

LORENA GOEDERT SPAK

AVALIAÇÃO DE CONDIÇÕES SISTÊMICAS, ACIDENTES E
COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS EM PACIENTES
SUBMETIDOS A CIRURGIAS BUCAIS NA COU/UEL.

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Odontologia da
Universidade Estadual de Londrina, como
requisito parcial à obtenção do título de
diploma de graduação em Odontologia.

Orientadora: Prof. Dr.Cecilia Luiz Pereira
Stabile

Londrina

2013

LORENA GOEDERT SPAK

AVALIAÇÃO DE CONDIÇÕES SISTÊMICAS, ACIDENTES E
COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS EM PACIENTES
SUBMETIDOS A CIRURGIAS BUCAIS NA COU/UEL.

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Odontologia da
Universidade Estadual de Londrina, como
requisito parcial à obtenção de diploma de
graduação em Odontologia.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Cecilia Luiz Pereira
Stabile
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr. Ricardo Alves Matheus
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, ____ de _____ de ____.

Agradecimentos

A Deus, primeiramente, por ter me dado força durante esses cinco anos de curso, por ter me iluminado nas decisões mais difíceis e por ter me guiado ao longo do curso para trilhar o caminho mais correto possível.

À toda minha família, principalmente pelos meus pais Julho Spak e Hieda Goedert Spak, meu irmão Leandro Goedert Spak pelo amor e dedicação e por sempre acreditarem em mim me dando todo o apoio possível, e por terem me proporcionado essa oportunidade de um futuro promissor, realizando todos os esforços possíveis para dar continuidade a essa jornada, me dando todo apoio e força para pleitear essa formação e que, por tantas vezes abdicaram seus sonhos para realizar os meus e abriram mão das suas vontades para realizar meus caprichos.

Agradeço a minha orientadora Cecilia Luiz Pereira Stabile pela oportunidade concedida a mim para a realização do projeto de pesquisa em questão, que me ofereceu muito conhecimento na vida acadêmica. Agradeço-a também por todo e esforço dedicado, por sempre estar disposta a ajudar e ensinar e pela confiabilidade e amizade demonstradas durante este período que incentivaram e tornaram prazeroso este aprendizado.

Não posso esquecer-me de minhas amigas da faculdade: Patricia Souza, Izabela, Rafaela, Gabriela, Giovanna, Patricia Medeiros, Adriely, Lethicia, Ana Paula, Lubianca e Natalia, minhas eternas maritacas. É com vocês que compartilho angústias, alegrias, felicidades e outras tantas coisas que uma amizade faz. Obrigada pelo apoio e amizade de sempre, e por estarem presentes em minha vida, se tornando uma segunda família pra mim, cada uma, com seu jeitinho especial tem e sempre terá um lugarzinho especial no meu coração. Agradeço também àquelas que já fiz parceria nas aulas práticas do curso, Patricia Souza, Giovanna e Polyane, obrigada pela paciência e por me ajudarem no conhecimento adquirido. A todas desejo um futuro promissor, e que esta profissão que escolheram possa nos trazer felicidade e realizações.

SPAK, Lorena Goedert. Avaliação de condições sistêmicas, acidentes e complicações pós-operatórias em pacientes submetidos a cirurgias bucais na COU/UEL. 2013. 44 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nome do Curso de Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2013.

RESUMO

A avaliação do paciente antes do tratamento cirúrgico odontológico visa estabelecer o diagnóstico, conhecer as condições médicas preexistentes, descobrir doenças concomitantes, controlar eventuais emergências e tratar os pacientes com segurança. Sendo assim, é de suma importância que o cirurgião dentista conheça o paciente e qualquer alteração sistêmica que o mesmo possa apresentar, pois isso poderá influenciar no tratamento do mesmo. O objetivo deste trabalho é apresentar os resultados de uma pesquisa realizada por meio da análise dos prontuários dos pacientes atendidos no módulo de cirurgia bucal da Clínica Odontológica Universitária da Universidade Estadual de Londrina, no período de 2009 a 2011, investigando perfil epidemiológico, condições sistêmicas, acidentes e complicações relacionadas à cirurgia. Foram incluídos 520 prontuários. Pode-se observar a prevalência de pacientes do gênero feminino, com média de idade de 37,7 anos (8 a 89 anos). As queixas mais freqüentes foram dor, extração de 3° molares e avaliação de lesão. Dos 520 pacientes avaliados, 77,5% não relataram qualquer alteração sistêmica e 22,5% relataram alguma alteração; destes, 9% eram hipertensos e 3% diabéticos; além disso, 8,84% faziam uso de medicamentos anti-hipertensivos, 4,42% de analgésicos e 2,3% de hipoglicemiante. Em relação aos acidentes e complicações pós-operatórias observou-se um índice de 1,5%. Com base nos resultados preliminares, pode-se afirmar que uma porcentagem significativa de pacientes submetidos a cirurgias bucais apresenta alterações sistêmicas e uso de medicações que podem afetar o tratamento odontológico. No entanto, um baixo número de acidentes e complicações foi observado.

Palavras-chave: Cirurgias, acidentes, complicações pós-operatórias.

ABSTRACT

The evaluation of the patient before dental surgery aims to establish the diagnosis, know about preexisting medical conditions and concomitant diseases, monitor any emergencies and treat patients safely . It is therefore of Paramount importance that the dentist knows the patient and any systemic changes tha the/she may exhibit, as it may influence the treatment. The objective of this paper is to present the results of a survey conducted by analyzing the medical records of patients seen in the Oral Surgery module of the University Dental Clinic of the State University of Londrina, in the period from 2009 to 2011, investigating epidemiological, systemic conditions, accidents and complications related to surgery. 520 patients were included. One can observe the prevalence of female patients, with a mean age of 37.7 years (8-89 years) . The most frequent complaints were pain , 3rd molar extraction and evaluation of injury . Of the 520 patients, 77.5% did not report any systemic problems and 22.5% reported them. 9 % and 3% had hypertension or diabetes, respectively. In addition, 8.84 % were taking antihypertensive drugs, 4.42 % of analgesics and 2.3 % of hypoglycemic drugs. In relation to accidents and postoperative complications, we observed a rate of 1.5 % . Based on the results, it can be stated that a significant percent age of patients undergoing oral surgery presents systemic changes and medications that can affect dental treatment. However, a low number of accidents and complications were observed.

Keywords: surgery, accidents, postoperative complications.

SUMÁRIO

1	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA
1.1	Fatores sistêmicos
1.1.1	Doenças cardiovasculares
1.1.2	Pacientes com endocrinopatias e grávidas
1.1.3	Pacientes com doença pulmonar
1.1.4	Pacientes com doença hematológica
1.1.5	Doença geniturinária
1.1.6	Doença neurológica
1.2	Acidentes
1.2.1	Fratura do dente a ser avulsionado
1.2.2	Fratura óssea
1.2.3	Hemorragia
1.2.4	Lesão a outros dentes
1.2.5	Lesão do tronco nervoso
1.2.6	Lesão de tecidos moles
1.2.7	Invasão de estruturas anatômicas circunvizinhas
1.2.8	Luxação da articulação temporomandibular
1.3	Complicações
1.3.1	Resposta inflamatória primária exacerbada
1.3.2	Extravasamento sanguíneo do leito vascular
1.3.3	Alveolites
1.4	Emergência médicas
1.4.1	Emergências causadas pela ansiedade
1.4.2	Emergências relacionada com dificuldades respiratórias
1.4.3	Emergências relacionadas com desconforto torácico
1.4.4	Reanimação cardiorrespiratória
1.4.5	Alterações causadas por reações de hipersensibilidade
1.4.6	Emergências relacionadas à anestesia local
2	OBJETIVO

3 METODOLOGIA

- 3.1 Local da pesquisa.....
- 3.2 Seleção de pacientes.....
- 3.3 Número de sujeitos.....
- 3.4 Critérios de inclusão/ exclusão
- 3.5 Coleta de dados
- 3.6 Análise de dados

4 RESULTADOS

5 DISCUSSÃO

6 CONCLUSÃO

7 BIBLIOGRAFIA

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Está claro que a maneira mais eficaz de lidar com uma complicação cirúrgica é não deixar que ela aconteça. Quando há uma cuidadosa avaliação pré-operatória e um plano de tratamento abrangente e estes são realizados rotineiramente, o cirurgião-dentista pode esperar que as complicações sejam mínimas, realizando assim o exercício da prevenção das mesmas. Porém, deve-se ter em mente que mesmo com esses cuidados, as complicações podem ocorrer eventualmente. Nos casos em que o dentista elaborou um planejamento criterioso, a complicação frequentemente é prevista e pode ser controlada, de forma rotineira.

De acordo com ANDRADE,RANALI (2011), o cirurgião-dentista deve iniciar o exame físico do paciente pela avaliação dos sinais vitais, que inclui a verificação da pressão arterial e do pulso carotídeo. A presença de pulso irregular deve alertar o cirurgião-dentista para a possível presença de arritmia e o paciente deve ser encaminhado ao médico para avaliação.

O conhecimento da situação sistêmica do paciente é de grande importância na área odontológica, uma vez que diversas doenças podem indicar alteração do plano de tratamento em diferentes circunstâncias (GAETTI-JARDIM *et al*, 2008).

Sabe-se que com o aumento da expectativa de vida, mais idosos vem sendo atendidos, mudando, dessa maneira , o perfil dos pacientes, uma vez que observou-se um aumento no número de pacientes portadores de doenças crônicas como diabetes e doenças cardiovasculares (LOPES;OLIVEIRA;FLÓRIO,2010). Sendo assim, os profissionais devem estar conscientes destas alterações e ter conhecimento suficiente para realizar o atendimento da melhor forma possível, evitando quaisquer emergências clínicas.

Estudos demonstram que houve um declínio da mortalidade causado por doenças infecciosas e parasitárias e uma rápida ascensão daquelas do aparelho circulatório. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais prevalente doença vascular no mundo sendo predominante causa de morte no Brasil desde os anos 70 (LESSA,2010; CORDEIRO *et al*,1993; VAN EYKEN; MORAES, 2009). Segundo uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, a proporção de brasileiros diagnosticados com hipertensão arterial aumentou nos últimos 5 anos, passando de

21,6% em 2006 para 23,3% em 2010. Além da hipertensão arterial, outra doença que merece destaque é a Diabetes mellito, que esta entre as 5 doenças que mais matam (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Além destas alterações, deve-se dar valor a outros problemas clínicos comuns, que também podem alterar o plano de tratamento, sendo estes angina, infarto do miocárdio, sopros cardíacos, distúrbios da coagulação, asma, doença pulmonar, hepatite, doenças sexualmente transmissíveis, doença renal, uso de corticosteróides, acidente vascular cerebral e uso de válvulas cardíacas protéticas. Os pacientes devem ser questionados sobre os medicamentos que ingerem, devido a possibilidade de ocorrer alguma interação com os anestésicos usados durante o tratamento odontológico e também sobre a presença de alergia a alguma droga.

Cabe, portanto, ao paciente revelar todas e quaisquer alterações de saúde que o mesmo apresente, sendo de suma importância que o cirurgião dentista investigue e aprofunde mais sobre a mesma, pois somente assim ele conseguirá realizar um tratamento mais seguro.

1.1 FATORES SISTÊMICOS

1.1.1 Doenças cardiovasculares

- Aterosclerose- em nível tecidual, é causada pelo acúmulo anormal de lipídios nas paredes das artérias, sendo essas lesões elevadas que acabam por obstruir a luz vascular. À medida que o vaso se estreita, o suprimento sanguíneo distal fica comprometido, ocasionando a privação do oxigênio ou isquemia. As Placas estão sujeitas à fibrose, calcificação, hemorragia interna e ulceração, funcionando como áreas de formação de trombose ou de coágulos sanguíneos no local, podendo causar um infarto distal no órgão relacionado ou em outras partes do corpo. Quando se trata de tratamento odontológico, os pacientes podem se apresentar assintomáticos num primeiro momento da apresentação, mas os sintomas podem evoluir durante o tratamento e

complicar o dentista. A doença aterosclerótica é a principal causa de morte no Brasil, sendo esta de causa multifatorial (SANTOS, 2001).

- Hipertensão- é a elevação anormal da pressão sanguínea sistólica arterial, em repouso, acima de 140 mmHg e/ou a elevação da pressão sanguínea diastólica acima de 90 mmHg. Sua etiologia parece depender de uma interação entre predisposição genética e fatores de risco, tais como a obesidade, sedentarismo, a excessiva ingestão de sal, o alcoolismo, tabagismo, estresse, doença renal e hereditariedade. Dor, ansiedade e injeção intravenosa acidental de solução anestésica contendo vasoconstritores podem ocorrer, o que aumenta as chances do paciente de desenvolver uma crise hipertensiva; portanto cabe ao cirurgião dentista, ao tratar de pacientes hipertensos, mesmo os compensados, tomar medidas para diminuir o estresse-controle da dor, sessões curtas e uso de ansiolíticos (RESENDE et al., 2009). A hipertensão mal controlada pode aumentar de modo agudo, perante situações estressantes e desencadear a angina, a insuficiência cardíaca congestiva ou, raramente, um acidente vascular cerebral. Cabe ao cirurgião dentista avaliar a gravidade da hipertensão por meio da história médica e exame físico do paciente, além disso, é de suma importância que o mesmo informe todos os medicamentos que usa, pois isso fornecerá alguma idéia sobre a gravidade da sua hipertensão e pode alertar o dentista para os possíveis efeitos colaterais capazes de complicar o tratamento dentário.
- Angina do peito- é definida como uma dor torácica transitória retroesternal desencadeada por exercícios físicos, emoção ou estresse. A crise dolorosa ou desconforto precordial, pode irradiar para outras áreas adjacentes e esta relacionada ao aumento das necessidades de oxigênio. A crise pode ser identificada através dos seguintes sinais e sintomas: paciente fica apreensivo, com sudorese aumentada, relata dor retroesternal ou precordial (RESENDE

et al., 2009). A maior preocupação do dentista no tratamento de um paciente com angina, é a possibilidade de desencadear um ataque de angina durante o atendimento. Portanto cabe ao profissional anotar a frequência dos ataques, dose diária de nitroglicerina e a relação dos episódios de angina com o esforço ou o estresse, sendo de fundamental importância que o mesmo apresente um kit de emergência, que deve conter comprimidos de nitroglicerina (0,3-0,4 mg) e, se o paciente acusar início de angina, o tratamento deve ser adiado e o paciente tranquilizado e colocado em posição reclinada de 45 graus. Enquanto aguarda o socorro, o cirurgião dentista deve monitorar os sinais vitais do paciente.

- Infarto do miocárdio- é a forma mais severa de isquemia coronariana. Em um estudo prospectivo, 1,3% dos pacientes acima de 30 anos e 10% dos pacientes com mais de 40 anos, submetidos a cirurgia não cardíaca, apresentaram história prévia de infarto do miocárdio (SONIS;FAZIO;FANG, 1996). O paciente costuma apresentar dor interna no peito, na área subesternal ou precordial esquerda, podendo irradiar-se para o braço esquerdo ou a mandíbula, e estar associado com falta de ar, palpitações,náusea e vômitos.As complicações do infarto do miocárdio incluem as arritmias e insuficiência cardíaca congestiva.Um infarto recente do miocárdio pode ser o fator de risco mais importante a ser considerado em pacientes com doenças cardíacas antes de qualquer tratamento cirúrgico, pois há maior possibilidade de arritmia durante anestesia e o estresse. O tratamento dentário do paciente que já apresentou um infarto depende da gravidade e do curso do infarto e do tempo decorrido desde a última crise.
- Insuficiência cardíaca congestiva- é o resultado da incapacidade do coração fornecer um suprimento adequado de oxigênio para atender as demandas metabólicas do organismo.Os pacientes queixam- se frequentemente de falta de ar ou dispnéia que, muitas vezes pode piorar quando ele esta deitado (ortopnéia). Paciente com história de insuficiência cardíaca congestiva leve, que se mostra assintomático sob tratamento, corre pouco risco de

complicações durante o tratamento dentário. Pacientes com risco moderado podem apresentar sintomas intermitentes a despeito do tratamento, já pacientes com risco elevado apresentam sintomas, devido ao aumento progressivo das doses dos medicamentos. Cabe ao cirurgião dentista realizar consultas mais curtas para reduzir o estresse ao mínimo, com a possibilidade de sedação complementar e limitar o emprego de epinefrina, pois a arritmia pode se tornar um problema importante.

Endocardite bacteriana

É uma infecção séria das válvulas cardíacas ou das superfícies endoteliais do coração. A incidência da endocardite bacteriana situa-se na faixa de 11 a 50 casos por milhão de habitantes por ano (ANDRADE; PASSERI; MATTOS FILHO). A endocardite bacteriana resulta da proliferação bacteriana nas superfícies cardíacas alteradas. As conseqüências clínicas da endocardite podem ser grupadas em três categorias. Na primeira, a proliferação bacteriana local pode inibir o funcionamento valvular, podendo resultar em uma insuficiência cardíaca congestiva. Na segunda, fragmentos da vegetação valvular infectada podem desprender-se e trafegar pela corrente sanguínea do paciente. Finalmente, anticorpos dirigidos contra as bactérias podem se unir a antígenos circulantes para formar complexos imunes, podendo produzir artrite ou glomerulonefrite. As intervenções dentárias constituem a causa principal da bacteremia transitória que pode resultar em endocardite bacteriana, podendo ser causada após extrações, gengivectomia, curetagem, profilaxia, escovação, manipulação endodôntica. A profilaxia da endocardite é recomendada em intervenções dentárias que induzem o sangramento da gengiva ou mucosa.

1.1.2 Pacientes com endocrinopatias e grávidas.

- Diabete mellito- resulta da insuficiência absoluta ou relativa de insulina, causada tanto pela baixa produção de insulina pelo pâncreas, como pela falta

de resposta aos tecidos periféricos à insulina. Os principais sintomas do diabetes- polidipsia, poliúria, polifagia e perda de peso- são resultado da deficiência de insulina (ALBERTI, ZIMMET, 1999). Além das complicações metabólicas do diabetes, os pacientes podem desenvolver complicações vasculares, neurológica e infecciosas. Existem dois tipos de diabetes, a partir da dependência de insulina pelo paciente. Tipo I (insulino-dependente) e tipo II (não insulino-dependente), sendo que mais de 90% dos pacientes possuem diabetes tipo II. As complicações da diabetes podem ser metabólicas, neurológicas, podendo ocorrer um aumento da incidência de doenças dos pequenos e grandes vasos e do risco de infecção.

- Gravidez- a paciente grávida apresenta um número singular de situações para o tratamento pelo dentista, que não é responsável apenas pelo cuidado com a mãe, mas também para com a saúde do feto. Devido a esta dupla responsabilidade, cabe ao profissional ter um conhecimento da fisiologia da gravidez e o curso do desenvolvimento fetal. As principais mudanças que ocorrem na mulher grávida são atribuídas as alterações endócrinas, cardiovasculares, hematológicas e respiratórias. Um crescimento entre 20 e 40% no débito cardíaco é frequentemente encontrado na gestante, assim como um aumento de 30% no volume sanguíneo. As possíveis complicações que a grávida pode vir a apresentar são abortos espontâneos, principalmente durante o primeiro trimestre, gravidez ectópica, eclampsia, hipertensão e síncope, anemia, doença cardiovascular e achados bucais, tais como o granuloma piogênico.

1.1.3 Pacientes com doença pulmonar

- Asma- é uma condição caracterizada por um estreitamento reversível episódico das vias aéreas. O paciente apresenta episódios de falta de ar e sibilos. A asma pode ser induzida pela ingestão de aspirina, em alguns indivíduos que apresentam pólipos nasais e sinusites associadas. Cabe ao dentista fazer uma boa avaliação do paciente com asma, questionando sobre a idade inicial dos sintomas, as frequências e a severidade da doença, além

de indagar sobre os eventos que podem resultar em broncoespasmo e sobre os medicamentos que o mesmo faz uso. Durante o tratamento dentário, a finalidade é evitar a precipitação de um ataque agudo, isso pode ser conseguido através da redução do estresse, com procedimentos divididos em várias consultas, técnicas de sedação com N2O-O2 ou benzodiazepínicos se necessário.

- Tuberculose- o bacilo tuberculoso é transmitido pelos indivíduos infectados por aerossóis de gotículas, e levado às vias aéreas de pessoas susceptíveis. A tuberculose primária é geralmente uma doença sem gravidade, manifestado-se com febre, calafrios, tosse e produção de escarro. Após infecção pulmonar primária, a tuberculose pode permanecer latente por vários períodos, podendo recidivar em uma época mais tardia, acarretando doença pulmonar e sistêmica. Cerca de 95% dos casos de tuberculose ocorrem no terceiro mundo, e aí, ocorrem 98% dos óbitos (RUFFINO, 2002). Cabe ao profissional ter uma atenção especial com as técnicas de esterilização e fazer o uso de EPIS. Para pacientes considerados de alto risco, o tratamento eletivo é contra-indicado e pode ser necessária a hospitalização para tratamento dentário de emergência.

1.1.4 Pacientes com doença hematológica

- Anemia- é definida como a diminuição da concentração de hemoglobina e/ou redução do hematócrito, podendo resultar de uma perda excessiva de sangue, diminuição da produção ou do aumento da destruição de glóbulos vermelhos. Estima-se que sejam anêmicas 12% das crianças menores que cinco anos de idade que vivem nos países desenvolvidos e 51% daquelas que vivem em países em desenvolvimento (MONTEIRO; SZARFARC; MONDINI, 2000). A avaliação dentária deve verificar o estado clínico do paciente e identificar a causa da anemia. Os pacientes podem apresentar sintomas de fraqueza, tonteira, dispnéia com esforço leve ou cansaço fácil.

- Distúrbios hemorrágicos- os pacientes com desordens hemorrágicas podem possuir vários defeitos na coagulação e seu tratamento difere da etiologia, portanto é importante para o profissional estar familiarizado com o mecanismo de hemostasia, com os exames diagnósticos e com o tratamento médico dos pacientes com distúrbios hemorrágicos. Na avaliação dentária, todos os pacientes devem ser avaliados rotineiramente em relação a possíveis distúrbios hemorrágicos e medicamentos utilizados. Quando o dentista atende um paciente com distúrbio hemorrágico, o médico do paciente deve ser consultado e a conduta do tratamento discutida em detalhe. Em todos os pacientes com distúrbios hemorrágicos, devem ser evitados a aspirina, medicamentos contendo aspirina e os antiinflamatórios não-esteróides. Para pacientes que fazem uso de anticoagulantes, o mesmo deve ser suspenso dois dias antes da internação, no caso de procedimentos cirúrgicos. No caso de sangramento excessivo após qualquer procedimento, medidas locais tais como suturas adicionais, trombina tópica e gelfoam devem ser usadas.

1.1.5 Doença geniturinária

- Insuficiência renal crônica, diálise e transplante.

Os pacientes que se apresentam com insuficiência renal crônica, que se submetem à diálise e os com transplantes renais bem sucedidos necessitam de estratégias especiais no tratamento dentário, em virtude do seu estado clínico complicado. No tratamento dentário destes pacientes, deve-se ter em mente a possível existência de problemas com hemostasia, causada pela anormalidade da função das plaquetas, além disso, alguns medicamentos comumente usados são contra-indicados nos pacientes com insuficiência renal.

No início da insuficiência renal, os pacientes apresentam anorexia, cansaço fácil, lassidão e fraqueza. À medida que a mesma se agrava, o paciente pode se queixar de prurido, náusea, vômito e letargia. Além disso, o paciente pode desenvolver hipertensão e pericardite e, com o tempo se tornar mais letárgico, podendo por fim, ocorrer convulsões e coma. A insuficiência renal crônica constitui uma das principais causas de morte no mundo industrializado (FRANCISCO *et al.* 2007). Em relação ao trabalho odontológico, cabe ao Cirurgião Dentista consultar o médico do paciente

para informar sobre a insuficiência do controle metabólico; além disso, é necessário determinar os eletrólitos no soro, o BUN, a creatinina bem como os níveis de cálcio e fosfato. Os pacientes com hipercalemia, acidose e outras anormalidades bioquímicas devem ter suas condições metabólicas melhoradas antes do tratamento. Os pacientes devem ser interrogados sobre os sintomas que apresentam - Fraqueza, cansaço, letargia, prurido, náusea, vômito - e sobre todos os medicamentos que fazem uso. Alguns pacientes com insuficiência renal apresentam tempos de sangramentos prolongados, e, muitos podem apresentar fistula ou enxerto preparado para a hemodiálise, necessitando de antibióticos para profilaxia. Deve-se atentar também para medicamentos contra-indicados, sendo eles tetraciclina, aspirina e as drogas antiinflamatórias não-esteróides, além dos medicamentos com ações antiplaquetárias. Os pacientes são submetidos à hemodiálise, devem receber heparina durante o tratamento e seu efeito persiste por cerca de duas a quatro horas, dessa maneira, consultas dentárias devem ser marcadas para o dia seguinte à diálise, a fim de evitar uma possível endocardite bacteriana.

1.1.6 Doença neurológica

- Convulsões- a epilepsia não é uma doença, e sim um complexo de sintomas resultantes de diversas complicações neuronais, os quais variam de alteração da consciência e da atividade motora a fenômenos sensoriais e comportamentos aberrantes. A incidência de epilepsia na população mundial é de cerca de 1% (ABC DA SAÚDE). Os pacientes apresentam perda abrupta da consciência e atividades motoras anormais, incluindo contrações clônicas e tônicas dos músculos das extremidades, que duram cerca de dois a cinco minutos. A incontinência urinária e fecal também podem fazer parte do complexo de sintomas. Após a convulsão, o paciente costuma ficar sonolento e confuso. A avaliação dentária de um paciente com desordem convulsiva deve incluir perguntas sobre o tipo das convulsões, medicamentos utilizados e a frequência das convulsões durante o uso do medicamento. Pacientes que sofrem com desordens convulsivas correm um maior risco de aspiração durante uma convulsão, portanto, deve-se considerar a possibilidade de uma

convulsão durante procedimento dentário, com aspiração de material solto na cavidade bucal. Além disso, o profissional deve conhecer as possíveis interações entre as drogas anticonvulsivantes e as drogas prescritas comumente em odontologia, sendo aconselhável, dessa maneira, evitar o uso de drogas que possam deprimir o sistema nervoso central (RIBEIRO *et al.*, 2009). Se porventura o paciente sofrer uma convulsão no consultório dentário, o tratamento deve ser direcionado para evitar que o paciente promova um ferimento em si próprio. Deve-se retirar todos os objetos que se encontrem perto do mesmo e as vias aéreas do paciente devem ser mantidas desobstruídas. Drogas anticonvulsivantes podem ser administradas para tentar acabar com a convulsão, neste caso, a droga de escolha é o Diazepam (Valium), 5 a 10 mg, administrados lentamente por um período de um a dois minutos.

- Doença cerebrovascular- as doenças cerebrovasculares constituem a terceira causa de morte nos países desenvolvidos, sendo responsáveis por 7% dos óbitos na população acima de 30-40 anos. Estas podem ainda produzir demência vascular, sendo esta a segunda causa de demência na maioria dos países (RITTELLA; DUARTE, 2002). As entidades clínicas de maior importância para o dentista incluem os ataques isquêmicos passageiros e os acidentes cerebrovasculares ou apoplexia. Os ataques isquêmicos passageiros resultam em incapacidade neurológica reversível, enquanto que o dano do acidente cerebrovascular é irreversível. Cabe ao dentista, ao realizar o atendimento de um paciente com doença cerebrovascular, saber que a presença deste distúrbio sugere a probabilidade de arterosclerose avançada e, além disso, o profissional deve conhecer os possíveis fatores causais que poderão afetar o atendimento, a estabilidade relativa da doença e deve ter em mãos uma história médica detalhada dos medicamentos que o paciente faz uso. A terapia eletiva, nos pacientes com doença cerebrovascular e alto risco, esta contra-indicada e, naqueles cujo episódio agudo ocorreu há seis a doze meses o tratamento paliativo é indicado. Quando se planejar um procedimento cirúrgico, é preciso assegurar uma hemostasia normal. Os pacientes que fazem uso de Wafarim necessitarão suspender o medicamento por dois dias, para que o tempo de protrombina fique uma vez e meia abaixo do valor controle. A

anestesia geral para pacientes com doença cerebrovascular é totalmente contra-indicada.

1.2.ACIDENTES

1.2.1Fratura do dente a ser avulsionado

O dente pode se fraturar durante a sua avulsão devido a fator de ordem mecânica em que a força aplicada é maior que a capacidade de absorvê-la.As fraturas podem ocorrer na dependência de fatores desfavoráveis presentes no próprio dente- cáries, restaurações extensas, dentes com alteração da estrutura do esmalte, dilaceração radicular- uso inadequado do instrumental e do uso instrumental inadequado.Este acidente ocorre, principalmente, devido ao incompleto estudo clínico e radiográfico do dente que será extraído e, quando isto ocorre, cabe ao profissional dirigir cuidados para realizar a extração do remanescente dental que permaneceu no alvéolo.

1.2.2Fratura óssea

Ocorrem quando a força mecânica exercida sobre o dente, que é transferida ao tecido ósseo, supera a resistência que esse tecido apresenta, em decorrência de sua consistência estrutural.

- Fratura do rebordo alveolar- pode ocorrer quando se tem muita resistência mecânica à avulsão de um dente, como em dentes com hipercementose, anomalia de forma e número de suas raízes em com o alvéolo ósseo calcificado, neste caso seria indicado a realização da ostectomia e da odontosseção, que permite desalojar o dente, sem incorrer em riscos de fratura óssea.Para não se correr riscos, as fraturas ósseas de pequeno tamanho devem ser removidas e, para fragmentos maiores, se a saúde

sistêmica do paciente for favorável, deve-se criar condições locais que auxiliem sua reincorporação.

- Fratura da tuberosidade- ocorre devido a erro na seleção da técnica de exodontia a ser aplicada, onde, no planejamento, não se levou em consideração a possível presença de anomalias de forma e número do dente.É freqüente na exodontia de terceiros molares inclusos situados em posição alta ou naqueles com coroa volumosa.É válida a tentativa de reincorporação do fragmento, mas deve-se avaliar a condição sistêmica do paciente e complementação terapêutica com uso de antibióticos se faz necessária.As maiores complicações que tal acidente cirúrgico pode ocasionar, seria uma comunicação buco-sinusal e suas complicações próprias e a outra complicação pós- operatória seria a impossibilidade de suporte e retenção protética, caso haja a necessidade de instalação de uma prótese total superior maxilar (FRANCESCHI,2008)
- Fratura da mandíbula- pode ocorrer durante a avulsão de dentes não irrompidos no momento em que se efetua a clivagem, ou ainda por excesso de força aplicada nos elevadores na tentativa de efetuar rotação do dente.A fratura de mandíbula ocupa o segundo lugar entre as fraturas dos ossos da face, com incidência em torno de 38% (PATROCINIO *et al.*, 2005). Quando ocorre, o problema mais grave a ser enfrentado é a hemorragia intensa, com origem na artéria dentária inferior. A manobra de hemostasia imediata mais compatível é a compressiva aplicada, sobre intensa pressão, por um período de 10-12 minutos.

1.2.3 Hemorragia

A atividade terapêutica, para uso imediato, é sempre a de tentar reduzir a perda sanguínea por meio da obstrução do vaso rompido ou pinçamento.A hemorragia

pode ser venosa, apresentando fluxo contínuo, arterial, sendo sujeita à pressão sistólica que acompanha todo sistema cardiovascular e, dessa maneira, pulsátil ou ainda capilar, considerada a mais freqüente em cirurgia buco-dento-alveolar, que advêm da ruptura da integridade de um capilar.

1.2.4 Lesão a outros dentes

Ocorrem por uso inadequado de elevadores que ao invés de se apoiarem em tecido ósseo, o fazem em dentes vizinhos. O dente luxado pode permanecer assintomático por longo período ou se tornar sintomático num período de 5-10 dias, caso isso ocorra, cabe ao profissional tomar as medidas cabíveis, realizando avaliações radiográficas e testes de vitalidade pulpar.

1.2.5 Lesão de tronco nervoso

Em cirurgia buco-dento-alveolar este acidente pode acometer os nervos palatino anterior, infra-orbitário, alveolar inferior, mentoniano e lingual. Ocorre com maior freqüência durante a anestesia, nas exodontias de terceiros molares e de pré-molares inferiores não irrompidos, durante a exérese de tecido gengival hipertrófico e em conjunto com os acidentes causados por manobras intempestivas transoperatórias. Quando o neurônio apresenta lesão grave ou quando o axônio da célula nervosa é seccionado por completo não há regeneração e, desta maneira, as estruturas anatômicas permanecem com parestesia. O trauma também pode produzir uma reação de natureza inflamatória no nervo lesado, chamado de neurite, que se caracteriza por dor nevrítica local ou por dor irradiada e difusa, chamada dor nevrálgica. A vitamina B1-tiamina- tem ação antineurítica e a vitamina B12-cianocobalamina- tem efeito antinevrálgico, sendo assim, podem ser importantes para a mais rápida normalização do tecido nervoso.

1.2.6 Lesão de tecidos moles

Causada pelo uso inadequado de instrumentais cirúrgicos, pacientes inquietos ou crianças que podem realizar movimentos inesperados. A conduta terapêutica imediata consiste em controlar a hemorragia e em recompor a estrutura anatômica lesada. Cabe observar o estado geral de saúde do paciente, a amplitude da lesão, as condições de conservação dos dentes remanescentes e a higiene bucal do paciente, que vão servir como indicativo para se aferir a necessidade de uso imediato de antibióticos. O paciente deve ser examinado durante 3-5 dias do pós-operatório.

1.2.7 Invasão de estruturas anatômicas circunvizinhas

Ocorre com maior frequência durante a exodontia de dentes não irrompidos, principalmente terceiros molares inferiores e superiores, devido a aplicação de força excessiva sobre o instrumental cirúrgico.

- Seios maxilares- sua invasão é causada por pouca experiência e adestramento manual por parte do operador ou por um planejamento inadequado. A conduta terapêutica tem por finalidade principal obter condições locais para rápida reparação tecidual que permita restabelecer, pela osteogênese, e contorno do seio maxilar. A gengiva situada junto à comunicação do seio maxilar deve ser imobilizada juntamente com o coágulo de sangue, por meio da sutura.

1.2.8 Luxação da articulação temporomandibular

Caracteriza-se por exagerada mobilidade do côndilo, decorrente de flacidez dos tecidos moles que compõem a articulação. O côndilo se encontrará fora de sua posição normal, podendo estar anterior, posterior, superior ou lateralmente a cavidade glenóide (CARDOSO; VASCONCELOS; OLIVEIRA, 2005). A técnica para reposição do côndilo consiste em sobrepujar a força de contração desenvolvida pelos músculos elevadores da mandíbula por outra força com ação antagônica, que

empurra a mandíbula para baixo e para trás.É indicado o uso de drogas antiinflamatórias e analgésicas.

1.3 COMPLICAÇÕES

1.3.1 Resposta inflamatória primária exacerbada

- Dor- tem origem na ação que os autacóides da inflamação exercem sobre as terminações nervosas.A sua amplitude se relaciona com a amplitude do trauma e com as características próprias do paciente, ou seja, seu limiar de dor.
- Edema- sua intensidade esta relaciona com o traumatismo cirúrgico desencadeado. A amplitude do edema pode ser controlado pelo uso de drogas antiinflamatórias e pelo uso de bolsas frias, que causa vasoconstrição.O edema tem participação positiva na reparação tecidual, pois dilui o pH ácido de uma área inflamada e delimita clinicamente a extensão atingida pela inflamação.

1.3.2 Extravasamento sanguíneo do leito vascular

- Hemorragia mediata- as hemorragias pós operatórias são causadas, em sua grande maioria, por fatores locais como trauma mastigatório, que acaba causando um esgarçamento tecidual e o uso inadequado de bochechos que podem remover o coágulo sanguíneo.O tampão sanguíneo também pode ser deslocado do alvéolo dentário, acarretando hemorragia, se o paciente vier a ter um aumento de sua pressão arterial sistólica.

- Hematoma- é denominado de sufusão hemorrágica intersticial com origem em excessivo traumatismo trans-operatório ou ainda, por trauma de vaso sanguíneo no pós-operatório. Os hematomas tendem a uma involução espontânea para a cura, que pode ser acelerada fazendo-se o uso de calor úmido, através de compressas de água morna aplicadas na superfície da pele.

1.3.3 Alveolites

Compreendem um quadro de natureza inflamatória que envolve as porções ósseas mais superficiais do alvéolo dentário. Manifestam-se entre 48 e 72 horas pós-cirurgia com uma sintomatologia exacerbada em dor, halitose e periadenitecervical. Os fatores etiológicos podem ser quebra da cadeia cirúrgica asséptica, trauma cirúrgico exacerbado, desrespeito por parte do paciente das recomendações para o pós-operatório, excessiva liberação de catecolaminas, menstruação, incorreta tramitação transoperatória, drogas vasoconstritoras do anestésico e a qualidade de auto-hemostasia do paciente. Tem-se dois tipos de alveolites:

- Alveolite granulomatosa- é uma infecção a predomínio alveolar, que apresenta um alvéolo purulento, sanguinolento e doloroso. Geralmente se trata de reações ante corpos estranhos, sobretudo de espículas ósseas ou dentárias. Possui odor fétido e sua dor é localizada.
- Alveolite seca- apresenta alvéolo aberto sem coágulo, paredes ósseas expostas, dolorosas, tecido gengival pouco infiltrado e muito doloroso. É uma lesão em que, por falta imediata ou por desaparecimento prematuro do coágulo, o alvéolo ficará aberto.

1.4 EMERGÊNCIAS MÉDICAS

1.4.1 Emergências causadas pela ansiedade

A ansiedade ou medo dos tratamentos odontológicos é ocorrência comum na prática dental. Pacientes mais temerosos são instruídos para uso de agentes farmacológicos como terapia coadjuvante, especialmente os ansiolíticos de uso oral. Os benzodiazepínicos úteis em odontologia são Diazepam, Bromazepam e Midazolam. Além da dose que precede a sessão clínica, pode ser prescrita ainda uma outra dose na noite anterior a consulta, a fim de induzir o sono e proporcionar descanso adequado ao paciente temeroso.

- Lipotimia- é a perda completa da consciência, provocando uma sensação de ausência. Resulta da redução do metabolismo cerebral, a qual decorre de uma série de eventos cardiovasculares, por sua vez desencadeados pelo estresse emocional. Pode ser causada devido a uma interrupção da circulação cerebral por diminuição do rendimento cardíaco e queda da pressão arterial ou pela alteração da composição do sangue, usualmente redução de oxigênio e glicose. Os sinais característicos são palidez e sudorese, sensação de fraqueza, pés e mãos frios, alteração no ritmo cardíaco e náuseas. Para tratamento desta emergência, recomenda-se colocar o paciente em posição supina, facilitar a circulação periférica, aplicar compressas frias, administrar oxigênio e até mesmo estimular a respiração.

1.4.2 Emergências relacionadas com dificuldades respiratórias

- Asma- Podem apresentar problemas cuja origem esta relacionada com o estresse emocional ou com agentes farmacológicos. Os sinais e sintomas da crise de asma são sibilo audível, dispnéia, taquicardia, tosse, ansiedade, rubor facial, confusão mental e perspiração. Quando o cirurgião dentista recebe um paciente que se encontra frente à uma crise de asma, cabe ao mesmo interromper o tratamento odontológico, colocar o paciente em postura sentada, administrar broncodilatadorem

spray, oxigênio e monitorar os sinais vitais. Se os sinais vitais persistirem, deve-se administrar 0,3 ml de adrenalina a 1:1000, IM e chamar assistência médica de urgência.

1.4.3 Emergências relacionadas com desconforto torácico

Tem como causas comuns alterações referentes ao sistema cardiovascular, ao trato gastrointestinal, ao sistema musculoesquelético ou tem origem psicológica. Se caracteriza por sensação de aperto, queimação ou punhalada no peito, podendo ser acompanhada por dispnéia, náuseas, fraqueza, palpitações, perspiração e/ou sensação de morte eminente. Cabe ao profissional, como tratamento desta emergência, interromper o tratamento odontológico, colocar o paciente em posição semi-reclinada, administrar 0,4 mg de nitroglicerina por via sublingual, oxigênio e monitorar pulso e pressão arterial.

1.4.4 Reanimação cardiorrespiratória

A ressuscitação cardiorrespiratória visa proporcionar uma boa circulação do sangue oxigenado, para manter a integridade do cérebro e outros órgãos vitais, até que a recuperação das funções naturais do organismo restabeleçam a ventilação e a circulação espontânea. O objetivo da reanimação é fornecer sangue oxigenado aos tecidos e, para isso, é preciso que as vias aéreas estejam abertas e livres, antes que os procedimentos de ressuscitação sejam iniciados. Quando o paciente atinge a inconsciência a musculatura anterior do pescoço padece de relaxamento, ocasionando a a posição da base da língua sobre a faringe, com consequente obstrução das vias aéreas. Uma das maneiras de corrigir essa situação obstrutiva é a aplicação da manobra de Ruben, que consiste em hiperextender a cabeça do paciente. Outra maneira de promover a desobstrução das vias aéreas causada pela língua consiste em traciona-lá , segurando com o auxílio de uma compressa de gaze ou uma pinça de Collin. As respirações boca-a-boca e boca-a-nariz são tipos alternativos de ventilação artificial, que podem distribuir até dezesseis por cento de oxigênio. É recomendado o padrão de 12 a 20 respirações por

minuto. Quando há treinamento e equipamento disponível, o oxigênio a cem por cento deve ser usado, seja qual for a via usada para a ventilação do paciente. Ainda como parte da reanimação cardiorrespiratória a circulação pode ser mantida por meio da massagem cardíaca externa. Para realizar a massagem cardíaca externa, o paciente é colocado em posição supina em superfície firme. As compressões devem ser ritmadas e regulares, sendo executadas de 60 a 80 por minuto. A massagem é feita em combinação com a ventilação artificial. A pessoa que realiza a ventilação artificial pode observar melhor o paciente monitorando o pulso carotídeo a cada 6 minutos, respiração, cor, papilas e pressão arterial. Caso não se consiga a recuperação espontânea pela aplicação dessas medidas, o paciente deve ser levado ao hospital.

1.4.5 Alterações causadas por reações de hipersensibilidade

Quando uma reação de hipersensibilidade se manifesta, o primeiro cuidado consiste em interromper a administração da droga. Caso o paciente apresente uma reação cutânea, estão indicados os anti-histamínicos por via endovenosa ou intramuscular e os corticosteróides, como o diprosporan. Os sinais vitais devem ser acompanhados e o paciente encaminhado para uma unidade de emergência. As reações alérgicas com repercussão no trato respiratório são potencialmente mais severas, necessitando uma maior atenção por parte do profissional. Entre seus sintomas observa-se sibilos resultantes do bronco espasmo ou constrição da musculatura lisa brônquica, a dispnéia e a cianose. Primeiramente deve-se acionar uma unidade de emergência, então o paciente deve ser colocado em posição semi-reclinada e inicia-se a administração de oxigênio, além disso, recomenda-se a aplicação de 0,3 ml de adrenalina a 1:1000 via parenteral. Tem-se também a reação de hipersensibilidade anafilática, sendo que esta é a mais grave. Seus sinais e sintomas se caracterizam por mal-estar e sensação de morte eminente, reações cutâneas, náusea, vômito, desconforto abdominal, incontinência urinária, dificuldades respiratórias e alterações cardiovasculares.

1.4.6 Emergências relacionadas à anestesia local

A possível toxicidade de uma droga é pertinente ao usuário. Cada indivíduo reage de forma diferente a um determinado estímulo, portanto, antes de administrar uma droga, a história clínica e farmacológica do paciente devem ser criteriosamente avaliadas.

- Reações causadas por superdosagem- se manifestam em decorrência da administração excessiva de uma droga, ocasionando níveis sanguíneos elevados que determinam ações ou efeitos em vários tecidos ou órgãos. Uma vez que a reação de superdosagem dos anestésicos locais está relacionada com o nível sanguíneo atingido após sua administração, pode sofrer a influência de fatores como o paciente, o anestésico e a área na qual é depositado. As manifestações clínicas mais comuns de superdosagem se caracterizam por loquacidade, fala arrastada, gagueira, ansiedade, excitabilidade, euforia, sudorese, vômito, pressão arterial elevada. Se a superdosagem for alta, pode-se ter uma diminuição da pressão arterial e da frequência cardíaca e respiratória e atividade compulsiva com depressão do SNC.

2 OBJETIVO

O objetivo deste foi avaliar retrospectivamente através da análise de prontuários, as condições sistêmicas (doenças, hábitos e uso contínuo de medicações) dos pacientes submetidos a cirurgias bucais no Módulo de Clínica Integrada Cirúrgica da Clínica Odontológica Universitária da Universidade Estadual de Londrina no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2011, assim como os acidentes e complicações relacionados a esses procedimentos.

3. METODOLOGIA

3.1 Local da pesquisa

Clínica Odontológica Universitária da UEL.

3.2 Seleção de pacientes

Pacientes submetidos a cirurgias bucais no Módulo Clínica Cirúrgica Integrada da Clínica Odontológica Universitária da UEL no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2011.

3.3 Número de sujeitos

O presente estudo contou com um número de 520 prontuários.

3.4 Critérios de inclusão/exclusão

Foram incluídos todos os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos bucais no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2011 do Módulo Clínica Cirúrgica Integrada da COU/UEL. Foram excluídos do estudo pacientes cujos prontuários não estejam corretamente preenchidos.

3.5 Coleta dos dados

A coleta foi feita através da análise dos prontuários da Clínica Odontológica Universitária, onde foram buscados pacientes que correspondiam aos critérios de inclusão. Após a seleção inicial dos prontuários, utilizou-se o software Microsoft Windows® Excel, no qual foram registrados para cada paciente dados de gênero, raça, idade, cirurgia realizada e a indicação cirúrgica. Não foram registrados dados pessoais que permitam identificação dos pacientes. Foram coletados também dados relativos à história médica, doenças cardiovasculares, diabetes, doenças gastro-intestinais, pulmonares, renais, alergias, distúrbios neurológicos, distúrbios de coagulação, dentre outros, assim como uso de substâncias como álcool e tabaco, e o uso de medicações de uso contínuo. Além disso, foi registrada a ocorrência de

intercorrências médicas transoperatórias, tais como lipotímia, angina, convulsão, reação alérgica, dentre outras, e complicações pós-operatórias, tais como infecção, hemorragia, parestesia, disestesia, deiscência de sutura, trismo e necrose tecidual.

3.6 Análise dos dados

Após a tabulação dos dados, os mesmos foram analisados utilizando-se o programa estatístico R (LanguageandEnvironment for Statistical Computing, R Core Team, R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria).

4 RESULTADOS

De acordo com os resultados da pesquisa em questão, verificou-se que a média de idade dos pacientes atendidos foi de 37,8 anos com um desvio padrão de 16,32, conforme consta no gráfico abaixo:

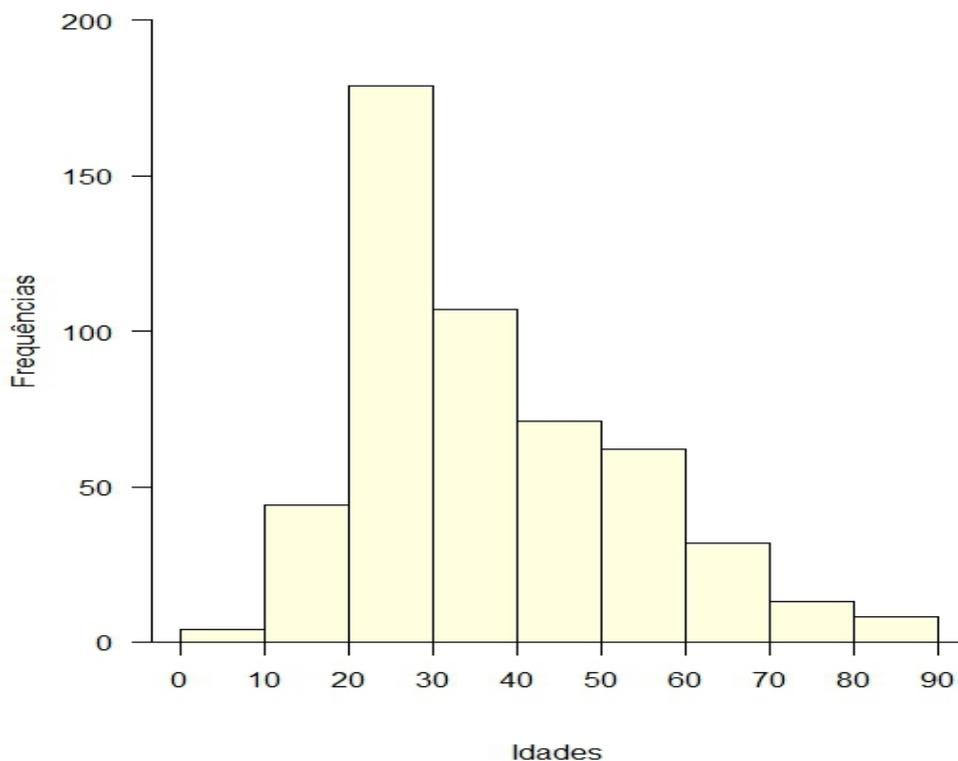


Gráfico 01- Frequências de idades

Em relação a idade por gênero, pode-se observar que no sexo feminino a média de idade foi de 36 anos e no sexo masculino de 40 anos.

No que diz respeito as raças constatou-se que a maioria dos pacientes era da raça branca com 70,4%, seguidos pelas raças negra com 17,7%, parda 10,4% e amarela com 1,5%.

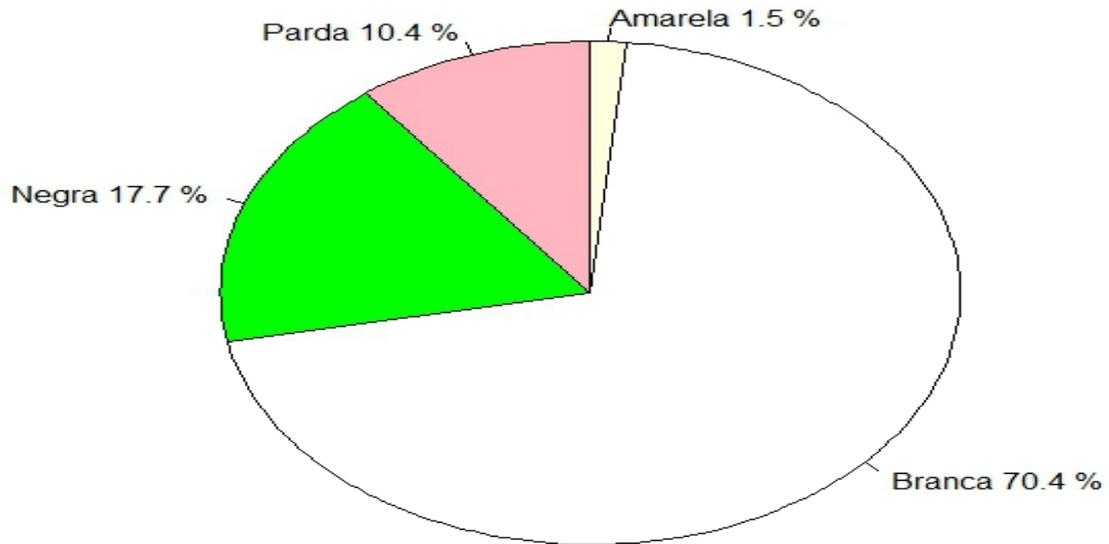


Gráfico 02- Porcentagem das raças no estudo

De acordo com a queixa, pode-se perceber que a principal era a dor, seguida de indicação de exodontia e avaliação de lesão, conforme se observa no gráfico a seguir:

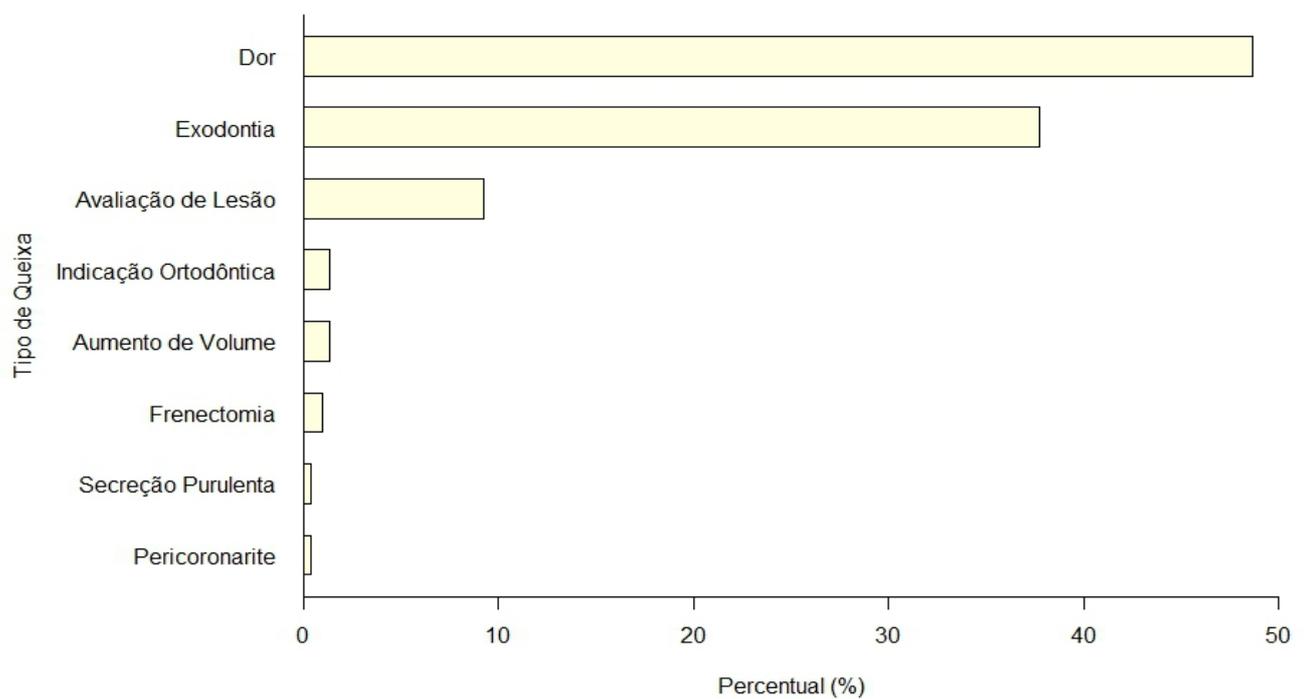


Gráfico 03- Tipos de queixas.

Em relação ao tipo pelo gênero, constatou-se que as mulheres procuraram mais tratamento para realização devido a presença de dor com 59,7% ou indicação de exodontia 59,2%. Já os homens procuram atendimento devido a aumento de volume ou indicação ortodôntica com 57,1% cada.

Em relação a presença ou não de doenças, verificou-se que 77,5% dos pacientes não relataram qualquer tipo de alteração sistêmica contra 22,5% que disseram apresentar alguma alteração. Dos que apresentavam alguma alteração, observou-se uma maior prevalência da hipertensão com 8,07% das pessoas, seguidas da diabetes com 3,07%. Em relação ao gênero observou-se que o sexo feminino apresentou mais alteração sistêmica, com 12,9%, sendo 9,6% do sexo masculino. O gráfico abaixo mostra esta relação.

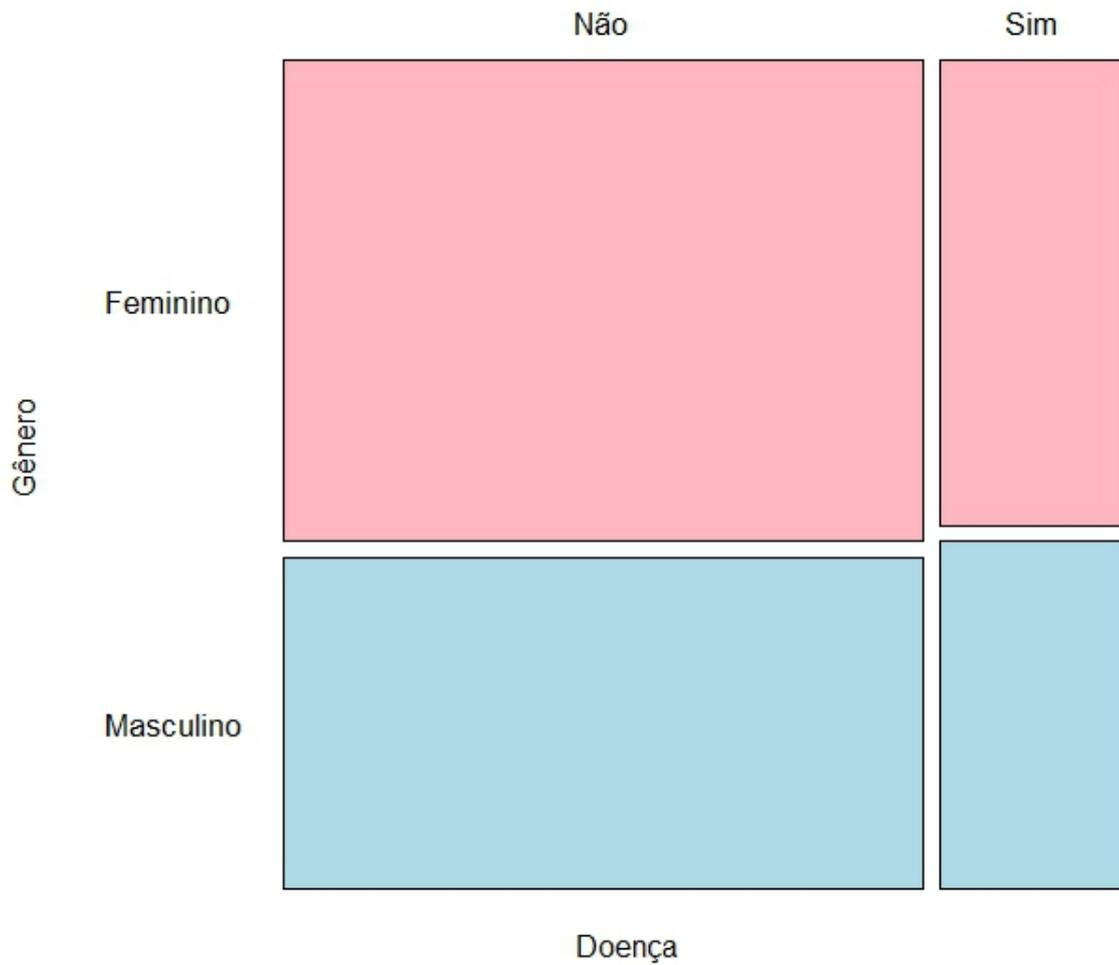


Gráfico 04- Doença x gênero

Em relação as cirurgias prévias realizadas observou-se uma maior porcentagem de cesária com 53,3%, afirmando o que foi dito anteriormente, de que a amostra é, em maior porcentagem feminina. No gráfico abaixo observa-se as cirurgias prévias mais frequentes.

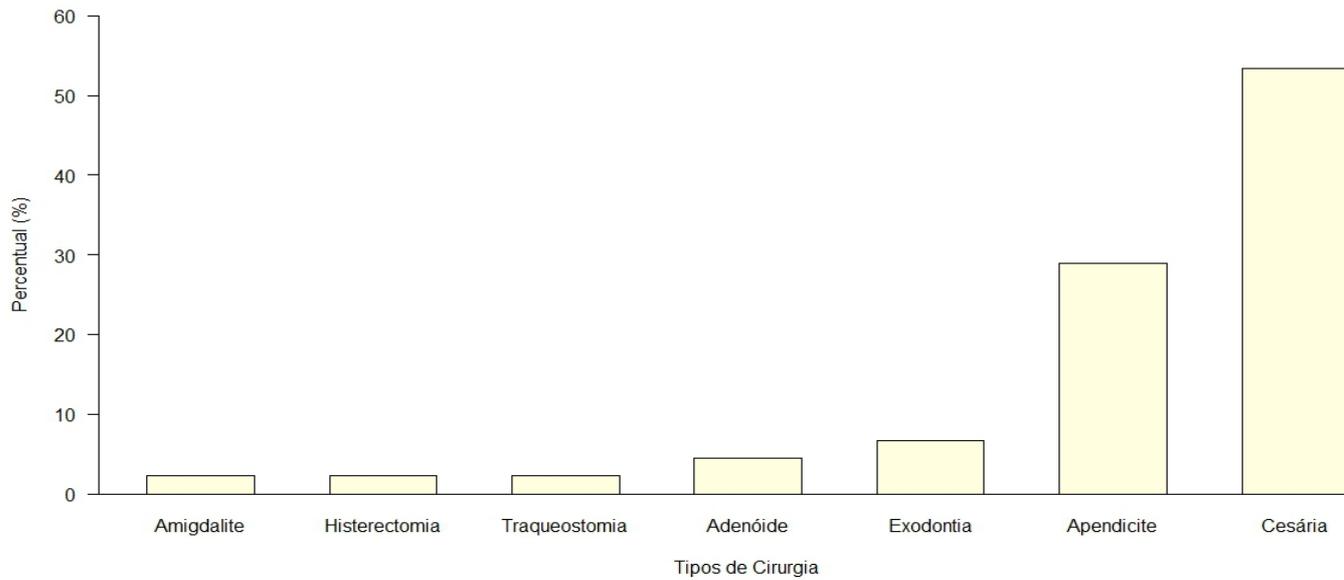


Gráfico 05- tipos de cirurgia prévia

Em relação aos acidentes e complicações pós-operatórias observou-se um índice de 1,5%, sendo que a complicação pós-operatória mais frequente foi a alveolite e a hemorragia, com 0,3% cada uma, seguidas de fístula extra-oral, fratura do elemento contrário, infecção pós-operatória e trismo, sendo que todas acometeram o sexo feminino.

O gráfico abaixo mostra os medicamentos pelos quais os pacientes apresentavam algum tipo de alergia, podendo-se observar a predominância de alergia pela penicilina.

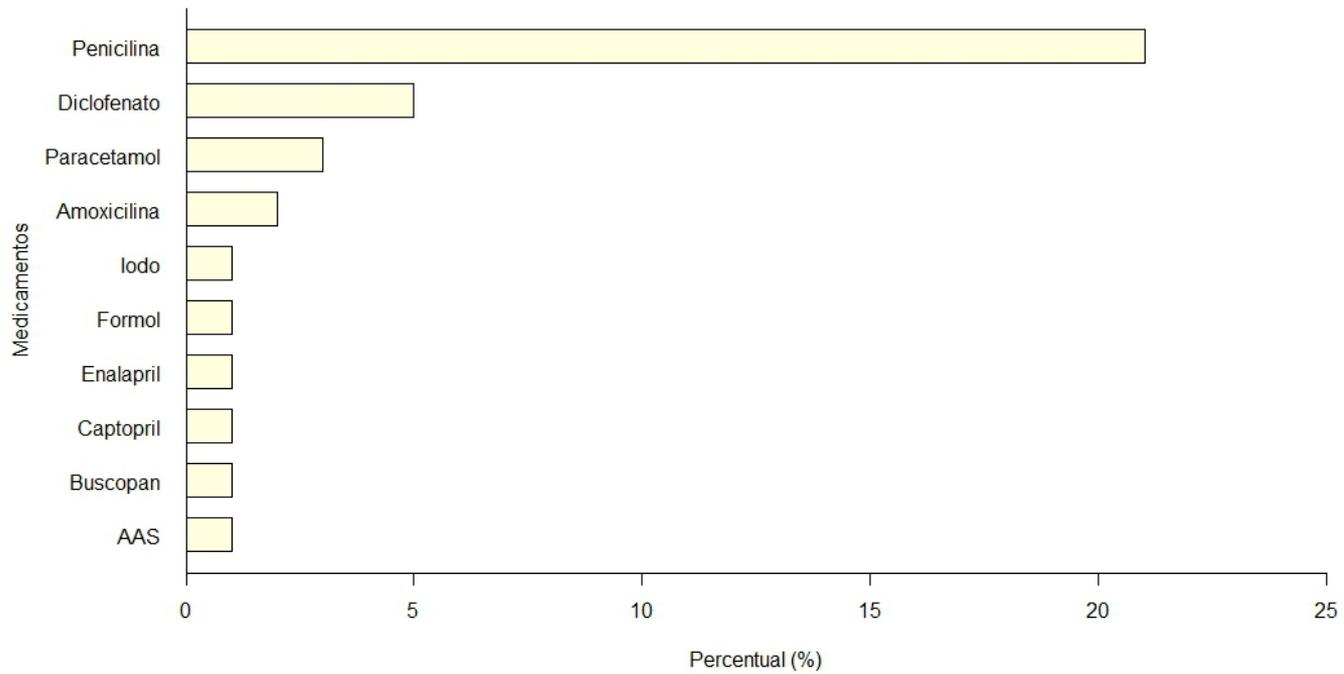


Gráfico 06- Percentual de alergia a medicamentos.

Em relação ao hábito de fumar, observou-se que 18,1% das pessoas da amostra relataram apresentar este hábito, mas o mesmo não interferiu para a existência de alguma complicação pós-operatória. O mesmo pode ser observado em relação as pessoas que tinham hábito de beber ou utilizavam alguma droga ilícita.

5 DISCUSSÃO

Diante da amostra, percebe-se que a mesma é de predominância feminina, podendo se considerar que mais mulheres do que homens buscam assistência à saúde na COU; além disso a média de idade dos pacientes é de 37 anos, evidenciando que mais adultos procuram por tratamento neste módulo e, em relação ao gênero, pode-se perceber que as mulheres procuram por tratamento mais precocemente que os homens.

A hipertensão foi a doença mais prevalente no presente estudo, confirmando dados de outros estudos nos quais estima-se que aproximadamente 22% da população brasileira acima dos 22 anos apresenta hipertensão arterial (ZAITUNE, 2006) e, confirmando também um estudo já citado anteriormente, feito pelo Ministério da Saúde, onde observou-se que o número de brasileiros diagnosticados com hipertensão arterial aumentou nos últimos 5 anos, passando de 21,6% para 23,3% em 2010. A hipertensão arterial é a elevação anormal da pressão sanguínea sistólica arterial acima de 140 mmHg ou a elevação da pressão sanguínea diastólica acima de 90 mmHg. Dor, ansiedade e injeção intravenosa acidental de solução anestésica contendo vasoconstritor podem aumentar a chance do paciente desenvolver uma crise hipertensiva, desse modo, cabe ao cirurgião-dentista avaliar a gravidade da hipertensão por meio da história médica do paciente e tomar medidas que diminuam os efeitos colaterais do paciente. A hipertensão arterial é herdada dos pais em 90% dos casos. Em uma minoria pode ser causada por uma doença relacionada, como distúrbios da tireóide ou em glândulas endócrinas, como a suprarrenal. Entretanto há vários outros fatores que influenciam os níveis de pressão, entre eles o fumo, consumo de bebidas alcoólicas, obesidade, estresse, grande consumo de sal, níveis altos de colesterol, falta de atividade física e diabetes. Em relação ao gênero, percebeu-se que há uma maior prevalência da doença nas mulheres, assim como se verifica em outros estudos por essa faixa etária (OPARIL,2001; BASSET et al.,2002).

O diabetes mellitus também foi mais frequente no gênero feminino, indo ao encontro de outros estudos realizados (SILVA,2003). Além disso, de acordo

com o Ministério da Saúde, esta é uma das 5 doenças que mais matam. A diabetes resulta da insuficiência absoluta ou relativa de insulina, causada tanto pela baixa produção de insulina pelo pâncreas, como pela falta de resposta aos tecidos periféricos à insulina. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, no ano de 2030, 300 milhões de pessoas serão diabéticas. No Brasil cerca de 8 a 10 milhões de pessoas são portadoras de diabetes mellitus. Estima-se que 3 a 4% dos pacientes adultos que se submetem a tratamento odontológico são diabéticos e uma boa parte desconhece ter a doença (SOUZA *et al.*,2003). As manifestações bucais observadas nos pacientes com diabetes mellitus tem sua incidência ou progresso favorecido pelo descontrole glicêmico, sendo os distúrbios mais frequentes a xerostomia, hipossalivação, síndrome de ardência bucal, glossodinia, distúrbios da gestação, infecções, ulcerações na mucosa bucal, hipocalcificação do esmalte, perda precoce dos dentes, dificuldade de cicatrização, doença periodontal, hálito cetônico e líquen plano (SOUZA *et al.*,2003; ALVES *et al.*,2006).

Com o aumento da expectativa de vida da população, mais idosos vem sendo atendidos, mudando, dessa maneira, o perfil dos pacientes, uma vez que observou-se um aumento de pacientes portadores de doenças crônicas, tal como citado anteriormente por Lopes, Oliveira e Florio em 2010. Sabe-se que grande parte desta população faz uso de medicamentos de uso contínuo e, apesar de alguns problemas relacionados aos medicamentos serem imprevisíveis, muitos estão associados à ação farmacológica. Na prática clínica observamos que os pacientes podem fazer uso de vários medicamentos, podendo ocorrer uma interação medicamentosa onde a previsão da magnitude e a especificidade da ação de qualquer fármaco diminua. As interações medicamentosas são definidas como alterações nos efeitos farmacológicos esperados em decorrência de modificações em sua farmacocinética/ farmacodinâmica. A ingestão concomitante de outro medicamento, o consumo de alimentos ou fatores extrínsecos ligados ao paciente (idade, obesidade, patologias) representam possíveis causas dessas interações. Sendo assim, o conhecimento das possíveis interações medicamentosas e suas complicações como também a capacidade de propor estratégias terapêuticas alternativas, constitui-se indispensável na prática odontológica.

No âmbito odontológico pode-se observar a ocorrência de interação entre os fármacos antimicrobianos e analgésicos, sendo de responsabilidade do cirurgião-dentista conhecer as possíveis interações que podem ocorrer (BERGAMASCHI *et al.*, 2007). Alguns pacientes podem apresentar alterações nos níveis de proteínas plasmáticas, o que pode interferir na distribuição de fármacos com diferentes graus de ligação protéica. Os níveis plasmáticos do diazepam tendem a se elevar em pacientes portadores de doença renal e/ou hepática ou em pacientes diabéticos (GROSSMAN *et al.*, 1982) e, a taxa de ligação protéica de muitos antimicrobianos pode aumentar na presença de inflamação, infecção, diabetes e neoplasias e diminuir no caso de doença hepática, queimaduras e desnutrição. A obesidade também pode induzir mudanças fisiopatológicas, alterando a cinética de alguns fármacos, sendo assim, deve-se ter um cuidado especial com os medicamentos que apresentem maior lipossolubilidade, como os benzodiazepínicos e anestésicos gerais, devido á distribuição aumentada que podem apresentar nesses pacientes (FRANCO *et al.*, 2007).

Neste estudo observou-se que a maioria dos pacientes apresentavam intolerância á penicilina, diclofenaco e amoxicilina. Estima-se que 0,6 a 10% dos pacientes tratados com penicilinas desenvolvem algum tipo de reação alérgica que pode variar de um choque anafilático, considerado grave, a moderadas erupções cutâneas (TORTAMANO *et al.*,2008). Entre os sinais e sintomas típicos da alergia à penicilina podemos citar a urticária, rash cutâneo, prurido e angioedema e, em casos graves é possível haver choque anafilático, caracterizado pela queda na pressão arterial, dificuldade de respirar por conta do broncoespasmo e edema da laringe.

As complicações operatórias podem ocorrer em qualquer fase do tratamento odontológico, podendo ser complicações hemorrágicas, fratura de algum dente vizinho, lipotímia, lesão de tecidos moles, dor, edema, hematoma. Cabe ao cirurgião-dentista, durante o tratamento tentar minimizar a ocorrência destes atos.No presente estudo foi verificado que somente o sexo feminino apresentou algum tipo de complicação, indo de encontro a um estudo realizado por Kato e colaboradores, que teve por objetivo demonstrar as taxas de acidentes e complicações nas cirurgias de 3º molares e obteve que 70,4% dos

pacientes era do gênero feminino. No presente estudo verificou-se um baixo índice de complicações operatórias. Isto pode ter ocorrido devido à falta de retorno dos pacientes para retirada dos pontos e avaliação pós-operatória, uma vez que não se pratica o retorno do paciente para todos os pacientes nas clínicas cirúrgicas do 3º ano.

No que se relaciona a gravidez, embora baixo o índice de gestantes atendidas, o dentista deve saber as especificidades do atendimento a essa população. As gestantes são consideradas pacientes especiais por serem um grupo de risco para doenças bucais, em também pelo fato de apresentarem alterações físicas, biológica e hormonais que acabam por criar condições adversas no meio bucal (MOIMAZ *et al.*, 2007).

Torna-se evidente que cabe ao cirurgião-dentista ter o conhecimento das possíveis alterações sistêmicas que podem acometer seus pacientes para, desse modo, realizar um adequado plano de tratamento e obter um excelente prognóstico.

6 CONCLUSÃO

Uma porcentagem significativa dos pacientes submetidos a cirurgia bucal na COU da UEL apresenta algum tipo de alteração sistêmica e fazem uso de medicações que podem afetar o tratamento odontológico, podendo alterar o prognóstico do paciente. No entanto, verificou-se um baixo número de acidentes e complicações pós-operatórias.

7 BIBLIOGRAFIA

ALBERTI,K; ZIMMET,PZ. **Definitions, diagnosticsandclassificationof Diabetes Mellitus and its complications-** World healthorganization. Diabet Med.1999.Jul 15(7): 539-53.

ALVES *et al.* **Atendimento odontológico do paciente com diabetes melito :** recomendações para a prática clínica. R.A. med.biol., Salvador, v.5, n.2, p. 97-110,mai/ago.2006.

ANDRADE, E.D.; PASSERI, L.A.;MATTOS FILHO, T.R. **Prevenção da Endocardite Bacteriana-** Novas recomendações da American Heart Association.[Sl.:Sn]

ANDRADE, E.D.; RANALI, J. **Emergências médicas em Odontologia.** São Paulo: Artes Médicas.3 ed. 2011. 172p.

BASSET JR, D.R. *et al.* **Physical activity and ethnic differences in hypertension prevalence in the United States.**Prev Med.2002,34:179-86.

BERGAMASHI *et al.* **Interações medicamentosas:** analgésicos, antiinflamatórios e antibióticos (Parte III). Rev.cir.traumat.buco-maxilo-fac, abr-jun.2007.

Brasil. **Ministério da Saúde.**

CARDOSO, A.B.; VASCONCELOS, B.C.E.; OLIVEIRA, D.M. **Estudo comparativo de eminectomia e uso de miniplaca na eminência articular para tratamento da luxação recidivante da articulação temporomandibular.** RevBras de Otorrinolaringologia, v 71,n 01, São Paulo, Jan-Feb 2005.

CORDEIRO, R. **Ocupação e hipertensão.** Revista de Saúde Pública, v. 27, n.5, São Paulo, Out 1993.

EYKEN, E.B.B.D.V; MORAES, C.L. **Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do sudeste do Brasil.** Cadernos de Saúde Pública,v 25, n 01, Rio de Janeiro, Janeiro 2009.

FRANCESCHI, R.B. **Complicações pós-operatórias em cirurgias de dentes inclusos.** São José dos Campos, Sn,2008.

FRANCISCO, A.L.M. *et al.* **Prevalência de insuficiência renal em centros de atención primaria em Espana:** Estudio EROCAP. v 27, n° 03, 2007.

FRANCO *et al.* **Interações medicamentosas:** fatores relacionados ao paciente (Parte I). Rev.cir.traumat.buco-maxilo-fac, abr-jun.2007.

GAETTI-JARDIM, E.C. *et al.* **Perfil e prevalência epidemiológico das alterações sistêmicas em pacientes atendidos pelo serviço de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial de Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba-UNESP.** Revista de Odontologia da UNESP, 2008; 37(2): 191-196.

GROSSMAN, S.H. *et al.* **Diazepanandlidocaine plasma proteinbinding in renal disease.** ClinPharmacolther, v.31, n.3, p.350-7,1982.

KATO,R.B. **Acidentes e complicações associados à cirurgia dos terceiros molares realizadas por alunos de odontologia.** Rev.cir.Traumat.buco-maxilo-fac. vol 10, n4. Camaragibe. Sep/ dec. 2010.

LESSA,I. **Hipertensão arterial sistêmica no Brasil:** tendência temporal.Cadernos de Saúde Pública,v 26, n.08,Rio de Janeiro,2010.

LOPES, M.C.; OLIVEIRA,V.M.B.; FLÓRIO, F.M. **Condição bucal, hábitos e necessidade de tratamento em idosos institucionalizados em Araras.** Ciências e saúde coletiva, v 15, n°06, Set 2010.

MOIMAZ, S.C.S. *et al.***O acesso de gestantes ao tratamento odontológico.** Rev.de odontologia da Univers. de SP. 2007;19:39-45.

MONTEIRO,C.A.; SZARFARC,S.C.; MONDINI,L. **Tendência secular da anemia na infância na cidade de São Paulo.** Rev. Saúde Publica,34: 62-72. 2000.

NETTO-RUFINO,A. **Tuberculose:** a calamidade negligenciada. Revista da sociedade brasileira de medicina tropical. 35(1): 51-58,jan/fev. 2002.

OPARIL S. **Hipertensão arterial.** In: Golman L, Bennet JC organizadores. Cecil- Tratado de medicina interna. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan;2001. P 289-92.

PATROCINIO, L.G. *et al.***Fraturas de mandíbula:** análise de 293 pacientes tratados no hospital de clinicas da Universidade Federal de Uberlândia. RevBras de Otorrinolaringologia,V 71,N 05, São Paulo, Sep-Oct 2005.

RESENDE, R.G. *et al.***Complicações sistêmicas no Consultório Odontológico**-parte I.Arquivos de Odontologia,v 45, n° 01, Jan/Março 2009.

RIBEIRO, R. *et al.* **Epilepsia:** uma abordagem odontológica. Revista Paulista de Odontologia,[Sl.:Sn], Jul-Sep 2009.

RITTELA, J.E.H.; DUARTE, J.E. **Prevalência e padrão de distribuição das doenças cerebrovasculares em 242 idosos, procedentes de um hospital geral, necropsiados em Belo Horizonte, Minas Gerais, no período de 1976 a 1997.** Arquivo Neuro-Psiquiátrico, v. 60, n.1, São Paulo, Mar 2002.

SANTOS, R.D. **III Diretrizes Brasileiras sobre dislipidemias e diretriz de prevenção da aterosclerose do departamento de aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia.** Arquivos brasileiros de cardiologia, v. 77, Supl 3, São Paulo, Nov. 2001.

SILVA, M.R.G. **Ocorrência de diabetes melito em mulheres com hiperglicemiante em gestação prévia.** Rev Saúde Publica. 2003;37:345-50.

SONIS, S.; FAZIO, R.; FANG, L. **Princípios e práticas da Medicina Oral.** 2ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

SOUZA, R.R. *et al.* **O paciente odontológico portador de diabetes mellitus.** Pesq. Bras. Odontopediatr. Clin. Integr. João Pessoa, v.3, p.71-77, 2003.

TORTAMANO, I.P. **Antibioticoterapia no tratamento de abscessos periapicais agudos: quando indicar e como proceder?** Rev. Odonto. n.32, jul-dez. 2008. São Bernardo do Campo, SP.

ZAITUNE, M.P.A. *et al.* **Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil.** Cad Saúde Publica, Rio de Janeiro, 22:285-294, fev 2006.