

1244

**ANESTESIA EM CASOS DE HEMORRAGIA PÓS —
AMIDALECTOMIA (*)**

DR. ALFREDO FERNANDES DE CARVALHO, E.A. ()**

HP 1643

O autor discorre sobre a técnica de sua preferência atual para anestesia em casos de hemorragia após amidalectomia. Chama a atenção para o fato de tratar-se de uma urgência, em paciente de alto risco, na maioria pediátricos, com hipovolemia, estômago cheio e sangue a efluir da via aérea superior. Depois de discorrer sobre o que deve ser conhecido pelo anestesista sobre o paciente e suas condições prévias à anestesia a ser administrada, assim como nas medidas a serem tomadas para uma indução venosa segura, fixa-se mais demoradamente nesta indução, durante a qual podem ocorrer hipotensão arterial, hipóxia e vômito o qual deverá ser evitado, pois representa o maior perigo para a vida do paciente.

A anestesia para intervenções otorrinolaringológicas reveste-se de características especiais que exigem do anestesista conhecimento e experiência para o seu bom intercorrer.

Disputando com o cirurgião o mesmo campo de atuação, perde o anestesista a sua tradicional posição à cabeceira do paciente, o que dificulta ou impede a pesquisa dos reflexos óculo-palpebrais, espelho fiel daquilo que ocorrer no cérebro, além de exigir táticas que evitem extubação acidental.

Mais das vezes, há sangue na via aérea superior, nela extravasado ou para ela escorrendo, o que exige intubação traqueal selada ou adequado posicionamento.

O uso frequente de adrenalina em altas concentrações para obtenção de isquemia limita o uso de anestésicos gerais inalatórios com ela pouco compatíveis.

(*) Conferência pronunciada na Sociedade de Anestesiologia do Estado do Rio de Janeiro em 26-04-79.

(**) Responsável pelo C.E.T. do Hospital Getúlio Vargas, RJ.

Recebido em 11/5/79

Aprovado em 15/5/79

A grande maioria dos pacientes é pediátrica o que se traduz por paciente especial em sua fisiologia e altamente valorizado, oferecendo pouca ou nenhuma colaboração, com veias periféricas finas e exigindo ~~modos outros~~ de relacionamento ~~médico-paciente~~.

O paciente será operado na posição de Trendelenburg ou no seu reverso e a sala de operações costuma estar em penumbra.

Veze outras, o paciente recebe tamponamento nas narinas ou no cavum e a boca é a única via para a respiração.

Havendo sangue na via aérea, o despertar não deverá ser retardado.

Integramos, há quase duas décadas, grupo bastante homogêneo de especialistas, responsáveis por várias dezenas de

QUADRO I

ESTATÍSTICA DE INTERVENÇÕES SOBRE AMIGDALAS ADENOIDES E HEMOSTASIA PÓS OPERATÓRIA DURANTE TRÊS ANOS NO NUCLEO MÉDICO DO HOSPITAL DA PENITÊNCIA - INAMPS

Operação	A N O			Total por operação
	1976	1977	1978	
Adenoamidalectomia	3.673	2.870	2.149	8.692
Amidalectomia	1.338	1.192	921	3.451
Adenoidectomia	8	15	10	33
Total anual	5.019	4.077	3.070	12.166
Média anual	4.055 cirurgias			
Hemostasia	173	143	107	423 3,47%

milhares de anestesia em O. R. L., com mortalidade nula. Alguns componentes do grupo são responsáveis por diversos trabalhos publicados na Revista Brasileira de Anestesiologia (12,17,18,19,28).

Com respaldo em experiência intensamente vivida, podemos dizer, à guisa de aforismo, que todo paciente submetido a amidalectomia ou adeno-amidalectomia é candidato potencial a outra intervenção anestésico — cirúrgica, imediata ou tardia, por hemorragia. Ato de urgência, com estômago cheio e sangue na via aérea, o que representa elevado risco e exige tirocínio do especialista. (Quadro I).

No quadro I estão computadas as intervenções cirúrgicas, as quais, na sua prática totalidade, são realizadas sob anestesia geral, mesmo em pacientes adultos, até entrando no terreno da geriatria. As hemorragias abrangem o global: imediatas e tardias. Em alguns adultos cooperadores, a hemostasia foi realizada sob anestesia local.

Nestes quase 20 anos, houve necessidade de ligadura de carótida externa homolateral em apenas 3 casos e ocorreu um óbito no Serviço, por hemorragia tardia.

A seguir, vamos procurar transmitir a nossa experiência em anestesia para casos de hemorragia pós-amidalectomia por dissecação, com ou sem curetagem das vegetações adenóideas, que é um tema importante, válido e atual, com literatura restrita.

DADOS DO PACIENTE A SEREM OBTIDOS ANTES DA ANESTESIA

A — Dados prévios à primeira intervenção anestésico-cirúrgica.

Como nem sempre a primeira anestesia foi realizada pelo anestesista que vai atender à hemorragia, consideramos obrigatória a obtenção destes dados, não só para o planejamento da técnica e das táticas a serem empregadas, como para obter parâmetros comparativos.

A primeira intervenção cirúrgica, ao contrário da hemostasia, sempre é realizada eletivamente em pacientes sadios, em jejum absoluto e normovolêmicos. Entretanto, uma gama enorme de patologias, próprias ou não da faixa etária do paciente, pode ser encontrada, as quais já foram tratadas ou compensadas pelo especialista pertinente. Desta forma, os pacientes encontram-se dentro do que se pode considerar ideal para a anestesia geral ou então muito próximos do ideal.

Devemos obter através o prontuário do paciente, pelo próprio ou por acompanhantes, sem esquecer a enfermagem,

todas as informações que forem julgadas necessárias ou de importância para a anestesia que vai ser administrada.

Consideramos importante saber —:

1 — *Estado geral e constitucional do paciente*, como idade, sexo e peso. Medidas da pressão arterial e do pulso, além do ritmo respiratório.

2 — *Patologias de repercussão sistêmica*: como, por exemplo, alegria, idiosincrasias, hipertensão arterial, endocrinopatias, hemopatias, doença reumática etc.

3 — *Patologias orgânicas ou funcionais localizadas em órgãos ou sistemas*: como, por exemplo, psiconeuropatias (psicoses, neuroses, retardo mental, disritmia cerebral, epilepsia, agitação); cardiopatias e estado funcional do miocárdio; broncopneumopatias (asma, bronquite, enfisema); nefropatias e estado funcional do rim; hepatopatias e estado funcional do fígado; artropatias anquilosantes ou não etc.

4 — *Uso habitual de medicamentos ou drogas!* conhecendo-os evitamos nocivas interações medicamentosas.

5 — *Exames laboratoriais de rotina*: hemograma completo; glicose e uréia sanguíneas; grupo sanguíneo e fator Rh; coagulograma; exames de urina; Rx de tórax.

6 — *Exames e pareceres especializados*.

7 — *Anestésias prévias e reação do paciente às mesmas*.

B — *Dados relativos à primeira intervenção anestésico-cirúrgica*.

Estes dados são fundamentais para o planejamento da anestesia a ser administrada e podem ser obtidos através informações do próprio paciente, de acompanhantes, da enfermagem, do cirurgião e principalmente da ficha da anestesia anteriormente realizada.

Devem ficar conhecidos, no mínimo, os seguintes dados:

1 — *Tipo de cirurgia realizada*: se amidalectomia, se adenoamidalectomia ou se adenoidectomia. A importância destas informações será enfocada mais adiante, quando discutirmos sobre o tipo de intubação.

2 — *Tipo de anestesia*: se anestesia local (pacientes adultos submetidos a amidalectomia) ou se anestesia geral (pacientes pediátricos ou adultos, submetidos a uma das três variedades de intervenções citadas no item anterior).

3 — *Drogas e anestésicos usados*: devem ser conhecidos, incluindo as da pré-medicação anestésica, para sabermos se não haverá inconveniente de sua aplicação a repetição ou se é de bom alvitre repetí-los.

4 — *Dificuldade de intubação*: este dado é por nós considerado de capital importância, pois uma intubação rápida e fácil é quase mandatória na anestesia que vai ser administrada. Se houver relato de intubação difícil, demorada ou traumática, devemos nos preparar para enfrentar o mesmo problema, só que em condições bastante afastadas do ideal.

5 — *Evoluir da anestesia*: também nos orienta bastante e devemos nos preocupar em saber se houve complicações, incidentes ou acidentes, desde os de menor aos de maior gravidade, assim como apnéia prolongada pela succinilcolina ou reação tóxica sistêmica em caso de anestesia local.

6 — *Duração do ato cirúrgico*: bastante orientador em relação à perda sangüínea do paciente, que é proporcionalmente maior nos pacientes pediátricos ⁽³²⁾ e à duração do ato ⁽²⁸⁾. É de valor o conhecimento da quantidade e qualidade dos líquidos infundidos nos casos de hemorragia imediata. Também devemos nos preocupar em saber das dificuldades encontradas pelo cirurgião na execução de sua tarefa.

7 — *Recuperação da anestesia*: se foi normal ou retardada, se houve depressão ou transfusão de sangue etc.

C — *Dados prévios à anestesia a ser administrada.*

Estes dados são de fundamental importância na avaliação do paciente e no planejamento da técnica e das táticas de anestesia geral a serem empregadas. Devemos nos preocupar em saber se a hemorragia é imediata (mais frequente) ou tardia (menos frequente), assim como a perda sangüínea no tempo.

Consideramos importantes —:

1 — *Drogas usadas no pós-operatório*: em caso de hemorragia imediata, as quais poderão estar ainda agindo no organismo do paciente, sendo responsáveis por alguns sinais ou sintomas presentes (palidez cutânea, sonolência, taquicardia etc). Por vezes tão curto é o intervalo entre a operação e a hemorragia que até as drogas pré-anestésicas, além das anestésicas, poderão estar atuando. Quando se tratar de hemorragia tardia, devemos tomar ciência das drogas aplicadas pelo cirurgião no período anterior à anestesia a ser administrada.

2 — *Alimentação*: quase sempre é permitida alimentação líquida no pós-operatório imediato. A alimentação será pastosa no pós-operatório mediato e normal no tardio. Porém, o que nos interessa gravar é que, em qualquer espaço de tempo, o paciente terá o seu estômago mais cheio ou menos

cheio de sangue e seus coágulos, associados ou não a alimentos.

3 — *Vômitos*: o sangue parece agir como irritante gástrico, tornando muito frequentes os vômitos. Se estes ocorrem, permitem-nos melhor avaliação da perda sangüínea e, após, o estômago estaria menos cheio ou quase vazio.

4 — *Estado geral do paciente*: é evidente que tem de ser avaliado através de exame clínico, com especial atenção à espoliação líquida muito comum nestes pacientes que pouco se alimentam e perdem muito peso ⁽²⁰⁾, à cor das mucosas visíveis, ao estado de consciência etc.

5 — *Aparelho circulatório*: informes deste aparelho são de vital importância, uma vez que se trata de pacientes anêmicos e hipovolêmicos. Ao lado da avaliação da perda sangüínea, sempre muito precária, obteremos dados simples e importantes como medida da P. A., freqüência e qualidade do pulso. O estado de enchimento das veias periféricas é também de grande importância, pois ajuda na avaliação da volemia e nos dá-nos idéia, da facilidade ou dificuldade de punção venosa. Dados sobre P.V.C. são altamente orientadores.

Devemos nos lembrar que os supositórios comumente usados como analgésicos pós-operatórios poderão conter drogas anticolinérgicas, ampliando o grau de taquicardia.

6 — *Avaliação volêmica*: a determinação da volemia seria o ideal, embora inexequível na prática clínica diária, além de demandar tempo. O hematócrito sendo medida da relação glóbulos sangüíneos/plasma não tem grande valor nos casos de hemorragia, de vez que o paciente perde sangue total, mantendo constante aquela relação. O microhematócrito, por espelhar mais precocemente o que ocorre na circulação, seria de maior utilidade. A hematimetria sofre as mesmas restrições do hematócrito.

7 — *Grupo sangüíneo e fator Rh*: é obrigatório o seu conhecimento, pois transfusão de sangue pode ser necessária.

8 — *Reposição volêmica*: pode ter sido já feita ou fazer-se necessária.

9 — *Volume sangüíneo perdido*: é dado importantíssimo, embora de mui difícil avaliação, uma vez que a hemorragia pode ser visível, oculta ou mista, devido à deglutição do sangue derramado no faringe. Ainda, temos de levar em conta a perda sangüínea no tempo, a partir da primeira intervenção cirúrgica. Perdas sangüíneas copiosas são frequentes, obrigando o paciente a deglutir e a cuspir com freqüência. Os vômitos, se ocorrem, dão-nos valiosa contribuição.

10 — *Aparelho respiratório*: ritmo e frequência, assim como sinais e sintomas de sofrimento respiratório. Ausculta pulmonar. Gasometria arterial, se disponível.

77 — *Diurese*: é um dado de grande valor não só em relação às perdas líquidas do paciente como na reposição volêmica.

12 — *Psiquismo*: em geral, encontra-se bastante alterado. É nossa obrigação estabelecer "rapport" com o paciente, por menor que seja a sua idade, com o escopo de granjear sua confiança, acalmá-lo e torná-lo cooperador.

13 — *Tipo de paciente*: em nossa experiência, a grande percentagem é de pacientes pediátricos, o que representa veias periféricas finas ou precárias e pouca colaboração, entre outros problemas. Adultos entram em menor proporção, inclusive porque casos há que são solucionados sob anestesia local.

CONDIÇÕES DO PACIENTE

Estão bastante longe do ideal as condições apresentadas pelo paciente, uma vez que há sangue nas suas vias aéreas superiores (às vezes, também nas inferiores), há hipovolemia e o estômago está cheio de sangue ou de sangue e alimentos. De tal forma que nos devemos preparar para uma indução em que o vômito (mecanismo ativo de expulsão do conteúdo gástrico) e a regurgitação (mecanismo passivo) sejam evitados, descartando-se a possibilidade de instalação de insuficiência respiratória obstrutiva ou química, ambas graves. Devemos usar drogas que não agravem a hipotensão arterial. Interessante notar que os coágulos sangüíneos que se formam nas lojas amidalianas costumam ser firmes e aderentes, além de lateralizados, não apresentando sua simples presença grandes impecilhos à intubação.

CONDIÇÕES PARA UMA INTUBAÇÃO SEGURA

Sendo mandatária a anestesia geral, devemos nos preparar e precaver contra todo e qualquer tipo de complicação, seja de que natureza e magnitude for. É uma urgência. O paciente é hipovolêmico, tem cheio o seu estômago e tem sangue em suas vias aéreas. É anestesia reconhecidamente difícil ⁽¹⁾, para a qual nos devemos preparar psicologicamente, agindo com segurança e tranquilidade, além de rapidez. Tudo o necessário deve estar à mão e ao tempo. E em dobro, de preferência. Não devemos prescindir da ajuda do cirurgião e da enfermagem, auxiliares valiosos.

Assim, devem estar à mão e devidamente testados, incluindo a mesa de operações:

1 — *Fonte de oxigênio.*

2 — *Material de anestesia escolhido e montado:* vaporizador com anestésico, válvulas unidirecionais, bolsas, máscaras, laringoscópios, tubos traqueais, cânulas orofaríngeas, tiras de esparadrapo etc.

Usamos a regra de Cole (⁷) para a escolha do tubo traqueal pediátrico. Entretanto, não somos partidários da introdução do tubo de maior calibre que passa pela rímula glótica relaxada, pelo perigo de edema traumático em paciente intubado à repetição. Usamos tubo com balonete nos pacientes adultos e adolescentes e sem balonete nos pediátricos.

3 — *Anestésicos gerais venosos e relaxantes musculares:* já nas doses certas, além de reserva em outras seringas. Isto porque com freqüência nos utilizamos de auxiliares não anestesistas para a injeção, enquanto permanecemos à cabeceira do paciente.

4 — *Aspirador potente:* em pleno funcionamento, capacitado a aspirar com força líquidos e pastosos. Nesta fase, o cirurgião, devidamente paramentado para o ato cirúrgico, funciona como inestimável auxiliar, aspirando ele próprio, quando solicitado.

5 — *Nos pacientes:* adultos e nas crianças maiores, costumamos fazer, na S.O. e antes da indução, aspiração gástrica e lavagem do estômago com soro fisiológico bicarbonato, com a finalidade de extrair o máximo de gases e líquidos e algum alimento de menor tamanho, diminuindo a pressão intra-gástrica. O resultado pode ser avaliado observando-se o epigástrio do paciente antes (distendido) e depois (côncavo). Entretanto, antes da indução retiramos esta sonda, que já cumpriu sua missão, a fim de que não fique aberto o cárdia e a fim de que haja melhor adaptação da máscara à face do paciente no momento da oxigenação.

6 — *Correção da volemia:* atualmente somos partidários da reposição volêmica sistemática com sangue total homólogo, além de outros líquidos. Isto porque são pacientes anêmicos e hipovolêmicos, que perderam sangue durante o primeiro ato cirúrgico e após ele, estando ainda sujeitos a outra hemorragia. A transfusão de sangue serve para o presente e, quiçá, para o futuro. Paralelamente, são corrigidos distúrbios metabólicos porventura existentes.

7 — *Atropinização:* venosa antes da indução é a única pré-anestesia.

INDUÇÃO

A anestesia geral é obrigatória.

Há três métodos básicos para a indução do paciente com estômago cheio, todos com suas vantagens e seus inconvenientes: 1. Inhalatória, com o paciente em decúbito dorsal, em ligeiro declive cefálico 2. Intubação com o paciente acordado 3. Venosa, com oxigenação prévia e aclave cefálico.

Somos partidários da indução venosa rápida por termos com ela nossa maior experiência e por acharmos que os outros dois tipos de indução citados são pior escolha.

A indução inalatória lenta, não evita o vômito nem a regurgitação; às vezes, agita o paciente ou provoca-lhe tosse. Vezes outras, a queda da língua obstrui a respiração, levando-o a esforço respiratório, o que aumenta a possibilidade de vômito. Cânula oro-faríngea em plano superficial de anestesia é fonte de reflexos vomitivos e até de apnéia. Por outro lado, como há sangue continuamente a escorrer da via aérea superior, a sua necessária aspiração vem a ser fonte de reflexo de vômito e de apnéia, além de interromper a administração do anestésico. Ainda, podemos ser induzidos a tentar a intubação em falso plano adequado de anestesia: falharemos na nossa manobra e poderemos provocar espasmo de glote, apnéia ou vômito.

A intubação com o paciente acordado é impraticável no paciente pediátrico e só exequível no adulto cooperador. Devemos nos lembrar que a anestesia das cordas vocais tira do paciente quase todos os seus reflexos protetores (⁴). Esforço e nervosismo do paciente aumentam a hemorragia.

Em que pese a estes fatores, achamos que esta pode ser de grande valia quando prevemos dificuldade de intubação.

Três cousas havemos de evitar na indução venosa rápida: hipóxia, hipotensão arterial e vômito ou regurgitação, o que deve ser evitado evidentemente em qualquer técnica de indução.

Hipóxia evitamos com oxigenação prévia à injeção venosa do anestésico.

Hipotensão arterial evitamos com reposição volêmica prévia, com elevação dos membros inferiores do paciente e com emprego de anestésico que não a provoque (Ketamina).

Obrigatoriamente, temos de evitar expulsão ativa ou passiva do conteúdo gástrico e sua introdução na via aérea inferior. Isto podemos evitar com 1. aspiração e lavagem gástrica prévias à indução 2. colocação de sonda gástrica com balonete tamponando o cárdia (^{10,16}) ou de sonda esofageana

especial com balonete (13) ou um simples tubo traqueal (11), que desviam o conteúdo gástrico para fora do organismo, sem inundar a via aérea, caso ocorra a sua expulsão 3. uso de anestésico venoso que não deprima os reflexos 4. posicionamento do paciente em aclave cefálica 5. compressão por auxiliar, no momento oportuno, da cartilagem cricóide contra o corpo vertebral cervical que lhe fica atrás (24,26).

O aclave cefálica diminui o retorno venoso, reduzindo a P.A. e facilitando a entrada de sangue na via aérea inferior. Por estas razões, o paciente terá elevadas as suas pernas a fim de melhorar o retorno venoso e evitar que ele escorregue, saindo da posição. O aclave cefálica será dado no momento exato da indução venosa e pelo tempo estritamente necessário. Sangue na via aérea não parece causar maior dano e pode ser eliminado por posicionamento ou por aspiração.

Nas crianças, devido ao seu pequeno tamanho, o aclave cefálica não evitaria o vômito por não criar pressão hidrostática suficiente entre o estômago e o esfíncter cricoesofageano (23).

Como os relaxantes musculares não despolarizantes têm tempo de latência prolongado, devemos excluí-los quando almejamos intubação rápida (30).

Usamos a succinilcolina, que age em poucos segundos, mesmo nos pacientes com remora circulatória. Entretanto, devemos nos lembrar que esta droga, pelas fasciculações musculares que provoca antes do relaxamento, aumenta as pressões intraabdominal e intragástrica, podendo aumentar o risco de regurgitação. Isto pode ser evitado com injeção prévia não hipopneizante da própria succinilcolina (2) ou de relaxante não despolarizante (15). Nas crianças, por sua fraca musculatura estriada, este aumento de pressão não teria a mesma significação do adulto (52).

Com experiência e paciência, sempre se consegue punção venosa, mesmo em crianças pequenas. Damos preferência às veias do antebraço, dorso da mão ou do pé. Normalmente contamos com a colaboração do paciente, que já teve experiência prévia, sem traumatismo psíquico. Raramente tivemos de recorrer à veia jugular externa ou à sub-clávia.

Tecidas estas considerações críticas, que julgamos necessárias, passamos a descrever a indução da anestesia segundo nossa preferência atual, adotando táticas conforme cada caso, ditadas pela experiência.

Estando tudo planejado e preparado, punciona-se veia periférica do paciente com "scalp" adequado ao seu calibre, o qual é adequadamente fixado com tiras adesivas. Instala-

se soro em gotejamento rápido e atropiniza-se o paciente. Quando necessário, colhemos amostra de sangue para o laboratório. Em seguida, pedimos ao paciente que respire profunda e tranquilamente. As crianças menores pedimos que assoprem em algum objeto colocado à curta distância (por exemplo, tira de esparadrapo fixada no arco da mesa cirúrgica). Antes da injeção do anestésico venoso (ketamina 2 mg/Kg), pedimos ao paciente que cuspa o sangue e ao cirurgião que aspire a boca. Colocamo-nos à cabeceira do paciente, oferecendo-lhe O₂ puro sob máscara. Damos ordem a um auxiliar previamente instruído que injete o anestésico venoso através a borracha do equipo de soro, já na dose adequada. Em seguida, elevamos a sua cabeceira (os pés já se encontram elevados). Assim que o paciente começa a perder a consciência, o mesmo auxiliar injeta a succinilcolina também já na dose certa (1 a 1,5 mg/Kg). Ventilamos cuidadosamente a baixa pressão por alguns segundos. Relaxado o paciente, procede-se à laringoscopia. Havendo necessidade, o cirurgião fará a devida aspiração. Procedemos à intubação traqueal, verificamos a expansão de ambos os pulmões e fixamos o tubo com tira de esparadrapo. Em seguida, o paciente é colocado em posição de Rose para o trabalho do cirurgião.

Nas crianças menores não colaboradoras, fazemos a punção venosa diretamente com agulha montada em seringa que contém o anestésico venoso e atropina, que serão injetados e as outras manobras são feitas a seguir, incluindo ventilação com oxigênio puro.

Quase sempre dispensamos a manobra de Sellick⁽²⁶⁾ ou injeção prévia de pequena dose de relaxante não despolarizante. Optamos por maior diluição e injeção mais lenta da succinilcolina, parecendo-nos que nos hipovolêmicos as fasciculações sejam menos acentuadas.

Nas hemorragias arteriais de maior vulto, podemos usar o recurso de, no momento oportuno, comprimir a carótida externa homolateral contra a coluna cervical, fazendo cessar a hemorragia e permitindo aspiração, visualização e intubação, que devem ser ultra-rápidas.

Outros agentes anestésicos que não a ketamina também usamos para indução. Tomamos sempre as mesmas medidas e injetamos as doses justo suficientes para a perda da consciência. Devemos nos lembrar, que tanto o tiopental como o altesin deprimem o aparelho cardiocirculatório e os reflexos protetores. Evitamos agentes que retardem o despertar.

INTUBAÇÃO: ORAL OU NASAL?

Ambas poderão ser realizadas.

A intubação orotraqueal pode ser feita em qualquer tipo de intervenção cirúrgica prévia. Tem a vantagem de ser mais rápida e não aumentar a hemorragia, uma vez que o tubo não atrita áreas cruentas e os coágulos estão lateralizados nas lojas amidalianas ou no cavum. Entretanto, tem a desvantagem de interferir com o campo e manobras do cirurgião de não oferecer boa fixação ao tubo traqueal, além da possibilidade de extubação acidental, principalmente quando o cirurgião coloca o abridor de boca. Ainda, devemos estar atentos para que o abaixador de língua não o comprima, obstruindo-o.

Já a intubação naso traqueal tem a vantagem de não interferir com o campo e manobras do cirurgião, sendo remota a possibilidade de extubação acidental. Entretanto, apresenta como desvantagens maior gasto de tempo para a sua execução, possibilidade de provocar ou aumentar o sangramento de narina ou cavum, além de poder deslocar coágulos sangüíneos neste último porventura existentes.

Reservamos a intubação nasotraqueal para os pacientes que não tiveram curetadas as suas vegetações adenóideas, tendo normal o cavum e sem coágulos. Em alguns casos, a pedido do cirurgião, temos feito este tipo de intubação em adenoidectomizados, sem problemas. O tubo traqueal deve estar bem lubrificado e ser mole ou amolecido em água quente na sua extremidade ⁽¹⁹⁾. Ainda, podemos introduzir este tubo até o crofaringe com a sua extremidade recoberta por dedo de luva de borracha bem lubrificada. Antes da intubação traqueal propriamente dita, este dedo de luva será retirado com uma pinça de Magill sob visualização com o laringoscópio ⁽¹²⁾.

Para intubação orotraqueal, damos preferência à lâmina curva de laringoscópio e lâmina reta para as naso traqueais.

MANUTENÇÃO DA ANESTESIA

Mantemos a anestesia com agente inalatório de recuperação rápida, dando preferência ao halotano veiculado em oxigênio, em sistema sem reinalação com válvula unidirecional (ou sistema avalvular em crianças menores). A associação de N₂O permite rápido despertar. Se usamos sistema circular, tomamos o máximo de cuidado para que o peso das traquéias não provoque extubação, principalmente se a orotraqueal foi usada.

A ventilação é espontânea, pois com ela o paciente estabelece o seu próprio plano de anestesia ⁽⁹⁾ e continua ventilando-se se houver extubação acidental. Se não for considerada adequada, nós a assistiremos.

Controlamos continuamente o pulso, e a P.A. a curtos intervalos. Fazemos a correção da volemia e dos desvios metabólicos, assim como controlamos a diurese.

RECUPERAÇÃO DA ANESTESIA

Terminada a hemostasia pelo cirurgião, suspendemos a administração dos anestésicos, passando o paciente a ventilar-se com O₂ puro. Com o abridor de boca ainda em posição ou afrouxado, procedemos à passagem de sonda gástrica de calibre adequado à idade do paciente, bem lubrificada e com os orifícios alargados previamente em seus diâmetros. Fazemos cuidadosa aspiração e lavagem do estômago, com a sonda colocada em diferentes níveis e com o paciente ora em declive ora em ligeiro aclave cefálico, com o fito de retirarmos a maior quantidade possível de conteúdo gástrico. Quando não julgamos suficientes estas manobras, colocamos no terço médio do esôfago tubo traqueal com ou sem balonete, que desviará para fora do organismo o conteúdo estomacal porventura vomitado. Este tubo será retirado após a extubação.

Em casos de tamponamento de cavum, a via oral é a única para a ventilação do paciente. Para evitar os inconvenientes desta via mandatória, seja na recuperação da anestesia (obstruções respiratórias por trismo ou queda da língua), seja no pós-operatório imediato (respiração ruidosa, queixa de boca seca e sede), solicitamos ao cirurgião que coloque tubo naso-faríngeo (tubo traqueal encurtado), atrás do qual ficará a gaze tamponante ⁽¹¹⁾. Após sua colocação, a sua extremidade interna ficará posicionada pouco acima do laringe, permitindo respiração nasal, muito mais segura e confortável para o paciente. Para boa execução do tamponamento em presença deste tubo, usa-se o artifício de fixá-lo com fina sonda vesical descartável, que terá as suas duas extremidades exteriorizadas e tracionadas para a frente no momento da colocação da gaze. É evidente que tanto a gaze como o tubo sofrerão a devida fixação para que não se desloquem. A aspiração através deste tubo, se necessária, provocará menos reflexos vomitivos.

Com os reflexos bastante ativos, retiramos do paciente a sonda gástrica, aspiramos e extubamos.

Após a extubação não será feita nenhuma manobra que possa provocar vômitos.

O paciente é colocado em posição de Sims modificada até completa recuperação da consciência.

SUMMARY

ANESTHESIA IN PATIENTS BLEEDING AFTER TONSILLECTOMY

The present technique of anesthesia is used by the author for anesthesia in patients with upper airway bleeding after T + A. These are usually emergencies with increased risk very often hypovolemic pediatric patients with the stomach full of blood and clots that may obstruct the airway during induction. After a complete review of previous preoperative condition and present status, venous induction with quick intubation preceded by awake oxygenation with bag and mask is preferred. The many variables that may complicate induction, maintenance and recovery are discussed, such as arterial hypotension, hypoxia and vomiting. All these accidents may be only partially prevented and must be rapidly treated, because they endanger the patients immediate outcome.

REFERÊNCIAS

1. Aubert M, Echter M, Jan D, Trotoux J — L'anesthésie et des urgences en Oto-rhino-laryngologie. *Ann Anesth Franç XVII* 6:755, 1976.
2. Baraka A — Self-taming of succinylcholine-induced fasciculations. *Anesthesiology* 46:292, 1977.
3. Barros I — Anestesia para hemostasia pós-amigdalectomia. *Rev Bras Anest* 19:133, 1969.
4. Bonica J J — Principles and Practice of Obstetric Analgesia & Anesthesia. Vol 1, 673:686 — F A Davis. Philadelphia, 1967.
5. Brandão R C, Storino H, Lerner S — Enflurano em adenoamigdalectomias. *Rev Bras Anest* 26:841, 1976.
6. Butt H R, Garvin J P — A study of gastric contents in 67 children undergoing elective surgery. *Anesth Analg Curr Res* 40:331, 1961.
7. Cole F — Endotraqueal tubes (correspondence). *Anesthesiology* 14:507, 1953.
8. Del Nero R R, Souzani H, Campos L C G O — Hemorragia nas adenoamigdalectomias. *Rev Bras Anest* 23:478, 1973.
9. Eger II, E I — Anesthetic Uptake and Action. 122:144. The Williams & Wilkins Co Baltimore, 1974.
10. Fisher C W — Prevention of aspiration of stomach contents (current comment and case report). *Anesthesiology* 14:506, 1953.
11. Giordano H P — Comunicação pessoal.
12. Giordano H P, Fortes J D P, Menezes R A — Profilaxia das infecções traqueobrônquicas nas intubações nasotraqueais. *Rev Bras Anest* 26:449, 1976.
13. Gluffrida J G, Bizzarri D V — Intubation of the esophagus. *Am J Surg* 93:329, 1957.
14. La Cour D — Rise in intragastric pressure caused by suxamethonium fasciculations. *Acta Anaesth Scand* 13:255, 1969.
15. La Cour D — Prevention of rise in intragastric pressure due to suxamethonium fasciculations by prior dose of d-tubocurarine. *Acta Anaesth Scand* 14:5, 1970.
16. Macintosh R R — A cuffed stomach tube. *Brit Med J* 2:545, 1951.
17. Menezes R A, Drumond J P, Maia J C, Gonçalves B — Anestesia em adenoamigdalectomias — uma técnica usada em mais de 22.000 crianças. *Rev Bras Anest* 18:166, 1968.
18. Menezes R A, Spiegel P — Anestesia geral com fluotano em adenoamigdalectomias. *Rev Bras Anest* 22:20, 1972.

19. Menezes R A, Spiegel P, Silva J S, Giordano H — Hemorragias no faringe provocadas por entubação nasotraqueal em adeno-amigdalectomias. *Rev Bras Anest* 18:318, 1968.
20. Obladen A, Cesar M C L, Obladen E, Jacob C H, Bittencourt I J, Wagner E F — Anestesia geral para adenoamigdalectomias — comentários sobre 8.489 casos. *Rev Bras Anest* 13:263, 1963.
21. Russo R P — O paciente com estômago cheio. *Rev Bras Anest* 17:356, 1967.
22. Salem M R — Anesthetic management of patients with "a full stomach". A critical review. *Anesth Analg Curr Res* 49:47, 1970.
23. Salem M R, Wong A Y, Collins V J — The pediatric patient with a full stomach. *Anesthesiology* 39:435, 1973.
24. Salem M R, Wong A Y, Gizzotti G F — Efficacy of cricoid pressure in preventing aspiration of gastric contents in pediatric patients. *Br J Anaesth* 44:401, 1972.
25. Salem M R, Wong A Y, Lin Y H — The effect of suxamethonium on the intragastric pressure in infants and children. *Brit J Anaesth* 44:166, 1972.
26. Sellick B A — Cricoid pressure to control regurgitation of stomach contents during induction of anaesthesia. *Lancet* 2:404, 1961.
27. Silva S T — Anestesia em amigdalectomia e adenoidectomia — revisão de 9.500 casos. *Rev Bras Anest* 19:452, 1969.
28. Spiegel P, Menezes R A, Cavalcanti J M M — Perda sangüínea em adeno-amigdalectomias — estudo comparativo entre eter etílico e fluotano. *Rev Bras Anest* 21:340, 1971.
29. Stephen C R, Smith R M, Raphaely R C — Questions and Answers. *Anesth Analg Curr Res* 50:538, 1971.
30. Stept W J, Safar P — Rapid induction/intubation for prevention of gastric-content aspiration. *Anesth Analg Curr Res* 49:633, 1970.
31. Stetson J B — Patient safety: prevention and prompt recognition of regurgitation and aspiration. *Anesth Analg Curr Res* 52:142, 1974.
32. Vieira Z E G, Andrade W J — Perda sangüínea em adenoamigdalectomias em crianças sob anestesia endotraqueal. *Rev Bras Anest* 14:209, 1964.
33. Walts L F — Complications of muscle relaxants — in *Monographs in Anesthesiology*. Vol 3. Katz R L. American Elsevier Publ Co N York, 1975.