

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Faculdade de Ciências de Saúde
Departamento de Odontologia



Trabalho de Conclusão de Curso

Como diferenciar reações psicogênicas de emergências médicas durante o atendimento odontológico?

Marco Aurélio de Andrade Seguti Ferreira

Brasília 30 de dezembro de 2024

Marco Aurélio de Andrade Seguti Ferreira

Como diferenciar reações psicogênicas de emergências médicas durante o atendimento odontológico?

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de
Odontologia da Faculdade de Ciências da
Saúde da Universidade de Brasília, como
requisito parcial para a conclusão do
curso de Graduação em Odontologia

Orientadora: Profa. Dra. Érica Negrini Lia
Co-orientadora: Profa. Dra. Flaviana Soares Rocha

Brasília, 2024

Marco Aurélio de Andrade Seguti Ferreira

Como diferenciar reações psicogênicas de emergências médicas durante o atendimento odontológico?

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado, como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Odontologia, Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Data da defesa: 10 de Janeiro de 2025

Banca examinadora:

Prof. Dra. Érica Negrini Lia [Orientadora]

Prof. Dr. Sérgio Macedo Bruzadelli

Prof. Dr. André Ferreira Leite

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha família e à minha namorada por todo apoio dentro e fora da universidade. Agradeço às minhas orientadoras e professores por todo ensinamento. Agradeço aos meus amigos e colegas por terem feito os meus dias na UnB mais felizes.

Resumo

É de fundamental importância que cirurgiões-dentistas saibam diferenciar emergências médicas reais de reações psicogênicas, que podem simular situações de risco à vida. O objetivo deste estudo foi sistematizar informações sobre o diagnóstico diferencial e a conduta inicial entre emergências médicas e reações psicogênicas na clínica odontológica bem como orientar a conduta inicial a ser tomada pelo cirurgião-dentista. Foi realizada pesquisa na base de dados Pubmed por artigos de revisão e estudos observacionais publicados entre 2014 e 2024. Também foram utilizados *guidelines* e diretrizes de associações médicas e odontológicas internacionais atualizados. As informações obtidas foram comparadas a fim de verificar os pontos de concordância e discordância e compiladas. Em seguida, foram elaborados tabelas e fluxogramas, tendo como ponto de partida os principais sinais e sintomas comuns a reações psicogênicas e emergências médicas, como perda de consciência e dispneia.

Palavras-chave: Educação odontológica. Emergências. Ansiedade. Diagnóstico diferencial.

Abstract

It is of fundamental importance that dental surgeons know how to differentiate real medical emergencies from psychogenic reactions, which can simulate life-threatening situations. This study aimed to systematize information on the differential diagnosis and initial conduct between medical emergencies and psychogenic reactions in the dental clinic, as well as to guide the initial conduct to be taken by the dental surgeon. We searched the Pubmed database for review articles and observational studies published between 2014 and 2024. Updated *guidelines* and directives from international medical and dental associations were also used. The information obtained was compared and compiled in order to verify points of agreement and disagreement. Tables and flowcharts were then drawn up, taking as a starting point the main signs and symptoms common to psychogenic reactions and medical emergencies, such as loss of consciousness and dyspnea.

Keywords: Dental education. Emergencies. Anxiety. Differential diagnosis.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. METODOLOGIA.....	7
3. REVISÃO DE LITERATURA	8
3.1. SINCOPE.....	8
3.2. HIPOGLICEMIA.....	9
3.3. CONVULSÃO	9
3.4. CRISE AGUDA DE ANSIEDADE.....	10
3.5. SÍNDROME CORONARIANA AGUDA.....	11
3.6. ANAFILAXIA	12
4. RESULTADOS	13
4.1. FLUXOGRAMAS.....	13
5. DISCUSSÃO.....	17
6. CONCLUSÃO	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20

1. INTRODUÇÃO

Durante o atendimento odontológico, podem ocorrer situações que representam um risco potencial à vida do paciente, como hipoglicemia, convulsões, infarto agudo do miocárdio, choque anafilático, parada cardiorrespiratória, entre outras, conhecidas como emergências médicas. [1]. Embora sejam incomuns, sua prevalência tem aumentado ao longo dos anos, especialmente devido ao envelhecimento da população, à presença de comorbidades, à polifarmácia e ao aumento da demanda de atendimento odontológico por pacientes especiais [2].

Por outro lado, também podem ocorrer reações psicogênicas, caracterizadas por sinais e sintomas desencadeados por estresse e ansiedade, sem nenhum outro fator ambiental ou biológico associado [3]. Essas situações não representam risco para a vida do paciente. Entre as reações psicogênicas mais comuns estão a crise aguda de ansiedade e alguns tipos de síncope [3,4]. Essas reações podem simular os sinais e sintomas de emergências médicas e dificultar a diferenciação entre as situações.

Nesse sentido, é de fundamental importância que o cirurgião-dentista saiba identificar e diferenciar corretamente as situações para adotar a conduta correta para cada caso.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi sistematizar informações sobre o diagnóstico diferencial entre emergências médicas e reações psicogênicas na clínica odontológica, bem como orientar a conduta inicial a ser tomada pelo cirurgião-dentista.

2. METODOLOGIA

Inicialmente, foi realizado um levantamento da literatura científica na base de dados Pubmed por artigos de revisão e estudos observacionais publicados entre 2014 e 2024. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave: "*medical emergencies*"; "*dentistry*"; "*dental office*"; "*dental practice*"; "*prevalence*"; "*knowledge*"; "*attitude*". Também foram utilizadas diretrizes de

associações médicas e odontológicas internacionais, como *American Heart Association (AHA)*, *American Diabetes Association (ADiA)*, *International League Against Epilepsy (ILAE)*, *American Dental Association (ADA)* e *British Dental Association (BDA)*. As informações obtidas foram comparadas a fim de verificar os pontos de concordância e discordância e, em seguida, compiladas. Por fim, foram elaborados tabelas e fluxogramas para orientar o diagnóstico diferencial entre-as principais emergências e reações psicogênicas, além do seu manejo inicial, levando em consideração as especificidades da clínica odontológica.

As principais emergências médicas e as reações psicogênicas que podem simulá-las são descritas a seguir, com ênfase nos aspectos que ajudam a diferenciá-las.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1.SÍNCOPE

A síncope é uma perda temporária de consciência causada por hipoperfusão cerebral, com início rápido, duração breve e recuperação completa [5]. Ela é classificada em três tipos: síncope reflexa, síncope devido à hipotensão ortostática e síncope cardíaca [5]. A síncope cardíaca, associada a arritmias ou doença cardíaca estrutural, é menos comum e requer exames detalhados [5]. A síncope reflexa, ou síncope vasovagal, é desencadeada por estresse ortostático, estresse emocional ou dor intensa; nesses dois últimos casos, a síncope é considerada uma reação psicogênica [6].

Fatores como dor torácica e palpitações pós-síncope indicam alto risco cardíaco, enquanto sinais prodrômicos como sudorese, palidez, náuseas e vômitos, bem como episódios desencadeados por estresse ou alterações posturais, sugerem síncope reflexa ou hipotensão ortostática, com baixo risco [7-9]. Para controlar a síncope, recomenda-se a posição supina com as pernas elevadas para melhorar a perfusão cerebral [3,10]. A diferenciação

entre síncope psicogênica e outras condições graves é essencial para o tratamento correto [5].

3.2 HIPOGLICEMIA

A hipoglicemia, definida como níveis de glicose plasmática abaixo de 70mg/dL, pode levar a complicações de gravidade variável, devido à dependência do sistema nervoso central em relação à glicose [11,12]. Fatores como atraso nas refeições e aumento da demanda periférica de glicose podem desencadear episódios de hipoglicemia [12].

Os sinais de hipoglicemia entre 70 e 54mg/dL incluem taquicardia, sudorese, tremores, fome e parestesia, que são manifestações adrenérgicas. Esses sinais podem estar ausentes em pacientes diabéticos de longa data, mulheres, idosos e usuários de betabloqueadores [11,13]. Níveis de glicose abaixo de 54mg/dL podem causar sinais neuroglicopênicos, como confusão mental, perda de consciência, convulsões e coma [11,13].

No contexto odontológico, para o tratamento da hipoglicemia em pacientes conscientes, recomenda-se a administração de carboidratos de alto índice glicêmico [11,13,14]. Se o paciente estiver inconsciente, é fundamental chamar ajuda médica imediatamente; a administração de 1mg a 2mg de glucaon intramuscular pode ser considerada, mas a prática varia entre as diretrizes e associações [15-17]. Em casos de perda de consciência, a diferenciação entre hipoglicemia e síncope pode ser realizada por meio da medição da glicemia capilar, da análise dos sinais prodrômicos e da avaliação dos sinais vitais, considerando também os fatores de risco no histórico médico do paciente [8,16,17]. As informações para o diagnóstico diferencial encontram-se resumidas na Tabela 1.

3.3 CONVULSÃO

As convulsões resultam de atividade neuronal excessiva ou anormalmente sincrônica no cérebro [18] e podem ser manifestações primárias ou secundárias de outras condições subjacentes [18]. Entre os fatores desencadeantes estão infecções, febre, distúrbios metabólicos e lesões neurológicas [19].

As crises convulsivas podem ter diferentes apresentações e quase sempre são autolimitadas [20]. Quando a crise dura mais de 5 minutos ou há episódios recorrentes sem recuperação completa, é classificada como *status epilepticus*, com risco de morte e sequelas neurológicas [19].

Nas convulsões tônico-clônicas generalizadas, as mais comuns, há perda de consciência, movimentos involuntários e, em alguns casos, incontinência urinária [19]. O manejo inclui a proteção física do paciente, a verificação das vias aéreas e da glicemia e o monitoramento até a chegada do serviço médico [17]. O uso de medicamentos, como o midazolam, é reservado para crises prolongadas, mas seu uso em um ambiente odontológico nessa situação é controverso, sob risco de agravamento da depressão respiratória [17,21].

A síncope, outra condição que pode simular convulsões, também causa perda de consciência, mas difere pela ausência de movimentos tônico-clônicos típicos. Na síncope, a atividade motora anormal, quando presente, é breve e caracterizada por tremores ou espasmos leves [22]. Além disso, a pressão arterial (PA) e a frequência cardíaca (FC) tendem a ser reduzidas, ao contrário das convulsões [5]. As informações para o diagnóstico diferencial estão resumidas na Tabela 1.

3.4 CRISE AGUDA DE ANSIEDADE

Os episódios agudos de ansiedade, também conhecidos como ataques de pânico, são caracterizados por sintomas cognitivos, como ansiedade e sensação de morte iminente e por sinais físicos, como taquicardia, aumento

da PA, tremores, dispneia e dor torácica. [23,24]. Esses sinais e sintomas podem simular condições orgânicas mais graves, como a síndrome coronariana aguda (SCA), e confundir os profissionais de saúde em situações de emergência [25].

Nesse sentido, se durante um suposto ataque de ansiedade houver sinais e sintomas que indiquem alguma causa orgânica mais grave, essas hipóteses devem ser excluídas ou confirmadas por meio de exames complementares e testes diagnósticos mais específicos, como eletrocardiograma de 12 derivações. [23]. Em resumo, o diagnóstico de ataques de pânico é feito com a exclusão de outras condições [26].

3.5 SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

A SCA envolve isquemia miocárdica causada pela rápida obstrução das artérias coronárias [27]. Como manifestação típica, ocorre dor no peito em forma de aperto ou pressão, que se irradia para o pescoço, mandíbula, ombros e braço esquerdo [27]. Entretanto, em algumas situações, especialmente em mulheres, idosos e diabéticos, a SCA pode ocorrer sem dor torácica, apresentando-se como náusea, vômito, dispneia e síncope [28,29]. O diagnóstico definitivo requer exames complementares, como eletrocardiograma e dosagem de níveis séricos de troponina [30].

Em casos de suspeita de SCA em um ambiente odontológico, é fundamental ligar para o serviço de emergência e monitorar os sinais vitais [16,17]. A ADA recomenda a administração de oxigênio indiscriminadamente, enquanto a AHA o sugere apenas em casos de hipoxemia [15,29,31]. O tratamento inicial inclui administração de nitroglicerina sublingual, exceto em pacientes com hipotensão arterial, além de aspirina mastigável ou clopidogrel [32-34].

Náusea, vômito, hipotensão e queda na saturação de oxigênio são sinais que descartam ataques de pânico e sugerem maior probabilidade de SCA. A presença de fatores de risco como idade avançada, obesidade,

diabetes, tabagismo, dislipidemia, doença renal crônica e histórico de angina também aumentam a suspeita de SCA [27]. Os critérios para o diagnóstico diferencial entre SCA e ataques agudos de ansiedade estão resumidos na Tabela 1.

3.6 ANAFILAXIA

Anafilaxia é uma reação de hipersensibilidade sistêmica grave que envolve vários órgãos e exige intervenção imediata [35]. Os sintomas aparecem rapidamente após a exposição a alérgenos, afetando a pele, os sistemas respiratório, cardiovascular e gastrointestinal [36]. As manifestações mais frequentes incluem prurido, urticária, edema, dispneia e hipotensão [36]. O diagnóstico é baseado na presença de envolvimento de ao menos dois sistemas após a exposição a um possível alérgeno, ou mesmo sem exposição clara, como manifestações cutâneas com sintomatologia respiratória ou cardiovascular também indicam anafilaxia [37].

Em casos de anafilaxia no consultório odontológico, recomenda-se o uso imediato de adrenalina intramuscular para reverter o quadro [36]. As diretrizes de emergência odontológica sugerem que os cirurgiões-dentistas mantenham adrenalina 1:1000, seringas e agulhas adequadas em seus consultórios [16,17]. A terapia com oxigênio pode ser uma abordagem adjuvante em casos de hipóxia [38].

Os ataques agudos de ansiedade podem imitar a anafilaxia, mas as manifestações cutâneas, presentes em 90% dos casos, a hipoxemia e a hipotensão ajudam a diferenciar as condições [36,39]. Os critérios para diagnóstico diferencial estão resumidos na Tabela 1.

Tabela 1 - Sintomatologia diferencial entre síncope, hipoglicemia, convulsão, crise de ansiedade, SCA e anafilaxia e manejo inicial

	SÍNCOPE	HIPOGLICEMIA	CONVULSÃO	CRISE AGUDA DE ANSIEDADE	SCA	ANAFILAXIA
FC	Reduzida < 60bpm	Aumentada > 100bpm	Aumentada > 100bpm	Aumentada > 100bpm	Aumentada > 100bpm	Aumentada >100mbp ou reduzida < 60bpm
FR	Normal	Normal	Normal	Aumentada >20mrm	Aumentada >20mrm	Aumentada >20mrm
PA	Reduzida < 120x60mmHg	Normal	Aumentada > 140x90mmHg	Aumentada > 140x90mmHg	Aumentada > 140x90mmHg ou Reduzida <120x80mmHg	Reduzida <120x80mmHg
SPO2	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal ou Reduzida <94%	Reduzida <94%
GLICEMIA CAPILAR	Normal	Reduzida > 70mg/dL	Normal	Normal	Normal	Normal
ATIVIDADE MOTORA	Ausente ou leves tremores	Normal ou ausente	Movimentos tônico-clônicos	Normal	Normal	Normal
QUADRO CLÍNICO	Início súbito ou precedida por sudorese, náuseas e vômitos	Precedida por alteração comportamental, confusão e fraqueza		Ansiedade, sensação de morte	Dor torácica que irradia para o lado esquerdo	Manifestações cutâneas, dispneia
FATORES DE RISCO	Dor, ansiedade	Diabetes	Histórico de convulsões	Dor e ansiedade	Tabagismo, obesidade, hipertensão, histórico de doenças cardiovasculares	Possíveis alérgenos
MANEJO	Posição supina com pernas elevadas, redução da ansiedade e controle da dor	Ingestão de carboidratos ou Glucagon IM 1mg a 2mg	Proteção contra acidentes, acionar serviço de emergência e monitorar	Redução da ansiedade, controle da dor e monitoramento	Acionar serviço de emergência, AAS 300mg, nitroglicerina sublingual (se não houver hipotensão) e oxigenação 15L/min (se houver hipóxia)	Acionar serviço de emergência, adrenalina 1:1000 0,3mL a 0,5mL, oxigenação 15L/min

FC: frequência cardíaca; FR: frequência respiratória; PA: pressão arterial; SpO2: saturação de oxigênio; IM: intramuscular

4. RESULTADOS

4.1. FLUXOGRAMAS

Com base nas informações acima, foram elaborados fluxogramas para auxiliar o diagnóstico diferencial entre emergências e reações psicogênicas. O ponto de partida para os fluxogramas foram os sinais e sintomas comuns a ambas as situações, como perda de consciência e dispneia

A Figura 1 mostra o fluxograma de diagnóstico para casos de perda de consciência. Nesses pacientes, o mais importante é verificar sua estabilidade, por meio da avaliação de vias aéreas, frequência respiratória e cardíaca [40]. Em caso de ausência de movimentos respiratórios e batimentos cardíacos, trata-se de parada cardiorrespiratória; a ressuscitação cardiopulmonar deve ser iniciada imediatamente e os serviços de emergência devem ser acionados. [40].

Quando o paciente se encontra estável, três aspectos devem ser considerados para o diagnóstico. Primeiro, a presença ou ausência de atividade motora, uma vez que movimentos tônico-clônicos em pacientes inconscientes indicam convulsões [19]. Em segundo lugar, é importante avaliar os sinais e sintomas que precederam a perda de consciência. Alterações comportamentais e confusão sugerem hipoglicemia, exigindo a mensuração da glicemia capilar [11,13]. Por outro lado, fraqueza, sudorese, náusea e vômito indicam síncope, assim como um início súbito de perda de consciência [7-9]. Por fim, os fatores de risco associados devem ser considerados. Em pacientes diabéticos, a avaliação da glicemia capilar é essencial para confirmar ou descartar a hipoglicemia [16,17]. Além disso, caso o paciente tenha sido submetido a um procedimento potencialmente doloroso ou apresente ansiedade intensa, a probabilidade de síncope reflexa aumenta [3].

Nos casos em que a principal suspeita é de síncope, o paciente deve ser colocado em posição supina com as pernas elevadas, e espera-se o retorno da consciência rapidamente [5]. Caso o paciente apresente fatores que indiquem síncope cardíaca, como histórico de doença cardíaca

estrutural, palpitações e bradicardia persistente, é importante encaminhá-lo ao atendimento médico ambulatorial para investigação adicional [7-9].

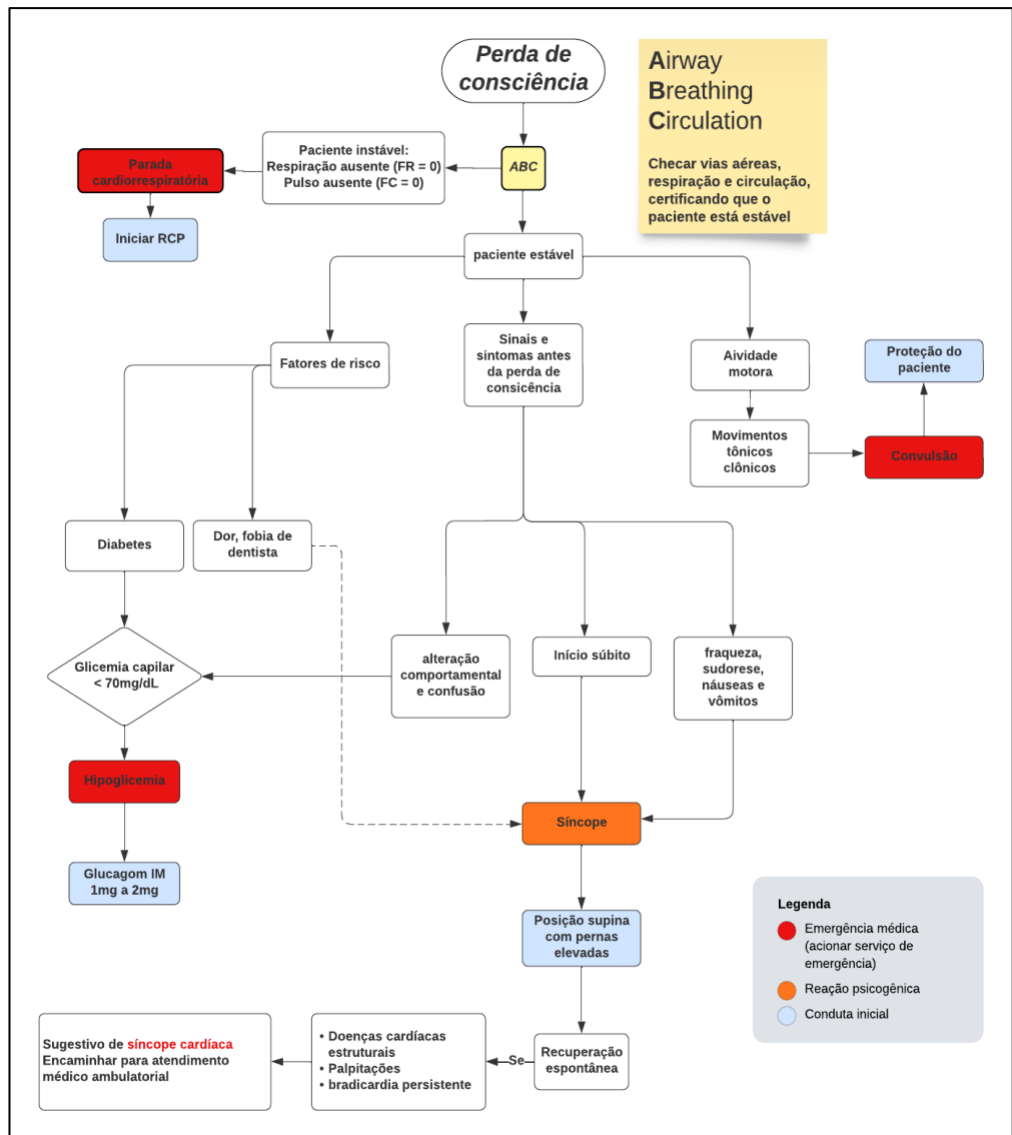


Figura 1: Fluxograma do diagnóstico diferencial da perda de consciência. FR: frequência respiratória, FC: frequência cardíaca, RCP: ressuscitação cardiopulmonar, IM: intramuscular.

A Figura 2 mostra o fluxograma de diagnóstico para casos de dispneia. Como em outras situações de emergência, a primeira atitude a ser tomada é a verificação da estabilidade do paciente, avaliando vias aéreas, frequência respiratória e cardíaca [40]. Quando o paciente estiver estável, três aspectos devem ser levados em conta para orientar o diagnóstico. Eles incluem a presença de manifestações cutâneas que, quando associadas à queda da PA ou da saturação de oxigênio, indicam anafilaxia [41].

Outro aspecto a ser avaliado é a presença de um possível alérgeno que possa desencadear anafilaxia, como a administração de anestésicos locais. Caso imediatamente após o contato com o possível alérgeno, a saturação de oxigênio e a PA do paciente sejam reduzidas simultaneamente, há indicativo forte de anafilaxia [41].

Quando a dispneia é acompanhada por dor torácica, a SCA deve ser fortemente considerada. Para isso, são observadas as características da dor, que se concentra no lado esquerdo do tórax, a presença de fatores de risco, presença de náuseas, vômitos e redução da PA ou da saturação de oxigênio. [27]. Esses fatores aumentam a probabilidade de SCA, mas sua ausência não exclui essa possibilidade, portanto, em caso de dúvida, todo quadro provável de SCA deve ser tratado como definitivo [27,29]. Quando esse cenário é altamente improvável, a principal hipótese é a de reação psicogênica, como o ataque agudo de ansiedade [26].

Por fim, na ausência de manifestações cutâneas, de dor torácica e de um possível alérgeno, a principal hipótese para a dispneia é o ataque agudo de ansiedade [23]. Entretanto, nessas situações, uma manifestação não clássica de SCA também deve ser considerada, cujo risco deve ser avaliado conforme mencionado anteriormente.

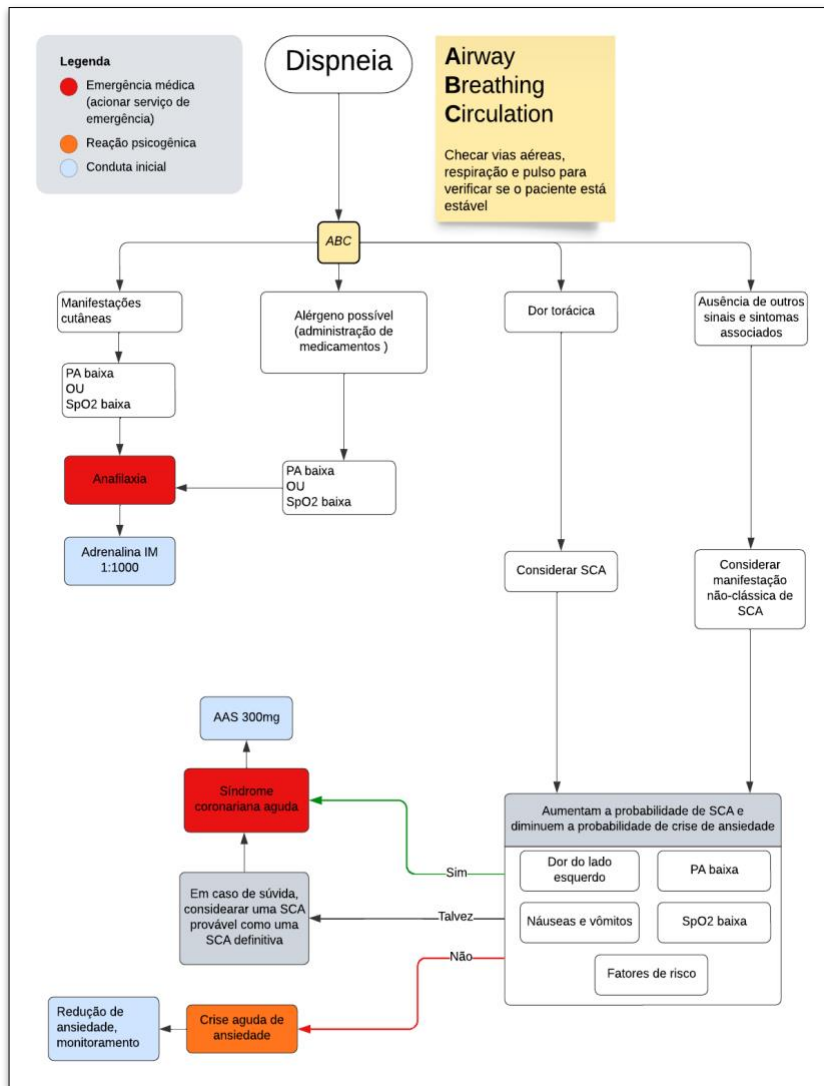


Figura 2: Fluxograma de orientação para o diagnóstico diferencial entre anafilaxia, SCA e crise aguda de ansiedade, a partir da dispneia. PA: pressão arterial, SpO2: saturação de oxigênio, SCA: síndrome coronariana aguda, IM: intramuscular

5. DISCUSSÃO

Observamos em nosso estudo que as diretrizes existentes na literatura odontológica não se concentram no diagnóstico diferencial das condições e nem sempre encontram-se de acordo com as diretrizes médicas, já bem estabelecidas. Nesse sentido, a sistematização das informações e o desenvolvimento de ferramentas de aprendizado voltadas para a prática, como fluxogramas, podem facilitar o diagnóstico diferencial e o gerenciamento inicial de emergências médicas.

As emergências médicas na Odontologia são eventos de prevalência relativamente baixa, entretanto não são nulos os acontecimentos que permeiam a vida profissional dos cirurgiões-dentistas. Um estudo australiano relatou que as emergências médicas ocorreram em menos de 0,5% das consultas odontológicas durante 6 anos, enquanto 75% dos 498 dentistas brasileiros enfrentaram pelo menos uma emergência em 12 meses [42,43]. Na Itália, 65,2% dos 6818 dentistas entrevistados relataram algum tipo de emergência médica [44]. As situações mais comuns incluem síncope, hipoglicemia, convulsões, hipotensão ortostática, crises hipertensivas, asma e reações alérgicas moderadas [42,43,45-47]. Casos graves, como parada cardiorrespiratória e choque anafilático, são raros, com uma prevalência de menos de 1% [45-47]. É importante lembrar que esses estudos epidemiológicos consideram situações que não constituem emergências médicas de acordo com a definição, como síncope vasovagal e reações alérgicas moderadas [1].

As reações psicogênicas são manifestações físicas geradas exclusivamente por estresse e ansiedade, sem outros fatores etiológicos, sistêmicos ou ambientais associados, sendo as mais comuns a síncope e a crise aguda de ansiedade [3,4]. Poucos estudos na literatura odontológica incluem o conceito de reações psicogênicas, e essas situações acabam sendo consideradas emergências, mesmo que não representem risco de morte para o paciente [3]. Uma revisão sistemática demonstrou que os episódios de síncope estão estritamente relacionados a fatores psicogênicos, e os pacientes que relataram fobia de dentista apresentaram maior risco desses eventos [3].

Vários estudos demonstraram que os profissionais de Odontologia ainda precisam de treinamento para lidar com emergências médicas [46,48-50]. As lacunas no conhecimento são resultado da falta de educação

continuada ao longo da vida profissional, o que resulta em dificuldades na aplicação prática do conhecimento, especialmente em relação à administração de medicamentos e ao manuseio de equipamentos [43,49].

A diferenciação entre reações psicogênicas e emergências médicas pode ser realizada objetivamente em algumas situações, como na parada cardiorrespiratória, em que a ausência de FR e FC diferencia essa condição da síncope psicogênica [40]. Da mesma forma, a dispneia associada à anafilaxia é acompanhada pela redução da saturação de oxigênio, o que não ocorre nos ataques agudos de ansiedade [41]. Entretanto, em outras situações, como na SCA, o diagnóstico diferencial requer uma análise mais complexa, integrando as características da dor, os sintomas e os fatores de risco, uma vez que os sinais vitais por si só não são suficientes para o diagnóstico [27-29], o que dificulta a criação de fluxogramas simples para todas as situações.

Outra limitação para o atendimento de emergência em um ambiente odontológico e, conseqüentemente, para o desenvolvimento de fluxogramas é a falta de equipamentos e exames complementares que possam descartar de forma mais confiável a possibilidade de condições mais graves, como os níveis de troponina sérica. [30].

O monitoramento dos sinais vitais é essencial quando não é possível obter um diagnóstico definitivo, ajudando a identificar condições graves. Além dos sinais vitais clássicos, parâmetros como a glicemia capilar e a saturação de oxigênio são muito importantes para o diagnóstico diferencial [11,13,35]. A glicemia capilar confirma ou descarta a hipoglicemia, enquanto a saturação de oxigênio auxilia nos casos de dispneia, diferenciando quadros graves, como anafilaxia ou SCA, de reações psicogênicas [11,13,35]. Além disso, fatores de risco que fazem parte do histórico médico do paciente, como diabetes e hipertensão, são relevantes para orientar o diagnóstico diferencial, mesmo que sua ausência não exclua a possibilidade de condições graves [11,27].

6. CONCLUSÃO

A diferenciação entre reações psicogênicas e emergências médicas depende de um conjunto complexo de informações e dados, e não pode ser resumida a critérios objetivos isolados. O profissional deve ser capaz de avaliar os sinais vitais, os sintomas e a história clínica do paciente para agir com segurança na elaboração de uma hipótese diagnóstica e na orientação do tratamento. A tabela e os fluxogramas propostos auxiliam a organizar as informações e a orientar o raciocínio clínico, com o objetivo de diferenciar reações psicogênicas de emergências médicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Varoni EM, Rigoni M, Lodi G, Sardella A, Muti P, Vitello A, et al. Emergências médicas na prática odontológica: A nationwide web-based survey of Italian dentists. *Heliyon*. 2023 Mar;9[3]:e13910.
2. Vaughan M, Park A, Sholapurkar A, Esterman A. Emergências médicas na prática odontológica - requisitos de gerenciamento e proficiência de profissionais internacionais. A scoping review. *Aust Dent J*. 2018 Dec 19;63[4]:455-66.
3. Hutse I, Coppens M, Herbelet S, Seyssens L, Marks L. Syncope in Dental Practices: A Systematic Review on Aetiology and Management [Uma revisão sistemática sobre etiologia e gerenciamento]. *Journal of Evidence Based Dental Practice*. 2021 Sep;21[3]:101581.
4. Ebong I, Haghghat Z, Bensalem-Owen M. Approach to Loss of Consciousness: Distinguindo crises epiléticas, crises psicogênicas não epiléticas e síncope. *Semin Neurol*. 2021 Dec 26;41[06]:667-72.
5. Brignole M, Moya A, de Lange FJ, Deharo JC, Elliott PM, Fanciulli A, et al. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. *Eur Heart J*. 2018 Jun 1;39[21]:1883-948.
6. Sheldon RS, Grubb BP, Olshansky B, Shen WK, Calkins H, Brignole M, et al. 2015 Heart Rhythm Society Expert Consensus Statement on the Diagnosis and Treatment of Postural Tachycardia Syndrome, Inappropriate

Sinus Tachycardia, and Vasovagal Syncope. *Heart Rhythm*. 2015 Jun;12[6]:e41-63.

7. Berecki-Gisolf J, Sheldon A, Wieling W, van Dijk N, Costantino G, Furlan R, et al. Identifying Cardiac Syncope Based on Clinical History: A Literature-Based Model Tested in Four Independent Datasets [Um modelo baseado na literatura testado em quatro conjuntos de dados independentes]. *PLoS One*. 2013 Sep 24;8[9]:e75255.

8. Reed MJ. Abordagem da síncope no departamento de emergência. *Jornal de Medicina de Emergência*. 2018 Nov 23;emermed-2018-207767.

9. Del Rosso A, Ungar A, Maggi R, Giada F, Petix NR, De Santo T, et al. Preditores clínicos de síncope cardíaca na avaliação inicial em pacientes encaminhados com urgência a um hospital geral: o escore EGSYS. *Heart*. 2008 Dec 1;94[12]:1620-6.

10. Zideman DA, De Buck EDJ, Singletary EM, Cassan P, Chalkias AF, Evans TR, et al. Diretrizes do Conselho Europeu de Ressuscitação para Ressuscitação 2015 Seção 9. Primeiros socorros. *Resuscitation*. 2015 Oct;95:278-87.

11. Organização Mundial da Saúde. HEARTS D: diagnóstico e tratamento do diabetes tipo 2. 2020.

12. Umpierrez G, Korytkowski M. Diabetic emergencies - ketoacidosis, hyperglycaemic hyperosmolar state and hypoglycaemia [Emergências diabéticas - cetoacidose, estado hiperosmolar hiperglicêmico e hipoglicemia]. *Nat Rev Endocrinol*. 2016 Apr 19;12[4]:222-32.

13. Comitê de Prática Profissional da Associação Americana de Diabetes. 6. Glycemic Targets [Metas glicêmicas]: Standards of Medical Care in Diabetes-2022. *Diabetes Care*. 2022 Jan 1;45[Suppl 1]:S83-96.

14. Maharjan J, Pandit S, Arne Johansson K, Khanal P, Karmacharya B, Kaur G, et al. Effectiveness of interventions for emergency care of hypoglycaemia and diabetic ketoacidosis: A systematic review. *Diabetes Res Clin Pract*. 2024 Jan;207:111078.

15. Associação Dentária Americana. Medical Emergencies in the Dental Office [Emergências médicas no consultório odontológico] Guia de resposta a emergências médicas na clínica odontológica. 2018;

16. Jevon P. Medical emergencies in the dental practice poster: revised and updated. *Br Dent J*. 2020 Jul 24;229[2]:97-104.

17. Malamed S. Guia rápido para gerenciamento de emergências médicas. Novembro de 2021. 2023.
18. Fisher RS, Boas W van E, Blume W, Elger C, Genton P, Lee P, et al. Epileptic Seizures and Epilepsy: Definições propostas pela Liga Internacional contra a Epilepsia [ILAE] e pelo Bureau Internacional de Epilepsia [IBE]. *Epilepsia*. 2005 Apr 29;46[4]:470-2.
19. Trinka E, Cock H, Hesdorffer D, Rossetti AO, Scheffer IE, Shinnar S, et al. A definition and classification of status epilepticus - Report of the <scp>ILAE</scp> Task Force on Classification of Status Epilepticus. *Epilepsia*. 2015 Oct 4;56[10]:1515-23.
20. Berg AT, Berkovic SF, Brodie MJ, Buchhalter J, Cross JH, Van Emde Boas W, et al. Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: Report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005-2009. *Epilepsia*. 2010 Apr;51[4]:676-85.
21. Cruickshank M, Imamura M, Booth C, Aucott L, Counsell C, Manson P, et al. Pre-hospital and emergency department treatment of convulsive status epilepticus in adults: an evidence synthesis [Tratamento pré-hospitalar e no departamento de emergência do estado de mal epiléptico convulsivo em adultos: uma síntese de evidências]. *Health Technol Assess [Rockv]*. 2022 Mar;26[20]:1-76.
22. Webb J, Long B, Koyfman A. An Emergency Medicine-Focused Review of Seizure Mimics [Uma revisão de mímicos de convulsão com foco em medicina de emergência]. *J Emerg Med*. 2017 May;52[5]:645-53.
23. Salum GA, Blaya C, Manfro GG. Transtorno do pânico. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 2009;31[2]:86-94.
24. Martins H, Neto RA, Neto A, Velasco I. Emergências Clínicas: Uma abordagem prática. 10°. 2015.
25. McConaghy JR, Sharma M, Patel H. Dor torácica aguda em adultos: Avaliação ambulatorial. *Am Fam Physician*. 2020 Dec 15;102[12]:721-7.
26. NAEMT. Atendimento pré-hospitalar AMLS para emergências clínicas. 3°. 2022.
27. Kimura K, Kimura T, Ishihara M, Nakagawa Y, Nakao K, Miyauchi K, et al. JCS 2018 Guideline on Diagnosis and Treatment of Acute Coronary Syndrome [Diretriz JCS 2018 sobre diagnóstico e tratamento da síndrome coronariana aguda]. *Circulation Journal*. 2019 Apr 25;83[5]:1085-196.

28. Brieger D, Eagle KA, Goodman SG, Steg PG, Budaj A, White K, et al. Acute Coronary Syndromes Without Chest Pain, An Underdiagnosed and Undertreated High-Risk Group [Síndromes Coronárias Agudas sem Dor no Peito, um Grupo de Alto Risco Subdiagnosticado e Subtratado]. *Chest*. 2004 Aug;126[2]:461-9.
29. Amsterdam EA, Kirk JD, Bluemke DA, Diercks D, Farkouh ME, Garvey JL, et al. Testes em pacientes de baixo risco que chegam ao departamento de emergência com dor torácica. *Circulation*. 2010 Oct 26;122[17]:1756-76.
30. Azar RR, Sarkis A, Giannitsis E. A Practical Approach for the Use of High-Sensitivity Cardiac Troponin Assays in the Evaluation of Patients With Chest Pain. *Am J Cardiol*. 2021 Jan;139:1-7.
31. Cabello JB, Burls A, Emparanza JI, Bayliss SE, Quinn T. Oxygen therapy for acute myocardial infarction [Oxigenoterapia para infarto agudo do miocárdio]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016 Dec 19;2016[12].
32. Cheitlin MD, Hutter AM, Brindis RG, Ganz P, Kaul S, Russell RO, et al. Use of Sildenafil [Viagra] in Patients With Cardiovascular Disease. *Circulation*. 1999 Jan 12;99[1]:168-77.
33. Amsterdam EA, Wenger NK, Brindis RG, Casey DE, Ganiats TG, Holmes DR, et al. 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndromes. *J Am Coll Cardiol*. 2014 Dec;64[24]:e139-228.
34. Nicolau JC, Feitosa GS, Petriz JL, Furtado RH de M, Prêcoma DB, Lemke W, et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnivelamento do Segmento ST - 2021. *Arq Bras Cardiol*. 2021 Jul 15;117[1]:181-264.
35. Simons FER, Arduso LRF, Bilò MB, Dimov V, Ebisawa M, El-Gamal YM, et al. 2012 Update. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2012 Aug;12[4]:389-99.
36. Muraro A, Worm M, Alviani C, Cardona V, DunnGalvin A, Garvey LH, et al. Diretrizes da EAACI: Anaphylaxis [atualização de 2021]. *Allergy*. 2022 Feb;77[2]:357-77.
37. Sampson HA, Muñoz-Furlong A, Campbell RL, Adkinson NF, Bock SA, Branum A, et al. Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: Summary report-Second National Institute of Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network symposium [Relatório resumido - Segundo simpósio do Instituto Nacional de Alergia e Doenças Infecciosas/Rede de Alergia Alimentar e Anafilaxia]. *Journal of*

Allergy and Clinical Immunology [Jornal de Alergia e Imunologia Clínica]. 2006 Feb;117[2]:391-7.

38. Cingi C, Wallace D, Muluk NB, Ebisawa M, Castells M, Şahin E, et al. Managing Anaphylaxis in the Office Setting. *Am J Rhinol Allergy*. 2016 Jul 1;30[4]:e118-23.
39. Poziomkowska-Gęsicka I, Kurek M. Clinical Manifestations and Causes of Anaphylaxis. Analysis of 382 Cases from the Anaphylaxis Registry in West Pomerania Province in Poland. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Apr 17;17[8]:2787.
40. Panchal AR, Bartos JA, Cabañas JG, Donnino MW, Drennan IR, Hirsch KG, et al. Parte 3: Suporte Básico e Avançado de Vida para Adultos: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care [Diretrizes da Associação Americana do Coração de 2020 para ressuscitação cardiopulmonar e atendimento cardiovascular de emergência]. *Circulation*. 2020 Oct 20;142[16_suppl_2].
41. Simons FER, Arduzzo LRF, Bilò MB, Cardona V, Ebisawa M, El-Gamal YM, et al. International consensus on [ICON] anaphylaxis. *Jornal da Organização Mundial de Alergia*. 2014;7:9.
42. Zachar JJ, Reher P. Frequência e características das emergências médicas em uma faculdade de odontologia australiana: Um estudo retrospectivo. *J Dent Educ*. 2022 May 28;86[5]:574-80.
43. Arsati F, Montalli VA, Flório FM, Ramacciato JC, da Cunha FL, Cecanho R, et al. Atitudes dos dentistas brasileiros sobre emergências médicas durante o tratamento odontológico. *J Dent Educ*. 2010 Jun;74[6]:661-6.
44. Varoni EM, Rigoni M, Lodi G, Sardella A, Muti P, Vitello A, et al. Emergências médicas na prática odontológica: A nationwide web-based survey of Italian dentists. *Heliyon*. 2023 Mar;9[3]:e13910.
45. Obata K, Naito H, Yakushiji H, Obara T, Ono K, Nojima T, et al. Incidence and characteristics of medical emergencies related to dental treatment: a retrospective single-center study. *Acute Medicine & Surgery*. 2021 Jan;8[1].
46. Smereka J, Aluchna M, Aluchna A, Szarpak Ł. Preparo e atitudes em relação a emergências médicas no consultório odontológico entre dentistas poloneses. *Int Dent J*. 2019 Aug;69[4]:321-8.

- 47 Alhamad M, Alnahwi T, Alshayeb H, Alzayer A, Aldawood O, Almarzouq A, et al. Emergências médicas encontradas em clínicas odontológicas: Um estudo da Província Oriental da Arábia Saudita. *J Family Community Med.* 2015;22[3]:175.
- 48 . Gupta S, Mishra S, Behl S, Srikant N, Mascarenhas R. Knowledge of handling medical emergencies among general dental practitioners pan India: a cross-sectional survey. *BMC Res Notes.* 2023 Sep 14;16[1]:221.
49. Mukherji A, Singh M, Nahar P, Bhuvaneshwari S, Goel S, Mathur H. Competência para lidar com emergências médicas entre graduados em odontologia e estudantes de pós-graduação - Um estudo de questionário transversal. *Journal of Indian Academy of Oral Medicine and Radiology [Jornal da Academia Indiana de Medicina Oral e Radiologia].* 2019;31[2]:107.
50. Fernandes ALVC, Malik JB, Ansari SR, Murali S, Thirupathii J. Knowledge, attitude, and practice of dentists in the management of medical emergencies in India: A cross-sectional study. *J Oral Biol Craniofac Res.* 2023 Nov;13[6]:758-63.