



1290005363

TCE/UNICAMP
T729a
FOP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

ANESTESIA GERAL EM ODONTOPEDIATRIA

- PROCEDIMENTOS HOSPITALARES -

CLAYDE DE FÁTIMA TREVIZAM

CRISTINA ACCIOLY

VERA HELENA N. L. M. DOS SANTOS

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do Título de Especialista em Odontopediatria.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

214

Orientador : Prof. Dr. RENÉ GUERRINI

PIRACICABA

- 1983 -

SUMÁRIO

	<u>Página</u>
I - INTRODUÇÃO	2
II - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	6
A - PROCEDIMENTOS HOSPITALARES	6
Internação	6
Exames	9
Equipe de Trabalho	10
Assepsia	11
B - ANESTESIA GERAL EM SI	13
Fases da Anestesia Geral	14
Pré-anestesia - Cuidados	14
C - INDICAÇÃO	20
D - CONTRA-INDICAÇÃO	21
E - COMPLICAÇÕES	22
F - ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA ANESTESIA	23
III - DISCUSSÃO	27
IV - CONCLUSÃO	29
V - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

I - INTRODUÇÃO

Dentre as atividades odontológicas, somente a cirurgia era executada em hospitais por cirurgião oral, /TOCCHINI & WYCOFF (36)/ em virtude dos ensinamentos especializados sobre cirurgia oral e estruturas adjacentes. McCALLUM JR. (26), justifica esta posição devido a instrução nas escolas de odontologia ser escassa, sobre a relação do cirurgião-dentista com o hospital, suas prerrogativas e deveres dentro deste.

DOUGLAS (13), diz que apesar de no conceito antigo, o hospital ser considerado um lugar onde as pessoas iam em precário estado de saúde para terminarem os seus dias, ou onde as pessoas pobres iam para extrações de seus dentes ou ainda, para contenção de mandíbulas fraturadas, hoje, o hospital é considerado uma instituição comunitária, onde "medicina oral" é praticada, os tratamentos odontológicos das pessoas doentes são resolvidos e onde excepcionais ou rebeldes têm seus problemas dentários solucionados sob anestesia geral.

Uma intervenção odontológica sob anestesia geral é uma operação importante e séria, como diz DALL'OPPIO (7). Tem que ser efetuada dentro de um centro perfeitamente equipado e por um grupo de trabalho altamente qualificado. Isto, de acordo com SCHNECK (33), significa deixar o ambiente tranquilo do consultório, onde tudo foi pensado e planejado pelo cirurgião-dentista, para exercer suas funções dentro das melho

res condições e para que o paciente sintá-se bem. Portanto, deve-se tomar todos os cuidados necessários, procurar um hospital aparelhado para tal evento, assegurando assim que a criança fique em boas condições de segurança física e moral, e ainda, que não sofra traumas psicológicos /DIXTER & SCHWARTZ (12), FOURNIOL (16), RANDELL & COHEN (31) e SCHNECK (33)/.

DALL'OPPIO (7) , DOUGLAS (13) , SARNAT & CHAYEN (32) e TOCCHINI & WYCOFF (36) são unânimes em afirmar que o tratamento dentário sob anestesia geral é válido para procedimentos normais nos indivíduos que não colaboram, por serem incapazes de aceitá-lo, enquadrando aqui, rebeldes e excepcionais. Embora, DALL'OPPIO (8), salientando os riscos que comporta a anestesia geral, diz ser possível com paciência, tratar todas as crianças sem submetê-las a este procedimento.

O tratamento odontológico sob anestesia geral, como salientam SARNAT & CHAYEN (32), poupa à criança experiências desagradáveis; é um tratamento econômico segundo RANDELL & COHEN (31); oferece à odontopediatria um campo operatório excelente, no qual pode-se trabalhar sem limitação de tempo como diz MELO e colab. (27) e, segundo VENTURA e colab. (38) permite, em ótimas condições, a realização de diversos trabalhos em uma única sessão.

Para um maior sucesso do cirurgião-dentista trabalhando no hospital, DINER (11), DOUGLAS (13), GAMBLE (18), SARNAT & CHAYEN (32) e SCHNECK (33), afirmam a grande impor-

tância do odontopediatra interagir com pediatras e outros médicos do corpo clínico do hospital. Os cirurgiões-dentistas devem funcionar como parte de uma unidade trabalhando ajustada. Dessa interação vai resultar o total bem estar dos pacientes, havendo também uma capacidade de expansão clínica e atividade de pesquisa.

De acordo com as palavras de DALL'OPPIO (7), a odontologia de vanguarda deve seguir uma linha de conduta, progredindo continuamente, como as peças de um mosaico, graças à anestesia geral. Segundo o autor, num futuro próximo, o método de anestesia geral entrará na prática cotidiana como foi no seu tempo a anestesia regional.

CAPÍTULO II

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

II - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A - PROCEDIMENTOS HOSPITALARES

Internação

Para que o cirurgião-dentista possa realizar um trabalho sob anestesia geral, é condição primária que ele deva pertencer ao corpo clínico do hospital./GAMBLE (18) , McCALLUM JR. (26) e SCHNECK (33)/ .

Estando a internação decidida, o cirurgião-dentista orienta o responsável pelo paciente para ir ao hospital, onde lhe serão esclarecidas as normas necessárias. As normas dos hospitais ditam que o paciente seja internado pelo menos com 8 horas de antecedência à intervenção, embora dependendo da necessidade de exames complementares, ou maiores cuidados médicos, eles possam ser internados com 48 horas ou mais de antecedência. Isto porque são mantidas observações do estado físico do paciente, controle da pressão arterial, pulso, temperatura, respiração, permanecendo o mesmo sob medicação controlada /FOURNIOL (16)/.

Também é norma dos hospitais que o paciente tenha um jejum de pelo menos 6 horas antes da intervenção, isto porque pacientes rebeldes, portadores de boa saúde, são inter-

nados na manhã da intervenção para diminuir ao máximo a possibilidade de traumas.

Os hospitais exigem um pedido de internação que pode ser feito em receituário próprio como seguem os modelos de FOURNIOL (16):

À Administração do Hospital _____

Solicito a internação do(a) menor _____ no

_____ às _____ horas .

_____ dia / mês / ano

_____, _____, _____, _____
 cidade , dia , mês , ano

Assinatura

(Nome do cirurgião-dentista e CRO)

Como este modelo não especifica a hora da cirurgia, o cirurgião-dentista fica obrigado a comparecer ao hospital logo após a internação, tomando as providências e cuidados com o internado. Se o paciente for internado e dispensado no mesmo dia da intervenção, segue o modelo:

À Administração do Hospital _____

Solicito a internação do(a) menor _____,

_____ , _____ , _____ às _____ horas, com finalidade
 dia mês ano

de de intervenção cirúrgica oral a realizar-se às _____ horas.

Peço manter o paciente completamente em jejum, controlando a sua pressão arterial, pulso e temperatura. Anexo exames hematológicos, tempo de sangria, tempo de coagulação, urina tipo I , radiografias, etc. Peço, também, medicação pré-anestésica 30 minutos antes da anestesia.

Atenciosamente

Assinatura

(Nome do cirurgião-dentista e CRO)

DIXTER & SCHWARTZ (12) , KOEHLER (22) , NASCIMENTO e colab. (28) e SCHNECK (33) , salientam ainda, que é exigência dos hospitais, uma autorização por escrito, dos responsáveis pelo paciente, consentindo a intervenção sob anestesia geral.

Exames

Previamente, o cirurgião-dentista deverá fazer, na medida do possível, um exame da cavidade bucal para determinar a extensão do problema, avaliando assim aproximadamente, o tempo que será gasto na intervenção. Também será feita uma avaliação prévia das condições gerais do paciente através da anamnese.

Os autores são unânimes em afirmar a necessidade de exames laboratoriais para avaliação das condições físicas do paciente. DEMARS (10) , DIXTER & SCHWARTZ (12) , DOUNA e colab. (14) , FUCHS (17) , GAMBLE (18) , KOEHLER (22) , KRUGER (23) , McCALLUM JR. (26) , MELO e colab. (27) , RANDELL & COHEN (31) , SMITH e colab. (34) e VENTURA e colab. (38) em seus trabalhos citam que a avaliação do estado físico dos pacientes ficava a cargo de seus pediatras ou pediatra do hospital, ou ainda do anestesista, os quais davam seu parecer por escrito. Por outro lado ARCHER (3) , FOURNIOL (16) e SCHNECK (33) , sugerem que a requisição de tais exames deva ser um procedimento sob responsabilidade do cirurgião-dentista.

Entre os exames mais comumente pedidos estão: hemograma completo, urina, Rh e grupo sanguíneo, tempo parcial de tromboplastina, tempo de protrombina, fezes e, segundo GAMBLE (18) , KOEHLER (22) e RANDELL & COHEN (31), alguns hospitais também requisitam radiografias de tórax. Dependendo do

tipo ou estado do paciente outros exames podem tornar-se necessários. Tais exames apresentam uma validade de seis semanas /RANDELL & COHEN (31)/.

Após a avaliação desses exames, feita pelo cirurgião-dentista ou pelo pediatra, o paciente será encaminhado ao anestesista, que decidirá sobre o tipo de anestesia e pré-medicação usada /DALL'OPPIO (8) , RANDELL & COHEN (31) e SCHNECK (33)/ e também para que este saiba com que tipo de paciente vai lidar /FOURNIOL (16)/.

Equipe de Trabalho

Uma intervenção odontológica sob anestesia geral, além de uma operação importante é também longa e árdua. Deve ser efetuada em um centro que apresente todos os equipamentos necessários e por uma equipe de trabalho com profissionais capacitados. Para DEMARS (10) , uma equipe ideal consiste em dois anestesistas, dois cirurgiões-dentistas e auxiliar. FUCHS (17) utiliza uma equipe composta por um pediatra, um cirurgião-dentista interno ao hospital com dois assistentes, e um anestesista. SCHNECK (33) prefere um profissional, um anestesista, um assistente e um auxiliar. Pela experiência, DALL'OPPIO (7) diz que o número ideal para uma equipe deveria ser composta por anestesista, dois cirurgiões-dentistas, uma enfermeira instrumentadora e uma auxiliar odontológica.

Ainda, em outro trabalho, DALL'OPPIO (8) descreve a disposição da equipe trabalhando: um operador tradicionalmente sentado à direita e colocado na posição 9 horas, um assistente à esquerda e um em pé para fazer a substituição dos instrumentais e preparar os materiais. Como se pode constatar as posições de trabalho não diferenciam muito das que hoje são usadas pelos profissionais em seus consultórios, numa forma ergonômica. É imprescindível a presença do anestesista e se possível, é preferível ter um segundo operador para coadjuvar.

Como diz SCHNECK (33): "esta é a única forma de trabalhar rápido e com eficácia, o que é muitíssimo importante, quando se trata de anestesia geral".

Assepsia

Tanto o cirurgião-dentista, como médicos e enfermeiras e até o próprio anestesista, são fontes de contaminação. As mãos contaminadas são meios de propagação de infecções hospitalares, podendo ocorrer também através da saliva, daí o uso de máscaras, impedindo a disseminação das gotículas de salivas devendo esta cobrir boca e nariz. Aventais e gorros evitam a disseminação de germes no meio ambiente e campo operatório.

É norma de todo hospital que ao adentrar ao centro cirúrgico, o cirurgião-dentista, médicos e enfermeiras,

troquem suas roupas por outras de algodão, para evitar a produção de faíscas devido a energia estática. Sapatilhas, calças, camisetas, gorro e máscara, todos esterilizados, são vestidos.

A seguir será feita a antissepsia das mãos e braços através de escovação com água e sabão, principalmente unhas, palma e dorso da mão e todo antebraço, banhando-as depois em solução antisséptica que pode ser álcool iodado. As mãos devem estar isentas de cortes ou escoriações e as unhas aparadas, e deve-se secá-las com toalhas esterilizadas. Cada integrante da equipe coloca, com o auxílio da enfermeira, um avental esterilizado. As mãos são entalcadas e calça-se as luvas, procurando não tocar a superfície externa das mesmas, com as mãos. Deve-se manter as mãos sempre acima do nível da mesa de operações, já que qualquer coisa que caia debaixo deste nível, se considera estar em uma área contaminada.

A assepsia da cavidade bucal, torna-se difícil pelas condições favoráveis que o meio oferece ao desenvolvimento microbiano, estando em constante sepsia. A limpeza mecânica consta da remoção de todos os resíduos, que dificultam a ação dos antissépticos. Deve ser feito escovação e bochechos. Ao redor da boca, nariz e região do mento, a assepsia é feita com gazes embebidas em mertiolate, álcool a 90° ou outro antisséptico /GRAZIANI (19)/.

O paciente deve ser coberto com campos esterilizados de modo a expor somente a região a intervir /GRAZIANI (19)/.

Existem vários métodos para execução; um deles, muito simples, é citado por McCALLUM JR. (26): consiste em colocar quatro toalhas ao redor da boca, cada uma presa com uma pinça para toalha. O corpo do paciente e a mesa de operação são cobertos com um lençol.

A esterilização dos instrumentos é ainda mais importante que a do campo operatório e das mãos, porque eles entram em contacto mais íntimo e direto com os tecidos. Esta pode ser feita por calor úmido, autoclave, ebulição ou estufa /GRAZIANI (19)/. A assepsia da sala cirúrgica, sob responsabilidade do hospital, vem completar um ambiente estéril.

B - ANESTESIA GERAL EM SI

O problema da dificuldade no tratamento de algumas crianças no consultório dentário, encontrou na técnica da anestesia geral, a permissão para que o dentista possa trabalhar cuidadosamente e com muito sucesso. Com a anestesia geral, o trauma físico foi abolido e o paciente não sofre ansiedades e portanto não fica com medo do tratamento dentário, pois a prevenção da dor é sem dúvida um dos maiores interesses na Odontopediatria /DRISCOLL (15) e TEUSCHER (35)/.

O processo da anestesia geral é ideal para crianças, devendo proporcionar uma indução rápida e não traumática,

anestesiando profundamente e não causando depressão do sistema cardiovascular e respiratório.

Fases da Anestesia Geral

Segundo FOURNIOL (16) , a anestesia geral é a perda da consciência e da sensibilidade e pode ser dividida em quatro fases, a saber: A primeira fase é chamada de fase de analgesia. A segunda, onde há excitação, pulso acelerado, hipertensão e perda da consciência, é chamada fase de excitação ou delírio. Na terceira fase da anestesia cirúrgica há depressão na medula espinhal, relaxamento muscular e regularização da respiração, observando-se quatro planos de respiração: respiração diminuída (hipoventilação); respiração abdominal com predominância da respiração torácica; respiração controlada. A quarta fase é a da paralisia bulbar.

Pré anestesia - Cuidados

A medicação pré-anestésica tem por finalidade eliminar a ansiedade do paciente; diminuir a dose do anestésico; amenizar as secreções, proporcionando um campo seco /ADELSON (2) , FOURNIOL (16) e PRYOR & MACALISTER (30)/ ; diminuir reflexos depressivos e o metabolismo, assegurando uma criança calma e relaxada, mas não depressiva /ADELSON (1), FOURNIOL

(16) , MELO e colab. (27) e VENTURA e colab. (38)/.

As doses da medicação pré-operatória e a natureza desta, são fixadas pelo anestesista /DEMARS (10) e GAMBLE (18)/ , embora na ausência deste a responsabilidade é do cirurgião-dentista /GAMBLE (18)/ . A dosagem e o tipo das drogas administradas dependem do estado físico e mental do paciente (crianças frágeis, doentes, calmas, precisam de uma dosagem reduzida, enquanto as robustas e muito ansiosas requerem uma dosagem maior); da natureza do procedimento e da via de administração anestésica /PRYOR & MACALISTER (30)/ .

Na medicação pré-anestésica são usados psicotrópicos como os fenotiazínicos (prometazinas, clorpromazinas) e os barbitúricos /CAIRNS (5) e FOURNIOL (16)/. Normalmente esta é feita no hospital, na forma injetável, embora ADELSON (1) e SARNAT & CHAYEN (32) , citam que esta medicação seja feita em casa, pelos pais, através de supositórios ou via oral.

Depois de dada a medicação pré-operatória, já na sala cirúrgica, o paciente é intubado. A intubação tem como finalidade oxigenar a criança, durante a anestesia, enquanto sua respiração não for espontânea /ADELSON (1) , DIXTER & SCHWARTZ (12) , FOURNIOL (16) , PRYOR & MACALISTER (30) e TOCCHINI & WYCOFF (36)/. Apesar da intubação nasal ter maior probabilidade de traumatismo, deverá sempre ser usada para intervenções odontológicas, pois apresenta como vantagens: man-

ter a via aérea livre e dar ao operador uma área de trabalho desobstruída. A intubação requer uma anestesia suficientemente profunda para causar completo relaxamento na mandíbula e depressão dos reflexos da faringe e laringe /TOCCHINI & WYCOFF (36)/.

FOURNIOL (16), cita como causas de iatrogenicidade: tentativas de intubação por tempo prolongado; aspiração de corpos estranhos; oxigenação deficiente e sem atmosfera úmida (evita ressecamento das secreções).

Após intubação deve ser feita a proteção dos olhos com tiras de gase ou adesivos para evitar que caiam fragmentos na vista e evitar prejuízos na córnea, como por exemplo, úlceras por falta de umidade. Também deverá ser feito um tampão faríngeo para impedir que sangue, material de restaurações, târtaro e outros resíduos atinjam as vias aéreas /DIXTER & SCHWARTZ (12), FOURNIOL (16) e TOCCHINI & WYCOFF (36)/ evitando também a ptose lingual que é um meio de obstrução /FOURNIOL (16)/. Este tampão deverá ser feito com gases dobradas, amarrando-o a um barbante ou fita, fita esta que deverá ficar fora da boca, como lembrete para removê-la. Antes de ser colocado, este, deverá ser umedecido para impedir a diluição do anestésico, a qual é provocada pela respiração bucal, e essa por sua vez, estimula secreções /FOURNIOL (16) e TOCCHINI & WYCOFF (36)/. É aconselhável a troca deste tampão com o decorrer dos procedimentos, pois com o passar do tempo, este fi-

ca saturado de saliva, sangue, etc., provocando seu deslocamento. Este tamponamento pode ficar a cargo do anestesista ou do cirurgião-dentista /FOURNIOL (16) e DIXTER & SCHWARTZ (12)/.

As cirurgias orais são realizadas após os procedimentos de dentística, pois quando da extração de um dente, o gás anestésico é aumentado para abolir os estímulos dolorosos /DIXTER & SCHWARTZ (12)/.

Findos os procedimentos dentários, a cavidade oral tem que estar livre de todos os restos de material, antes do tampão ser removido. Tem que se examinar os campos mucosos, embaixo da língua e próximos das superfícies dentais /DIXTER & SCHWARTZ (12)/.

O anestesista retorna o paciente a um plano mais superficial da anestesia com a finalidade de evitar aspiração de materiais e secreções. Se a ventilação pulmonar for espontânea, a sonda de intubação é retirada. Através de aspiração são removidos sangue e secreções para manter limpas boca e fossas nasais. Como o paciente no estado de semiconsciência consegue controlar a deglutição, a chupeta será colocada, para manter a ventilação pulmonar e a respiração espontânea, sendo retirada quando o paciente adquire reflexo tussígeno /FOURNIOL (16)/.

Estando os sinais vitais estáveis, e o sangramento bem controlado, o paciente é levado para a sala de recuperação /ADELSON (1), COHENOUR e colab. (6), DIXTER & SCHWARTZ

(12), RANDELL e COHEN (31) e SMITH e colab. (34)/. Os pacientes sem incidentes pós-anestésicos são levados para o quarto, porém, se existir algum problema médico, o departamento de medicina interna ou de pediatria assume o caso /RANDELL & COHEN (31)/.

Como cuidados pós-operatórios, SCHNECK (33), cita que deve-se fazer o paciente tossir e respirar profundamente todas as horas, para evitar complicações pulmonares; nos lábios e comissuras coloca-se pomada de Neomicina-hidrocortisona, para evitar ressecamento; nenhum medicamento é prescrito, a não ser em caso de necessidade, a colocação de um supositório analgésico.

SCHNECK (33) , TOCCHINI & WYCOFF (36) e VENTURA e colab. (38), sugerem que nesta fase, faça-se a tranquilização dos familiares e a exposição de alguns detalhes sobre a intervenção.

FOURNIOL (16), ainda comenta, sobre os cuidados pós-operatórios: controle da pressão arterial, pulso, temperatura e respiração; posição do paciente em decúbito lateral, no leito; a necessidade de medicação. A alta hospitalar é dada quando o paciente estiver em perfeitas condições de saúde oral e sistêmica, devendo continuar o controle no consultório. Quando o paciente for internado e dispensado no mesmo dia, nunca esquecer da sua diurese, pois o ato de micção é diminuído no pós anestésico e pode haver retenção urinária.

Também é dado aos pais instruções apropriadas sobre a dieta e cuidados de higiene oral /DIXTER & SCHWARTZ (12) , SMITH e colab. (34) e VENTURA e colab. (38)/.

O controle pós-operatório é realizado no consultório após dez dias da intervenção, segundo SCHNECK (33); para COHENOUR e colab. (6) em duas consultas sendo a primeira uma semana após e a segunda um mês depois. Já DIXTER & SCHWARTZ (12) recomendam o intervalo de uma a três semanas da intervenção, onde os familiares e a própria criança dão os seus pareceres sobre o procedimento, segundo o questionário apresentado por COHENOUR e colab. (6) :

- "- Teve alguma náusea ?
- Como se portou na noite da cirurgia ? Inquieta, calma ou igual ao usual ?
- Você teve que dar algum comprimido para dor ?
- A criança dormiu a maior parte do dia quando voltou para casa ?
- Quando voltou ao comportamento normal ? No mesmo dia, no dia seguinte, ou após dois dias ?
- O comportamento da criança foi diferente na noite da cirurgia ? Como ? Quietamente, dormiu mais, chorou, sangrou um pouco, acordou duas vezes ?
- A criança mencionou ou mostrou ter algum sonho diferente ou pesadelo na noite da cirurgia ?

- A criança tem estado diferente de alguma maneira desde a cirurgia ?
- Se sua criança necessitasse de uma cirurgia oral no futuro, você gostaria que fosse da mesma maneira ?
- Essa experiência fez sua criança ficar com mais medo do dentista com menos ou não mudou ?"

C - INDICAÇÃO

KENIRY (21) , LISAGOR (24) e SARNAT & CHAYEN (32) dizem que anestesia geral não deve ser administrada para toda criança com dificuldade de tratamento. Outras alternativas podem ser tomadas antes. Para muitas crianças normais, tratamento sob anestesia geral é apenas um estágio onde há ampliação do plano de tratamento.

Os autores indicam a anestesia geral nos seguintes casos:

- crianças em idade que não podem entender e superar seus medos e ansiedades, por exemplo, crianças de 2 a 3 anos sofrendo de cárie rampante, portanto, com idade precoce e necessitando de tratamentos múltiplos /ADELSON (1) , DALL'OPPIO (7), DAVIS (9), FUCHS (17), KENIRY (21), RANDELL & COHEN (31), SARNAT & CHAYEN (32) e TOCCHINI & WYCOFF (36)/;

- crianças mental ou emocionalmente deficientes e os mongolóides, DIXTER & SCHWARTZ (12), SMITH e colab. (34) e os autores citados acima;
- crianças normais cujos medos são tão fortes que elas não podem, nesse estágio, serem conduzidas sob controle, porque necessitam de tratamento dental imediato /ADELSON (2), DAVIS (9) e SARNAT & CHAYEN (32)/ ;
- crianças portadoras de doenças sistêmicas;
- doenças sanguíneas e crônicas (hemofilia e outras discrasias) /DAVIS (9) e FUCHS (17)/ ;
- doenças agudas;
- doenças do sistema linfático;
- doença renal crônica ou aguda;
- doenças cardiovasculares;
- malformações /DALL'OPPIO (7) e FUCHS (17)/ ;
- crianças que necessitem de um número elevado de sessões e demora num atendimento normal /COHENOUR e colab. (6) e DALL'OPPIO (7)/.

D - CONTRA-INDICAÇÃO

Nas restrições para anestesia geral estão:

- crianças sofrendo de distúrbios cerebrais;
- epilepsia;
- distrofia neuromuscular e enfermidades semelhantes /SARNAT & CHAYEN (32) / ;
- pacientes com infecção do trato respiratório superior tal como rinite, tosse ou infecção de garganta /DALL'OPPIO (8), RANDELL & COHEN (31) e VENTURA e colab. (38) / ;
- doenças sistêmicas crônicas;
- doenças renais;
- diabete;
- doenças cardiovasculares /FOURNIOL (16) / .

E - COMPLICAÇÕES

Apesar da anestesia geral ter permitido um avanço à odontologia, ela também tem seus riscos. Estes representam complicações que podem ser contornados ou serem causas de mortalidade e morbidade. As duas causas mais importantes que determinam a mortalidade são: o estado físico do paciente e o discernimento e habilidade do anestesista /MARX e colab. (25) e TOCCHINI & WYCOFF (36)/.

O Comitê de Anestesia de Baltimore dita como principal causa direta da morte, a aspiração do vômito, e ou-

tras como depressão neuromuscular e colapso cardiovascular /GRAZIANI (19), HARNDT & WEYERS (20) e TRIEGER (37)/.

Ainda como complicações podemos encontrar: febre, faringite, pneumonia, hemorragia /NAZIF (29)/ ; epistaxes nas crianças com adenóide, arritmias cardíacas, rouquidão /VENTURA e colab. (38)/ e cianose /NASCIMENTO e colab. (28)/.

Contudo a mortalidade em anestesia geral é baixíssima. Com uma apropriada avaliação do pré-operatório do paciente, a eleição consciente do anestésico mais apropriado, e habilidade para administrar a droga e controlar o caso, a mortalidade se aproxima do zero. Dependendo da habilidade do anestesista, ele pode antecipar e evitar problemas graves e ainda está apto para enfrentar casos de emergências e de ressuscitação.

F - ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA ANESTESIA

BOTHE & GALDSTON (4) dedicaram um trabalho em busca do aspecto psicológico da anestesia geral. Neste trabalho procuraram saber o quanto a idéia de morte associada ao sono causaria medo à criança quando submetida a anestesia geral.

Os autores fizeram acompanhamento de pacientes, com idades de 4 a 14 anos que seriam submetidos a pequenos pro

cedimentos cirúrgicos, no pré-operatório, durante a indução e no pós-operatório.

No pré-operatório algumas crianças apresentaram-se apreensivas com a típica expressão de medo - olhos arregalados, outras choraram e outras apresentaram-se bastante falantes. Todas estas crianças tiveram uma indução anestésica normal.

A apreensão de certas crianças dificultou um pouco a anestesia, mas nem por isso deixou recordações desagradáveis.

O despertar destas crianças também foi de forma variada, atribuindo o fato à medicação pré-anestésica, agente anestésico, idade e condição física de cada criança.

No pós-operatório, as crianças relataram como fenômenos visuais, imagens não comuns associadas com modelos geométricos e com algum movimento; havendo também presença de cores o que fascinava-as.

Algumas crianças descreveram tonturas o que mais tarde foi interpretado como uma movimentação contínua e subjetiva das coisas ao redor ou ainda como incapacidade de ver claramente e duplicação de imagens.

No primeiro dia do pós-operatório, a lembrança dos eventos já é vaga e somente quando inqueridas as crianças dizem alguns detalhes.

Dormir sob anestesia geral apresentava como di-

ferença do sono normal uma sensação de fadiga, falta de travesseiro e acordar poucas horas mais tarde.

Estas crianças consideravam como "parte pior" da permanência no hospital agulhas ou flechas.

Poucas ou quase nenhuma das crianças lembram do evento sob anestesia geral e chegam mesmo a dizer que no dia e hora da intervenção estavam assistindo televisão, jogando ou tinham ido ao parque.

Os autores observaram que crianças esclarecidas, de forma obscura acerca do procedimento portaram-se de forma semelhante as que haviam recebido explicações precisas.

Concluindo o trabalho estes autores recomendam: explicação à criança do porquê ela está no hospital e o que pode acontecer para ela em uma linguagem ao seu nível de compreensão.

De uma forma geral os autores relatam que a anestesia geral não causa trauma aos pacientes, a tal ponto de alguns nem se lembrarem do procedimento, embora relatem casos de mudança de comportamento e personalidade que mais tarde foram superados.

CAPÍTULO III

DISCUSSÃO

III - DISCUSSÃO

A maioria dos autores pesquisados mostraram-se a favor da realização dos procedimentos odontológicos sob anestesia geral, embora alguns autores tenham um ponto de vista adverso.

Por exemplo, DALL'OPPIO em seu trabalho em 1973, mostrava-se confiante no desenvolvimento futuro da anestesia geral em odontologia, desde que houvesse uma indicação precisa, citando ainda sucesso em 100.000 casos de crianças submetidas a este processo na Itália. Já em 1979, o autor em outro trabalho, comenta que devido aos riscos da anestesia geral ela deve ser evitada, procurando-se com paciência tratar todas as crianças sob a ação do anestésico local.

CAPÍTULO IV

CONCLUSÃO

IV - CONCLUSÃO

Ao se pensar em tratamento odontopediátrico, deve-se abordar o paciente como um todo e não apenas a sua boca, respeitando seus medos, criatividade e curiosidades.

Se dificuldades foram encontradas nos procedimentos dentários, as crianças devem ser submetidas aos métodos psicológicos adequados e no insucesso destes, concordamos junto a maioria dos autores pesquisados numa indicação de anestesia geral.

A pouca aceitação deste método é devida ao pequeno número de insucessos referentes à anestesia geral e não aos procedimentos odontológicos, pois neste aspecto ele apresenta-se vantajoso psicologicamente e economicamente.

Outra barreira enfrentada pelo cirurgião-dentista é a posição dos pediatras com relação a este procedimento, salientando ainda a falta de esclarecimento da população e até mesmo da própria classe odontológica, carente de conhecimentos neste campo, devido a falta deste assunto nos currículos das faculdades de Odontologia e a escassa literatura. Para contornar esta falha, sugerimos programas dirigidos no sentido de ampliar a educação, familiarizando o aluno de Odontologia com o ambiente hospitalar.

A anestesia geral deveria ser bastante divulgada entre os odontopediatras por suas vantagens: melhor quali-

dade de trabalho, única sessão, mais trabalhos executados em menos tempo, pois consegue-se em média executar sete restaurações por hora contra três realizadas com anestesia local e poupa-se experiências desagradáveis às crianças, criando fundamento para boa cooperação no futuro.

Muitas crianças vão tornar-se de fato, bons pacientes cooperadores e o número de crianças requerendo repetir a anestesia geral para tratamento é muito pequeno - menos de 1%.

Disso tudo, podemos avaliar o bem que nos traz esta conduta e ainda pensar como DALL'OPPIO (7) : "num futuro próximo o método entrará na prática cotidiana como foi no seu tempo o advento da anestesia local - regional".

CAPÍTULO V

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

V - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADELSON, J.J. Oral reconstruction with general anesthesia for children. N.Y. St. dent. J., 36:338-43, June /July 1970.
2. ----- . Complete restorative dentistry for the child problem patient using general anesthesia. Quintessence Int., 8(10):75-80 , Oct. 1977.
3. ARCHER, W.H. Cirurgia bucal. 2. ed. Buenos Aires, Mundi, 1968. p. 319 - 39.
4. BOTHE, A. & GALDSTON, R. The child's loss of consciousness: a psychiatric view of pediatric anesthesia. Pediatrics, 50(2):252 - 63 , Aug. 1972.
5. CAIRNS, J.W. Drugs in dental sedation and anaesthesia. Dent. Anaesth Sedat., 10(1) , 1981.
6. COHENOUR, K. *et alii*. A composite general anesthesia technique using ketamine for pediatric outpatients. J. Oral Surg., 36(8) : 594 - 8 , Aug. 1978.
7. DALL'OPPIO, L. Dental intervention with anesthesia - indications in children. Rev. Belg. Med. Dent., 28(1):61-3, 1973.

8. DALL'OPPIO. Pedodontics in general anesthesia: organization of the ambulatory practice and operator technique. Dent. Cadmos, 47(1) : 17 - 25 , Jan. 1979.
9. DAVIS, J.M. Pedodontics. In: HOOLEY, J.R. Hospital dentistry. Philadelphia, Lea and Febiger, 1970. p.119-27. Apud LISAGOR, M.S., op. cit. ref. 24.
10. DEMARS, C. Restoration of the oral cavity in children under general anesthesia. Rev. Belg. Med. Dent., 28(1) : 81 - 96 , 1973.
11. DINER, H. Pediatric - pedodontic interaction in the hospital setting. J. Hosp. Dent. Pract., 13(3) : 116 - 7, 1979.
12. DIXTER, C. & SCHWARTZ. Dental rehabilitation for children under general anesthesia in a day surgery center. J. Dent. Que., 19(3) : 7 - 13 , May 1982.
13. DOUGLAS, B.L. The modern hospital and dental care. J. Hosp. Dent. Pract., 6(1) : 31 , Jan. 1972.
14. DOUNA, M.; MAYER, B.; CARREL, R. Intravenous anesthesia for pediatric dentistry in a hospital or institutional setting. J. Dent. Child., 42(4) : 285 - 9, July/Aug. 1975.

15. DRISCOLL, E.J. Dental Anesthesiology: Its history and continuing evolution. Anaesth. Prog., 25(5) , Sept / Oct. 1978.
16. FOURNIOL, A.F. A odontologia para excepcionais. São Paulo, Panamed Editorial Ltda., 1981. p. 51 - 78 , 128 - 34.
17. FUCHS, E. Pedodontic service in a general hospital: report of activity. J. Dent. Child., 40(2) : 29 - 30 , Mar / Apr. 1973.
18. GAMBLE, J.W. The hospitalized dental patient. J. La. Dent. Assoc., 31 : 14 - 29 , 1973.
19. GRAZIANI, M. Cirurgia buco-maxilar. 5. ed. Rio de Janeiro, Livraria Editora Científica, 1968. p. 69 - 92.
20. HARNDT & WEYERS. Odontologia infantil. S.L.p., Mundi, 1967. p. 186 - 9.
21. KENIRY, A.J. An assessment of child patients requiring general anesthesia. J. Dent. Child., 41(3) : 34 - 40 , May / June 1974.
22. KOEHLER, S.C. The hospitalized dental patient. Alumni Bulletin, I.U.S.D., 37 - 9 , 1981.

23. KRUGER, G.O. Cirurgia bucal. México, Interamericana, 1959.
p. 26 - 7 .
24. LISAGOR, M.S. The role of the pedodontist in the multiple procedure approach to general anesthesia for children: report of four cases. J. Dent. Child., 45 : 465 - 8 ,
Nov. /Dec. 1978.
25. MARX, G.F.; MATEO, C.V.; ORKIN, L.R. Computer analysis of postanesthetic deaths. Anesth., 39 : 1 , 54 - 8 , 1973.
Apud TRIEGER, N. op. cit. ref. 37 .
26. McCALLUM JR., C.A. Cirugia bucal para niños. In: FINN, S.B. Odontologia pediátrica. México, Interamericana ,
1980. cap. 18 , p. 339 - 75.
27. MELO, G.S. *et alii*. General anesthesia in pedodontics. Quintessencia, 7(6) : 53 - 7 , June 1980.
28. NASCIMENTO, A.C. *et alii*. General anesthesia with ketamine in pedodontics. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent., 29(5) :
8 - 10 , Sept. /Oct. 1975.
29. NAZIF, N.M. Nasal intubation in complete oral rehabilitation. A survey of eighty cases. J. Dent. Child., 43(1) : 25 -
- 7 , Jan. /Feb. 1976.

30. PRYOR, W.J. & MACALISTER, A.D. General anaesthetic and sedation techniques for dentistry. Bristol, John Wright, 1971. p. 30 - 2 , 45 - 9 , 56 - 62 , 105 - 17 .
31. RANDELL, S. & COHEN, L. Some day general anesthesia for comprehensive dental care. Quintessence Int., 9 : 111 - 3 , 1978.
32. SARNAT, H. & CHAYEN, M. General anesthesia as part of comprehensive pedodontic treatment. J. Dent. Med., 22 : 27 - 9 , Jan. 1973.
33. SCHNECK, H. Restoration of the mouth in children under general anesthesia-step by step description of treatment. Rev. Belg. Med. Dent., 28(1) : 71 - 9 , 1973.
34. SMITH, F.K.; DEPUTY, B.S.; BERRY, F.A. Outpatient anesthesia for children undergoing extensive dental treatment. J. Dent. Child., 45 : 142 - 5 , Mar. /Apr. 1978.
35. TEUSCHER, G.W. General anesthesia for the pedodontic patient. J. Hosp. Dent. Pract. , 12 : 106 - 7 , July / Sept. 1978.

36. TOCCHINI, J.J. & WYCOFF, C.C. Hospital procedures in the care of the handicapped child. Dent. Clin. N. Amer., 261 - 80 , July 1966.
37. TRIEGER, N. Control del dolor. Berlin, Die Quintessenz, 1975. p. 117.
38. VENTURA, E. *et alii*. General anesthesia for complete oral rehabilitation in children. J. Dent. Child., 48(1) : 33 - 5 , Jan. /Feb. 1981.