

Recuperação Prolongada Pós-Bloqueio Peridural Lombar

Senhor Editor:

Uma paciente hígida, 53 anos, 175 cm e 77 kg, recebeu anestesia peridural lombar as 14 horas para se submeter a colecistectomia. A punção foi mediana, fácil, sem parestesias, com uma agulha Tuohy 16 ga. Foi injetado um volume de 20 ml de Marcaína® 0,75% com adrenalina 1:200000 recentemente preparada. A latência foi de 17 minutos para atingir nível de T4 a S5. A seguir foi intubada após indução com thiopental, relaxamento muscular com succinilcolina e mantida em narcose superficial com oxigênio: óxido nitroso (1:1) vapores de enflurano com respiração espontânea. A paciente foi extubada ao final do fechamento da aponeurose. A cirurgia transcorreu sem incidentes e durou 2 horas. Não foi utilizado o coxim lombar habitualmente empregado pelos cirurgiões.

Quatro horas depois já esboçava algum movimento de membros inferiores. Durante a noite e todo o dia seguinte movimentou-se pouco devido a dor e a analgésicos; sentia-se enfraquecida, ou dopada, para colaborar na mudança de decúbito, na colocação da comadre ou para se lhe enfaixar o abdômen.

Quarenta e oito horas depois do bloqueio, estando em decúbito dorsal, não conseguiu fletir a coxa direita e reclamou dor no quadriceps ao tentá-lo; e na tentativa de fletir a perna, o membro abduzia em rotação externa, provavelmente por ação da gravidade e ausência de ação dos adutores, sendo impossível a rotação interna. Pouco movimento dos artelhos e do pé. Mas suficiente para estender o membro. Sensibilidade preservada, reflexos patelar e aquileu presentes, bem como o plantar. Sentou-se e ficou de pé, andou a passos curtos; apoiada na barra da cama, estando de pé, fletiu a perna esquerda mas não a direita. Movimentos normais do membro inferior esquerdo, mas referiu zona de anestesia na região glútea esquerda ao nível de L3.

As 0300 horas da manhã levantou-se para ir ao banheiro com o mesmo quadro. As 0600 horas da manhã despertou-se com atividade motora normal nos dois membros.

A duração do bloqueio motor à direita foi de 63 horas. A zona de anestesia à esquerda persistiu por 20 dias.

Caso II — Paciente de 42 anos, 159 cm e 64 kg (ASA I) programada para histerectomia abdominal. Foi realizada uma anestesia peridural em L3/L4 com 3 doses de 19 ml de Bupivacaína Abbot 0,5% adicionada de adrenalina na concentração de 1:200000, com intervalo de 60 segundos. O nível sensitivo

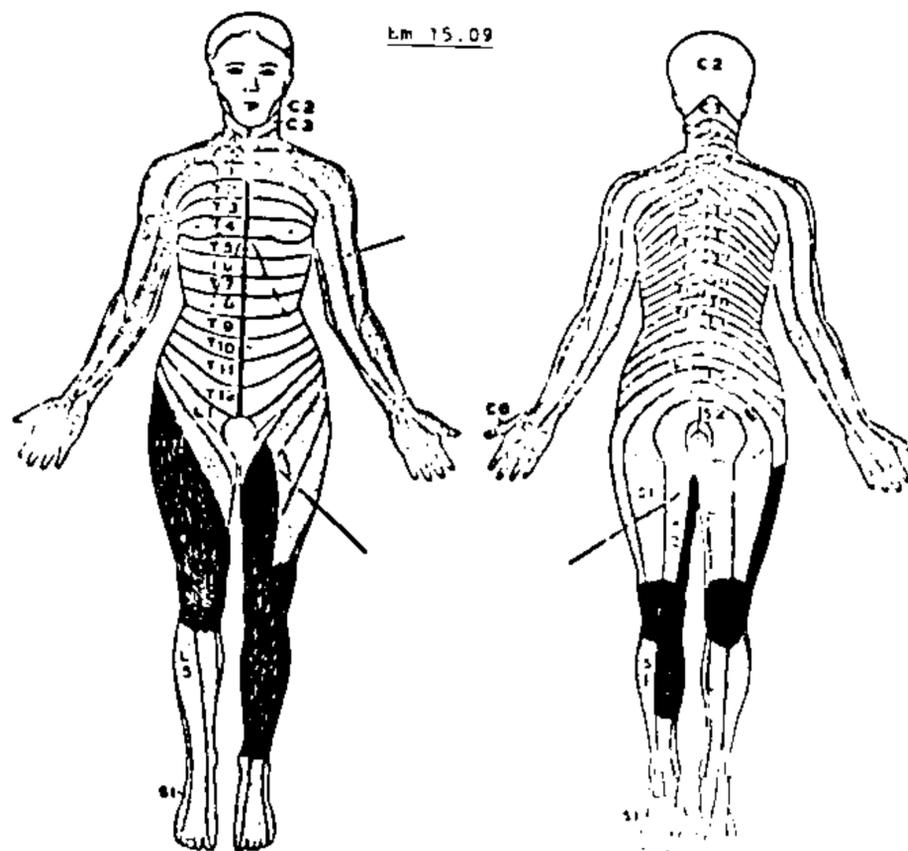


Fig 1 Distribuição da hipostesia 24 horas após o bloqueio

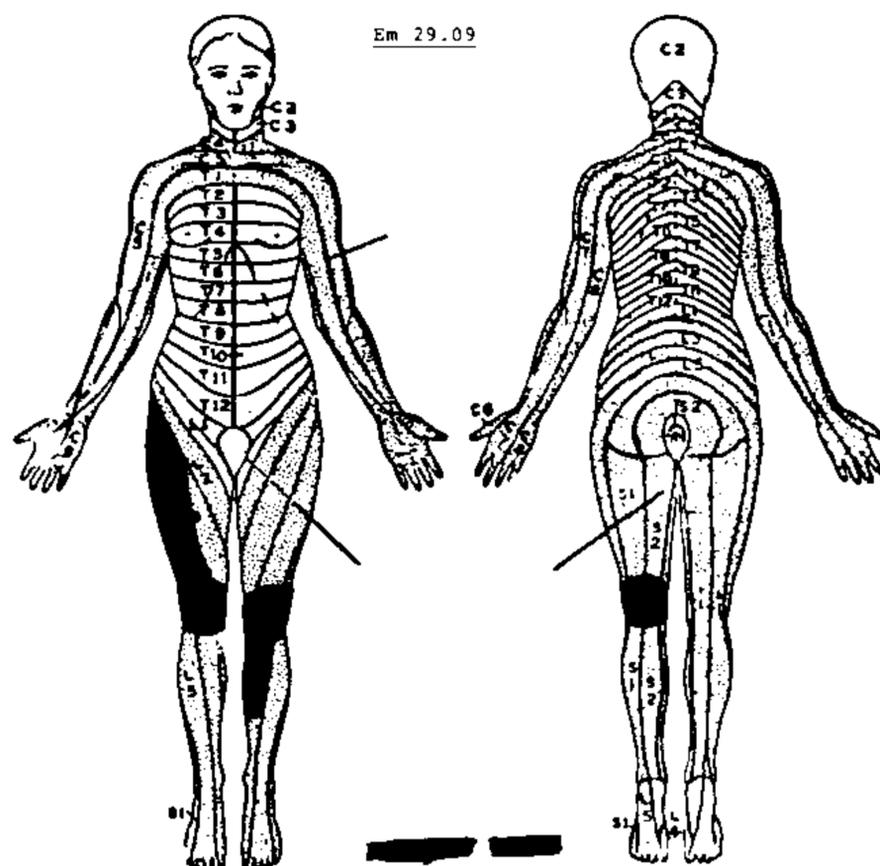


Fig 2 Distribuição da hipostesia 15 dias após o bloqueio. A paciente teve alta nestas condições e foi acompanhada no ambulatório, quando referiu recuperação total na 81 semana

cer os movimentos dos membros inferiores. Na enfermaria não foi notado nada de anormal até o dia seguinte quando se tentou levantar a paciente que não conseguiu se manter de pé. Queixava-se de fraqueza muscular em ambos os membros e hipoestesia na face anterolateral da coxa direita e em menor extensão na esquerda (Fig 1). Havia dificuldade de micção espontânea. Foi mantida em observação e fisioterapia ativa e passiva além de visita diária do Serviço de Anestesiologia para acompanhamento da regressão da área de hipoestesia (Figuras 1 e 2).

A paciente evoluiu lentamente, quando pelo 15º dia conseguiu se por de pé. Teve alta no dia seguinte ainda com pequena área de hipoestesia (Fig 2) e recomendada manter contato com o Hospital. Ao se completar a oitava semana do episódio, informou que estava completamente restabelecida.

Cada paciente recebeu uma dose de 150 mg de bupivacaína com adrenalina que até certo ponto é uma dose "normal" ou pelo menos "comum" nos dias de hoje. No entanto há que se considerar a grande afinidade da droga pelo tecido nervoso, uma vez que os relatos da literatura relacionam recupe-

ração prolongada com a bupivacaína, ainda que em menores doses^{1,2}.

N. Treiger, TSA*
S.A. Mardegan**
M. A. Gouveia, TSA***

* Chefe do Serviço de Anestesiologia do
Hospital Central do IASERJ
Correspondência para:
Rua Senador Vergueiro, 81/203
22230 - Rio de Janeiro, RJ

** Ex-Residente do Serviço de Anestesiologia
*** Chefe de Equipe Técnica do
Serviço de Anestesiologia
Hospital Central do IASERJ

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuerden C, Buley R, Downing J W — Delayed recovery after epidural block in labour. *Anaesthesia*, 1977; 32: 773 - 776.
2. Ballin N C — Paraplegia following epidural analgesia. *Anaesthesia* 1981; 36: 952 - 953.

RESPOSTAS HEMODINÂMICAS SISTÊMICAS E PULMONARES À QUETAMINA EM CRIANÇAS COM RESISTÊNCIA VASCULAR PULMONAR NORMAL OU ELEVADA.

Têm sido observadas elevações da Resistência Vascular Pulmonar (RVP) com a quetamina em adultos. Apesar de não haver estudos similares em crianças, alguns autores recomendam evitar a quetamina em pacientes pediátricos com hipertensão pulmonar ou com baixa reserva ventricular direita. No presente trabalho, os autores mediram as respostas hemodinâmicas sistêmicas e pulmonares à quetamina durante ventilação espontânea em 14 crianças encaminhadas a cirurgia cardíaca, as quais receberam suporte ventilatório mínimo, representado por ventilação mandatória intermitente de frequência 4/minuto à FIO₂ de 0,3 - 0,4. Não se observaram alterações de Índice Cardíaco, Resistência Vascular Sistêmica ou de RVP num grupo de 7 crianças com RVP normal, e nem em outro grupo de 7 crianças com RVP previamente elevada. Os resultados não apresentaram relação com sedação prévia por diazepam. Os autores concluem que a quetamina praticamente não tem efeito sobre os parâmetros hemodinâmicos em crianças levemente sedadas cujas vias aéreas e ventilação são mantidas de forma adequada. De modo particular, não há alterações da RVP pela quetamina em crianças que possuem este parâmetro normal ou previamente elevado.

(Hickey P R, Hansen D D, Cramolini G M, Vincent R N, Lang P – Pulmonary and systemic hemodynamic responses to ketamine in infants with normal and elevated pulmonary vascular resistance. Anesthesiology, 1985; 62: 287 - 293).

COMENTÁRIO: Os resultados deste trabalho são muito importantes, tendo em vista o emprego da quetamina na anestesia de pacientes pediátricos encaminhados a cateterismo cardíaco. Muitos destes pacientes apresentam presumivelmente hipertensão pulmonar, em função de patologia suspeitada, o que leva o anestesiológico a evitar o uso da quetamina ou a empregá-la com extrema cautela. As medidas hemodinâmicas aqui descritas mostram que não se repete em crianças o efeito hipertensor pulmonar observado em adultos com a quetamina, o que vem de encontro à impressão clínica de que a droga é bem indicada para a anestesia de paciente pediátricos submetidos a cateterismo cardíaco. (Nocite J R).

FEDERAÇÃO MUNDIAL DE SOCIEDADES DE ANESTESIOLOGISTAS (WFSA)

Presidente: Dr. Carlos Parsloe

Redator: Dr. John S. M. Zorah - Secretário - WFSA

Tradução: Dr. José Carlos F. Maia - Membro do Comitê Executivo - WFSA

EDITORIAL — Anestesia e o Currículo de Pré-Graduação

Com o aumento do conhecimento médico, o currículo de pré-graduação acha-se cada vez mais congestionado. Aqueles envolvidos na elaboração destes currículos sabem dos apelos competitivos das diferentes disciplinas e do constrangedor arrazoado apresentado para a inclusão desta ou aquela. Anestesia não constitui exceção à este clamor por espaço na pré-graduação mas a defesa de sua inclusão é mais consistente que a de muitas outras. A tese deve ser baseada no ensino por anesthesiologistas ao invés de ensino de anestesia.

Em seu pronunciamento à Assembléia Geral do 8º Congresso Mundial de Anestesiologia em Manila, Sankaran (1985) citou alguns dados estatísticos da Organização Mundial de Saúde (OMS) bastante sombrios.

★ Em relatórios de setenta países a OMS constatou a existência de 540 escolas médicas.

★ Quatro países possuem 320 destas escolas, mas apenas um deles, o Brasil, relata inclusão da anestesia no currículo de pré-graduação.

★ Vinte e oito países possuem de 2 a 15 escolas mas apenas três destes, Afeganistão, Burma e Egito, relataram inclusão da anestesia no currículo de pré-graduação.

★ Trinta e seis países possuem uma única escola médica cada e apenas um, Ghana, relata inclusão da anestesia no currículo de pré-graduação.

Existem quatro razões fundamentais pelas quais anesthesiologistas devem ser incluídos como professores no currículo de pré-graduação:

Ensinar ressuscitação. É dever de todo médico, qualquer que seja sua especialidade, saber ressuscitar um paciente em caso de emergência. Anesthesiologistas são os profissionais neste campo e é essencial que as escolas médicas coloquem anesthesiologistas ensinando esta importante técnica aos estudantes. Não deveria ser permitido que nenhum estudante de medicina se formasse sem antes ter aprendido os princípios da ressuscitação e adquirido a habilitação básica necessária. Esta habilitação pode ser melhor conseguida durante um período de trabalho com anesthesiologistas.

Ensinar fisiologia e farmacologia aplicadas. É provável que não exista especialidade mais indicada para este fim que a anesthesiologia. A anestesia geral e o tratamento intensivo trazem oportunidades sem paralelo para estudar e medir as respostas fisiológicas e farmacológicas num espaço de tempo impossível em outros ramos da medicina. Este ensino é de importância para todos estudantes, seja qual for seu eventual destino na profissão.

Apresentar o estudante de medicina à Anesthesiologia. Apesar da anesthesiologia ser uma especialidade bastante popular em alguns países com uma procura muito competitiva, em outros permanece com falta de profissionais, particularmente no mundo em desenvolvimento. Tendo em mente que os jovens médicos são muitas vezes influenciados na sua escolha da especialidade pela satisfação obtida durante sua experiência pré-graduação e pelo entusiasmo e dedicação de seus professores, os estudantes devem ser apresentados à anesthesiologia durante seu treinamento. Para tentar ajudar no recrutamento de jovens médicos para anestesia, a WFSA está publicando um pequeno "Career Guide" que estará a disposição dos interessados e que descreve as implicações da adoção da anesthesiologia como especialidade. Pretende-se que anesthesiologistas de Hospitais Universitários ofereçam este guia a estudantes senior e médicos recém formados que queiram saber mais sobre a especialidade e seu potencial de desenvolvimento.

Ensinar estudantes como administrar uma anestesia. Em muitos países, esta era a razão principal, senão a única, para incluir a anestesia no currículo de pré-graduação. Naqueles países em que não há falta de profissionais em anestesia, reconhece-se que a administração de anestésicos é propriamente assunto estudo de pós-graduação e que a nenhum médico recém formado seja requerido ou permitido administrar anestesia baseado unicamente em seu treinamento pré-graduado. No entanto, muitos anos se passaram para que este posicionamento fosse alcançado e em alguns países, onde não há anesthesiologistas em número suficiente, permanece importante que médicos não especialistas sejam capazes de administrar anestesia. Ainda que possam re-

ceber treinamento adicional em seus primeiros anos de pós-graduação, o treinamento na administração de anestesia recebido na pré-graduação assume um papel muito importante. Portanto, por todas estas razões, a inclusão da anestesia no currículo de pré-graduação é de grande importância para o desenvolvimento, no país, de serviços de saúde adequados. Naqueles países em que as escolas médicas ainda ignoram este importante aspecto do treinamento médico, anesthesiologistas devem usar toda a influência de que dispõem para convencer as autoridades a utilizar totalmente suas habilidades de ensino.

Sankaran, B. (1985) Anaesthesia in developing countries. Lectures in Anaesthesiology 1,1 - Blackwell Scientific Publications, Oxford.

NOTÍCIAS E NOTAS

VIII Congresso Mundial de Anestesiologia - Para muitos, este Congresso será agora pouco mais que uma lembrança de um Congresso excelentemente organizado com uma hospitalidade calorosa e sem par. Para os organizadores, entretanto, o trabalho continuou e culminou num Relatório Final que é uma realização notável e sem paralelo na história dos Congressos da W.F.S.A. O relatório, de difícil sumarização, contém uma vasta quantidade de informação fascinante incluindo os textos dos principais discursos, o texto da fala Presidencial, e a completa descrição da exibição técnica, a detalhada prestação de contas das finanças do Congresso, a análise estatística dos participantes, a relação de todos aqueles que tiveram a inscrição cancelada por extravio de cheques e muito mais. A W.F.S.A. apresenta suas mais calorosas congratulações ao Dr. Cenon Cruz, Presidente do Comitê Organizador, pela produção deste notável e fascinante documento.

OBITUÁRIO

Com grandes tristeza soubemos do falecimento do Prof. Harold Griffith de Montreal, primeiro Presidente de W.F.S.A., no dia 07 de maio. Suas grandes contribuições à anestesia asseguram-lhe um lugar na história de nossa especialidade assim como na história desta Federação.

CONGRATULAÇÕES

A W.F.S.A. apraz-se em apresentar suas congratulações ao Sr. e Sra. E. H. Cramond pelo seu recente casamento. A Sra. Cramond é melhor conhecida pelos anesthesiologistas como Professora Tess Brophy, de Brisbane! Desejamos-lhes muitas felicidades e os anesthesiologistas queiram anotar que Tess

será, no futuro, conhecida como Professora Tess Cramond.

AFRICA DO SUL

O Colégio de Medicina da África do Sul e o Departamento de Serviços de Saúde de Bophuthatswana conjuntamente participaram dos Simpósios de ensino de anestesia que aconteceram em Bophuthatswana na África Meridional. O Professor John Couper (do Comitê de Educação da W.F.S.A.) assistiu ambos simpósios. Em seu relatório, o Professor Couper faz várias observações importantes que são relevantes para muitos países em desenvolvimento. Ele assinalou que um dos problemas era o de cirurgiões obrigarem médicos inexperientes a administrar anestesia a pacientes mal preparados. Ele também anotou que médicos que aceitam postos neste país têm que atuar também como anestesistas e cirurgiões distritais e pouquíssimos clínicos tiveram qualquer experiência nestas disciplinas. Muitos que foram formados na Índia, Paquistão, Bélgica, Iran e fora da África do Sul, disseram que tiveram poucas ou nenhuma aula sobre as matérias durante o curso de medicina e mesmo que as mesmas não faziam parte do currículo.

REVISTA EGÍPCIA DE ANESTESIA

Entre as mudanças que estão acontecendo na Sociedade Egípcia de Anesthesiologistas está o aparecimento de uma nova revista, a Revista Egípcia de Anestesia. Trata-se da Revista oficial da Sociedade Egípcia de Anesthesiologistas e tanto a Sociedade como o Editor merecem congratulações pela realização. Esta nova Revista, bi-anual, virá juntar-se à bem estabelecida Revista de Anestesiologia do Oriente Médio como um conveniente veículo de publicações para anesthesiologistas naquela parte do mundo assim como fazer uma importante adição à literatura mundial de anestesiologia.

MANUAIS DA W.F.S.A.

O manual de ressuscitação cardiopulmonar e cerebral, por Peter Safar, tem edições em checo, inglês, francês, alemão, italiano, japonês, norueguês, português, russo e espanhol. Traduções para o holandês e indonésio estão em preparação. Informações com Hr. Tore Laerdal, PO BOX 377, n-4001 Stavanger, Noruega.

O manual para Instrutores em RCP para leigos, escrito pela Dra. Nancy Caroline (membro do Comitê RCP), é conjuntamente patrocinado pela Liga das Sociedades da Cruz Vermelha e pela W.F.S.A. O manual pode ser obtido com Dr. H. Zielinslei, Liga da Sociedade da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, PO BOX 276, 1211, Geneva 19, Suíça.

O manual de Analgesia e Anestesia Obstétricas, por John Bonica, pode ser obtido diretamente do Professor Bonica, Department of Anesthesiology RN 10, University of Washington, Seattle, WA 98195, USA.

Lectures in Anesthesiology - Estes livros, previamente intitulados "WFSA Lectures", são publicados duas vezes por ano. Cópias em cortesia estão sendo enviadas a todas Sociedades filiadas à WFSA, por três anos - seis livros ao todo. Os volumes 1 e 2 de 1984 e o 1 de 1985 seguirão em breve junto com um Suplemento contendo as contribuições do Simpósio sobre Ketamina do 8º Congresso Mundial. Cada livro compreende 8 conferências de notáveis professores de todo o mundo. Números atrasados

podem ser obtidos dos editores - Blackwell Scientific Publications, PO BOC 88, Oxford, UK. Um certo número de assinaturas doadas foram feitas em favor de Departamentos de Ensino de anestesia que tem problemas em obter material educacional. A Associação de Anestesiologistas da Grã Bretanha e Irlanda e a Sociedade Canadense de Anestesiologistas fizeram cada uma dez assinaturas por três anos que proveirão 2 livros anualmente a cada recipiente. Qualquer Sociedade filiada da W.F.S.A. que sintasse em condições de ajudar centros de treinamento no mundo em desenvolvimento desta maneira, deve entrar em contato com esta Secretaria que possui uma lista de recipiente em potencial.

PRÓXIMOS CONGRESSOS

- 1985
4 - 8 NOV. — XVII Congresso Latino-americano de Anestesiologia
Informações: Dr. Hernandez, Agrupacion Universitária. Av. Libertador Brig. Gal. Lavalleja, 1964 p. 13 - Montevideo, Uruguay
Montevideo
Uruguay
- 1986
8 - 12 SET — 7º Congresso Europeu de Anestesiologia
Informações: Prof. Kail Steinbereithner Spitalgasse 23, A-1090 - Vienna - Austria
Vienna
Austria
- 20 - 25 SET. — 7º Asia Anestralas - Congresso de Anestesiologia
Informações: 7th AACA Secretariat, ICC. 1 st Floor, 57 Wyndham St. Central, Hong Kong
Hong Kong
- 1988
22 - 38 MAIO — 9º Congresso Mundial de Anestesiologia
Informações: American Society of Anesthesiologist. 515 Busse Dighway, Park Ridge - Illinois 60068, USA.
Washington, DC
USA

ATIVIDADE ANTIMICROBIANA DE BUPIVACAÍNA E MORFINA

Foi estudada "in vitro" a atividade antimicrobiana de bupivacaína e morfina em relação a diversas cepas microbianas, a saber: Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa, Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis, Streptococcus pyogenes, Streptococcus faecalis, Bacillus cereus e Candida albicans. Na dependência da concentração, a bupivacaína inibiu o crescimento de todas as espécies exceto da Pseudomonas aeruginosa. A morfina, independentemente da concentração, não inibiu o crescimento de nenhuma cepa. O mecanismo do efeito antibacteriano e antimicótico dos anestésicos locais não é perfeitamente conhecido mas relaciona-se provavelmente com interações destas drogas com macromoléculas da superfície celular. Diferenças entre as membranas celulares de Pseudomonas aeruginosa e outras bactérias podem explicar as diferenças observadas neste trabalho. Os autores consideram aconselhável, durante o emprego de dose intermitentes de morfina peridural através de cateter, preencher o cateter com solução de anestésico local (bupivacaína, por exemplo) após cada injeção de morfina, no sentido de reduzir o risco de invasão microbiana da luz do mesmo.

(Rosenberg P H, Renkonen O V – Antimicrobial activity of bupivacaine and morphine. Anesthesiology, 1985; 62: 178 - 179).

COMENTÁRIO: *Faz sentido a medida proposta pelos autores para reduzir o risco de infecção durante administração prolongada de morfina por cateter peridural, embora ela se baseie em resultados obtidos "in vitro". De qualquer maneira, a adição de pequenas doses do anestésico local não interfere com o mecanismo de ação do opiáceo e não acarreta efeitos indesejáveis como paralisia motora ou bloqueio simpático. (Nocite J R).*