

Sobre a Bupivacaína 0,75%

Prezado Colega:

Li com muito interesse a carta do Dr. L. E. Imbeloni (Rev Bras Anest, 1984; 34: 3: 226), mas permito-me discordar de sua opinião, quanto a eliminar do mercado, a bupivacaína na concentração de 0,75% para uso no espaço peridural.

A controvérsia iniciada nos EEUU, após uma aparente precipitada recomendação da F.D.A., vinculada aos perigos do uso da bupivacaína a 0,75% em obstetrícia, se estendeu, como era lógico supor, a outros países, inicialmente aos anglosaxões de ambos os lados do Atlântico^{1,2} e logo aos latinos. Assim, ultimamente, tem aparecido na literatura especializada de nosso continente, comentários sobre a matéria, alguns apoiando as recomendações da F. D. A., e outros contrariando-as^{3,6}.

O que podemos nos dizer, geograficamente livres das recomendações de um organismo governamental norte-americano, e que tem sido criticado por um grande número de especialistas em anestesia obstétrica nos EEUU?

Creio que há dois aspectos, cujo conhecimento preciso, pode esclarecer esta controvérsia:

1) - Todos os livros textos, quando referem aos anestésicos locais, descrevem os possíveis efeitos tóxicos sistêmicos, assim como as precauções que se recomendam para evitá-los. No caso de peridural, sempre se tem insistido na obrigatoriedade da injeção de dose teste, o que sabemos, todos os anesthesiologistas praticam rotineiramente. A esta precaução, deve-se somar: a) adicionar-se adrenalina à dose teste, para que em casos de punção vascular, seus efeitos cardiovasculares possam ser detectados imediatamente e; b) as doses sucessivas devem ser fracionadas, e também injetadas lentamente, nunca em forma de bolo. Justamente para facilitar esta precaução, ultimamente, os cateteres para uso peridural são acompanhados de uma tampa de borracha, cobrindo a extremidade distal do cateter.

Isto é para evitar a tentação de se injetar o anestésico local diretamente da seringa no cateter. Esta injeção deve ser realizada puncionando-se a cobertura de borracha com uma agulha de diâmetro 25, para retardar, o possível, sua penetração no espaço peridural.

2) - Quando se necessita realizar manobras de reanimação cardiorrespiratória em uma grávida a termo, não devemos esquecer a síndrome de compressão aorto-cava. Enquanto o útero grávido impede o retorno venoso ao coração direito, a massagem cardíaca será ineficaz, como diz Bromage *"em quase todos os casos, as pacientes foram colocadas em decúbito supino para poder intubá-las, o que conduziu a obstrução da veia cava inferior, e a vítima foi condenada a tolerar um coração vazio, além de tê-lo em estado tóxico"*. Isto levou a Ger-tie Marx dizer que a rápida extração do feto deve ser considerada como parte integrante dos procedimentos de reanimação cardiorrespiratória, quando se trata de uma grávida a termo^{7,10}.

Portanto, da informação que possuímos, supomos que nos casos descritos de ação tóxica da bupivacaína a 0,75% utilizada em parturientes: 1) não se tomaram as medidas preventivas e de controle que exigem a realização correta de uma anestesia peridural e; 2) que a irreversibilidade de muitos destes acidentes se deveu não só a demora, ou incompetência na reanimação, e nos casos em que esta foi realizada corretamente, esqueceu-se que estas pacientes apresentavam um obstáculo mecânico ao retorno venoso ao coração, que tornava a massagem cardíaca externa ineficiente.

Samuel Liondas
Professor Agregado
Faculdade de Medicina
Leyenda Patria, 3118 - P. 3
Montevideo, Uruguay

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Writer W D R, Davies J M, Strunin L — Trial by media: the bupivacaine story. Editorial. *Can Anaesth Soc J*, 1984; 31: 1 - 4.
2. Scott D B — Toxicity caused by local anaesthetic agents. Editorial. *Br J Anaesth*, 1984; 56: 435 - 436.
3. Imbeloni L E — É a bupivacaína a 0,75% uma grande conquista da anestesia? Carta ao Editor. *Rev Bras Anest*, 1984; 34: 226.
4. De la Fuente J — Bupivacaína al 0,75%? Cardiotoxicidad de la droga o de la concentración?. Editorial. *Rev Chil Anest*, 1983; 12: 109 - 111.
5. Spencer H — Carta al Editor. *Rev Chil Anest*, 1984; 13: 77 - 78.
6. De la Fuente J — Respuesta editorial. *Rev Chil Anest*, 1984; 13: 79 - 84.
7. De Pace N L, Belesh J S, Kotler M N — Post-mortem cesarean section with recovery of both mother and offspring. *JAMA* 1982; 248: 971 - 973.
8. Bromage P R — Complications of regional anesthesia. 34 Ann Refr Course Lect ASA, 1983; 115: pp.2
9. Bromage P R — Evolution and revolution in obstetric anesthesia. *SOAP Newsl*, 1984; 16: 6 - 8.
10. Marx G F — Cardiopulmonary resuscitation of late-pregnant women. Correspondence. *Anesthesiology*, 1982; 56: 156.