

1296

*Aspectos Éticos do Pediatra na Sala de Parto*

Senhor Editor

AP 1767

Causou-me surpresa a carta do colega pediatra, Dr. J.F. Lages Neto, a respeito dos "Aspectos éticos do pediatra na sala de parto". Minha surpresa é causada pelo desconhecimento do colega pediatra, da existência de perinatologia como especialidade médica, há cerca de 10 anos. A neonatologia, além de já contar com um Professor Livre-Docente, na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o Dr. Flávio A.C. Vaz, e um professor Titular em Pediatria Neonatal, na Escola Paulista de Medicina, Dr. Benjamin Kopelman.

Possui um centro de estudos, o Centro de Estudos de Perinatologia de São Paulo, que já promoveu várias reuniões e

jornadas científicas e cursos de formação de especialistas, dos quais tive a honra de participar. Como especialidade nova que é, a perinatologia contou com o auxílio, para sua instalação e desenvolvimento, de elementos de outras especialidades, como pediatras, obstetras e anesthesiologistas. Ela é considerada um ramo da pediatria, constituindo-se mesmo em uma disciplina (Pediatria Neonatal) do Departamento de Pediatria, na Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo. Foi decisão dos elementos que participaram de várias reuniões do CEPENSP que deve estar presente, em toda sala de parto, durante o nascimento de criança viva ou em estado de morte aparente, em partos normais ou operatórios, um pediatra especializado em perinatologia. Esse elemento é o mais capacitado para reanimar o recém-nato, nos primeiros momentos de vida e acompanhar o seu desenvolvimento no berçário e nos primeiros meses de vida. Se esse elemento puder continuar a acompanhar a criança durante toda a sua infância, será excelente, porém não necessário e nem possível. As maternidades de São Paulo, de bom padrão, acataram essa decisão e mantêm um neonatologista de plantão 24 horas por dia. É obrigação dos pediatras insistirem para que isso aconteça em todos os hospitais, e não lutarem contra a idéia. Os futuros recém-natos teriam muito a agradecer-lhes por isso. O anesthesiologista, em que pese a sua grande habilidade na manipulação de aparelhos e nas manobras de reanimação, não tem as características ideais para o cuidado com os recém-nascidos porque não os acompanham no berçário e na sua vida futura. Devem contudo colaborar na formação de neonatologistas, nos aspectos que puderem, e também podem aprender muito com eles sobre vários aspectos da fisiologia, fisiopatologia e tratamento desses pacientes.

Entendo a mágoa do colega frente a sua situação vigente no ambiente onde trabalha. Mas não creio que um problema local deva desanimá-lo. Nem que exista competição entre neonatologistas e pediatras. Todos são pediatras e devem atender a criança. O ideal seria que o médico que vai cuidar da criança durante toda a sua infância, permanecesse na sala de parto e começasse o seu trabalho mesmo antes do nascimento do seu cliente. É claro que esse ideal ainda é utópico nas nossas condições atuais. Mas fica uma sugestão para o futuro.

Se o colega se interessar pela neonatologia, estou à sua disposição para quaisquer esclarecimentos sobre o CEPENSP. Pode também dirigir-se ao Dr. Fernando Facchini, presidente do CENESP.

DRA. EUGESSE CREMONESI, E.A.

São Paulo — SP

## RESENHA BIBLIOGRÁFICA

1295  
Editor — DR. JOSÉ ROBERTO NOCITE, E.A.

São apresentadas, nesta seção, resumos de trabalhos publicados recentemente em revistas da especialidade ou em revistas médicas de âmbito geral, nacionais ou estrangeiras.

### DISRITMIAS CARDÍACAS APÓS REVERSÃO DO BLOQUEIO NEUROMUSCULAR EM PACIENTES GERIÁTRICOS

- (x) Owens WD; Waldbaum LS & Stephen CR — *Cardiac dysrhythmia following reversal of neuromuscular blocking agents in geriatric patients. Anesth Analg (Cleve) 57: 186, 1978.*

Em trabalhos anteriores, o emprego de piridostigmina para reverter o bloqueio neuromuscular ao final da anestesia pareceu causar menor incidência de efeitos muscarínicos cardíacos do que o emprego de neostigmina.

Neste estudo, os autores analisaram 93 pacientes geriátricos (idades de 65 anos ou acima) no sentido de determinar as incidências de disritmias cardíacas subseqüentes à administração dos dois inibidores de colinesterase por via venosa, neostigmina e piridostigmina. Os critérios usados para definir uma disritmia cardíaca pós-operatória foram: 1) evidência eletrocardiográfica de nova disritmia além da que o paciente apresentava eventualmente no pré-operatório (inclusive frequências cardíacas abaixo de 60 ou acima de 100/min.); 2) evidência eletrocardiográfica de novo defeito de condução; 3) evidência eletrocardiográfica de aumento de três vezes na frequência de contrações atriais ou ventriculares prematuras, em relação ao pré-operatório; 4) a disritmia não pode ser explicada através de anomalias do estado ácido-básico, de ele-

trólitos séricos, de gases sanguíneos ou do volume sanguíneo.

A incidência de distúrbios pos-neostigmina (35%) foi maior que a observada após o uso de piridostigmina (14%), diferença estatisticamente significativa.

Algumas características do paciente e da técnica anestésica influenciaram a incidência de distúrbios após o uso das duas drogas. Assim, esta incidência foi nitidamente maior para a neostigmina do que para a piridostigmina em pacientes com doença coronariana ou defeitos de condução pré-existentes. Da mesma maneira, a incidência de distúrbios pós-neostigmina foi cinco vezes superior a pos-piridostigmina em pacientes que receberam anestésicos halogenados. Não houve diferenças nos pacientes que receberam agentes venosos associados a óxido nítrico.

Os autores concluem que o emprego da piridostigmina para reverter o bloqueio neuromuscular é acompanhado por menor incidência de efeitos colaterais cardíacos do que o emprego da neostigmina.

### EFEITOS DO ALTHESIN SOBRE A HEMODINÂMICA E O METABOLISMO CEREBRAIS EM PACIENTES NEUROCIRÚRGICOS

- (8) *Rasmussen NJ ; Rosendal T & Overgaard J — Althesin in neurosurgical patients: effects on cerebral hemodynamics and metabolism. Acta Anaesth Scand 22: 257, 1978.*

Foram estudados os efeitos da injeção de dose única de althesin (50 microgramas/kg) sobre a pressão arterial média (PAM), a pressão intracraniana (PIC), o fluxo sanguíneo cerebral (FSC) e o consumo cerebral de oxigênio (CMRO<sub>2</sub>) em dezesseis pacientes com patologia cerebral variada, antes de procedimentos como carotidoangiografia e/ou ventriculografia. Foram efetuadas dezenove observações nestes pacientes. O FSC foi determinado pelo método do Xe<sup>313</sup> e a PIC foi medida continuamente através de cânula instalada no ventrículo lateral e conectada a um transdutor de pressão. O CMRO<sub>2</sub> foi calculado através do produto do FSC pela diferença arteriovenosa de oxigênio.

Após obtenção de valores-contrôle para os parâmetros citados com o paciente sob anestesia geral pela associação metohexital sódico — óxido nítrico — pancurônio, foram determinados os efeitos da injeção de dose única de althesin 1 a 20 minutos após a injeção.

O althesin provocou redução significativa da PIC, do FSC e do  $CMRO_2$  já 1 minuto após a injeção, efeito que persistiu, embora com menor intensidade 20 minutos após a injeção. O grau de redução da PIC pós-althesin foi diretamente proporcional ao valor inicial: quanto maior a pressão intracraniana na situação de controle, maior a queda induzida pela droga.

A resistência vascular cerebral aumentou logo no primeiro minuto após a injeção de althesin e permaneceu elevada aos 20 minutos. Não obstante, os dados do presente trabalho sugerem que o althesin exerce seu efeito sobre o FSC de maneira secundária à depressão neuronal, não possuindo efeito vasoativo primário sobre a circulação cerebral.

Nos pacientes com lesões cerebrais focais, o FSC regional nestas áreas aumentou após o althesin: este efeito paradoxal é devido provavelmente à abolição do mecanismo de ajuste entre metabolismo e fluxo cerebrais resultantes de lesão grave do parênquima nervoso.

### ESTUDO COMPARATIVO ENTRE HALOTANO E ENFLUORANO EM PACIENTES PEDIÁTRICOS DE AMBULATÓRIO

Davidson SH — *A comparative study of halothane and enflurane in paediatric outpatient anaesthesia. Acta Anaesth Scand 22: 58, 1978.*

Foram estudados dois grupos de pacientes pediátricos quanto às características da indução e da recuperação anestésicas com dois agentes voláteis, halotano e enflurano. As idades variaram de 2 semanas a 15 anos. A indução era praticada com mistura contendo óxido nitroso a 85% e oxigênio a 15%, adicionada de vapores de halotano ou de enflurano cujas concentrações eram gradualmente aumentadas em incrementos de 0,5%, até um máximo de 4 a 5%. A seguir, as concentrações dos dois agentes eram ajustadas para as necessidades cirúrgicas e as concentrações de óxido nitroso e oxigênio eram alteradas para 70% e 30% respectivamente.

Os tempos de indução foram idênticos em ambos os grupos, com média de 6 minutos. Por outro lado, o enflurano proporcionou recuperação mais rápida da anestesia: média de 17 minutos contra 26 minutos para o halotano.

Os autores calcularam a dose total média administrada de cada agente multiplicando a concentração inspirada pelo volume minuto respiratório e pelo tempo de exposição ao anestésico (em minutos). Esta dose foi de 2,3 litros para o grupo do halotano e de 2,8 litros para o grupo do enflurano.

Considerando-se que a CAM do enflurano é duas vezes maior que a CAM do halotano (respectivamente 1,68% e 0,8%), pode-se concluir que os pacientes do grupo do enflurano receberam uma dose anestésica relativamente menos potente. Isto pode explicar, pelo menos em parte, a recuperação mais rápida obtida com o enflurano.

Não foram observadas alterações de EEG-e/ou movimentos tônico-clônicos, apesar do emprego de enflurano em concentrações de 3-5% por breves períodos de tempo. Não foram observadas diferenças entre os dois agentes quanto à incidência de náuseas e vômitos no pós-operatório. Os autores consideram o enflurano uma alternativa aceitável para o halotano em pacientes pediátricos de ambulatório.

### EFEITOS HEMODINAMICOS DO ENFLURANO EM PACIENTES COM DOENÇA VALVULAR CARDÍACA

- 2) Christensen V; Sorensen MB; Klauber PV & Skovsted P — *Haemodynamic effects of enflurane in patients with valvular heart disease. Acta Anaest Suppl 67: 34. 1978.*

Os autores procuraram determinar se o enflurano, utilizado na anestesia de pacientes com patologia cardíaca, apresenta os mesmos efeitos cardiovasculares favoráveis observados em pacientes sem este tipo de patologia. Para isto, determinaram em oito pacientes com doença valvular aórtica e/ou mitral encaminhados à cirurgia cardíaca, a pressão arterial média sistêmica, a pressão venosa central, o índice cardíaco, o índice sistólico e a pressão arterial média na artéria pulmonar em três ocasiões. A primeira, após administração da pré-medicação constante de diazepam-escopolamina e com o paciente respirando oxigênio a 100%. A segunda, com o paciente acordado respirando oxigênio a 100%. A terceira, após estabilização da anestesia com enflurano, utilizado nas concentrações de 4-5% para indução e de 2-3% para manutenção, diluído em oxigênio.

Todas as medidas foram efetuadas antes do início da cirurgia. A anestesia com o enflurano não alterou o índice cardíaco, que se manteve em torno de valores médios da ordem de 2,01/min./m<sup>2</sup> nas três ocasiões. O índice sistólico (expresso em ml/batimento/m<sup>2</sup>) diminuiu em cerca de 27% após o enflurano porém esta diminuição foi compensada por um aumento da ordem de 33% na frequência cardíaca, mantendo-se inalterado o índice cardíaco.

A resistência vascular sistêmica diminuiu ligeiramente com o uso do enflurano. Todos os demais parâmetros analisados não foram alterados.

Os autores concluem pela boa indicação do uso do enflurano em pacientes com patologia cardíaca, uma vez que a estabilidade cardiovascular observada em indivíduos normais com este anestésico ocorre também em indivíduos com patologia cardíaca.

### ENFLUORANO E RESPOSTA RENAL A ELEVAÇÃO AGUDA DA PRESSÃO INTRACRANIANA

- ⑤ Hill GE; Stanley TH; Hodges MR; Sentker CR & Philbin D — Failure of enflurane in altering renal responses to acute intracranial pressure increases. *Anesth Analg (Cleve)* 57: 200, 1978.

A elevação aguda da pressão intracraniana (PIC) acompanha-se de depressão da função renal em animais de experimentação, efeito devido provavelmente a vasoconstrição renal simpática. Por outro lado, estudos recentes demonstraram que o enflurano reduz a liberação de catecolaminas pelas células cromafins da medula adrenal. Com base nestes dados, foram analisados em cães os efeitos da anestesia com enflurano sobre a função renal na vigência de PIC normal ou elevada de forma aguda.

A anestesia foi mantida com enflurano a 2,2% (final de expiração) e óxido nitroso a 70%, após indução com tiopental sódico por via venosa.

Antes da administração de enflurano, elevações da ordem de 10-20 mm Hg na PIC provocaram aumentos da osmolaridade urinária, da resistência vascular renal e da pressão arterial média, bem como diminuições do volume urinário, do clearance de paraminohipurato e do clearance de água livre, traduzindo estas alterações depressão da função renal.

A observação dos mesmos parâmetros na vigência de anestesia pelo enflurano, revelou as mesmas alterações acima durante elevações agudas da ordem de 10-20 mm Hg na PIC, com exceção da pressão arterial média que não se modificou.

Os autores concluem que a anestesia com enflurano-óxido nitroso opõe-se à elevação da pressão arterial média em resposta à elevação aguda da PIC porém não altera a resposta renal a esta mesma elevação.

## EFEITO DA HIPOTENSÃO INDUZIDA PELO HALOTANO SOBRE A CIRCULAÇÃO CEREBRAL

- ④ *Fitch W; Jones JV; Graham DI; Mackenzie ET & Harper AM — Effects of hypotension induced by halothane, on the cerebral circulation in baboons with experimental renovascular hypertension. Br J Anaesth 50: 119, 1978.*

Foi estudado o efeito da hipotensão arterial progressiva sobre o mecanismo de autorregulação do fluxo sanguíneo cerebral em macacos submetidos a hipertensão renovascular experimental. Esta foi obtida pela técnica de Goldblatt bilateral.

Os macacos assim preparados foram expostos a concentrações progressivamente mais elevadas de halotano, com os quais se obteve hipotensão arterial gradual num período de 5 a 6 horas.

A determinação do fluxo sanguíneo cerebral demonstrou que o fluxo permanece constante durante a variação da pressão arterial média desde os níveis superiores em torno de 180 mm Hg até o nível de aproximadamente 90 mm Hg. Abaixo de 90 mm Hg, o fluxo sanguíneo cerebral passou a variar na dependência da pressão arterial média.

O exame neuropatológico, efetuado no final das observações, evidenciou lesão cerebral isquêmica em todos os animais.

Estes resultados podem ter algumas implicações clínicas. O desvio da curva do mecanismo autorregulatório do fluxo sanguíneo cerebral para valores mais elevados de pressão arterial média pode aumentar a tolerância da circulação cerebral às elevações da pressão arterial, protegendo assim o cérebro de crises vasculares hipertensivas. Por outro lado, o desvio do limite inferior para valores mais elevados de pressão arterial média, parece trazer desvantagens em certas situações como a hipotensão induzida, onde valores de pressão arterial inferiores a 90 mm Hg já podem acompanhar-se de queda do fluxo sanguíneo cerebral, fenômeno que não ocorre na vigência de normotensão arterial.

## ORIGEM VAGAL DA BRADICARDIA INDUZIDA PELO FENTANIL DURANTE ANESTESIA PELO HALOTANO

- ⑩ *Reitan JA; Stengert KB; Wymore ML & Martucci RW — Central vagal control of fentanyl-induced bradycardia*

*during halothane anesthesia. Anesth Analg (Cleve) 57: 31, 1978.*

É conhecida a bradicardia produzida pelo fentanil após administração no homem ou em animais de experimentação. Ela é mais pronunciada quando a droga é injetada no curso de uma anestesia e pode ser revertida pela maloxona ou atenuada pela atropina.

Neste trabalho investigou-se o mecanismo de ação do fentanil na gênese de bradicardia, em cães anestesiados por halotano na concentração de 1,0-1,2%, com controle de temperatura e do equilíbrio ácido-básico. Num primeiro experimento, foi observada a variação da frequência cardíaca durante os sessenta minutos posteriores à administração de fentanil por via venosa nas doses de 5 mcg/kg e de 10 mcg/kg (doses seqüenciais). Num segundo experimento, realizado uma semana depois com os mesmos animais, repetiram-se as mesmas observações após vagotomia cervical bilateral.

Nos animais com os vagos intactos, observou-se bradicardia proporcional à dose de fentanil, com ambas as injeções. Nos animais vagotomizados, a queda da frequência cardíaca não chegou a 10% dos valores observados nos animais íntegros.

Os níveis séricos de fentanil foram equivalentes em ambos os experimentos para cada dose.

Os autores concluem que a ação cronotrópica negativa do fentanil é devida, em sua maior parte, a impulsos vagais eferentes, oriundos provavelmente dos centros vagais no SNC.

### INTERAÇÃO DA KETAMINA COM AGENTES BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES

① *Amaki Y; Nagashima H; Radnay PA & Foldes FF — Ketamine interaction with neuromuscular blocking agents in the phrenic nerve-hemidiaphragm preparation of the rat. Anesth Analg (Cleve) 57: 238, 1978.*

Os autores estudaram a influência da ketamina sobre: a) resposta muscular à estimulação direta e indireta (via nervosa); b) liberação de acetilcolina nas terminações pré-sinápticas; c) bloqueio neuromuscular produzido por d-tubocurarina, pancurônio, decametônio e succinilcolina.

A preparação utilizada foi a de hemidiafragma e nervo frênico do rato.

Os resultados obtidos mostraram que a ketamina aumenta a intensidade da resposta muscular à estimulação indireta,

via nervo frênico. Este aumento foi pequeno mas significativo. Por outro lado, a droga não teve ação sobre a magnitude da resposta muscular à estimulação elétrica direta do músculo.

A ketamina diminuiu a liberação de acetilcolina nas terminações pré-sinápticas e potencializou o bloqueio neuromuscular induzido pelos quatro agentes estudados, a saber: d-tubocurarina, pancurônio, succinilcolina e decametônio.

Foi estudado também o efeito da ketamina sobre a atividade da butirilcolinesterase e da acetilcolinesterase plasmáticas humanas, observando-se inibição da ordem de 50% desta atividade, em concentrações da droga equivalentes às obtidas com doses clínicas.

Os autores não acreditam que a potencialização do bloqueio da succinilcolina seja devida à inibição da atividade enzimática do plasma. Sugerem que a diminuição da liberação pré-sináptica de acetilcolina induzida pela ketamina, é responsável pela potencialização dos efeitos bloqueadores neuromusculares dos quatro agentes estudados.

### **EFEITOS METABÓLICOS DA NALOXONA UTILIZADA NA REVERSÃO DA DEPRESSÃO PELO FENTANIL EM ANESTESIA**

- ⑨ *Tigerstedt I & Tammisto T — Effect of naloxone reversal on CO<sub>2</sub> output, oxygen uptake and cardiac index during recovery from fentanyl-supplemented anaesthesia. Acta Anaesth Scand 22: 158, 1978.*

Foram estudados em vinte e quatro pacientes os efeitos da naloxona utilizada para reversão da depressão pós-anestésica do fentanil, sobre o consumo de oxigênio, o débito de gás carbônico e o índice cardíaco.

Todos os pacientes foram anestesiados com tiopental sódico, óxido nítrico a 70% e receberam doses moderadas de fentanil (0,15 — 0,30 mg) durante os procedimentos. O relaxamento muscular foi mantido com d-tubocurarina. Os pacientes foram divididos em quatro grupos. No grupo I (controle) procedeu-se à descurarização com prostigmina, os pacientes foram extubados e submetidos às medidas. No grupo II, foi administrada naloxona por via venosa na dose de 1 mcg/kg dez minutos após a descurarização. No grupo III, foi administrada naloxona por via venosa na dose de 2 mcg/kg dez minutos após a descurarização. No grupo IV não se procedeu à descurarização, manteve-se respiração controlada e administrou-se naloxona por via venosa na dose de 2 mcg/kg.

Nos pacientes que receberam naloxona na dose menor (1 mcg/kg), ocorreu normocapnia no período de recuperação, em contraste com a hipercapnia observada no grupo-controle. Não houve diferenças significativas entre os grupos I e II relativamente ao consumo de oxigênio ( $\dot{v}O_2$ ), ao débito de gás carbônico ( $\dot{v}CO_2$ ) e ao índice cardíaco.

Nos pacientes que receberam naloxona na dose mais elevada (2 mcg/kg) após descurarização, ocorreram, além da normocapnia, aumentos significativos de frequência respiratória, volume minuto respiratório,  $\dot{v}O_2$ ,  $\dot{v}CO_2$  e índice cardíaco.

Nos pacientes que receberam naloxona na dose de 2 mcg/kg e continuaram sob respiração controlada (grupo IV), ocorreram elevações significativas de  $\dot{v}CO_2$  e de  $PaCO_2$ .

Estes achados indicam que, quando se usa naloxona para reverter a depressão causada pelo fentanil em anestesia, pode ocorrer estimulação do metabolismo, na dependência da dose utilizada. Esta estimulação pode ser secundária a aumento do trabalho muscular, agitação e tremores. Entretanto, o aumento de  $\dot{v}CO_2$  ocorre mesmo nos indivíduos com paralisia muscular, o que fala a favor de um aumento do metabolismo basal provocado por estas drogas.

Os autores recomendam que as doses dos antagonistas sejam cuidadosamente "tituladas", utilizando-se as menores doses eficazes para melhorar as condições respiratórias, evitando-se com isto alterações metabólicas perigosas para o paciente.

### ESTUDO COMPARATIVO DO BLOQUEIO NEUROMUSCULAR PELO PANCURÔNIO EM PACIENTES COM E SEM INSUFICIÊNCIA RENAL

⑥ Hollander AA; Camu F & Sanders M — Comparative evaluation of neuro-muscular blockade after pancuronium administration in patients with and without renal failure. *Acta Anaesth Scand* 22: 21, 1978.

O pancurônio tem sido utilizado em pacientes com insuficiência renal em virtude da ausência de efeito prolongado sobre a junção neuromuscular, bem como de efeitos colaterais do tipo de hiperpotassemia e bloqueio ganglionar autonômico. Faltam, entretanto, estudos objetivos sobre a duração da ação do pancurônio nesta classe de pacientes. O presente trabalho se propõe efetuarlos. Foram analisados para isso vinte e quatro pacientes, dos quais doze sem doenças renal, hepática, neurológica ou muscular (grupo controle)

e doze portadores de insuficiência renal terminal submetidos a programa de hemodiálise duas vezes por semana.

A indução da anestesia foi obtida com metohexital sódico — inoval em ambos os grupos e a manutenção, com óxido nitroso 50% — oxigênio 50% — inoval. O pancurônio foi injetado em dose única de 0,04 mg/kg ou de 0,08 mg/kg por via venosa. Os pacientes do grupo controle foram submetidos a cirurgias ortopédicas e os pacientes em insuficiência renal foram submetidos à abertura de fístulas arteriovenosas.

A avaliação do bloqueio neuromuscular foi realizada através do registro da abdução do polegar em resposta à estimulação do nervo ulnar.

Houve retardo na recuperação completa da contração muscular após ambas as doses de pancurônio nos pacientes renais em relação aos do grupo controle. Assim, na dose de 0,04 mg/kg, a recuperação total da atividade muscular fez-se num tempo médio de 65 minutos nos pacientes sem doença renal e de 103 minutos nos pacientes em insuficiência renal. Na dose de 0,08 mg/kg de pancurônio, estes tempos foram respectivamente 140 e 214 minutos.

O prolongamento da ação do pancurônio em pacientes renais está de acordo com a farmacocinética da droga pois embora cerca de 10% da dose injetada seja eliminada pela bile no espaço de 30 horas, a via preferencial de eliminação continua sendo a urinária. Os autores concluem que se deve evitar o emprego de grandes doses de pancurônio em pacientes com insuficiência renal, uma vez que a recuperação da atividade muscular espontânea pode ser muito demorada.

# REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA



ÓRGÃO OFICIAL  
DA  
SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

(Departamento de Anestesiologia da  
Associação Médica Brasileira)  
e da

FEDERAÇÃO DAS SOCIEDADES DE ANESTESIOLOGIA  
DOS POVOS DE LÍNGUA PORTUGUESA

Editor-chefe: DR. BENTO GONÇALVES

Associado: DR. ZAIRO E. G. VIEIRA

Em Portugal: DR. E. LOPES SOARES e DR. HUGO GOMES

Editores:

DR. ALVARO GUILHERME EUGÊNIO — Campinas, SP  
DR. CARLOS PARSLOE — São Paulo, SP  
DRA. CARMEN BAPTISTA DOS SANTOS — Rio de Janeiro, RJ  
DR. DANILO FREIRE DUARTE — Florianópolis, SC  
DR. JOÃO BAPTISTA PEREIRA — Porto Alegre, RGS  
DR. JOSÉ CALASANS MAIA — Rio de Janeiro, RJ  
DR. JOSÉ PAULO DRUMMOND — Rio de Janeiro, RJ  
DR. JOSÉ ROBERTO NOCITE — Ribeirão Preto, SP  
DR. PETER SPIEGEL — Rio de Janeiro, RJ  
DR. REYNALDO PASCHOAL RUSSO — São Paulo, SP  
DR. RUBENS L. NICOLETTI — Ribeirão Preto, SP  
DR. VALDIR CAVALCANTI MEDRADO — Salvador, BA

## COLABORAÇÃO NA REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

- A REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA aceita para publicação, trabalhos originais, artigos de interesse para a especialidade, novas invenções ou idéias e correspondência, de colaboradores idôneos nacionais ou estrangeiros.
- Os trabalhos a serem publicados devem obedecer as "Normas para apresentação dos trabalhos", contida em outra parte da revista.
- Originais enviados para publicação na REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA serão publicados, à critério da redação e tornam-se propriedade de S.B.A. Sua republicação em todo ou em parte poderá ser feita, com autorização prévia.
- As citações da REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA devem ser abreviadas para **Rev. Bras. Anest.**
- REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA não assume qualquer responsabilidade pelas opiniões emitidas nos trabalhos assinados.

## PUBLICAÇÃO BIMESTRAL

Assinatura: Brasil — Cr\$ 300,00 — Estrangeiro — US\$ 18.00  
Número atrasado: Cr\$ 70,00

## REDAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO:

Rua Professor Alfredo Gomes, 36 — ZC-02 — Rio de Janeiro — Brasil

## ÍNDICE GERAL

VOLUME 28 — N.º 6

Novembro-Dezembro de 1978

	Pág.
<b>EDITORIAL — O Anestesiologista e sua Condição Humana — José Roberto Nocite</b> .....	711
<b>Anestesia para Atresia de Esôfago com Fístula Traqueo-Esofageana</b> Carlos Alberto da Silva Junior .....	713
<b>Administração de Oxigênio no Controle da Hipoxemia Pós-Anestésica Imediata — J. Gilberto Scandiucci; Renato G. G. Terzi; M. Evelini P. Lima; Samara B. Miranda</b> .....	723
<b>Bupivacaína para Anestesia Peridural em Geriatria — Celio Latorraca; Fernando de Castro Moraes F.º; Helvecio Passamani; Humberto Ribeiro do Val</b> .....	743
<b>Farmacologia dos Anestésicos Locais — Luiz Fernando de Oliveira</b> ..	763
<b>Bloqueadores Neuromusculares: Farmacocinética e Local de Ação — José Roberto Nocite</b> .....	793
<b>Ventilação Mandatória Intermitente (VMI) — Luiz Germano Reblin de Lima; José Raimundo Araújo Azevedo; Eduardo Pereira Marques; Marian Queiroz Cantisano</b> .....	806
<b>Medicação Pré-Anestésica em Cesárea e Estado Acidobásico do Recém-Nato — Amaury Sanchez Oliveira; Álvaro Guilherme B. Eugênio</b> .....	815
<b>NOTICIARIO — Confederação Latinoamericana de Sociedades de Anestesiologia</b> .....	832
<b>RESENHA BIBLIOGRÁFICA — José Roberto Nocite</b> .....	833