

Anestesia para Odontologia em Pacientes Excepcionais Ambulatoriais

C. S. Koga[¶], A. L. Oliva Filho, TSA[§], J. T. V. Araújo, TSA[§], M. A. Almeida Neto, TSA[§]
& R. B. Serra Freire[§]

Koga C S, Oliva Filho L, Araújo J T V, Almeida Neto M A, Serra Freire R B – General anesthesia for odontologic outpatients with central nervous system disorders. Rev Bras Anest, 1984; 34: 1: 23 - 26.

The authors make a revision of 74 anesthetic records of their own department, related to odontologic therapy, under general anesthesia, for outpatients with cerebral palsy, psychopathy or deaf-muteness. The purpose is a re-evaluation of the indication (day-care program) of general anesthesia technique in these diseases.

The more frequent occurrence was the cerebral palsy. Although some patients had a physical status deterioration and some were under anti-convulsivant therapy or others psychotropic drugs, the courses of the anesthesia, until complete recovery at home, was practically uneventfull. Hep of the family was very important.

The low degree of morbidity and the absence of mortality encourage the indication.

Key - Words: ANESTHESIA: ambulatorial; ANESTHETIC TECHNIQUES: general, intravenous, inhalation; INTERACTIONS (DRUGS)

OS TRATAMENTOS odontológicos tem sido apresentados como boa indicação para o atendimento em regime ambulatorial^{4,5,6}. O comprometimento de funções sensoriais ou neurocomportamentais que caracterizam a excepcionalidade, em qualquer faixa etária, se acompanha freqüentemente de envolvimento de outras funções ou sistemas (escoliose, atraso no desenvolvimento ponderal, hipo ou distrofia motora, sialorréia, disfagia, dificuldade de tosse, uso crônico de drogas de ação central etc.) o que compromete o Estado Físico. Os pacientes excepcionais são totalmente dependentes de seus familiares para uma sobrevivida normal e o seu comportamento infantil, qualquer que seja a sua idade física, obriga a cuidados atentos, habituais as crianças de tenra idade.

As alterações neurocomportamentais fazem por exigir a anestesia geral para a assistência odontológica. O comprometimento físico e psíquico induzem a contra-indicar a assistência ambulatorial.

Por outro lado, além de, desgraçadamente, ser mais alto o índice de excepcionalidade em classes mais desafortunadas, a dependência familiar dificulta a hospitali-

zação em regime de enfermaria. A separação da afetividade dos pais é dificilmente compensada pela atuação da enfermagem que, pela dislexia destes pacientes, tem dificuldade em estabelecer empatia.

Todas essas características, adicionadas a própria imprevidência da assintência social, obrigaram o serviço a desenvolver o atendimento ambulatorial na Odontologia de pacientes excepcionais. O presente trabalho, fruto da revisão de 74 prontuários de pacientes excepcionais odontológicos, atendidos em regime ambulatorial, durante 1981, visa apontar as características dominantes deste grupo e suas peculiaridades além de reavaliar o mérito da indicação ambulatorial.

METODOLOGIA

Setenta e quatro prontuários de pacientes odontológicos excepcionais (49 do sexo masculino e 25 do feminino) atendidos em regime ambulatorial durante um ano, foram revisados quanto a: idade dos pacientes, causas da excepcionalidade, estado emocional prévio, doenças associadas e drogas em uso habitual no pré-operatório. Quanto a técnica anestésica avaliaram-se a pré-medicação necessária, a técnica de indução utilizada, o tipo de medicação, as complicações trans-anestésicas, complicações pós-anestésicas imediatas ou tardias. Revisaram-se ainda, as causas de suspensão ou adiamento do atendimento.

Todos os atendimentos foram executados de acordo às normas habituais do serviço para atendimento ambulatorial:

1 - indicação pelo odontólogo

2 - exame clínico e laboratorial pré-anestésico ambulatorialmente (24 a 48 h antes da anestesia). Orientações aos pais quanto a jejum e medicação.

3 - Chegada ao serviço, 1 a 2 horas antes da hora prevista, preparo e pré-medicação em unidade de pacientes externos do hospital.

¶ Médico Estagiário de 2.º ano do CET-SBA da Clínica Integrada de Anestesiologia de Curitiba, PR

§ Membro do Serviço de Anestesia da Clínica de Fraturas e Ortopedia XV Ltda. Responsável pelo CET-SBA da Clínica Integrada de Anestesiologia de Curitiba, PR

§ Membros do Serviço de Anestesia da Clínica de Fraturas e Ortopedia XV Ltda. e do CET-SBA da Clínica Integrada de Anestesiologia de Curitiba, PR

Correspondência para Antonio Leite Oliva Filho
Clínica de Fraturas e Ortopedia XV Ltda
Rua XV de Novembro 2223 - C.P. 8841
80000 - Curitiba, PR

Recebido em 15 de dezembro de 1982

Aceito para publicação em 10 de maio de 1983

© 1984, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

4 - Atendimento no centro cirúrgico ou gabinete odontológico do hospital. Recuperação imediata na sala de recuperação pós-anestésica².

5 - Volta à unidade de externos para recuperação até recuperação completa e avaliação física final (mínimo de duas horas de permanência). Alta para casa com orientações verbais minuciosas quanto a alimentação e cuidados. Na dependência da evolução o paciente é encaminhado a internamento.

6 - Comunicação com o serviço, pelos pais, na vigência de complicações.

7 - Retorno ao serviço para revisão clínica final, quando indicada, 24 h após o atendimento.

RESULTADOS

Idade - a menor idade foi de 3 anos e a maior de 36, estando a maior incidência entre as duas primeiras décadas (Quadro I).

Quadro I - Idade dos pacientes

0 a 5 anos	- 7
5 a 10 anos	- 25
10 a 15 anos	- 13
15 a 20 anos	- 19
> 20 anos	- 10
Total	- 74

Causas de excepcionalidade - o que não foi surpresa em nosso meio, a maior causa de excepcionalidade foi a paralisia cerebral consequente a toco-traumatismo. Todas as ocorrências são apresentadas no (Quadro II).

Quadro II - Causas de excepcionalidade

Paralisia cerebral: toco-traumatismo	- 60
pós encefalite	- 3
pós T. C. E.	- 1
hidrocefalia	- 2
microcefalia	- 2
Surdo - mudez	- 3
Mongolismo	- 2
Idiotia	- 1
Total	- 74

Estado emocional - pela avaliação dos anestesiológicos no exame pré-anestésico, a maioria dos pacientes foi caracterizada como agitada (70,27%), demonstrando a dificuldade de relacionamento e a impossibilidade de atendimento odontológico sob anestesia local (Quadro III).

Quadro III - Estado Emocional

calmo	- 22
agitado	- 52 (70,27%)
Total	- 74

Problemas associados - a maior ocorrência foi a presença de disritmia cerebral (24,32%). Note-se que só foram apontadas as intercorrências médicas relevantes, anotadas pelo anestesiológico. A absoluta maioria das paralisias cerebrais (91,9% do total de pacientes) eram acompanhadas de comprometimento motor importante, com atrofia, anquiloses articulares, deformidades posturais, não chegando, porém, a impedir uma marcha atáxica. As intercorrências anotadas apontam exclusivamente os comprometimentos mais graves que pudessem deteriorar o estado físico e aumentar o risco anestésico-odontológico (Quadro IV).

Quadro IV - Problemas associados

Disritmia cerebral	- 18 (24,32%)
Estrabismo	- 4
Hipodesenvolvimento	- 4
Xeroderma pigmentoso	- 1
Escoliose dorsal	- 2
Hipotireoidismo	- 1
Hipercinesia	- 1
Total	- 31

Drogas associadas - também não se levou em conta drogas que não envolvessem interação com aquelas utilizadas na anestesia. As drogas foram na maioria anticonvulsivantes, tranqüilizantes ou estimulantes cerebrais. Na presente série encontrou-se apenas 1 caso de uso de inibidores da MAO (Quadro V)

Quadro V - Drogas em uso

Fenobarbital	- 10
Diazepam	- 10
Butirofenona	- 5
Hidantoinatos	- 4
Carbamazepina	- 4
Ritalina	- 2
I. M. A. O.	- 1
Total	- 36

Medicação pré-anestésica - seguindo a rotina do serviço, onde a indução é realizada na presença dos pais ou familiares (em pediatria ou excepcionais) não foi frequente o uso de medicação pré-anestésica. Apenas 3 pacientes tomaram diazepam e 2 receberam o flunitrazepam, todos por via oral, 60 minutos antes da indução.

Técnica de anestesia - mesmo em paciente excepcionais de maior idade, foi frequente o uso de indução inalatória dada à mais fácil aceitação quando comparada à venoclise. Os pacientes mais cordatos receberam indução venosa (tiopental sódico ou Alfatesin®) em dosagem hipnótica, precedida de atropina (0,01 mg. kg⁻¹ num máximo de 0,5 mg).

100% dos pacientes foram mantidos com anestesia inalatória em sistema com reinalação programada (Bain) ou reinalação parcial, sendo utilizado N₂O + O₂ + halotano ou os dois últimos em concentrações mínimas suficientes. Todos tiveram intubação nasal sob visão direta

após succinilcolina (1 a 2 mg. kg⁻¹) com ou sem précurarização com galamina. Não foi utilizado relaxamento muscular de manutenção e dada a concentração inalatória mínima, não foi infreqüente o "bucking" ou algum movimento durante manobras mais dolorosas (tratamento de canal ou extrações de molares), quando as concentrações foram aumentadas. A duração média da anestesia foi de 100 ± 25 minutos.

Quadro VI - Complicações

Trans-anestésicas:	Taquicardia	- 4
	Bigeminismo	- 1
Pós-anestésicas:		
Imediatas:	Vômito	- 34 (45,94%)
Tardias:	Vômito	- 5 (6,75%)
	Retardo de recuperação (internado)	- 1
	Hemorragia	- 1

Complicações trans-anestésicas - durante o tratamento tivemos 5 casos (6,75%) de disritmia cardíaca, 4 com taquicardia sinusal e 1 caso de bigeminismo, todos tratados com melhora do padrão ventilatório por assistência manual, além da adequação do plano de anestesia. Não houve necessidade de administração de anti-disritmicos.

Complicações imediatas ou tardias - 45,94% dos pacientes apresentaram vômitos no p. a. imediato e apenas 6,75% repetiram um ou dois episódios após alta. Não foi utilizada qualquer medicação para debelá-los. Dada a alta freqüência de extrações dentárias no grupo, com deglutição de sangue no pós-anestésico imediato, a ocorrência do fenômeno é freqüente.

A espera de 2 a 3 horas para o reinício da alimentação gradual, inicialmente com líquidos claros, é a terapia necessária.

Um paciente (1,35%) mereceu internamento por ter recuperação retardada. Na avaliação seriada em recuperação pós-anestésica e na sala de externos, sempre apresentou alguma sedação, pelo que houve a opção de mantê-lo no hospital até a manhã seguinte. Todos os demais receberam alta para casa, em média duas a três horas após encerrada a anestesia.

Um paciente retornou ao hospital 6 horas após a alta, por apresentar hemorragia pós exodontia. Necessitou reintervenção sob anestesia geral para ressutura e tamponamento, oportunidade na qual foi internado, recebendo alta na manhã seguinte.

Nenhuma complicação maior foi registrada.

Causas de adiamento ou suspensão - na primeira avaliação pré-anestésica, foram contra-indicados 8 (10,8%) dos tratamentos. 1 paciente por estar tomando inibidores da MAO pelo que teve a medicação suspensa por 15 dias, quando retornou e foi integrado ao atendimento sem intercorrências. 7 pacientes foram encaminhados a clínica para melhor preparo cardiológico¹, neurológico (estado comicial descompensado - 2) ou pulmonar⁴. Destes, 4 pacientes retornaram em prazo variável e submeteram-se

ao atendimento anestésico odontológico, sem intercorrências. Três pacientes não mais retornaram ao serviço, sendo a razão desconhecida.

Quadro VII - Causas de adiamento ou suspensão

Uso de I. M. A. O.	- 1
Falta de condições clínicas	- 1
cardiológicas	- 1 (não retornou)
neurológicas	- 2 (1 não retornou)
pulmonares	- 4 (1 não retornou)
Total	- 8 (10,8%)

DISCUSSÃO

Não se discutirá o mérito da técnica anestésica utilizada, uma vez que a orientação pautou-se na experiência do atendimento ambulatorial do serviço^{4,5}, orientada por ampla revisão bibliográfica a respeito. A variação da indução (venosa ou inalatória) condicionou-se exclusivamente à procura da aceitabilidade dos pacientes. A manutenção inalatória com halotano ou halotano + N₂O, tem sido largamente utilizada nas anestésias ambulatoriais^{1,2,3}. Mais importante que a técnica seria a avaliação de possíveis interações entre as drogas utilizadas pelos pacientes com os agentes anestésicos. Apesar do grande número de pacientes sob terapia com fenobarbital, um reconhecido indutor enzimático, o uso do halotano não gerou complicações clinicamente detectáveis, desencadeadas por uma biotransformação teoricamente aumentada.

A presença de comprometimento físico também não foi causa de aumento de complicações trans ou pós-anestésicas. Aquelas que se desenvolveram durante o tratamento foram geradas por inadequação de ventilação ou plano de anestesia. As ocorrências pós-anestésicas imediatas são relacionadas à própria anestesia ou pela deglutição de sangue pós-exodontia. A única complicação mais tardia (após a alta), a hemorragia, é complicação cirúrgica que teria sido evitada com uma hemostasia mais cuidadosa.

A evolução tardia, na residência, pelo baixo índice de ocorrências ou mesmo de comunicações ao serviço, sugerem que os familiares dos pacientes excepcionais são muito bem preparados no seu cuidado, compensando ainda com uma carga extra de carinho e atenção que dificilmente seria alcançado no ambiente hospitalar. O afastamento do universo familiar que seria gerador de angústia e agitação com a hospitalização, desapareceu com o retorno precoce ao lar.

Os resultados desta série sugerem que, apesar do eventual comprometimento do estado físico, o atendimento odontológico do paciente excepcional é exequível em regime ambulatorial, desde que seja seguido um critério rigoroso de avaliação pré-anestésica, que o preparo pré tratamento vise segurança plena para o paciente, que as orientações pós-anestésicas sejam bem explicitadas e que haja boa comunicabilidade entre os pais ou familiares e o serviço.

Koga C S, Oliva Filho A L, Araújo J T V, Almeida Neto M A, Serra Freire R B – Anestesia para odontologia em pacientes excepcionais ambulatoriais. Rev Bras Anest 1984; 34: 1: 23 - 26.

No intuito de reavaliação do mérito da indicação ambulatorial para o atendimento odontológico, sob anestesia geral em pacientes excepcionais, é feita uma revisão de 74 prontuários do serviço referentes a este tipo de atendimento em 1981.

São apontados: as causas de excepcionalidade onde, em muito, sobressaiu a paralisia cerebral por toco-traumatismo; as intercorrências médicas relevantes onde se sobressaem as disritmias; o uso de drogas pelos pacientes, particularmente os anticonvulsivantes; a técnica anestésica empregada; e as complicações imediatas ou tardias encontradas.

O uso do halotano como droga anestésica fundamental, mesmo na vigência de terapia anticonvulsivante com fenobarbital não ampliou o índice de complicações; apesar da incidência de comprometimento de estado físico, o índice de complicações foi baixo, não se relacionando quer com as condições clínicas do paciente quer com as drogas em uso pelo mesmo; mesmo com a alta precoce os cuidados prestados pelos familiares compensaram de sobejo a atenção de enfermagem hospitalar; o índice nulo de mortalidade e a baixa morbidade sugerem que, levando-se em conta as exigências do sistema ambulatorial de atendimento, há segurança e recompensa no atendimento odontológico ambulatorial sob anestesia geral em pacientes excepcionais.

Unitermos: ANESTESIA: ambulatorial; INTERAÇÃO (DROGAS); TÉCNICAS ANESTÉSICAS: venosa, inalatória

Koga C S, Oliva Filho A L, Araújo J T V, Almeida Neto M A, Serra Freire R B – Anestesia para Odontologia en pacientes excepcionales ambulatoriales. Rev Bras Anest 1984; 34: 1: 23 - 26.

En el intento de revaluación del mérito de la indicación ambulatorial para el atendimiento odontológico en pacientes excepcionales es hecha una revisión de 74 prontuarios de servicio, referentes a este tipo de atendimiento en 1981.

Son apuntados: las causas de excepcionalidad, donde mucho se sobrepujo la parálisis cerebral por toco-traumatismo; las intercorencias médicas relevantes donde sobresalen las disritmias; el uso de drogas por los pacientes, particularmente las anticonvulsionantes; la técnica anestésica empleada; y las complicaciones inmediatas o tardias encontradas.

El uso del halotano como droga anestésica fundamental, asimismo en la vigencia de terapias anticonvulsivantes con fenobarbital, no amplió el índice de complicaciones, apesar de la incidencia del comprometimiento del estado físico, el índice de complicaciones fué bajo, no relacionándose sea con las condiciones clínica, del paciente, sea con las drogas en uso por el mismo; igualmente con el alta precoz, los cuidados prestados por las familias compensaram inmensamente la atención de enfermagen hospitalar; el índice nulo de mortalidad y la baja morbilidad sugieren que si se lleva en cuentas las exigencias del sistema ambulatorial de atendimiento, hay seguridad y recompensa en el atendimiento odontológico ambulatorial bajo anestesia general en pacientes excepcionales.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Davidson S H – A comparative study of halothane and enflurane in paediatric outpatient anaesthesia, Acta Anaesth Scand 1978; 22: 1, 58 - 63.
2. Granthil C, Gemperle M – Anesthésie chez le malade ambulatoire, Encycl. Med Chirug, Paris, Anesthésie, 1980: 366660-A 10, 1 - 6.
3. Kortilla K, Tammisto T, Ertama P, Pfaffli P, Blomgren E, Hakkinen S, Recovery, Psychomotor skills, and simulated driving after brief inhalational anesthesia with halothane or enflurane combined with Nitrous Oxide and oxygen, Anesthesiology, 1977; 46: 1, 20 - 27.
4. Oliva F.º A L, Araujo J T V, Boza J C, Almeida No M A – Anestesia para cirurgia ambulatorial, Rev Bras Anest 1976: 26: 6, 828 - 840.
5. Oliva F.º A L – Anestesia para pacientes de curta permanência Hospitalar - Anestesia Ambulatorial, aprovada para publicação no vol. 32 da Rev Bras Anest
6. Thompson P W – Day case anesthesia in the Dental Hospital, Proc Roy Soc Med, 1975: 68: 7, 415 - 416.