

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A ANESTESIA EM URGÊNCIAS

ARMANDO FORTUNA

Introdução

1 P 3196
A nossa intenção ao publicar um trabalho sobre a Anestesia de Urgência, é apenas, mostrar e orientar àqueles que têm pouca experiência neste ramo, os precalços, as dificuldades que se apresentam e os cuidados que são fundamentais para a vida do paciente. Quase todo o material que apresentamos foi colhido durante três anos de trabalho contínuo no Serviço de Anestesia do Hospital de Pronto Socorro, onde tivemos oportunidade de trabalhar em condições às mais diversas e mais árduas. Representa também esta publicação uma homenagem e um cumprimento a todos aqueles que seguem a dura trilha de um Serviço de Urgência.

Plano de trabalho:

- I — Instrumental
- II — Pré-medicação
- III — Conduta anestésica
- IV — Acidentes
- V — Pós-operatório imediato e recuperação
- VI — Considerações finais
- VII — Resumos e Bibliografia

Instrumental

O anesthesiologista que trabalha num S. U., deve ter ao seu dispor um material adequado, se quiser ter um resultado satisfa-

tório. Daremos, a seguir, a relação do equipamento que consideramos mínimo para o funcionamento de um Serviço deste tipo:

1) Aparelho de Anestesia com fluxômetros para Oxigênio, Ciclopropano e Protóxido de Azoto, além de um sistema para vaporização ou gotejo de éter. É condição fundamental que possua uma válvula para Oxigênio direto. No nosso Hospital usamos aparelhos de fabricação Foregger, que satisfazem plenamente.

2) Material para intubação e broncoscopia. Tubos endotraqueais com manguito ou sem este, de todos os calibres. É importante que a lâmina do broncoscópio seja portadora de um dispositivo para insuflação de Oxigênio.

3) Aspirador à prova de centelha, com diversos tipos de sondas de aspiração, com pequenos tubos de vidro para conexão com a tubuladura do aparelho.

4) Cilindro grande de Oxigênio, com transferidor e manômetro, colocado perto da S. O. Prêso ao cilindro deve estar sempre uma chave inglesa ou outra de qualquer tipo, para troca do cilindro.

5) Anestésicos, analgésicos, hipnóticos, neuroplégicos, ganglioplégicos e anti-histamínicos de várias qualidades. Relaxantes musculares de diversos tempos de ação. Sôro, plasma e sangue à sua disposição imediata.

6) Material anestésico acessório:

- a) Canisters de vários tamanhos, para "vai e vem".
- b) Bôlsas de borracha de diversas capacidades, de preferência com fundo falso, facilitando qualquer conexão desejada.
- c) Máscaras de vários tipos.
- d) Ângulos e conexões.
- e) Válvulas expiratórias de qualquer tipo satisfatório e tubos em T (Ayres).
- f) Cânulas orofaringéias de vários tamanhos.
- g) Abridor de boca.
- h) Vaporizador para anestesia tópica.
- i) Sistema umidificador para fazer Oxigênio por cateter nasal.
- j) Tubuladuras de borracha de vários tamanhos e calibres, para quaisquer adaptações necessárias.
- k) Cal sodada de boa qualidade.

- l) Material para raquianestesia.
- m) Tubos de politeno e agulhas com mandril, para venóclise.
- n) Seringas e agulhas de boa qualidade. Torneiras de 3 vias.
- o) Sistema de tomada de pressão de boa qualidade e aferido.
- p) Lanterna elétrica, com pilhas sobressalentes.
- q) Fichas anestésicas as mais completas e práticas possíveis.

Pré-medicação

A maior parte do sucesso de uma intervenção de urgência, está na indicação da escolha e da necessidade da pré-medicação. Dela vai depender toda a conduta anestésica posterior. Tentaremos fazer uma generalização, a melhor possível, sobre este aspecto, de acordo com os casos mais comuns que aparecem num Serviço de Pronto Socorro.

a) *Anemia aguda* — É bem caracterizada no quadro de prenhez ectópica róta. A paciente já chega ao Hospital em tal estado de depressão, que esta seria mais um mal que um bem. Contudo, nos casos em que o acidente é recente, mantendo-se a pressão arterial acima de 100 mm de Hg, com um pulso forte e abaixo de 110, nos parecendo o aspecto geral bom, fazemos, preferentemente, o Dilaudid-escopolamina (0,002) ou a Dolantina (100 mg), assim que o enfermo chega ao hospital. O tempo que vai decorrer até o início da intervenção, é suficiente para uma ação eficaz do farmaco empregado. Algumas vezes, fazemos atropina, 0,25 mg por via intravenosa, alguns minutos antes da operação.

b) *Abdome agudo* — Incluímos como mais comuns os seguintes: apendicite aguda, úlcera perfurada, hérnia estrangulada, colecistite aguda, oclusões intestinais e feridas e contusões abdominais.

Estudaremos a pré-medicação na criança, no adulto e no velho, nas afecções supra-citadas.

1) *Crianças*: Fazemos, a partir do 6.^o mês, tionembutal retal, numa dose de 25 mg/kg/pêso (1 cm³ de uma solução a 2,5 %/kg/pêso) 30 minutos antes da intervenção, seguidas, 10 minutos após, com atropina intramuscular numa dose que varia entre 0,1 a 0,5 mg. Em certos casos, temos usado a dolantina, numa dose que é, mais ou menos, 1 mg/kg/pêso, até os dois anos de idade. (1,4)

2) *Adultos*: De um modo geral, preferimos o Dilaudid-escopolamina, que sempre nos deu um resultado muito bom.

3) *Velhos*: Preferimos a dolantina, 50 a 100 mg, associada ou não ao fenegan (50 mg). (10)

c) *Traumatismos crânio-encefálicos* — Evitamos os opiáceos, em virtude de sua nítida ação hipertensiva craniana, que iria dificultar qualquer ato cirúrgico. Preferimos a dolantina, com ou sem atropina, usando-se esta última quando queremos reforçar os efeitos parassimpaticolíticos da primeira. Em alguns casos, temos feito correr gôta a gôta, em veículo isotônico e na veia, a mistura lítica chamada de M1, contendo Amplictil, Fenérga e Dolantina (50, 50 e 100 mg). Esta é continuada no per, e às vêzes, no pós-operatório. Seus resultados nos parecem muito bons, pois asseguram um sono e um despertar tranquilos, o que nestes doentes constitui sempre um problema. (9, 10)

d) *Feridas e contusões de tórax* — Geralmente fazemos opiáceos ou dolantina. (11)

e) *Traumatismos e esmagamentos de membros* — Estes doentes nos chegam, na maioria das vêzes, para amputação imediata, em péssimo estado geral. É comum apresentarem outras lesões, abdominais, torácicas ou crânio-encefálicas, que complicam ainda mais o quadro. Estão sempre em estado de choque ou pré-choque, exigindo do anestesiolegista o máximo de discernimento. Até bem pouco tempo, fazíamos opiáceos ou Dolantina, em injeção intramuscular ou intravenosa, iniciando-se sôro, plasma ou sangue concomitante. Atualmente, após leitura e experiência pessoal com 4 casos, além da experiência dos colegas, preferimos a “deshockage” pelo método de Laborit, com a mistura M1 associada ao sangue, por outra veia. Os doentes submetidos a êste método saem do choque mais ou menos rapidamente, assegurando, além disto, uma anestesia regular e suave com pequenas doses de anestésicos. (9, 10)

f) *Urgências obstétricas* — As mais comuns são as cesarianas, os fórceps e as manobras obstétricas. Sempre que podemos, fazemos a Dolantina intramuscular, 20 a 30 minutos antes da intervenção. Em outros casos, iniciamos um sôro isotônico de 500 cm³, fisiológico ou glicosado, gôta a gôta na veia, associado a 100 mg de Dolantina e 200 mg de Vitamina B1. Êste é feita alguns minutos antes da operação, sendo continuada ou não através da mesma. (8, 12, 18)

NOTA — Antes de passarmos ao parágrafo seguinte, é importante deixarmos bem claro que a pré-medicação é uma indicação que depende, mais que tudo, do próprio doente. Nenhum dos esboços que demos acima é absoluto, pois que não há uma rotina em anestesia, assim como também não existe em Medicina.

Conduta anestésica

Antes de iniciar qualquer intervenção, e de preferência, assim que assumir o plantão que lhe cabe no Hospital de Urgência, o Anestesista deve verificar o material existente, experimentar o apa-

relho de anestesia, verificar os gases e a cal sodada, assegurar-se que o aspirador funciona perfeitamente e testar o material elétrico. Nunca se deve iniciar uma operação de urgência com descuido e pouco caso, pois que, às vezes, o bom funcionamento de um aspirador, a quantidade de Oxigênio em uma bala, ou o fato de uma lâmpada acender ou não, representam a diferença entre a vida e a morte do paciente. A mesa do anestesista deve conter, pronto, todo o material de intubação e aspiração. (1, 6, 7)

Feitas estas considerações preliminares, passaremos à conduta anestésica propriamente dita. Seguiremos de perto a seqüência da pré-medicação.

a) *Anemia aguda* — Usaremos novamente a prenhez ectópica para exemplificar a orientação que usamos. O nosso primeiro cuidado é o de verificar se já foi classificado o tipo sanguíneo e providenciar, imediatamente, uma venóclise com sôro fisiológico ou dextran, a serem substituídos assim que chegar o sangue. Em geral, no nosso Hospital, o sangue vem junto com o doente para a S. O., e o passamos prontamente, em grande velocidade. Em dificuldades com a pegada da veia, apelamos para a femoral, sempre fácil de ser encontrada.

Registramos na ficha a pressão arterial, os movimentos respiratórios e a freqüência do pulso, procedendo-se então, à indução. Caso a paciente apresente uma pressão arterial de 90 ou 100 mm de Hg e suas condições nos pareçam razoáveis, induzimos com um máximo de 0,3 g de tionembutal e 40 ou 80 mg de flaxedil ou outro qualquer relaxante muscular em dose equivalente. Caso necessário, auxiliamos a respiração, continuando a anestesia com ciclopropano ou ciclopropano-éter. Não intubamos de rotina, e nos 40 casos que tivemos até hoje, somente uma vomitou no per-operatório, e o aspirador, a limpeza da bôca e a posição de Trendelenburg resolveram perfeitamente o problema. (1, 2, 3, 7)

Nos casos em que a paciente nos chega sem pulso, sem pressão e com início de agitação pela anoxia, somente fazemos *ciclopropano*, indicação precisa para o caso. Se necessário, usamos um relaxante muscular associado. (1)

Estas doentes toleram muito mal o barbitúrico, e se insistirmos, a depressão respiratória e circulatória pode ser irreversível. Além disto, como já estão em anoxia anêmica, toleram muito mal qualquer déficit de Oxigênio, e devemos, sempre que necessário, fazer respiração assistida, uma vez que acresce o fato de serem operadas em posição que dificulta sobremodo a mecânica respiratória.

b) *Abdome agudo* — A importância anestésica da maioria destes casos está centralizada em tórno da indução. O anestésico usado é de importância relativa.

Nas apendicites agudas, úlceras perfuradas, hérnias, feridas e contusões abdominais, fazemos a indução com tionembutal-curare,

colocando, se necessário, uma cânula oro-faringéia, e continuando a anestesia com ciclopropano ou éter. Não intubamos de rotina. Em alguns casos, usamos como anestésico de manutenção o tionembutal, associado ou não a relaxantes e a Dolantina.

Nos doentes portadores de grandes hérnias estranguladas, evisceração ou oclusão intestinal, que já vêm com vômitos e se encontram em mau estado geral, procedemos a colocação de uma sonda de Miller-Abbot ou tipo semelhante, seguida da anestesia tópica e intubação endotraqueal por visão direta, utilizando-se uma cânula com manguito. Assim que entubamos, induzimos rapidamente com tionembutal-curare. Continuamos a anestesia com ciclopropano ou éter, usando-se relaxantes de acôrdo com a necessidade. Temos alguns casos nos quais fizemos infiltração local e um gôta a gôta venoso de tionembutal e em dose apenas hipnótica, com bom resultado. A extubação destes doentes deve ser feita com todos os reflexos presentes e em discreto Trendelenburg, sob aspiração contínua.

Quando vamos ter um caso de colecistectomia ou gastrectomia, entubamos quase sempre. Com respeito ao uso da prostigmina como antídoto do curare, evitamos o seu uso, pelos seus efeitos muscarínicos, preferindo auxiliar a respiração até que esta se torne satisfatória. Quando usamos esta droga, fazemos sempre uma prévia injeção de atropina. (1, 7)

Nos casos de intervenções de urgência em crianças de dias até 2 anos, temos várias condutas. No recém-nato, o quadro mais comum é o de ânus imperfurado ou de estenose da porção inferior do esôfago. A anestesia é feita com uma pequena compressa molhada em éter, colocada entre os dedos e posta pouco acima do rosto do infante, gotejando-se mais anestésico, se necessário. Sempre que possível, associamos à anestesia local, fazendo-se assim uma "anoci-association", de acôrdo com as idéias de Crille. (1, 4)

Nos quadros de invaginação intestinal, oclusão mecânica e hérnia estrangulada, afecções comuns no 1.º ano de vida, procuramos entubar sempre. Se tivermos veia acessível, fazemos a indução com pequena dose de tionembutal-curare. Após alguns minutos de Oxigênio-ciclopropano, procedemos à intubação. Não se conseguindo veia, ou em criança menor de 6 meses, induzimos com ciclopropano, adicionado ou não de éter. Esperamos um plano anestésico adequado e intubamos. Devemos dar preferência a tubos de matéria plástica, Portex, que se consideram menos traumatizantes.

Em crianças, de um modo geral, usamos os 4 tipos de circuitos anestésicos: (1, 4)

1) Aberto.

2) Sem absorção, suprindo-se grande fluxo de gases e usando-se uma válvula expiratória de Digby-Leigh, Slater ou T de Ayres, conectados a uma máscara ou a um tubo endotraqueal. Adiciona-se ao sistema uma bolsa, permitindo assim, respiração assistida ou

controlada. É um sistema ideal para N₂O, éter e trilene, devendo ser o preferido do anestesista para crianças abaixo de 2 anos.

3) Semi-fechado ou fechado, usando-se um circuito tipo "vai e vem", com canister de tamanho apropriado e uma válvula de Neff. Permite, com economia, o uso do ciclopropano ou outro qualquer anestésico.

É importante lembrar que na anestesia de crianças, qualquer que seja o sistema usado, temos de levar em conta, fundamentalmente, a questão do espaço morto, quantidade de drogas e equilíbrio hidro-salino.

Nos casos de pacientes idosos, fazemos, de escolha, ciclopropano ou protóxido, induzindo-se com uma pequena dose de tionembutal-curare. A anestesia local, associada a um gotejo contínuo venoso de tionembutal em doses hipnóticas, é também uma ótima indicação.

c) *Traumatismos crânio-encefálicos* — Conforme dissemos no parágrafo de pré-medicação, temos feito a anestesia destes casos com associação de drogas líticas. (10 a, 10 b) Entubamos rotineiramente, usando-se doses fracas de tionembutal-curare e oxigenação prévia. Caso a mistura não seja suficiente para uma boa anestesia, auxiliamos a manutenção com protóxido de azoto a 50 %, pequenas doses intermitentes de tionembutal ou demerol e também de trilene. Qualquer um destes é suficiente para resolver o problema. Além do mais, a própria técnica neuro-cirúrgica, que usa a novocaína como elemento para afastar e expor os tegumentos, diminui muito a quantidade de anestésico.

Durante a operação, devemos sempre verificar as condições do tubo endotraqueal, que pode ser deslocado ou acotovelado. É de bom alvitre, antes da entubação, envolver a parede externa do tubo com geléia anestésica (Nupercainal, Nestosil, etc.), que vai assegurar uma melhor tolerância.

Em casos de grande hipertensão craniana, usamos ganglioplégicos do tipo do Bistrium ou Pendiomide.

d) *Feridas e contusões do tórax* — Nos doentes traumatizados de tórax, que se nos apresentam para uma toracotomia exploradora, devemos proceder a uma avaliação cuidadosa do seu estado geral, antes de resolvermos o tipo de indução e a anestesia que iremos usar. Em certos doentes com ferida de mediastino e grande insuficiência respiratória, a indução com o tionembutal é uma má escolha, pois conhecem-se casos em que doses relativamente fracas, produziram colapsos mortais. Estes casos devem ser induzidos com ciclopropano, facilitando-se a entubação com doses adequadas de curare. Não é necessário assinalar, que nos traumatismos torácicos a entubação é imprescindível, usando-se tubos com manguito. (3, 11, 13)

A anoxia e a hipercarbica devem ser evitadas por todos os meios, fazendo-se respiração assistida ou controlada, pois que o pneumotórax cirúrgico ou traumático, vai desorganizar a mecânica respiratória normal.

A cal sodada deve ser trocada, no mínimo, de hora em hora, garantindo-se assim, uma boa absorção de CO₂ e uma diminuição do aquecimento do circuito.

A anestesia pode ser mantida com ciclopropano, éter, protóxido ou mesmo tionembutal, dependendo do doente, da lesão e da intervenção.

No término da operação, a cavidade torácica deve ser drenada com uma sonda de bom calibre (24 F), ligada a um sistema de pressão negativa ou a um simples "bubble-trap". Nossa experiência no Serviço de Tuberculose do Hospital Clemente Ferreira nos mostrou que os pulmões já doentes exigem aspiração negativa com aparelho, enquanto que para um pulmão normal o "bubble-trap" é satisfatório. (11, 13)

Como sedativo, terminada a intervenção, fazemos 100 mg de Dolantina, junto com 50 mg de fenergan intramuscular.

e) *Traumatismos e esmagamentos de membros* — Na maioria destes casos, o tratamento do choque e a anestesia começam ao mesmo tempo. Como dissemos no capítulo da pré-medicação, temos feito a anestesia dos casos mais graves com a mistura M1 - sangue, associada ou não a anestésicos voláteis, de preferência ciclopropano ou protóxido.

Quando trata-se de uma fratura exposta simples, com lesões limitadas, fazemos a indução pelo tionembutal, seguindo-se qualquer anestésico de escolha. Temos usado algumas vezes, com muito bom resultado, à raquianestesia, empregando a novocaína ou a nupercaina. (19)

Estes doentes, como já assinalamos, exigem muita vigilância, pois que, na maioria das vezes apresentam lesões associadas de suma gravidade. Há 2 anos atrás tivemos um paciente com uma fratura de fêmur que faleceu no pós-operatório imediato, após redução e colocação de Haste de Kuntscher. A autópsia veio a mostrar-nos um fígado praticamente partido em dois. A contusão abdominal havia escapado ao exame do cirurgião e ao nosso, uma vez que, paradoxalmente, apresentava 120 x 80 de pressão arterial e 120 de pulso.

f) *Urgências obstétricas* — Fazemos, quase sempre, indução com tionembutal-curare, com a seqüência de ciclopropano ou de ciclopropano-éter. Devemos prestar muita atenção ao vômito, que sempre vem com muita facilidade nestas doentes. Não costumamos entubar de rotina. (2, 6, 8, 18)

g) *Pequenos traumatismos* — Nas fraturas e luxações dos membros que são reduzidas por manobras ortopédicas, empregamos o tionembutal-curare ou o ciclopropano.

Em crianças, tivemos sempre muito bom resultado com o aparelho de trilene (Cyprene). Também para pequenas suturas e curativos dolorosos nossa escolha é o trilene.

h) *Urgências odontológicas* — Quando o paciente colabora, fazemos trilene com a máscara nasal. Em outros casos, induzimos com tionembutal-curare e entubamos com um tubo com "cuff", mantendo a anestesia com tionembutal ou outro qualquer anestésico. Quando usamos somente o tionembutal, é interessante colocarmos um sôro glicosado ou fisiológico na veia, sendo conectado à agulha de perfusão por uma torneira de 3 vias, o que vai possibilitar injeções fracionadas do barbitúrico. (16)

Acidentes durante a anestesia

Os acidentes anestésicos têm mais tendência a acontecer nas urgências que em qualquer outro tipo de intervenção. A falta de preparo, as poucas informações que se obtêm do doente, associado a um ato cirúrgico que deve ser iniciado o mais rapidamente possível, são fatores que contribuem tremendamente para êste resultado. (3, 5, 6, 7)

Temos a assinalar, predominantemente, 4 classes de ocorrências: transtornos na permeabilidade das vias aéreas, na suficiência respiratória e cárdio-circulatória e no funcionamento do sistema nervoso.

A perfeita manutenção das trocas respiratórias, é condição "sine qua non" para qualquer anestesia. Apontaremos os tipos mais comuns de obstáculos a esta função:

a) Obstrução mecânica, causada por vômito e secreções. Exige que o paciente seja colocado em posição de Trendelenburg e feita a imediata limpeza das vias aéreas, com pinças montadas e aspiração. Alguns casos nos obrigam a fazer bronco-aspiração, simples ou armada. Se fôr necessário usar o broncoscópio, devemos fazê-lo com insuflação concomitante de Oxigênio pelo bordo da lâmina, para evitar uma anoxia maior. Feita a "toilette", oxigena-se bem o enfêrmo e prosseguimos com a anestesia.

b) O espasmo de glote vem em segundo lugar, sendo causado por qualquer fator que irrite a oro-faringe e laringe (secreção, cânula oro-faringéia muito longa, vapor anestésico muito concentrado, etc.), cause respostas reflexas (anestesia superficial, certas manobras cirúrgicas) ou seja ligado à sensibilidade do paciente a certos farmacos predominantemente parassimpaticomiméticos, como

duzir alterações no ritmo respiratório, variando de uma pequena apnéia a hiperpnéias e polipnéias. Quase sempre estas modificações vêm associadas às de frequência cardíaca e pressão arterial. (3, 6, 7)

Devemos chamar atenção para a chamada "apnéia com o Oxigênio", que é produzida quando damos concentrações altas de Oxigênio em doentes profundamente anestesiados e com fenômenos de anoxia. (5) Esta apnéia tem uma origem muito interessante, e está ligada ao fato dos quimiorreceptores aórticos e carotídeos serem sensíveis à falta de Oxigênio, numa fase em que o centro respiratório já não responde ao limiar alto de CO₂ existente no sangue, cabendo então a estes primeiros a manutenção do automatismo respiratório. Quando damos Oxigênio, desaparece a sua falta, não havendo então, estímulos aos receptores, que cessam de funcionar. Isto vai nos fornecer um ótimo teste para determinar a profundidade do plano anestésico.

A apnéia também pode produzir-se por lesões crânio-encefálicas, sendo em geral irreversíveis.

Certos medicamentos produzem depressão predominante do centro respiratório, principalmente os barbitúricos. Como não sabemos de antemão a sensibilidade de um doente a estas drogas, nunca devemos usá-las sem meios de fazer respiração artificial, além de sempre associá-las a inalação de O₂. (7)

A anestesia muito profunda, levada ao redor do 4.º plano, produz também apnéia, que é pouco tempo depois, seguida de colapso cárdio-circulatório.

Quando há parada cardíaca, a falência respiratória precede ou procede por alguns instantes o acidente, dependendo do que ocorreu primeiro. (15)

O fenômeno mais importante de natureza físico-química, ligado ao controle da respiração, é a carbinemia. A hipercarbia produz modificações que podem ter conseqüências seríssimas. Seu primeiro sintoma é uma hiperpnéia com polipnéia, acompanhada inicialmente de uma hiperpiése com taquicardia, sinais de alarme. Se não fôr corrigida, leva a apnéia, com o seu corolário de falência circulatória. Sua causa mais comum, depois das obstruções altas, é o esgotamento da cal sodada. (1, 6, 16)

Durante a indução, especialmente com éter, acontece muitas vezes uma apnéia reflexa, ligada à irritação produzida pelos vapores de substância sobre os receptores sensitivos das vias aéreas superiores.

O tratamento das apnéias está centralizado na respiração artificial com Oxigênio sob pressão, por intermédio de máscara ou tubo endotraqueal. É claro que nem tôdas as apnéias exigem estes cuidados, pois algumas, como as reflexas de um modo geral, são de curta duração e bem toleradas pelo doente. (1, 6, 7)

Com relação ao sistema nervoso, os acidentes mais comuns, afóra as lesões traumáticas dos centros, são as excitações psicomotoras, os tremores musculares e as convulsões.

Os doentes com lesões crânio-encefálicas vêm a nós, muitas vezes, em excitação e delírio. Na parte da pré-medicação, tocamos no assunto, mostrando que a nossa conduta para a sedação destes pacientes gira em torno dos barbitúricos, dos neuroplégicos e da dolantina. (9, 10)

Tivemos alguns casos de delírios alcoólicos, que cederam muito bem ao tionembutal, agente escolhido para a indução destes casos.

Os tremores musculares ocorrem nas reações pirogênicas de líquidos intravenosos e com barbitúricos de ação ultra-curta, principalmente com o Evipan. No primeiro caso, fazemos anti-histamínicos, anti-térmico-analgésicos e cuidados gerais. No segundo, esperamos que os abalos cedam por si, dando se necessário, Oxigênio, acompanhado de Dolantina ou gardenal solúvel. (1, 2)

As convulsões que ocorrem durante a anestesia são muito raras, e nós devemos confessar que nunca vimos. Acontecem mais frequentemente com o éter, e o seu prognóstico é bastante sério. O tratamento é ainda empírico e sintomático, controlando-se as convulsões com tionembutal-curare, oxigenando-se bem, administrando gluconato de cálcio e Amplictil. Se fôr possível, devemos descontinuar a operação e a anestesia. (1, 7)

Recuperação e pós-operatório

O pós-operatório imediato de um doente de urgência é de uma importância capital, pois é um estado sujeito a tantos perigos quanto o da indução.

Um Serviço de Pronto Socorro deve dispor de uma sala para recuperação, com plantão permanente de enfermeira habilitada. Deve possuir Oxigênio, Tendões e Aspiradores, assim como todo o material para transfusões e injeções.

O período de permanência de um doente na S. R., varia com o seu estado, com a importância das lesões e com o tempo que durou a intervenção. Somente deve abandonar este departamento quando estiver perfeitamente desperto, com curvas de pressão, pulso, respiração e temperatura normalizadas.

O Serviço deve ter uma ficha própria, contendo tôdas as anotações importantes, além de informar a quantidade de líquidos absorvidos e eliminados pelo doente, contendo ainda as medicações prescritas.

No Hospital do Pronto Socorro estamos contando com uma organização deste tipo, que cada vez mais se torna indispensável, colaborando com as equipes cirúrgicas por todos os meios possíveis.

Resumo

O A. expõe a sua experiência como anestesista de um Serviço de Urgência, tocando nos pontos mais importantes e fundamentais das técnicas e cuidados gerais usados.

Salienta a importância da pré-medicação e da conduta anestésica nos casos mais comuns de um Hospital de Pronto Socorro.

Termina com várias considerações sobre o pós-operatório imediato e a recuperação do operado de urgência.

Summary

The author presents his experiences as Anesthetist of an Emergency Service. He points the most fundamental cares and technics used, and remarks the importance of pre-medication and the anesthetic conduct of the commonest cases that happen in Emergency Surgery.

He ends with considerations about the immediate post-operative period and the patient's recovery.

Résumé

L'auteur expose son expérience comme un Anesthésiologiste d'un Service d'Urgence, atteignant les points les plus importants et fondamentals, sur les techniques et les soins qu'y doivent être observés.

Il explique surtout l'importance de la pré-médication et de la conduite anesthésique, dans les cas les plus fréquents d'un Service de Prompt Secours.

Il finit avec quelques considérations générales, sur le post-opératoire immédiat et la récupération de l'opéré d'urgence.

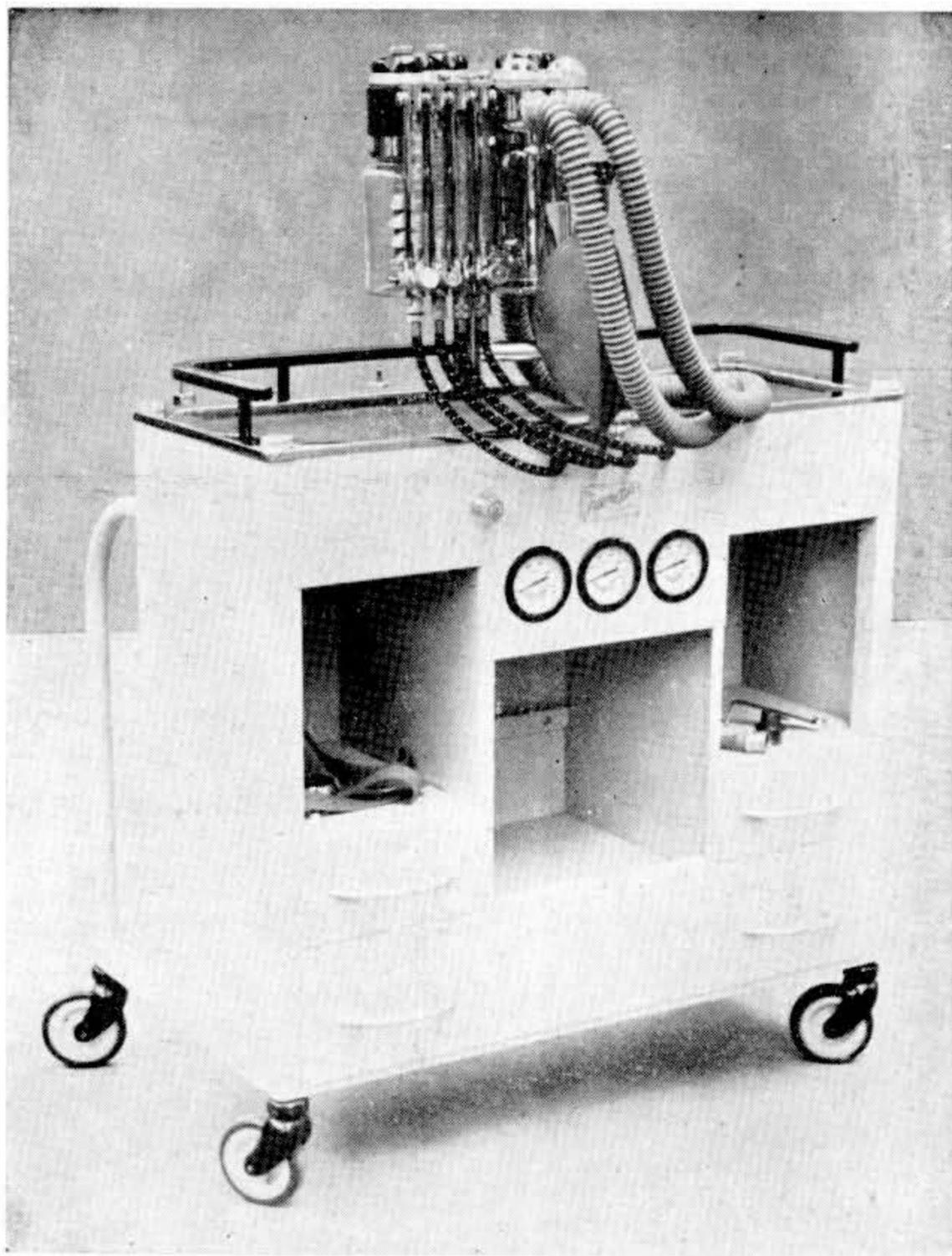
Bibliografia

- 1) *Adriani*. — a) The Pharmacology of Anesthetic Drugs.
b) The Chemistry of Anesthesia.
c) Techniques and Procedures of Anesthesia.
- 2) *Adams* — Intravenous Anaesthesia.
- 3) *Burstein* — Fundamental Considerations in Anesthesia.
- 4) *Digby Leigh* — Pediatric Anesthesia.
- 5) *F. W. Clement* — Oxide Nitrous Oxygen Anesthesia.
- 6) *Guedel* — Inhalation Anesthesia.
- 7) *J. Collins* — Anesthesiology.

- 8) *Jamain* — Analgésie Obstétricale.
 - 9) *H. Laborit* — Pratique de L'Hibernothérapie en Chirurgie et en Médecine.
 - 10) *H. Laborit* — a) Réactions Organiques a L'Agression et Choc.
b) L'Anesthésie Facilitée par les Synergies Médicamenteuses.
 - 11) *Hochberg* — The Thoracic Surgical Patient.
 - 12) *Hingson* — Control of Pain in Childbirth.
 - 13) *Henry Beecher* — Anesthesia for Thoracic Surgery.
 - 14) *Lundy* — Clinical Anesthesia.
 - 15) *Paluel Flagg* — The Art of Resuscitation.
 - 16) *Macintosh* — Essentials of General Anesthesia.
— Physics for the Anesthetist.
 - 17) *Noel Gillespie* — Endotracheal Anesthesia.
 - 18) *Snyder* — Obstetric Analgesia and Anesthesia.
 - 19) *Pitkins* — Conduction Anesthesia.
-

**APARELHOS DE ANESTESIA, ANALGESIA
E OXIGENOTERAPIA**

Fabricados por
AIRMED LIMITED
LONDRES - INGLATERRA



Distribuidores exclusivos para o Brasil
DAVIDSON, PULLEN & CIA.
Rua Visconde de Inhauma, 134 - 8.º pavimento
Tels.: 23-1953 - 23-1954 - 23-1955
RIO DE JANEIRO

Vendas no Rio de Janeiro a cargo de
CARLOS CERQUEIRA
Rua Pedro Américo, 31 — Tel.: 25-5350
Oficina especializada para manutenção e consertos

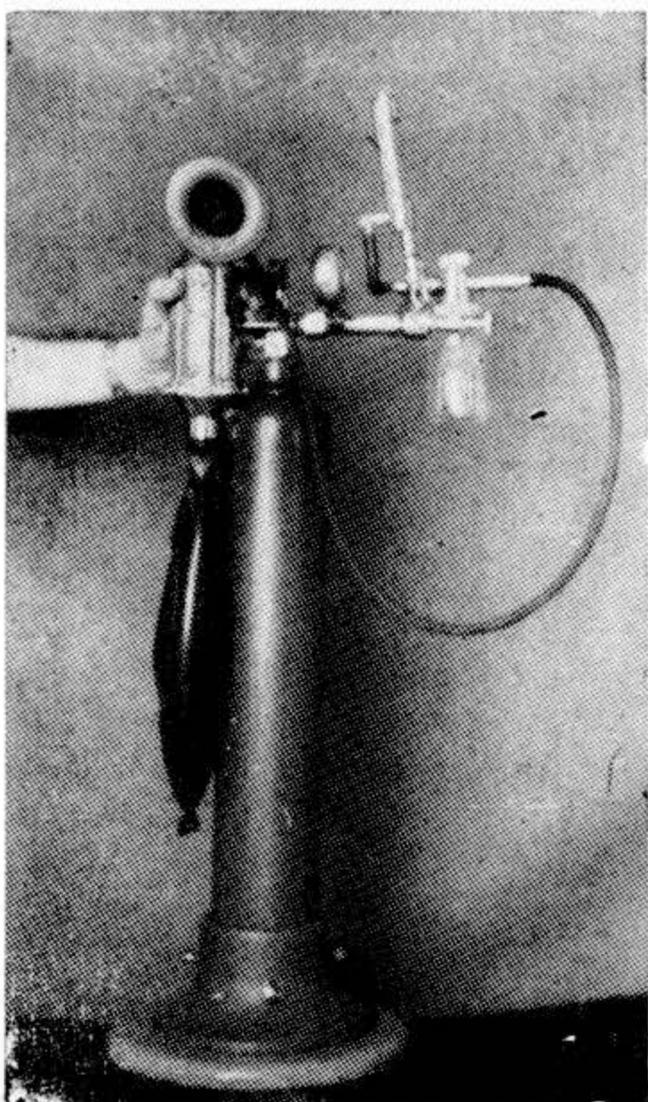
OFICINA MECANO-CIRÚRGICA

CARLOS CERQUEIRA

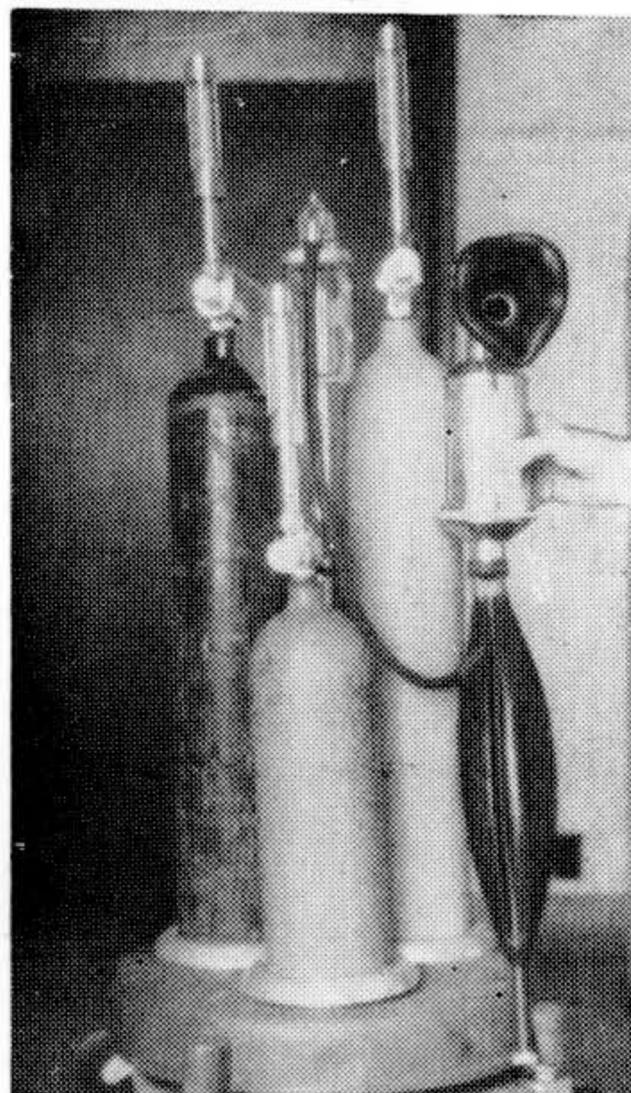
Rua Pedro Americo, 97 — Fone: 25-5350

Rio de Janeiro, D. F.

MATERIAL DE ANESTESIA EM GERAL APARELHOS



Medidor de O₂ com vaporizador de éter para ser usado pelo método vae-vem. Adaptável a cilindros grandes (G) e pequenos D. e E. O conjunto pode ser usado também para oxigenioterapia (tenda, máscara ou cateter).



Conjunto para o método vae-vem constando de 3 medidores (N₂O - C₃H₆ e O₂) e vaporizador de éter, montados em pé móvel.

CONSERTOS DE APARELHOS DE ANESTESIA E
TENDAS DE OXIGÊNIO

REVISTA ARGENTINA DE ANESTESIOLOGIA

Órgão oficial da
"ASOCIACIÓN ARGENTINA DE ANESTESIOLOGIA"

Subscrição anual 100 pesos argentinos
Pagamento, de preferência, por cheque à ordem da
"Revista Argentina de Anestesiologia"

Direção e Administração:
CALLE GUEMES 4070, 2.º D.
Buenos Aires - Argentina

A "Revista Brasileira de Anestesiologia" oferece aos novos membros da Sociedade Brasileira de Anestesiologia coleções completas dos anos de 1953 e 1954, pelo preço de Cr\$ 200,00 (duzentos cruzeiros) cada.

Pedidos ao Editor, acompanhados de cheque, em nome da "Revista Brasileira de Anestesiologia".

DR. OSCAR V. RIBEIRO

Hospital dos Servidores do Estado - sala 824

Rio de Janeiro, D. F.

Atendendo a sugestões dos Srs. anestesio-
logistas e ao fato de ser crescente a aceitação
da escopolamina em pré anestesia, acabamos
de expor à venda

Ampôlas de Solução de

BROMIDRATO DE ESCOPOLAMINA "MERCK"

0,5 mg : 1 cm³

Caixas com 25 ampôlas de 1 cm³



O preparado não está sujeito à legislação
de entorpecentes



COMPANHIA CHIMICA "MERCK" BRASIL S. A.

Caixa Postal 1651 — Rio de Janeiro