

CARTA AO EDITOR

Em resposta a: Uso preventivo de cetamina nebulizada para controle da dor após amigdalectomia em crianças: estudo randômico e controlado



Response to: Preemptive nebulized ketamine for pain control after tonsillectomy in children: randomized controlled trial

Prezada Editora,

Lemos com grande interesse o artigo de Abdel-Ghaffar e colegas¹ investigando, em 100 pacientes pediátricos, o uso preemptivo de cetamina nebulizada para controle da dor após amigdalectomia. Esses pacientes relataram eficácia da intervenção no alívio da dor pós-tonsilectomia e a nebulização é uma via de administração alternativa à cetamina intravenosa (IV). O relato constitui progresso muito importante na técnica anestésica para tonsilectomia, pois pode influenciar a escolha da via de administração da medicação e a prevenção da dor pós-operatória, que se inadequadamente tratada, pode levar à desidratação e hospitalização prolongada. Também pode ser útil para evitar complicações associadas ao uso de opioides sistêmicos e Anti-Inflamatórios Não Esteroides (AINE), especificamente depressão respiratória, sedação, náuseas, vômitos e interferência no sangramento.

O desfecho primário do estudo foi o consumo de analgésicos de resgate nas primeiras 24 horas pós-operatórias. Entretanto, gostaríamos de ampliar a discussão e incluir dados relativos à qualidade do sono pós-operatório, outro parâmetro que também pode ser influenciado pelo uso preemptivo de cetamina nebulizada. O monitoramento da qualidade do sono no pré- e pós-operatório por meio de polissonografia em laboratório do sono, por exemplo, pode detectar qualquer distúrbio do sono previamente inexistente. O distúrbio do sono pode não ser apenas consequência da dor, mas também um agente causador ou fator agravante.² Assim, maior eficiência do sono e tempo de sono podem ser um sinal de melhora no controle da dor no pós-operatório.³ Além disso, a associação bidirecional de sono e dor já foi descrita.⁴

Isso poderia ser estendido a outras cirurgias otorrinolaringológicas pediátricas comuns, como a adenoidectomia. Estudo que descreve procedimento com cetamina nebulizada, semelhante ao usado por Abdel-Ghaffar e colegas,¹

relatou melhora na dor pós-operatória;⁵ no entanto, faltam estudos clínicos sobre seus efeitos analgésicos pós-operatórios na adenoidectomia isolada, e mais estudos são necessários. Esses poderiam considerar o uso da qualidade do sono como uma medida de desfecho.

Apesar dos importantes avanços feitos na compreensão dos mecanismos e tratamento da dor, a dor pós-operatória continua sendo um problema de saúde e está associada a diversos efeitos adversos. Portanto, é relevante entender se o uso preemptivo de cetamina nebulizada reduz a dor após cirurgias otorrinolaringológicas pediátricas. A administração de cetamina nebulizada é uma prática relativamente recente, e os estudos sobre sua eficácia analgésica na tonsilectomia e adenoidectomia ainda são escassos. Portanto, novos estudos clínicos e experimentais enfocando essas associações específicas devem avaliar múltiplas medidas de desfechos, incluindo a qualidade do sono pós-operatório. Isso pode ajudar a promover a melhor escolha na via de administração da cetamina e contribuir para a melhor recuperação e prevenção de possíveis complicações.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Agradecimentos

Nossos estudos são apoiados pela Associação Fundo de Incentivo à Pesquisa (AFIP). ST e MLA também receberam apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Referências

1. Abdel-Ghaffar HS, Abdel-Wahab AH, Roushdy MM, Osman AMM. Preemptive nebulized ketamine for pain control after tonsillectomy in children: randomized controlled trial. *Rev Bras Anesthesiol.* 2019;69:350–7.
2. Chouchou F, Khoury S, Chauny JM, Denis R, Lavigne GJ. Postoperative sleep disruptions: A potential catalyst of acute pain? *Sleep Med Rev.* 2014;18:273–82.
3. Miller A, Roth T, Roehrs T, Yaremchuk K. Correlation between Sleep Disruption on Postoperative Pain. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2015;152:964–8.
4. Andersen ML, Araujo P, Frange C, Tufik S. Sleep Disturbance and Pain: A Tale of Two Common Problems. *Chest.* 2018;154:1249–59.
5. Zanaty OM, Metainy ELSA. A comparative evaluation of nebulized dexmedetomidine, nebulized ketamine, and their combination

as premedication for outpatient pediatric dental surgery. *Anesth Analg.* 2015;121:167-71.

Matheus Medina, Vinícius Dokkedal-Silva, Sergio Tufik e Monica Levy Andersen *

Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Psicobiologia, São Paulo, SP, Brasil

*Corresponding author.

E-mail: ml.andersen12@gmail.com (M.L. Andersen).

<https://doi.org/10.1016/j.bjan.2020.10.006>

0034-7094/ © 2020 Publicado por Elsevier Editora Ltda. em nome de Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Segurança ocupacional da equipe na prática de ECT durante a pandemia de COVID-19



Occupational team safety in ECT practice during the COVID-19 pandemic

Prezada Editora,

A Eletroconvulsoterapia (ECT) é procedimento indicado para o tratamento de vários transtornos neuropsiquiátricos, incluindo transtornos e situações que ameaçam a vida, tais como depressão com risco de suicídio ou má nutrição, catatonia, esquizofrenia refratária, mania com agitação psicomotora grave e estado de mal epilético.¹ Embora seja um tratamento que salva vidas, continuar os serviços de ECT durante a pandemia de COVID-19 tem sido um desafio devido aos riscos intrínsecos da anestesia e abordagem das vias aéreas durante o procedimento.² Anestesia para ECT consiste no uso de agente hipnótico de curta ação (propofol, etomidato ou tiopental) seguido por bloqueador neuromuscular, o mais usado sendo succinilcolina devido ao rápido início e término de ação. O suprimento de oxigênio é fornecido por meio de ventilação balão-máscara não invasiva.³ Este é o ponto crítico no procedimento porque ventilação não invasiva representa risco maior de contaminação devido a liberação de aerossol pelos pacientes contaminados. Para enfrentar o desafio, alguns serviços estão usando Máscara Laríngea (ML) para ventilação, outros estão tentando não ventilar os pacientes durante o procedimento, usando pré-oxigenação via máscara, não *rebreather*. Este último pode ser perigoso porque a saturação de oxigênio do paciente pode cair para um nível que necessite de algum tipo de suporte ventilatório. Embora o procedimento seja suficientemente rápido para permitir o uso de ML, o risco de contaminação devido a spray de aerossol não diminui de forma significativa; além disso, a ML pode induzir o paciente a tossir.⁴

No nosso serviço de ECT, modificamos a técnica de ventilação não invasiva (fig. 1) com a instalação de filtro HEPA (*High-Efficiency Particulate Arrestance*) entre a bolsa e a máscara para reter as partículas virais. Além disso, bolsa plástica estéril circundando a máscara e a face do paciente é fixada ao sistema de ventilação. Esse dispositivo protege contra aerossol que pode escapar entre a boca e máscara e disseminar partículas virais pela sala de ECT. A borda da bolsa plástica pode ser fixada com *clamps*. Todo o material de ventilação é substituído entre o atendimento de um paci-

ente e outro. O uso de fluxo baixo de O₂ durante a ventilação também é medida recomendada. O psiquiatra, anestesiológico e enfermeiros devem todos estar usando equipamento de proteção individual como máscara N95, escudo de rosto, luvas e avental impermeável.

Acreditamos que seja uma forma segura e efetiva de reduzir o risco de contaminação pelo COVID-19 durante o procedimento de ECT.




Figura 1 Técnica para redução do risco de contaminação por COVID-19 durante o procedimento de ECT.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Espinoza RT, Kellner CH, McCall WV. Electroconvulsive Therapy During COVID-19: An Essential Medical Procedure-Maintaining Service Viability and Accessibility. *J ECT.* 2020;36:78-9.
2. Tor PC, Phu AHH, Koh DSH, Mok YM. ECT in a time of COVID-19 [published online ahead of print, 2020 Mar 31]. *J ECT.* 2020, 10.1.
3. American Psychiatric Association. Committee on Electroconvulsive Therapy, Weiner RD. The practice of electroconvulsive therapy: recommendations for treatment, training, and privileges: a task force report of the American Psychiatric Association. 2nd ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2001.
4. Bryson EO, Aloysi AS. A strategy for management of ECT patients during the COVID-19 pandemic [published online ahead of print 12]. *J ECT.* 2020 May;2020.

Renato Ferreira Araujo *
e Lucio de Oliveira Quites