

# CIRURGIA BUCAL AMBULATORIAL EM PACIENTE ESPECIAL SOB ANESTESIA GERAL

## AMBULATORIAL ORAL SURGERY TO PATIENTS WITH SPECIAL NEEDS UNDER GENERAL ANAESTHESIA.

Sandra Maria H. Coelho Ávila **AGUIAR**<sup>1</sup>  
 Jéssica Lemos **GULINELLI**<sup>2</sup>  
 Fátima Hassan Baz **LAURETTO**<sup>3</sup>  
 Adriana Lopes **CAVALCANTI**<sup>4</sup>

### RESUMO

A maioria dos pacientes especiais pode receber tratamento odontológico com resultados positivos em consultório. Porém, uma pequena porcentagem dos casos, requer tratamento sob anestesia geral. O tratamento odontológico sob anestesia geral oferece um controle adicional sobre o paciente, entretanto necessita maiores cuidados quanto ao controle das vias aéreas e a manutenção da capacidade respiratória deste. O objetivo deste trabalho é relatar o caso clínico de um paciente portador de paralisia cerebral, que foi encaminhado para tratamento odontológico no Centro de Assistência Odontológica a Excepcionais (CAOE), Unidade Auxiliar da Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba-UNESP. Além disso, enfatiza as condições necessárias para este tipo de tratamento, a seqüência dos eventos num centro cirúrgico e os aspectos que envolvem o comportamento do paciente e dos pais ou responsáveis. Conclui-se que é de suma importância o cirurgião dentista conhecer os procedimentos prévios à realização de uma anestesia geral, bem como a interação multiprofissional dentista-anestesiologista-enfermagem e o monitoramento das funções vitais do paciente.

**UNITERMOS:** Anestesia geral; cirurgia ambulatorial; paralisia cerebral.

### INTRODUÇÃO

De acordo com BRASIL<sup>2</sup> (1992), o atendimento odontológico a pacientes especiais tem expandido em âmbito nacional, dentre os tipos de tratamento tem-se a cirurgia ambulatorial sob anestesia geral. Esse tipo de tratamento é freqüentemente realizado, não havendo a necessidade de internação do paciente, pois este chega ao local algumas horas antes da cirurgia e recebe alta no final do mesmo dia.

HOLT et al.<sup>5</sup> (1991), demonstra as seguintes vantagens da cirurgia ambulatorial sob a hospitalar: economia de tempo, tratamento mais acessível financeiramente, diminuição do risco de estresse e traumas psicológicos causado pela internação, tanto

para os pais, quanto para os pacientes. MANICA<sup>8</sup> (1992), complementa sobre as vantagens da técnica: maior capacidade de atendimento cirúrgico à população (muitas vezes represado por falta de leitos hospitalares), abreviando, assim, o tempo de espera entre a marcação e a data da cirurgia e diminuição do risco de infecção hospitalar.

A anestesia geral envolve riscos, logo suas indicações devem ser específicas, claras e restritas. Segundo FERRETI<sup>4</sup> (1988) e TOLEDO e BEZERRA<sup>12</sup> (1986), as indicações são:

1. Tratamento de pacientes excepcionais com severas restrições físicas e mentais.
2. Problemas graves de distúrbios de conduta ou pacientes com distúrbios psiquiátricos (distúrbios emocionais ou psicológicos).

<sup>1</sup>Professora Assistente Doutora da Disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP e Supervisora do Centro de Assistência Odontológica a Excepcionais (CAOE), UNESP.

<sup>2</sup>Cirurgiã-Dentista e Estagiária do Centro de Assistência Odontológica a Excepcionais (CAOE), UNESP.

<sup>3</sup>Cirurgiã-Dentista do Centro de Assistência Odontológica a Excepcionais (CAOE), UNESP.

<sup>4</sup>Anestesiologista do Centro de Assistência Odontológica a Excepcionais (CAOE), UNESP.

3. PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS EM CRIANÇAS MUITO NOVAS ONDE HÁ NECESSIDADE DE TRATAMENTO EXTENSO.

4. Necessidades de tratamento acumuladas em pacientes portadores de doenças sistêmicas.

5. Pacientes com intolerância aos anestésicos locais..

6. Necessidade de tratamento acumuladas em pacientes que residem em áreas afastadas, onde não há recursos para a realização do tratamento odontológico ou com problemas de transporte.

7. Crianças rebeldes para as quais não foi possível o tratamento, mesmo com o auxílio de pré-medicação e anestesia local.

8. Pacientes hemofílicos ou portadores de outros transtornos de hemostasia, e nos quais a anestesia local deve ser evitada, pois há o risco de provocar hemorragia nos espaços faríngeos laterais, onde é difícil aplicar medidas de controle.

9. Trauma extenso buco facial, geralmente tratado em conjunto com consultores da cirurgia oral e maxilofacial, neurocirurgia e serviços ortopédicos.

Em alguns pacientes a anestesia geral está contra-indicada em função das seguintes condições (DUNCAN,<sup>3</sup> 1991; JAMES,<sup>6</sup> 1991):

1. Controle inadequado de doença (Estado Físico III e IV – ASA).

2. Hipertermia maligna.

3. Obesidade complicada por problemas respiratórios e/ou circulatórios.

4. Terapêutica com Inibidores de Monoaminoxidase (IMAO) ou abuso de drogas.

5. Pacientes pediátricos ex-prematuros ou com infecções do trato respiratório inferior.

Os cirurgiões dentistas devem proporcionar o melhor atendimento aos seus pacientes e, para que isso ocorra, estes devem possuir os conhecimentos básicos de cirurgia buco maxilo facial e associá-los aos da medicina. Desta forma, o objetivo deste artigo é relatar o preparo de um paciente portador de paralisia cerebral e, do campo cirúrgico para um tratamento dentário sob anestesia geral.

## CASO CLINICO

A paciente J.A.B.O., sexo feminino, 19 anos de idade, leucoderma, portadora da deficiência mental “Paralisia Cerebral”. Foi encaminhada para atendimento odontológico no Centro de Assistência Odontológica a Pacientes Especiais – C.A.O.E., da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP,

Na consulta odontológica inicial, a paciente mostrou-se não colaboradora. Técnicas de controle de comportamento foram utilizadas e, não havendo a colaboração do paciente, como último recurso foi indicado o tratamento dentário sob anestesia geral. A mãe da paciente foi informada e assinou um termo de consentimento esclarecido sobre a situação.

A paciente foi direcionada para a consulta com a enfermeira e com a equipe médica

multidisciplinar do centro (cardiologista, clínico geral e anesthesiologista), na qual foi analisado o estado geral do paciente. Foram solicitados exames pré-operatórios de rotina tais como: hemograma completo, coagulograma e glicemia de jejum. Não havendo restrições, foi autorizada e agendada a data do procedimento cirúrgico. Neste dia, foram fornecidas à família da paciente, recomendações pré-cirúrgicas “por escrito”, onde instruí a paciente a permanecer em jejum absoluto de 8 horas antes da cirurgia. De acordo com MODESTO e GUEDES-PINTO<sup>9</sup> (1991), o motivo do jejum está embasado no fato de que, se durante a anestesia geral o paciente vomitar e aspirar pode ocorrer asfixia ou até mesmo, morte.

Na manhã da cirurgia, a equipe multidisciplinar (enfermeira, anesthesiologista, instrumentadora e cirurgiões-dentistas), utilizando-se de conhecimentos básicos de assepsia e anti-sepsia iniciou o preparo da paramentação. Todo o equipamento de proteção individual foi devidamente ajustado, como máscaras, gorros, óculos de proteção, pro-pé, anti-sepsia das mãos com sabão degermante (Chlohex – Johnson), avental cirúrgico e luvas.

O preparo da paciente é iniciado pela enfermeira, fazendo a troca de roupa da paciente, e encaminhando-a para o centro cirúrgico. A paciente foi posicionada na mesa cirúrgica e recebeu a instalação dos aparelhos de monitorização: oxímetro de pulso, cardioscópio e aparelho não-invasivo de pressão arterial.

Foi procedida a punção endovenosa, para a realização da indução anestésica. Optou-se pela técnica endovenosa, neste caso foram utilizados o hipnótico propofol, seguido por relaxante muscular (Pancuron) e analgésico derivado de morfina sintética (Alfetanyl). Segundo RAFTERY e SHERRY<sup>10</sup> (1992), o propofol provoca menos náusea e vômito pós-operatório em comparação com os anestésicos inalatórios e possui propriedades antitérmicas.

Equipamentos de monitorização foram instalados e acoplados na paciente para medições constantes dos sinais vitais, garantindo a segurança da equipe no ato cirúrgico, bem como a do próprio paciente.

A intubação endotraqueal foi obtida por via oral, porque não havia condições para intubação por via nasal, já que as narinas da pacientes eram colabada. A finalidade da intubação é de oxigenar o paciente durante a anestesia enquanto sua respiração não for espontânea. A sonda endotraqueal foi introduzida na traquéia com o auxílio do laringoscópio e a pinça de Magill. Na extremidade da sonda, foram conectados o sistema respiratório Takaoka 676 e capnógrafo. A anestesia foi mantida com gases do tipo halogenado (“Isoflurano”).

Realizou-se a proteção ocular pelo método do fechamento palpebral com micropore, que é para

SNOW et al.<sup>11</sup> (1975) e BATRA e BALI<sup>1</sup> (1977) uma medida suficiente para prevenir a abrasão da córnea e proteger contra fragmentos que podem ser ativados durante a cirurgia.

LELES et al.<sup>7</sup> (2002) analisando a metodologia dos trabalhos de pesquisa enfoca que o protocolo comumente empregado foi a realização da proteção ocular imediatamente após a indução anestésica. Diante da comprovada toxicidade ocular dos anti-sépticos, é de fundamental importância que os olhos estejam protegidos no momento da execução da anti-sepsia facial pré-cirúrgica.

Realizou-se o tamponamento da orofaringe com gaze presa por cordone, para facilitar sua retirada e com finalidade de evitar escoamento e aspiração de fragmentos, sangue e muco para a faringe (TOLEDO e BEZERRA,<sup>12</sup> 1986).

É importante observar a posição do paciente, deve ser supina, com a parte da mesa que contém a cabeça elevada em 15°. Os membros devem ficar em posições fisiológicas (ou seja, posições que o paciente consideraria confortáveis para longos períodos). A cabeça do paciente deve estar apoiada sobre uma almofada com relevo nas bordas, para impedir movimentos excessivos durante o procedimento odontológico.

A partir deste momento, o cirurgião-dentista realizou a anti-sepsia intra e extra oral com Iodopovidona (P.V.P.I. a 10% em solução aquosa, com 1% de iodo ativo-Povitec-S®, colocação de campo fenestrado e cobrindo todo o corpo do paciente com lençol e cobertor para manter a temperatura.

Com o planejamento estipulado, o C.D. seguiu para a profilaxia dos elementos dentais, as exodontias e sutura com fio reabsorvível de poliglactina - "Vicryl" 910.

Depois de concluído a fase cirúrgica, o excesso de fluídos da cavidade bucal foi aspirado, o tamponamento orofaríngeo removido e deixado o paciente aos cuidados da anestesista que providenciou o despertar e a extubação. A anestesista foi avisada minutos antes do término da cirurgia para que o despertar fosse mais rápido.

O preenchimento do prontuário dos procedimentos realizados, prescrição medicamentosa e cuidados pós-operatórios foram feitos pela cirurgiã dentista. O paciente foi encaminhado para a sala de recuperação pós anestesia acompanhado pela enfermeira e anestesista. Foi mantido a via endovenosa com soro gota-a-gota, durante a anestesia geral, para qualquer medida emergencial e repor fluídos perdidos durante a cirurgia ou prolongar a anestesia. A monitorização (pressão arterial e oximetria) também foi mantida.

Passado uma hora, foi removido o soro da paciente e transportada para a sala de recepção externa junto à família. A enfermeira instruiu a mãe quanto aos cuidados pós-operatórios, orientação

quanto à dieta e higienização bucal. Após criteriosa avaliação do estado geral do paciente, foi dada alta e agendado o retorno da paciente após 15 dias.

## CONCLUSÃO

Qualquer ato que envolva a administração de drogas por via endovenosa ou inalatória requer a monitorização do paciente; a busca da qualidade em qualquer circunstância implica na conjugação do trabalho do cirurgião-dentista, anestesista e enfermeiro. E lembrando, que nenhuma história humana é escrita sem a presença de uma ou duas mãos amigas que se estendem em nossa direção.

## ABSTRACT

*For most of the patients with special needs the odontological treatments in the dental office have been realized with very good results. But, in a little percentage of the cases, the dental treatment under general anaesthesia is required. The odontological treatment, under general anaesthesia, offers an additional control of the patient, however it demands a bigger control of his airway and the maintenance of it. The purpose of this study is to describe a clinical case of a patient with cerebral palsy submitted to the dental treatment under general anaesthesia in the "Centro de Assistência Odontológica a Excepcionais" (an odontological center specially prepared to assist patients with specially needs), an Auxiliary Unit of the Dentistry School of Araçatuba – UNESP. In this paper it is emphasized the essential conditions to this kind of treatment, the sequence of events in a surgical center and the conducts and behaviors of the patients, their parents or their care takers. The authors concluded that is very important to the dentists to know all the surgical preparations before the general anaesthesia; the integrated work of the dentists – anaesthetist – nurses and the physiologic monitoring of the patient.*

**UNITERMS:** *General anesthesia; ambulatory surgical procedures; cerebral palsy.*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - BATRA, Y. K.; BALI, I.M. Corneal abrasions during general anesthesia. **Anesth Analg**, v. 56, n. 3, p. 363-365, May/Jun. 1977.
- 2 - BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de assistência odontológica integrada ao paciente especial**. Brasília: Ministério da Saúde, SNAS, 1992. 23p.
- 3 - DUNCAN, P.G. Day surgical anaesthesia: which patients? Which procedures? **Can J Anaesth**, v. 38, n. 7, p. 881-882, Oct. 1991.

- 4 - FERRETI, G.A. Hospital pediatric dentistry and general anesthesia. In: WEI, S. H. Y. Ed. **Pediatric dentistry: total patient care**. Philadelphia: Lea & Febiger, 1988. p. 288-407.
- 5 - HOLT, R. D.; CHIDIAC, R. H.; RULE, D. C. Dental treatment for children under general anaesthesia in day care facilities at a London dental hospital. **Br Dent J**, v. 170, n. 7, p. 262-266, Apr. 1991.
- 6 - JAMES, D.W. General anaesthesia, sedation and resuscitation in dentistry. **Br Dent J**, v.171, n. 11-12, p. 345-347, Dec. 1991.
- 7 - LELES, J. L. R.; LEMES, C. H. J.; NATORF, M. T. Avaliação da conduta de cirurgiões buco-maxilo-faciais na prevenção de injúrias oculares em pacientes submetidos a intervenção sob anestesia geral. **Rev ABO Nac**, v. 10, n. 1, p.37-42, fev./mar. 2002.
- 8 - MANICA, J. Anestesia em cirurgia ambulatorial. In: MANICA, J. et al. **Anestesiologia: princípios e técnicas**. São Paulo: Artes Médicas, 1992. p. 445-461.
- 9 - MODESTO, L. M. M.; GUEDES PINTO, A. C. Anestesia geral em Odontologia. In: GUEDES PINTO, A. C. **Odontopediatria**. 3. ed. São Paulo: Ed. Santos, 1991. p. 1017-1033.
- 10 - RAFTERY, S.; SHERRY, E. Total intravenous anaesthesia with propofol and alfentanil protects against postoperative nausea and vomiting. **Can J Anaesth**, v. 39, n.1, p.37-40, Jan. 1992.
- 11 - SNOW, J. C. et al. Corneal injuries during general anaesthesia. **Anesth Analg**, v. 54, n. 4, p. 465-467, Jul./Aug. 1975.
- 12 - TOLEDO, O. A.; BEZERRA, A. C. B. Atendimento odontológico para pacientes especiais. In: TOLEDO, O. A. **Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica**. São Paulo: Panamericana, 1986. p. 221-225, 234-240,