



REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Anestesiologia
www.sba.com.br



CARTAS AO EDITOR

Carta ao editor comentando estudo publicado na revista *Ascedio* por Jose Rodrigues et al. (Rev Bras Anesthesiol. 2013;63(4):358-361), a respeito de intubação com broncoscópico flexível

Letter to the editor commenting the study published in the journal by *Ascedio* Jose Rodrigues et al. (Rev Bras Anesthesiol. 2013,63(4):358-361), regarding intubation with flexible bronchoscope

Caro Editor,

Eu li o artigo publicado na RBA por *Ascedio* Jose Rodrigues et al. (Rev Bras Anesthesiol. 2013;63(4):358-361), e gostaria de expor algumas opiniões a respeito da intubação fibroscópica acordada (abreviada no artigo como FBI, pelas iniciais em inglês).

Como foi devidamente salientado no estudo, a FBI não é uma boa opção para a situação «não ventilo e não intubo» – (NV-NI), situação essa que envolve grande ameaça à vida.¹ A intubação fibroscópica é segura, porém demanda tempo e habilidade e não é adequada na situação NV-NI, que exige imediata restauração da ventilação.

Eu nunca utilizei bloqueios (com agulhas) para FBI, e a razão é a seguinte: se o paciente consegue abrir suficientemente a boca para um acesso intraoral para o bloqueio do nervo glossofaríngeo, através da injeção na porção caudal do pilar amigdaliano posterior, é porque este paciente provavelmente tem uma intubação fácil e não necessita de FBI. Mais importante ainda, devido à proximidade da artéria carótida, existe a possibilidade de injeção intra-arterial, ou pior ainda, formação de hematoma na região posterior da língua, o que transformaria um caso difícil em um caso impossível.



Em relação ao bloqueio do nervo laríngeo superior, ele só é factível nos pacientes que não necessitam dele, quero dizer, nos pacientes magros e com pontos anatômicos bem definidos. Nos obesos, ou pacientes em uso de colar cervical, ou com trauma cervical, ou portadores de pescoço curto e grosso («taurino»), justamente os que se beneficiam da intubação fibroscópica acordada, este bloqueio deixa de ser uma boa opção.

Eu faço bloqueios «sem agulhas» nos meus pacientes. Para topicalização, solicito ao paciente expor a língua e depois a seguro com uma gaze. Aplico, em cada lado, dois *puffs* de lidocaína 10% no arco palatoglossal, na tentativa de bloquear o nervo glossofaríngeo, a fim de minimizar o reflexo de vômito; seguido de um *puff* adicional no véu palatino. Após aproximadamente 3 minutos, coloco uma gaze embebida em lidocaína 10% na fossa piriforme, atrás da base da língua, bilateralmente. O objetivo é bloquear os nervos devido à proximidade dos mesmos da mucosa saturada com solução concentrada de anestésico local.²

Em relação à aplicação de bloqueador de mordida, eu recomendo o uso de uma das cânulas orofaríngeas de intubação. Apesar de haver várias no mercado, eu disponho apenas da VBM® e da VAMA® (Valentin Madrid). A principal diferença entre elas é que a VAMA® empurra o palato mole para trás, enquanto a VBM empurra a língua para frente.³ Com o uso destas cânulas, a fibroscopia é **MUITO mais fácil** (o grifo é meu): o fibroscópio não desvia da linha média e é direcionado para a epiglote, para a complementação da anestesia pelo canal de trabalho do fibroscópio.⁴ Com o uso destas cânulas não há necessidade de desconectar o intermediário de 22 mm da cânula traqueal. Início cuidadosa titulação de sedativos e administração de oxigênio suplementar logo no início do procedimento, para tornar a experiência menos desagradável para o paciente.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

Referências

1. Anesthesiology, V 98, n° 5, May 2003. Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway.

DOI do artigo original:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2012.05.001>

2. Simmons ST, Scheich AR. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*. 2002;27(2 March–April):180–92.
3. Katherine S L Gil. *Anesthesiology News* 2012; 08. Fiber-Optic Intubation: Tips From the ASA Workshop.
4. Castañeda Pascual M, Batllori Gastón M, Unzué Rico P, et al. Comparación de las cánulas VAMA y Berman para la intubación fibroscópica orotraqueal en pacientes anestesiados. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*. 013;60: 134-41.

Marcelo Sperandio Ramos

Hospital Universitário, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

E-mails: marcelo.ramos@hu.usp.br, marcelosramos@terra.com.br

Disponível na Internet em 20 de setembro de 2014

<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2013.11.004>

Comparação entre bloqueios peridural e paravertebral torácicos contínuos para analgesia pós-operatória em pacientes submetidos a toracotomias: meta-análise de ensaios clínicos[☆]



Comparison between continuous thoracic epidural and paravertebral blocks for postoperative analgesia in patients undergoing thoracotomy: meta-analysis of clinical trials

Caro Editor,

O artigo titulado “Comparação entre bloqueios peridural e paravertebral torácicos contínuos para analgesia pós-operatória em pacientes submetidos a toracotomias: revisão sistemática”, publicado recentemente na Revista Brasileira de Anestesiologia, demonstra a preocupação dos autores em mostrar a efetividade da terapia anestésica para o tratamento da dor pós-operatória em cirurgias torácicas.¹

A leitura do artigo científico desperta grande interesse nos leitores, porém alguns pontos merecem ser considerados. São eles: o aplicativo de computador utilizado para os cálculos, a análise da sensibilidade pelo método de meta-análises sucessivas, a utilização de modelos de efeito nas análises e a busca pela identificação das heterogeneidades estatísticas.

O aplicativo de computador utilizado na pesquisa foi descrito no método e nas referências, porém esta última encontra-se incorreta, sendo impossível identificar o local onde o mesmo encontra-se disponível e ter acesso ao aplicativo para a execução de futuras pesquisas semelhantes a esta.

O método de meta-análises sucessivas foi utilizado pelos autores em algum momento da execução desta revisão sistemática para realização da análise de sensibilidade, porém, o resultado do processo não foi relatado nos resultados nem descrito na discussão, não ficando clara a sua real contribuição nesta revisão sistemática. Este método permite identificar a provável fonte da heterogeneidade

estatística e a exclusão ou não do artigo incluído, na tentativa de consolidação dos resultados encontrados.²

O modelo de efeito aleatório e o fixo foram descritos pelos autores como sendo utilizados nos cálculos da meta-análise; no entanto, foi relatada a escolha do modelo aleatório para a execução dos cálculos de meta-análise toda vez que o I^2 fosse maior que 30%. As análises das variáveis “avaliação da dor em repouso após 24 horas” e “incidência de hipotensão” obtiveram um I^2 menor que o valor proposto pelos autores, não se enquadrando nesta descrição do método da pesquisa, sendo seus resultados também relatados por meio do modelo de efeito aleatório, em vez do modelo de efeito fixo. O relato no artigo não permite identificar se esta descrição dos resultados se deveu à decisão consensual dos autores ou a uma falha na execução da pesquisa.

Os autores consideraram a presença de heterogeneidade como sendo um viés da pesquisa quando relataram “esses resultados podem ter sido viesados pela heterogeneidade dos estudos incluídos”; porém, a presença de heterogeneidade não indica viés em uma revisão sistemática. Os testes de heterogeneidade servem para determinar se as diferenças entre os estudos incluídos são verdadeiras (heterogeneidade) ou se ocorreram ao acaso durante o processo de análise (homogeneidade).³ Se as diferenças ocorrerem ao acaso, pode-se dar mais credibilidade aos resultados encontrados nas revisões sistemáticas, e em caso de identificação de heterogeneidade, as causas desta devem ser avaliadas cuidadosamente pelos autores em busca da consolidação de seus resultados, e não serem apenas consideradas viés da pesquisa.

Percebe-se que a heterogeneidade estatística, presente na maioria das análises, foi pouco explorada pelos autores, e que é possível discordar de parte da conclusão dos mesmos, que diz “Fica claro, a partir desta revisão sistemática, que a analgesia peridural está associada a maior incidência de hipotensão arterial e de retenção urinária, quando usada para controle da dor pós-toracotomia lateral em pacientes adultos, com nível de evidência 1A”, pois o nível 1A requer que as heterogeneidades sejam mínimas ou ausentes ou que elas sejam devidamente exploradas durante o processo de execução de uma revisão sistemática.

Em suma, parabeno os autores pelo artigo, que traz resultados importantes para a compreensão dor pós-operatória em cirurgias torácicas. As conclusões das revisões sistemáticas são menos incisivas em relação à significância clínica de seus resultados quando aqueles dos estudos incluídos diferem entre si.³

[☆] Local da pesquisa: Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil.