

Resposta ao Dr. Carlos Alberto da Silva Junior e Dr. Mário José da Conceição

Prezado Colega:

Em atenção aos Drs. Carlos Alberto Silva Júnior e Mário José da Conceição, cumpre-nos responder os comentários feitos a respeito do trabalho "Estudo da glicemia em crianças submetidas a adenoamigdalectomia e anestesiadas com quetamina" (Rev Bras Anest 31: 361 - 365, 1981).

Não julgamos necessário referir, no título, se os pacientes eram de ambulatório, ou não, pois, mesmo internados, a metodologia e a finalidade do estudo não iriam se alterar; o jejum não ultrapassou 10 horas.

A nosso ver, os resultados não "confirmaram o que já era esperado", pois não sabíamos como iriam se comportar os dois grupos, na vigência, ou não, do emprego de glicose no pós-anestésico imediato, embora na própria discussão tenhamos nos referido a aumento de glicemia após o uso da quetamina.

Com a dose empregada, os reflexos de deglutição e laringeos ficaram mantidos; não afirmamos que a quetamina como agente único e, em doses repetidas, mantém tais reflexos presentes. Na metodologia utilizada a quetamina foi administrada uma só vez; uma veia foi mantida para, se necessário, fosse repetida, mas não o foi.

A manutenção desses reflexos foi por nós citada nas referências 3, 9 e 10.

Os trabalhos citados pelos prezados colegas (referências 2 e 6) e relacionados à depressão de reflexos laringeos, especificam:

1) o de Carson IW e cols, que a quetamina foi, comparativamente com outros agentes, o que maior proteção ofereceu quanto à aspiração de material radiológico con-

trastado e, neste mesmo trabalho há referência de Bovill que não a preconiza em pacientes de estômago cheio, o que respeitamos e seguimos.

2) no outro trabalho (Penrose BH) a problemática é diversa. O A. se refere à quetamina como droga que oferece segurança "particularmente em relação à presença de reflexos protetores de vias aéreas, laríngeo e faríngeo. Cita, ainda, Lofty AO e cols e Corssen G. & Oget S que também não obtiveram aspiração de vômito com o uso de quetamina. Porém, Penrose se refere a um caso em que uma criança aspirou o vômito, como consequência do prolongado período de aumento de pressão intracraniana, e que foi responsável pela depressão de reflexos faríngeos e da traquéia. Quanto à "recomendação arriscada de indicar esta droga para procedimentos otorrinolaringológicos, particularmente os intraorais", discordamos do termo "arriscado" porque temos tido bons resultados. Aliás, o próprio Saarnivaara C, citação n.º 7 dos prezados colegas, diz à fls. 367 e 368 que "reflexos faríngeos e laríngeos tem a tendência de premanecerem ativos durante anestesia com quetamina. Por outro lado, a quetamina, mesmo como agente anestésico único, tem sido utilizada, com sucesso, para tonsilectomia em crianças (Gunzler and Strehlau)".

Por estes motivos e pelos resultados que obtivemos (sem complicações) é que não concordamos com os prezados colegas de que a indicação por nós feita tenha sido imprópria.

Atenciosamente

Prof. Fernando Bueno Pereira Leitão, EA.
Regente da Disciplina de Anestesiologia

Bloqueio Peridural para Operação Cesariana

Sr. Editor:

No meu artigo "Bloqueio Peridural para operação cesariana. Observações sobre o tempo de latência e hipotensão arterial", enviado para apreciação do Conselho Editorial, omiti um dado que me parecia de pouca importância na ocasião. Nas gestantes que não se encontravam em trabalho de parto e que iriam submeter-se a operação cesariana, os obstetras optavam pela prévia indução ao parto, usando a ocitocina pela via oral ou venosa.

Quando a decisão para a operação era tomada às pressas, a adição de 5UI de ocitocina, ao soro que estava sendo infundido era feita no momento da realização do bloqueio peridural.

Posteriormente verifiquei que estes dados deveriam ser mencionados por poderem estar influenciando os resultados obtidos, pois, segundo Clark¹, a incidência de hipotensão arterial materna é menor quando os bloqueios forem realizados nas gestantes em trabalho de parto.

Estes dados, também, não foram relatados no trabalho "Bupivacaína a 0,5% com adrenalina a 1:200.000 em anestesia peridural para operações cesarianas. Técnica para encurtar o tempo de latência" (Rev Bras Anest 4, 1981).

Dada a importância que a contração uterina pode exercer sobre os organismos materno e fetal, solicito a divulgação destas informações. Esta carta pode ser considerada "Carta ao Editor".

Atenciosamente

Edmundo Zarzur

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Clark R. B. Thompson D. S. Thompson C. G.: Prevention of Spinal hypotension associated with cesarean section. *Anesthesiology* 45: 670 - 674, 1978.