

Midazolam: Avaliação Clínica como Agente Indutor em Anestesia Geral

Senhor Editor,

Com respeito ao artigo de Lauda J P: "Midazolam Avaliação Clínica como Agente Indutor em Anestesia Geral"¹, temos algumas considerações a fazer:

1. Parece-nos pertinente perguntar, quanto aos parâmetros cardiovasculares, até que ponto a associação diazepam-fentanil-midazolam ou diazepam-fentanil, interferiu nos resultados obtidos? Estudos sugerem que a combinação diazepam-fentanil resulta em considerável diminuição na contratilidade miocárdica e hipotensão arterial². Ainda que este seja o efeito desejado no estudo em questão, não ficaria prejudicada a conclusão de que o midazolam diminui os efeitos cardiovasculares da indução-intubação?

2. Parece-nos que a dose de midazolam empregada foi baixa se a proposta é utilizá-lo como agente único na indução anestésica. Existem variações individuais acentuadas em relação às respostas aos benzodiazepínicos. Normalmente doses de 0,14mg.kg⁻¹ de midazolam são necessárias para promover efeito sedativo³. A dose de indução recomendada para midazolam é de 0,3 mg. kg⁻¹⁴. Tanto no primeiro caso como no segundo, existe um número de pacientes que não respondem a estas doses. Fica a pergunta: quantos pacientes foram eliminados do estudo por não atingirem o esperado? A pré-medicação não influenciou a qual idade da indução³?

3. A pré-medicação utilizada merece ainda mais algumas considerações. Apesar de bastante popular no Brasil, a utilização de doses fixas(10mg) de diazepam por via intramuscular 1 hora antes da indução deve, em nossa opinião, ser evitada. Por quê?

a) A absorção por via IM do diazepam é muito lenta⁵. Seu efeito muitas vezes se fará presente somente na Sala de Recuperação. No trabalho em discussão, o autor não pode concluir com segurança, pela curta duração de efeito do midazolam "devido à ausência de metabólicos ativos", pois o diazepam empregado no pré-anestésico poderia ainda estar atuando (recirculação entero-hepática e

metabólicos ativos)⁶. A duração média das cirurgias não foi publicada. Sabe-se também que a premedicação influencia na qual idade da indução³.

b) O diazepam para uso em premedicação deve ser administrada por via oral ou então diluído em propilenoglicol se utilizado por via IM⁶.

c) Mesmo com doses de 0,2mg. kg⁻¹ por via IM de diazepam alguns autores conseguiram percentagens significativamente elevadas de premedicação insuficiente⁵. Com relação ao estudo em discussão, parece-nos interessante observar que outros autores sugerem, que se doses equipotentes de midazolam e diazepam forem administradas, a recuperação psicomotora não é diferente entre as duas drogas⁷.

Atenciosamente

Mário José da Conceição, TSA
Rua Secundino Peixoto, 149 – Estreito
88075 – Florianópolis – SC

REFERÊNCIAS

1. Lauda J P – Midazolam Avaliação Clínica como Agente Indutor em Anestesia Geral. Rev Bras Anest, 1989; 39:1: 65-68.
2. Reves J G, Kissin J, Fournier S E, Smith L R – Additive Negative Inotropic Effect on a Combination of Diazepam and Fentanyl. Anesth Analg, 1984; 63:97-101.
3. Kanto J, Sjovalli S, Vuori A – Effect of Different Kinds for Premedication on the Induction Properties of Midazolam Br J Anesth, 1982; 54:507-511.
4. Pederneiras S G, Duarte D F, Silva M C S A – Midazolam como Agente de indução. Rev. Bras Anest, 1987; 37: Supl 7, CBA 126.
5. Reinhart K, Dallingher-Stiller G, Dennhardt R, Heinemeyer G, Eyrich K – Comparison of Midazolam Diazepam and Placebo IM as Premedication for Regional Anaesthesia. Br J Anesth 1985; 57:294229.
6. O'Boyle C A, Harris D, Barry H, McCreary C, Bawley A, Fox E – Comparison of Midazolam by Mouth and Diazepam I.V. In Out patient Oral Surgery. Br J Anaesth, 1987; 59: 746-754.
7. Korttla K, Tarkkanen J – Comparison of Diazepam and Midazolam for Sedation During Local Anesthesia for Bronchoscopy. Br J Anesth, 1985; 57:581-586.

Quetamina em Anestesia Regional Intravenosa

Senhor Editor,

A indução, manutenção ou recuperação da anestesia regional intravenosa comporta diversos detalhes especiais que modificam as condutas habitualmente adotadas, como, por exemplo, o dessangramento complementar, a isquemia pré-anestésica prolongada, a técnica contínua, o método segmentar etc. Todos eles apresentam vantagens e desvantagens, e têm indicações limitadas ou discutíveis.

Recentemente, a quetamina foi proposta para substituir anestésicos locais em anestesia regional intravenosa. Tomando conhecimento de que entre nós, alguns, mais "entusiasmados", já se preparam para empregá-la e difundir precariamente o método, pensamos que seria interessante chamar a atenção para alguns detalhes importantes acerca deste.

Zsigmond, Durrani, Burnett et al¹, observando os resultados obtidos com a administração da quetamina nos espaços subaracnóideo ou peridural, passaram a empregá-la em anestesia regional intravenosa. Esse trabalho inicial foi seguido por outro, de Amiot, Bouju, Palacci et al², que tentaram explicar a atividade da droga por uma modificação na condutância iônica da membrana do axônio. Volu-

mes de 30-50 ml de solução de quetamina a 0,3 – 0,5% produzem bloqueio sensitivo em poucos minutos; o bloqueio simpático ocorre em 6-7 min e o motor instala-se em, aproximadamente, 15 min, sendo, geralmente, precário. O mais importante, entretanto, é que, após o desgarramento, há várias possibilidades de complicações, inclusive inconsciência em todos os doentes; a naloxona e a fisostigmina já foram usadas na profilaxia dessas manifestações, sem resultados ou com efeitos colaterais importantes.

Assim, a utilização da quetamina em anestesia regional intravenosa pode ser curiosa, mas, no momento, não pode ser de nenhuma forma adotada.

Atenciosamente

Almiro dos Reis Júnior
Rua Bela Cintra, 2.262/11
01415 – São Paulo – SP

REFERÊNCIAS

1. Zsigmond E K, Durrani Z, Burnett M L, Winnie A P – Ketamine for intravenous regional anesthesia. *Rag. Anesth*, 1982; 7,82-83.
2. Amiot J F, Bouju Ph, Palacci J H, Balliner E – Intravenous regional anaesthesia with ketamine. *Anesthesia*, 1986; 40, 889-901.