

RESUMO DE REVISTAS

Esta seção da Revista Brasileira de Anestesiologia, se destina a publicação de resumos de revistas estrangeiras de artigos de interesse geral para os anestesiológicos. Os artigos são selecionados pela redação, contando a Revista com um corpo de colaboradores para a elaboração do resumo.

TRATAMENTO COM SUCESSO DA HIPERTERMIA MALIGNA — M. Digby Leigh, George B. Lewis, Jr., Edward B. Scott, Wayne Herbert. — *Anesthesia & Analgesia* 50,39:42, 1971.

É relatada a possibilidade de uma abordagem com sucesso dos casos de síndrome de hipertermia maligna. Citam uma incidência de 2 ou 3 casos anuais de hipertermia maligna em sua estatística, e que, com a conduta por eles proposta, têm sido tratados com inteiro sucesso, contrastando com uma mortalidade igual a 50% encontrada na literatura.

Os autores recomendam como medidas profiláticas obrigatórias:

- 1 — O uso de colchão com circulação de água.
- 2 — Ter sempre uma fonte de água gelada.
- 3 — A monitoragem constante da temperatura.

Uma vez detectada qualquer elevação significativa da temperatura corporal iniciam-se as manobras terapêuticas:

- 1 — Circulação pelo colchão de água gelada.
- 2 — Bólsas de gelo ao redor do pescoço, axilas e virilhas.
- 3 — Infusão intravenosa de solução de Ringer lactato gelada.
- 4 — Em caso de falha ou insuficiência dos procedimentos anteriores, mergulhar o paciente em uma ba-

nheira com gelo e até, quando de cirurgia abdominal verter quantidades copiosas de solução gelada de Ringer lactato na cavidade abdominal. Chamam a atenção que o risco de uma infecção operatória que tais procedimentos podem determinar é preferível a um possível dano cerebral permanente ou morte.

Comentário: Como os autores se referem a números absolutos e não relatam o total de sua casuística, não sabemos se a incidência encontrada por eles do síndrome de hipertermia maligna situa-se dentro da média proposta por Britt e Kalow de 1:10.000 (Ann. N.Y. Acad. Sc., 1968).

Este síndrome, primeiro descrito por Guedel em 1952 e que Gibson propôs chamar de "síndrome de hipertonia e hiperpirexia maligna", ainda tem em sua etiologia, patogenia e terapêutica uma série de fatores obscuros.

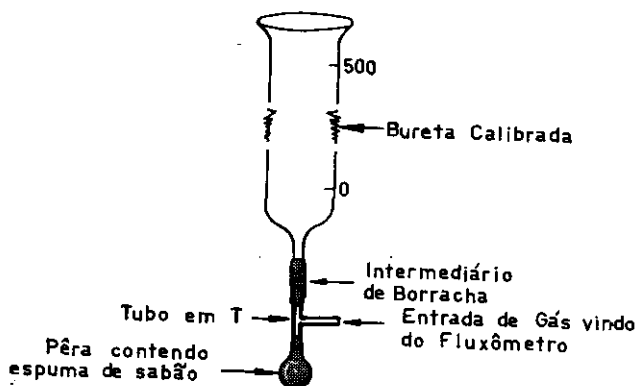
Embora Britt (Canad. Anaesth. Soc. J., 1970), ao fazer uma revisão da literatura, tenha chamado a atenção para a correlação altamente significativa entre o nível máximo de temperatura e a mortalidade, impressionou-nos a assertiva de Digby Leigh e cols. de que com as medidas por eles propostas, visando exclusivamente o controle de temperatura corporal, tenham tratado "com inteiro sucesso todos os casos de hipertermia maligna". Esta afirmativa contrasta com os dados fornecidos pelo mesmo Britt em seu trabalho de revisão, onde numa estatística de 94 casos a sobrevida ocorreu em apenas 37 pacientes, com um porcentual de sucesso ao redor de 40%.

Álvaro G. Eugênio, E.A.

AFERIÇÃO DOS FLUXÔMETROS DOS APARELHOS DE ANESTESIA —
Calibration of gas flowmeters with the bubble burette —
Smith, T.C. Anesthesiology; 33,553, 1970.

Muitas vezes pode-se apresentar uma ocasião em que o anestesista duvida da exatidão de seus fluxômetros. O método descrito pelo autor é de fácil execução e necessita apenas

de uma burêta de 250 ou 500 ml ou 1000 ml, de um cronômetro, uma pêra de borracha (por exemplo de um conta-gôtas) um tubo em T e um pequeno tubo de borracha, além de espuma e sabão (água com OMO ou similar).



Conjunto para calibragem de Fluxômetros.

O método se baseia na medida do tempo necessário para que uma bôlha de sabão percorra uma distância padronizada numa burêta (Veja figura). Assim se fôr feita uma entrada, de 1 litro/minuto de qualquer gás, a bôlha de sabão deverá caminhar entre as marcas 0 e 500 em 30 segundos, com um fluxo de 2 litros/min ela deverá percorrer a mesma distância em 15 segundos, a 4 litros por minuto deverá percorrer a mesma em 7,5 segundos.

O maior problema é representando pela própria bôlha de sabão, que não deve se desfazer no seu percurso, o que se torna mais difícil com os fluxos mais altos, e também se o gás estiver carreando um anestésico, como o fluotano ou pentrano. Outro problema é o excesso de bôlhas, mas com um pouco de prática consegue-se com a compressão da borracha de ligação produzir uma bôlha de cada vez.

Peter Spiegel, E. A.