

CONDUTA TOMADA PELO CIRURGIÃO-DENTISTA DURANTE O ATENDIMENTO EM PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO I

Eriane Rodrigues Vasques do Nascimento¹, Kellen Aires Silva Viana¹, Luana Caetano de Azevedo¹, Lorena Cássia Diniz Araújo¹, Rafaela Henrique Dias¹, Victória Kelly de Souza Assis¹, Wener Pereira Figueiredo¹, Juliana Santiago da Silva².

¹ Graduando(a) do Curso de Odontologia, FACIG, erianevasques@gmail.com

² Mestre em Ciências pelo Departamento de Biologia e Imunologia da Faculdade de Medicina – USP, Professora e Coordenadora de Pesquisa e Extensão, FACIG.

Resumo- A Diabetes Mellitus Tipo I é uma doença crônica autoimune que acomete grande porcentagem da população mundial. Sabe-se que as células beta pancreáticas são bastante acometidas pelo sistema imunológico, ocasionando na liberação de uma pequena parcela de glicemia no corpo. Tem como finalidade abordar a importância do conhecimento do Cirurgião-Dentista acerca a conduta adequada a ser tomada, concomitante a utilização de um protocolo específico para pacientes portadores da Diabetes Mellitus Tipo I. **Métodos:** Através de perguntas elaboradas, com estrutura específica e direcionada a três Cirurgiões-Dentistas com especialidades e experiências distintas, conseguiu-se elaborar o presente artigo. Obteve-se como resposta a um dos questionamentos que, todos os profissionais entrevistados seguem um protocolo direcionado aos pacientes portadores da doença, sendo compensados e/ou descompensados. Sabe-se que os pacientes diabéticos requerem cautela ao serem submetidos a procedimentos odontológicos. Estudos afirmam que diabéticos compensados podem ser tratados como indivíduos não portadores de doenças sistêmicas e que em diabéticos descompensados, deve-se realizar o controle glicêmico e solicitar o parecer médico antes de realizar qualquer procedimento.

Palavras-chave: Cirurgião-Dentista; Diabetes Mellitus Tipo I; Protocolo de Atendimento; Insulina; Doença Autoimune.

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde.

1 INTRODUÇÃO

Hodiernamente, torna-se imprescindível o conhecimento acerca da Diabetes Mellitus, haja vista que há uma alta incidência de portadores desta patologia, caracterizando-a como uma epidemia no território brasileiro, sendo um dos principais problemas de saúde pública do século XXI. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) “Entre 2006 e 2016 o número de brasileiros com diabetes aumentou 61,8%. Isso significa que a doença passou a atingir de 5,5% da população e agora atinge 8,9%” (KING *et al.*, 1998). Com isso, enfatiza-se a importância do cirurgião dentista obter informações necessárias para elaborar um protocolo de atendimento aos portadores da Diabetes Mellitus.

“O Diabetes Mellitus inclui um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia resultante do defeito na secreção de insulina ou em sua ação. As classificações etiológicas atuais e mais frequentes da Diabetes Mellitus são subdivididas em tipo I, II e gestacional” (GROSS *et al.*, 2001).

No que diz respeito a Diabetes Mellitus Tipo I é uma doença autoimune, na qual ocorre destruição das células beta pancreática por um processo de auto agressão imunológica denominado insulite, mediado por células linfocitárias, macrófagos e células “Natural Killer”, sendo, portanto, dependentes da imunidade celular e também pela presença de autoanticorpos circulantes (anti-descarboxilase do ácido glutâmico, anti-ilhotas e anti-insulina). Em consequência, a distribuição das células betas gera a deficiência absoluta da secreção de insulina, levando ao aumento dos níveis plasmáticos de glicose (BALDA; PACHECO-SILVA, 1999).

Os portadores da Diabetes Mellitus Tipo I estão propensos a múltiplas manifestações sistêmicas, enfatizando as alterações na cavidade bucal, tais como: xerostomia, gengivite,

periodontite, cárie dentária e hipoplasia de esmalte (GRUPTA *ET AL.*, 2009). Além disso, o processo de cicatrização também é afetado em virtude do nível elevado de glicose plasmática culminando na diminuição do fluxo sanguíneo e de oxigênio para uma ferida.

Este trabalho tem como objetivo abordar a importância do conhecimento do Cirurgião-Dentista sobre a conduta adequada a ser tomada durante qualquer atendimento em pacientes portadores de Diabetes Mellitus Tipo I, respaldando os procedimentos odontológicos em que há necessidade do uso de anestésico local, tendo em vista que certos vasoconstritores possuem ação oposta à insulina, podendo ser consideradas como sendo hiperglicemiantes.

2 METODOLOGIA

A natureza desta pesquisa é qualitativa e experimental. Devido a disponibilidade e tempo de atuação, foram selecionados três Cirurgiões Dentistas com especialidades distintas - Periodontia, Buco Maxilo Facial e Prótese, respectivamente - atuantes em cidades diferentes - Ibatiba (ES), Manhuaçu (MG) e Muriaé (MG) - para que respondessem um questionário estruturado contendo cinco perguntas, sendo uma delas de múltipla escolha.

Foi questionado sobre a utilização de um protocolo de atendimento específico para pacientes portadores de Diabetes Mellitus Tipo 1. Sabendo que nem todos os portadores da doença são diagnosticados, refutou-se sobre a postura que o profissional tomaria diante de um caso similar a este. Consonante a isso, foi interrogado também sobre a necessidade de realizar modificações na administração dos medicamentos anterior a um procedimento cirúrgico. Por serem pacientes portadores de doença crônica, o pâncreas não produz quantidades suficientes de insulina, fazendo com que ocorra maior disponibilidade de glicose circulante, sendo assim, o anestésico local de escolha será diferente de um indivíduo normal. Dessa forma, foram disponibilizadas quatro alternativas de vasoconstritores que podem ou não estar associados aos anestésicos locais, sendo eles: adrenalina/epinefrina, felipressina, fenilefrina e noradrenalina e, logo em seguida, questionada qual a opção escolhida pelo profissional e a sua respectiva justificativa. Por fim, foi indagado sobre quais procedimentos e recomendações deveriam ser indicados a pacientes portadores de Diabetes Mellitus Tipo 1 após procedimentos cirúrgicos.

Com base nos dados alcançados, os resultados foram discutidos, analisados e descritos, a fim de comparar as respostas de cada Cirurgião Dentista para melhor entendimento acerca do tema refutado. Dessa forma, os entrevistados foram nomeados como sendo Cirurgião-Dentista 1 (CD 1) atuantes na especialidade de Periodontia, Cirurgião-Dentista 2 (CD 2) atuante na especialidade de Buco Maxilo Facial e o Cirurgião-Dentista 3 (CD 3) atuante na especialidade de Prótese.

3 RESULTADOS

Todos os entrevistados concordaram sobre a necessidade de seguir um protocolo quando se trata de pacientes portadores de Diabetes Mellitus Tipo 1, visto que, o CD 1 recorre ao parecer médico para traçar o protocolo a ser utilizado. Como complemento, o CD 2 mencionou a necessidade de haver monitoramento glicêmico do paciente na primeira consulta e o parecer médico. Além disso, tanto CD 2 quanto CD 3, realizam encaminhamento médico em casos de pacientes descompensados, preconizam o atendimento pela manhã e realizam medidas que visam a redução da ansiedade, tais como o diálogo e prescrição de ansiolíticos quando necessário.

Quanto a modificação medicamentosa anterior a um procedimento cirúrgico, obteve-se a seguinte resposta do CD 1 “Os medicamentos que já estão sendo usados para o diabetes, não, mas quando o paciente faz uso de anticoagulantes, de acordo com a orientação médica, deve-se fazer a supressão daquele medicamento, para evitar possíveis hemorragias no pós-operatório”. Já o CD 2 afirma que, “Somente se o médico do paciente achar necessário. Essa informação é obtida através de parecer por escrito. Em casos de procedimentos cirúrgicos pode ser indicado profilaxia antibiótica”. Por fim, de acordo com o CD 3, “Em casos cirúrgicos faço profilaxia antibiótica pré e pós operatório com amoxicilina 500 mg. Sigo as recomendações do médico caso tenha pedido parecer.”

Caso o paciente seja portador de Diabetes Mellitus Tipo 1, porém não diagnosticada, os entrevistados relataram que na suspeita da doença, após a realização da anamnese e exame físico, orienta-se sobre a importância do diagnóstico e prevenção de possíveis complicações bucais e sistêmicas relacionadas à doença, fazendo-se necessários o encaminhamento médico para seu diagnóstico e devido tratamento.

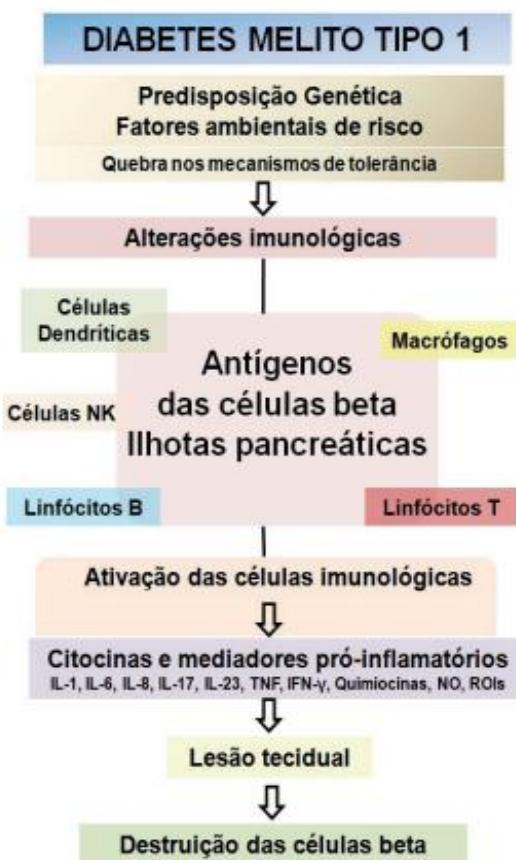
Acerca da utilização de anestésicos locais e sua associação com vasoconstritores, o CD 1 afirma que “Recomenda-se a prilocaína com felipressina a 3%. Nesse caso, a opção de usar a prilocaína com felipressina é para evitar efeitos indesejáveis (aumento de pressão arterial, hipoglicemia etc) que poderiam advir no caso de uso adrenalina ou noradrenalina”. De acordo com o CD 2 “A escolha do vasoconstritor dependerá do grau de complexidade do procedimento e o estado

de saúde do paciente. Pacientes controlados utilizo adrenalina/epinefrina ou felipressina. Pacientes descompensados a adrenalina é contra-indicada". Já o CD 3 relatou: "Uso apenas adrenalina na maior parte dos pacientes de acordo com a dose máxima para cada caso. Geralmente, Lidocaína 2% com adrenalina 1:100.000".

Por fim, as condutas e recomendações descritas pelos entrevistados que serão realizadas anteriormente e após procedimentos cirúrgicos foram semelhantes em alguns aspectos, tais como manter a rotina medicamentosa e dietética, evitando, assim, quadro hipoglicêmico. Paralelo a isso, o CD 1 destaca a importâncias de analisar possíveis interações medicamentosas, a realização de antisepsia, e informações sobre qualquer alteração clínica. O CD 3 ressalta, também, o uso de profilaxia antibiótica pré e pós-procedimento operatório.

4 DISCUSSÃO

O desenvolvimento da patologia do Diabetes Mellitus Tipo I envolve a participação de vários tipos de células que compõem o sistema imune inato e adaptativo. Sabe-se que essa doença está sob o controle de vários *loci* de susceptibilidade genética, mas também é influenciada por fatores ambientais tais como agentes infecciosos (HOBER; SAUTER, 2010; DIANA *et al.*, 2011).



Fonte: SOUSA, 2016, p.56.

O Conselho Federal de Odontologia (CFO) preconiza o preenchimento de Documentos Fundamentais e Documentos Suplementares em todos os atendimentos prestados aos pacientes, sendo um deles a anamnese, caracterizada como um dos anexos contidos na ficha clínica. A identificação do paciente e do profissional, o exame clínico, o plano de tratamento e as evoluções/intercorrências observadas ao decorrer dos procedimentos odontológicos são outros anexos da ficha clínica preestabelecida pelo CFO.

Segundo Tófili *et al.* (2005), Souza *et al.* (2003), a anamnese reúne informações diversas sobre o paciente, dessa forma, auxilia o Cirurgião-Dentista na suspeita de diabéticos que ainda não foram diagnosticados. Sintomas tais como poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso são características importantes que possibilitam a confirmação da doença, e assim, orientam a conduta a ser realizada pelo Cirurgião-Dentista.

Em pacientes já diagnosticados, é importante que o Cirurgião-Dentista tenha conhecimento acerca do tipo da diabetes, a duração da enfermidade, a rotina terapêutica, índice glicêmico, a existência de complicações relacionadas à doença entre outras informações.

Visando reduzir a tensão, devem ser realizadas consultas curtas no início da manhã, pois os níveis endógenos de corticosteróides neste período são geralmente altos e os procedimentos estressantes podem ser mais bem tolerados. Técnicas de sedação auxiliar devem ser utilizadas quando necessário (ALVES, C. et al., 2006; ZÁRATE, 1999).

Sintomas de ansiedade e medo devem ser controlados, pois levam à liberação de adrenalina, causando aumento na glicemia (TÓFOLI et al., 2005). Visando a reduzir essa tensão, recomenda-se utilizar técnicas de sedação auxiliar, quando apropriadas. A sedação inalatória é relatada por alguns autores como a técnica mais segura e previsível de sedação consciente (TÓFOLI et al., 2005; HORLIANA et al., 2005). Os benzodiazepínicos usados para tratar ansiedade, embora possam causar hipossalivação, não são contraindicados.

Anterior a qualquer procedimento, o Cirurgião-Dentista deve certificar-se que o paciente alimentou-se adequadamente e fez uso de suas medicações, tais como hipoglicemiantes e insulina. Caso seja necessário, deve-se avaliar a glicemia através de um glicosímetro. Quanto à medicação pré e pós-operatória em procedimentos traumáticos ou desencadeantes de estresse em que as funções mastigatórias serão comprometidas, é necessário que o médico do paciente seja consultado sobre possíveis modificações na dieta alimentar e ajustes nas doses medicamentosas para prevenir casos de hipoglicemia (ANDRADE, 2014).

Um estudo sobre o efeito da administração de adrenalina (em solução anestésica odontológica para uso local) na glicemia de pacientes saudáveis e diabéticos concluiu que a solução anestésica contendo o referido vasoconstritor foi segura para uso em todos os pacientes saudáveis e diabéticos (independentemente do gênero), com exceção dos diabéticos que não usaram a medicação hiperglicêmica pré-operatória (AJMAN et al., 2011). A presença de Diabetes Mellitus não controlado é uma contra-indicação absoluta ao uso de vasoconstritores adrenérgicos associados a anestésicos locais. Em caso de contra-indicação formal ao uso de vasoconstritores adrenérgicos, pode-se optar alternativamente por felipressina, mepivacaína ou ropivacaína. Não há contra-indicações absolutas quanto ao uso da felipressina, mas recomenda-se cautela em gestantes, pelo risco de aumentar a contratilidade uterina (WANNAMACHER et al., 2012).

Em casos de edema ou dor após procedimentos cirúrgicos, pode-se utilizar a dipirona e paracetamol em posologias e dosagens normais. No caso de intervenções maiores e recorrentes sintomatologias mais abrangentes, pode-se utilizar betametasona ou dexametasona em uma ou duas dosagens. Deve-se ater quanto a prescrição dos AINES (analgésicos não-esteroidais), devido a sua possível interação com hipoglicemiantes, aumentando assim, o efeito farmacológico, provocando um quadro de hipoglicemia e faz-se necessário a consulta ao médico antes da prescrição deste medicamento (ANDRADE, 2014).

Quanto à profilaxia antibiótica cirúrgica para pacientes diabéticos compensados não é necessário adotar este protocolo, bastando realizar a assepsia e antisepsia local, utilizando gluconato de clorexidina a 0,12%. Em pacientes descompensados, é necessário haver cautela quanto a esta conduta (ANDRADE, 2014). Sendo assim, cada caso deve ser analisado criteriosamente junto com o médico que trata o paciente para tomar-se a decisão de utilizar ou não a profilaxia antibiótica antes e após uma intervenção.

De acordo com Andrade (2014), o Cirurgião-Dentista deve saber identificar os sinais e sintomas de quadros hipoglicêmicos em diabéticos, uma vez que, durante a ocorrência de uma hipoglicemia aguda, o paciente poderá evoluir para o choque insulínico, podendo ser fatal, pois desenvolve-se rapidamente, culminando na perda da consciência do paciente e evolução para quadro convulsivo.

5 CONCLUSÃO

A cavidade bucal pode ser o primeiro local a manifestar sintomas da Diabetes Mellitus, sendo assim, para que o Cirurgião-Dentista possa trabalhar de forma mais integrada com toda equipe de saúde, podendo oferecer melhores condições para o cuidado dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus é preciso que ele esteja atualizado em relação ao distúrbio metabólico, suas consequências e necessidades dos seus portadores. Pacientes compensados não necessitam de tratamento odontológico diferenciado e pacientes descompensados não devem ser submetidos a tratamento odontológico eletivo, devendo ser tratados de acordo com as limitações que apresentem. Não há dados na literatura que analisaram um protocolo padrão de atendimento ao paciente portador do Diabetes Mellitus.

6 REFERÊNCIAS

- ALVES, C. et al. Atendimento odontológico do paciente com diabetes melito: recomendações para a prática clínica. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v.5, n.2, p. 97-110, mai/ago 2006.
- ANDRADE, E. **Terapêutica medicamentosa em odontologia**. Ed. Artes Médicas, 3^a ed, São Paulo, 2014.
- BALDA, C. A.; PACHECO-SILVA, A. Aspectos imunológicos do Diabetes Melito tipo 1. **Revista Associação Médica Brasileira**, vol.45, n.2 abr/jun 1999.
- BRASIL. Conselho Federal de Odontologia. **Prontuário odontológico: uma orientação para o cumprimento da exigência contida no inciso VIII do art. 5º do Código de Ética Odontológica**. CFO. Rio de Janeiro. 2004. Disponível em: <http://www.cfo.org.br>. Acesso em: 7 de junho de 2018.
- DIANA, J. et al. Innate immunity in type 1 diabetes. **Discovery Medicine**, Timonium, v. 11, n. 61, p. 513-520, jun 2011.
- GROSS, J.L. et al. Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo**, vol. 46, n.1, feb 2002.
- HOBER, D. et al. Pathogenesis of type 1 diabetes mellitus: interplay between enterovirus and host. **Nature Reviews Endocrinology**, London, v.6, n.5, p. 279-289, may 2010. doi: 10.1038/nrendo.2010.27.
- KING, H. et al. Global burden of diabetes, 1995-2015: prevalence, numerical estimates and projections. **Diabetes Care**, v.21, n. 9, sep 1998.
- NETO, J. et al. O paciente diabético e suas implicações para conduta odontológica. **Revista Dentística on line**, n.23, 2012.
- NEVILLE, N. et al. **Oral and Maxillofacial Pathology**. 3^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier Health Sciences, 2009.
- SOUSA, A. A. et al. Diabetes Melito tipo 1 autoimune: aspectos imunológicos. **Universitas: Ciências da Saúde**, v.14, n.1, p.53-65, jan/jun. 2016.
- TERRA, B. G. et al. O cuidado odontológico do paciente portador de Diabetes Mellitus Tipo 1 e 2 na atenção primária à saúde. **Revista APS**, vol.14, n.2, p. 149-161, abr/jun 2011.
- TÓFOLI, G.R. et al. Tratamento odontológico em pacientes com diabetes mellitus. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, São Paulo, v.59, p. 306-310, 2005.
- WANNMACHER, L.; FERREIRA, M. B. **Farmacologia Clínica para Dentistas**. Ed. Guanabara, 2^a ed, p. 349, 1999.