

## *Esterilização de Ampolas para Anestésias Espinhais*

Sr. Editor,

Uma das maiores falhas que se observa na maioria dos departamentos de anestesia de nosso país está ligada ao fato de as ampolas e frascos de anestésicos utilizados em anestésias espinhais não serem autoclavados, como condição prévia para o seu uso.

Em 1959, quando retornamos dos EUA para a Santa Casa de Santos, soubemos que ali ocorrera uma complicação fatal por meningite, após uma raquianestesia feita com uma ampola retirada da prateleira. Instituímos então a autoclavagem destas drogas dentro de um tubo de ensaio<sup>1</sup>. Ficamos naquele hospital até 1974, quando nos transferimos para a Beneficência Portuguesa de Santos, onde permanecemos até agora. Desde então não observamos qualquer problema desta natureza.

O primeiro relato de meningite por anestesia raquídea, atribuído à contaminação da parte externa da ampola entre nós, foi descrito por Zairo Vieira<sup>2</sup>. Por outro lado, Sir Robert Macintosh apresentou provas cabais, no famoso julgamento de Wooley and Roe, de que esterilização por imersão em formol ou fenol poderia ser a causa de aracnoidites severas, muitas vezes fatais, devido à passagem destas substâncias neurolíticas através de microfaturas no vidro das ampolas<sup>3</sup>.

Na década de 50 ficou estabelecido que o único sistema seguro e confiável para esterilização de continentes encerrando anestésicos locais era a autoclavagem, num tempo de 20 min, 2 atm e 120°C. Nos últimos anos foi aceita também a esterilização por óxido de etileno, processo usado para as bandejas descartáveis.

Estes métodos garantem a segurança contra síndromes infecciosas e também permitem, pela identificação prévia dos agentes, diminuir a probabilidade de injeções inadvertidas de outras substâncias. O Brasil é campeão nesta área. Existem varios relatos sobre a injeção acidental de galamina no espaço subaracnóideo<sup>4,5,6</sup> e também soube-

mos de casos onde foram empregadas a cedilanide (coma vigil por dois dias) "e a dipirona a 50% (paraplegia irreversível), ao invés de lidocaína, numa raquianestesia.

O aceite geral da esterilização da ampola de anestésico dentro de um tubo de ensaio, aberto no momento do uso, devidamente marcado com fitas mostrando que foi autoclavado, iria acabar com a possibilidade de infecções e da troca de ampolas. Isto permite a leitura fácil do rótulo através do vidro, por quem o entrega e por quem vai utilizá-lo.

Os argumentos de que os anestésicos perdem a potência com este método já foram descartados há mais de 30 anos.

Hoje em dia, quando as ações judiciais contra anestesistas se tornam cada vez mais freqüentes, a prevenção de acidentes representa um capítulo importantíssimo na nossa prática. A técnica de autoclavagem em tubos e de preparo das seringas e agulhas em bandejas é muito simples e a sua omissão será, sem dúvida, considerada imperdoável em qualquer processo médico-legal<sup>7</sup>.

### REFERÊNCIAS

1. Fortuna A – Bloqueios anestésicos. Rev Bras Anest, 1963;13: 227-262.
2. Vieira Z E G – Complicações da anestesia raquídea. Relato de um caso de meningite pós-raquianestesia (Miscelânea). Rev Bras Anest, 1962; 12:77.
3. Cope R W – The Wooley and Roe case: Wooley and Roe v. the ministry of health and others. Anesthesia, 1954; 9:249-270.
4. Cunha G N, Gomes R R, Ricardo R – Injeção subaracnóidea acidental de tri-etil-iodeto de galamina. Rev Bras Anest, 1962 ; 12:188-191.
5. Cronenberg P A, Tetener J, Brandão G S – Introdução inadvertida de agente curarizante no espaço subaracnóideo (relato de um caso). Rev Bras Anest, 1974; 24: 552-555.
6. Branco J L, Geretto P – Introdução inadvertida de flaxedil na raque. Rev Paul Med 1958; 52: 389-391.
7. Kane R E – Review: neurological deficits following epidural or spinal anesthesia. Anesth Analg, 1981; 60: 1 150-161.

Armando Fortuna, TSA  
Caixa Postal 29  
11100 – Santos – SP

## Síndrome da Angustia Respiratória do Adulto — 1ª Parte

Sr. Editor,

Em relação artigo acima citado, muito bom por sinal, assinado por Anibal Basile Filho e A. Capone Neto e publicado pela Revista Brasileira de Anestesiologia (38: 6, 431-443, 1988), gostaríamos de tecer alguns comentários baseados em nossa experiência pessoal sobre a matéria em questão.

1 – Em relação à fisiopatologia desta síndrome, entendemos que os autores, seguindo tradição da literatura, dividiram-na didaticamente em três fases: a) fase inicial ou de edema Pulmonar; b) fase secundária ou intermediária, com formação de membrana hialina; c) fase caracterizada por fibrose intersticial difusa. Nossos estudos de microscopia óptica e eletrônica demonstraram que a lesão do interstício pulmonar é acompanhada, concomitantemente, por edema pulmonar, colapso do parênquima, formação de membrana hialina, hiperplasia epitelial, leucostase e secreção precoce de colágeno dos tipos I e III<sup>1,2</sup>.

Por esta razão, não existe, a nosso ver, sentido em persistir na classificação por fases que se sucedem temporalmente, uma vez que o processo inflamatório e reacional é concomitante.

2 – Em relação aos dados de mecânica respiratória, temos também algumas observações a serem feitas. A queda da complacência pulmonar deve-se

não só à fibrose pulmonar, mas ao colapso alveolar difuso e à diminuição da tensão superficial dos alvéolos. Pudemos confirmar este fato, recentemente, a partir da análise da teoria de Bates, medindo a mecânica em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, sem insuficiência respiratória<sup>3</sup> e em estudos que estamos conduzindo em pacientes com síndrome da angústia respiratória<sup>4</sup>.

Atenciosamente,

João Otavio Costa Auler Júnior  
Rua Guarará, 538 – ap. 151 — 15º andar  
01425 – São Paulo – SP

### REFERÊNCIAS

1. Auler Jr. J O C, Calheiros F D, Brentani M M, Santello J L, Lemos P C P, Saldiva P H N. Adult respiratory distress syndrome: evidence of early fibrogenesis and absence of glucocorticoid receptors. *Eur J Resp Dis* 1986; 69:261-269.
2. Saldiva P H N, Delmonte V C, Carvalho R C B, Kairalla A R, Auler Jr. J O C. – Histochemical evaluation of lung collagen content in acute and chronic interstitial diseases. *Chest*, 1989 (In Press.).
3. Bates J H T, Rossi A, Milic-Emili J – Analysis of the behavior of the respiratory system with constant inspiratory flow. *J Appl Physiol* 1985; 58: 1840-1848.
4. Auler Jr. J O C, Zin W A, Caldeira P R M, Cardoso W, Saldiva PHN. — Pre and postoperative inspiratory mechanics in ischemic and valvular heart disease. *Chest* 1987; 92: 984-990.

## Observações sobre o Risco Anestésico-Cirúrgico

Sr. Editor,

A classificação do estado físico pelos critérios da ASA<sup>1</sup> está, praticamente superada e evidentemente não satisfaz aos anestesiológicos. O conhecimento de alguns clínicos e cardiologista da escala proposta por Goldman<sup>2</sup>, assim como de outras escalas existentes, é pequeno<sup>3</sup>. De modo geral, quando clínicos e cardiologistas são consultados para avaliarem o risco anestésico-cirúrgico e ajudarem no manuseio transoperatório, algumas preciosidades são escritas com tanta propriedade, que nos causam espanto. Muitos desses profissionais limitam-se a escrever para: (1) oxigenar adequadamente o paciente; (2) para não deixar

cair a pressão arterial; (3) para usar cardiocópio que, na maioria das vezes, chegam a indicar a técnica anestésica para o referido até, o que é função única e exclusiva do anestesiológico.

Em razão de não considerar estas avaliações como fundamentais para a minha conduta anestésica, procurei, durante o período de julho a dezembro de 1988, coleccionar algumas dessas observações escritas por alguns clínicos e cardiologistas:

1. Paciente em condições de se submeter à cirurgia proposta: *Risco cirúrgico zero*.

2. Paciente sem história de angina e sem sinais de insuficiência cardíaca. Exame físico: pescoço sem turgência jugular; ausculta cardíaca: ritmo

irregular 88 bpm; ausculta pulmonar: normal; PA= 150/90 mmHg; ECG: fibrilação auricular com períodos de flutter auricular. Conclusão: do ponto de vista cardiovascular pode submeter-se à cirurgia sob *Raquianestesia*. Risco cirúrgico grau III. Cirurgia proposta: *Facectomia*.

3. *Risco leve* para a cirurgia proposta, mesmo sob anestesia locorregional.

4. O aparelho circulatório, no momento, está compensado. ECG: BRD grau 3; ECO: normal; RX: aumento da área cardíaca, ateroma calcificado, aorta; 67 anos; 98 kg; 1,63 m; superfície corporal 1,9 m<sup>2</sup>. Poderá ser submetida à cirurgia. Sugerimos anestesia tipo *Peridural*.

5. Em termos cardiológicos, o risco cirúrgico é grau II. Obs.: *Necessário* cardiologista na sala (paciente portador de arritmias).

6. Paciente masculino, 61 anos, com história de AVC há oito anos, com seqüela neurológica, tuberculose pulmonar há três anos, fumante durante 30 anos, à base de três maços/dia até dois anos atrás. Hipertensão arterial controlada. Em uso de digitálico, diurético, nifedipina e cloreto de potássio. Uréia e creatinina aumentadas. ECG com sinais de bloqueio completo do ramo esquerdo. Cirurgia proposta: RTU de *próstata*.

Cardiologista: liberou com anestesia tipo *Narco-se*.

Clínica medica: liberou sob *Raquianestesia*, com risco cirúrgico grau III.

7. Cardiologista A: do ponto de vista cardiológico, sem sintomas e/ou sinais de descompensação. Apto com risco cirúrgico inerente à faixa etária e patologia basal. *Risco cirúrgico* II.

Cardiologista B: não há contra-indicação para a cirurgia do ponto de vista cardiológico. *Risco cirúrgico* I.

8. Paciente feminina, 76 anos, 1,56 m, 68 kg, com quadro de icterícia obstrutiva, sendo realizada papilotomia endoscópica de urgência. Após exames clínico, cardiológico e eletrocardiográfico, consideramos o *Risco cirúrgico* como II-III/IV, em função da probabilidade de desenvolver arritmias paroxísticas. Aconselhamos o uso de Atlansil® (1xD) ou *Aprofundamento do pré-anestésico*. anestésico.

9. Paciente de 53 anos, 88 kg, 1,70 m, sem história sugestiva de doença cardiovascular. Exame cardiovascular normal; PA= 130/90 mmHg; FC = 60 bpm; ECG: necrose ântero-septal com alterações isquêmicas agudas. Liberado para cirurgia. *Risco cirúrgico classe I*.

10. Paciente feminina, 44 anos, 98 kg, 1,53 m, com exames normais. *Risco cirúrgico classe I. Tabagista severa*.

Como vemos nestas poucas preciosidades, alguns desses médicos consultados para nos auxiliarem no manuseio anestésico não conhecem nem o significado da palavra *risco*. Segundo Aurélio Buarque (4): a) perigo ou possibilidade do perigo; b) possibilidade de perda ou de responsabilidade pelo dano. Outros querem indicar a técnica anestésica e às vezes indicam-na completamente errada, como, por exemplo, realizar uma raquia-nestesia para facectomia. Ou ainda: realizar uma “peridural”, mostrando completa ignorância não só da anestesia como do português.

Ainda vemos que, na simples avaliação do risco cirúrgico, eles conseguem criar situações de comprometimento ético e legal, quando exigem a presença de um cardiologista na sala, em virtude de simples arritmias que não foram sequer estudadas. E, pior ainda, exigem a presença de cardiologista na sala, mas não se oferecem para acompanhar seu paciente durante a cirurgia. Alguns cardiologistas não conhecem a escala de Goldman e não sabem que a presença de lesões isquêmicas coronarianas implicam um melhor estudo da função cardíaca, nem que a obesidade e o uso de cigarros influenciam no risco cirúrgico. Eles conseguem criar novas condutas e não as explicam detalhadamente, como, por exemplo, o aprofundamento da pré-anestesia.

O risco cirúrgico é uma avaliação necessária para se determinar a relação risco-benefício da conduta anestésico-cirúrgica. Fatores relacionados à capacidade do anestesiológico, do cirurgião, do pessoal de sala, do hospital são constantemente esquecidos no momento de se avaliar adequadamente o risco anestésico-cirúrgico. Desse modo, acredito que nossa posição atual diante desse assunto deva ser de uma ampla discussão, propondo modificações que verdadeiramente possam orientar o anestesiológico durante o ato anestésico-cirúrgico<sup>5</sup>.

Luiz Eduardo Imbeloni – TSA/SBA  
Av. Eptácio Pessoa, 2.566/410-A  
22471 – Rio de Janeiro – RJ

#### REFERÊNCIAS

1. New classification of physical status Anesthesiology, 1963; 24: 111.
2. Goldman L, Caldera DL, Nussbaum SR et al. Multifactorial index of cardiac risk in noncardiac surgery procedures. N Engl J Med 1977; 297:845-850.
3. Imbeloni LE. Enquete sobre avaliação do risco anestésico-cirúrgico em cirurgia não cardíaca. Rev Bras Anest, 1988; 38: 291-293.
4. Ferreira A B H - Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 1ª Edição (12ª impressão), p. 1.239.
5. Imbeloni L E – Avaliação do risco anestésico-cirúrgico na atualidade. Rev Bras Anest, 1988; 38: CBA 17 (Supl. 10).

## *Etomidato em Anestesia Obstétrica*

Sr. Editor,

Desde o seu lançamento no Brasil, o etomidato alcançou grande popularidade entre os anestesio-  
logistas, em virtude de suas propriedades farmacocinéticas e farmacodinâmicas, tais como: ausência de depressões cardiovascular e respiratória, rápido desperta sem efeito acumulativo, ausência de liberação de histamina, entre outras.

Depois de uma análise cuidadosa da literatura, passamos a utilizar o etomidato como hipnótico de escolha na indução da anestesia nas diversas especialidades cirúrgicas como, por exemplo, cirurgias plástica, abdominal, pediátrica e obstétrica.

Ao participarmos em setembro passado de uma mesa-redonda sobre "Casos Clínicos em Obstetrícia", na Jornada Norte-Riograndense de Anestesiologia, Natal-RN, fomos surpreendidos com a informação, por parte de alguns colegas, da não liberação do produto, pelo Laboratório Janssen, para uso em paciente obstétrica. Tal informação gerou polêmica e nos levou a realizar um levantamento bibliográfico específico a respeito da utilização da droga em obstetrícia.

Realmente, a literatura é escassa com relação ao emprego do etomidato em obstetrícia. Encontramos, deste modo, apenas dois estudos: um publicado e outro a ser publicado. O primeiro é um estudo de Downing e cols.<sup>1</sup>, no qual eles realizaram um estudo comparativo entre o etomidato e o tiopental na indução da anestesia em cesarianas. O outro é um estudo de Shah<sup>2</sup>, no qual ele utiliza o etomidato em gestantes no 3º trimestre de gravidez, para procedimento de cerclagem de colo uterino. Os recém-natos dessas pacientes são avaliados com a finalidade de se detectar efeitos adversos da droga sobre esses bebês.

Acreditamos que os resultados destes estudos merecem ser divulgados.

No trabalho de Downing e cols.<sup>1</sup>, eles chegaram às seguintes conclusões, após o estudo de 60 pacientes, divididas em dois grupos de 30 que receberam tiopental e etomidato:

1 – As pacientes de ambos os grupos, de acordo com a gasimetria arterial, apresentaram alcalose respiratória com uma acidose metabólica compensatória, mais acentuada no grupo do etomidato.

2 – Nos recém-natos, o tempo para o início dos movimentos respiratórios espontâneos foi significativamente menor no grupo etomidato que no grupo tiopental.

Não houve diferenças significativas entre os grupos estudados no que se refere ao Apgar, ou seja, três recém-natos de cada grupo apresentaram moderada depressão, nos dois primeiros minutos de vida. A análise da gasimetria arterial mostrou uma maior incidência de acidose metabólica nos recém-nascidos cujas mães receberam etomidato. Os autores concluem que o etomidato é uma opção valiosa na indução da anestesia em pacientes grávidas.

O estudo de Shah<sup>2</sup> foi realizado em cinco pacientes no 3º trimestre de gestação, que se submeteram à cerclagem de colo uterino com o emprego do etomidato e que, na hora do parto, foi verificada a presença de efeitos adversos em seus recém-natos. Portanto, os resultados mostram que durante o procedimento de cerclagem as pacientes apresentaram estabilidade cardiovascular, rápida recuperação da consciência e que apenas uma, entre as cinco pacientes, apresentou leve mioclonia. Todas as pacientes deram à luz crianças normais com ótima vitalidade, não tendo ocorrido complicações durante o trabalho de parto.

Sem dúvida, os dados disponíveis sobre o emprego do etomidato são ainda insuficientes, para uma conclusão definitiva sobre o uso da droga em clínica obstétrica. Entretanto, não existem evidências que contra-indiquem o seu uso. Em nossa opinião, a droga parece ser importante na paciente grávida, sendo necessário, no entanto, que os Anestesiologistas que a empregam nesse tipo de paciente realizem estudos prospectivos para avaliar, com a menor margem de erro possível, a segurança da droga para o binômio materno-fetal.

Sem mais no momento, renovamos nossos protestos de elevada consideração e apreço.

Atenciosamente,

Marcus Vinicius M. Maranhão – TSA-SBA  
Rua Carlos Estêvão, 86 – ap. 202  
50720 – Madalena – Recife – PE

### REFERÊNCIAS

1. Downing J W, Buley K J R, Broct-uthe J G, Houlton P C – Etomidate for induction of anesthesia at caesarean section: comparison with thiopentone. *Bc I Anaesth* 1979; 51: 135-139.
2. Shah V V – Etomidate induction of anesthesia in five patients during the third trimester of pregnancy. (A ser publicado.)

## *Duas Canetas, Um Pedal*

Sr. Editor,

Numa cirurgia abdôminoperineal entraram duas equipes cirúrgicas com a finalidade de se ganhar tempo, e para isso empregaram um bisturi elétrico SUPER EMAI com duas saídas de cabo ativo. Foram adaptadas duas canetas, acionadas por um pedal, sob controle de um dos cirurgiões.

A paciente estava sob anestesia geral, ligada a um monitor EMAI, com eletrodos precordiais.

Durante a fase de cauterização ocorreram interferências no traçado da tela, que se recuperavam rapidamente nos intervalos.

O cirurgião do tempo abdominal parou de usar o cautério e colocou a caneta sobre o tórax da paciente. O cirurgião do tempo perineal continuou seu trabalho, acionando o pedal para proceder sua cauterização.

Neste momento, a anestesista achou por bem verificar o contato dos eletrodos precordiais, pois havia muita interferência na tela. Ao tentar passar a mão sobre o tórax da paciente sentiu um choque, que lhe produziu uma queimadura puntiforme em um dos dedos. Chamou a atenção dos cirurgiões para o bisturi elétrico que "estava em curto", pensou. Ao examinar-se a paciente, foi observada grande área de queimadura na face ântero-lateral esquerda do pescoço ( Figura 1 ), com lesão de todo o derma (3º grau).

Vários aparelhos aceitam duas canetas acionadas



por um único pedal, e foi isso que provocou ativação dos dois terminais ativos, no momento em que se usava apenas um deles. A ponta do outro, colocado sobre o tórax, perfurou o campo cirúrgico e queimou a paciente.

A única solução para se evitar este tipo de complicação é exigir da fábrica a colocação de dois pedais independentes, para se acionar cada caneta em sua vez. Sem isso, novos acidentes ocorrerão.

M. A. Gouveia, TSA

Rua Paulo Barreto, 51 – Botafogo  
22280 – Rio de Janeiro – RJ

## *Administração de Glicose à Gestante — Efeitos no Recém-Nascido*

Sr. Editor,

Desejo expressar minha discordância quanto ao artigo "Administração de glicose à gestante - Efeitos no recém-nascido", de autoria de Deoclécio Tonelli e colaboradores (RBA 1988; 38(3): 167-172), no assunto referente à Metodologia, aos Resultados e às Conclusões do trabalho.

### **1. Metodologia**

1.1 – Os autores não excluíram do estudo pacientes diabéticos, apesar de assim o afirmarem: as pacientes de nºs 15, grupo II, e 17, grupo III,

apresentaram glicemias de jejum de respectivamente 268 e 241 mg%. Possivelmente trata-se de diabetes gestacional não diagnosticada, cuja incidência é de 1:124<sup>1</sup>, e confirmada também no presente trabalho. Este fato interfere diretamente com os resultados e conclusões.

1.2 – O método laboratorial de determinação da glicemia não foi citado, como também não o foi a via venosa de coleta sanguínea nos recém-nascidos nas três horas de vida. Estas técnicas são importantes para análise do trabalho e orientação de outros pesquisadores.

1.3 – A glicemia materna foi determinada so-

mente *antes* da administração da glicose venosa (grupos II e III). Estes resultados foram então comparados aos dos recém-nascidos e interpretados erroneamente como indicativos da atividade hipoglicemiante dos recém-nascidos, nas conclusões.

1.4 – Os autores consideraram arbitrariamente níveis normais glicêmicos neonatais de 70 a 110 mg%, sem apresentarem embasamento bibliográfico. Outros autores consideram até o limite mínimo de 45 mg% como normal<sup>1,2</sup>.

## 2. Resultados

2.1 – Excluindo-se as pacientes hiperglicêmicas de jejum, não houve diferenças significativas entre os três grupos maternos, ao contrário do que afirmam os autores.

2.2 – Entretanto, quando os autores aplicaram percentuais na avaliação dos resultados, estes revelaram que, no grupo III, diferentemente dos outros grupos, 50% dos recém-nascidos apresentaram, três horas após o nascimento, glicemias abaixo de 60 mg%. Indo mais além, observamos no grupo II, nas três horas do nascimento, 10 recém-nascidos com glicemia < 70 mg%, 5 < 60 mg% e nenhum abaixo de 45 mg%; e no grupo III, três horas após o nascimento, 14 recém-nascidos com glicemia < 70 mg%, 10 < 60 mg% e 3 < 45 mg%. Estes resultados são absolutamente semelhantes aos encontrados por nós<sup>1</sup> e outros autores<sup>2,3</sup>.

2.3 – Procedendo à análise estatística entre diferenças das glicemias dos recém-nascidos ao nascer e nas três horas após o nascimento dos grupos II ( $X/\bar{X} = 52,57 \pm 34,45$ ) e III ( $X/\bar{X} = 99,84 \pm 54,17$ ), e empregando o teste t de Student pareado, encontramos diferença significativa entre estes dados ( $t = 2,326$ ;  $p < 0,05$ ). Isto denota maior atividade insulínica neonatal no grupo cujas mães foram tratadas com maior quantidade de glicose (50 g). Os autores não se preocuparam com essa determinação.

Infelizmente não pudemos comparar estes mesmos dados com os do grupo I, face à estranheza dos resultados deste grupo, em que nove dos 22 recém-nascidos estudados apresentaram glicemia maior nas três horas do nascimento do que ao

nascerem ( $X/\bar{X} = -1,36 \pm 30,29$ ). O que explicaria este fato não relatado em nenhum dos trabalhos até hoje publicados? Erro na análise laboratorial ou administração de glicose oral aos recém-nascidos sem o conhecimento dos autores são possibilidades a se considerar.

## 3. Conclusões

Nestas, os autores manejam o significado estatístico de forma inapropriada. Comparam grupos sem levarem em consideração a metodologia e insinuem que não há risco na administração de glicose à mãe durante a parturição, sem serem, no entanto, claros neste aspecto. O fato de não terem tido complicações neonatais devido à hipoglicemia não é indicativo de que outros também não as tiveram. A sintomatologia sempre tardia da hipoglicemia neonatal, a alimentação precoce dos recém-nascidos, hoje em voga, e a pequena amostragem estudada não proscovem a possibilidade de complicações.

Finalmente, este trabalho aqui criticado vem exatamente confirmar o que outros já afirmaram: que a administração de glicose à mãe durante o parto produz hipoglicemia neonatal. A possibilidade de nos depararmos com mães diabéticas não diagnosticadas aumenta o risco deste evento, caso administremos glicose a estas pacientes.

Uma excelente revisão do assunto foi recentemente publicada<sup>4</sup> e servirá de fonte de referência aos interessados.

Newton da Silva Carvalho Leme – TSA-SBA  
Av. Sernambetiba, 3.300 – Bl. 4 – ap. 801  
Barra da Tijuca  
22630 – Rio de Janeiro – RJ

## REFERÊNCIAS

1. Leme NSC, Leme NAC – A administração de glicose à gestante causa hipoglicemia no recém-nascido. Rev Bras Anest, 1985; 35(2): 131-134.
2. Mendiola J et al. - Effects of intrapartum maternal glucose infusion on the normal fetus and newborn. Anesth Analg 1982; 61:32-35.
3. Jawalekar S, Marx G F – Effect of IV fluids on maternal and fetal blood glucose. Anesthesiology, 1980; 3: S311.
4. Sieber F et al. - Glucose: a reevaluation of its intraoperative use. Anesthesiology 1987; 67: 72-81.

# Administração de Glicose à Gestante — Efeitos no Recém-Nascido

Sr. Editor,

Lemos a crítica realizada pelo Dr. Newton da Silva Carvalho Leme, ao nosso artigo "Adminis-

tração de glicose à gestante – Efeitos no recém-nascido", e temos, obrigatoriamente, que tecer os seguintes comentários:

a) Agradecer-lhe por ter lido e criticado o nosso trabalho.

b) Logo após a publicação da revista, nós mesmos fizemos críticas ao artigo e nos penitenciamos por deixar passar e os gráficos, de semântica, e na elaboração do mesmo.

Respondendo aos itens referidos pelo Dr. Leme, relacionamos os seguintes:

1 – As pacientes de n<sup>os</sup> 15, grupo 2, e 17, grupo 3, apresentaram, realmente, glicemias altas e erradamente foram incluídas no estudo, porque, segundo os obstetras, não eram diabéticas e suas glicemias estavam relacionadas à alimentação recente. Hoje, porém, nós não as incluiríamos no estudo.

2 – O método laboratorial de determinação da glicemia é o método enzimático Reatoclin, e a via venosa de coleta sangüínea, na dosagem de três horas, no berçário, foi a de mais fácil acesso.

3 – Sinceramente, aceitamos a crítica do Dr. Leme e assim invalidaríamos as dosagens da mãe, uma vez que as coletas foram feitas no momento da punção venosa e não após a infusão de glicose, 15 gramas no grupo 2 e 50 gramas no grupo 3. Damos a mão à palmatória por tal falha nossa e o estudo comparativo só teria validade nas dosagens do cordão e, três horas após, no berçário.

Portanto, nos resultados, somente poderão ser valorizadas as comparações feitas nas dosagens ao nascer e três horas após, que, de acordo com o estudo estatístico (ver gráfico), foram as seguintes:

a) Comparando o grupo 3 com o grupo 2, o grupo 2 com o grupo 1 e o grupo 3 com o grupo 1, as diferenças foram significativas após o nascimento, nas gestantes que receberam glicose.

b) As diferenças foram mais evidentes no

grupo 3, onde a infusão de glicose foi maior, o que está de acordo com os autores estudados e com a afirmação do Dr. Newton.

No entanto, em nosso estudo houve uma tendência à normalização três horas após, e não sabemos o porquê. Afirmamos, também, em nosso artigo que a hidratação empregada não trouxe implicações para os recém-nascidos, que pudessem ser detectadas.

Esclarecemos que estamos muito longe de insinuar que quantidades de glicose à mãe, iguais ou maiores, possam ser usadas sem nenhum problema e achamos que muitos trabalhos ainda aparecerão para deixar mais claro o assunto.

Esclarecemos, ainda, que muitas vezes questionamos (pensamos, comentamos e não escrevemos) se, realmente, as afirmações dos trabalhos são a tradução da realidade, uma vez que muitos anestesistas e obstetras infundiram, durante muitos anos, grandes quantidades de glicose à mãe sem perceberem ou relatarem conseqüências para o feto.

Não foi essa impressão que tentamos deixar no artigo e até alertamos que o assunto é muito importante, principalmente nas mães diabéticas, onde a hidratação com soro glicosado deve ser feita com mais cuidado porque o tipo de resposta é menos conhecido. Em outras palavras, os resultados por nós encontrados foram os mesmos, porém o caminho usado foi mais tortuoso e confuso.

Sem mais para o momento.

Deoclécio Tonelli

Rua Espírito Santo, 277

09500 – São Caetano do Sul – SP