

1. ALTERAÇÕES OU PERDA DA CONSCIÊNCIA

Lipotímia (do grego “faltar a alma ou faltar o espírito”) é definida como um mal-estar passageiro, caracterizado por uma sensação angustiante e iminente de desmaio, com palidez, sudorese aumentada, zumbidos auditivos e visão turva, sem necessariamente levar a perda total da consciência. É a sensação de desmaio, sem que esse efetivamente ocorra.

Síncope (do grego “corte, supressão) é a perda repentina e momentânea da consciência, causada pela súbita diminuição do fluxo sanguíneo e da oxigenação cerebral, ou ainda por causas neurológicas ou metabólicas

Ambos são geralmente benignos, de curta duração e regridem de forma espontânea ou em respostas a manobras bastante simples.

Classificação:

Síncope Vasovagal: Mais comum, causada por fatores emocionais ou não emocionais (fome, debilidade física, ambiente quente e úmido). É precedida de sinais sugestivos de reação vagal como palidez cutânea, sudorese, bradicardia, respiração superficial, pulso fino e queda da pressão arterial.

Síncope Vasodressora: indivíduos quem tem “pavor” a cadeira do dentista. A reação de adaptação ao estresse prepara o organismo para “lutar e fugir”, aumentando o fluxo sanguíneo (vasodilatação periférica) para os músculos esqueléticos e diminuição da frequência cardíaca, o débito cardíaco inadequado resulta na perda de consciência.

Síncope do Seio Carotídeo: o seio carotídeo situa-se em cada artéria carótida, à altura do pescoço, e corresponde ao agrupamento de células sensíveis às variações da PA (barorreceptores). Alguns indivíduos apresentam certa sensibilidade do seio carotídeo diante de uma leve compressão no pescoço. É raro e incide mais em idosos.

Síncope Associada a Insuficiência Vértebro-basilar: relacionada a hipertensão da cabeça, causada por placas gordurosas (ateromas) dos vasos responsáveis pela irrigação sanguínea cerebral (artérias vertebrais, basilares e comunicantes). Não se observa sudorese fria ou palidez da pele.

Síncope Associada às Arritmias Cardíacas: frequências menores que 30-35 ou maiores que 150-180 batimentos por minuto podem levar a síncope.

Prevenção

- 1- Avaliar o grau de ansiedade do paciente, instituir protocolo de sedação mínima em pacientes muito ansiosos;
- 2- Trocar informações com médico se o paciente apresentar história de doença sistêmica;
- 3- Orientar a se alimentar antes das consultas, pois o jejum predispõe a hipoglicemia;

- 4- Posicionar a cadeira de modo que paciente fique deitado de costas ou ao menos com a cadeira semi-inclinada;
- 5- Evite estímulos visuais estressadores;
- 6- Faça anestesia local seja menos traumática possível;
- 7- Não empregar expressões que possam ser tranquilizadoras, mas que na verdade aumentam ainda mais a ansiedade do paciente “Não vai doer nada, mas se doer levanta a mão!”
- 8- Evitar a hiperextensão da cabeça e não apoiar a mão ou cotovelo na região do pescoço.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

- 1- INTERROMPA O ATENDIMENTO E REMOVA TODO O MATERIAL A BOCA DO PACIENTE;
- 2- AVILE O GRAU DE CONSCIÊNCIA POR MEIO DE ESTÍMULO FÍSICO (LEVE CHACOALHAR DOS OMBROS) E VERBAL (PERGUNTANDO: “VOCÊ ESTÁ BEM?”)
- 3- COLOQUE-O DEITADO DE COSTAS, COM OS PÉS LEVEMENTE ELEVADOS EM RELAÇÃO À CABEÇA (BASTAM 10 A 15 GRAUS);
- 4- AFROUXE AS ROUPAS (GRAVATA, LENÇO, CINTO, FAIXA, ETC)
- 5- LIBERE A PASSAGEM DE AR INCLINANDO CUIDADOSAMENTE A CABEÇA PARA TRÁS;
- 6- MONITORIZA A RESPIRAÇÃO E O PULSO;
- 7- NÃO DEIXE DE CONVERSAR ATIVAMENTE COM O PACIENTE, PARA QUE ELE POSSA SENTIR QUE ALGUÉM ESTÁ COMANDO;
- 8- AGUARDE 2 OU 3 MINUTOS PARA QUE HAJA A MELHORA DO MAL-ESTAR OU MESMO A RECUPERAÇÃO DA CONSCIÊNCIA;
- 9- APÓS A RECUPERAÇÃO, AGUARDE 10 A 15 MINUTOS PARA PODER DISPENSÁ-LO, NA COMPANHIA DE UM ADULTO. SE A RECUPERAÇÃO DA CONSCIÊNCIA NÃO OCORRER APÓS 3 MINUTOS,
- 10-SOLICITAR SAMU;
- 11-ENQUANTO AGUARDA ADMINISTRE OXIGÊNIO E MONITORIZA OS SINAIS VITAIS;
- 12-INVESTIGUE AS CAUSAS DO MAL-ESTAR.

Hipoglicemia

Um indivíduo é considerado em estado hipoglicemia quando os níveis de glicose no sangue encontram-se abaixo dos valores mínimos normais(60mg/dl). A causa mais frequente de hipoglicemia é a diabetes tipo I, a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas, que dificulta a liberação de glicose pelo fígado, jejum prolongado e esforço físico extenuante.

Os sinais e sintomas apresenta ansiedade, nervosismo, taquicardia, sudorese, palidez, frio, dilatação das pupilas, sensação de fome, salivação excessiva, borborigmo (“ronco” na barriga), náusea, vômito e desconforto abdominal. Em

estágio mais avançado, a sintomatologia atividade mental anormal, alteração no humor, depressão, choro, irritabilidade, cansaço, fraqueza, sono, tontura, olhar fixo, visão dupla ou embaçada, dificuldade de fala, falta de coordenação motora (às vezes confundida com estado de embriaguez, dor de cabeça, respiração difícil e convulsão focal ou generalizada.

Prevenção

- 1- Orientar o paciente não comparecer às consultas em jejum alimentar;
- 2- No dia do atendimento, certifique-se de que o paciente tomou sua medicação;
- 3- Nunca modifique a dosagem ou posologia dos medicamentos hipoglicemiantes orais ou insulina, uma atribuição exclusiva dos médicos;
- 4- Agendar consultas para o início da manhã, planejando maior número de sessões, todas de curta duração;
- 5- Nas sessões de atendimento prolongadas, faça um breve intervalo e ofereça alimentos de digestão rápida (chás, sucos, bolachas, etc);
- 6- Pacientes extremamente ansiosos ou apreensivos, considerar o protocolo de sedação mínima.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

PACIENTE RESPONSIVO OU CONSCIENTE

- 1- INTERROMPER O ATENDIMENTO E REMOVA TODO MATERIAL DE SUA BOCA;
- 2- COLOCAR NA POSIÇÃO MAIS CONFORTÁVEL;
- 3- ADMINISTRE CARBOIDRATOS POR VIA ORAL (ÁGUA COM AÇÚCAR, TABLETES DE GLICOSE, SUCO DE LARANJA OU REFRIGERANTE), ATÉ OS SINTOMAS DESAPARECEREM;
- 4- MANTE EM OBSERVAÇÃO POR 20 A 30 MINUTOS, ANTES DE DISPENSÁ-LO COM UM ACOMPANHANTE ADULTO;
- 5- INVESTIGUE AS CAUSAS DA HIPOGLICEMIA.

PACIENTE INCONSCIENTE (NÃO RESPONSIVO)

- 1- SOLICITAR O SAMU;
- 2- LIBERAR AS VIAS AÉREAS, AVALIAR A RESPIRAÇÃO E O PULSO;
- 3- COLOCAR UM SACHÊ DE AÇÚCAR LÍQUIDO INSTATÂNEO DEBAIXO DA LÍNGUA, OU ENTRE O LÁBIO E OS DENTES ANTERIORES E INFERIORES;
- 4- EM CASO DE HIPOGLICEMIA SEVERA, ESSAS MEDIDAS PODEM NÃO SURTIR EFEITO. ADMINISTRE ENTÃO UMA AMPOLA COM 10ML DE SOLUÇÃO DE GLICOSE A 25%, VIA IV, EM INJEÇÃO LENTA;
- 5- INVESTIGUE AS CAUSAS DA HIPOGLICEMIA PARA PREVENIR SUA RECORRÊNCIA.

Hipotensão Ortostática

É caracterizada por uma queda brusca da pressão arterial, que pode ocorrer quando o paciente, deitado de costas, assume rapidamente a posição em pé, ficando sujeito à síncope(desmaio). A ação gravitacional do levantamento repentino para a posição ortostática (em pé) normalmente leva o sangue a se represar em território venoso dos membros inferiores. A diminuição transitória subsequente do retorno venoso e do débito cardíaco resulta em redução da PA.

A causa mais comum de hipotensão ortostática sintomática é a hipovolemia secundária devido ao uso abusivo de diuréticos, como a furosemida, ou associada ao emprego de medicamentos vasodilatadores, usados no tratamento da hipertensão arterial, angina de peito ou insuficiência cardíaca congestiva. Outras condições como a idade, defeitos venosos nas pernas, gravidez, paciente deitado por muito tempo e períodos de convalescença.

Prevenindo

- 1- Finalizada a sessão de atendimento, levantar o encosto da cadeira e um nível que ainda mantenha o paciente na posição semi-inclinada;
- 2- Aguarde 2 minutos;
- 3- Levante um pouco mais o encosto até coloca-la na posição sentada;
- 4- Aguarde 2 minutos na posição sentada;
- 5- Coloque na posição em pé.

PROTOCOLO

CASO NÃO OCORRA A PRONTA RECUPERAÇÃO

- 1- AVALIE O ESTADO DE CONSCIÊNCIA DO PACIENTE. CHACOALHE LEVEMENTE SEUS OMBROS E PERGUNTE: “VOCÊ ESTÁ BEM?” SE NÃO HOVER RESPOSTA, COLOQUE-O NOVAMENTE DEITADO DE COSTAS, MANTENDO OS PÉS ELEVADOS EM RELAÇÃO A CABEÇA;
- 2- PROPICIE A PASSAGEM DE AR, COLOCANDO UMA DAS MÃOS NA TESTA E OUTRA NO QUEIXO DO PACIENTE, FAZENDO UM MOVIMENTO CUIDADOSO PARA CIMA E PARA TRÁS.
- 3- AVALIE A RESPIRAÇÃO E A PRESENÇA DE PULSO CAROTÍDEO;
- 4- MONITORIZAÇÃO OS SINAIS VITAIS;
- 5- A SUPLEMENTAÇÃO COM OXIGÊNIO PODE SER FEITO A QUALQUER TEMPO;
- 6- APÓS A RECUPERAÇÃO, DISPENSE-O COM UM ACOMPANHANTE ADULTO.

Acidente Vascular Encefálico

É uma alteração neurológica causada pela destruição de substância encefálica, em virtude da interrupção do fluxo sanguíneo e, por consequência, do suprimento de glicose e oxigênio para o tecido cerebral. São classificados em isquêmicos (80 a 85%) ou hemorrágicos (15% a 20%).

A dor de cabeça é um sinal que está sempre presente, podendo ser moderada ou muito intensa, de instalação súbita. Náuseas, vômito, calafrios, fraqueza e perda da consciência também são sinais e sintomas comuns.

Prevenindo

- 1- Quando o paciente apresentar história de AVC, troca de informações com o médico é imprescindível;
- 2- Planejar consultas de menor duração (40-50 minutos), se possível no período da manhã;
- 3- Considera um protocolo de sedação mínima.

PROTOCOLO

EPISÓDIO ISQUÊMICO TRANSITÓRIO

- 1- INTERROMPA O ATENDIMENTO;
- 2- COLOCAR NA POSIÇÃO SENTADA;
- 3- MANTER VIAS AÉREAS LIVRES E AVALIE A RESPIRAÇÃO;
- 4- NESSES CASOS, SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS (COMO DORMÊNCIA OU FRAQUEZA DAS EXTREMIDADES, DESCRITAS PELO PACIENTE COMO “FORMIGAMENTO”) DESAPARECEM NO PRAZO DE 5 A 10 MINUTOS;
- 5- MONITORE OS SINAIS VITAIS;
- 6- CESSADA A CRISE, REFERENCIAR PARA AVALIAÇÃO MÉDICA NA COMPANHIA DE UM ADULTO.

AVC COM PACIENTE CONSCIENTE

- 1- SOLICITAR O SAMU;
- 2- MANTER VIAS AEREAS LIVRES;
- 3- AGUARDAR A CHEGADA DO SOCORRO E MONITORAR OS SINAIS VITAIS;
- 4- NÃO ADMINISTRE OXIGÊNIO, A NÃO SER QUE O PACIENTE ESTEJA COM DIFICULDADE RESPIRATÓRIA, POIS A OXIGENAÇÃO PODE PRODUZIR VASOCONSTRIÇÃO CEREBRAL E AUMENTAR A ÁREA DE ISQUEMIA;
- 5- EVITAR DAR À VITIMA ALGO PARA BEBER OU COMER.

AVC COM PACIENTE INCONSCIENTE

- 1- SOLICITAR O SAMU;
- 2- COLOQUE O PACIENTE DEITADO DE COSTAS, COM A CABEÇA MAIS ELEVADA EM RELAÇÃO AO RESTANTE DO CORPO (CASO CONTRÁRIO, O AUMENTO DO FLUXO SANGUÍNEO PODERÁ AGRAVAR AINDA MAIS O QUADRO)
- 3- MANTER VIAS AÉREAS LIVRES E AVALIAR A RESPIRAÇÃO;
- 4- MONITORE O SINAIS VITAIS.

Insuficiência Adrenal Aguda

É uma situação caracterizada pela hipofunção das glândulas adrenais, decorrente da interrupção abrupta do tratamento com corticoesteróides. A deficiência na produção de cortisol pode ser primária, denominada doença de Addison, insidiosa e usualmente progressiva, sendo tratada com doses fisiológicas de cortisol, que geralmente corrigem o problema. A segunda forma de hipofunção cortical das glândulas adrenais pode ser provocada pela administração exógena de cortisol ou outros corticoesteróides. Os três fatores predisponentes da insuficiência adrenal aguda são:

- 1- Interrupção repentina do tratamento com corticosteróides em pacientes com insuficiência adrenal primária (doença de Addison);
- 2- Interrupção repentina do tratamento com corticosteróides em pacientes com função adrenal normal, mas com insuficiência adrenal temporária devido a supressão cortical pelo tratamento exógeno com corticosteróides;
- 3- Situação de estresse físico (injúrias, cirurgias orais, procedimentos odontológicos muito prolongados) ou psicológico (ansiedade ou medo)

Nas situações estressantes o paciente com hipofunção adrenal pode apresentar sinais ou sintomas compatíveis com insuficiência adrenal aguda provocada pela retirada dos corticosteroides, em que em geral culmina a perda de consciência.

Prevenção

- 1- Na anamnese investigar se o paciente é portador de insuficiência adrenal ou faz uso contínuo de corticoide devido a alguma doença (lúpus, doença de Crohn, artrite reumatoide)
- 2- Antes de iniciar o tratamento, solicitar a avaliação do médico;
- 3- Assegurar que o paciente tomou a dose habitual do corticosteroide, no dia do atendimento;
- 4- Agendar consulta no período da manhã, quando os níveis de cortisol são mais elevados;
- 5- Considere a instalação do protocolo de sedação mínima, pois a sedação pode aumentar a demanda de cortisol
- 6- Procedimentos odontológicos de rotina, não cirúrgicos, são de risco mínimo quase sempre não é necessário suplementação com cortisol;
- 7- Cirurgias menores (como exodontias simples, biópsias), são classificadas de risco médio. O regime suplementar proposto é de 25mg de hidrocortisona (equivalente a 5mg de prednisona), no dia da intervenção;
- 8- Cirurgias maiores com duração maior que 1 hora ou ainda que envolvem anestesia geral devem ser realizadas em hospital, com suplementação com esteroide no regime de 50 a 100mg de hidrocortisona (equivalente a 10 a 20 mg de prednisona) no dia da cirurgia e ao menos no primeiro dia pós-operatório;
- 9- Com o consentimento, considere o risco-benefício da interrupção da terapia com medicamentos que diminuem os níveis de cetozolazol, ao menos 24 horas antes da cirurgia;
- 10-Monitore a PA do paciente antes de o paciente deixar o consultório.

PROTOCOLO

PACIENTE CONSCIENTE

- 1- INTERROMPA O ATENDIMENTO, REMOVENDO TODO O MATERIAL DA BOCA DO PACIENTE;
- 2- SOLICITAR O SAMU;
- 3- COLOCAR DEITADO COM O PÉS LIGEIRAMENTE ELEVADOS EM RELAÇÃO A CABEÇA;
- 4- ADMINISTRAR OXIGÊNIO;
- 5- APLICAR HIDROCORTISONA 100MG DILUIDO EM 2ML DE AMPOLA DILUENTE VIA INTRAMUSCULAS OU INTRAVENOSA;
- 6- MONITORE OS SINAIS VITAIS (GERALMENTE DIMINUI A PA E AUMENTA A FREQUENCIA);

PACIENTE INCONSCIENTE

- 1- INTERROMPA O ATENDIMENTO;
- 2- CHAMAR O SAMU;
- 3- COLOCAR DEITADO COM O PÉS LIGEIRAMENTE ELEVADOS EM RELAÇÃO A CABEÇA;
- 4- ADMINISTRAR OXIGÊNIO;
- 5- APLICAR HIDROCORTISONA 100MG DILUIDO EM 2ML DE AMPOLA DILUENTE VIA INTRAMUSCULAS OU INTRAVENOSA;
- 6- MONITORE OS SINAIS VITAIS;
- 7- NA AUSÊNCIA DE PULSO OU RESPIRAÇÃO, INICIE O RCP;
- 8- NA CHEGADA DO SOCORRO EXPLIQUE AS MEDIDAS JÁ TOMADAS.

2. DOR NO PEITO

Angina de Peito

É uma dor torácica geralmente abaixo do osso esterno, resultante da diminuição temporária do fluxo sanguíneo nas artérias coronárias. A crise dolorosa é na maioria das vezes aliviada pelo simples repouso ou pelo uso sublingual de medicamentos vasodilatadores coronarianos(nitratos) sem causar complicações residuais. Classificação em estável quando é decorrente do esforço físico ou instável quando ocorre após o mínimo esforço físico ou mesmo em repouso. Normalmente tem início repentino, o indivíduo fica apreensivo, com transpiração aumentada, coloca a mão no peito e relata dor subesternal ou precordial, de intensidade variável, descrita como opressão, “esmagamento” ou queimadura, ansioso para tomar a medicação que alivia a crise dolorosa; a dor tem duração de 2 a 3 minutos, que pode também se difundir para o ombro esquerdo e face interna do braço ou ainda para as costas, pescoço, mandíbula e dentes, frequência cardíaca aumenta, assim como a PA, dificuldade respiratória(dispneia) e sensação de desmaio.

Prevenção

- 1- Discutir com o médico que trata com o paciente sobre a necessidade de uso profilático do vasodilatador coronariano, antes da intervenção;
- 2- Investigue se o paciente traz consigo o vasodilatador coronariano(nitrato), empregado pela via sublingual, em caso negativo, tenha-o à disposição no seu estojo de emergência;
- 3- Avaliar os sinais vitais;
- 4- Evitar sessões longas;
- 5- Considerar o protocolo de sedação mínima, por meio do uso de um benzodiazepínico, via oral;
- 6- Empregar anestésico com epinefrina em coronariopatas com doença controlada. Empregar soluções com menores concentrações (1:100.000 ou 1:200.000) e em pequenos volumes;
- 7- Interrompa o atendimento se o paciente mostrar sinais de fadiga;
- 8- Previna e controle efetivamente a dor pós-operatória;
- 9- Considere a suplementação de oxigênio durante o atendimento por meio da cânula nasal;
- 10-Permita ao paciente um breve repouso antes de dispensá-lo.

PROTOCOLO

- 1- INTERROMPA O ATENDIMENTO;
- 2- COLOQUE O PACIENTE EM UMA POSIÇÃO EM QUE ELE SE SINTA MAIS CONFORTÁVEL (GERALMENTE SEMIRRECLINADA);
- 3- ADMINISTRAR 1 COMPRIMIDO DE VASODILATADOR CORONARIANO, POR VIA SUBLINGUAL, DINITRATO DE ISOSSORBIDA 5MG (ISORDIL);
- 4- ADMINISTRE OXIGÊNIO;
- 5- A DOR DEVE CESSAR. SE APÓS 5 MINUTOS AINDA PERSISTIR, REPETIR A DOSE DO VASODILATADOR CORONARIANO POR 2 VEZES NO MÁXIMO;
- 6- CONTROLADA A CRISE, ENCAMINHE PARA AVALIAÇÃO MÉDICA IMEDIATA COM UM ACOMPANHANTE ADULTO;
- 7- SE OS SINTOMAS AINDA PERSISTIREM APÓS ESSAS MANOBRAS, SOLICITE O SAMU;
- 8- ENQUANTO AGUARDA, MONITORE OS SINAIS VITAIS.

Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)

É um quadro resultante da deficiência do suprimento sanguíneo das artérias coronárias para a região do miocárdio, que resulta em morte e necrose. Na maioria das vezes a causa básica do problema é a formação de um coágulo intravascular agudo(trombo)que ocluí uma artéria parcialmente obstruída por uma placa aterosclerótica (ateroma).

Clinicamente caracterizada por dor subesternal ou ao redor do coração, similar a angina do peito, porém muito mais severa e com maior duração

O diagnóstico clínico diferencial entre o IAM e a angina de peito é difícil, um recurso ainda usado pelos médicos é o de que se deve suspeitar do quadro de infarto do miocárdio quando a dor no peito não é aliviada pelo uso dos vasodilatadores coronarianos, ou, ainda quando a dor cessa após o uso desses medicamentos mas reincide quase de imediato.

Prevenção

- 1- Evitar atender pacientes com história IAM com período menor de 6 meses), no caso das urgências odontológicas entrar em contato com o cardiologista para avaliar o custo-benefício do atendimento em consultório;
- 2- Tenha em seu estojo de emergência os comprimidos de vasodilatadores coronarianos e ácido acetilsalicílico 100mg;
- 3- Avaliar os sinais vitais antes e depois do atendimento;
- 4- Empregar o protocolo de sedação mínima;
- 5- Estabelecer sessões curtas de atendimento;
- 6- Interrompa o atendimento se o paciente mostrar sinais de fadiga;
- 7- Utilizar soluções anestésicas com felipressina ou pequenos volumes de anestésicos com epinefrina, nas concentrações (1:200.000 ou 1:100.000);
- 8- Considere a suplementação de oxigênio durante o atendimento por meio da cânula nasal;
- 9- Permita ao paciente um breve repouso antes de dispensá-lo.

PROTOCOLO

- 1- INTERROMPA O ATENDIMENTO;
- 2- SOLICITE O SAMU;
- 3- COLOCAR O PACIENTE NUMA POSIÇÃO QUE ELE SE SINTA MAIS CONFORTÁVEL;
- 4- ACALMAR O PACIENTE: “TENHA CALMA”;
- 5- ADMINISTRAR 2 OU 3 COMPRIMIDOS DE ASPIRINA 100MG, AMASSADOS OU PARA O PACIENTE MASTIGAR;
- 6- EVITAR QUALQUER ESFORÇO FÍSICO DA VÍTIMIA;
- 7- COLOCAR UM COBERTOR OU MANTA SOBRE O PACIENTE PARA EVITAR TREMORES OU GASTOS DE ENERGIA;
- 8- ADMINISTRAR OXIGÊNIO;
- 9- MONITOR OS SINAIS VITAIS ENQUANTO AGUARDA O SOCORRO;
- 10-EM CASO DE PARADA, INICIAR RCP.

OXIGÊNIO: É INDICADO DE FORMA ROTINEIRA PARA TODOS OS PACIENTES COM IAM NAS PRIMEIRAS HORAS APÓS A OCORRÊNCIA DO EPISÓDIO, 3L/MIN O₂;

NITRATOS: VASODILATADOR CORONARIANO É ADMINISTRADO POR VIA SUBLINGUAL COM O OBJETIVO DE CONTROLAR A DOR NO PEITO E A PA. O LIMITE MÁXIMO SÃO 3 DOSES, SEPARADAS POR INTERVALO DE 5MINUTOS, SÃO CONTRAINDICADOS NA PRESENÇA DE HIPOTENSÃO ARTERIAL (PA SISTÓLICA MENOR QUE 100mmHg) E NO CASO DE USO PRÉVIO DE MEDICAMENTOS EMPREGADOS NA DISFUNÇÃO ERÉTIL, POIS PODEM POTENCIALIZAR O EFEITO HIPOTENSOR DOS NITRATOS, ISSO PARECE NÃO OCORRER COM OUTRO MEDICAMENTO USADO PARA MESMA FINALIDADE, COMO A APOMORFINA, QUE PODE SER TOMADA POR PACIENTES CARDÍACOS TRATADOS COM FÁRMACOS VASODILATADORES CORONARIANOS A BASE DE NITRATOS;

ÁCIDO ACETILSALICÍLICO(ASS): INIBE DE FORMA IRREVERSÍVEL A AGREGAÇÃO PLAQUETÁRIA, A REOCCLUSÃO CORONÁRIA E A RECORRÊNCIA DE EVENTOS APÓS A TERAPIA FIBRINOLÍTICA. ESTUDOS MOSTRAM QUE O ASS REDUZ EM 20% O ÍNDICE DE MORTALIDADE. QUANDO ADMINISTRADO EM AMBIENTE HOSPITALAR COM A ESTREPTOQUINASE ESSE ÍNDICE SALTA PARA 42%.

CLOPIDROGEL: É UM POTENTE INIBIDOR PLAQUETÁRIO, O BENEFÍCIO PARECE SER MAIOR QUANTO MAIS PRECOCEMENTE ESTE MEDICAMENTO É ADMINISTRADO, EM GERAL EM UMA DOSE DE ATAQUE DE 300MG, USADO COMO ALTERNATIVA PARA PACIENTES ALÉRGICOS AO ASS.

Crise Hipertensiva Arterial

Estima-se que a hipertensão arterial atinja aproximadamente 22% da população brasileira.

Controle primário: mudança de hábitos alimentares, prática de exercícios físicos e restrição de ingestão de álcool e tabaco;

Hipertensão Primária: 90-95% da população;

Hipertensão Secundária: 5-10% (nefropatias, hipertiroidismo);

Classificação:

Categoria	PA Sistólica	PA Diastólica
Normal	Menor 120	Menor 80
Pré-Hipertensão	120-139	80-89
Estágio 1	140-159	90-99
Estágio 2	160-180	100-119

Paciente com Hipertensão Controlada ou Estágio 1

Podem ser submetidos a procedimentos odontológicos de caráter eletivo ou de urgência;

Sessões curtas, preferencialmente (10-12H), instalar protocolo de sedação mínima;

Empregar preferencialmente prilocaína 3% com felipressina, epinefrina é contra-indicada nas concentrações 1:200.000 ou 1:100.000, independente do sal anestésico;

Paciente com Hipertensão em Estágio 2

Procedimentos odontológicos eletivos estão contra-indicados;

Encaminhar para avaliação médica;

Urgências odontológicas (pulpites, abscessos), realizados no máximo 30 minutos, protocolo de sedação mínima, anestésico prilocaína 3% com felipressina.

Paciente com Hipertensão Severa Superior a 180/110mmHg “Assintomática”

Todo e qualquer procedimento está contra-indicado;

Emergências odontológicas apenas em ambiente hospitalar, após avaliação médica e redução da pressão arterial para níveis mais seguros.

Paciente com Hipertensão Severa Superior a 180/110mmHg “Sintomática”

Sinais e sintomas de dor de cabeça, sangramento nasal ou gengival espontâneo ou dificuldade respiratória;

Providenciar o SAMU e avaliação médica imediata;

Colocar o paciente numa posição em que se sinta mais confortável, em geral com a cadeira semi-inclinada.

OBS: A ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS ANTI-HIPERTENSIVOS VIA ORAL OU PARENTERAL PARA CONTROLE DA HIPERTENSÃO SEVERA É UMA COMPETÊNCIA MÉDICA. PORTANTO O CIRURGIÃO-DENTISTA NÃO DEVE EMPREGAR MEDICAMENTOS EM SEU CONSULTÓRIO NA TENTATIVA DE BAIXAR A PA DO PACIENTE E PROSSEGUIR O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO MESMO EM CASO DE URGÊNCIA.

OBS₂: NAS EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS É SUGERIDO A REDUÇÃO DA PA NÃO DEVE SER MAIOR DO QUE 20-25% NO PERÍODO DE 2H E PARA NÃO MENOS 160/100mmHg em 6H. NAS URGÊNCIAS HIPERTENSIVAS A REDUÇÃO DA PA DEVE SER FEITA NO PERÍODO DE 1 A 3 DIAS.

3. PROTOCOLO DE SEDAÇÃO MÍNIMA

A ansiedade pode ser definido como uma resposta às situações nas quais a fonte de ameaça ao indivíduo não está bem definida.

Weiner e Sheehan classificou a ansiedade em 3 categorias:

-Ansiedade de associação: certos estímulos servem de gatilho para a excitação (ex.: visão da agulha)

-Ansiedade de atribuição: relacionada a situação ou procedimento.

-Ansiedade de Avaliação: experiências negativas.

Métodos Não-Farmacológicos

Verbalidade associada a técnicas de relaxamento muscular e condicionamento psicológico.

Métodos Farmacológicos

Quando o método acima não é suficiente.

A American Dental Association define como sedação mínima “um nível mínimo de depressão da consciência produzido por método farmacológico, que mantém a habilidade do paciente em respirar de maneira independente e responder normalmente aos estímulos táteis e ao comando verbal.

Objetivo: prevenir lipotimia seguida de síncope e a síndrome da hiperventilação.

Os benzodiazepínicos se ligam aos receptores e facilitam a ação do ácido gama-butírico(GABA), o neurotransmissor inibitório do SNC. A ativação do GABA induz a abertura dos canais de cloreto da membrana dos neurônios aumentando o influxo desse ânion para dentro da célula, diminuindo a propagação do impulso nervoso.

Podem apresentar efeitos paradoxais como inquietação, agitação, irritabilidade, agressividade, mais raramente alucinações e excessos de raiva. São efeitos transitórios que cessam em poucas horas e sem maiores complicações clínicas.

NOME	APRESENTAÇÃO	DOSE USUAL ADULTOS	DOSE USUAL IDOSOS	DOSE USUAL CRIANÇAS
LORAZEPAM	LORAX 1 e 2 mg	1 a 2 mg	1 mg	Não é recomendado
MIDAZOLAM	DORMONID 7,5mg	7,5mg	7,5mg	0,3 a 0,5 mg/kg de peso

O midazolam deve ser administrado de 20-30 minutos antes do procedimento.

O lorazepan duas horas antes do procedimento cirúrgico, em ambiente domiciliar.

OBS.: TODO PACIENTE CANDIDATO A SEDAÇÃO MÍNIMA DEVERÁ COMPARECER A CONSULTA ACOMPANHADO DE UM ADULTO, NÃO PODERÁ DIRIGIR NEM OPERAR MÁQUINAS PERIGOSAS. TAMBÉM DEVE SER ORIENTADO A NÃO INGERIR BEBIDAS ALCÓOLICAS.

4. CONVULSÕES

São reações físicas ou mudanças no comportamento, temporárias e reversíveis, que ocorrem após um episódio de atividade elétrica anormal do cérebro. Podem ser parciais ou localizadas quando os sinais elétricos incorretos afetam uma área específica do cérebro, ou generalizada, quando a descarga neuronal o córtex neuronal como um todo. Cerca 65% dos indivíduos apresentam convulsões idiopáticas (sem causa), os 35% restantes são causados por febre alta, hipoglicemia, desidratação grave, cocaína, retirada brusca do álcool etílico, estresse emocional, sobredose de anestésicos locais, traumatismos cranianos acidentais, meningites ou lesões intracranianas.

Fases:

Pré-convulsiva: é precedido por auras, sensações incomuns de natureza visual, olfatória, gustativa ou auditiva, ou ainda pela forte premonição de que a crise convulsiva está prestes a ser desencadeada. Tão logo surge essa aura, o paciente subitamente perde a consciência e cai no chão, e nesse momento que ocorre das maiorias injúrias físicas. O “ronco epilético”, o ar expelido pela glote, parcialmente fechada, e pelo espasmo do músculo diafragma.

Fase Convulsiva: extensão rígida das extremidades e do tronco, há dificuldade respiratória e cianose.

Fase Clônica: tem duração de 2-3 minutos, movimentos alternados de relaxamento muscular e contrações violentas, acompanhadas por uma respiração ruidosa. Uma secreção bucal nessa fase pode ser notada, resultado da mistura de saliva e ar. Caso haja sangue é porque houve alguma lesão na boca.

Fase Pós-convulsiva: Cessação dos movimentos tônico-clônicos e o retorno da respiração normal, paciente recupera lentamente a consciência. Nos primeiros minutos após a crise não se recorda do que ocorreu, é comum apresentar cefaleia, confusão mental, dores musculares e muito cansaço. Há um período momentâneo de flacidez muscular, durante o qual pode causar incontinência urinária e fecal.

OBS: convulsões maiores que 3 minutos, ou repetitivas podem se constituir em um fator de risco ao indivíduo devido a hipertermia e a acidose tecidual.

A fenitoína é empregada praticamente em todos os tipos de convulsões, mas apresenta um efeito colateral adverso comum que é a hiperplasia gengival.

Prevenção:

1. Orientar o paciente a evitar o jejum alimentar antes das consultas, prevenindo assim a hipoglicemia, dando preferência a alimentos líquidos pelas possibilidade de aspiração do conteúdo gástrico durante o episódio convulsivo;
2. Verificar se tomou corretamente sua medicação anticonvulsivante no dia do atendimento;
3. Se a sedação mínima for realizada empregar o midazolam ou lorazepam, via oral, que também apresentam boa atividade anticonvulsivante;
4. Cuidados com prescrição de certo antibióticos, que podem interagir negativamente com o anticonvulsivantes como é o caso do metronidazol e eritromicina.

5. Ao menor sinal de alteração ou mudança de comportamento de um paciente com história de convulsão, interrompa o atendimento e procurar remover qualquer instrumento ou material que porventura estiver dentro da boca da vítima. Porém, uma vez iniciada as contrações involuntárias dos músculos mastigatórios, essa manobra deve ser evitada, pelo risco de mordedura nas mãos do socorrista.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

- 1- SE O PACIENTE ESTIVER DEITADO DE COSTAS, ABAIXE O MAIS PRÓXIMO POSSÍVEL DO CHÃO;
- 2- REMOVA OBJETOS CORTANTES OU PONTIAGUDOS QUE ESTEJAM AO REDOR, ALÉM DE COLARES, BRINCOS, ÓCULOS;
- 3- SOLTE AS GRAVATAS, LENÇOS, COLARINHOS, PARA FACILITAR A RESPIRAÇÃO;
- 4- AGORA, GIRE CUIDADOSAMENTE O PACIENTE PARA O LADO EM QUE VOCÊ SE ENCONTRA, COLOCANDO DE LADO. ESSA MANOBRA LIBERA AS VIAS AERIAS, ALÉM DE EVITAR QUE ELE ASPIRE SALIVA E CONTEÚDO GÁSTRICO EM CASO DE REGURGITAÇÃO. GIRAR DE PREFERÊNCIA PARA O LADO ESQUERDO POIS A CURVATURA DA AORTA FACILITA O ESCOAMENTO SANGUÍNEO, O CONTEÚDO GÁSTRICO É MANTIDO NO FUNDO DO ESTÔMAGO, EVITA-SE A COMPRESSÃO DA VEIA CAVA INFERIOR FACILITANDO O RETORNO VENOSO;
- 5- NÃO TENHA TENTATIVA DE COLOCAR NADA ENTRE AS ARCADAS, NEM QUALQUER INSTRUMENTO NA TENTATIVA DE DESCERRAR OS DENTES, PODE HAVER RISCOS DE FRATURAS DENTÁRIAS EM CASO DESSA TENTATIVA E ASPIRAÇÃO;
- 6- NÃO RESTRINJA OS MOVIMENTOS DA VÍTIMA, MAS PROTEJA A CABEÇA CONTRA LESÕES FÍSICAS, USANDO ANTEPARO MACIO;
- 7- ANOTE O TEMPO QUE DUROU O TEMPO DA CRISE, POIS ESSA INFORMAÇÃO PODE SER ÚTIL;
- 8- SOLICITE O SAMU CASO DURE MAIS DE 3 MINUTOS OU A VÍTIMA APRESENTE CIANOSE DESDE O INÍCIO DA CRISE;
- 9- SE A CONVULSÃO FOR MUITO DEMORADA OU REPETITIVA ADMINISTRE MIDAZOLAM 15MG POR VIA INTRAORAL OU UMA AMPOLA DE DIAZEPAM 10MG VIA INTRAMUSCULAR (MÚSCULO DELTOÍDE);
- 10- CESSADA A CONVULSÃO MANTENHA O PACIENTE EM REPOUSO DE 10-15MINUTOS, SOB OBSERVAÇÃO;
- 11-FAÇA UMA BREVE AVALIAÇÃO INTRABUCAL PARA VERIFICAR POSSÍVEIS INJÚRIAS;
- 12-CONVERSE COM PACIENTE PARA AVALIAR SEU GRAU DE CONSCIÊNCIA, DEDIQUE SUA ATENÇÃO NESSE MOMENTO POIS ELE PODE FICAR CONSTRANGIDO. CONTATE A FAMÍLIA, CASO ELE ESTEJA SOZINHO;
- 13-NÃO OFEREÇA ÁGUA OU QUALQUER ALIMENTO SÓLIDO APÓS A CRISE, POIS OS REFLEXOS DE DEGLUTIÇÃO ESTÃO DIMINUÍDOS E A RISCO DE ASPIRAÇÃO DAS VIAS AÉREAS;
- 14-DISPENSAR O PACIENTE COM ACOMPANHANTE ADULTO.

5. REAÇÕES ALÉRGICAS

O termo “alergia” vem do grego “allos”, que significa alterações do estado original. Ou seja, na reação alérgica o organismo responde de forma exagerada ao entrar em contato com uma substância, à qual normalmente os indivíduos apresentam reações normais.

Anestésicos: as reações alérgicas aos anestésicos locais são raras. O metabissulfito de sódio- antioxidante que está presente apenas em anestésicos com vasoconstritores adrenérgicos (epinefrina, norepinefrina e felinefrina) para impedir sua oxidação.

Antibióticos: Penicilinas são responsáveis pelo maior número de reações alérgicas. Nesse caso deve-se evitar o uso de qualquer um dos medicamentos do grupo das penicilinas e mesmo qualquer outro derivado betalactâmico, como é o caso das cefalopórimas, pois um razoável percentual de pacientes alérgicos a penicilinas também são as cefalopórimas.

Aspirinas e Antiinflamatórios: são capazes de induzir reações alérgicas não mediadas pela IgE, que variam de uma leve hipersensibilidade a uma anafilaxia fatal. Estes medicamentos não têm ação sobre a enzima lipoxigenase – a outra via de metabolização do ácido araquidônico – que forma os leucotrienos. O resultado é a alteração do balanço das duas vias de metabolização- cicloxigenase e lipoxigenase -, em favor desta última o que resulta na maior produção de leucotrienos. Estes produtos, por sua vez, são extremamente mais potentes que a histamina na geração de fenômenos vasculares associados às reações alérgicas.

Outras Substâncias de Uso Odontológico

O látex na luva e lençol de borracha podem provocar reações alérgicas mediadas pela IgE.

O metil metacrilato, monômero das resinas acrílicas, é responsável por reações alérgicas localizadas de caráter inflamatório, localizadas nas mucosas em que ficam aderidas as próteses.

O níquel, encontrado nos brackets, fios e bandas ortodônticas, podem provocar dermatites de contato.

As manifestações clínicas das reações alérgicas podem ser divididas: reações cutâneas, alterações respiratórias e alterações circulatórias.

REAÇÕES CUTÂNEAS

Se manifestam geralmente após 60 minutos ou mais do contato com o alérgeno.

Angioedema localizado: Caracterizado por um inchaço , geralmente assimétrico, localizado na região perioral ou periorbital sem a presença do prurido.

Eritema difuso e urticária: são acompanhados por prurido e sensação de alfinetadas, apresentando pontos ou placas avermelhadas por toda a pele, em especial, face antebraço, ventre e dorso.

Rinite: congestão nasal e coriza.

Conjuntivite: Lacrimejamento.

PROTOCOLO

- 1- INTERROMPA O TRATAMENTO, LOGO APÓS RECONHECER OS SINAIS DE REAÇÃO ALÉRGICA;
- 2- REMOVA TODO MATERIAL DA BOCA DO PACIENTE;
- 3- POSICIONE NA FORMA MAIS CONFORTÁVEL;
- 4- AVALIE A RESPIRAÇÃO E A FREQUENCIA CARDÍACA E RESPIRATÓRIA;
- 5- SE NECESSÁRIO INSTITUA AS MANOBRAS DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA;
- 6- ADMINISTRE UMA AMPOLA DE PROMETAZINA 50MG VIA INTRAMUSCULAR;
- 7- MANTENHA O PACIENTE EM OBSERVAÇÃO CONSTANTE, DURANTE 20-30MINUTOS, MONITORANDO OS SINAIS VITAIS;
- 8- SE O QUADRO ESTIVER ESTABILIZADO, SEM SINAIS DE ENVOLVIMENTO RESPIRATÓRIO OU CARDIOVASCULAR, PRESCREVA UM ANTI-HISTAMÍNICO (EX. LORATADINA 10MG), VIA ORAL, UM COMPRIMIDO AO DIA, ATÉ A REMISSÃO DO QUADRO;
- 9- DISPENSE O PACIENTE COM O ACOMPANHANTE ADULTO, ORIENTANDO-O A NÃO INGERIR BEBIDAS ALCOÓLICAS;
- 10-SOLICITAR AVALIAÇÃO MÉDICA PARA DETERMINAR A CAUSA E INSTITUIR UM PROTOCOLO PARA REAÇÃO ALÉRGICA.

REAÇÕES RESPIRATÓRIAS

Broncoespasmo é observada em pacientes asmáticos com história de sensibilidade ao bissulfito de sódio ou a aspirina ou aos AINEs. Principais sinais são o chiado respiratório e o uso de músculos acessórios da respiração. A constrição da musculatura lisa bronquial resulta em manifestações clínicas similares à crise aguda de asma.

PROTOCOLO

- 1- LEVANTE O ENCOSTO DA CADEIRA E REMOVE QUALQUER INSTRUMENTO OU MATERIAL DA BOCA DO SOCORRIDO;
- 2- TENDE ACALMÁ-LO DIZENDO: "EU IREI AJUDÁ-LO."
- 3- NA PRESENÇA DE CIANOSE, CHAMAR O SAMU E INSTITUIR O SUPORTE BÁSICO DE VIDA
- 4- FAÇA UMA OU DUAS APLICAÇÕES DO BRONCODILATADOR NA FORMA DE AEROSSOL;
- 5- ADMINISTRE OXIGÊNIO;
- 6- NÃO HAVENDO REGRESSÃO DO EPISÓDIO, SIGNIFICA QUE O BRONCOESPASMO DEVE SER DE TAL DIMENSÃO QUE O BRONCODILATADOR NÃO ESTÁ CHEGANDO NOS ALVÉOLOS, NESSE CASO ADMINISTRE, VIA INTRAMUSCULAR, 0,5ML SOLUÇÃO DE EPINEFRINA 1:1000
- 7- CESSADA A CRISE, ADMINISTRE HIDROCORTISONA 100MG E PROMETAZINA 50MG VIA INTRAMUSCULAR;
- 8- MANTENHA O PACIENTE SOB OBSERVAÇÃO DURANTE 30 MINUTOS;
- 9- DISPENSE SOMENTE COM ACOMPANHANTE;
- 10-SOLICITAR AVALIAÇÃO MÉDICA PARA DETERMINAR A CAUSA E INSTITUIR UM PROTOCOLO PARA REAÇÃO ALÉRGICA.

Edema de laringe é a manifestação respiratória mais associada às reações alérgicas, e também apresenta risco de morte para o paciente. Diagnosticado quando pouco ou nenhum movimento de ar é ouvido ou percebido, apesar dos movimentos respiratórios exagerados do paciente. Som estridente, diferente do chiado do broncoespasmo, o paciente torna-se cianótico e logo perde a consciência em virtude da falta de oxigenação cerebral.

PROTOCOLO

- 1- SE O EDEMA DE LARINGE FOR SEVERO, MANTENHA O PACIENTE DEITADO DE COSTAS, COM OS PÉS ELEVADOS
- 2- SOLICITAR O SAMU;
- 3- INSTITUA O SUPORTE BÁSICO DE VIDA;
- 4- ADMINISTRE, VIA INTRAMUSCULAR, 0,5ML DE ADRENALINA 1:1000, REPETINDO A DOSE APÓS 5-10MINUTOS;
- 5- ADMINISTRE OXIGÊNIO;
- 6- QUANDO O PACIENTE VOLTAR A RESPIRAR DE FORMA ADEQUADA, ADMINISTRE HIDROCORTISONA 100MG E PROMETAZINA 50MG VIA INTRAMUSCULAR;
- 7- EM CASO OBSTRUÇÃO TOTAL POR EDEMA DE LARINGE SEM RESPOSTA A MEDICAÇÃO, HÁ NECESSIDADE DE SE CRIAR UMA VIA AÉREA ALTERNATIVA É QUANDO SE INDICA A CRICOTIREOTOMIA.

CHOQUE ANAFILÁTICO

É a reação sistêmica aguda geralmente explosiva mediada geralmente por IgE. Ocorrem em indivíduos geralmente previamente sensibilizados.

PROTOCOLO

- 1- INTERROMPA O ATENDIMENTO;
- 2- MANTENHA O PACIENTE NA POSIÇÃO SUPINA (DEITADO DE COSTAS), COM AS PERNAS LEVEMENTE ELEVADAS;
- 3- INSTITUA O SUPORTE BÁSICO DE VIDA;
- 4- SOLICITE O SAMU;
- 5- ADMINISTRE 0,5ML DE EPINEFRINA 1:1000, VIA INTRAMUSCULAR, REPETINDO A DOSE A CADA 5 A 10 MINUTOS, SE NECESSÁRIO;
- 6- ADMINISTRE OXIGÊNIO;
- 7- MONITORAR OS SINAIS VITAIS
- 8- COM O PACIENTE ESTÁVEL ADMINISTRE HIDROCORTISONA 100MG E PROMETAZINA 50 MG, VIA INTRAMUSCULAR;
- 9- AGUARDE O SAMU PARA TRANSFERÊNCIA PARA O HOSPITAL.

DOSES

ADULTO

0,5ML DE EPINEFRINA 1:1000

CRIANÇAS

>12 ANOS :0,5ML DE EPINEFRINA 1:1000

6 A 12 ANOS: 0,3ML DE EPINEFRINA 1:1000

6MESES A 6 ANOS: 0,15ML DE EPINEFRINA 1:1000

6. INTOXICAÇÃO AGUDA POR INGESTÃO DE FLÚOR

Quando deglutido, o íon flúor(F^-) atinge o estômago, onde se transforma em ácido fluorídrico(HF). O efeito irritativo do HF na mucosa gástrica é responsável por sintomas gastrintestinais como náusea, vômito, diarreia e dor abdominal. A consequência mais séria, é a queda abrupta dos níveis de cálcio(hipocalcemia), em virtude da afinidade dos íons F^- pelos cátions do soro. Os íons cálcio são indispensáveis para a integridade funcional do sistema nervoso autônomo e voluntário. Portanto, níveis baixos de cálcio pode provocar parestesia, fibrilação muscular, tetania, diminuição da contratilidade do miocárdio, e possivelmente colapso cardiovascular.

COMO CALCULAR A QUANTIDADE DE FLÚOR CONTIDA NAS PREPARAÇÕES COMERCIAIS

-ppm de F: é a quantidade de flúor em mg/L ou mg/Kg. Exemplo: se o creme dental tem 1000 ppm de F significa que ele tem 1000mg/Kg

-% de F: refere-se a quantidade em gramas de flúor a cada 100mL ou 100g de gel. Assim uma preparação com 1,23%, contém 1,23g de F em 100g de gel.

-%de NaF: refere-se a quantidade em gramas de flúor a cada 100mL em solução. Para transformar NaF para F basta multiplicar por 0,45. Portanto, NaF 0,05% para bochechos contem 0,05 g de NaF/ 100mL de solução, que multiplicando 0.45 por 0.05% NaF obtemos 0,0225% de F.

Bayless e Tinanoff propuseram uma fórmula matemática para calcular a quantidade de F acidentalmente deglutida, com base no volume aproximado e na concentração da solução empregada, e se essa quantidade atingiu ou não a dose provavelmente tóxica.

$\text{FATOR } 10 \times \text{VOLUME OU MASSA DEGLUTIDO (mL ou g)} \times \%F = \text{mgF}$
--

Prevenção

- 1- Colocar a criança sentada com a cabeça levemente inclinada para frente;
- 2- Não exceda o volume de 4mL de gel para cada aplicação;
- 3- Usar o sugador;
- 4- Instrua a criança a cuspir o excesso de gel por 30 segundos, essa é a medida mais importante;
- 5- Manter embalagens fora do alcance das crianças;
- 6- Inclua o hidróxido de alumínio no estojo de emergência.

PROTOCOLO

QUANTIDADE DE FLÚOR INGERIDO	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO IMEDIATO
MENOR QUE 5mg/Kg	-ADMINISTRAR HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO 5L OU LEITE; -OBSERVAR POR 1 HORA; -INDUÇÃO DO VÔMITO NÃO É NECESSÁRIA.
MAIOR QUE 5mg/Kg	-INDUZIR O VÔMITO; -ADMINISTRAR HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO 5ml; -ADMINISTRAR CÁLCIO POR VIA ORAL(LEITE, GLUCONATO DE CÁLCIO 5%; - PROVIDENCIAR INTERNAÇÃO HOSPITALAR; -ENQUANTO AGUARDO O SOCORRO, PROCURAR INDUZIR O VÔMITO;
MAIOR QUE 15mg/Kg	EM AMBIENTE HOSPITALAR: -INICIE O MONITORAMENTO CARDÍACO; - ADMINISTRAR GLUCONATO DE CÁLCIO A 10% EV LENTO, (1ML/KG) -ADMINISTRAR GLICOSE OU SORO BICARBONATADO

7. DIFICULDADE RESPIRATÓRIA

Síndrome de Hiperventilação

É um quadro caracterizado pela ventilação em excesso, ou seja, um aumento da quantidade de ar inspirado que entra por unidade de tempo nos alvéolos pulmonares.

Durante uma situação de estresse, ocorre um aumento da frequência respiratória e a liberação de epinefrina e norepinefrina na corrente sanguínea. A resposta primária a essas alterações é o aumento de troca O_2 e CO_2 pelos pulmões, o que resulta na diminuição do teor de CO_2 no sangue arterial (PCO_2) e na alcalose respiratória, aumentando o pH do sangue para 7,5 quando o normal é entre 7,35 e 7,45. A deficiência de CO_2 no sangue (hipocapnia) reduz o fluxo sanguíneo cerebral, podendo provocar alteração ou perda da consciência.

Maior incidência em pacientes 15 e 50 anos, sobretudo nas mulheres. Os sinais e sintomas mais observados são:

- 1- Palpitação, taquicardia e desconforto epigástrico;
- 2- Aumento da frequência respiratória (FR) para movimentos 25 a 30 movimentos respiratórios por minutos (FR normal 14 a 18 movimentos);
- 3- Sensação de formigamento ou "apertamento";
- 4- Distúrbios visuais, tontura e vertigem;
- 5- Secura da boca e dor abdominal;
- 6- Cãimbras com contração dos dedos, formigamento e parestesia das extremidades e ao redor dos lábios;
- 7- Alteração ou perda da consciência.

Prevenção

- Reconhecer o estado de ansiedade aguda e instalar o protocolo de sedação mínima.

PROTÓCOLO

- 1- INTERROMPER O ATENDIMENTO;
- 2- REMOVER QUALQUER MATERIAL DA BOCA DO PACIENTE;
- 3- ACOMODAR O PACIENTE EM UM POSIÇÃO MAIS CONFORTÁVEL. EVITAR A POSIÇÃO SUPINA (DEITADO DE COSTAS), POIS ELA DIMINUI O VOLUME RESPIRATÓRIO DO PACIENTE;
- 4- TRANQUILIZAR, AFIRMANDO QUE VAI AJUDÁ-LO;
- 5- PARA CORRIGIR A ALCALOSE RESPIRATÓRIA, FAÇA-O RESPIRAR UM AR ENRIQUECIDO COM CO_2 , COM O AUXÍLIO DE UM SACO PLÁSTICO OU COM AS MÃOS EM FORMA DE CONCHA, COBRINDO A BOCA E O NARIZ;
- 6- REPETIR A MANOBRA ATÉ A REMISSÃO DOS SINTOMAS;
- 7- NÃO HAVENDO MELHORA PODE-SE ADMINISTRAR DIAZEPAM 10MG VIA ORAL.

OBS.: A ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO NÃO É INDICADA POIS OS SINTOMAS NÃO SÃO PRODUZIDOS PELO EXCESSO DE OXIGÊNIO, MAS PELA DIMINUIÇÃO DOS NÍVEIS SANGUÍNEOS DE GÁS CARBÔNICO.

Crise Aguda de Asma

É uma doença pulmonar obstrutiva que é caracterizada pelo estreitamento das grandes e pequenas vias aéreas devido ao espasmo da musculatura lisa dos brônquios, edema e inflamação de suas paredes, associado a maior produção de muco aderente.

Classificação:

De acordo com os fatores:

Intrínseca: mais comum em adultos e conhecida como asma não alérgica ou idiopática.

Extrínseca: mais comum em crianças ou jovens também chamada asma de fundo alérgico.

De acordo com a gravidade:

- intermitente: sintomas são raros;
- leve: sintomas semanais;
- persistente moderado: sintomas diários;
- grave: sintomas diários ou contínuos.

Os sintomas podem se desenvolver de modo gradual ou súbito. Consiste em tosse, dificuldade respiratória, aumento da frequência respiratória (20-40 respirações por minuto), frequência cardíaca (mais de 120 batimentos por minuto), uso da musculatura acessória para respirar. Outros sinais: transpiração em excesso, agitação, sonolência ou confusão e cianose.

Os estímulos mais desencadeadores do broncoespasmo asmático são: frio, estresse emocional e físico, poluentes e irritantes ambientais, refluxo gastroesofágico, ASS, anti-inflamatórios não-esteroidais, substâncias antioxidantes como bi ou metabissulfito de sódio, alimentos (leite, ovos, chocolate).

Prevenção:

- 1- Orientar o paciente para trazer a “bombinha”;
- 2- Evitar prescrever ASS e anti-inflamatórios não esteroidais;
- 3- Não usar anestésico com vasoconstritor, pois contém o bissulfito de sódio.

PROTOCOLO

- 1- INTERROMPER O ATENDIMENTO E REMOVER QUALQUER MATERIAL DA BOCA DO PACIENTE;
- 2- PROCURAR TRANQUILIZAR O PACIENTE: “TENHA CALMA, EU VOU AJUDÁ-LO”;
- 3- COLOCAR O PACIENTE SENTADO CONTRA O ENCOSTO DE UMA CADEIRA COMUM;
- 4- PEÇA PARA O PACIENTE FAZER A AUTOADMINISTRAÇÃO DO BRONCODILATADOR EM AEROSSOL, POIS ELE JÁ POSSUE A PRÁTICA, SE POR ALGUM MOTIVO NÃO FOR POSSÍVEL INSUFLE CINCO APLICAÇÕES DO MEDICAMENTO EM UM SACO DE PAPEL, ADAPTE A BOCA E AO NARIZ E PEÇA PARA QUE ELE INSPIRE;
- 5- ADMINISTRAR OXIGÊNIO USANDO MÁSCARA FACIAL OU CÂNULA NASAL;

- 6- NÃO HAVENDO REGRESSÃO É SINAL QUE O BRONCODILATADOR NÃO ESTÁ CHEGANDO AOS ALVÉOLOS, ADMINISTRE 0,5ML DE EPINEFRINA 1:1000 VIA INTRAMUSCULAR.

Edema Agudo Pulmonar

É uma manifestação dramática da falência aguda do ventrículo esquerdo por hipotensão venosa pulmonar, provocando a formação excessiva de fluido seroso nos espaços alveolares ou interstícios teciduais dos pulmões, acompanhada de uma extrema dificuldade de respirar.

Os sinais e sintomas instalam-se de forma brusca, e a tosse de grau leve e seca normalmente é o primeiro sinal a se manifestar acompanhada quase de imediato de dispneia (dificuldade respiratória). Com a evolução do quadro o paciente apresenta uma sensação de sufocamento e de extrema ansiedade que, por sua vez, aumenta ainda mais a dispneia.

O edema agudo pulmonar pode ser precedido por uma insuficiência congestiva cardíaca (ICC). O exame de coloração da pele e mucosas – especialmente leito de unhas e lábios – podem apresentar acinzentadas ou azuladas, distensão da veia jugular, na região do pescoço, também é um procedimento importante, pois uma maior distensão desse vaso desenvolve-se em pacientes com insuficiência cardíaca direita, mesmo quando o paciente se encontra na posição semissupina. O exame dos tornozelos também deve ser feito para se avaliar a presença e o grau de inchaço. Uma pequena compressão exercida com os dedos por alguns segundos pode resultar em uma pequena depressão deixada pelo fluido edematoso que abandonou a área comprimida, sendo um indicativo importante do inadequado retorno venoso.

Prevenção

- 1- Realizar procedimentos eletivos em pacientes ICC se a doença estiver controlada;
- 2- Sessões curtas de tratamento;
- 3- Paciente na posição mais confortável, se ele estiver com dificuldade de respirar, coloque-o na posição semi-inclinada;
- 4- Interromper o atendimento se mostrar sinais de fadiga;
- 5- Prevenir a dor durante e após o atendimento com uso de anestésicos e analgésicos;
- 6- Administrar oxigênio de 3 a 5L/min;
- 7- Permitir um breve repouso antes de dispensá-lo;
- 8- **Pacientes com ICC não controlada só devem ser atendidos em ambiente hospitalar;**

PROTOCOLO

- 1- INTERROMPER O ATENDIMENTO E REMOVER TODO MATERIAL DA BOCA DO PACIENTE;
- 2- COLOCAR NA POSIÇÃO SENTADA, COM O TRONCO ERETO, PERMITINDO QUE O EXCESSO DE FLUIDO DOS TECIDOS PULMONARES FIQUE CONCENTRADO NA BASE DO PULMÃO, PERMITINDO MAIOR APORTE DE OXIGÊNIO;
- 3- SOLICITAR O SAMU;
- 4- ACALMAR O PACIENTE:” EU IREI AJUDÁ-LO”;

- 5- FAZER O GARROTEAMENTO DOS MEMBROS SUPERIORES, DE FORMA ALTERNADA, SENDO 5 MINUTOS PARA CADA BRAÇO, COM O AUXÍLIO DO ESFIGMOMANÔMETRO;
- 6- ADMINISTRAR OXIGÊNIO 10L/min, ATRAVÉS DA MÁSCARA FACIAL;
- 7- AVALIAR OS SINAIS VITAIS;
- 8- SE PERDER A CONSCIÊNCIA, COLOCAR NA POSIÇÃO SUPINA E INICIAR O SUPORTE BÁSICO DE VIDA.

7. OBSTRUÇÃO AGUDA DAS VIAS AÉREAS POR CORPOS ESTRANHOS

É grande o risco de objetos caírem na porção posterior oral ou na faringe, que pode levar à sua inspiração ou deglutição.

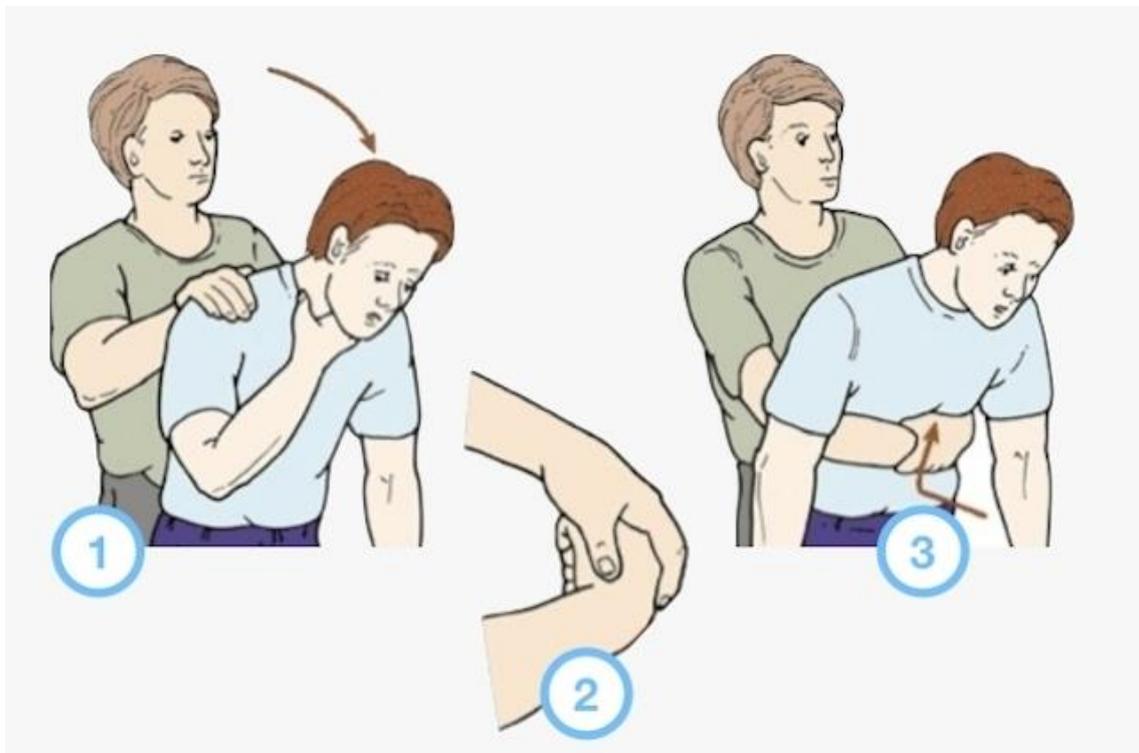
Prevenção

- 1- Identifique os pacientes de risco;
- 2- Usar lençol de borracha nos procedimentos endodônticos e restauradores;
- 3- Colocar uma gaze como anteparo- presa a fio dental – para proteção da orofaringe, especialmente em pacientes sedados;
- 4- Amarrar a um fio dental pequenos objetos como roletes de algodão, limas endodônticas, componentes de implantes, grampos para isolamento, etc;
- 5- Colocar a cadeira odontológica na posição reclinada ao atender pacientes que apresentarem a coordenação da deglutição ou o reflexo da tosse afetado;
- 6- Usar sugador de alta potência;

PROTOCOLO

ADULTOS E CRIANÇAS (1-8 ANOS DE IDADE) CONSCIENTES

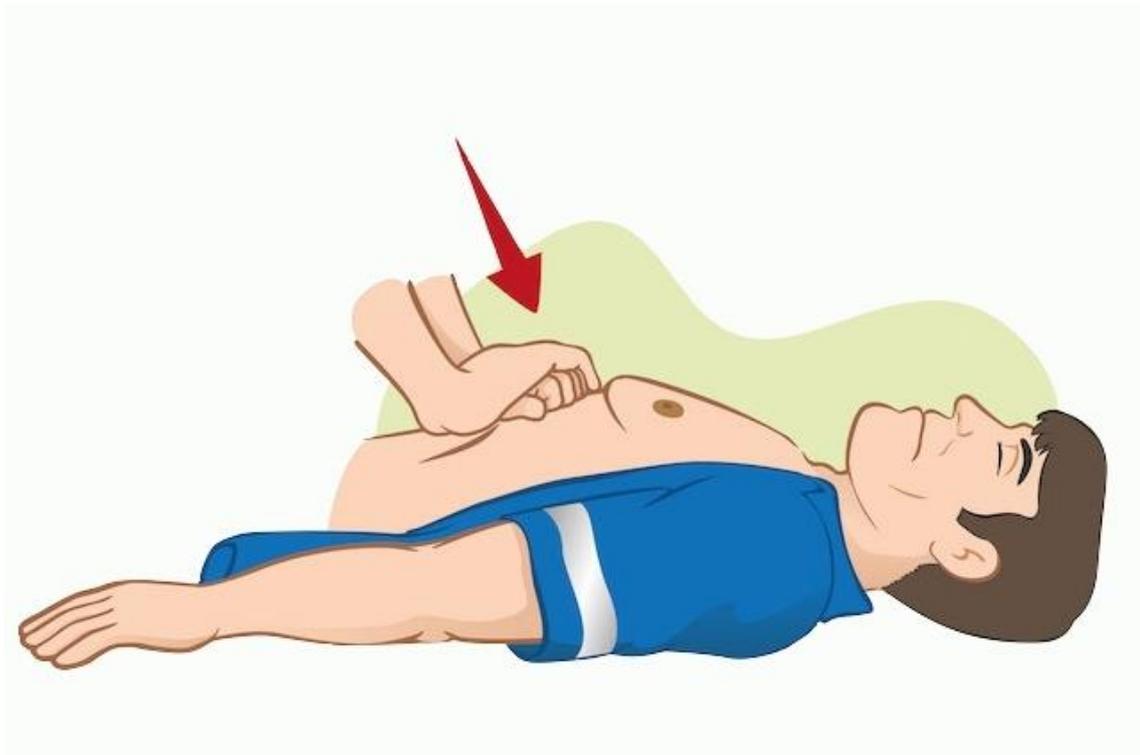
- 1- IDENTIFICAR A OBSTRUÇÃO TOTAL DAS VIAS AÉREAS, PERGUNTANDO: “VOCÊ ESTÁ ENGASGADO?” O SOCORRIDO NÃO IRÁ RESPONDER;
- 2- MOSTRAR QUE IRÁ AJUDAR: “EU VOU AJUDÁ-LO, CONFIE EM MIM”;
- 3- APLIQUE A MANOBRA DE HEIMLICH, ATÉ O OBJETO SER EXPELIDO, INTERROMPENDO CASO FIQUE INCONSCIENTE;
- 4- APÓS A RECUPERAÇÃO DO SOCORRIDO, AGUARDAR 10 MINUTOS;
- 5- ENCAMINHAR PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.



1. **Posicionar-se por detrás da vítima**, envolvendo-a com os braços;
2. **Fechar uma das mãos**, com o punho bem fechado e o polegar por cima, e posicioná-la na região superior do abdômen, entre o umbigo e o a caixa torácica;
3. **Colocar a outra mão sobre o punho fechado**, agarrando-o firmemente;
4. **Puxar com força ambas as mãos para dentro e para cima**. Caso essa região seja de difícil acesso, como pode acontecer em obesos ou gestantes nas últimas semanas, uma opção é localizar as mãos sobre o tórax;
5. **Repetir a manobra por até 5 vezes seguidas**, observando se o objeto foi expelido e se a vítima respira.

ADULTOS E CRIANÇAS (1-8 ANOS DE IDADE) INCONSCIENTES

- 1 – CHAMAR O SAMU;
- 2- COLOCAR O SOCORRIDO DEITADO DE COSTAS, COM A CABEÇA NA POSIÇÃO NEUTRA;
- 3- ABRA A BOCA DO SOCORRIDO, SEGURE A LÍNGUA E O MENTO E INCLINE PARA TRÁS;
- 4- SE O OBJETO FOR VISÍVEL PROCURE REMOVÊ-LO COM AUXÍLIO DE UMA PINÇA DE PONTA ROMBA, CASO CONTRÁRIO FAÇA UMA INSPEÇÃO CUIDADOSA DA BOCA COM OS DEDOS;
- 5- FAZER DUAS VENTILAÇÕES ARTIFICIAIS;
- 6- SE NÃO TIVER SUCESSO, FAÇA 5 – 10 COMPRESSÕES ABDNOMINAIS;
- 7- FAÇA UMA NOVA INSPEÇÃO COM OS DEDOS PARA AVALIAR A PRESENÇA DE CORPOS ESTRANHOS;
- 8- VENTILAR NOVAMENTE;
- 9- SE NÃO CONSEGUIR, REPITA 5-10 COMPRESSÕES ABDNOMIAIS, A INSPEÇÃO COM OS DEDOS E A VENTILAÇÃO.



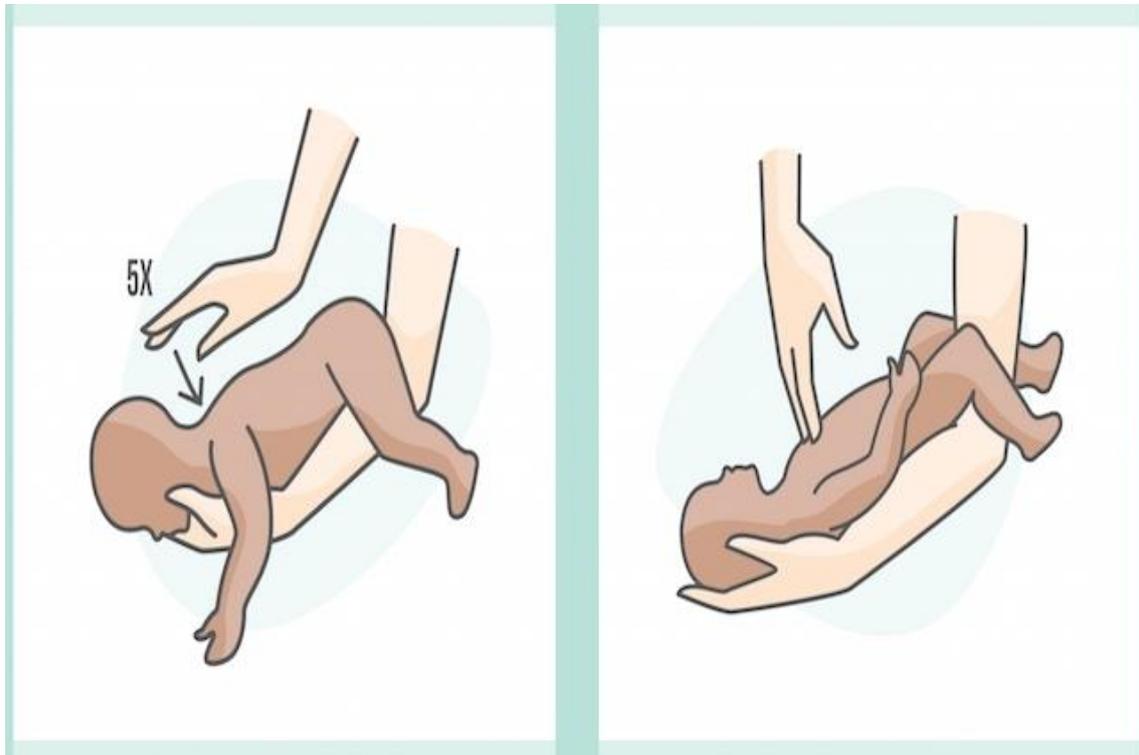
Quando a pessoa está inconsciente ou desmaiada, a manobra de Heimlich é feita deitando-se a vítima sobre uma superfície plana, e em seguida:

- **Sentar-se de frente para a vítima**, sobre sua bacia ou pernas;
- **Posicionar as mãos abertas**, uma sobre a outra na região superior do abdômen, próxima ao tórax;
- **Fazer uma forte pressão para dentro e para cima**, utilizando o peso do corpo, e repetir quantas vezes forem necessárias.

BEBÊS CONSCIENTES

- 1- SE O BEBÊ É CAPAZ DE TOSSIR OU CHORAR, O AR ESTÁ PASSANDO NA TRAQUÉIA E A OBSTRUÇÃO NÃO É COMPLETA, NESSE CASO NÃO TENHA TENTADO REMOVER O OBJETO POIS PODE AGRAVAR O CASO;
- 2- SE O BEBÊ É INCAPAZ DE TOSSIR OU CHORAR SUSTENTE SUA CABEÇA E COLO, E SEGRE FIRMAMENTE SUA MANDÍBULA COM UMA DAS MÃOS. EM SEGUIDE GIRE O CORPO DO BEBÊ, MANTENDO-O COM FACE PARA BAIXO E COM A CABEÇA MAIS BAIXA QUE O TRONCO, APOIANDO-O EM SEU ANTEBRAÇO, COM A PALMA DA MÃO QUE ESTÁ LIVRE, APLIQUE 5 GOLPES ENÉRGICOS NAS COSTAS, ENTRE AS ESCÁPULAS, OS QUAIS PODEM AJUDAR A EXPELIR O CORPO ESTRANHO;
- 3- CASO O OBJETO NÃO SEJA EXPELIDO, POSICIONE O BEBÊ DE FACE VOLTADA PARA CIMA, APOIADO EM SEU ANTEBRAÇO, E FAÇA 5 COMPRESSÕES TORÁCICAS, NO 1/3 MÉDIO DO ESTERNO COM AUXÍLIO DE DOIS DEDOS (MÉDIO E O INDICADOR);

- 4- ALTERNE ESSAS DUAS MANOBRAS DE FORMA PERSISTENTE. SOMENTE INTERROMPA SE O BEBÊ EXPELIR O CORPO ESTRANHO OU PERDER A CONSCIÊNCIA.



BEBÊS INCONSCIENTES

- 1- CHAMAR O SAMU;
- 2- COLOCAR O BEBÊ DEITADO DE COSTAS;
- 3- COLOCAR SEU POLEGAR SOBRE A LINGUA DO BEBÊ, PUXE E ELEVE A MANDÍBULA PARA TENTAR VISUALIZAR O CORPO ESTRANHO; SE FOR POSSÍVEL REMOVER CUIDADOSAMENTE COM UMA PINÇA PONTA ROMBA, SE NÃO FOR POSSÍVEL VISUALIZAR O OBJETO, NÃO FAÇA A INSPEÇÃO COM OS DEDOS;
- 4- PROPICIAR A PASSAGEM DE AR, INCLINANDO A CABEÇA PARA TRÁS E ELEVANDO O MENTO, FAÇA DUAS VENTILAÇÕES ARTIFICIAIS NA BOCA;
- 5- SE O TÓRAX NÃO EXPANDIR APLICAR 5 GOLPES NAS COSTAS (IGUAL ACIMA);
- 6- FAÇA 5 COMPRESSÕES TORÁDICAS (IGUAL ACIMA);
- 7- PROCURAR VISUALIZAR O CORPO ESTRANHO, SE VISÍVEL REMOVÁ-O;
- 8- SE NÃO CONSEGUIR REPITA OS PASSOS 4, 5, 6.

8. REAÇÕES À SUPERDOSAGEM DAS SOLUÇÕES DOS ANESTÉSICOS LOCAIS

Podem ser classificadas em absolutas ou relativas:

- Absolutas: volume excessivo de tubetes anestésicos aplicados;
- Relativas: injeção acidental intravascular acidental ou muito rápida.

Prevenção:

- 1- Fazer anamnese criteriosa em pacientes com fatores de risco (gestantes, doenças sistêmicas);
- 2- Usar sempre que possível soluções anestésicas com vasoconstritor, que diminui a absorção do sal anestésico e aumenta o tempo de anestesia, isso diminui a necessidade de complementações da anestesia e conseqüentemente sua toxicidade;
- 3- Empregar em doses seguras;
- 4- Quando empregar dois anestésicos com doses máximas distintas, respeite o menor das doses. Por exemplo, um paciente com 50Kg a dose máxima de tubetes de lidocaína são 6 e de articaína 4,8, no caso de usar os dois anestésicos deve seguir o limite de 4,8;
- 5- Nos bloqueios regionais fazer a aspiração;
- 6- Injetar de forma lenta (1ml/minuto);
- 7- Evitar injeções repetidas.

Os principais sinais e sintomas dos anestésicos locais são sobre o sistema nervoso central (SNC) e o sistema cardiovascular (SCV).

4,5µg/ml	ANTICONVULSIVANTE/ANTIARRÍTMICO
4,5µg/ml a 7,5 µg/ml	IRRITABILIDADE CORTICAL
ACIMA DE 7,5 µg/ml	CONVULSÃO TÔNICO-CLÔNICA

A ação do anestésico local sobre o SNC pode ser dividida em duas etapas:

- 1- Ansiedade, inquietação, nervosismo, fala incessante e descontrolada, desorientação, confusão mental, vertigem, visão dupla, gosto metálico, tremores e convulsão;
- 2- Ocorre depressão do SNC caracterizada por sonolência, inconsciência e depressão respiratória, pode ocorrer, náuseas, α , zumbidos e contração da pupila (miose);

No SCV, os anestésicos locais provocam depressão direta sobre o miocárdio e vasodilatação periférica generalizada. Os sinais e sintomas incluem bradicardia, hipotensão, colapso cardiovascular e parada cardíaca;

PROTOCOLO

- 1- INTERROMPER O ATENDIMENTO E REMOVER TODO MATERIAL DA BOCA DO PACIENTE;
- 2- TRANQUILIZAR, AFIRMANDO:” TENHA CALMA, EU VOU AJUDÁ-LO.”;
- 3- POSICIONAR NA CADEIRA. SE ESTIVER MUITO ANSIOSO, COLOQUE-O NA POSIÇÃO CONFORTÁVEL (SEMI-INCLINADA), SE HOUVER DIMINUIÇÃO DA PA E DA FREQUÊNCIA CARDÍACA, COLOQUE-O DEITADO NA POSIÇÃO SUPINA COM AS PERNAS LIGEIRAMENTE MAIS ELEVADAS QUE A CABEÇA;
- 4- ADMINISTRAR OXIGÊNIO (5 A 6 L/MIN);
- 5- ESPERAR A RECUPERAÇÃO, SE HOUVE UMA LEVE ALTERAÇÃO DA PA E DO PULSO, DISPENSAR APENAS COM ACOMPANHANTE;
- 1- EM CASOS SEVEROS, DE INÍCIO MUITO RÁPIDO, SOLICITE O SAMU E ESTEJA PREPARADO PARA INSTITUIR O SUPORTE BÁSICO DE VIDA E RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR;
- 6- SE HOUVER CONVULSÃO PROLONGADA, ENTRE OS EPISÓDIOS DE CONTRAÇÃO MUSCULAR, QUANDO A MUSCULATURA ESTIVER RELAXADA ADMINISTRE 1 AMPOLA DE DIAZEPAM 10MG IV(LENTO) OU IM;
- 7- MONITORE OS SINAIS VITAIS ENQUANTO CHEGA O SOCORRO MÉDICO.

SUPERDOSAGEM DO VASOCONSTRITOR

São classificados em:

Adrenérgicos: epinefrina(adrenalina)(mais utilizado no mundo), norepinefrina(noradrenalina), corbadrina(levonordefrina) e fenilefrina;

Não-adrenérgicos: Felipressina.

A epinefrina provoca vasoconstrição ao estimular os receptores adrenérgicos α_1 localizado nas arteríola, efeitos nos receptores β_1 adrenérgicos produzindo efeitos como da contratilidade cardíaca e aumento da frequência; além da vasodilatação periférica, esta pela interação com receptores β_2 ;

OBS: PACIENTES PORTADORES DE CERTAS CONDIÇÕES CARDIOVASCULARES E OUTRAS DOENÇAS DE ORDEM SISTÊMICAS ESTÁ CONTRA-INDICADO O USO DE SOLUÇÕES ANESTÉSICAS LOCAIS COM VASOCONSTRITOR DO GRUPO DAS AMINAS SIMPATOMIMÉTICAS (EPINEFRINA, NOREPINEFRINA, LEVONORDEFINA), NESSES CASOS SE USA MEPIVACAÍNA A 3% SEM VASOCONSTRITOR, OU PRILOCAÍNA A 3% ASSOCIADA A FELIPRESSINA.

CONTRA-INDICAÇÕES DO USO DE ANESTÉSICOS LOCAIS COM VASOCONSTRITOR DO GRUPO DAS AMINAS SIMPATOMIMÉTICAS:

- HIPERTENSOS COM PA SISTÓLICA ACIMA DE 160mmHg e diastólica acima de 10 mmHg;

- DOENÇAS CARDIOVASCULARES SEVERAS:

- a) MENOS DE 6 MESES APÓS O INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO;
- b) MENOS DE 6 MESES APÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO(AVE);
- c) ANGINA INSTÁVEL;
- d) ARRITMIA CARDÍACA INSTÁVEL, MESMO SOB TRATAMENTO;

-HIPERTIROIDISMO NÃO CONTROLADO.

PROTOCOLO

- 2- ENCERRAR O ATENDIMENTO E REMOVER QUALQUER MATERIAL DA BOCA DO PACIENTE;
- 3- COLOCAR NA POSIÇÃO SENTADO (PARA DIMINUIR A PRESSÃO INTRACRANIANA);
- 4- TRANQUILIZAR O PACIENTE: “TENHA CALMA, EU VOU AJUDÁ-LO.”;
- 5- MONITORAR OS SINAIS VITAIS;
- 6- ADMINISTRAR OXIGENIO (5 A 6 L/MIN);
- 7- ESPERAR O PACIENTE SE RECUPERAR, ESTEJA PREPARADO PARA INSTITUIR O SUPORTE BÁSICO DE VIDA E RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR;
- 8- ENCAMINHAR PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Metemoglobinemia

É o aumento do nível da forma oxidada de hemoglobina. A molécula de hemoglobina possui quatro átomos de ferro que se ligam fracamente ao oxigênio, na forma ferrosa Fe^{++} , instáveis, sendo possível o transporte de oxigênio para os tecidos. Quando são facilmente oxidadas, transformando nas moléculas de íons férricos Fe^{+++} , são instáveis não sendo liberados para os tecidos.

Em condições normais o organismo controla esse processo por meio de uma enzima a metemoglobina redutase, que promove a redução de íons férrico em íons ferroso, restabelecendo a capacidade de liberar oxigênio para os tecidos, conseguindo assim manter os níveis de metemoglobina em níveis de 1%.

A metemoglobinemia pode ser congênita ou adquirida. A forma adquirida quando há contato com certos medicamentos derivados da anilina como os anestésicos prilocaína e articaína, portanto devem ser evitados em pacientes com metemoglobinemia congênita.

Os sinais e sintomas são cansaço, letargia, dificuldade respiratória, pele branca acinzentada e mucosa bucal e leito das unhas cianóticos.

O tratamento consiste em administração intravenosa lenta de 1,5mg/kg de azul de metileno, este por ser um receptor de elétrons reduz os elétrons da forma férrica para a forma ferrosa.

Prevenção

O anestésico prilocaína deve ser evitado nos seguintes pacientes:

- Gravidez;
- Anemia;
- Anemia falciforme;
- Insuficiência cardíaca ou respiratória;

- Uso crônico do paracetamol;
- Metemoglobinemia congênita ou adquirida.

PROTOCOLO

- 1- TRANQUILIZAR O PACIENTE, SE O CONTATO FOR POR TELEFONE SOLICITAR A PRESENÇA IMEDIATA NO CONSULTÓRIO;
- 2- AVALIAR O QUADRO E ESTABELEÇA O POSSÍVEL QUADRO DE METEMOGLOBINEMIA;
- 3- ENCAMINHAR O PACIENTE PARA AVALIAÇÃO MÉDICA, RELATANDO SUA SUSPEITA DE DIAGNÓSTICO E QUANTIDADE DE ANESTÉSICO ADMINISTRADA;
- 4- CONFIRMADO O DIAGNÓSTICO, ACOMPANHE O TRATAMENTO MÉDICO ATÉ ELE SER CONCLUÍDO.

