

KETAMINA INTRAMUSCULAR PARA ADENOAMIGDALECTOMIAS EM CRIANÇAS

Em 1970, utilizamos pela primeira vez a ketamina como agente anestésico único para adenoamigdalectomias em crianças (desde a sua introdução na prática médica, era esta droga tida como contra-indicada para as intervenções oro-faringeanas), realizando observação em 120 casos, sendo em todos eles, utilizada a via venosa para sua administração (1).

Os resultados altamente satisfatórios então observados, demonstraram ser a ketamina, para nós, a droga de escolha para as anestésias nas adenoamigdalectomias realizadas com o paciente em posição sentada, e nossa casuística vem aumentando dia a dia, elevando-se a mais de 1.000 casos em dois anos de pesquisa.

Procurando, no entanto, tornar ainda mais cômoda a anestesia para adenoamigdalectomia com Sluder e curetagem das adenoides em crianças, passamos a utilizar a droga por via muscular, contornando assim o inconveniente da punção venosa, às vezes difícil, e também o problema da necessidade de, algumas vezes, uma sobredose complementar da droga, quando o ato cirúrgico se prolonga em demasia em relação ao tempo de ação da droga, quando ministrada por via venosa.

Observamos também em nossa primeira observação que, quando utilizávamos como medicação pré-anestésica a Meperidina, o Siquil^(R) e a Atropina, algumas vezes ocorria certo grau de depressão respiratória, o qual estava, a nosso ver, relacionado com a dose de meperidina usada. Assim, afastamos a meperidina da medicação pré-anestésica e não mais observamos aquela depressão, em nenhum caso.

No trabalho atual, resolvemos utilizar como medicação pré-anestésica a Dorscopena^(R), aproveitando assim as propriedades das drogas que a compõem: clorofenotiazinilscopina — propriedades anti-colinérgicas; levomepromazina — propriedades neurolépticas; propoxifeno e dipirona — propriedades analgésicas.

Após o uso da Dorscopena em 8 casos, observamos que a ação anti-colinérgica de clorofenotiazinilscopina deixava muito a desejar quanto à inibição de secreções. Então, passamos a utilizar a associação da atropina em todos os demais casos.

Material e Métodos — Em nossa observação estudamos 30 casos, sendo 163 do sexo masculino e 137 do sexo feminino, com idades entre 2 e 14 anos.

AP 2185

Todos estes pacientes foram avaliados clinicamente na visita pré-operatória e considerados aptos para a intervenção.

A medicação pré-anestésica foi aplicada sempre de 30 a 45 m antes da cirurgia, por via muscular. Em 8 casos constou apenas de dorscopena e atropina, (Tabela I).

TABELA I

IDADE	DORSCOPENA(R)	ATROPINA (0,25)
1 a 3 anos	1/3 amp	1/2 amp
3 a 5 anos	1/2 amp	2/3 amp
5 a 8 anos	2/3 amp	1 amp
8 a 14 anos	1 amp	1 amp

(Sujeita à modificação segundo o desenvolvimento físico da criança).

A medicação anestésica foi sempre e unicamente a ketamina por via muscular na dosagem de 8 mg/kg em 190 pacientes, 9 mg/kg em 35 casos, e 10 mg/kg em 75.

Os pacientes receberam a medicação anestésica na sala operatória, sobre a maca, e após exibir-se a ação do anestésico (mais ou menos 5 minutos), era transportado para a cadeira de otorrinolaringologia. A frequência do pulso era determinada antes e após a administração da droga e, após o ato cirúrgico.

A conduta anestésico-cirúrgica, obedeceu à seqüência já descrita em nossa primeira observação no gênero (1).

Resultados — Com a medicação pré-anestésica dorscopena-atropina, os pacientes chegaram à sala operatória acordados, sem sono, em 278 razoavelmente tranquilos e, em 22 casos, agitados.

A agitação pós-operatória ocorreu somente em um caso e, quanto à medicação analgésica no pós-operatório, somente em 2 casos ela foi realizada imediatamente após o acordar. Nos demais casos, só necessitaram de analgesia 5 a 6 horas após a cirurgia.

Nos primeiros 8 casos, que não receberam atropina, observamos aumento de secreções, principalmente salivar.

Quanto à medicação anestésica não houve necessidade de suplementação, quer com o mesmo anestésico, quer com outra droga.

Obtivemos sempre a anestesia desejada, necessária e suficiente, com 8, 9 e 10 mg/kg de ketamina por via muscular.

Os reflexos de deglutição permaneceram inalterados, assim como os reflexos laríngeos. Tivemos laringoespasmos em apenas um caso que foi contornado com nebulização de neututocaína sobre as cordas vocais.

Por outro lado, não houve dificuldade para a adaptação do "abridor de bocas" ao paciente, exceto em 3 casos que exibiram trismo.

Destes casos observamos que, após decorrer alguns minutos apresentavam relaxamento masseterino.

Quanto ao aparelho cárdio-vascular, houve aumento de freqüência do pulso em 85% dos pacientes, após a administração da droga, sendo que em 15% não notamos diferença significativa. Fora a taquicardia, não observamos qualquer alteração do ritmo cardíaco. Após a cirurgia a freqüência do pulso estava sempre bem próxima do valor inicial.

Conclusões — 1 - A ketamina se presta como agente anestésico por via muscular para adenoamigdalectomias em crianças.

2 - As vantagens do uso dessa via de administração são:

a) simplicidade de administração; b) ausência de trauma psíquico; c) ausência de administração de dose complementar da ketamina ou de outra droga.

3 - O uso de Dorscopena^(R) na medicação pré-anestésica, quando do emprego da ketamina, apresenta as seguintes vantagens:

a) ausência de depressão respiratória; b) analgesia pós-operatória; c) pacientes apresentam-se tranqüilos e sem sono; d) as propriedades anti-colinérgicas desta droga são insuficientes, fazendo necessitar o uso da associação de atropina; e) tranqüilidade e ausência de agitação no pós-operatório.

REFERÊNCIA

1. Rocha H P de C, Tamer Sobrinho J & Prado W L — Ketamina como agente anestésico único nas adenoamigdalectomias. Rv Bras Anest 31:175-80. 1971.

DR. HERMANCE PONCE DE CARVALHO ROCHA, E.A.
DR. JÚLIO TAMER SOBRINHO
DR. WALTER LOPES PRADO,
Das Disciplinas de Anestesiologia e Farmacologia da
Faculdade de Medicina de Sorocaba — Sorocaba — SP