afirmou que um episódio convulsivo é “um episódio de desordem de função cerebral caracterizado por um ataque que envolve alterações no estado de consciência, atividade motora ou fenômenos sensoriais; um episódio convulsivo tem início súbito e geralmente uma breve duração” (MALAMED, 2016).

A prevenção de atividade convulsiva aguda no ambiente odontológico pode ser difícil, devido à natureza idiopática na maior parte das convulsões. Entretanto, a avaliação física do paciente, previamente ao tratamento, pode facilitar a prevenção de convulsões produzidas por perturbações metabólicas ou tóxicas. A avaliação adequada do paciente, o preparo, o cuidado na seleção dos agentes anestésicos e o uso de técnica apropriada de administração auxiliam na prevenção da reação tóxica. O objetivo de um profissional com os pacientes epiléticos é determinar a tendência de evolução de uma convulsão aguda durante o tratamento odontológico e tomar medidas necessárias para diminuir esta possibilidade. Ainda assim, o profissional e sua equipe devem estar preparados para tratar qualquer paciente cuja convulsão possa se desenvolver,

apesar das técnicas preventivas, e deve tentar diminuir qualquer complicação clínica associada (p. ex., danos ao tecido mole ou fraturas) (MALAMED, 2016).

Para RESENDE et al., (2009) uma crise convulsiva apresenta dois tipos de manifestação: grande mal (tônico-clônica) e pequeno mal (crise de ausência). A convulsão de grande mal apresenta assustadoras manifestações de contrações crônicas do tronco e extremidades, já a de pequeno mal é caracterizada por manifestações com ausências episódicas, olhar vago e languidez.

Proceder numa crise convulsiva: o tratamento de um paciente durante uma convulsão tônico-clônica concentra-se na prevenção de danos e manutenção de ventilação adequada. Em quase todas as convulsões, não há necessidade de medicamentos anticonvulsivos porque a maioria deles é autolimitador. Se a convulsão persistir por um período demasiadamente longo (> 5 minutos), entretanto, deve ser seriamente considerada a terapia com droga anticonvulsiva, como por exemplo, os benzodiazepínicos midazolam e diazepam, numa posologia de 0,2 a 0,3 miligramas por quilogramas, por via intramuscular e 5 a 10 miligramas por via intravenosa (RESENDE et al., 2009).

Quando uma convulsão se desenvolve e a vítima não se encontra sentada na cadeira odontológica, coloque-a gentilmente no chão, em posição supina. Se o episódio ocorrer com o paciente na cadeira odontológica, poderá ser difícil movê-lo. Nesse caso, deixe-o na cadeira, a qual deve ser colocada numa posição supina. Em caso de acúmulo exagerado de secreções na cavidade oral (saliva ou sangue), devemos manter a cabeça do paciente inclinada para trás (qualquer travesseiro ou apoio adicional, além do dispositivo de descanso para cabeça, deverá ser retirado) para proteção das vias aéreas, evitando uma obstrução parcial ou total (**FIGURA B**), se possível realizar sucção com o sugador entre as faces vestibulares e a mucosa jugal (**FIGURA A**) (MALAMED 2016).

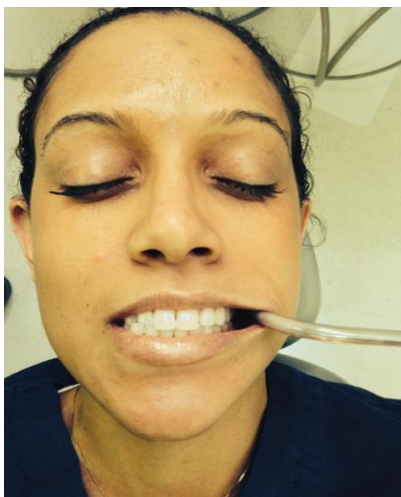


Fig A Fonte: MALAMED, 2016.



Fig B Fonte: MALAMED, 2016.

A grande preocupação é de que pacientes não machuquem os braços e/ou pernas com instrumentais odontológicos. Um outro membro da equipe deve afastar o máximo de equipamentos possíveis enquanto outros dois membros (se presentes) ficam ao lado do paciente para evitar riscos. Além disto, um dos membros pode se posicionar no tórax da vítima para proteger a cabeça e braços; o outro deve ficar ao lado dos pés como mostrado na figura C (MALAMED, 2016)

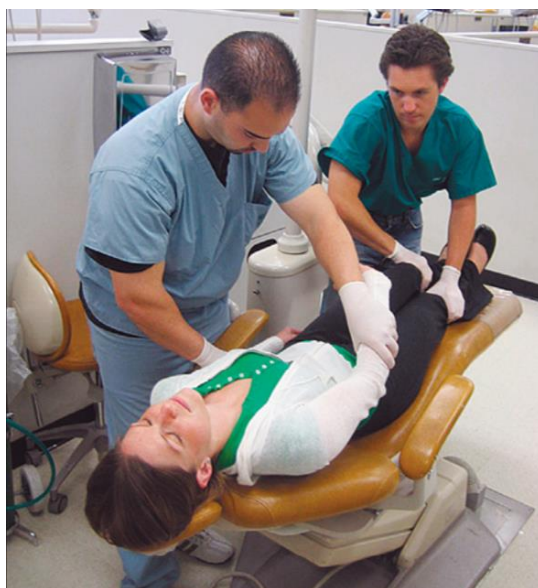


Fig C Fonte: MALAMED, 2016.

Reação de hipersensibilidade e o Choque anafilático (Diagnóstico e tratamento)

Para CAPUTO et al, (2010) as manifestações alérgicas são reações mediadas pelo sistema imunológico, podendo afetar outros órgãos. Entre as principais reações de hipersensibilidade dentro da odontologia, as principais são:

Anestésicos locais, principalmente a Lidocaína, analgésicos, anti-inflamatórios e os antibióticos, em especial a penicilina. Além dessas, o cirurgião-dentista deve sempre estar atento para qualquer alteração clínica do paciente, pois o mesmo pode desenvolver reações adversas a outras substâncias como: Látex e o metilmetacrilato (monômero das resinas acrílicas).

Este fenômeno é caracterizado por uma reexposição do paciente com determinado antígeno, é caracterizado por reações cutâneas (Rubor, urticária, prurido), rinite, dificuldade respiratórias, edema da laringe e outras sintomatologias. Essas ações são mais comuns e tratadas por meio da administração por via oral de anti-histamínicos, por exemplo, o loratadina, 10 mg de 8 em 8 horas. Entretanto, com a progressão dessas sintomatologias, o paciente pode apresentar um quadro de choque anafilático (RESENDE et al., 2009).

O choque anafilático consiste em uma reação alérgica aguda, que pode ser letal. Quando não diagnosticada ou tratada de forma imediata, ocorre uma progressão do caso, evoluindo o quadro gradativamente para uma inflamação no pescoço e face, gerando assim um espasmo dos brônquios e edema na laringe. É imprescindível que o profissional verifique se o paciente apresenta alguma dificuldade respiratória ou na fala, se há um edema na língua ou aperto na garganta, tosse exacerbadas ou ruídos e tontura. Quando essas reações são diagnosticadas, o profissional deve agir de forma imediata e correta, remover o agente alérgico e acionar o serviço de urgência, colocar o paciente na posição supina ou em casos que o mesmo se encontre com dificuldade de respirar posiciona-lo sentado e evitar que se locomova. Nesse intervalo, é da responsabilidade legal do cirurgião-dentista tentar restabelecer o paciente em estado estável, o tratamento é iniciado pela ventilação do paciente com oxigênio (6 litros por minuto) e monitorando seus sinais vitais, concomitantemente realizando a administração de adrenalina (0,3 mililitros) de forma subcutânea ou intramuscular, repetindo a cada 5 minutos, não ultrapassando a dosagem máxima, três doses; e administrar o anti-histamínico 50 mg por via intramuscular.

Infarto agudo do miocárdio (Diagnóstico e tratamento)

O infarto do miocárdio é denominado pela morte celular e necrose do músculo cardíaco afetado, ocorre quando o fluxo sanguíneo é dificultado, na maioria das vezes causado por uma obstrução da artéria coronária por um ateroma (ANDRADE, 2011). Para MALAMED, (2016) é geralmente caracterizada por dor subesternal grave e prolongada, intensa e de duração longa, as complicações associadas ao infarto do miocárdio incluem choque, insuficiência cardíaca e parada cardiorrespiratória. Apesar de ser uma situação clínica relativamente comum, a ocorrência do infarto agudo do miocárdio, infelizmente, ainda tem uma alta taxa de mortalidade; aproximadamente 36% das vítimas de infarto agudo do miocárdio morrem. Portanto, o cirurgião-dentista deve conhecer as formas de prevenir a sua ocorrência, bem como reconhecer seus sinais e sintomas num possível acontecimento no consultório odontológico.

O questionário da história médica, bem como o exame físico é de suma importância para prevenção do IAM, o paciente com uma história prévia de infarto do miocárdio deve ser identificado e o cirurgião-dentista deve tentar obter o máximo de informações sobre o estado geral atual do seu paciente, e se possível realização de uma consulta médica (MALAMED, 2016).

De acordo com ANDRADE e RANALI, 2011 como prevenção deve-se: evitar atender pacientes que tenham história de infarto num período menor que seis meses, mas caso seja uma urgência odontológica, entrar em contato com o cardiologista para tratar a possibilidade de realização do procedimento.

Para BARROS et al., 2011 os principais sintomas do infarto do miocárdio são: dor extremamente forte na região do osso esterno que pode se irradiar para braço esquerdo, nuca e mandíbula; náuseas; palidez; perda da consciência, sudorese e cianose das mucosas devido ao baixo fluxo sanguíneo.

Proceder no infarto agudo do miocárdio: interromper imediatamente o tratamento, colocar o paciente numa posição confortável (geralmente ereta) e solicitar o serviço de urgência. A menos que o paciente relate alergia a Aspirina, é recomendado uma dose de 325mg administrada via oral, mastigada e deglutida por todos pacientes com suspeita de IAM. Administrar oxigênio através de uma cânula nasal ou capuz nasal a uma vazão de 4 a 6 L/min. Os sinais vitais

(pressão arterial, frequência e ritmo cardíacos e respiração) devem ser monitorados em uma base regular (a cada 5 minutos) e registrados, e em caso de Parada Cardiorrespiratória, iniciar as manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) e só interromper quando o paciente apresentar reação ou chegar o socorro com desfibrilador automático (MALAMED, 2016).

A Parada Cardiorrespiratória (PCR) e o Suporte Básico de Vida (SBV).

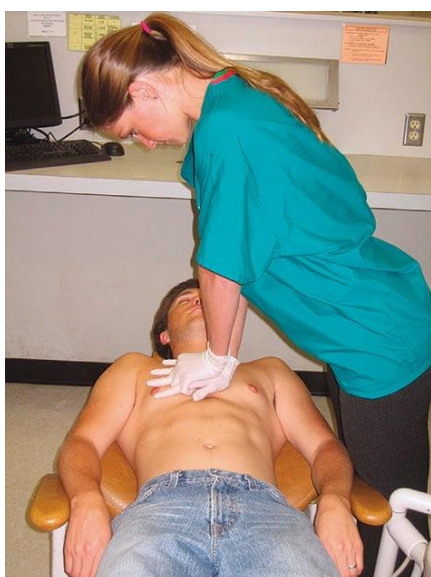
A PCR (Parada Cardiorrespiratória) ou morte súbita é basicamente a morte clínica do paciente, ou seja, o paciente não apresenta pulso, seu coração para de bater completamente ou trabalha de forma mínima e insuficiente. Se diagnosticada rapidamente e tratada poderá ser revertida, evitando assim a morte biológica ou celular, essa na qual não poderá ser revertida. Numa parada cardiorrespiratória (morte clínica), o sangue oxigenado ainda está presente nos outros tecidos do corpo, sendo assim as células ainda estão vivas e possuem energia para viverem um determinado tempo. Após a PCR, se o SBV (Suporte Básico de Vida) não for realizado, a morte biológica do tecido neuronal (cérebro) ocorre em aproximadamente 4 a 6 minutos. Portanto, o cirurgião-dentista necessita estar apto para realizar rapidamente as manobras da RCP (Ressuscitação Cardiopulmonar) e aumentar as chances de sobrevivência do seu paciente (MALAMED, 2016).

Os aspectos fundamentais do SBV (Suporte Básico de Vida) no adulto incluem: reconhecimento imediato da parada cardiorrespiratória, contato com o sistema de emergência, início da RCP e uso do DEA (Desfibrilador Externo Automático), assim que disponível (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2019).

No SBV, o C-A-B-D se trata de um mnemônico para simplificar os passos do atendimento de emergência. A letra “C” significa “chek” (checagem), etapa que é realizado a checagem da respiração, contato com o serviço de emergência e início das compressões torácicas. O profissional deve posicionar uma mão sobre a metade inferior do esterno da vítima e a outra mão sobre a primeira, entrelaçando-a. É necessário de 100 a 120 compressões por minuto, comprimindo com profundidade de 5cm, evitando compressões com mais de 6cm. Permitir o retorno completo do tórax a cada compressão evitando se apoiar

sobre o mesmo. Vale ressaltar, que na presença de um outro profissional qualificado a troca a cada 2 minutos pode ser realizado, para evitar fadiga e a compreensão ser sempre eficaz. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2019). Para MALAMED, 2016 caso o paciente apresente um quadro de PCR na cadeira odontológica a manobra de RCP pode ser realizada na cadeira, contanto que o profissional consiga se posicionar de maneira que os braços estejam estendidos 90° acima do paciente, caso contrário, colocar a vítima no chão com ajuda de outra pessoa.

POSIÇÃO CORRETA



Fonte: MALAMED, 2016.

POSIÇÃO INCORRETA



Fonte: MALAMED, 2016.

A letra “A” significa “airway” (abertura das vias aéreas), o cirurgião-dentista deve posicionar uma mão na testa da vítima e a outra mão na proeminência óssea do mento. A cabeça deve ser estendida para trás, alongando os tecidos do pescoço e levantando a língua para fora da região posterior da faringe. A inclinação da cabeça – elevação do mento é o procedimento mais importante na manutenção da patência das vias aéreas (MALAMED, 2016).



Fonte: MALAMED, 2016.

A letra “B” significa “breath” (ventilação), devem ser realizadas em uma proporção de 30 compressões para duas ventilações, com duração de apenas 1 segundo cada, fornecendo quantidade de ar suficiente para promover a elevação do tórax. A ventilação excessiva é contraindicada, pois pode aumentar a pressão intra-torácica, reduzindo a pré-carga e o Débito Cardíaco (DC), e comprometendo a sobrevida. É indicado que o profissional utilize mecanismos de barreira para evitar uma possível contaminação, como por exemplo, máscara de bolso (pocket mask) ou Bolsa Válvula-Máscara (BVM) conhecida também como AMBU (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2019).

A letra “D” significa desfibrilação, profissionais de saúde em instalações com DEA (Desfibrilador Externo Automático) disponíveis no local devem administrar RCP até que o DEA chegue ao local da emergência. Este dispositivo deve ser utilizado assim que se torne disponível no local, quando a parada cardiorrespiratória ocorre no consultório odontológico, a equipe de emergência do consultório irá responder assistindo a vítima, realizar compressões torácicas e ventilações, enquanto um segundo membro solicita a vinda do serviço médico de emergência e outro membro traz o DEA para o local da emergência. Vale ressaltar, que as manobras de RCP não devem ser interrompidas até a vítima reagir ou a equipe de emergência médica chegar para realização do SAV (Suporte Avançado de Vida) (MALAMED, 2016).

Fármacos emergenciais.

De um modo geral é de suma importância que o cirurgião-dentista possua em seu consultório odontológico fármacos de emergência para lidar com determinados tipos de intercorrências médicas. Para ROSENBERG, 2010 drogas de emergência geralmente são compostos poderosos e de ação rápida. A abordagem correta para o uso de medicamentos em qualquer emergência médica deve ser essencialmente de suporte e conservadora. Alguns medicamentos de emergência são:

MEDICAMENTO	INDICAÇÃO	ADMINISTRAÇÃO
EPINEFRINA	REAÇÃO ALÉRGICA GRAVE	AMPOLAS; SOLUÇÃO 1:1.000 POR VIA SUBCUTÂNEA OU INTRAMUSCULAR.
AEROLIN (SALBUTAMOL)	CRISE AGUDA DE ASMA (BRONCOESPASMO)	DUAS OU TRÊS INALAÇÕES A CADA UM MINUTO.
DIFENIDRAMINA	REAÇÃO ALÉRGICA LEVE	50 mg VIA INTRAMUSCULAR OU 25 A 50 mg VIA ORAL A CADA 3 OU 4 HORAS.
GLICOSE (SUCOS,BALAS)	HIPOGLICEMIA LEVE	PACIENTE CONSCIENTE INGERE.
GLUCAGON	HIPOGLICEMIA AGUDA	APLICAR 1mg/1mL VIA INTRAMUSCULAR.
ÁCIDO ACETILSALICÍLICO(ASPIRINA)	INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO	MASTIGAR E ENGOLIR 325MG

Fonte: ROSENBERG, 2010.

Equipamentos essenciais e/ou emergenciais.

Alguns equipamentos são de extrema importância no consultório odontológico, como forma de prevenir intercorrências médicas ou realizar os primeiros socorros numa possível emergência no próprio ambiente de trabalho do cirurgião-dentista. Para ROSENBERG, 2010 o equipamento de monitoramento que fornece informações básicas para avaliação primária deve incluir um estetoscópio e um esfigmomanômetro. Um monitor de sinais vitais automatizado para fornecer dados fisiológicos, incluindo pressão, nível de saturação de oxigênio do paciente, frequência cardíaca e temperatura. O glicosímetro também

é essencial nos casos de hipoglicemia, pois seu fácil manuseio permite ao cirurgião checar taxas de glicose em segundos.

Como citado anteriormente no tópico “Obstrução das vias aéreas”, a Pinça Magil pode salvar uma vida na recuperação de objetos estranhos perdidos nas vias respiratórias (ROSENBERG, 2010)

O oxigênio é de importância primordial em qualquer emergência médica e deve estar disponível em um cilindro portátil que possa ser transportado facilmente para qualquer local do consultório, pode ser utilizado sempre que a hipoxemia estiver presente (ex.: lipotimia, síncope, convulsão, crise aguda de asma, anafilaxia, infarto do miocárdio etc. A presença da máscara de bolso (pocket mask) ou Bolsa Válvula-Máscara (BVM) no ambiente odontológico também são essenciais no quadro de hipoxemia (ROSENBERG, 2010)

A disponibilidade de um Desfibrilador Externo Automático no ambiente odontológico é de extrema importância no caso de uma PCR, tendo em vista que a desfibrilação precoce com esse dispositivo reduz significativamente as chances de óbito da vítima (ROSENBERG, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer do atendimento odontológico as emergências médicas podem surgir de forma inesperada. Partindo desse pressuposto, o cirurgião-dentista tem como dever legal a prestação dos primeiros socorros, a capacitação de diagnosticar, tratar e principalmente tentar prevenir essas intercorrências nos consultórios. Desta forma, é imprescindível o conhecimento técnico para avançar nos principais manejos na tentativa de minimizar os riscos fatais à vida do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MALAMED, Stanley ,**Emergências médicas em odontologia**, 7ª Edição ,São Paulo, Guanabara Koogan, 2016;

HAESE, Rayane Del Puppo e CANCADO, Martina Renata Pittella. Urgências e emergências médicas em odontologia: avaliação da capacitação e estrutura dos consultórios de cirurgões dentista. **Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac. [online]**. 2016, vol.16, n.3, pp. 31-39.

SAAVEDRA, Jorge. Emergencias médicas en la atención odontológica: pacientes "de riesgo" y/o "en riesgo" / Medical emergencies in dental care: 'risk' and/or 'at risk' patients. **Rev. Asoc. Odontol. Argent** ; 108(1): 1-5, ene.-abr. 2020.

CAPUTO, Isamara Geandra Cavalcanti; BAZZO, Glaucio José; SILVA, Ricardo Henrique Alves da e DARUGE JUNIOR, Eduardo. Vidas em risco: emergências médicas em consultório odontológico. **Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac. [online]**. 2010, vol.10, n.3, pp. 051-058.

COLET, Daniela; GRIZZA, Geraldo Luiz; FLEIG, Cláudio do Nascimento; CONCI, Ricardo Augusto; SINEGALIA, Aline Cristine. Acadêmicos e profissionais da odontologia estão preparados para salvar vidas? **RFO UPF** vol.16 no.1 Passo Fundo Jan./Abr. 2011

-medical emergency management in the dental office (memdo): a pilot study assessing a simulation-based training curriculum for dentists

--- necessidades de aprendizagem em emergências médicas de pasantes de la licenciatura en cirugía dental

ANDRADE, ED, RANALI, J, **Emergências médias em Odontologia**, 3ª Edição, São Paulo, Artes Médicas, 2011.

RESENDE, R. G. de; LEHMAN, L. F. C.; MIRANDA, B. B. de; CUNHA, J. F. da; COSTA, M. L. T.; GOMEZ, R. S.; TRAVASSOS, D. V.; CASTRO, W. H. de. Complicações sistêmicas no consultório odontológico: parte I. **Arquivos em Odontologia**, [S. l.], v. 45, n. 1, 2016.

-DE BARROS, Maysa Nogueira Ferreira; GAUJAC, Cristiano; TRENTTO, Cleverson Luciano; DE ANDRADE; Maria Carolina Viana. Tratamento de Pacientes Cardiopatas na Clínica Odontológica. **NOME DA REVISTA** v. 4 n. 1 (2011): jan./abr.

-ATUALIZAÇÃO DA DIRETRIZ DE RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR E CUIDADOS CARDIOVASCULARES DE EMERGÊNCIA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIO

-USING NATIONAL EARLY WARNING SCORE (NEWS) 2 TO HELP MANAGE MEDICAL EMERGENCIES IN THE DENTAL PRACTICE.

QUEIROGA, Tadeu Barbosa; GOMES, Raquel Christina; NOVAES, Márcio Meneses; MARQUES, Jamila Leal dos Santos; SANTOS, Kátia Simone Alves; GREMPEL, Rafael Grotta. Situações de emergências médicas em consultório odontológico. Avaliação das tomadas de decisões. **Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac.** vol.12 no.1 Camaragibe Jan./Mar. 2012

-Preparing for medical emergencies The essential drugs and equipment for the dental office rosenberg

VIEIRA 2008 ASMA