

PROFILAXIA DA DOR DE GARGANTA PÓS-ENTUBAÇÃO(*)

DR. RENAUD ALVES MENEZES, E.A.

AP 2356

Estudou-se a ação da Betametazona, mediante um teste encoberto, comparando-a à de um placebo, da geléia de xilocaína e da tetracaina a 1%, na profilaxia da dor de garganta pós-entubação.

Procurou-se selecionar os pacientes, entre aqueles que não possuíam história pregressa de dores de garganta, e dentre estes aqueles que seriam submetidos a cirurgia que necessitasse de movimentação de cabeça.

Dividiu-se o estudo em 4 grupos de pacientes; procedida a análise estatística, apenas o grupo da Betametazona mostrou um resultado provavelmente significativo, ao nível de 0,05 para um $\chi^2 = 4,68$.

É de se crer que todos os anestesistas tenham tido a oportunidade de constatar a relativa constância na incidência de dor da garganta pós-entubação em seus pacientes, principalmente nas primeiras vinte e quatro horas de pós-operatório. Se às vezes essa queixa passa despercebida, é devido ao fato da dor cirúrgica pós-operatória sobrepujá-la, tomando mais a atenção do paciente, ou porque o anestesista não a pesquisa na visita pós-operatória. Isto é fácil de se verificar em anestésias para procedimentos cirúrgicos que não causam dor da ferida operatória. Tive essa experiência prévia com pacientes que receberam anestesia geral para procedimentos odontológicos e cuja queixa principal se referia justamente à dor de garganta. Baseado na conhecida ação anti-inflamatória dos corticoides (inclusive utilizada para tratamento do edema de glote ou sub-glótico) resolvi fazer um estudo com a betametazona, (*) comparando-a a um placebo ("teste encoberto"), à geléia de xilocaína e à tetracaina a 1%.

(*) Trabalho realizado no Serviço de Anestesia do Hospital de Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas do Estado da Guanabara, Rio de Janeiro.

(*) Betametazona — Celestone (Schering).

MATERIAL E METODO

A metodização empregada para o estudo foi anotada em fichas as quais foram distribuídas pelos residentes de anestesia, conforme modelo abaixo reproduzido:

I — *Seleção dos pacientes e do tipo de cirurgia:*

- a - Pacientes adultos sem dores prévias de garganta ou resfriado, com saúde mental normal e que não estejam em tratamento com corticoides e nem sejam suspeitos de úlcera gastro-duodenal.
- b - Operações que não necessitem movimentar a cabeça ou pescoço do paciente; evitar o reflexo de deglutição durante a operação, seja por plano superficial seja por curarização insuficiente.
- c - Os tubos empregados serão de borracha com balonete, limpos e lavados com água antes da entubação.
- d - O balonete será insuflado somente o necessário para evitar vazamento.
- e - Haverá rodízio entre os pesquisadores.

II — *Código:*

- w - "Teste encoberto" ("Double-blind") — injeção da droga 5 minutos antes da entubação; Betametazona (4 mg. IM) ou placebo: anotar o código da ampola.
- x - Tubo traqueal lubrificado com geléia de xilocaína.
- y - "Spray" (antes da entubação) com tetracaína a 1%.
- z - Nada no tubo traqueal, nem w ou x ou z.

Foram selecionados 214 pacientes. Todos foram inquiridos com perguntas indiretas, de modo a não influenciarem a resposta. As suas queixas foram divididas em dois graus de intensidade de dor:

- + desconforto na garganta, dor leve ou moderada à deglutição.
- ++ rouquidão, afonia, dor intensa à deglutição.

RESULTADOS E COMENTARIOS

Após encerrado o estudo e ser verificado o código das ampolas, resolvi juntar os pacientes que receberam placebo e os que nada receberam, já que os resultados da pesquisa

não podiam mais serem influenciados. A distribuição dos grupos ficou assim constituída:

w — (betametazona): 40 pacientes, dos quais 12 (30%) referiram dor, cuja intensidade foi:

+	.....	12
++	.....	0

x — (geléia de xilocaína): 30 pacientes, dos quais 12 (40%) referiram dor, cuja intensidade foi:

+	.....	9
++	.....	3

y — (tetracaína a 1%): 50 pacientes, dos quais 24 (48%) referiram dor, cuja intensidade foi:

+	.....	23
++	.....	1

z — (placebo ou nada aplicado no tubo traqueal ou no paciente): 92 pacientes, dos quais 48 (52,1%) referiram dor, cuja intensidade foi:

+	.....	42
++	.....	6

Do total dos pacientes (214), 96 (44%) se queixaram de dor de garganta, enquanto outros autores referem variações de 70% ⁽⁵⁾ 38,2% ⁽¹⁾ e 18,4% ⁽⁴⁾. É preciso recordar que as entubações foram efetuadas por colegas em treinamento. As queixas de dor de garganta foram de intensidades variáveis, desde uma leve sensação de desconforto local até uma dificuldade para deglutir, ou mesmo uma dor intensa com rouquidão e afonia. Por outro lado, às vêzes, o paciente quase não se queixa de dor ou refere somente dor leve, embora apresente-se bastante rouco. Tive também oportunidade de verificar que nem sempre há relação das queixas com entubação traumática, pois embora as entubações trabalhosas contribuam pelo trauma que produzem para um aumento da intensidade dos sintomas, observei vários casos pessoais em clínica privada, em que entubações atraumáticas condicionaram pelo menos sensações de desconforto na garganta, quando não mesmo de dor, nas primeiras vinte e quatro horas. Acredito que haja um mecanismo de irritação local, ou mesmo alérgico, pela presença de um corpo estranho, o qual se faz sentir predominantemente nas operações que não provocam dor da ferida cirúrgica. Embora não seja possível afirmar por este estudo (já que os casos foram selecionados),

é de se supor que cirurgias que obriguem à movimentação da cabeça e pescoço do paciente provocam aumento da intensidade dos sintomas; idem aspirações repetidas com sondas rígidas e pressão excessiva do aspirador, provocando acolação da mucosa local à sonda de aspiração. Da mesma forma, parece razoável que cirurgias de longa duração (devido ao maior tempo de contato do tubo no laringo-faringe) possam causar aumento na incidência da dor, embora Conway e cols. (1) não o tenham referido. Devo lembrar aqui, que a dor de garganta não se limita somente à região do laringe, podendo se estender ou se limitar ao faringe (laringo-faringe) ou mesmo traquéia.

Dos pacientes que receberam betametazona, 2 entubações foram consideradas traumáticas sendo que os pacientes referiram apenas dor leve na região. Dos pacientes que receberam tetracaína, um teve entubação traumática, referindo dor intensa local e apresentando-se rouco. Dos que receberam placebo, houve também um caso de entubação traumática em que o paciente se queixou de dor moderada e apresentou-se rouco e afônico. Com a geléia de xilocaína não houve caso de entubação traumática.

Os resultados foram submetidos à análise estatística, utilizando-se o teste do chi quadrado (χ^2); para isto os dados obtidos foram divididos em três grupos, comparando-se com o placebo (Quadros I, II e III).

QUADRO I
BETAMETAZONA/PLACEBO

	DOR	S/DOR	TOTAL
Betametazona	12	28	40
Placebo	48	44	92
Total	60	72	132

$\chi^2 = 4,68$

QUADRO II
XILOCAÍNA/PLACEBO

	DOR	S/DOR	TOTAL
Xilocaína	12	18	30
Placebo	48	44	92
Total	60	62	122

$\chi^2 = 0,940$

QUADRO III
TETRACAÍNA/PLACEBO

	DOR	S/DOR	TOTAL
Tetracaína	24	26	50
Placebo	48	44	92
Total	72	70	142

$X^2 = 0,10$

1) *Testes Betametazona/Placebo*

— *Ao nível de 0,01*

Verificamos que não existe diferença significativa entre as variáveis.

— *Ao nível de 0,05*

Verificamos que, provavelmente existe diferença entre as variáveis.

2) *Testes Xilocaína/Placebo*

Ao nível de 0,01 0,05 e como também, de 0,10 — verificamos que não existe diferença significativa. Isto quer dizer que as diferenças por ventura existentes são devidas ao acaso.

3) *Testes Tetracaína/Placebo*

Para os níveis 0,01; 0,05 e como também, de 0,10 verificamos que não existe diferença significativa. Conforme conclusão anterior, as diferenças por ventura existente são devidas ao acaso.

Conforme os resultados estatísticos acima obtidos, e para a finalidade com que êsse estudo foi efetuado, tanto a geléia de xilocaína como a tetracaína a 1% em "spray" não se mostraram eficazes (em muitos casos elas são usadas com outra finalidade tal como seja para diminuir o "bucking" na fase inicial da anestesia): Quanto à betametazona, pelos resultados obtidos, concordo com Goddard e cols. (3), que embora não possam justificar o seu uso rotineiro como profilático da dor de garganta pós-entubação, sugerem que o seu emprêgo provoca uma redução na intensidade dos sintomas nas entubações traumáticas e diminui o edema de glote e das regiões vizinhas(no pós-operatório (2); discordo apenas quando êles afirmam ser a dor de garganta pós-entubação

um sintoma de baixa incidência (2,7% nos seus casos com uso de betametazona e 4% nos que receberam placebo), o que está em desacôrdo com os resultados dêsse estudo e com a incidência de outros autores (1,4,5); acredito que isso é devido ao fato já citado da dor cirúrgica (principal), encobrir a dor de garganta (secundária) mas que é um fator bastante desagradável, principalmente em cirurgias de pequena importância, ou do tipo ambulatório.

Análise estatística: Dra. Vitalina de Souza, Chefe da Divisão de Conficação e Estatística do Departamento de Planejamento, SUSEME — GB.

SUMMARY

THE PREVENTION OF SORE THROAT AFTER INTUBATION

Betametasone was used in a double blind study and also compared with the use of lidocaine jelly and tetracaine spray in the prevention of post-intubation sore throat. Patients were selected insofar as they had no preoperative sore throat, and surgery did not involve any movement of the head or neck. Betametasone 4 mg, was injected J. M. 5 minutes before surgery. The Betametasone group showed a significant decrease (at the 0,05 level) of symptoms.

REFERÊNCIAS

1. Conway C M, Miller J S and Sugden F L H — Sore Throat After Anaesthesia. *Brit J Anaesth* 32:219, 1960.
2. Deming M V and Oech S R — Steroid and Antihistaminic Therapy for Post-intubation Sub-glottic Edema inn Infants and Children. *Anesthesiology* 22:933, 1961.
3. Goddard J E Jr, Phillips O C, and Marcy J H — Bethametazone for Prophylaxis of Post-intubation inflamation. A double-blind study. *Anesth& Analg* 46:348, 1967.
4. Wolfson B — Minor Laryngeal Sequelae of Endotracheal Intubation. *Brit J Anaesth* 30:326, 1958.
5. Wyllie W D — Hazards of Intubation. *Anaesthesia* 4:143, 1950.