

EMERGÊNCIAS MÉDICAS NO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO: O IMPLANTODONTISTA ESTÁ REALMENTE PREPARADO?

Medical emergencies at the dental office: is the dental implant practitioner really prepared? A literature review

Luciano Mayer*
Fernando Vacilotto Gomes**

*Cirurgião-dentista, implantodontista, doutorando em CTBMF – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, PUCRS; Professor do Curso de Especialização em Implantodontia – AGOR/RS; Membro do Colégio Brasileiro de CTBMF

**Cirurgião-dentista, cirurgião, traumatologista bucomaxilofacial e mestrando em CTBMF – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS/RS.

RESUMO

O implantodontista e sua equipe podem se deparar com alguma emergência médica durante o exercício de sua atividade profissional, o que deve ser considerado mesmo durante procedimentos não invasivos. Sabe-se da importância de um controle rápido e eficaz das situações de urgência e emergência que poderão ocorrer no consultório odontológico. Em vista disso, através desta revisão da literatura, procuramos alertar e orientar o cirurgião-dentista, em especial o implantodontista, sobre as principais situações de emergência médica que poderão ocorrer no consultório odontológico, apresentando os sinais e os sintomas das mesmas e as formas de tratamento e/ou os primeiros cuidados que deverão ser tomados para a manutenção da vida do paciente.

Unitermos – Tratamento de emergência; Implante dentário; Ressuscitação cardiopulmonar.

ABSTRACT

Dental implant practitioners and related staff can be faced with a medical emergency throughout their professional activity and this must be considered even during non-invasive procedures. The importance of a fast and effective control upon urgency and emergency situations that may occur at the dental office is well known. Thus, through this literature review, the dental implant practitioner can be advised on major medical emergencies that may occur in the dental office, with its accompanying signs and symptoms, and what treatment forms and/or first actions must be taken to keep the patient's life.

Key Words – Emergency treatment; Dental implants; Cardiopulmonary resuscitation.

Recebido em Nov/2012
Aprovado em dez/2012

Introdução

A possibilidade do cirurgião-dentista e de sua equipe enfrentarem alguma emergência médica no exercício da sua atividade profissional deve sempre ser considerada mesmo durante procedimentos não invasivos. De modo geral, o cirurgião-dentista não está preparado para lidar com tais situações; muito provavelmente pela falta de treinamento para o tratamento de emergências ambulatoriais – fato que pode ser resultado do ensino deficiente, ainda na fase da graduação em Odontologia.

Muito embora tais situações possam ocorrer durante procedimentos clínicos, o número de ocorrências eleva-se durante os tratamentos cirúrgico-odontológicos. Nesse caso, a ansiedade e a possibilidade de uma abordagem menos conservadora tornam o paciente mais susceptível a experimentar alguma alteração, não só comportamental, mas também de ordem sistêmica.

Verifica-se a necessidade de uma criteriosa anamnese, onde devem constar todos os dados de sua história médica e odontológica pregressa, das alterações sistêmicas que possui, das medicações que faz uso, dos procedimentos já realizados e de suas experiências pós-operatórias.

Segundo a resolução CFM N°1451/95, define-se por urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, necessitando de assistência médica imediata. Já a emergência é a condição de agravo à saúde que implica em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo tratamento médico imediato¹.

Em uma pesquisa realizada na Grã-Bretanha e na Austrália, autores² demonstraram que cerca de dois terços dos graduandos em Odontologia, mesmo com treinamento, sentiram-se despreparados para conduzir uma situação de urgência durante o início de sua atuação profissional. No Brasil, alguns currículos de graduação em Odontologia ainda não preconizam o treinamento de suporte básico de vida (SBV) para os seus estudantes e muitos desconhecem as formas mais adequadas de abordagem frente a este tipo de necessidade.

Dessa forma, através desta revisão da literatura, os autores buscam alertar e auxiliar graduandos e profissionais no que diz respeito aos sinais e sintomas, ao diagnóstico e aos primeiros procedimentos que competem ao cirurgião-dentista frente às principais situações de urgências e emergências médicas na clínica odontológica.

Revisão da Literatura

Na Grã-Bretanha avaliou-se a prevalência dos incidentes emergenciais ocorridos nos consultórios

odontológicos, demonstrando ocorrência de um evento a cada 3,6 a 4,5 anos. Isso sugere que o clínico atenderá entre nove e 11 emergências médicas após 40 anos de profissão³. O mesmo estudo revelou que a maioria delas (52,2%) ocorreu durante procedimentos conservadores (devido ao tempo operacional gasto) seguidas de cirurgias dentoalveolares (23,5%) em função do estresse fisiológico e psicológico.

Outro trabalho que aplicou um questionário para 1.093 dentistas demonstrou que a síncope vasovagal foi a que preponderou. Os resultados apontaram que em 36,7% das vezes as emergências ocorreram durante o tratamento odontológico, em 23,1% ocorreram antes do tratamento, em 20% das vezes após a administração de anestésico local e em 16,4% após o procedimento clínico³.

Existem várias situações que podem desencadear uma emergência médica, em especial, na cadeira do dentista. Dentre elas, as de natureza cardíaca como: a angina, o infarto agudo do miocárdio (IAM), a disritmia e a síncope; as de origem vascular como: a hipertensão, a hipotensão, os sangramentos simples e as hemorragias; as de natureza pulmonar como: a obstrução das vias aéreas por materiais odontológicos, a asma, o enfisema pulmonar e a hiperventilação; as de origem metabólica como: a hipoglicemia, a hiperglicemia, as alterações sistêmicas pelos anestésicos locais e até mesmo situações como a intoxicação; e, por último, as de origem alérgica como: a anafilaxia, a urticária, o edema de glote e o bronco espasmo⁴.

Fatores como o aumento da expectativa de vida dos pacientes e o uso de fármacos cada vez mais potentes sugerem um aumento na probabilidade do cirurgião-dentista enfrentar uma situação de emergência. No entanto, a administração de anestésicos locais ainda é o principal fator causal, seguida da alteração de consciência (síncope)⁵⁻¹⁰. A justificativa encontrada se dá pelo metabolismo dos anestésicos locais no fígado e nos rins e pela presença dos vasoconstritores, que estariam contraindicados para hipertensos, diabéticos, pacientes com alterações de tireoide e para portadores de algumas doenças cardíacas⁵.

Nos casos de intoxicação por anestésicos locais, a primeira reação é de excitação com ansiedade, seguidas de convulsão e de confusão mental. O processo evolui para depressão respiratória, com comprometimento cardiovascular, hipotensão, hipoventilação ou apneia e inconsciência. As reações alérgicas são extremamente raras e estão vinculadas à administração endovenosa acidental do fármaco anestésico, sendo que o paciente apresenta náusea, vômito, fenômeno angioneurótico (aumento de volume generalizado na região cervical, podendo ser acompanhado de dor com grande possibilidade de obs-

trução de via aérea), crise de asma e anafilaxia³.

Com relação às situações de perda de consciência, como na síncope, os sinais vitais são norteadores, podendo ocorrer a diminuição dos batimentos cardíacos e a queda da pressão arterial (PA) associada à instabilidade respiratória. Se não há mudança na frequência cardíaca (FC) nem há redução da PA, uma hipotensão ortostática pode ser a causa. Havendo uma diminuição na PA e uma alteração na FC, pode-se estar frente a uma arritmia; e, quando se identifica a diminuição da PA com o aumento da FC, pode ser indicativo de um quadro de hipo ou hiperglicemia²⁻³.

A avaliação do risco do paciente é o primeiro passo na prevenção das emergências médicas. Sendo assim, existem alguns sistemas de classificação, como o utilizado pela Associação Americana de Anestesiologia (ASA), que auxilia os profissionais da saúde quanto ao plano de tratamento, à necessidade de avaliação médica específica ou à necessidade de atendimento hospitalar¹¹⁻¹³.

Um estudo¹⁴ apontou que alterações neurológicas como a hemorragia intracraniana iniciam com cefaleia acompanhada por perda da consciência, dilatação pupilar e flacidez das extremidades, a mortalidade se aproxima de 70%, sendo que a etiologia mais comum é a hipertensão. Os pacientes mais suscetíveis ao acidente vascular cerebral (AVC) são os com arteriosclerose, hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia, presença de malformação vascular, fumantes, pacientes com idade avançada, pacientes do sexo feminino e pacientes que utilizam contraceptivos orais. Os pacientes que apresentarem PA elevada (em torno de 180 por 100 mmHg), associada a cefaleia, são de risco potencial para um AVC⁶ (Tabela 1).

TABELA 1 - RELAÇÃO DOS SINAIS VITAIS E SUAS MARGENS DE NORMALIDADE E DE RISCO PARA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS EM CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

Sinais vitais	Normal	Borderline	Cuidado
Pulso (por minuto)	60 - 100	50 - 60 100 - 120	< 50 > 120
Pressão sistólica (mmHg)	90 - 140	80 - 90 140 - 190	< 80 > 200
Pressão diastólica (mmHg)	60 - 90	50 - 60 90 - 110	< 50 > 120
Taxa respiratória (por minuto)	12 - 20	10 - 12 24 - 36	< 10 > 36

Outra alteração neurológica importante é a convulsão, que pode estar relacionada a uma crise de hiperglicemia, ao uso de drogas, à abstinência ao álcool, à intoxicação anestésica, à malformação vascular, a presença de um tumor cerebral ou a uma crise epilética. Normalmente, o paciente informa na anamnese sobre problemas e, nesses casos, as situações de estresse devem ser evitadas durante o tratamento. A melhor prevenção para esta situação é a explicação passo a passo do tratamento dentário e, se necessário, a utilização de medicamentos para o controle da ansiedade^{6,8,14}.

No tratamento de situações relacionadas às alterações respiratórias é de suma importância que se tenha a disposição pontas de sucção adequadas acopladas a bombas de vácuo, máscara de oxigênio e bolsa de ressuscitação ou AMBU (unidade de bolsa para infusão de ar), como também, o esfigmomanômetro e o estetoscópio. A administração de soluções endovenosas necessita de um treinamento específico, optando-se preferencialmente o uso por via oral. As preparações orais hiperglicemiantes, anti-histamínicos, antialérgicos, corticoides, broncodilatadores, vasodilatadores e analgésicos são drogas que devem estar presentes na montagem de um *kit* emergencial básico¹¹⁻¹².

A prevenção é uma unanimidade entre os autores que estudam o manejo de emergências no consultório odontológico, estando indicada a utilização do suporte básico de vida como um instrumento para o dentista e sua equipe^{11,15}. Se o nível de procedimentos inclui o uso de sedação parenteral ou anestesia geral, o treinamento em suporte avançado de vida (SAV) faz-se necessário e deve ser realizado por uma equipe médica. Outra forma de facilitar o tratamento de situações emergenciais é ter a pronta disposição os telefones e os endereços de clínicas ou hospitais mais próximos do consultório¹¹ e do serviço de resgate (SAMU - 192).

Ressuscitação cardiopulmonar (RCP)

A definição e o tratamento de problemas que colocam em risco a vida do paciente tornam-se prioritários, antes mesmo do estabelecimento de qualquer diagnóstico. Sendo assim, o conhecimento sobre a história médica pregressa e a realização do exame físico tornam-se necessários. Segundo o suporte básico de vida, devemos seguir três passos essenciais quando da ressuscitação cardiopulmonar¹²⁻¹³. O protocolo mais recente (2010) que rege a ressuscitação cardiopulmonar¹³ alterou a antiga sequência deste procedimento de ABC (*airways, breathing, circulation*) para CAB, ou seja, quando do diagnóstico de uma parada cardiorrespiratória, a primeira ação para a reanimação do paciente é iniciar pela massagem cardíaca,

consenso por eles estabelecidos de 30 massagens para duas respirações (30:2).

- **(C) Circulation (circulação):** observar a presença de pulso palpável e/ou movimentação torácica. As características do pulso normal ou lento/ausente denotam, respectivamente, perfusão adequada ou não. A perfusão circulatória cerebral é sensível a pequenas variações e uma hipoperfusão pode manifestar-se por sinais de confusão, agitação e letargia. A ausência total do pulso é indicativa da necessidade da realização de compressões torácicas. Se houver presença de pulso, mesmo que fraco, não estão indicadas as compressões torácicas. Quando a hipoperfusão associa-se a presença de pulso, deve-se observar a pressão arterial; se estiver baixa, deve-se colocar o paciente em posição de Trendelenburg, com as pernas mais elevadas que a cabeça.
- **(A) Airways (vias aéreas):** observar queda posterior de língua e ou mandíbula, tecidos moles, corpo estranho nas vias aéreas superiores (VAS), edema e sangramentos. O exame inicia-se com a determinação do nível de consciência através de perguntas e chamados. Dessa forma, os pacientes que respondem, possuem permeabilidade de VAS e perfusão cerebral adequada. A maior parte dos pacientes odontológicos não responsivos enquadram-se na síncope vasovagal. Se o quadro de síncope associa-se a alterações respiratórias ou ausência de pulso, um serviço de emergência deve ser acionado imediatamente.
- **(B) Breathing (respiração):** a respiração anormal caracteriza-se por ausência de visualização dos movimentos dos músculos intercostais. Pacientes com dificuldade respiratória devem receber oxigênio suplementar através de AMBU ou outro método.

Segundo o guia para o manuseio de Emergências Médicas Americano¹⁰, as situações mais comuns são a síncope vasovagal, a angina de peito, o infarto agudo do miocárdio, a hipertensão, a hipotensão ortostática e as reações de hipersensibilidade por medicações ou anestésicos locais⁵. Outras situações como as de estresse emocional são fatores importantes e estão relacionadas ao medo ou a ansiedade do procedimento odontológico^{9,11}.

As principais situações de emergência que podem ocorrer no consultório odontológico são:

• **Lipotímia**

É definida como um mal-estar passageiro, acompanhada de palidez, sudorese aumentada, zumbidos auditivos e visão turva, sem levar à perda total de consciência⁷.

A incidência desse tipo de acometimento é maior em

adultos jovens e do sexo masculino. A melhor conduta frente a um paciente ansioso é a prevenção, avaliando-se o grau de ansiedade, orientando a realização de ingestão de alimentos antes da consulta, posicionando a cadeira em situação supina e não permitindo a observação do procedimento⁷.

• **Síncope**

É a perda súbita e transitória da consciência, devido à isquemia cerebral transitória generalizada causada pela redução na irrigação de sangue para o cérebro¹².

Normalmente, induzida pelo estresse que leva a liberação aumentada de catecolaminas. O paciente pode queixar-se de uma sensação subjetiva de mal-estar, de calor, de náuseas, de palpitação e, algumas vezes, essas sensações são seguidas de vômito. A queda do fluxo sanguíneo cerebral é decorrente da queda na pressão arterial, que corresponde à manifestação de tontura e fraqueza. Se os níveis pressóricos se mantiverem baixos, o quadro evolui para a perda da consciência e, em alguns casos, observa-se inclusive a instalação de um quadro convulsivo decorrente de isquemia^{6,7,11}.

A melhor prevenção para a síncope é a preparação do paciente para que possa ser submetido ao tratamento proposto através da explicação e exposição do que será feito, sempre de forma clara e objetiva, visando-se acalmar o paciente¹¹. Ocorrendo a síncope, suspende-se o procedimento, coloca-se o paciente em posição de Trendelenburg, onde os membros inferiores ficam a um nível mais elevado do que o tronco e a cabeça e administra-se oxigênio a 100% (3 a 5 L/minuto) através de uma máscara nasal^{6,7,10-11}.

• **Hipoglicemia e hiperglicemia**

Aproximadamente, 3% a 7% dos pacientes acometidos por diabetes *mellitus* (DM) estão predispostos a variações no nível de glicose circulantes no sangue¹⁶. O diagnóstico de DM é estabelecido quando os níveis de glicemia são superiores a 140 mg/dl, podendo ser do Tipo I (insulino-dependente) e Tipo II (não insulino-dependente).

As situações de emergência enfrentadas por estes pacientes são decorrentes de erros na dosagem da medicação utilizada para controle das taxas de glicose ou longos períodos sem a ingestão de alimentos. Outras situações, principalmente a hipoglicemia no DM Tipo I, podem alterar os níveis de glicose no soro devido a uma diminuição da ingestão calórica ou ao aumento do consumo de energia. A hiperglicemia leva, normalmente, à desidratação pela perda osmótica de grande quantidade de urina, manifestando-se com poliúria e polidipsia. Ape-

sar dos altos níveis de glicose, as células não têm como utilizar esse substrato energético, fazendo uso então dos triglicerídeos, que resultam em um quadro de cetoacidose gerado pela queda do pH sanguíneo. Se este quadro não é revertido, em uma fase mais avançada, pode se instalar o coma diabético, caracterizando-se pela expiração forçada (na tentativa de exalar dióxido de carbono e reverter a acidose metabólica), pelo hálito cetônico, pelo distúrbio visual e também pela taquicardia^{6-7,10-11,16}.

A hipoglicemia é definida com taxas de glicose inferiores a 50 mg/dL, podendo ocorrer após duas horas da administração da insulina e se manifesta por taquicardia, sudorese, confusão mental, dificuldade para falar, letargia e, por fim, a perda de consciência. Se o paciente referir estes sintomas deve-se suspender o procedimento e oferecer carboidratos de rápida absorção como sucos, refrigerantes ou água com açúcar. Se não obtiver melhora, está indicada a administração de glicose endovenosa ou glucagon intramuscular⁹.

• Reações de hipersensibilidade

A prevenção começa com um adequado diagnóstico e uma técnica correta de tratamento, pois o erro na identificação do problema, a dose mal calculada e a administração por vias erradas dos fármacos de uso odontológico pode agravar a situação ou trazer sequelas graves¹⁴.

Durante a administração dos anestésicos locais é importante o conhecimento do mecanismo de ação destas drogas e sua dosagem correta, tipo de vasoconstritor e a toxicidade do sal anestésico^{6,8,11}.

As reações alérgicas que envolvam vias aéreas superiores são graves e necessitam de intervenção imediata. A dificuldade respiratória, a alteração na fala e a respiração ruidosa são manifestações de edema e obstrução parcial de vias aéreas. Em um estágio mais avançado, a anafilaxia generalizada, a cianose das extremidades e das mucosas, a taquicardia, a queda da PA e a inconsciência podem se instalar. Se o quadro alérgico for limitado à pele, um anti-histamínico deve ser recomendado. Porém, se envolver o trato respiratório, o paciente deve ser colocado em decúbito dorsal com a cabeceira elevada, administrando-se oxigênio, adrenalina e anti-histamínico por via intramuscular. Se houver sinais de obstrução de laringe, com a perda de consciência e a incapacidade de ventilação, a cricotomia ou cricotiroidostomia tem indicação, desde que seja realizada por um profissional treinado^{6-8,11}. Os pacientes asmáticos têm maior possibilidade de sofrer anafilaxia quando comparados com outros pacientes alérgicos^{6-7,10}.

É importante o cirurgião-dentista observar sinais e sintomas apresentados pelo paciente durante todas as fases do tratamento odontológico clínico-cirúrgico. Muitas

vezes, os próprios pacientes relatam experiências como sendo de anafilaxia, mas quando questionados cautelosamente durante a anamnese, referem evidências claras de terem apresentado uma síncope vasovagal⁶⁻⁷. Verifica-se, pois, a diferença entre as duas entidades na Tabela 2.

A crise de anafilaxia começa com uma reação generalizada envolvendo rapidamente o sistema respiratório e circulatório. Além da taquicardia há exacerbação dos sintomas alérgicos, especialmente nasal e faríngeo. Outros sintomas comuns são broncoespasmos, urticária e angioedema. Os sintomas abdominais são menos comuns e, quando presentes, incluem: diarreia, vômitos e cólicas. As dificuldades respiratórias, a hipotensão e a arritmia podem preceder o colapso^{5-7,10}.

TABELA 2 - RELAÇÃO DE SINAIS E SINTOMAS DA SÍNCOPE VASOVAGAL E DA ANAFILAXIA

Sinais e sintomas	Síncope vasovagal	Anafilaxia
Pulso	Lento	Rápido
Pressão sanguínea	Normal	Baixa
Edema	Ausente	Presente
Cor da face/temperatura	Pálido/frio	Vermelho/quente
Distúrbios respiratórios	Ausentes	Presentes
Sudorese	Presente	Ausente

• Angina pectoris

Conceitualmente estabelecida como dor ou desconforto torácico expressado pelo paciente como aperto no peito. A dor deve ser bem definida pelo paciente, pois o desconforto pode ser pela má-postura, refluxo esofágico, presença de artrite reumatoide, problemas respiratórios ou ansiedade^{7,17}.

A oferta de oxigênio para o músculo cardíaco depende muito da capacidade de seu transporte no sangue, assim como, do fluxo coronariano. A angina é uma dor que ocorre na região torácica, logo abaixo do osso esterno, resultante de uma diminuição temporária do fluxo sanguíneo nas artérias coronarianas. Na maioria das vezes, a dor é amenizada pelo simples repouso ou pelo uso de medicamentos vasodilatadores coronarianos sem causar complicações residuais. Entretanto, durante uma crise de dor no peito podem ocorrer alterações no ritmo cardíaco, recidivas de IAM e até mesmo morte súbita^{7,17}.

Deve-se, sempre que possível, identificar a origem da sintomatologia dolorosa, suspender o tratamento e colocar o paciente em uma posição semirreclinada. Pode-se, também, administrar dinitrato de isossorbida 5 mg, administrar oxigênio a 100% (3 a 5 L/minuto), conferir

Como verificamos na revisão da literatura, a situação do cirurgião-dentista, principalmente no Brasil, é precária no que se refere ao treinamento para atendimento de emergências médicas em consultório. Mesmo em países onde existe o treinamento nas faculdades, os profissionais não se sentem preparados para enfrentar estas situações².

o pulso e a pressão arterial. Se o quadro for revertido, manter o oxigênio por mais cinco minutos e remarcar o procedimento dentário. Quando há evolução para IAM, depois de tomadas as medidas anteriores, administrar dois a três comprimidos de ácido acetil salicílico (AAS) 100 mg (amassados ou para mastigar) e monitorar os sinais vitais^{9,11}. Durante este atendimento inicial, solicita-se o resgate do paciente por uma equipe médica especializada (SAMU – 192), informando a condição em que o paciente se encontra, sinais e sintomas avaliados, assim como, os cuidados que estão sendo tomados enquanto aguarda-se o serviço de resgate.

Discussão

Como verificamos na revisão da literatura, a situação do cirurgião-dentista, principalmente no Brasil, é precária no que se refere ao treinamento para atendimento de emergências médicas em consultório. Mesmo em países onde existe o treinamento nas faculdades, os profissionais não se sentem preparados para enfrentar estas situações².

Na função de profissional da saúde, o cirurgião-dentista necessita de treinamento adequado para lidar com as situações de emergências médicas. Para isso, há a necessidade de orientação sobre o suporte básico de vida desde os cursos de graduação, visando-se enfrentar as situações de urgência e emergência no consultório odontológico. Da mesma forma, é importante a integração com as demais áreas de saúde, principalmente a Enfermagem, a Medicina e áreas afins.

No Brasil, algumas instituições têm realizado esse treinamento como hospitais universitários, corpo de bombeiros e instituições privadas. Entretanto, a maior preocupação do cirurgião-dentista está no reconhecimento dos sinais e sintomas das emergências e em saber quais as condutas corretas, bem como a utilização de drogas para a manutenção da vida do paciente. Enumeramos as situações mais comuns como síncope vasovagal, hipo e hiperglicemia, reações de hipersensibilidade e angina *pectoris*. Com isso, observamos que muitos sinais e sinto-

mas se assemelham, o que torna necessário maior conhecimento das alterações dos sinais vitais, da utilização das vias de acesso (subcutânea, endovenosa e intramuscular), a aquisição de equipamentos de primeiros socorros e de medicamentos específicos^{11,15,18}.

É importante considerar que boa parte das emergências no consultório odontológico ocorre durante os procedimentos clínico-cirúrgicos, sendo este o dia a dia do implantodontista. Tal fato reforça a necessidade de um treinamento específico deste profissional, tendo-se em vista que o acúmulo de conhecimento teórico sobre o correto manejo em situações de emergências permitirá adequado e pronto atendimento ao paciente acometido. No entanto, em algumas situações, o despreparo do profissional torna-o incapaz de realizar os primeiros socorros frente ao quadro clínico apresentado pelo paciente. Esta situação pode dificultar o tratamento subsequente, diminuindo as chances de sucesso quanto ao prognóstico do doente^{2,3,18-19}.

Outro fator importante é a necessidade do cirurgião-dentista possuir em um local de fácil acesso no seu consultório um *kit* com materiais, instrumentais e medicamentos de primeiros socorros²⁰. Entre eles, pode-se citar: uma cânula de Guedel, importante para desobstrução de via aérea; AMBU e máscara facial; cilindro de oxigênio e máscara nasal; abaixador de língua; medicamentos como ampola de adrenalina injetável, ampola de corticosteroides, analgésicos opioides e não opioides, comprimidos de anti-histamínicos, comprimidos de vasodilatadores coronarianos, *sprays* de bronco dilatadores, assim como, seringa e agulhas descartáveis. Este *kit* possibilita o manejo adequado no momento da emergência, facilitando o trabalho subsequente pela equipe médica e favorecendo o prognóstico do paciente (Tabela 3).

A área de atuação do cirurgião-dentista apresenta diversas estruturas importantes, sensíveis ao toque e friáveis ao manejo inadequado. Sendo assim, muitos pacientes experimentam experiências desconfortáveis quando do tratamento odontológico, possibilitando a ocorrência de náusea, vômito, ansiedade extrema e, algumas vezes, dificuldade em permitir o atendimento, o que facilita a ocorrência de situações indesejadas. Observando-se as terapêuticas propostas para emergências em consultório odontológico, coincide a suspensão do tratamento que está sendo realizado, o controle dos sinais vitais e, em casos mais extremos, a solicitação de um serviço de resgate de emergência. Estas ações, instintivamente realizadas por profissionais preparados, podem ser vitais para a sobrevivência de um paciente. Fato que não é consumado por uma equipe despreparada ou que não apresente um conhecimento teórico-prático adequado.

TABELA 3 – RELAÇÃO DE COMPLICAÇÕES, SEUS SINAIS CLÍNICOS E FORMA DE TRATAMENTO AINDA NO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

Complicações	Sinais e sintomas	Tratamento
Parada cardiorrespiratória	Paciente não responsivo, ausência de pulso, ausência de fluxo ventilatório, ausência de movimentos torácicos.	Iniciar RCP (ressuscitação cardiopulmonar) e acionar o resgate. (C) circulation = massagem cardíaca. (A) airways = liberar as vias aéreas. (B) breathing = respiração. OBS: a cada 30 compressões, faz-se duas ventilações.
Hipersensibilidade	Eritema, urticária, prurido, angioedema, dispneia, cianose, náuseas, vômitos, dor abdominal, incontinência urinária e parada cardíaca.	Suspender medicamento. Administrar epinefrina 0,5ml (IM). Administrar oxigênio a 100% (3 a 5 L/minuto). Administrar anti-histaminico (VO). Monitorar sinais vitais (Pulso e PA). OBS: Acionar o resgate em situações mais graves ou em dificuldade de manejo do paciente.
Dor torácica (Angina Pectoris)	Aperto em região do esterno e dor intensa na região.	Suspender o tratamento odontológico. Colocar o paciente em posição confortável. Administrar um comprimido de vasodilatador coronariano sublingual (dinitrato de isossorbida 5 mg). Administrar oxigênio a 100% (3 a 5 L/minuto). Monitorar sinais vitais. Acionar o resgate se a dor persistir.
Desconforto respiratório	Respiração ofegante e com chiado, dispneia, taquicardia, tosse e ansiedade.	1. Suspender o tratamento odontológico. 2. Posicionar o paciente sentado na cadeira. 3. Administrar bronco dilatador spray (metaproterenol, isoproterenol). 4. Administrar oxigênio a 100% (3 a 5 L/minuto). 5. Monitorar sinais vitais. 6. Acionar o resgate se desconforto persistir.
Síndrome da hiperventilação	Tonturas, zumbido, amortecimento dos dedos e lábios, respiração ofegante e curta, dor torácica, xerostomia, palpitações, taquicardia, mialgia, espasmos, tremor e ansiedade extrema.	1. Suspender o tratamento odontológico. 2. Posicionar o paciente sentado. 3. Acalmar o paciente verbalmente. 4. Fazer com que o paciente respire gás carbônico, colocando um saco de papel próximo ao rosto. 5. Administrar Diazepam 10 mg (VO) se necessário. 6. Monitorar sinais vitais.
Corpo estranho em via aérea	Obstrução de via aérea, dificuldade respiratória, tentativa de expelir algum material, cianose, perda de consciência.	1. Suspender o tratamento odontológico. 2. Posicionar o paciente sentado e pedir para tossir o objeto. 3. Se inconsciente, acionar o resgate. 4. Colocar o paciente em posição supina e comprimir o abdômen (manobra de Heimlich), inspecionar a boca, tentando ventilar. 5. Administrar oxigênio a 100% (3 a 5 L/minuto) até chegar o resgate.
Náusea e vômito	Desconforto gástrico, náusea, mal-estar e vômito.	1. Suspender o tratamento odontológico. 2. Colocar o paciente em decúbito lateral. 3. Se o vômito cessar e não houver sintomas de aspiração (monitorar os sinais vitais por 30 minutos). 4. Se houver aspiração: acionar o resgate, administrar O ₂ , monitorar sinais vitais e transportar para hospital. 5. Se houver hipóxia: iniciar RCP (ressuscitação cardiopulmonar) e acionar o resgate
Ansiedade (lipotímia)	Diminuição da PA, bradicardia, náuseas, hipotensão, sudorese intensa.	Suspender o tratamento odontológico. Posicionar o paciente em supino com os membros inferiores levemente acima da cabeça (Trendelenburg). Acalmar o paciente e explicar os fatos. Administrar Oxigênio a 100% (3 a 5 L/minuto). Avaliar sinais vitais.
Síncope vasovagal	Diminuição da PA, bradicardia, náuseas, hipotensão, sudorese intensa e perda de consciência momentânea.	1. Suspender o tratamento odontológico. 2. Posicionar o paciente em supino com os membros inferiores levemente acima da cabeça (Trendelenburg). 3. Monitorar sinais vitais. 4. Observar respiração. 5. Administrar oxigênio a 100% (3 a 5 L/minuto). 6. Se houver perda de consciência prolongada, acionar o resgate.
Hipotensão ortostática	Diminuição da PA, bradicardia, náuseas, hipotensão, sudorese intensa sem perda de consciência.	Suspender o tratamento odontológico. Posicionar o paciente em supino com os membros inferiores levemente acima da cabeça (Trendelenburg). Monitorar sinais vitais. Normalizando a pressão arterial, retornar o paciente sentado. Dispensar o paciente acompanhado. Solicitar avaliação médica para realizar as próximas intervenções.
Convulsões	Movimentos tônico-clônicos do tronco e extremidades, perda da consciência, vômitos, obstrução das vias aéreas, perda do controle dos esfíncteres anal e urinário.	1. Suspender tratamento odontológico 2. Colocar o paciente em posição supina (preferencialmente no chão) 3. Proteger de objetos próximos 4. Se estiver inconsciente: chamar resgate e monitorar sinais vitais 5. Se estiver consciente: Aspirar vias aéreas, monitorar sinais vitais, administrar Oxigênio a 100% (3 a 5 L/minuto)
Intoxicação por anestésicos locais	Fala lenta e confusa, tremor, cefaleia, visão turva, convulsões e vômito.	Suspender a administração do anestésico local. Colocar o paciente em posição supina. Monitorar sinais vitais. Administrar oxigênio a 100% (3 a 5L/minuto). Se os sintomas não melhorarem, acionar o resgate.
Hipoglicemia	Fome, náusea, alteração de comportamento, prostração, taquicardia, transpiração, palidez, ansiedade, mudança de comportamento, confusão mental e hipotensão.	1. Colocar o paciente em posição supina. 2. Monitorar sinais vitais. 3. Oferecer ao paciente alimentos doces (sucos, balas etc.). 4. Se estiver inconsciente: acionar o resgate.

IM: intramuscular; VO: via oral; PA: pressão arterial; Resgate: SAMU, serviço médico de emergência (192).

Conclusão

Faz-se necessário o estabelecimento de um protocolo de atendimento para pacientes com potencial à emergência. O cirurgião-dentista deve reconhecer tais situações, através de sinais e sintomas, e utilizar os recursos de seu conhecimento para a manutenção da vida do paciente. É necessário que seja incluído, nos currículos das faculdades, treinamento de suporte básico de vida e familiarização do profissional ao atendimento de situações de urgência e emergência no consultório odontológico.

Referências

1. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1451/95. Diário Oficial da União, sessão 1, página 3666. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm>. [cited 17-03-95]. Acesso em: ??????????????.
2. Atherton GJ, McCaul E, Williams A. Medical emergencies in general Dental practice in Great Britain Part I: their prevalence over a 10-year period. *Brit Dent J* 1999;186(2):72-9.
3. Atherton GJ, McCaul E, Williams A. Medical emergencies in general Dental practice in Great Britain Part III: perceptions of training and Competence of GPs in their management. *their. Brit Dent J* 1999;186(5):234-7.
4. Saef SH. Assessment of the medical emergency. *Dent Clin North Amer* 1995;39(3):487-99.
5. Shampaine GS. Patient assessment and preventive measures of medical Emergencies in the dental office. *Dent Clin North Amer* 1999;43(3):383-400.
6. Malamed SF. *And book of medical emergencies in the dental office*. 3ª ed. St. Louis, Mosby Company, 1987.
7. Andrade ED, Ranali J. *Emergências médicas em odontologia*. 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 2011.
8. Bennett RC. *Anestesia local e controle da dor na prática dentária*. 7ª ed. WB Saunders Company, 1989.
9. Sonis ST. *Medicina Oral*. St. Louis, Mosby Company, 1989.
10. Curricular guidelines for management of medical emergencies in dental education. *J Dent Educ* 1981;45(6):379-81.
11. Peterson LJ. *Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery*. 2 ed. St. Louis, Mosby Company, 1993.
12. Wilson WC, Grade CM, Hoyt DB. *Trauma: emergency resuscitation perioperative anesthesia surgical managment*. vol 1. Informa Healthcare USA, Inc. New York, USA. 2007.
13. Sayre MR, Koster RW, Botha M, Cave DM, Cudnik MT, Handley AJ et al. Part 5: Adult basic life support: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation* 2010;122(16):298-324.
14. Busscots GV, Ilzaan BI. Dental patients with Nerologic and psychiatric concerns. *Dental Clin North Am* 1999;43(3):471-83.
15. Gordon BR. Prevention and management of office allergy emergencies. *Otol Clin North Am* 1992;25(1):119-34.
16. Bavitz JB. Emergency management of hypoglycemia and hyperglycemia. *Dental Clin North Am* 1995;39(3):587-94.
17. *Manual Merck de Medicina: diagnostico e tratamento*. 15. Ed. São Paulo: Roca, 1993.
18. Bilder L, Hazan-Molina H, Aizenbud D. Medical emergencies in a dental office: inhalation and ingestion of orthodontic objects. *J Am Dent Assoc* 2011;142(1):45-52.
19. Sangrik LJ. Medical emergencies: are you prepared? *Dent Today* 2010;29(9):14-8.
20. Rosenberg M. Preparing for medical emergencies: the essential drugs and equipment for the dental office. *J Am Dent Assoc* 2010;141(1):14-9.

Nota de esclarecimento

Nós, os autores deste trabalho, não recebemos apoio financeiro para pesquisa dado por organizações que possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho. Nós, ou membros de nossas famílias, não recebemos honorários de consultoria ou fomos pagos como avaliadores por organizações que possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho, não possuímos ações ou investimentos em organizações que também possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho. Não recebemos honorários de apresentações vindos de organizações que com fins lucrativos possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho, não estamos empregados por entidade comercial que tenha patrocinado o estudo e também não possuímos patentes ou *royalties*, nem trabalhamos como testemunha especializada, ou realizamos atividades para uma qualquer entidade com interesse financeiro nesta área.

Endereço para correspondência:

Luciano Mayer

Rua Felipe Neri, 296/403 – Bairro Auxiliadora

90440-150 – Porto Alegre – RS

Tel.: (51) 3388-8452

contato@clanicamayer.com.br