

Sr. Editor:

O desenvolvimento de arritmias é favorável pela aproximação do potencial transmembranas de repouso ao potencial limiar, pela maior inclinação da curva na fase 4 e pelo aparecimento de mecanismos de reentrada nas fibras miocárdicas do tecido de condução. Elevados níveis de catecolaminas, isquemia ou alterações eletrolíticas são possíveis causas destes eventos. Situações clínicas que incluam estas condições patológicas são terreno favorável ao desenvolvimento de arritmias cardíacas.

Os anestésicos halogenados sensibilizam o miocárdio à ação das catecolaminas, significando isto que uma concentração de adrenalina que, em condições normais, não desenvolveria uma arritmia poderá então originá-la.

Um raciocínio simples indica que a combinação de três fatores (halogenados-catecolaminas-situações clínicas desfavoráveis) deve ser evitada, pois o controle da situação pode ser perdido.

Katz³ ao estabelecer doses máximas de adrenalina para uso durante anestesia com halogenados, já preconizou a importância de ser evitada a concomitância de hipóxia

e hipercarbia. Desnecessário citar todas as situações clínicas em que estas ocorrem. Seu trabalho foi sério e bem documentado, e, por estas razões, mereceu ser citado e aceito por inúmeros autores nacionais e estrangeiros. Godman & Gilman², Lee⁴, Wylie⁵ e Wynands⁶, situam-se entre estes.

Segundo Wylie "A adrenalina pode ser usada com segurança na presença de halotano, desde que a concentração e a dose total estejam dentro de limites aceitáveis e não haja hipóxia e hipercarbia".

Há cerca de 4 anos infiltro, ao término da anestesia, nervos intercostais, para controle da dor pós-operatória, com bupivacaína contendo adrenalina, em pacientes anestesiados com halotano. Até o presente momento, em nenhum paciente assim manejado surgiu arritmia cardíaca suscetível de ser classificada como grave: queda de rendimento cardíaco ou parada cardíaca. Considerando que apenas cerca de 15 a 20% destes pacientes estavam com monitorização eletrocardioscópica não posso informar sobre arritmias de menor porte. Barizon¹ e seus associados a muitos anos aceitam os limites propostos por Katz, para uso em anestesia para cirurgia plástica, com resulta-

dos idênticos.

Concordo com o autor que seus pacientes possam se constituir em contra-indicação à associação halogenados-adrenalina, pois favorecem as condições mencionadas inicialmente. Entretanto quanto a generalização "... o uso de infiltração com adrenalina impede os anestésicos halogenados. . .", discordo face ao acima exposto.

Discordo também quanto ao emprego dos termos "... os santos princípios de Katz. . .". Não são princípios, são resultados aceitos por inúmeros serviços que os tem comprovado na clínica como viáveis. Não são santos, com a conotação de imutáveis ou indiscutíveis que lhes emprestou o autor, pois em ciência um trabalho, com adequada metodologia e resultados fidedignos, realizado por um autor confiável, sempre pode alterar o consenso geral estabelecido por um anterior, seja qual for o assunto.

Não creio que a contra-indicação generalizada seja "... correta, prudente e obrigatória, principalmente por quem deve orientar os colegas mais novos pelos caminhos da especialidade". Penso, isto sim, que se lhes deve expor todos os ângulos das questões, com uma maior abertura científica, evitando dogmatismos e lhes permitindo, que mercê de um amplo embasamento cultural, venham no futuro a fazer uso de seu próprio discernimento no trato das questões que lhes serão propostas pela especia-

lidade.

Um último ponto a ponderar é a minha convicção de que se o Anestesiologista realmente fizer parte, como deve, da equipe cirúrgica não precisará recear condutas aleatórias do Cirurgião. Ambos são elementos que se complementam e não contendores em um liça, buscando afirmações prejudiciais aos pacientes.

1. Barizon B B – Comunicação pessoal
2. Goodman L S & Gilman A – *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, McMillan Publishing Co, New York, 1975 pág 91
3. Katz R L & Bigger J T – *Cardiac Arrhythmias during Anesthesia and Operation*. *Anesthesiology* 33:193 – 213, 1970
4. Lee J A & Atkinson R S – *Manual de Anestesiologia*. Livraria Atheneu, Rio de Janeiro, 1976 pág 221
5. Wylie W D & Churchill-Davidson H C – *Anestesiologia*. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1974 pág 213
6. Wynands J E – *ASA Refreshers Courses in Anesthesiology* 6:199 – 213, 1978

João Batista Pereira, EA
Rua Cândido Silveira, 98
90000 – Porto Alegre, RS

Temas do XXVII Congresso Brasileiro de Anestesiologia

Sr. Editor:

Quanto à publicação dos temas do 27.º CBA na RBA, acredito que poderia fazer um número de rotina 5 ou 6 sem ser necessariamente um suplemento. Seria um material de grande interesse para os anestesiologistas brasileiros e até de outros países saber e ter em mãos os assuntos apresentados em um conclave nacional que é a grande realização da SBA juntamente com a revista. Certo? Espero que compreenda este aspecto e venha a publicar os temas do Congresso, não importa que o material para 5.º ou 6.º número seja atrasado por alguns meses.

Um abraço do seu colega e amigo,

Renato Angelo Saraiva
Presidente da Comissão Executiva do
XXVII Congresso Brasileiro de Anestesiologia

Sr. Editor:

Faço uso desta para transmitir-lhe (e conseguir torná-las também suas) as minhas preocupações quanto a publicação dos temas do 27.º CBA. Sei que a criação de um suplemento importaria em aumento de despesas. Entretanto, a utilização de um número da Revista (n.º 6, por exemplo) com esta finalidade constituiria prestígio

para a nossa Revista junto aos seus principais patrocinadores (sócios da SBA que pagam anuidades), e uma adequação da mesma à realidade já adotada internacionalmente por outras importantes revistas de Anestesiologia. No aguardo da sua resposta (é muito importante) aproveito o ensejo para enviar um abraço amigo.

Edno Magalhães
Diretor Científico do
XXVII Congresso Brasileiro de Anestesiologia

Sr. Editor:

Considerando o exposto em sua carta CD-RBA 128/80, tomo a liberdade de expor algumas considerações:

1. Acho pouco provável conseguirmos financiamento extra para este suplemento;
2. Frente a impossibilidade financeira da SBA, é viável a publicação dos trabalhos do 27.º Congresso Brasileiro de Anestesiologia no n.º 6 da RBA;
3. O atraso na publicação dos artigos selecionados para o n.º 6 não trará prejuízo para a Revista, Autor e Leitores;
4. Os sócios da SBA, que em última análise financiam a Revista, sairão altamente beneficiados com o recebi-

mento deste suplemento;

5. Os trabalhos apresentados e discutidos durante o congresso seriam amplamente divulgados e poderiam ser utilizados como referências bibliográficas.

Considerando que o assunto tem parecer favorável de todas as áreas envolvidas, espero que seja possível uma solução viável.

Atenciosamente

Edisio Pereira
Secretário da Comissão Executiva do
XXVII Congresso Brasileiro de Anestesiologia

Excerpta Medica Section 29, Anesthesiology

Sr. Editor:

REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Nós agradecemos sua carta de 14 de abril, 1980 a respeito da revista acima, e gostaríamos de informar que desde 1971 nós temos esta revista em nossa coleção.

Nós tínhamos assinatura paga desta revista, mas nos últimos poucos anos não temos recebido nenhum pedido de renovação, assim gostaríamos que confirmassem nossa assinatura gratuita para nossos registros.

Outrossim, nós agradeceríamos se recebessemos todos

os números do Volume 29, 1979 e, alguns números do Volume 30, 1980 para sua conveniência, mantendo nossos arquivos completos.

Nós aguardamos por sua rápida e favorável resposta.

Atenciosamente

Mrs. Ing-Marie Meijer
Secretaria da Excerpta Medica
Section 29, Anesthesiology

Survey of Anesthesiology

Sr. Editor:

Agradecemos a sua carta de 14 de abril perguntando sobre a indexação de artigos da "Revista Brasileira de Anestesiologia" no "Survey of Anesthesiology". Nós não indexamos artigos de nenhuma revista no "Survey", mas condensamos artigos que acreditamos sejam de interesse de nossos leitores e então são comentados por um de nossos Editores Associados.

Se puder nos enviar sua revista regularmente, então

estaremos aptos a condensar seus artigos de interesse geral. A sua revista deverá ser enviada ao endereço acima.

Congratulamos com o novo atrativo formado da Revista.

Atenciosamente

C. Ronald Stephen, M.D.
Editor do Survey of Anesthesiology

Quadro Geral de Unidades de Medidas

(Decreto - lei 81622 de 3 de maio de 1978 - D. O. de 4/5/78)

UNIDADES BÁSICAS DO SI

Quantidade Física	Nome	Símbolo
Comprimento	Metro	m
Massa	Quilograma	kg
Tempo	Segundo *	s
Corrente Elétrica	Ampere	A
Temperatura Termodinâmica	Kelvin	K
Intensidade Luminosa	Candela	cd
Quantidade de Matéria	Mol	mol

* Minuto, hora e dia continuarão em uso, embora eles não sejam unidades de S I.

1 - Expressão dos números

a) Para dinheiro - mil = 10^3 - milhão = 10^6 - bilhão = 10^9 - trilhão = 10^{12}

b) Para trabalhos técnicos ou científicos é recomendado: (prefixo SI)

PREFIXOS SI

Nome	Símbolo	Fator pelo qual a unidade é multiplicada
exa	E	10^{18} = 1 000 000 000 000 000 000
peta	P	10^{15} = 1 000 000 000 000 000
tera	T	10^{12} = 1 000 000 000 000
giga	G	10^9 = 1 000 000 000
mega	M	10^6 = 1 000 000
quilo	k	10^3 = 1 000
hecto	h	10^2 = 100
deca	da	10
deci	d	10^{-1} = 0,1
centi	c	10^{-2} = 0,01
mili	m	10^{-3} = 0,001
micro	μ	10^{-6} = 0,000 001
nano	n	10^{-9} = 0,000 000 001
pico	p	10^{-12} = 0,000 000 000 001
femto	f	10^{-15} = 0,000 000 000 000 001
atto	a	10^{-18} = 0,000 000 000 000 000 001

Nota 1. Para a unidade SI de massa, esses prefixos são empregados em relação ao submúltiplo grama = 0,001 kg.

Nota 2. Esses prefixos são também empregados com os nomes especiais de múltiplos e submúltiplos decimais de unidades SI, e também com unidades que não pertencem ao SI.

2 – Unidades de interesse para o anestesiológico

Grandeza	Nome	Símbolo	Observação
comprimento	metro	m	—
área	metro quadrado	m ²	—
volume	metro cúbico	m ³	—
	litro	l	aceita para uso com o SI sem restrição de prazo igual a 10 ⁻³ m ³
massa específica	quilograma por metro cúbico	kg/m ³	—
vazão	metro cúbico por segundo	m ³ /s	—
força	newton	N	—
viscosidade dinâmica	pascal - segundo	Pa s	—
quantidade de calor	joule	J	—
	caloria	cal	Unidade fora do SI, a evitar, porém admitida temporariamente
temperatura termodinâmica	Kelvin	K	1) Kelvin é a unidade de base 2) Kelvin e grau Celsius são também unidades de intervalo de temperatura 3) °C = K - 273,15
temperatura Celsius	grau Celsius	°C	
capacidade térmica	joule por Kelvin	J/K	—
calor específico	joule por quilograma e por Kelvin	J/kg K	—
condutividade térmica	watt por metro e por Kelvin	W/m K	—
pressão	pascal	Pa	também unidade de tensão mecânica. Uso mais frequente kPa = 10 ³ Pa
	atmosfera	atm	10 ¹ kPa unidades fora do SI admitidas temporariamente, mm Hg a evitar
	bar	bar	10 ² kPa
	milímetro mercúrio	mm Hg	0,13 kPa
trabalho			
energia	joule	J	—
quantidade de calor			
potência			
fluxo de energia	watt	W	—
tensão elétrica	volt	V	
resistência elétrica	ohm	Ω	também unidade de impedância e reatância

UNIDADE DE RÁDIO ATIVIDADE

atividade	becquerel	Bq	—
exposição	coulomb por quilograma	C/kg	—
	roentgen	R	1 R = 258,10 ⁻⁴ C/kg admitida temporariamente
dose absorvida	gray	Gy	
	rad		1 rad = 0,01 Gy admitida temporariamente

FATORES DE CONVERSÃO PARA AS UNIDADES SI

Quantidade	Unidade SI ou múltiplos	Símbolo	Outras unidades	Fator de conversão	
				Para outras unidades serem convertidas ao SI, multiplicar por	Do SI para as outras unidades multiplicar por
Pressão (força ÷ área)	kilopascal	kPa	mm Hg ou torr	0,1333	7,501
			kgf cm ⁻²	98,07	0,0102
			cm H ₂ O	0,0981	10,2
			atmosfera	101,3	0,00987
			lbf m ⁻² (psi)	6,895	0,145
			bar	100	0,01
Trabalho ou Energia (força x distância ou pressão x volume)	kilojoule	kJ	kilocaloria	4,184	0,239
Tensão superficial	pascal metro	Pa m	dina cm	0,001	1,0
Complacência	litros por kilopascal	l/kPa ⁻¹	l/cm H ₂ O ⁻¹	10,20	0,0981
Resistência a fluxo	kilopascal x litros ⁻¹ x segundos	kPa. l ⁻¹ . s	cm H ₂ O. l ⁻¹ . s	0,0891	10,20
Fator de Transferência	milimoles/min/kilopascal	mmol min ⁻¹ kPa ⁻¹	ml min ⁻¹ mm Hg ⁻¹	0,335	2,986

TABELA DE CONVERSÃO de pH e mmol/litro

pH	mmol/litro	pH	mmol/litro
6.80	158	7.35	45
6.90	126	7.40	40
7.00	100	7.45	36
7.10	79	7.50	32
7.20	63	7.55	28
7.25	56	7.60	25
7.30	50	7.70	20

O Mol

A quantidade de matéria de peso molecular conhecido é expresso em mols, onde:

$$\text{Número de mols (mol)} = \frac{\text{Peso em g}}{\text{Peso Molecular}}$$

e as unidades de concentração são mol/l, mmol/l, μ mol/l, etc. Para os íons univalentes tais como Na^+ , K^+ , HCO_3^- , Cl^- , milimols e miliequivalentes são numericamente iguais. Em caso de íons bivalentes como o Ca^{++} o número de miliequivalentes deve ser dividido por dois (a valência) para converter em milimols.

Para converter resultados previamente expressos como mg/100 ml a mmol/l, o valor deve ser dividido pelo peso molecular da substância em questão (para converter mg a mmol) e multiplicado por 10 (para converter de 100 ml a 1 litro):

Exemplo: para converter 90 mg/100 mg de glicose a mmol/l:

$$\frac{90 \times 10}{180 \text{ (peso molecular da glicose)}} = 5 \text{ mmol/l}$$

(quando considerar quantidade de matéria e não concentração,

$$90 \text{ mg de glicose} = \frac{90}{180} = 0,5 \text{ mmol}$$

Em casos de algumas substâncias de peso molecular desconhecido, como a fração globulina das proteínas plasmáticas que consiste de uma mistura de proteínas de diferentes pesos moleculares, a concentração da massa deve ser empregada (kg/l, g/l, mg/l, etc). Não ficou ainda definido como será calculado o monômero (Hb) ou o tetrâmero (Hb_4), e assim, a concentração de hemoglobina continua em g/100 ml ou g/dl.

CONVERSÃO DE VOLUME GASOSO

Para converter ml de um gás/100 ml em mmol/l ou vice-versa:

$$\text{mmol/l} = \frac{\text{ml/100 ml}}{2,24^*}$$

$$\text{ml/100 ml} = 2,24 \times \text{mmol/l}$$

* O volume molar de um gás ideal a 0°C e 101,3 kPa (760 mm Hg) é 22,414 l. No caso do CO_2 , o volume molar é 22,257 l.

TENSÕES GASOSAS NO AR INSPIRADO GÁS ALVEOLAR E SANGUE

	Ar inspirado		gás alveolar		sangue arterial		sangue venoso misto	
	kPa	(mm Hg)	kPa	(mm Hg)	kPa	(mm Hg)	kPa	(mm Hg)
Nitrogênio	78,6	(560)	75,2	(564)	75,6	(567)	75,6	(567)
Oxigênio	21,1	(158)	13,6	(102)	13,2	(99)	5,3	(40)
Dióxido de Carbono	0,02	(0,2)	5,3	(40)	5,3	(40)	6,1	(46)
Vapor d'água	0,7	(5)	6,3	(47)	6,3	(47)	6,3	(47)
Total (excluído argônio)	100,0	(753)	100,0	(753)	100	(753)	93*	(700)

* A soma das pressões parciais dos gases no sangue venoso misto é consideravelmente menor que no sangue arterial.

QUÍMICA SANGUÍNEA UNIDADES E FATORES DE CONVERSÃO

Medida	Unidade do SI	Unidade Antiga	Fatores de Conversão	
			Unid. Antiga p/ SI (exato)	Unid. Antiga (aproximado)
SANGUE				
Ácido - Base				
PCO ₂	kPa	mm Hg	0.133	7.5
PO ₂	kPa	mm Hg	0.133	7.5
Bicarbonato Padrão	mmol/litro	mEq/litro	Numericamente equivalente	
Excesso de base	mmol/litro	mEq/litro	Numericamente equivalente	
Glicose	mmol/litro	mg/100 ml	0.0555	18
PLASMA				
Sódio	mmol/litro	mEq/litro	Numericamente equivalente	
Potásio	mmol/litro	mEq/litro	Numericamente equivalente	
Magnésio	mmol/litro	mEq/litro	0.5	2
Cloro	mmol/litro	mEq/litro	Numericamente equivalente	
Fosfato (inorgânico)	mmol/litro	mEq/litro	0.323	3.0
Creatinina	mmol/litro	mg/100 ml	88.4	0.01
Uréia	mmol/litro	mg/100 ml	0.166	6.0
SORO				
Cálcio	mmol/litro	mg/100 ml	0.25	4.0
Ferro	mmol/litro	ug/100 mol	0.179	5.6
Bilirrubina	mmol/litro	mg/100 ml	17.1	0.06
Colesterol	mmol/litro	mg/100 ml	0.0259	39
Total proteínas	g/litro	g/100 ml	10.0	0.1
Albumina	g/litro	g/100 ml	10.0	0.1
Globulina	g/litro	g/100 ml	10.0	0.1

CONTEÚDO BIOQUÍMICO DE OUTROS LÍQUIDOS

Medida	Unidade do SI	Unidade Antiga	Fatores de Conversão	
			Unid. Antiga p/ SI (exato)	Unid. Antiga (aproximado)
URINA				
Cálcio	mmol/24 h	mg/24 h	0.025	40
Creatinina	mmol/24 h	mg/24 h	0.00884	113
Potásio	mmol/litro	mEq/litro	Numericamente equivalente	
Sódio	mmol/litro	mEq/litro	Numericamente equivalente	
LÍQUIDO CERÉBRO ESPINHAL				
Proteína	g/litro	mg/100 ml	0.01	100
Glicose	mmol/litro	mg/100 ml	0.0555	18

Medida	Unidade do SI	Unidade Antiga	Fatores de Conversão	
			Unid. Antiga p/SI (exato)	Unid. Antiga (aproximado)
Hemoglobina (Hb)	g/dl	g/100 ml	Numericamente equivalente	
Volume celular comprimido	nenhum*	Por cento	0.01	100
Concentração média de Hb celular	g/dl	Por cento	Numericamente equivalente	
Hb média de célula	pg	ug	Numericamente equivalente	
Cálculo de células vermelhas	Células/litro	Células/mm ³	10 ⁶	10 ⁻⁶
Cálculo de células brancas	Células/litro	Células/mm ³	10 ⁶	10 ⁻⁶
Reticulócitos	Por cento	Por cento	Numericamente equivalente	
Plaquetas	Células/litro	Células/mm ³	10 ⁶	10 ⁻⁶

* Expressão em fração decimal, ex, em um adulto masculino normal vale de 0.40 à 0.54.

Programação Científica

XXVII CONGRESSO BRASILEIRO DE ANESTESIOLOGIA – BRASÍLIA, DF 9 a 14 de novembro de 1980

A – CONFERÊNCIAS:

Anestesia Inalatória: Situação Atual.

O método clássico Sistemas de inalação. Toxicidade, poluição, proteção. Nível celular.

Vicent J Collins (USA), Brayan Walton (Ing)

Raqui e Peridural: Conceitos Atuais

Álvaro Eugênio

Anestesia Venosa

Alfredo Portela

Anestesia Venosa: Análise Crítica.

Míriam Martetele

B – SIMPÓSIOS:

Anestesia Inalatória: Situação Atual.

A prática da anestesia inalatória no mundo atual. Os agentes disponíveis e a demanda. O equipamento disponível é eficiente? O que falta - agente anestésico, equipamento ou anestesiológico?

Carlos Parsloe, J Batista Pereira, J Carlos Ferraro Maia, Waldir Medrado, Ruy Gomide.

Anestesia Inalatória: O Método Clássico.

Eficiência e segurança com base na farmacocinética. Relação entre a concentração alveolar e dose anestésica. (DA50 e DA95). Influência da dose anestésica nas atividades cardiovascular, respiratória, hepática e renal. Influência da dose anestésica na atividade do S.N.C.

Renato Saraiva, Carlos Parsloe, Masami Katayama, J Roberto Nocite, Luiz Fernando.

Anestesia Inalatória: Toxicidade, Poluição, Proteção.

Poluição em centros cirúrgicos - existe? Toxicidade e intolerância. Teratogenicidade e cancerogênese. Proteção.

Edno Magalhães, J Calazans Maia, Almiro Reis, Peter Spiegel, J Roberto Nocite.

Anestesia Inalatória: Sistemas de Inalação.

Classificação e funcionamento. Baixo fluxo e sistema fechado. Poluição ambiental. Desperdício, economia e segurança.

Edísio Pereira, R Simão Mathias, Humberto do Val, Guilherme Reis, J Paulo Drummond.

Anestesia Inalatória: Nível Celular.

Degradação metabólica. Sistema enzimático específico e inespecífico. Metabólitos e suas ações. Depuração dos agentes inalatórios e seus metabólitos.

Zairo Vieira, Danilo Duarte, J Batista Pereira, Waldir Medrado, Carlos Parsloe.

C – MESAS-REDONDAS:

Raqui e Peridural: Usos e Abusos.

Armando Fortuna, Cleomenes Barreto, Almiro Reis, Marildo Gouveia, Álvaro Eugênio.

Anestesia Pelo Éter: Reavaliação.

Waldir Medrado, Oliveiros Guanais, Armando Fortuna, J Calazans Maia, Míriam Martetele.

Anestesia e Má Nutrição.

Renato Saraiva, Luiz Naganuma, Nicolau d'Álessandro, Vera Lúcia Bezerra, Eduardo Queiroz.

Perguntas por Favor.

Zairo Vieira, Sérgio Paes Leme, Carlos Sá, Armando Fortuna, J Paulo Drummond.

Controvérsias em Anestesia.

Hipotensão deliberada - é justificável? Anestesia Regional em pediatria - vale a pena? O paciente de ambulatório - condutas anestésicas. Reposição volêmica - colóides ou cristalóides?

Ruy Gomide, J Roberto Nocite, Almiro Reis, J Maria Couto, Sérgio Paes Leme.

Anestesia Inalatória x Anestesia Venosa.

Carlos Parsloe, Eugesse Cremonesi, Alfredo Portela, Ruy Gomide, J Batista Pereira.

D – GRUPOS DE TRABALHO PRÁTICO:

Reanimação Córdio-Respiratória.

Masami Katayama

ECG Para o Anestesiologista.

Geniberto Campos

Equilíbrio Ácido-Básico: Interpretação Clínica.

Carlos Sá

Avaliação Pré-Anestésica da Função Pulmonar.

Laercio Valença

E – GRUPOS DE TRABALHO:

Equipamentos: Normas Técnicas e Manutenção.

R Simão Mathias, Guilherme Reis, Peter Spiegel, Representantes da ABNT, MPAS, MIC.

Ensino da Anestesiologia: Graduação e Pós-Graduação.

Zairo Vieira, Álvaro Eugênio, Eugesse Cremonesi, Danilo Duarte, Manoel P Alvarez, Representante da CNRM.

Drogas em Anestesiologia: Controle de Qualidade, Aprovação e Proscrição.

J Paulo Drummond, R Simão Mathias, J Calazans Maia, Representante da Indústria Farmacêutica, CEME, MS.

Anestesia em Pequenas Comunidades.

Edísio Pereira, J Silva Teles, Benedito Cohen, Oliveiros Guanais, Manoel P Alvarez, Antonio Oliva, Representantes do MPAS, SBA.

Anestesiologia no Brasil.

Oliveiros Guanais, Manoel P Lapa, J Silva Teles, Antonio Oliva, Representantes do MPAS, SBA.

Pesquisa em Anestesiologia.

Renato Saraiva, Luiz Fernando, J Roberto Nocite, Masami Katayama, Representantes do MEC, CNPq, MPAS.

F – CURSOS DE ATUALIZAÇÃO:

Medicação Pré-Anestésica.

Opções.

Em anestesia geral

Em anestesia regional

J Catarino de Melo

Monitoragem em Anestesia.

Princípios básicos de funcionamento dos monitores

Monitoragem em anestesia pediátrica

Monitoragem em cirurgia torácica

Monitoragem em neurocirurgia

Peter Spiegel, J Carlos Ferraro Maia, Alfredo Augusto Portella, J Patrocínio Campos.

Sistema Nervoso Autônomo.

Fisiologia

Aspectos farmacológicos da transmissão neurohumoral

Alfa e beta bloqueadores na prática da anestesia

Interação de drogas e SNA

Luiz Fernando, Danilo Duarte.

G – CURSOS DE REVISÃO:

Bloqueadores Neuromusculares.

Transmissão neuromuscular - Fisiologia

Farmacologia e uso clínico

J Batista Carrijo

Anestesia no Neonato.

Fisiologia

Patologia cirúrgicas mais comuns

Reposição volêmica e eletrolítica

Anestesia e pós-operatório imediato

J Augusto Mochel, J Carlos Ferraro Maia.

Anestesia em Neurocirurgia.

Fisiologia cerebral

Condutas anestésicas

Eugesse Cremonesi

Anestesia em cirurgia Cardiovascular.

Cardiopatias congênitas

Cardiopatias adquiridas

J Maria Couto

Complicações Pós-Anestésicas.

Complicações pós anestesia geral

Complicações pós anestesia regional

Antonio Oliva, Marildo Gouveia.

Vai mudar ou mudou seu endereço?

Por favor, preencha este formulário (à máquina de preferência)

Depois de preenchido
coloque em um envelope RPC
e remeta à:

Revista Brasileira de
Anestesiologia

Rua Prof. Alfredo Gomes, 36
22 251 - Rio de Janeiro, RJ

REVISTA
BRASILEIRA
DE ANESTESIOLOGIA

Nome _____

Endereço atual _____

Endereço antigo _____

PROJETO, PRODUÇÃO

E

IMPRESSÃO

Gramul



ISSN 0034 - 7094

REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Volume 30
Número 5
Setembro - Outubro, 1980

Índice

EDITORIAL

Dor. Nomenclatura e Definições 333
Carlos Pereira Parsloe

NOTAS DO EDITOR

334

ARTIGOS CIENTÍFICOS

Interação de Bloqueadores Neuromusculares com Hidrocortisona 335
Eugesse Cremonesi, Ilda de Jesus Rodrigues

Anestesia Regional Intravenosa com Etidocaína para Cirurgia de Punho. Influência de Concentração, Volume e Dose nos Resultados Anestésicos e Analgésicos Pós-Operatórios 339
Almiro dos Reis Júnior

Anestesia para Eletrocoagulação Percutânea Fracionada do V Par Craniano por Radiofrequência 345
Eugesse Cremonesi, Kazuco Nakai Murata e Maria Rita Geraissate

ARTIGOS ESPECIAIS

A Necessidade de uma Taxonomia 349
John J Bonica

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

Succinilcolina em Intubação Traqueal. Armadilha para o Anestesiologista? 353
José Roberto Nocite, Carlos Alberto Cagnolati e Fenelon Santos Velludo

Perda de Consciência após Anestesia para Laparoscopia. Relato de um Caso 355
Marco Aurélio Dornelles

ARTIGOS EDUCACIONAIS

Medicação Pré-Anestésica: Indicações, Contra-Indicações e Fatores que Afetam a Escolha de uma Droga ou Combinação de Drogas 357
Mirian Marteleite

Física para o Anestesiologista 363
Carlos Alberto Cagnolati

O MAIS SEGURO INSTRUMENTO DA ANESTESIOLOGIA

O benzodiazepínico da anestesiologia

'Rohypnol' Roche injetável é o mais potente e atual dos derivados benzodiazepínicos. Sua ação hipnoindutora se manifesta rapidamente e se caracteriza por um sono suave e progressivo, sem fases de excitação, sem influir nas funções neurovegetativas, proporcionando amnésia anterógrada e tranqüila recuperação. O componente perfeito para a "ataranalgesia".

Versatilidade de indicações

Pré-medicação, indução e manutenção da anestesia. 'Rohypnol' Roche injetável representa o mais recente avanço no campo da anestesiologia. Substitui os barbitúricos ou neurolépticos na pré-medicação e permite suprimir os anestésicos voláteis ou intravenosos na indução e manutenção da anestesia, o que é particularmente

vantajoso na cirurgia cardíaca.

Extraordinária margem de segurança

'Rohypnol' Roche injetável constitui um marco terapêutico pois, paralelamente às suas propriedades euhípnicas e sedativas, não interfere significativamente nas funções cardiovasculares e respiratórias e é muito bem tolerado.

'ROHYPNOL' ROCHE INJETÁVEL

Ampla compatibilidade

'Rohypnol' Roche injetável pode ser administrado só ou associado a outros produtos utilizados normalmente na anestesiologia.

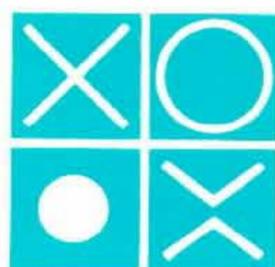
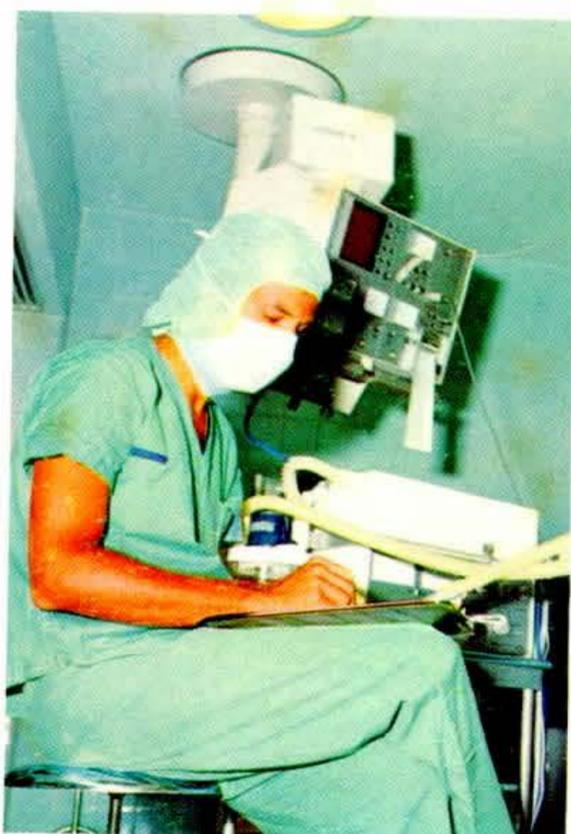
Uma de suas principais propriedades é a potencialização dos analgésicos, anestésicos, neurolépticos e relaxantes musculares.

Apresentação — 25 ampolas de 1 ml de solução com 2mg de

substância ativa acompanhadas de ampolas com 1 ml de água bidestilada estéril para injeção, como diluente.

A solução de 2mg de substância ativa só pode ser utilizada após adição de 1 ml de diluente na ampola da mesma. Preparar a solução injetável imediatamente antes da aplicação.

Relaxantes Musculares	373
<i>José Augusto Biagini e Flávio Fernandes</i>	
Choque, Avaliação e Terapêutica. Considerações Sobre a Anestesia no Paciente em Choque	387
<i>Reynaldo Paschoal Russo</i>	
Transfusão de Sangue e Infusão de Soluções Balanceadas	397
<i>Antonio Alberto de Felício</i>	
SUPLEMENTO DOS NÚMEROS EDUCACIONAIS	
Identificação de Gases em Cilindros	407
<i>Roberto Simão Mathias, Guilherme F F dos Reis e Américo S Aufran Filho</i>	
CARTAS AO EDITOR	
Sobre o "Uso da Associação Halogenados - Adrenalina"	411
<i>Eugesse Cremonesi</i>	
Sobre o "American Journal of Ophthalmology"	411
<i>Frank W Newell</i>	
Sobre o "Archives of Ophthalmology"	412
<i>Frederick C Blodi</i>	
Sobre o "Sistema Internacional de Unidades"	413
<i>Deoclécio Tonelli</i>	
QUADRO GERAL DE UNIDADES DE MEDIDAS	415



O Anestésico do
Especialista

[®]**Ketalar**

CLORIDRATO DE KETAMINA
PARKE-DAVIS

PEQUENOS PROCEDIMENTOS

DESBRIDAMENTO, CURATIVOS
DOLOROSOS E ENXERTOS
DE PELE EM PACIENTES
QUEIMADOS.
INTERVENÇÕES GINECOLÓGICAS:
DILATAÇÃO E CURETAGEM
UTERINA
INTERVENÇÕES ORTOPÉDICAS:
MANIPULAÇÃO E REDUÇÃO
DE FRATURAS.
CATETERISMO CARDÍACO.

INDICAÇÃO: ANESTÉSICO
GERAL E INDUTOR



VANTAGENS

ADMINISTRAÇÃO
INTRAVENOSA
E INTRAMUSCULAR.
VIAS RESPIRATÓRIAS
LIVRES.

ECONOMIA E SEGURANÇA

Ketalar

PARKE-DAVIS

APRESENTAÇÃO: FRASCO AMPOLA DE 10ml
COM 500mg DE CLORIDRATO DE KETAMINA
CONTRA-INDICAÇÃO: HIPERTENSÃO,
AVC E ALCOOLISMO.

Normas aos Autores

Os artigos para publicação deverão ser encaminhados com exclusividade à Revista Brasileira de Anestesiologia. Não serão aceitos os artigos já publicados.

Classificação: a Revista Brasileira de Anestesiologia classifica os artigos nas seguintes categorias:

- a) *Artigos Científicos:* novas informações de pesquisa clínica, experimental ou laboratorial. Esses artigos não devem ultrapassar 15 (quinze) folhas de texto.
 - b) *Revisões:* artigos de síntese, de assuntos bem estabelecidos, com análise crítica da bibliografia consultada e conclusões.
 - c) *Informações Clínicas:* relatos de casos clínicos, apresentação de novas técnicas, métodos e equipamentos.
 - d) *Artigos Especiais:* trabalhos afins à Especialidade, não enquadrados nos itens acima (história, educação, medicina legal, ecologia, etc.).
 - e) *Artigos Diversos:* aqueles que não se enquadram nas categorias acima, de interesse para Anestesiologia.
 - f) *Cartas ao Editor:* críticas a matéria publicada, de maneira construtiva, objetiva e educativa; consultas a situações clínicas.
- As discussões de assuntos específicos da Anestesiologia serão publicadas a critério do Editor.
- g) *Editoriais.*

Aprovação para Publicação: todos os artigos propostos à publicação serão previamente submetidos à apreciação de dois ou mais membros do Conselho Editorial ou outros Consultores especializados no assunto. Quando aceitos, estarão sujeitos a pequenas correções ou modificações que não alterem o estilo do autor. Eventuais modificações na forma, estilo ou interpretação só ocorrerão após prévia consulta. Quando recusados, os artigos serão devolvidos com a justificativa do Editor. Os comentários dos Conselheiros, nestes casos, poderão ser enviados pelo Editor ou solicitados pelo Autor.

Correção Final: os artigos aceitos para publicação serão encaminhados, em prova gráfica, ao autor para as correções cabíveis e devolução no menor prazo possível. Se houver atraso na devolução da prova, o Editor reserva-se o direito de publicar, independente da correção final.

Separatas: a Revista oferece ao autor que corresponde com o Editor, 25 (vinte e cinco) separatas gratuitamente. Maior número poderá ser solicitado pelo autor, quando devolver a prova gráfica, por preço a ser combinado com a tesouraria da Sociedade Brasileira de Anestesiologia.

Forma de Apresentação dos Trabalhos

Os artigos devem ser enviados com o original e 2 (duas) cópias, datilografadas em espaço 3 (três), tanto para o título, como resumos, texto, legendas de gráficos, figuras ou tabelas e referências. Nunca use espaço simples. As margens devem estar, no mínimo, a 2,5 cm de cada borda da página. Cada página ou lauda deve conter no máximo 64 (sessenta e quatro) toques por linha e 30 (trinta) linhas ("pitch" 10). A apresentação deve conter:

1º. *Folha:* carta de encaminhamento do material que deverá apontar o nome e endereço para correspondência; estabelecer a exclusividade da publicação na Revista Brasileira de Anestesiologia, caso o artigo venha a ser publicado.

2º. *Folha, Folha-Título:* o título do artigo deve ser curto, claro e conciso para facilitar sua classificação. Quando necessário, pode ser usado um sub-título. Inclua nesta folha o(s) nome(s) do(s) autor(es) completo(s) e seus títulos e filiação à Sociedade ou Instituições. Nomes de outros colaboradores podem ser citados no final, em agradecimento. Em outro parágrafo indique o local onde se realizou o estudo.

3º. *Folha, Resumo e Unitermos:* faça um resumo (porque, como foi estudado, quais foram os resultados, incluindo os principais dados e quais suas conclusões). Evite abreviações e use um máximo de 250 (duzentos e cinquenta) palavras. Em seguida, procure enumerar as palavras ou termos principais que servirão para a classificação bibliográfica do trabalho (Unitermos). Os relatos de casos não necessitam resumo ou Unitermos, somente título em inglês.

4º. *Folha, Texto:* iniciar o texto na quarta folha, somente com o título do trabalho. Os artigos científicos devem apresentar os seguintes capítulos: Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, um Resumo em Inglês e Referências Bibliográficas. O resumo em inglês deve conter um máximo de 250 (duzentos e cinquenta) palavras.

Referências Bibliográficas: a citação de resultados de outros autores deverá indicar exclusivamente o numeral de referência; evitar a citação do nome do autor em destaque. As referências devem ser enumeradas à parte, com o nome dos autores em ordem alfabética ou por ordem de entrada no texto, em algarismos arábicos. Não é recomendável apresentar vários autores com idênticos conceitos. Recomenda-se evitar citações com mais de 5 (cinco) anos, exceto nos casos relevantes. Não se recomenda a citação de trabalhos não publicados ou somente apresentados em Eventos Médicos. Inclua-se referências acessíveis aos leitores. Quando a citação for de artigos já aceito para publicação, incluir entre parênteses (na prova para

impressão) Revista, número e ano. Comunicações pessoais só serão aceitas excepcionalmente. Utilize também espaço 3 e use o seguinte modelo:

Revistas: nome(s) do(s) autor(s), inicial(is) do pré-nome(s), título do trabalho, nome da revista (abreviado de acordo com o Index Medicus), volume, números da primeira e última página e ano da publicação.

Pereira E & Vieira ZEG - Visita pré - anestésica: responsabilidade intransferível do Anestesiologista. Rev Bras Anest 27: 337 - 353, 1977.

Livros: nome(s) do(s) Editor(es), inicial(is) do(s) pré-nome(s), título do livro (iniciais com letra maiúscula), volume e edição, cidade onde o livro foi editado, editora, ano de publicação e número(s) da(s) página(s) da citação.

Rigatto M - Fisiopatologia da Circulação Pulmonar. 1^o. Ed, São Paulo, Fundo Editorial Bik-Prociencx, 1973, 53 - 55.

Capítulo: nome(s) do(s) autor(es), inicial(s) do(s) pré-nome(s), título do capítulo, nome do livro (iniciais com letra maiúscula), nome(s) do(s) editor(es), inicial(is) do(s) pré-nome(s), cidade onde foi editado, editora, ano da publicação e página(s) da citação.

Coelho A - Anatomia do Sistema Específico de Condução, em Diagnóstico e Terapêutica das Arritmias Cardíacas. Germiniani H, São Paulo, Fundo Editorial Bik-Prociencx, 1972, 3 - 10.

Nota: Não se deve colocar pontuação nos nomes ou abreviaturas dos periódicos citados.

Ilustrações: as ilustrações devem ser numeradas de acordo com a ordem a ser colocada no texto. Para fotografias, figuras ou gráficos, a referência deve ser em algarismos arábicos. Os quadros e tabelas deverão ser enumerados com algarismos romanos e acompanhados de legen-

da. A legenda deve acompanhar cada ilustração. Recomenda-se proteger adequadamente o original ao enviá-lo. No verso de cada ilustração coloque o número de seqüência, o(s) nome(s) do(s) autor(es) no original apenas e, indique a posição correta que deve ser colocada nos casos de fotografias e desenhos. As ilustrações devem ser feitas em papel vegetal à nanquim e devem apresentar base com 8 cm ou 17,5 cm. O mesmo resultado não deve ser expresso por mais de uma ilustração. Os gráficos são preferíveis.

Padrões de Medida: deve-se obedecer as disposições do Quadro Geral de unidades - Decreto n.º 81622 de 3 de maio de 1970 (D.O. de 4 de maio de 1978), que se encontra ao final deste número.

Abreviaturas: as abreviaturas não são recomendáveis, exceto as reconhecidas no Sistema Internacional de Pesos e Medidas, ou aquelas consignadas e consagradas nas publicações médicas. Quando as abreviaturas forem em grande número e relevante, utilize-se, em nota à parte, as suas definições.

Nomes de Drogas: não é recomendável a utilização de nomes comerciais de drogas, (marca registrada) mas quando a utilização for imperativa, o nome do produto deverá vir entre parênteses, em minúscula, após o nome genérico.

Considerações Éticas e Legais: evitar o uso de iniciais, nome e números de registro hospitalar de pacientes. Um paciente não poderá ser identificado em fotografias, exceto com consentimento expresso, por escrito, acompanhando o trabalho original. As tabelas ou ilustrações publicadas em outras revistas ou livros, devem conter as respectivas referências e o consentimento do Autor ou Editores. Estudos realizados no homem devem ser de acordo com os padrões éticos e com o devido consentimento dos pacientes.