

Sobre o "Uso da Associação Halogenados-Adrenalina"

Sr. Editor:

Fiquei satisfeita com a resposta do Conselheiro à minha carta. O Ilustre colega concordou comigo quando afirmei, no trabalho que enviei que os anestésicos halogenados são contra-indicados, nos doentes, com todas as características apresentadas, porque o cirurgião infiltra o local operado com adrenalina. Nesses casos a associação é realmente proibida. Posso afirmar isso com segurança e plena consciência: eu trabalho realmente em equipe: o mesmo anestesista e o mesmo cirurgião, trabalhando juntos há 20 anos, em perfeita harmonia.

Minha posição não é dogmática, radical, etc. Poderia ser apenas pragmática mas não é; apenas é cautelosa e responsável. Faço pesquisa e ensino há mais de 20 anos. É minha responsabilidade transmitir aos mais jovens minha vivência, experiência e meus conhecimentos. E eles dizem o seguinte:

1) A associação anestésicos halogenados com adrenalina deve ser desencorajada, sempre que possível.

2) Ela pode ser usada em casos especiais, como os que o colega Conselheiro citou, quando por exemplo o cirurgião necessita de infiltração local de adrenalina e o anestesista não dispõe de outros anestésicos que não os halogenados.

3) Podemos ensinar os mais novos a usar a associação nesses casos, desde sejam seguidos os princípios de Katz. Eu os chamei de "santos", como força de expressão, porque foram, como o Conselheiro disse, estabelecidos por uma pesquisa bem conduzida, sendo aceitos como verdadeiros, até que se prove o contrário. Mas eles devem ser seguidos; usamos a associação quando; a dose de segurança não for ultrapassada. Quando não houver, e tivermos certeza que não vai acontecer, durante a anestesia: retenção de CO₂ ou hiperventilação excessiva. Aumento de pressão arterial e taquicardia. Aumento e catecolaminas endógenas. Acidose ou alcalose metabólicas. Alterações cardiovasculares e respiratórias. Estado de choque. Alterações endócrinas. Quando temos monitorização eficiente para detectar arritmias e quando poderemos instituir uma terapêutica pronta e eficiente na eventualidade delas aparecerem.

4) Minha posição pode ser radical. Aceito! E justifico: nunca tive nenhum caso de arritmia com a associação adrenalina-halogenados, pois quando usei essa associação, observei sempre os princípios de Katz. Não uso mais, por

falta de oportunidade e porque não considero segura, mesmo obedecendo os princípios de Katz: o que existe no começo da anestesia não necessariamente persiste durante toda a cirurgia. Apesar de não ter tido nenhum caso de arritmia com a associação, como eu dou muitas aulas sobre interação de drogas e cito sempre essa associação como perigosa, já fui consultada algumas vezes por colegas que tiveram acidentes fatais com a mesma. É mais um ponto sobre o qual me baseio para ser bastante incisiva quanto à contra-indicação.

5) Eu ensino aos jovens a não usar a associação. É mais seguro. Ensino porém que se tiverem que utilizá-la, como fazê-lo, com o máximo de segurança possível. Mas deixo sempre bem claro que sou contra o seu emprêgo. Quando os colegas jovens tiverem mais experiência, eles poderão ampliar as indicações para essa associação. Mas sempre a usarão com cautela. Se eu dissesse o oposto, que ela é segura, quando se obedece os princípios de Katz, eu poderia dar uma falsa sensação de segurança. Eles iriam acreditar e usar, em condições talvez nas quais os fatores que tornam a associação perigosa estivessem presentes ou latentes. Poderia acontecer um acidente fatal. Eu me sentiria responsável.

6) Eu sempre ensino mais, ou pelo menos dou mais ênfase, às características negativas, aos perigos de cada técnica e agente anestésico. Isso serve para tornar o residente e o médico jovem mais alerta. As características favoráveis eles aprendem depressa, nem é necessário que se insista muito. Acho que quem ensina deve chamar a atenção para os perigos e como prevení-los e corrigi-los. Essa minha conduta pode ser discutida, não aceita por muitos e algumas vezes já causei polêmica por mostrar inconvenientes de técnicas e drogas que os colegas não aceitam ou acham exagerados. Eu estou consciente que às vezes são. Mas alguém tem que dizer que eles existem. Eu dou a mão à palmatória, continuarei a fazer exatamente isso.

Eu agradeço ao Colega Conselheiro a atenção ao meu desabafo. Tenho certeza que ambos desejamos a mesma coisa: o melhor para os nossos doentes. Cada um do seu modo.

Sem mais, atenciosamente

Eugesse Cremonesi, EA

Rua Joaquim Pisa, 38 - 01528 - São Paulo, SP

Sobre o "American Journal of Ophthalmology"

Sr. Editor:

Primeiramente quero me congratular por ter sido elei-

to Editor da Revista Brasileira de Anestesiologia. Muitos editores que eu conheço apreciam bastante o seu traba-

lho e eu penso que você achará esta função muito interessante.

O *Jornal Americano de Oftalmologia* ("American Journal of Ophthalmology") opera como segue: Cada artigo recebido é revisto por um ou mais analistas científicos. Embora tenhamos trinta membros no Conselho Editorial, os setecentos artigos recebidos anualmente requerem alguns analistas científicos adicionais. Normalmente nós escolhemos um analista científico com experiência em um setor particular. Muitas vezes quando o tema é obscuro, eu seleciono um dos indivíduos que tenha publicações na área. Eu tomo particular cuidado quanto a fidelidade dos dados estatísticos se a análise estatística é usada em qualquer trabalho.

O *Jornal Americano de Oftalmologia* foi fundado em 1918 como uma Sociedade Anônima com um Conselho de Diretores. O Conselho de Diretores é eleito pelos seus acionistas. Entretanto, o Conselho de Diretores nomeia os seus sucessores e os acionistas participam principalmente providenciando procurações aos entendidos para a eleição. O Conselho Diretor elege o Editor Chefe do *Jornal*. O Editor Chefe escolhe os membros do Conselho Editorial. Eu tento selecioná-los baseado na imparcialidade, notoriedade e familiaridade com um setor particular da Oftalmologia. Geralmente, eu procuro conhecê-los antes de selecioná-los e me informo sobre a aptidão de fazer comentários sobre livros novos e sobre a possibili-

dade de me assessorar no meu trabalho editorial.

Não há prazo quanto ao mandato para Diretores, Conselho Editorial ou Editor. Eu me tornei membro do Conselho Editorial em 1953 e comecei a editar uma seção de pesquisa do *Jornal* (interrompida apenas em 1955). Eu me tornei Editor Associado em 1962 e Editor Chefe em 1965. Eu sou Diretor da Companhia desde 1965 e Secretário-Tesoureiro desde 1972. O Presidente de nossa Companhia foi eleito diretor em 1967 e tornou-se Presidente em 1976. Não há, normalmente, editoriais submetidos à Companhia, os editoriais são tarefas intermináveis dos membros do Conselho Editorial. Frequentemente são escritos a pedido e, de última hora. Eu estou enviando em anexo os preços de nossos anúncios. Também incluo os preços de vários outros periódicos de Oftalmologia.

Nossa fotocomposição é feita pela Black Dot, uma firma de composição comercial em Elk Grove Village, Illinois. Nossa impressão é feita em "foto-offset" com capacidade para cinco cores pela Mack Printing Company, Inc., em Easton, Pennsylvania.

Felicidades em seu novo trabalho,

Sinceramente,

Frank W Newell, M D
Editor in Chief
American Journal of Ophthalmology

Sobre o "Archives of Ophthalmology"

Sr. Editor:

Envio as respostas às suas perguntas de 24 de julho com relação à nossa atividade diante dos Arquivos de Oftalmologia ("Archives of Ophthalmology").

Cada original recebido é revisto por dois analistas. Muitos deles não pertencem ao Conselho Editorial mas, são especialistas nos assuntos. De acordo com seus conselhos, nós rejeitamos, aceitamos o original ou devolvemo-lo para uma revisão.

O Editor Chefe é escolhido pelo Conselho Administrativo da Associação Médica Americana ("American Medical Association") após consultar vários especialistas e aqueles que participam há 10 anos do Conselho Editorial. O Conselho Editorial é escolhido pelo Editor Chefe.

Os trabalhos de ordem interna do *Jornal* são realizados pela Associação Médica Americana. A Associação é a Editora dos Arquivos.

Em geral, o Editor Chefe e os membros do Conselho Editorial têm mandato de 10 anos.

Os editoriais são selecionados pelo Editor Chefe.

Correções e alterações gramaticais são feitas pela equipe Editorial da Associação Médica Americana.

Os encargos quanto à venda dos anúncios são de responsabilidade direta da Associação Médica Americana e eu sugiro que você pergunte suas dúvidas pessoalmente ao escritório administrativo.

Espero que estas informações lhe sejam úteis.

Sinceramente,

Frederick C Blodi, M D
Chief-Editor
Archives of Ophthalmology

Sobre o "Sistema Internacional de Unidades"

Sr. Editor:

Tendo atualizado, neste C.E.T. os padrões em unidades S.I., pelo exposto na Rev Bras Anest, volume 30, número 3, páginas 236 e seguintes, encontramos alguns dados diferentes em relação aos publicados na Canad Anaesth Soc J volume 27, números 1 e 2, que se seguem:

	RBA	C.A.
creatinina	mmol/l	μ mol/l
ferro	mmol/l	μ mol/l
pH	mmol/l	nmol/l
bilirrubina	mmol/l	μ mol/l

Gostaríamos de saber qual é a válida?

Sem mais para o momento, aguardamos sua resposta.

Atenciosamente

Deoclécio Tonelli, EA
 Responsável pelo CET-SBA do ABC
 Rua Espírito Santo, 277
 09500 – São Caetano do Sul, SP

Prezado Tonelli,

Agradecemos profundamente as correções que nos foram enviadas com relação ao Sistema Internacional de Unidades. Já providenciamos as correções devidas.

Aproveitamos a oportunidade para cumprimentar o nobre colega por ter adotado os novos padrões de unidade, de acordo com as recomendações da Comissão de

Normas Técnicas da Sociedade Brasileira de Anestesiologia.

Atenciosamente

Masami Katayama

OS ANESTÉSICOS AGEM DIMINUINDO O GRADIENTE DE pH

Baseado em resultados recentes, que parecem demonstrar que a retenção vesicular de catecolaminas (e possivelmente outros transmissores) depende da existência de gradiente de pH entre o interior da vesícula e o citoplasma, os autores propõem nova explicação para o estado de anestesia geral. Utilizando lipossomas como modelo de vesículas sinápticas confirmam a idéia de que as vesículas acumulam catecolaminas desde que seu interior seja mais ácido que o citoplasma, o que acarreta a ionização do transmissor dentro da vesícula e seu subsequente aprisionamento. Demonstram ainda que o butanol, hexanol, clorofórmio e halotano em concentrações entre 1 e 10% aumentam a permeabilidade das vesículas ao H⁺, promovendo colapso do gradiente de pH através a membrana vesicular e indiretamente facilitando a saída do transmissor, agora menos ionizado. Terminam sugerindo que um dos modos de ação dos anestésicos gerais na neurotransmissão central, pode ser pela liberação das catecolaminas, estocadas dentro das vesículas sinápticas, para o citosol, levando a depressão da neurotransmissão, provavelmente tanto excitatória quanto inibitória.

Baugham A D , Mason W T - Anesthetics may act by collapsing pH gradients. Anesthesiology 53: 135 - 141, 1980).

COMENTÁRIO: Mais uma hipótese para explicar a ação dos anestésicos gerais a nível celular, embora, certamente não seja a última. (Oliveira L F)