

Agentes de Indução: Novas Opções

O tiopental tem sido usado desde 1934, quando Ralph Waters administrou-o pela primeira vez para obter indução da anestesia no homem, no Hospital da Universidade de Wisconsin, em Madison, EUA¹. Apresenta vários pontos negativos: é instável em solução aquosa; o pH elevado torna sua solução irritante quando extravasada; a meia-vida de eliminação é longa; produz depressões cardiovascular e respiratória. Não obstante, os anesthesiologistas aprenderam a trabalhar com a droga de maneira segura e o tiopental é ainda hoje o agente de indução mais utilizado em todo o mundo.

Há fatores, entretanto, que escapam de nosso controle e que nos privam, de tempos em tempos, não só do tiopental para a indução como de outras drogas indispensáveis à prática da anestesia. Nestas ocasiões, temos de encontrar sucedâneos com os quais nem sempre estamos familiarizados, fato que pode causar transtornos ainda que temporários. Impõe-se a questão: por que não utilizarmos estes sucedâneos nos tempos de abundância (leia-se tempos em que não há falta de drogas)? Certamente aprenderemos a manejá-los com mais tranquilidade e a adequar suas propriedades positivas às condições clínicas dos pacientes que anestesiemos. De quebra, estimularemos saudável competição entre os fabricantes, o que poderão até talvez evitar a retirada de determinadas drogas do mercado "por falta de uso e/ou baixa rentabilidade econômica".

Quais as principais alternativas como agentes de indução de que dispomos no Brasil para o velho tiopental? São basicamente três (quetamina, etomidato, midazolam) e chega agora uma quarta (propofol). A quetamina tem sido pouco utilizada, em função dos fenômenos alucinatórios que produz na emergência da anestesia. Não obstante, suas propriedades positivas no que concerne ao sistema cardiovascular fazem dela uma opção respeitável em situações clínicas de falência circulatória. O etomi-

dato causa menos depressão respiratória do que o tiopental e possui pequeno ou nenhum efeito sobre o sistema cardiovascular; comparado com outros agentes de indução, é o que proporciona melhor balanço entre consumo de oxigênio e suprimento desta substância para o miocárdio². Pode deprimir a função adrenocortical, ainda que não a resposta medular ao estresse, razão pela qual seu emprego em infusão contínua não é recomendável³. O midazolam é o primeiro benzodiazepínico hidrossolúvel: sua solução é estável e compatível com salina, Ringer-lactato e preparações salinas ácidas de drogas as mais diversas. Não provoca liberação de histamina⁴ e é eliminado do organismo com velocidade igual ao dobro da do tiopental. Embora possa provocar depressão respiratória, esta é menos intensa do que a observada com o tiopental. Da mesma forma, conquanto possua efeitos depressores cardiovasculares semelhantes aos do tiopental, eles são quantitativamente menores.

O propofol, já extensamente utilizado em alguns países europeus, chega agora ao nosso meio. Trata-se de uma droga rapidamente eliminada no organismo (meia-vida de eliminação 45 min)⁵, o que a torna adequada, do ponto de vista farmacocinético, para infusão contínua. É talvez a melhor opção como agente hipnótico em pacientes ambulatoriais pois, além do despertar rápido, associa-se à menor incidência de náuseas e vômitos⁶. No que concerne aos sistemas respiratório e cardiovascular, não parece apresentar vantagens sobre o tiopental: o grau de depressão é similar com ambos os agentes^{7,8}.

É bem-vindo o propofol? Claro que sim. Da mesma forma como no futuro próximo serão bem-vindos outros agentes hoje em fase de pesquisa. Em qualquer ramo da atividade humana, os monopólios constituem a melhor receita para o descaso e o mau atendimento à população.

Como médicos, devemos decididamente condenar esta receita pois ela não fará bem ao consumidor final: o nosso paciente.

José Roberto Nocite
Caixa Postal 707
14100- Ribeirão Preto - SP

REFERÊNCIAS

1. Dundee J W - Fifty years of thiopentone. Br J Anaesth, 1984; 56:211-213.
2. Reves J G, Fragen R.J, Vinik H R, Greenblat D J - Midazolam: Pharmacology and uses. Anesthesiology, 1985; 62:310-324.
3. Wagner R L, White P F - Etomidate inhibits adrenocortical function in surgical patients. Anesthesiology, 1984; 61:647-651.
4. Facon A, Divry M M, Dessaint J P Scherpereel P - Evaluation du pouvoir histamino-libérateur du midazolam, Cahiers d'Anesthésiologie, 1988; 36:111-113.
5. Cockshott I D, Briggs L P, Douglas E J, White M - Pharmacokinetics of propofol in female patients. Br J Anaesth, 1987; 59:1103-1110.
6. Mackenzie N, Grant I S - Comparison of the new emulsion formulation of propofol with methohexitone and thiopentone for induction of anesthesia in day cases. Br J Anaesth, 1985; 57:725-731.
7. Goodman N W, Black A M S, Carter J A - Some ventilator effects of propofol as sole anesthetic agent. Br J Anaesth, 1987; 59:1497-1503.
8. Stephan H, Sonntag H, Schenk H D, Ketter D, Khambatta H J - Effects of propofol on cardiovascular dynamics, myocardial blood flow and myocardial metabolism in patients with coronary artery disease. Br J Anaesth, 1986; 58:969-975.