

553

ANESTESIA GERAL NO TRATAMENTO DENTÁRIO

DR. RUY MARRA DA SILVA, E.A. (*)

É analisada a aplicação da anestesia geral em cerca de 10.390 pacientes durante o período de 16 anos (1957/1973), no Hospital dos Servidores do Estado e na clínica privada.

São apresentados, quadro estatístico, técnicas usadas, comentando-se os resultados e finalmente, enfatizando os preceitos de segurança a serem respeitados.

Com a aplicação pioneira da anestesia geral no tratamento dentário em 1846 e 1848 por Wells e Morton, abriu-se para a cirurgia e para a humanidade a grande era do progresso científico e da abolição da dor e do sofrimento.

Passados pouco mais de cem anos, vemos que imenso campo cheio de recursos técnicos e farmacológicos apresenta a anestesiologia atual face ao tratamento dentário.

MATERIAL

No Hospital dos Servidores do Estado (IPASE) durante o período de 16 anos (1957/1973) foram submetidos ao tratamento dentário sob anestesia geral cerca de 10.390 pacientes (figura 1).

Este quadro estatístico se reveste de grande significação pelo fato de não apresentar ocorrências ou acidentes de real significância, o que evidenciá a segurança da anestesia geral quando bem praticada técnica e cientificamente. As anestésias nestes pacientes, contaram com a nossa participação juntamente com os colegas do Serviço de Anestesia e Gasoterapia

(*) Médico Anestesiologista do Hospital dos Servidores do Estado — IPASE — Rio de Janeiro, R.J.

1570

AP2042

ANESTESIA GERAL (ODONTOLOGIA)

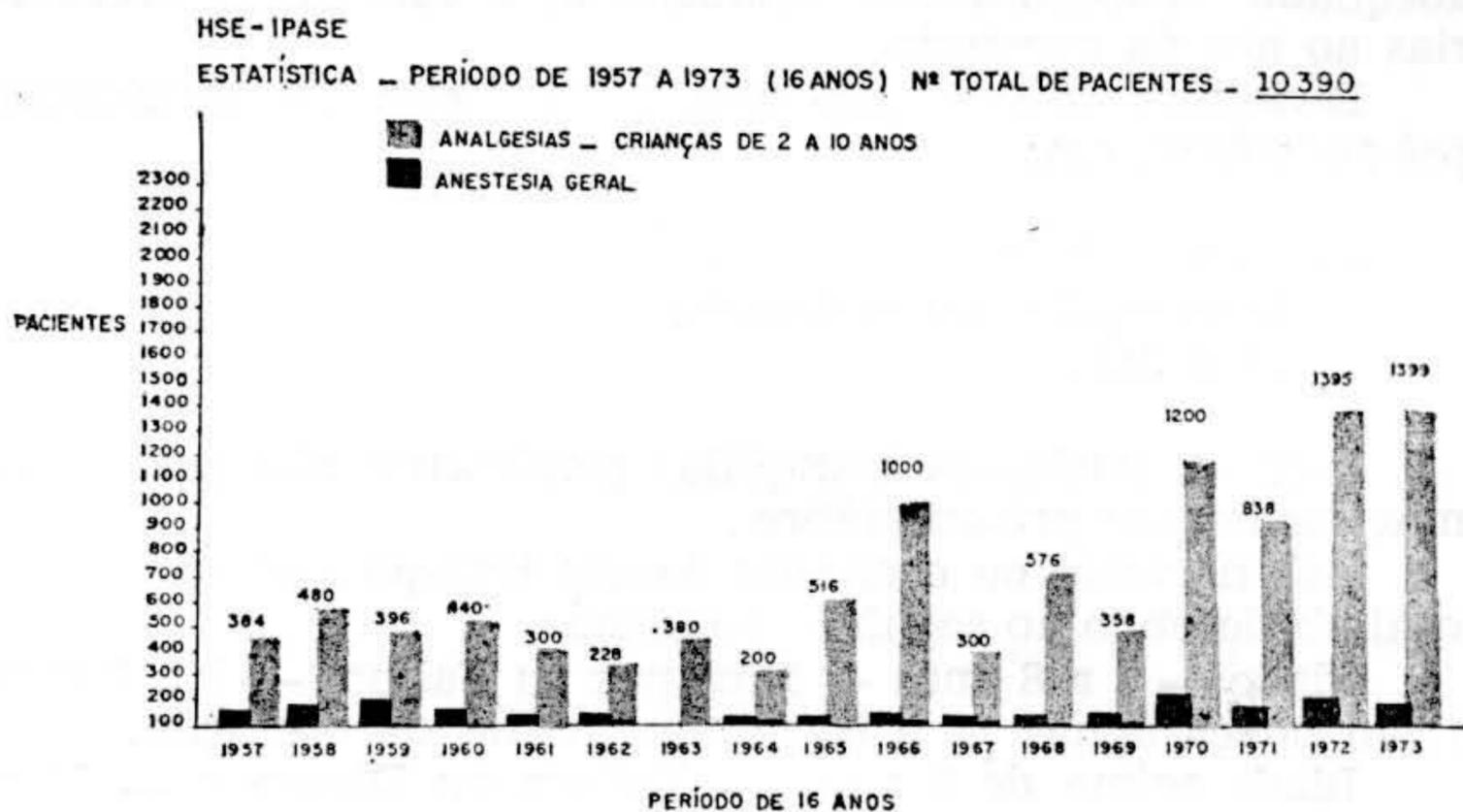


FIGURA 1

INDICAÇÕES

- Pulsilanimidade
- Problemas psicológicos (6)
- Grandes cirurgias (9)
- Intolerância ao anestésico local.

MÉTODO

Examinados clinicamente, verificadas função circulatória, respiratória, renal, possíveis problemas alérgicos, e ainda as taxas laboratoriais de rotina classificamos nossos pacientes em 2 grupos:

- 1.º grupo — Procedimentos de curta duração.
- 2.º grupo — Procedimentos de longa duração.

1.º Grupo (curta duração)

O método usado foi.

- Diéta — Jejum de 6 horas para sólidos.
Jejum de 3 horas para líquidos.

Medicação pré-anestésica — É uma consequência da entrevista prévia com o paciente e seus familiares. Damos um grande valor ao aspecto psicológico desta entrevista, pois

através dela esclarecemos sobre a anestesia em linguagem adequada, conseguindo-se colaboração e confiança, necessárias ao ato da anestesia.

Dividimos nossos pacientes para efeito de medicação pré-anestésica em:

- psicologicamente tranqüilos;
- intranqüilos ou excitados;
- com dor.

Para os pacientes tranqüilos geralmente não prescrevemos medicação pré-anestésica.

Aos nervosos ou excitados damos tranqüilizantes por via oral obedecendo ao seguinte esquema:

Idade — 3 a 8 anos — Diempax ou Valium — 2 a 5 mgs (com pouca água) 40 a 60 minutos antes da operação.

Idade acima de 8 anos — Valium ou Diempax — 10 a 15 mg por via oral.

Para os pacientes com dor — prescrevemos analgésicos por via oral em associação a tranqüilizantes em doses equilibradas.

Os agentes pré-anestésicos derivados da petidina (Dolantina-Demerol), derivados da fenotiazina, neurolepto-analgésicos, empregados em anestesia para outros tipos de cirurgia, são aqui por nós proscritos, pois comprometem o despertar imediato condição exigida para anestesia geral em Odontologia.

ANESTESIA (curta duração)

Indução — A confiança e a colaboração obtidas na entrevista pré-anestésica são de inestimável auxílio na indução, que é feita sob máscara, bolsa e válvula modelo Narcosul 272, usando-se como agentes anestésicos — Halotano (2 a 3%) — (Vaporizadores calibrado-Fluotec-Fluovapor), Protóxido de Azoto em mistura com Oxigênio.

Após aproximarmos a máscara a curta distância do rosto do paciente, administramos a mistura anestésica, ao mesmo tempo que falamos com suavidade ao paciente e vamos verificar que em 5 a 8 minutos instala-se inicialmente tontura, e começo do sono anestésico.

Constatado isto, só aí colocamos a máscara diretamente, sobre a face observando-se o ritmo respiratório e a centralização pupilar que nos mostram exatamente o plano anestésico satisfatório e o necessário relaxamento da musculatura masseterina com boa abertura da boca, o que permite o tratamento dentário que neste momento é iniciado.

— A atividade cardíaca é controlada por estetoscópio no precórdio e o Pulso monitor-CS 101, durante todo o tempo da anestesia.

— A manutenção de veia puncionada, é outro requisito importante.

Terminado o tratamento dentário, procede-se a aspiração das secreções, e pesquisa dos reflexos que neste tipo de anestesia, se mantêm sempre presentes, constituindo-se em proteção permanente ao paciente.

2.º Grupo (longa duração)

Dieta — A mesma dos pacientes do 1.º Grupo.

— Prévio esvaziamento da bexiga e intestinos.

Medicação Pré-Anestésica — Usamos o mesmo critério utilizado para o 1.º Grupo, acrescentando-se Atropina 0,25 a 1 mg por via venosa, segundo idade e peso.

ANESTESIA (longa duração)

Com o paciente comodamente colocado na mesa ou cadeira dentária, respeitando-se um ângulo de decúbito em torno de 25 a 30º, instalamos tensiômetro e monitor de pulso.

As vestes do paciente devem estar soltas, de maneira a não servir de obstáculo à livre respiração durante a anestesia.

Testados pulso, pressão arterial e respiração, puncionamos com escalpe apropriado a veia escolhida, injetando-se através dela:

— *Propanidid diluído e atropina* (doses habituais).

— *Relaxantes musculares não despolarizantes* (Galamina 2 a 3 mg/kg/peso).

Após ventilação sob máscara, entubamos de preferência por via naso-traqueal utilizando-se tubos de polivinil com balonete, previamente amolecidos em água quente e generosamente lubrificados, para se evitar hemorragias de septo ou de cavo, o que muitas vezes dificulta ou mesmo impossibilita o tratamento dentário.

Terminada a intubação conectamos ao tubo o sistema válvula Narcosul 272, bolsa, para a verificação da *complacência pulmonar*, após o que instalamos a ventilação pulmonar controlada mecânica (usamos três tipos de respiradores: Takavent, Narcofolex e Takaoka 840).

Tal tipo de ventilação, quando judiciosamente aplicada, nos tem dado resultados positivamente bons.

Protegemos os olhos dos pacientes com pomada oftálmica apropriada.

Manutenção da anestesia — Protóxido de azoto e halotano são os agentes que utilizamos para a manutenção da anestesia, sendo via de regra em concentração de 50% para o protóxido de azoto e oxigênio, e 2 a 3% em relação ao halotano (vaporizadores calibrados com leitura direta).

A vigilância é permanente sobre os parâmetros vitais — pressão arterial, pulso, coloração de extremidades, com o objetivo de se evitar problemas respiratórios e circulatórios (hipotensões posturais) (1).

Concluído o tratamento dentário, descurarizamos com doses convencionais de atropina e neostigmina.

Logo após passamos à verificação do retorno da respiração espontânea medindo-se o *Volume corrente* e o *Volume minuto*, extubando-se em seguida.

Pesquisamos cuidadosamente outros reflexos importantes, como o da tosse, abrir os olhos, respirar fundo, até termos o paciente inteiramente desperto e consciente.

Potencialização anestésica — Com o advento dos tranqüilizantes e de outros agentes endovenosos anestésicos de rápida metabolização (propanidid-alfatesin), abre-se um campo de vasta aplicação em odontologia.

Por meio da potencialização, com o uso de doses equilibradas de tranqüilizantes em sinergia com anestésicos endovenosos rapidamente elimináveis, conseguimos transformar um paciente excitado, nervoso, pulsilânime, em um paciente perfeitamente acessível ao tratamento dentário.

O bom uso desta técnica, conforme temos observado, permite a obtenção de estados de hipnose com boa homeostasia circulatória e respiratória associados a graus de analgesia durante a reabilitação oral.

Constitui também bom recurso para aqueles pacientes de grande risco (cardíacos, asmáticos) que necessitam sedação leve e tranqüilização, recebendo ainda com a presença do anestesista, a eventual assistência médica necessária (reanimação cárdio-respiratória e medicação de urgência).

RESULTADOS

Os pacientes do 1.º grupo (curta duração) tiveram em sua grande maioria, despertar rápido e sem ocorrências maiores (vômitos ou excitação psicomotora).

O tempo médio do despertar nesta grande estatística foi de 5 a 20 minutos.

Não foi notado o aparecimento de problemas circulatórios (arritmias, bradicardia ou hipotensão arterial).

Sendo praticamente todos pacientes ambulatoriais, deixaram o hospital, 1 a 2 horas após a anestesia.

Fato curioso é o da *amnesia* do momento em que iniciamos a colocação da máscara sobre o rosto.

Alguns pacientes de menor idade, se debateram na indução, porém de nada se recordavam após a anestesia.

Nos pacientes do 2.^o grupo (longa duração) também não notamos:

- significativa incidência de vômitos.
- distúrbios ou alterações circulatórias ou respiratórias apreciáveis.

Uma queixa comum é sobre a entubação nasotraqueal, que deixa sensação incômoda do trato-naso-traqueal, mas que passa duas ou três horas após.

Costumamos prescrever pastilhas sedativas e que contêm corticóides na sua composição.

Um paciente apresentou parestias nos dedos da mão esquerda com duração de 1 mês, causadas por compressão do nervo cubital, no braço mal protegido durante a anestesia.

COMENTARIOS

Sendo um velho anseio da humanidade, a anestesia geral em odontologia, é hoje graças aos atuais recursos (agentes anestésicos, métodos de ventilação etc.) uma feliz realidade.

Analisando as indicações vemos que grande número de pacientes tem medo do tratamento dentário e mascaram este sentimento com desculpas já conhecidas de falta de tempo. Enganando-se a si próprio estes pacientes iniciam o tratamento dentário que jamais terminam, enquadrando-se no dizer de Nalda, no grupo dos *abandonados*.

As grandes cirurgias, pelo trauma (⁹), que causam e a intolerância ao anestésico local, justificam plenamente o uso da anestesia geral.

Com relação aos tratamentos de curta duração (1.^o grupo) além dos anestésicos por nós usados outros agentes como o propanidid (^{2,3}), metohexital (^{9,6,10}), podem ser empregados com bons resultados. Não usamos a ketamina pelos seus efeitos alucinógenos e sobre a pressão intracraniana e intraocular.

Observamos que os pacientes de 3 a 8 anos antes excitados e que não permitiam o tratamento, após serem submetidos à anestesia geral, posteriormente tornaram-se receptivos ao mesmo sem anestesia geral. A possível explicação deste fato reside na perda do medo, por abolição total da sensação de temor e sofrimento durante a anestesia geral.

Os pacientes do 2.^o grupo (longa duração) apresentaram despertar calmo, com a volta da lucidez aos 15 e 20 minutos (média) e a deambulação entre 40 e 120 minutos (média).

É interessante fazer referências ao fato de que grande número de pacientes, ao acordar, revela sensação de agrado em saber terminado o seu tratamento dentário.

Quanto à potencialização anestésica, nossa pouca experiência, ainda não nos autoriza a firmar conceitos, porém temos a esperança de que se constituirá em grande realidade ao minimizar o sofrimento e angústia do paciente odontológico.

O sucesso da anestesia geral em Odontologia, reside no despertar rápido, agradável e seguro. Este evento resulta a nosso ver de:

- ventilação pulmonar fisiológica (relação ventilação — função cerebral).
- agentes anestésicos de rápida metabolização e eliminação (Propanidid, Protóxido de Azoto-Halotano).

Devemos lembrar e dar ênfase, que além da mentalidade preventiva dos acidentes, há que ressaltar a necessidade de termos à mão: *equipamentos para reanimação cárdio-respiratória* (laringoscópios, tubos traqueais, aspirador, desfibrilador (1,4), e também a *medicação de urgência* cardiotônicos, vasopressores, corticóides, manitol, bicarbonato de sódio etc.).

Cabe pois ao anestesiolegista, obedecer os preceitos de segurança abaixo:

- estabelecer firmemente com conhecimento de causa a prevenção de acidentes.
- conhecer e saber praticar: ventilação pulmonar, dominar a mecânica circulatória, e farmacodinâmica de urgência.
- saber praticar com sucesso a reanimação cárdio-respiratória.
- ter completo domínio sobre os agentes anestésicos usados e sua farmacodinâmica.

SUMMARY

GENERAL ANESTHESIA FOR DENTAL TREATMENT

The author presents his considerations on clinical experience, statistics, tecnicos employed in 10390 patients, during a period of 16 years (1957-1973).

These patients were submitted to general anesthesia for dental treatment and divided in two groups. (Short and long duration). He also makes reference to the potencialized anesthesia and emphasizes the precepts of security necessary to the practice of anesthesia.

REFERÊNCIAS

1. Bourne J B — Deaths with dental anaesthetics. *Lancet* 1:525, 1970.
2. Caddle D R et al — Intermittent intravenous anaesthesia for outpatient dentistry: a study of propanidid. *Anaesthesia*, 23:65-74, 1968.
3. Canario L H, Palazuelos H R — Anestesia geral de curta duração em odontologia. *Rev Bras Anest* 21:523-32, 1971.
4. Cundy J M — Anaesthesia in dental surgery. *Lancet*, 1:95, 1970.
5. Macdonald A G, Carmichael A F — The use of Diazepam for conservative dentistry in handicapped children. *Anaesthesia*, 25:127, 1970.
6. Mann P et al — The minimal incremental methoxitone (Brietal). Technique in conservative dentistry. *Anaesthesia*, 25:126, 1970.
7. Menezes R A — Anestesia geral em odontologia. *Rev Bras Anest* 21:859-64, 1971.
8. Ryder W — The electrocardiogram in dental anaesthesia. *Anaesthesia*, 25:46-60, 1970.
9. Scott J G, Allan D — Anaesthesia for dentistry in children. *Can Anaesth Soc J* 17:391-402, 1970.
10. Young T M — Ultralight anaesthesia for conservative dentistry. *Anaesthesia*, 25:127-8, 1970.