

Retinopatia da Prematuridade

Prezado Sr. Editor

Após ler seu editorial e o excelente artigo de Ferreira et al. na R.B.A. e sendo anesthesiologista de um hospital pediátrico de urgência, venho a esta prestigiada revista fazer os seguintes comentários que julgo procedentes.

A crescente utilização da parte dos colegas pediatras da exsanguinotransfusão (hiperbilirrubinemia, distúrbios da coagulação, septicemia, choque, intoxicações, etc.) levou-me ao seguinte raciocínio. Da Fisiologia Respiratória sabe-se que os níveis de P50 e de 2,3 - DPG, fatores que governam a afinidade do oxigênio pela Hb, estão

reduzidos naqueles pacientes (1 dia — P50 = 19,4, 2,3 — DPG = 5433 nmol/ml Eritrócitos; 11 meses — P50 = 30,3 e 2,3 — DPG = 7381 nmol/ml Eritrócitos). Isto implica dizer, ao se trocar o sangue do nascituro por sangue de adulto estamos diminuindo a afinidade de O₂ pela Hb e levando quantidades bastante significativas para a retina daqueles pacientes de uma forma quase abrupta. Este perigo vem crescendo diariamente nos hospitais que raramente estão equipados de monitorização da PaO₂ ou mesmo dispõe de oftalmologistas a nossa disposição para nos ajudar na prevenção de tão grave patologia. Aliás, a preocupação não deve se restringir à retina, Steward em 1982 relata casos de apnéia e dificuldade respiratória no pós-operatório de pacientes com menos de 44 semanas gestacionais submetidos a anestesia geral para realização de hernioplastia.

Portanto parece que a avaliação da idade

gestacional deve ser o principal fator determinante na escolha e planejamento da anestesia ou terapêutica ventilatória a ser eventualmente utilizada a estes pequenos pacientes (prematuros ou ex-prematuros).

Atenciosamente,

Gerson Saboia
Anestesiologista do Pronto-Socorro
Infantil Luiz França
Fortaleza — CE

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rothstein P — Respiratory physiology in the pediatric patient — ASA Refresher Courses in Anesthesiology, 1980; 8: 155-166.
2. Levin D L — Pediatric intensive care 2nd. Edition — Blood product transfusions, 1984; 598-602.
3. Steward D J — Preterm infants are more prone to complications following minor surgery than term infants. Anesthesiology, 1982; 56: 304-306.
4. Lin L M P et al. — Life-threatening apnea episodes in infants during recovery from anesthesia. Anesthesiology, 1982; 57(A): 410.

Resposta

Prezado Gerson

Os autores do trabalho "Sobre fibroplasia retrocrinaliana (retinopatia da prematuridade)" ficam muito lisonjeados pela sua generosa apreciação. Seus comentários são muito oportunos, a retina é o tecido de maior metabolismo do nosso corpo e, na mesma ordem de idéias, o primeiro a apresentar reliquats quando de buscar modificações do teor de O₂ oferecido aos tecidos. As estruturas cerebrais vêm logo a seguir, explicando a apnéia e dificuldades respiratórias.

É excepcional no nosso Brasil a disponibilidade de Oftalmologistas para fundoscopia ocular ou de doseador transcutâneo de PO₂; entretanto, para a prevenção de problemas médico-legais é necessário que os pais do prematuro decidam o terrível dilema: ou possibilidade de cegueira ou morte!

Alberto Affonso Ferreira
Av. Andrade Neves, 611
13100 - Campinas, SP

A Indústria de Medicamentos

Prezado Sr. Editor da RBA

Acompanhamos o desenvolvimento da Anestesiologia e o crescente avanço dos bloqueios anestésicos. A Indústria dos medicamentos tem lançado no comércio inúmeros anestésicos para anestesia local e os diversos bloqueios. No entanto, é nossa impressão, assim como de uma gama de anestesiológicos nacionais, que somente os

anestésicos locais do ASTRA e do ABBOTT merecem a nossa confiança. Ficamos numa situação difícil pois em Hospitais da Previdência Social, das Universidades e outros tentam nos impingir anestésicos que não merecem nossa confiança. Como zelamos pelos nossos pacientes e valorizamos a anestesia que pretendemos realizar estamos propondo a nossa Sociedade um Estudo sério, de caráter puramente científico, a fim de

avaliar a qualidade dos diversos anestésicos locais colocados a nossa disposição por diferentes Indústrias farmacêuticas.

Esse Estudo poderia ser realizado através da Comissão de Ensino e Treinamento da SBA em laboratórios idôneos e depois divulgados para todos os anesthesiologistas brasileiros. Acho que

isso seria um grande Serviço Prestado pela SBA a nossa ESPECIALIDADE,

Cordialmente
Valencio de V. Coelho
Responsável pelo CET – SBA
do Hospital das Clínicas da UFPE.
Av. Boa Viagem, 1416 – Ap. 201
50000 – Recife – PE

Nomenclatura dos Fármacos

Prezado Sr. Editor,

Recentemente tivemos oportunidade de discutir sobre a necessidade de uma padronização da nomenclatura dos fármacos no Brasil, então motivados pela utilização do termo epinefrina em artigo científico encaminhado à Revista Brasileira de Anestesiologia para apreciação pelo seu conselho editorial.

Ainda no fascículo 2 do volume 36 da RBA, de março-abril de 1986, observamos o uso frequente de termos como adrenalina, quetamina e outros, ficando patente a necessidade dessa padronização.

Desde 1950 a Organização Mundial da Saúde vem se preocupando com a seleção de denominações padronizadas para as substâncias farmacêuticas, recomendando a utilização das Denominações Comuns Internacionais.

Com base nessa recomendação, a portaria interministerial n.º 1 de 6 de setembro de 1983 estabeleceu as Denominações Comuns Brasileiras¹, com a publicação em anexo de extensa lista de fármacos, infelizmente ainda incompleta. Outra portaria interministerial, de n.º 2, de 16 de abril de 1984², estabeleceu inclusive a data de 31 de dezembro de 1984 como limite para que as empresas do ramo alterassem, de acordo com as

DCBs, os rótulos, bulas, prospectos promocionais e textos de propaganda referentes a medicamentos, drogas e insumos farmacêuticos.

Considerando-se as inúmeras vantagens da padronização desta nomenclatura, e considerando-se que a mesma já existe em nosso meio, torna-se oportuno que o anesthesiologista brasileiro se habitue a termos como epinefrina, cetamina, entre outros.

Creio que a RBA possa desempenhar um papel fundamental na implantação das denominações Comuns Brasileiras, através do policiamento do material científico divulgado por seu intermédio.

Atenciosamente,

José Carlos Almeida Carvalho, TSA
Al. Joaquim Eugênio de Lima, 984 – Ap. 31
01403 – São Paulo – SP

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria interministerial n.º 1, de 6 de setembro de 1983. Aprova as Denominações Comuns Brasileiras para fármacos. Diário Oficial da União. Brasília, 12 set, 1983, sec. I, pt. 1.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria interministerial n.º 2, de 16 de abril de 1984. Fixa critérios para impressão das Denominações Comuns Brasileiras. Diário Oficial da União. Brasília, 18 abr. 1984, sec. I, pt. 1.

Errata da Prova do Concurso do Título Superior em Anestesiologia

Prezado Editor

Solicito correção da resposta n.º 85 da prova do TSA/85 publicada na RBA 36: 3, 250. A resposta certa é E (todas as respostas são corretas).

Jaime Pinto de Araújo Neto
Rua Conde de Bonfim, 171/CO-1
20000 – Rio de Janeiro – RJ