

Sandra Marisa Barbosa Araújo

**Guia rápido de Emergências e Pacientes de Risco em Medicina Dentária,**

**Revisão Narrativa**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2022



Sandra Marisa Barbosa Araújo

**Guia rápido de Emergências e Pacientes de Risco em Medicina Dentária,**

**Revisão Narrativa**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2022

Sandra Marisa Barbosa Araújo

**Guia rápido de Emergências e Pacientes de risco em Medicina Dentária,**

**Revisão Narrativa**

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para  
obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

---

“O meu mundo não é como o dos outros, quero demais, exijo demais; há em mim uma sede de infinito, uma angústia constante que eu nem mesma compreendo, pois estou longe de ser uma pessimista; sou antes uma exaltada, com uma alma intensa, violenta, atormentada, uma alma que não se sente bem onde está, que tem saudade... sei lá de quê!”

Florbela Espanca

## RESUMO

Emergências médicas severas com comprometimento real da vida existem em ambiente de consulta de Medicina Dentária embora, felizmente, ocorram raramente. Exatamente porque não se trata de uma situação comum no cotidiano profissional do Médico Dentista, é necessário garantir que, quando ocorram, as suas consequências em termos de mortalidade e morbidade sejam reduzidas ao máximo. E, para tal, além de reconhecer sinais e sintomas associados a cada emergência, o como, o quando, o com que rapidez e com o que atuar farmacologicamente, o Médico Dentista deve preferencialmente evitá-las dando importância a todo o ambiente que circunda a consulta e tratamento dentário, mantendo para isso atualizada a história do paciente.

Com este artigo, pretende-se rever a medicação emergente que não deve faltar no consultório do Médico Dentista, cuidados a ter com essa medicação, bem como os seus efeitos secundários. É ainda contemplado, de um modo objetivo e sintético, o algoritmo de atuação deste profissional de saúde.

Palavras-chave: “emergências médicas na prática dentária”; “emergências em odontologia”; “pacientes de risco em odontologia”

***ABSTRACT***

Severe medical emergencies with real life impairment are a reality in a dental consultation environment although, fortunately, they rarely occur. Precisely because this is not a common situation in the daily professional life of the Dentist, it is necessary to ensure that when they do occur, their consequences in terms of mortality and morbidity are reduced to the maximum. For this to happen, in addition to recognizing the signs and symptoms associated with each emergency: the how, the when, the how quickly and with what to act pharmacologically, the Dental Practitioner should preferably avoid them by focusing on the entire environment that surrounds the consultation and dental treatment while keeping the patient's history updated.

This article aims to review the emergency medication that should not lack in the dentist's office, the care to be had with that medication, as well as its side effects. It is also mentioned, in an objective and concise way, the algorithm of action of this health professional.

Key words: “medical emergencies in dental practice”; “emergencies in odontology”; “risk patients in dentistry”

## **Dedicatória**

*Aos meus eternos pequeninos,  
Gabriel e Valentina,  
pelas longas noites de distância e pelos infinitos dias de ausência.  
Por não estar quando vocês, meus amores, tanto precisavam de mim...*

*E a ti... Marcos. És tu! Sempre foste tu! Tu sabes... meu Amor.*

## **Agradecimentos**

Agradeço a todos os elementos da *The World In, Lda* que fazem parte da sólida arquitetura que mantiveram esta obra de pé.

Porque eu sou apenas uma pequena parte de um sonho muito maior.

## ÍNDICE GERAL

INDICE GERAL .....	i
INDICE DE TABELAS .....	ii.
INDICE DE ABREVIATURAS .....	iii
INDICE DE ANEXOS .....	iv
I. INTRODUÇÃO .....	1
1. Materiais e Métodos .....	2
II. DESENVOLVIMENTO .....	3
1. Emergências e pacientes de risco cardiovascular	
1.1. Crise hipertensiva .....	5
1.2. <i>Angina pectoris</i> e Enfarte Agudo do Miocárdio .....	6
1.3. Síncope vasovagal .....	7
2. Emergências e pacientes de risco não cardiovasculares	
2.1. Crise convulsiva em pacientes com epilepsia .....	8
2.2. Hipoglicemia em diabéticos .....	9
2.3. Reação alérgica/de hipersensibilidade e anafilaxia .....	10
3. Outros pacientes de risco	
3.1. Antiagregação plaquetária .....	11
3.2. Pacientes hipocoagulados .....	11
3.3. Insuficiência renal/Transplantados renais e hemodialisados .....	14
III. DISCUSSÃO .....	15
IV. CONCLUSÃO .....	16
V. BIBLIOGRAFIA .....	17

## ANEXOS

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Classificação das emergências em Medicina Dentária .....	4
--	---

## INDICE DE ABREVIATURAS

- MD** | Médico Dentista
- OMD** | Ordem dos Médicos Dentistas
- MA** | Médico Assistente
- DGS** | Direção Geral de Saúde
- SBV** | Suporte Básico de Vida
- NICE** | *Nacional Institute for Clinical Excellence*
- PA** | Pressão Arterial
- HA** | Hipertensão Arterial
- CH** | Crise Hipertensiva
- PCR** | Paragem Cardiorrespiratória
- DAE** | Desfibrilhação Automática Externa
- INEM** | Instituto Nacional de Emergência Médica
- CVD** | Doenças cardiovasculares
- ADA** | *American Diabetes Association*
- T1D** | Diabetes tipo I
- T2D** | Diabetes tipo II
- AAS** | Ácido Acetilsalicílico
- DNI** | Dinitrato de Isossorbido
- PIM** | Posição de Intercuspidação Máxima
- IA** | Isolamento Absoluto
- INR** | *Internation Normalized Ratio*
- HNF** | Heparina Não Fracionada
- HBPM** | Heparina de Baixo Peso Molecular
- AVK** | Antagonistas da Vitamina K
- oACO** | Novos Anticoagulantes orais diretos
- PT** | Plano de Tratamento

## INDICE DE ANEXOS

<b>ANEXO I</b> – Situações emergentes mais comuns em Medicina Dentária .....	18
<b>ANEXO II</b> - Equipamento mínimo de SBV de carácter obrigatório em Medicina Dentária .....	19
<b>ANEXO III</b> - Listagem de fármacos emergentes obrigatórios em Medicina Dentária .....	20
<b>ANEXO IV</b> – Classificação da Pressão Arterial em adultos .....	21
<b>ANEXO V</b> – Cadeia de Sobrevivência .....	22
<b>ANEXO VI</b> - Algoritmo de atuação do Médico Dentista em pacientes com crise convulsiva .....	23
<b>ANEXO VII</b> – Nova classificação da <i>Diabetes mellitus</i> .....	24
<b>ANEXO VIII</b> – Classificação dos procedimentos dentários quanto ao risco de hemorragia .....	25

## I. INTRODUÇÃO

A **emergência médica**, segundo o Dicionário da Língua Portuguesa, “*Do latim emergentia, (...) emergere, é considerada um acontecimento clínico inesperado ou de gravidade excepcional em que a vida e a saúde enfrentam uma ameaça e que requer cuidados médicos imediatos*”. Em situações de emergência, devem ser tomadas medidas súbitas, para evitar agravamento da situação e evitar a morte.

Em Portugal, paciente de risco e paciente especial são sinónimos. Em muitos países, a designação de paciente especial está conotada a pessoas com problemas do foro psiquiátrico, deficiência mental ou física, distúrbio sensorial e da comunicação e até síndromes congénitas. Paciente de risco designa, portanto, um conjunto de doentes com alguma condição sistémica crónica e que de algum modo poderá condicionar o tratamento considerado habitualmente, normal.

Esta tese de Mestrado Integrado nasce na tentativa de conjugar dois grandes objetivos. Um deles, pela demanda de alguns Colegas de Medicina Dentária, após entrada nos anos clínicos propriamente ditos deste Mestrado Integrado e o confronto com situações clínicas - algumas hipotéticas, outras em ambiente de consulta nas Clínicas Pedagógicas da UFP - quanto à interpretação de parâmetros clínicos de pacientes com comorbilidades, o uso de terapêutica combinada desses mesmos pacientes e a necessidade de prescrição farmacológica após o procedimento dentário, iniciaram uma série de questões e incertezas que se forem deparadas no quotidiano de um Médico Dentista poderiam criar algum tipo de impasse e retrocesso nos tratamentos e saúde dos pacientes.

O outro objetivo que pesou na escolha do tema foi a necessidade pessoal de integração de conhecimentos farmacológicos adquiridos numa primeira licenciatura em Ciências Farmacêuticas pela Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, entre 1997 e 2003. De certa forma, nasce, assim, a união simbiótica entre dois mundos pertencentes à área da saúde que, embora distintos, conseguem, nesta tese, complementar-se, tendo como propósito maior a saúde e manutenção do bem-estar físico e psíquico do paciente.

O objetivo geral da presente revisão da literatura consiste na elaboração de um manual de consulta complementar à mala de emergência obrigatória em consultório, ou seja, um guia de fácil e rápido acesso, que possa acompanhar os Colegas de Medicina Dentária

diariamente. Uma ferramenta eficaz quando, no seu quotidiano profissional, os Colegas se depararem com situações que possam comprometer o estado de saúde geral dos seus pacientes ou até as suas próprias vidas.

Tal manual pretende descrever as emergências médicas consideradas mais comuns em consultório de Medicina Dentária, atitudes terapêuticas e algoritmo de atuação do Médico Dentista (MD) perante tais situações. Além disso, rever os cuidados a garantir aos pacientes de risco em consulta respeitando, acima de tudo, a sua segurança. Exemplificam-se como cuidados, o ambiente de consulta, a necessidade de implementação de um protocolo de controlo de ansiedade antecipado em doentes mais ansiosos; o modo de administração da solução anestésica; o uso ou não de substância vasoconstritora na solução anestésica; o posicionamento adequado na cadeira; a hora do dia mais favorável para o atendimento, entre outros.

## **1. Materiais e métodos**

A metodologia utilizada foi a revisão narrativa da literatura científica mais recente sobre o tema, usando como base de dados a *PubMed*, *Scielo* e *Elsevier* e selecionados artigos via *online*. As buscas foram realizadas no período de janeiro a março de 2022.

A pesquisa foi limitada a artigos científicos dos últimos 5 anos (2018 a 2022).

Foram também consultadas alguns livros e manuais de referência na área.

## II. DESENVOLVIMENTO

O momento da consulta de Medicina Dentária foi sendo conotada ao longo dos anos como uma experiência traumática associada a uma grande carga de ansiedade e medo por parte dos pacientes. O próprio ambiente envolvente da consulta encontra-se ligado à experiência de dor e desconforto, que, por si só, podem desencadear situações de emergência mesmo não existindo doenças sistêmicas associadas.

No seu dia a dia, o MD deve assumir na integridade o seu papel como profissional de Saúde. Não só como Dentista, mas como Médico; vendo os pacientes como um todo de desordens de ordem física, mental e social.

A consulta de Medicina Dentária é procurada por pacientes com uma grande diversidade de faixas etárias, desde crianças a pessoas de terceira idade. O medo e a ansiedade podem por si só despoletar situações emergenciais. Durante muitos anos, pacientes com doenças sistêmicas não frequentavam o consultório médico-dentário devido a restrições médicas. Graças aos avanços da Medicina, estes pacientes apresentam doenças cada vez mais estabilizadas e a sua preocupação com a sua saúde oral cresce também. Aumentam, portanto, o número de pacientes com comprometimento sistémico na consulta de Medicina Dentária como diabéticos. A crescer, o fato de existir uma população cada vez mais envelhecida, com várias comorbidades e polimedicada, muitas vezes até sem Médico Assistente (MA) (Smereka, Aluchna, Aluchna, Puchalski, et al., 2019).

As emergências médicas não são um fenómeno raro no consultório dentário (Smereka, Aluchna, Aluchna, & Szarpak, 2019). De acordo com os diversos estudos, as emergências médicas mais comuns no consultório de Medicina Dentária são a síncope vagal, a crise de hipoglicemia, a crise epilética convulsiva, a crise asmática, a crise hipertensiva, o choque anafilático, *angina pectoris* (Jevon P., 2020). - Anexo I

A paragem cardiorrespiratória (PCR) é uma situação clínica mais rara. Uma análise efetuada aos equipamentos de Desfibrilhação Automática Externa (DAE) do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) utilizados logo após uma paragem cardíaca, indica uma elevada percentagem (76%) de vítimas com um incidente arritmico particular: fibrilhação ventricular.

Estes dados reforçam a necessidade da totalidade da equipa de trabalho (médica e não médica) garanta que competências para a realização de manobras de Suporte Básico de Vida (SBV) com utilização de DAE (Smereka, Aluchna, Aluchna, & Szarpak, 2019) e de acordo com a legislação em vigor (Decreto-Lei n.º 184/2012 de 8 de agosto, atualizado em março de 2021 no contexto pandémico SARS-COVID (*Guidelines-ERC-COVID-19-1*, 2021).

Além do dever cívico inerente a todo o cidadão, acresce a responsabilidade de profissional de saúde ao Médico Dentista. Segundo o Código Deontológico da Ordem dos Médicos Dentistas “*o médico dentista deve prestar os serviços para que está especificamente preparado para qualquer pessoa que se encontre numa situação de urgência, dado que por urgência entende-se a situação de perigo imediato de afetação grave da saúde geral do doente e a situação de perigo de vida*”. Por este motivo, os Médicos Dentistas devem procurar formação profissional adequada para que os problemas de ordem ética e legal sejam minimizados e não colocar a vida dos seus pacientes em risco (Veiga *et al.*, 2012).

De acordo com a Circular Normativa n.º 6/DSPPS/DGS de 31.03.2010 é de carácter obrigatório a existência de uma Mala de Emergência, contendo o equipamento mínimo de suporte vital e de emergência em gabinete médico e Manual de Procedimentos atualizado (Anexo II). Contém ainda lista de fármacos emergenciais obrigatórios (Anexo III)

Nesta revisão narrativa, as emergências mais comuns em Medicina Dentária estão organizadas em dois grupos distintos, distinguidas pelo fato de serem ou não de origem cardiovascular (Vaughan *et al.*, 2018). Serão ainda abordadas situações específicas como a hipocoagulação e a insuficiência renal.

Emergências cardiovasculares	Crises hipertensivas Angina de peito Enfarte agudo do miocárdio
Emergências não cardiovasculares	Síncope vasovagal Crises hipoglicemia em diabéticos Reação alérgica/anafilática Crises convulsivas em epiléticos
Outras	Hipocoagulação, insuficiência renal, transplantados

Tabela I – Classificação das Emergências em Medicina Dentária (Vaughan *et al.*, 2018)

## 1. Emergências e pacientes de risco cardiovascular

### 1.1. Crise Hipertensiva (CH)

A CH é uma condição caracterizada pela elevação da PA sistólica e/ou diastólica, muitas vezes silenciosa (Thenappan et al., 2018) – Anexo IV. Parte dos pacientes hipertensos nem mesmo sabem que possuem esta condição. Trata-se de uma situação mais comum numa faixa etária mais elevada, entre os 55 e os 60 anos de idade (Sharma et al., 2021). A CH pode ter como etiologia uma predisposição genética ou estar ligada aos fatores de risco como sedentarismo, obesidade, álcool, tabagismo, ingestão excessiva de sal, *stress* ou combinação destes fatores. Além destes, a exposição ao *stress* inerente à consulta devido à dor, ansiedade ou tensão pode conduzir a uma alteração do equilíbrio fisiológico, alterando a PA. A injeção acidental intravenosa de anestésicos com vasoconstritores também poderá ser um fator precipitante de uma CH A hipertensão de *bata branca* em pacientes ansiosos, caracterizada por uma elevação momentânea da PA em paciente não hipertenso, também se encontra descrita na literatura (Sharma et al., 2021).

Estando o doente identificado como hipertenso, a aferição da PA antes e durante o procedimento dentário, poderá constituir uma ferramenta útil a fim de evitar emergências principalmente durante cirurgias. Procedimentos cirúrgicos eletivos deverão ser adiados quando os doentes hipertensos que apresentam valores de PA  $\geq 180/110$  mmHg, uma vez que o risco de ocorrerem complicações no peri e pós-operatório está acrescido (Langowski & Trompczynski, 2018). Os sinais e sintomas apresentados numa situação de emergência hipertensiva incluem PA sistólica e diastólica superiores respetivamente a 180/120 mm Hg (Sharma et al., 2021), cefaleia, epistaxe, hemorragia gengival após manipulação, tontura, confusão mental, mal-estar e distúrbios visuais.

Posicionar o paciente numa posição confortável, tranquilizá-lo e monitorizar os sinais vitais são alguns dos procedimentos a realizar até à chegada de profissional médico da cadeia de sobrevivência (Anexo V). Os fármacos que poderão ser usados neste tipo de emergências incluem a classe farmacológica dos vasodilatadores, *nitroglicerina* e *dinitrato de issossorbido* (DNI) (Sharma et al., 2021) *per os* (via sublingual). Podem ser esperados como efeitos secundários, cefaleias e vômitos (Salvetti et al., 2018).

## **1.2. Angina pectoris e Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM)**

Neste contexto, existem duas situações clínicas importantes a distinguir. A angina de peito (AP) é um desconforto no peito ou áreas adjacentes causadas por isquemia do miocárdio após uma situação de *stress*, uma refeição mais encorpada ou após exercício físico intenso, mas que desaparece após remoção do fator (AP estável). A AP instável é uma situação mais grave, prévia ao EAM. EAM é uma síndrome decorrente da formação de trombos na artéria coronária. Segundo Herpich et. al, 2020 a detecção precoce de um enfarte passa pelo reconhecimento dos seus sintomas.

Mais uma vez, é reconhecida neste tipo de emergência a importância de uma história clínica completa e atualizada. Apenas pela avaliação da medicação habitual do paciente (onde estarão incluídos medicamentos do foro cardiovascular) é possível alertar o MD para uma eventual emergência deste género. Regra geral, estes pacientes especiais têm por hábito fazer-se acompanhar diariamente de uma medicação específica, de uso em SOS (habitualmente comprimidos de *nitroglicerina*).

À luz da literatura atual (Kimura et al., 2019) e do bom senso do MD, a opção de não realização do tratamento dentário não urgente deve ser tomada em relação a indivíduos com diagnóstico definitivo de angina peito instável (porque podem enfartar) ou pacientes que sofreram EAM nos 30 dias que antecedem o tratamento, sob o risco de poderem sofrer novo enfarte. Nestes pacientes, o tratamento deverá ser o mais conservador possível e, não o sendo, devem ser encaminhados para ambiente hospitalar.

O MD deve estar sensibilizado para um conjunto de sinais e sintomas que permitam o reconhecimento desta emergência. Os sintomas podem variar dependendo da causa e severidade e incluem dor ou desconforto súbito no peito (dor precordial) que não desaparece, conhecido pelo sinal de *Levine* (dor bastante mais severa no caso do enfarte). O paciente relata esta dor como sensação de pressão ou peso no peito. A dor pode disseminar para o braço direito ou esquerdo (no caso do enfarte) ou para o pescoço, mandíbula, costas, estômago ou membros inferiores. Sintomas vagais como enjoo, suores frios ou dificuldade de respirar, alterações ritmo cardíaco, aceleração da respiração, PA baixa, confusão e perda de consciência também podem estar presentes (Kimura et al., 2019). Reconhecida a situação emergente, deve ser administrado *ácido acetilsalicílico* (AAS), 150 a 300 mg, mastigável, desde que o paciente não apresente historial alérgico a salicilatos e administração de oxigénio 2 a 4 L/min para manter a saturação de oxigénio a 94-98%.

Também podem ser administrados *per os* (via sublingual) vasodilatadores coronários que fazem parte dos fármacos emergentes obrigatórios. Podem ser esperados como efeitos secundários episódios de hipotensão que são de certa relevância quando se tratar de um paciente hipotenso. De modo a evitar situações deste tipo, é importante que o MD garanta que o paciente faça a sua medicação habitual no dia da consulta. As consultas deverão ser de manhã porque os doentes estão mais calmos e, se possível, logo no horário de abertura da clínica (Jevon, 2020). A aferição dos sinais vitais pré-tratamento também deve fazer parte do protocolo de atendimento neste tipo de pacientes especiais. Sinais de alerta como a taquicardia devem ser indicadores da suspensão do tratamento dentário, se invasivo. Também a instituição de um protocolo de redução de ansiedade no dia antes da consulta ou 1 hora antes da consulta também poderá constituir um procedimento auxiliar neste tipo de paciente.

### **1.3. Síncope vasovagal**

Situação clínica também designada de desmaio que é devida a falta de oxigenação cerebral. É a causa mais comum de emergências em consulta de Medicina Dentária (Vaughan et al., 2018). Trata-se de um quadro caracterizado por perda de consciência de curta duração com ausência completa de resposta a estímulos sensoriais e emocionais. A insegurança e o medo por parte de pacientes mais apreensivos e ansiosos, aliada a estímulos visuais e sonoros característicos da Medicina Dentária, podem induzir alterações emocionais como o *stress*, forte motivador para esta situação clínica (Malamed, 1997). Há situações descritas por síncope relacionada com fatores não psicogénicos como condição física desfavorável, fome, ambiente quente, húmido ou com muitas pessoas. Os sintomas típicos incluem sudorese difusa, palidez, náuseas, aumento da frequência cardíaca (taquicardia) e inconsciência.

Após reconhecimento deste quadro, o MD deve colocar o paciente no chão, em posição de decúbito dorsal com as pernas elevadas em relação à cabeça (posição de *Trendelenburg*). Aliviar roupa ao nível do pescoço. Administração de oxigénio 8-10 L/min via máscara ou ressuscitador manual. O paciente deve recuperar a consciência em 15 segundos. Se o paciente não recuperar consciência, iniciar prontamente manobras de SBV (*Medical-Emergencies in Dental Practice- Practice Standard*, 2016.) Anexo V É importante que o MD institua um protocolo de redução de ansiedade em pacientes com antecedentes de síncofes induzidas por stress e consiga também uma boa comunicação com o paciente.

## **2. Emergências e pacientes de risco não cardiovascular**

### **2.1. Crise convulsiva em pacientes com epilepsia**

A epilepsia é uma patologia caracterizada por atividade elétrica espontânea anormal no cérebro, conduzindo a alterações crônicas na função neurológica. Estima-se que as crises convulsivas atinjam 10% da população global, sendo a prevalência da epilepsia em 1 a 2% na população mundial (Falco-Walter, 2020).

A sintomatologia típica das crises tónico-clónicas incluem premonição (alterações gustativas, olfativas e visuais); súbita perda da consciência, acompanhada de contrações musculares involuntárias e rigidez; cianose; salivação intensa (a presença de sangue misturado com a saliva indica que já ocorreram injúrias dos tecidos moles da boca como mordedura da bochecha), lábios e dentes cerrados. Eventual perda esfinteriana caracterizada por incontinência fecal e urinária. Crises podem durar vários minutos (2 a 5 minutos) e podem ser seguidos de inconsciência (Tevatia et al., 2017).

A premonição por parte do paciente deverá ser valorizada e o tratamento descontinuado. O paciente deve ser protegido, de modo a garantir a sua integridade física. Colocação do paciente na posição supina com os pés elevados, desobstruindo as vias aéreas. Ter em atenção que se o paciente venha a vomitar, deve ser colocado com a cabeça de lado evitando broncoaspirações – Anexo VI.

Não tentar controlar os movimentos do paciente sob risco de fratura óssea. A cabeça deverá ser protegida de dano traumático, garantindo que não se encontre refletida para a frente, de modo a não obstruir as vias aéreas. Evitar colocar objetos dentro da boca do paciente para garantir as vias aéreas desobstruídas. Os músculos da mastigação encontram-se em Posição de Intercuspidação Máxima (PIM) durante a crise. Deve evitar-se forçar a abertura de boca, sob o risco de dano dos tecidos moles e duros e ainda sob o risco de aspiração de peças dentárias (Blank and Bazil, 2019). Oxigénio fluxo aumentado 8-10 L/min usando máscara ou ressuscitador manual. Quando a crise terminar, verificar visualmente (Conselho Europeu de Ressuscitação *Guidelines* - ERC - COVID-19-1, 2020) se o paciente respira antes de o colocar em Posição Lateral de Segurança (PLS). Se o paciente estiver inconsciente, dar início a SBV (*Medical-Emergencies in Dental Practice-Practice Standard*, 2016).

A utilização de *diazepam*, 5 ou 10 mg, por via retal constitui um dos medicamentos de emergência em crises tónico-clónicas. No entanto, não se trata de um fármaco emergente obrigatório em consultórios de Medicina Dentária (Circular Normativa n.º 6/DSPPS/DGS de 31.03.2010) nem o MD possui a formação adequado para a sua administração.

## 2.2. Hipoglicemia em diabéticos

Num indivíduo saudável e num diabético controlado, a concentração sérica de glucose após uma noite de jejum varia entre os 70 a 110 mg/dL. 2 horas após a ingestão de uma refeição, esses valores encontram-se inferiores a 120 a 140 mg/dL. Em 2017, a *American Diabetes Association* (ADA) define hipoglicemia como valor de glucose capilar inferior ou igual a 70 mg/dL. (Silbert et al., 2018). Os sintomas mais comuns associados a uma crise de hipoglicemia incluem tremores, sudoeste, palidez, taquicardia, tonturas, cefaleia, fraqueza, parestesias, distúrbios visuais, hálito cetónico, lipotimia e alteração da consciência (pode variar de confusão mental, convulsões e inconsciência) – Anexo VII

A *diabetes mellitus* é uma doença metabólica bastante heterogénea (Ahlqvist et al., 2022). Tradicionalmente, divide-se em diabetes tipo I (T1D), tipo II (T2D) e gestacional (Ahlqvist et al., 2022). Os pacientes tratados com insulina, T1D, apresentam maior percentagem de casos de hipoglicemia que os medicados com antidiabéticos orais (AO). Crises hipoglicémicas severas em pacientes diabéticos podem traduzir-se em eventos isquémicos, arritmias e danos neurológicos podendo conduzir a um aumento da morbilidade e mortalidade (Freeland B., 2017).

Perante o reconhecimento da hipoglicemia, o MD deve de imediato interromper o tratamento médico e confirmar o diagnóstico através da medição da glicemia capilar. Nos casos em que o paciente se encontra consciente e com o refluxo de vômito conservado, a literatura aconselha a administração de 15 g de carboidratos (glucose de absorção rápida) de 15 em 15 minutos (Ahlqvist et al., 2022). Durante os 15 minutos de espera, deve ser aferida, de novo, a glucose capilar. Após restabelecimento dos valores normais, o paciente deverá realizar uma refeição, evitando, assim, recorrências. No caso de T1D, além da administração de açúcar de absorção rápida, deverá ser também administrada insulina de ação rápida (que não fazendo parte da mala de emergência do MD, pode ser pedido ao paciente que a traga no dia da consulta para alguma eventualidade).

Situações severas de hipoglicemia que impedem o paciente de engolir, ou seja, no caso de o paciente estar inconsciente, pode ser administrado *glucagon* 1 mg (via subcutânea, IM ou IV) sendo de esperar como efeitos secundários náuseas e vômitos. A recuperação demorará cerca de 5 a 10 minutos. O *glucagon* estimula a libertação de glucose pelo fígado por gliconeogénese.

Este fármaco, não fazendo parte da lista obrigatória na mala de emergência, poderá constituir uma opção responsável por parte do MD sabendo que tem pacientes diabéticos e que a qualquer momento poderão sofrer este tipo de emergências. Também poderá ser usada uma solução de glicose hipertônica (50%).

Nestes pacientes, poderá ser desenvolvido um protocolo de atuação mais personalizado. Por exemplo, quando da confirmação da consulta, advertir o paciente que deve alimentar-se normalmente no dia do tratamento, sem suspender a insulina ou a sua medicação. As consultas destes pacientes deverão ser agendadas logo pela manhã, idealmente 90 minutos após a última refeição (Gazal G., 2020) e devem ser evitadas consultas longas.

### **2.3. Reação alérgica/de hipersensibilidade e anafilaxia**

A reação alérgica é também uma das situações emergenciais mais comuns em Medicina Dentária. Define-se como um estado de hipersensibilidade devido à exposição a um alérgeno em particular (Smereka, et al., 2019). Os pacientes podem desenvolver reações alérgicas no momento que precede o tratamento, durante e até após o procedimento dentário (mais comuns as alergias ao látex das luvas cirúrgicas, ao dique de borracha usada em Isolamento Absoluto (IA) em endodontias, antibióticos da família das *penicilinas*, analgésicos opiáceos como a *codeína*, anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) como o *cetorolac* ou *diclofenac*, *metilparabenos* (conservante usado nas soluções de anestésicos locais) e até a vasoconstritores da família dos ésteres das soluções anestésicas locais como a *procaína* e a *tetracaína*, embora já não muito usados na prática clínica. Os sintomas comuns mais associados verificam-se ao nível da pele e das mucosas, ao nível da respiração, cardiovascular e gastrointestinal, podendo até ter manifestações bastante severas que conduzam a paragem cardíaca; angioedema e broncoespasmo; urticária, eritema, rinite, conjuntivite, dificuldade em respirar, estridor (respirações ruidosas), vasodilatação e diminuição da PA (sistólica menor que 90 mmHg), taquicardia, dores abdominais, vômitos e diarreia.

Após a identificação desta situação, o MD deve posicionar o paciente com as suas pernas mais elevadas e administrar um anti-histamínico da mala de emergência. O mais efetivo é, sem dúvida, a *epinefrina* ou *adrenalina*, em seringa pré-carregada, de conservação no frio, na dosagem de 0,5 mg 1:1000, com administração IM na face anterolateral da coxa. Repetir a cada 10 minutos. Como terapia adicional, pode ser administrado oxigénio, usando máscara facial num ritmo de 6 a 10 L/min.

### 3. Outros pacientes de risco

#### 3.1. Antiagregação plaquetária

As causas mais comuns que justificam a toma deste tipo de fármaco são a fibrilação auricular, pacientes que já sofreram Acidente Vascular Cerebral (AVC)- como terapia secundária- e em pacientes com alteração da coagulação (hipocoagulabilidade). Os fármacos mais comuns nesta situação são o *ácido acetilsalicílico* (AAS) na dosagem de 100 mg diários, o *clopidogrel* na dosagem de 75 mg/dia (usados em monoterapia ou terapia dupla) e o *ticagrelor 60 mg* (usado em condições clínicas muito específicas de doentes que enfartaram e têm colocadas sistemas STENT).

Da literatura consultada, *Antiplatelet Drugs: a review of pharmacology and the perioperative management of patients*, 2019, pacientes tratados em monoterapia ou terapia múltipla com agentes antiagregantes plaquetários não mostraram hemorragias extensas quando sujeitos a cirurgias orais *minor*. Deste modo, à luz das indicações atuais, o MD não tem necessidade de suspender a medicação em causa considerando o risco/benefício da suspensão da medicação neste tipo de doente. O tipo de hemorragia causada será facilmente controlado com medidas hemostáticas locais.

A terapia com *clopidogrel*, apesar de também não dever ser suspensa ou modificada quando em contexto de procedimentos médico dentários *minor*, poderá ser suspenso 7 dias antes da cirurgia em pacientes com baixo risco de eventos cardíacos e recomeçado na manhã seguinte à cirurgia, desde que assegurada a hemostasia (*Antiplatelet Drugs: a review of pharmacology and the perioperative management of patients*, 2019).

#### 3.2. Pacientes hipocoagulados

Existem condições clínicas que predis põem os doentes a um risco trombótico aumentado, nomeadamente a fibrilhação auricular, as próteses valvulares cardíacas mecânicas e os eventos trombóticos passados, pelo que lhes é prescrita medicação específica hipocoagulante com o objetivo de prevenir e/ou tratar eventos tromboembólicos.

Neste sentido, existem dois grandes grupos de armas terapêuticas: os fármacos anticoagulantes clássicos e a nova geração de anticoagulantes. Os antagonistas da vitamina K (*varfarina* e *acenocumarol*), *heparina* não fracionada, de uso hospitalar,

(HNF) e heparinas de baixo peso molecular (HBPM) (*enoxaparina*, *tinzaparina* e *dalteparina*) fazem parte dos anticoagulantes clássicos. Os anticoagulantes não antagonistas da vitamina (nACO): *dabigatrano*, *apixabano*, *edoxabano* e *rivaroxabano* são uma nova geração de fármacos que atuam diretamente sobre os fatores de coagulação e existem desde 2010 (CIM 2019). São também designados de anticoagulantes orais diretos (Steffel et al., 2018).

A HBPM, administrada de forma subcutânea, deve ser suspensa 24 horas antes da intervenção, quando administrada em dose terapêutica, ou 12 horas antes, quando administrada em dose profilática. Nestes pacientes, idealmente deverá ser consultado o MA antes de qualquer procedimento com o intuito de avaliar o estado médico do doente, assim como o regime de coagulação e o impacto da terapêutica no risco de hemorragia. Pacientes medicados com medicação antagonista da vitamina K para os procedimentos com baixo risco hemorrágico, no dia do procedimento devem apresentar um INR < 4, não ocorrendo necessidade de suspensão da medicação. Serão usadas medidas hemostáticas locais para contenção de possível hemorragia.

No caso de existir um elevado risco hemorrágico pós-operatório e havendo risco trombótico no pré-operatório, o MD deve pedir uma contagem de plaquetas e avaliar a função renal. Neste caso, deverá suspender a *varfarina* por 5 dias ou o *acenocumarol* por 3 dias.

Devem ser solicitados os valores de INR na manhã ou véspera da intervenção cirúrgica (no máximo 24 horas antes do procedimento cirúrgico). Se esse valor for < 1,5 poder-se-á avançar com a realização da intervenção; para valores > 2 a intervenção deverá ser adiada. Em caso de suspensão de medicação, já no período pós-operatório, deverá ser reiniciada no próprio dia se a hemóstase estiver assegurada (Ordem dos Médicos, 2020).

Em manobras invasivas e intervenções minimamente cirúrgicas, as características individuais como a idade, história previa de hemorragias, função renal e risco hemorrágico inerente à intervenção cirúrgica devem ser parâmetros a considerar na

determinação do tempo necessário à descontinuação e à reintrodução do nACO (Steffel et al., 2018).

Em Medicina Dentária, os procedimentos com risco hemorrágico são classificados como procedimentos cirúrgicos *minor* (*Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 2018) porque o grau de sangramento é baixo e facilmente controlado, recorrendo a técnicas de hemostasia local adequadas (Steffel et al., 2018) - Anexo VIII. Pelo risco reduzido de hemorragia neste tipo de procedimento, não é necessário suspender antecipadamente a medicação hipocoagulante nACO. Estes procedimentos devem ser realizados 12 a 24 horas após a última toma e a intervenção deve ser agendada nas 18 a 24 horas seguintes. Recomeçar em 6 horas. Se se optar pela suspensão: omitir a dose matinal anticoagulante de regime diário, ou a dose da tarde, 2 dias antes do procedimento. Para regimes bidiários a última dose deve ser na manhã anterior ao procedimento (Steffel et al., 2018). Do mesmo modo que não há necessidade de fazer a interrupção das tomas também não é recomendado o *bridging* com heparinas (Steffel et al., 2018). Relativamente aos tempos cirúrgicos, os procedimentos devem ser idealmente marcados para o início da manhã (para garantir que eventuais complicações hemorrágicas sejam controladas ainda durante o mesmo dia) e da semana (para providenciar ao doente a assistência necessária caso apresente uma hemorragia nas 24 ou 48 h após o procedimento).

Os procedimentos pericirúrgicos em caso de hemorragia, incluem técnicas hemostáticas específicas, incluindo utilização de celulose oxidada ou esponjas de colagénio absorvíveis, suturas, *mouthwashes* (irrigação ou bochecho) com *ácido trenaxâmico* 5% (fibrinolítico) ou compressas embebidas em *ácido trenaxâmico* 5% ou *ácido aminocapróico*. O paciente só deverá abandonar o consultório quando a hemorragia estiver completamente resolvida. O MD deverá estar acessível (Steffel et al., 2018).

### **3.3. Insuficiência renal/Transplantados renais e hemodialisados**

Sintomas primordiais de insuficiência renal incluem falta de apetite (anorexia), cansaço fácil, lassidão e fraqueza. Quando a doença se agrava, o paciente pode apresentar prurido, náuseas, vômitos e letargia; falta de ar e mãos e pés edemaciados. Algumas das manifestações orais patognomônicas presentes são o hálito urémico, estomatite urêmica, mucosa avermelhada, xerostomia, respiração bucal, mucosas pálidas devido a anemia.

Antes do tratamento dentário, e para que o MD tenha certeza do estado de saúde concreto do doente, deve entrar em contato com o MA ou Nefrologista. Após confirmação, a consulta deverá ser iniciada pela monitorização prévia dos sinais vitais do doente.

Para pacientes em hemodiálise, os procedimentos dentários deverão ser agendados para o dia seguinte à diálise (24h após), quando o efeito do anticoagulante houver cessado. Trata-se de doentes com maior risco de hemorragia.

O MD deve optar pela prescrição de fármacos (antibióticos, analgésicos, anti-inflamatórios) com metabolização hepática ou mista e considerar ainda o acerto da dose ou o intervalo de toma, garantindo a prescrição de doses não tóxicas. A escolha nas soluções de AL deve recair sobre anestésicos de metabolização, também ela hepática, como é o exemplo da lidocaína. No caso de pacientes que se encontrem em lista de espera para transplante renal, deverão ser aconselhados, pelo seu MA ou especialista, a realizar uma consulta profilática de Medicina Dentária com extração de dentes com prognóstico duvidoso. Após transplante renal, deverá ser evitado qualquer tratamento nos 6 meses seguintes.

### III. DISCUSSÃO

Os protocolos de emergência médica bem como o modo como os pacientes especiais são seguidos na consulta de Medicina Dentária estão bem estudados na literatura e não mudaram muito ao longo dos tempos. Há, no entanto, a necessidade de implementação de pequenos ajustes que poderão fazer parte de um atendimento personalizado e individualizado de cada profissional fruto do seu compromisso com o bem-estar dos seus pacientes, garantindo-lhes certeza, solidez e distinção na área.

A rotina de atendimento em Medicina Dentária, em Portugal, de um paciente descrito na anamnese como hipertenso, controlado ou não, não contempla a aferição da PA no início da consulta. Do mesmo modo, a não aferição da PA, por exemplo, a pacientes que apresentem visualmente características do típico Síndrome Metabólico e simultaneamente a utilização de solução anestésica com vasoconstritor, poderá conduzir a um desfecho menos positivo. Por isso, a implementação de procedimentos auxiliares simples por rotina como a aferição da PA em indivíduos hipertensos e normotensos ou a medição da glicemia capilar a doentes diabéticos poderão salvaguardar algumas situações de risco e evitar o desencadear de situações emergentes indesejáveis.

A história clínica dever-se-á manter atualizada a cada consulta. Este cuidado assume principal importância se o tempo que separa as consultas, pelos mais variados motivos, seja mais alargado. Uma anamnese bem detalhada recolhendo o máximo de informações quanto ao tipo de patologia sistémica que o paciente apresenta, o grau de estabilidade dessas patologias, o tipo de medicação que o paciente utiliza, se as utiliza e há quantos anos a utiliza, antever possíveis interações medicamentosas com as técnicas usadas na Medicina Dentária; observar atitudes que possam estar ligadas ao medo e ansiedade, para que, se houver essa necessidade, possa ser iniciado um protocolo de controlo de ansiedade de véspera às consultas, além de tomar atitudes para diminuir o desconforto do paciente durante o atendimento (como controlo da dor, recobrimento de instrumentos para evitar crises de pânico ou ansiedade; consultas mais curtas ou em horário mais adequado à patologia, entre outras). Advertências no dia anterior à consulta em relação à não suspensão da medicação e da alimentação; ao trazer medicação de urgência para o momento da consulta; (vasodilatadores coronários e insulina de ação rápida) poderão constituir também ferramentas úteis.

#### **IV. CONCLUSÃO**

Manter o algoritmo de sobrevivência sempre desperto é algo que o MD não deve descuidar.

Rever os protocolos básicos antes do atendimento de um paciente de risco constitui uma boa prática e pode até salvar vidas.

A elaboração deste pequeno guia de bolso vem exatamente colmatar a necessidade de uma pesquisa rápida e coerente, dado que se não se trata de situações clínicas com a frequência suficiente que justifique uma intervenção rápida e com a segurança necessária por parte deste profissional de saúde.

Deve manter o seu SBV e DAE atualizado, pelo menos de 5 em 5 anos, dando seguimento à cadeia de sobrevivência e desempenhando, também aqui, o seu papel como cuidador da área da saúde.

## V. BIBLIOGRAFIA

Porto Editora, *Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa* [em linha]. Porto: Porto Editora. Disponível em <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/emergencia>. [consultado em 2022-03-17 11:49:54]

Montenegro F., Ruivo C, Graça Santos L, Antunes A, Campos Soares F, Baptista J, Morais J. (2018). Ultra-rapid progression of coronary artery disease or undiagnosed unstable plaque? A brief review from a case report. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(3), pp. 259-264.

Rabi DM et al., (2020) Comprehensive Guidelines for the Prevention, Diagnosis, Risk Assessment, and Treatment of Hypertension in Adults and Children – *Cardiology*, pp. 596-624

Taqueti VR, Di Carli MF. (2018). Coronary Microvascular Disease Pathogenic Mechanisms and Therapeutic Options: JACC State-of-the-Art Review. *Journal of Cardiology*, 72(21), pp. 2625-2641.

Smereka, J., Aluchna, M., Aluchna, A., Szarpak, L. (2019). Preparedness and attitudes towards medical emergencies in the dental office among Polish dentists. *International Dental Journal*, 69(4), pp. 321–328

McCracken E., Monaghan M., Sreenivasan S. (2018). Pathophysiology of the metabolic syndrome. *In: Clinics in Dermatology*, Volume 36, Issue 1, pp. 14-20

Salveti, M., Pains, A., Bertacchini, F., Stassaldi, D., Aggiusti, C., Agabiti Rosei, C., e Muiesan, M. L. (2018). Acute blood pressure elevation: Therapeutic approach. *Pharmacological Research*, Volume 130, pp. 180–190.

Gazal G. (2020) Management of an emergency tooth extraction in diabetic patients on the dental chair. *Saudi Dent J.*, pp 2

Silbert R., Salcido-Montenegro A., Rodriguez-Gutierrez R., Katabi A., McCoy RG. (2018). Hypoglycemia Among Patients with Type 2 Diabetes: Epidemiology, Risk Factors, and Prevention Strategies. *Current Diabetes Report*, 18(8), pp 53.

Petersmann A. et al (2019) Definition, Classification and Diagnosis of Diabetes Mellitus *In: Exp Clin Endocrinol Diabetes*, pp 127

Freeland, B. (2017) Hypoglycemia in Diabetes Mellitus *In: Home Healthcare Now*, Volume 35, pp 414-419.

Ahlqvist, E., Prasad, R. B., e Groop, L. (2022). 100 years of insuline: towards improved precision and a new classification of diabetes mellitus, *Journal of Endocrinology*, 252(3), pp 59-70.

Sanz M. et al (2020), Periodontitis and cardiovascular diseases: Consensus report *In: Journal of Clinical Periodontology*. 47(3), pp 268-288.

Bank A. e Bazil C., (2019). Emergency management of Epilepsy and seizures

Herpich, F.; Rincon, F. (2020). Management of Acute Ischemic Stroke, *Critical Care Medicine: Volume 48 - Issue 11 - pp 1654-1663*

Vale A. (2017) *Anticoagulação oral em pacientes submetidos a tratamento médico-dentário: proposta de normas terapêuticas*, Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

Patel JP., Patel RK, Obisesan O., Roberts LN., Bryan C., Arya R. (2017). Managing direct oral anticoagulants in patients undergoing dentoalveolar surgery *In: British Dental Journal* pp 222(4).

Mata A. et al, (2018) Normas de orientação clínica dos pacientes em medicina dentária *In: Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 59(3); pp 131-139

## ANEXO I

### Situações emergentes mais comuns em Medicina Dentária.

Situações emergentes mais comuns
Sincope vasovagal
Crise hipoglicémia
Convulsões epiléticas
Asfixia
Crises asmáticas
Choque anafilático
Paragem cardiorrespiratoria
Outros

Adaptado de Jevon P., “Medical emergencies in the dental practice poster: revised and updated”, *British Dental Journal*

## **ANEXO II**

### **Equipamento mínimo de SBV de carácter obrigatório em Medicina Dentária (além dos utensílios necessários no gabinete médico).**

Aparelho de oxigénio (máscara, fluxómetro e regulador de pressão)

Ressuscitador manual do tipo Ambu

Cânulas orofaríngeas

Tesoura

Medidor de glicemia capilar (opcional)

Aspirador de vácuo (opcional)

Adaptado do Artigo 75.º da Lei n.º 102/2009 da DGS

### **ANEXO III**

#### **Listagem de fármacos de emergência obrigatórios em Medicina Dentária.**

Analgésico
Anti-inflamatório
Antialérgico
Antiemético
Soro fisiológico
Diazepam comprimidos
Furosemida
Nitroglicerina
Adrenalina
Carvão ativado
Sulfato magnésio
Glicose unidoses
Salbutamol com inalador (opcional)

Adaptado do Artigo 75.º da Lei n.º 102/2009 da DGS

## ANEXO IV

### Classificação da Pressão Arterial em adultos e definição dos graus de hipertensão.

<b>Categoria</b>	<b>PAS (mm Hg)</b>		<b>PAD (mmHg)</b>
Otimizada	< 120	e	< 80
Normal	120 - 129	e/ou	80 - 84
Normal alta	130 - 139		85 - 89
<b>Hipertensão</b>			
Grau 1	140 - 159	e/ou	90 - 99
Grau 2	160 - 179		100 - 109
Grau 3	≥ 180		≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	e	< 90

Adaptado das *Guidelines* European Society of Hypertension, 2018

## ANEXO V

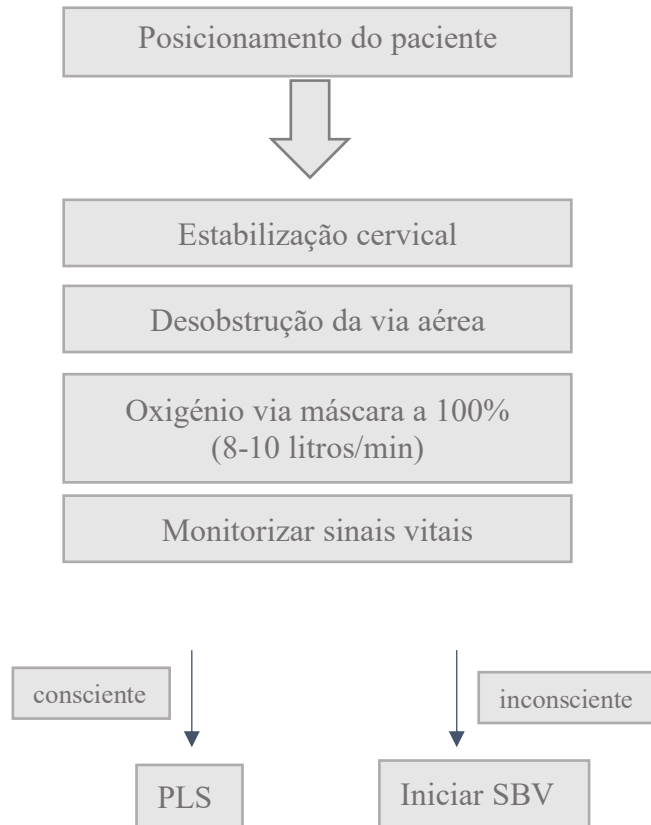
### Cadeia de Sobrevivência



Adaptado de [www.INEM.pt](http://www.INEM.pt)

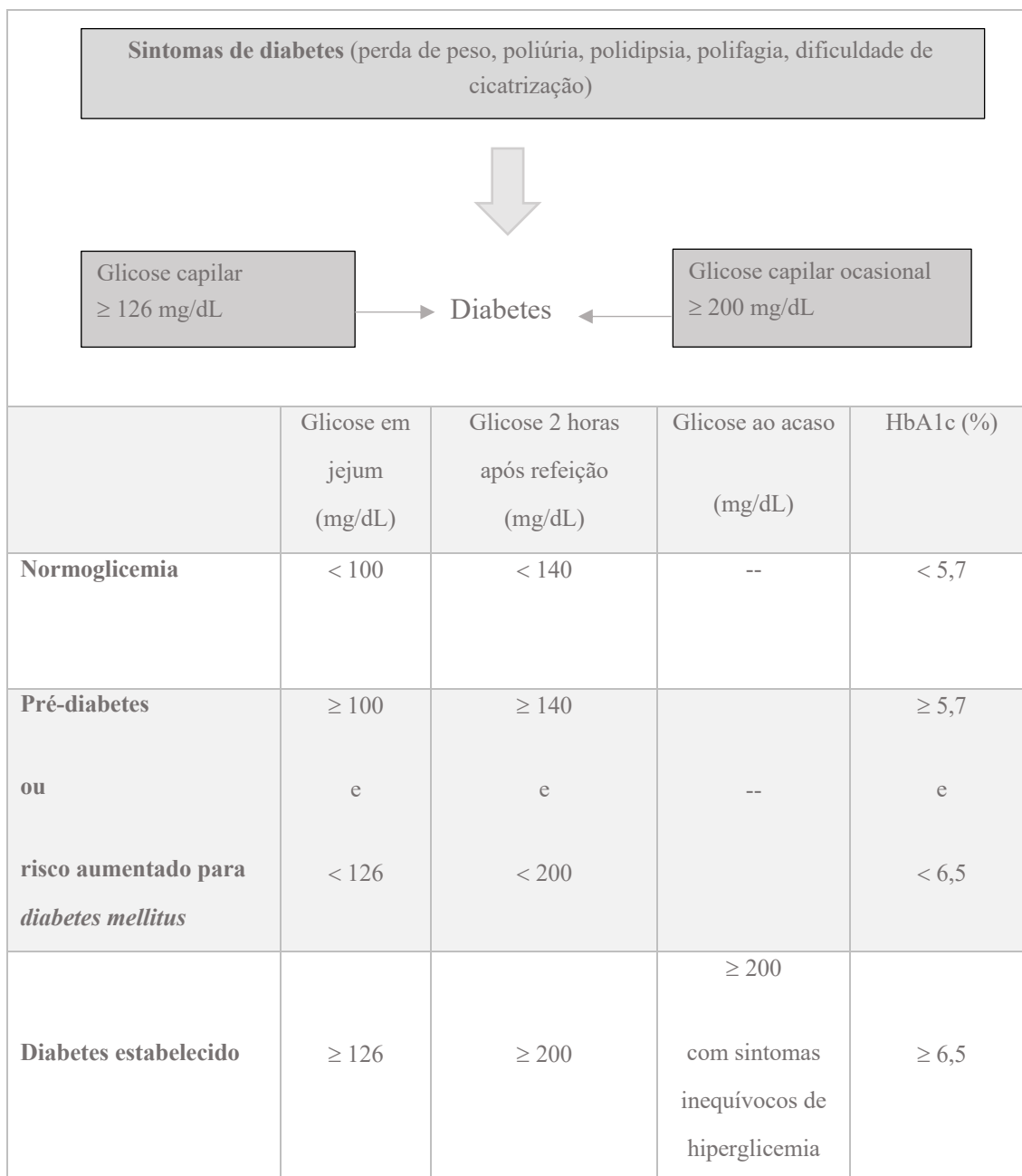
## ANEXO VI

### Algoritmo de atuação do Médico Dentista em situação de emergência em paciente com crise convulsiva.



**ANEXO VII**

**Nova Classificação da *Diabetes mellitus*.**



Adaptado de Petersmann et al., 2019

## ANEXO VIII

### Classificação dos procedimentos dentários quanto ao risco de hemorragia

Procedimentos com hemorragia improvável	Procedimentos com hemorragia possível	
	Baixo risco	Alto risco
Anestesia local (infiltrativa, intraligamentar, bloqueio do nervo mentoniano)	Extrações simples  (1-3 dentes, ferida operatória restrita)	Extrações complexas,  ferida operatória extensa,  extrações de mais de 3 dentes
Anestesia local (bloqueio do nervo dentário inferior, ou outro tronco nervoso)	Incisão e drenagem de abscessos intraorais	Elevação de retalho:  extrações eletivas; cirurgia periodontal; cirurgia pré-protética; cirurgia peri radicular; alongamento coronário; cirurgia implantar
Exame periodontal básico	Periodontograma  (PS em 6 localizações/dente)	Recontorno gengival
Remoção de placa bacteriana (cálculo supragengival; destartarização)	Alisamento radicular e infra gengival	Biópsias
Restaurações diretas/indiretas com margem supragengival	Restaurações diretas/indiretas com margem infra gengival	
Tratamento endodôntico convencional		
Impressões e procedimentos protéticos		
Prova e adaptação de aparelhos ortodônticos		

Adaptado Revista Portuguesa de Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial, 2018