

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

Mirian Martelele, EA ¶

**Martelele M** – Medicação pré anestésica: indicações, contra-indicações e fatores que afetam a escolha de uma droga ou combinação de drogas. Rev Bras Anest 30: 5: 357 - 362, 1980

Neste artigo são discutidos diversos fatores que afetam a escolha de uma droga ou de uma combinação de drogas a ser administrada ao paciente no período pré-operatório, com um ou mais dos seguintes objetivos: redução da ansiedade, analgesia, amnésia, diminuição de reflexos autonômicos indesejáveis e redução do metabolismo.

**Unitermos:** MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: indicações, contra-indicações; PRÉ-OPERATÓRIO; dor, ansiedade; VIAS DE ADMINISTRAÇÃO: oral, muscular, retal, venosa.

### DEFINIÇÃO E OBJETIVOS

Medicação pré-anestésica é administração de uma droga ou uma combinação de drogas antes da realização de uma anestesia, com a finalidade de tornar mais agradável, mais fácil e/ou mais seguro o ato anestésico.

A escolha da medicação pré-anestésica deve levar em conta o estado físico e emocional do paciente, as características da cirurgia proposta bem como a escolha da técnica anestésica a ser empregada.

Portanto, a medicação pré-anestésica é responsabilidade exclusiva e intransferível do anestesista e só pode ser prescrita depois da avaliação do paciente.

A escolha e quantificação da droga ou drogas a serem prescritas dependerá dos aspectos fisiológicos nos quais o anestesista pretende interferir a fim de atingir as finalidades a que se propõe.

É geralmente citada, como objetivo da medicação pré-anestésica, a obtenção dos seguintes efeitos:

1.1 - Redução do medo e ansiedade

1.2 - Analgesia

1.3 - Amnésia

1.4 - Redução dos reflexos autonômicos adversos

1.5 - Diminuição do metabolismo

### 1.1 - Redução do Medo e Ansiedade

A expectativa de um procedimento cirúrgico gera ansiedade e medo em qualquer paciente. A ansiedade face a um acontecimento desconhecido e a incerteza dos resultados, o medo de sentir dor ou morrer e a repulsa natural do indivíduo por ser manipulado, induz a estresse psíquico, com todas as alterações fisiológicas inerentes a essa condição 27, 29.

A extensão e a intensidade das manifestações podem apresentar uma enorme gama de variações, dependendo do grau de normalidade psíquica de cada paciente e da presença de patologias associadas 12, 26.

Em alguns indivíduos, o estresse pré-operatório poderá se manifestar através da inquietação e insônia. Noutros, poderá induzir manifestações mais graves de comportamento, freqüentemente associadas a alterações do sistema neurovegetativo, tais como hipertensão, disritmias cardíacas e outras. As alterações vegetativas, no entanto, poderão ser a única manifestação de ansiedade num indivíduo de aparência tranquila e indiferente. Nestas circunstâncias, os portadores de doenças sistêmicas relacionadas ao neurovegetativo poderão ter o seu estado agravado, não sendo raras as crises hipertensivas, tireotóxicas ou anginosas e até mesmo a ocorrência de infarto agudo do miocárdio no pré-operatório.

Portanto, a abolição do medo e diminuição da ansiedade pré-operatórios tornam-se imperativos tanto pela remoção do desconforto que estes estados emocionais acarretam quanto pela própria segurança do paciente.

### 1.2 - Analgesia

A obtenção de analgesia através da medicação pré-anestésica está indicada sempre que o paciente apresentar dor no período pré-operatório, pois a dor, além de outras alterações, impede que o paciente tenha um sono calmo, provoca vasoconstrição e aumenta o metabolismo, sendo, portanto, mais um fator de estresse a aumentar o risco anestésico-cirúrgico.

Na ausência de dor, o uso de drogas de efeito analgésico tem indicação quando a preparação do paciente ou a indução da anestesia envolver procedimentos dolorosos, como a canulização de veias de grosso calibre, punção arterial ou a realização de anestesia condutiva por pessoal em fase de treinamento.

Alguns autores recomendam o uso de analgésicos no período pré-operatório, como parte da técnica anestésica, com o objetivo de complementar agentes de indução ou mesmo anestésicos de pouco efeito analgésico 1, 26.

¶ Livre-Docente e Regente da Disciplina de Anestesiologia do Departamento de Cirurgia da Universidade do Rio Grande do Sul, Responsável pelo CET-SBA do Serviço de Anestesia do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

Correspondência para Mirian Martelele  
Rua Quintino Bocaiuva, 1061 apto 202  
90000 - Porto Alegre, RS

Recebido em 18 de fevereiro de 1980

Aceito para publicação em 9 de junho de 1980

© 1980, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

### 1.3 - Amnésia

Muitos pacientes não querem ter consciência dos fatos que envolvem um procedimento cirúrgico e há quem considere válida a opção de bloquear a memória desses fatos<sup>12, 18</sup>.

De acordo com a localização temporal do lapso de memória, a amnésia é classificada em: anterógrada, quando não são recordados fatos anteriores à administração da droga, e retrógrada, quando não são recordados fatos posteriores à sua administração.

Deve ser salientado que, mesmo sem poder recordar, o paciente poderá apresentar reações psicológicas a eventual trauma sofrido durante período de amnésia.

Não há droga ou combinação de drogas em doses clinicamente aceitáveis, que produza amnésia em todos os pacientes.

Também não há nenhum sinal clínico indicativo de que o paciente esteja em estado de amnésia.

### 1.4 - Redução dos Reflexos Autônômicos Adversos

O efeito dos anestésicos gerais sobre o sistema nervoso autônomo não é uniforme nem igual. Por isso, a anestesia geral pode promover a liberação de uma série de reflexos autônomos, dependendo dos agentes empregados e do plano anestésico. Assim, podem ocorrer manifestações vagas sob a forma de hipotensão e bradicardia e, na sua forma mais aguda, parada cardíaca. O estímulo do sistema simpático se faz principalmente através da liberação de catecolaminas endógenas, manifestando-se clinicamente por hipertensão, taquicardia e indução de ritmos anômalos, podendo levar à fibrilação ventricular.

O estímulo irritativo de certos anestésicos e o estímulo mecânico direto sobre as vias aéreas podem provocar resposta hipersecretória nessas áreas, bem como os reflexos de tosse, laríngeoespasma e broncoespasma.

Uma série de fatores pré e per-anestésicos pode provocar aumento das secreções digestivas, retardo no esvaziamento gástrico e reflexo de vômito. Por essas razões, a escolha da medicação pré-anestésica é freqüentemente feita para prevenir a manifestação clínica desses reflexos, objetivando alguns ou todos dos seguintes efeitos:

- Diminuição da excitabilidade vagal
- Inibição da resposta simpática
- Diminuição da resposta secretória
- Inibição dos reflexos das vias aéreas.

### 1.5 - Diminuição do Metabolismo

O metabolismo celular é o fator determinante do consumo de oxigênio pelo organismo, sendo, indiretamente, o principal fator de regulação das atividades cardiocirculatória e respiratória.

Nos primórdios da anestesia, quando o gás inspirado era o ar, havia grande interesse na redução do metabolismo, a fim de evitar hipoxia.

Com o desenvolvimento tecnológico, esse risco foi eliminado, com a conseqüente diminuição do interesse na redução do metabolismo basal.

Hoje, resta o cuidado de prevenir o aumento de metabolismo naqueles pacientes de baixa reserva cardíaca ou respiratória, o que pode ocorrer em presença de ansiedade, dor ou plano superficial de anestesia.

No entanto, na ocorrência de acidentes que levam à anoxia, a incidência de seqüelas é menor naqueles que tem

o seu metabolismo reduzido.

## DROGAS MAIS EMPREGADAS

Para a obtenção dos efeitos enumerados, uma série de drogas são empregadas isoladamente ou em combinação, as quais podem ser classificadas dentro dos seguintes grupos:

2. 1 - Hipnóticos e Tranquilizantes ou Sedativos
2. 2 - Neurolépticos ou Tranquilizantes Maiores
2. 3 - Narcóticos Opiáceos ou Hipnoanalgésicos
2. 4 - Anticolinérgicos

### 2.1 - Hipnóticos e Tranquilizantes ou Sedativos

#### BARBITURATOS

Os derivados do ácido barbitúrico foram muito populares em medicação pré-anestésica e ainda são recomendados como sedativos e hipnóticos, especialmente para administração na noite que antecede à cirurgia<sup>9</sup>. Os mais comumente empregados são o secobarbital e o pentobarbital, nas doses de 75 a 200 mg por via oral, na noite anterior à cirurgia ou duas horas antes da mesma. Estas drogas induzem à sedação máxima em uma hora e meia a duas horas, com extensão dos efeitos por três a quatro horas, podendo ser evidenciadas ações residuais por mais de quatorze horas<sup>16</sup>.

Em administração muscular, seus efeitos se manifestam em trinta minutos, mas essa via não é recomendada devido à dor causada pela sua injeção. A administração por via retal tem algum uso em pediatria, mas a incerteza quanto ao tempo de latência e a intensidade dos efeitos são os seus grandes inconvenientes.

Os barbituratos, metabolizados pelo fígado e excretados pelos rins, devem ser usados com cautela em pacientes portadores de deficiências funcionais desses sistemas, pois os seus efeitos podem ser exagerados ou prolongados, causando depressão respiratória e coma. Nas doses usuais para alívio da ansiedade, os barbituratos baixam o limiar da dor, podendo produzir agitação e delírio, tanto no pré quanto no pós-operatório imediato, dependendo da técnica anestésica empregada. Outro efeito que deve ser considerado é a sua ação ativadora das enzimas dos microsomas hepáticos, que induz à intensificação do seu metabolismo e o de outras drogas como os cumarínicos e a alguns halogenados. Além disso, não são raras as manifestações alérgicas, os efeitos excitatórios em vez de sedação e o aparecimento de confusão mental nos velhos<sup>5, 9</sup>. Seu uso é contra-indicado nos portadores de porfíria, em estado asmático, na descompensação cardíaca severa ou falência circulatória periférica<sup>16, 17</sup>.

#### BENZODIAZEPÍNICOS

A introdução dos benzodiazepínicos veio reduzir significativamente o uso dos barbiturados na medicação pré-anestésica, especialmente na sua administração oral na noite que antecede à cirurgia.

Citados como drogas mais eficientes no controle da ansiedade e aceitos como hipnóticos mais fisiológicos por não deprimirem o sono tipo REM, passaram a ser largamente empregados tanto por via oral quanto por via muscular ou venosa<sup>9, 13, 14, 22</sup>. Devido ao marcado efeito anticonvulsivante que apresentam, tornaram-se as drogas de eleição para uso associado à anestesia condutiva<sup>18</sup>.

Além das razões já enumeradas, esta preferência se deve também à possibilidade de obtenção de relaxamento muscular e amnésia, aliados à uma pequena incidência de paraefeitos indesejáveis.

Os benzodiazepínicos, por via oral ou muscular, nas doses comumente empregadas para sedação, não causam depressão respiratória ou cardiovascular<sup>2, 30</sup>. Mas a administração venosa pode levar à depressão respiratória e circulatória, especialmente quando em associação com outros depressores do sistema nervoso central<sup>3, 11, 25</sup>.

Os benzodiazepínicos mais usados em medicação pré-anestésica em nosso meio são:

**Diazepam** - Indiscutivelmente é o mais popular benzodiazepínico entre os anestesistas, pela regularidade de sua ação e reduzidos paraefeitos. O efeito tranqüilizante obtido por 10 mg de diazepam equivale ao de 100 mg de barbital.

**Nitrazepam** - Foi inicialmente muito empregado por induzir o sono fisiológico. Mas o aparecimento de agitação, especialmente em presença de dor, provocou o declínio de seu uso.

**Lorazepam** - Um dos últimos derivados de benzodiazepínicos lançados, tem-se tornado progressivamente popular sob a alegação de efeito tranqüilizante maior que o dos demais e amnésia anterógrada mais freqüente<sup>10, 20, 22</sup>.

Nitrazepam e lorazepam apresentam tempo de ação mais prolongado que o do diazepam e outros. Sedação mais eficiente e maior incidência de amnésia têm sido relacionadas ao lorazepam<sup>10, 13, 20, 22</sup>. No entanto, vários autores têm constatado maior incidência de náuseas e agitação com lorazepam<sup>13, 14, 18, 19</sup>. Alguns desses autores constataram, ainda, uma certa incidência de cefaléias, tanto com lorazepam quanto com diazepam<sup>14, 19</sup>.

## 2.2 - Neurolépticos ou Tranqüilizantes Maiores

### FENOTIAZÍNICOS

Desde sua sintetização, os derivados da fenotiazina passaram a ser largamente empregados em medicação pré-anestésica, com a finalidade de obtenção de uma série de efeitos.

A promazina, clorpromazina, levomepromazina e outros eram indicadas como tranqüilizantes, como potencializadores do efeito analgésico e tranqüilizante dos narcóticos, para a diminuição do metabolismo, facilitação da hipotermia, pelo efeito antiemético, anti-histamínico, bloqueador do simpático e outros. Alguns desses efeitos têm hoje indicação discutível em medicação pré-anestésica<sup>2, 26</sup>.

A maior razão para o uso desse grupo de drogas continua sendo o seu efeito tranqüilizante, especialmente em combinação com os narcóticos<sup>19, 26</sup>. Pois, investigações mais acuradas demonstraram que não potencializam o efeito analgésico dos narcóticos, ao contrário, podem apresentar até mesmo um certo efeito anti-analgésico<sup>15, 24</sup>.

Introduzidas por Laborit e Huguenard em 1954, sob a denominação de coquetel lítico e com a finalidade de hibernação artificial, ainda são empregadas em hipotermia, mais pelo efeito depressor dos centros termorreguladores do que pela redução do metabolismo que acarretam.

Todas essas substâncias têm, em grau variável, efeito bloqueador alfa adrenérgico, favorecendo o desenvolvimento de hipotensão em anestesia, sendo, pois, contra indicadas quando esta é indesejável, algumas, como a promazina e a clorpromazina, aumentam a freqüência cardíaca. Em doses clínicas não levam à depressão respiratória, mas deprimem os reflexos das vias aéreas e a produção de secreções.

Podem também induzir discinesia por interferências no sistema motor extrapiramidal.

Seu uso é contra-indicado em pacientes com doença hepática e devem ser usadas com cautela nos alcóolatrás.

### BUTIROFENONAS

Dos derivados da butirofenona, o droperidol tem sido freqüentemente empregado em medicação pré-anestésica, principalmente associado a meperidina e fentanil.

Seus efeitos tranqüilizante, antiemético e bloqueador alfa adrenérgico são as razões de sua inclusão na medicação pré-anestésica.

Classificado como tranqüilizante maior ou neuroléptico, teve no seu efeito ansiolítico a razão principal de sua prescrição.

Observações clínicas posteriores, no entanto, demonstraram que o estado de calma e indiferença que produz é mais aparente do que subjetivo<sup>7</sup>, sendo discutível a sua indicação pelo efeito ansiolítico, pois nem sempre há diminuição da ansiedade, podendo até estar aumentada<sup>4, 7, 23</sup>.

Apresenta marcado efeito, antiemético conseqüente à sua ação inibidora do centro do vômito.

Embora o seu efeito bloqueador alfa não seja tão pronunciado quanto o de alguns fenotiazínicos, apresenta efeito anti-vasoconstritivo e de proteção às disritmias cardíacas induzidas pelas catecolaminas<sup>9, 17</sup>.

Uma das conseqüências de seu efeito sobre o sistema neuvovegetativo é o estado de semi-ereção que freqüentemente se associa ao seu uso. Isto contra-indica a administração dessa droga em medicação pré-anestésica para certos procedimentos urológicos.

O droperidol, como os demais derivados da butirofenona, pode interferir no sistema extrapiramidal, provocando discinesias, hipertonicidade muscular ou Parkinsonismo. Entretanto, esses efeitos ficam minimizados quando o droperidol é usado em associação com opiáceo.

## 2.3 - Narcóticos, Opiáceos ou Hipnoanalgésicos

Os opiáceos, também chamados narcóticos os hipnoanalgésicos, foram as primeiras drogas empregadas em medicação pré-anestésica e até hoje gozam de popularidade. Sedação, analgésica, diminuição do metabolismo e redução dos reflexos nocivos, constituem os principais argumentos para o seu uso<sup>1, 26</sup>.

Os narcóticos são bastantes eficazes na redução do medo e ansiedade, embora outras drogas tenham demonstrado maior eficiência<sup>1, 9, 20</sup>. Além disso, são os analgésicos mais potentes de que se dispõe, especialmente para as dores de origem visceral, reduzindo também os reflexos associados.

Por sua influência na medicação pré-anestésica, devem ser mencionados, ainda, os seguintes efeitos:

Deprimem a consciência e induzem ao sono, com redução nos períodos de sono tipo REM. São depressores da respiração, exercendo esse efeito mais na frequência do que na amplitude. Também deprimem os reflexos das vias aéreas e o sistema cardiovascular.

Estimulam os quimiorreceptores do centro do vômito e o núcleo de Edinger e Westphal, provocando miose. Podem levar à dependência física e psíquica. Os narcóticos também são empregados em medicação pré-anestésica com a finalidade de neutralizar a taquipnéia produzida por certos anestésicos e para a potencialização da anestesia.

Apresentam como contra-indicações:

Crianças menores de seis meses e velhos acima de setenta anos; pacientes com insuficiência respiratória e pneumopatias restritivas, podendo ser usados, com cautela, em outras patologias respiratórias.

Hipotensão severa pode ocorrer em mudanças súbitas de posição nos pacientes hipovolêmicos, desnutridos ou naqueles que apresentam mau estado geral.

Quando se deve evitar vômito pós-operatório, o emprego dos narcóticos fica limitado às técnicas que incluam drogas de efeito anti-emético. Seu uso é contra-indicado sempre que for necessária a manutenção de ventilação espontânea ou for indesejável a elevação da pressão intracraniana.

Os narcóticos mais empregados em medicação pré-anestésica são:

### MORFINA

A morfina foi o primeiro alcalóide isolado do ópio. Tem efeito ansiolítico, euforizante e alguma ação anticolinérgica. Como todos os opiáceos, deprime a consciência, o metabolismo e a respiração. Estimula o centro do vômito, a secreção de hormônio antidiurético e de catecolaminas, e a liberação de histamina. Embora exerça efeito depressor da respiração, manifestado principalmente pela redução na frequência respiratória, nas doses clínicas habituais, essa ação é compensada pelo aumento da amplitude<sup>28</sup>. Pelo seu efeito broncoconstrictor, é desaconselhada em asmáticos.

No entanto, a morfina é o narcótico mais tolerado pelos cardiopatas, reduzindo a frequência cardíaca.

Seu efeito mais importante sobre o trato gastrointestinal é a constipação espástica que provoca.

É empregada em medicação pré-anestésica em doses de até 10 mg por via muscular uma hora antes do início da cirurgia.

### MEPERIDINA

A meperidina ou petidina não é um alcalóide natural. É tão depressora da consciência quanto a morfina, mas seu efeito analgésico é ligeiramente menor. Relaxa a musculatura dos bronquíolos, artérias e intestino, não causando broncoconstrição nem constipação espástica, a constipação a que induz é flácida. Causa hipotensão e diminui a atividade contrátil dos ureteres. Tem certo efeito anticolinérgico, provocando secura na mucosa das vias aéreas e favorecendo o aparecimento de taquicardia. Pode provocar liberação de histamina. Sua administração

é feita em doses de até 100 mg por via muscular.

### FENTANIL

É um alcalóide sintético, quimicamente relacionado com a meperidina, que possui todas as propriedades dos narcóticos: depressão da consciência, analgesia, depressão respiratória, diminuição do diâmetro pupilar, emese e dependência.

Tem efeito analgésico e depressor respiratório muitas vezes aumentado, mas sua duração é menor que os similares.

Seu efeito miótico é tão intenso que seu uso requer cautela quando esta situação é indesejável, como, por exemplo, em certos procedimentos neurocirúrgicos e oftalmológicos.

Fentanil 0,1 mg tem a potência analgésica de 10 mg de morfina e 100 mg de meperidina. É frequentemente usado em associação com o droperidol.

### 2.4 - Anticolinérgicos

Os anticolinérgicos foram introduzidos em medicação pré-anestésica quando o principal agente anestésico era o éter, irritante das vias aéreas que provoca grande aumento das secreções.

A atropina e a escopolamina, na medicação pré-anestésica, tinham a finalidade principal de inibir a produção de secreções, sendo a escopolamina mais eficiente. Mas há outras indicações: a proteção contra os reflexos vagais indesejáveis, na qual a atropina é mais eficaz, e a obtenção do estado de amnésia pela escopolamina.

Hoje, com a introdução de anestésicos menos irritantes para as vias aéreas e de agentes de indução venosos, há uma diminuição do interesse no efeito anti-secretor dessas drogas. Mas sua importância continua, pois a maioria dos novos anestésicos tem efeito parassimpaticomimético.

A atropina só tem efeito bloqueador dos reflexos vagais em doses considerados tóxicas. Mas sua ação inibidora se faz de maneira crescente, a partir das doses comumente usadas em medicação pré-anestésica.

A escopolamina favorece o aparecimento de confusão mental no velho e de agitação e delírio em presença de dor, sendo, pois, contra-indicada nessas situações.

Ambas as drogas aumentam a frequência cardíaca, na proporção direta da dose empregada, sendo mais intenso o efeito da atropina. Também inibem a sudorese, favorecendo o aparecimento de hipertermia. Ao contrário da escopolamina, a atropina diminui o efeito depressor do sistema nervoso central produzido pelos tranqüilizantes, hipnoanalgésicos e anestésicos.

Ambas são midriáticos potentes, podendo desencadear aumento da PIO nos pacientes portadores de glaucoma de ângulo.

Estas drogas costumam ser prescritas nas doses de 0,4 a 0,6 mg por via muscular ou administradas fracionadamente por via venosa.

### ESCOLHA DAS DROGAS, MOMENTO E VIAS DE ADMINISTRAÇÃO. INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES

Na noite que antecede à cirurgia, tradicionalmente é prescrito um hipnótico ou tranqüilizante, embora se re-

comende sedação dos pacientes a partir do momento em que entram no hospital<sup>10, 12</sup>.

Esta prescrição é habitualmente feita por via oral. A medicação pré-anestésica propriamente dita, feita no dia da intervenção cirúrgica, tem seu horário e vias de administração determinados pelos objetivos a serem atingidos.

Sempre que deles constar analgesia ou complementação da técnica anestésica, inclui-se um narcótico por via muscular, uma hora antes do início da cirurgia. Se há interesse na ação anticolinérgica, atropina e escopolamina poderão ser administradas simultaneamente.

Muitos anestesistas preferem administrar anticolinérgicos por via venosa, antes da indução da anestesia, a fim de evitar ao paciente a sensação desconfortável de secura na boca. Esta conduta é aconselhável sempre que a temperatura ambiente esteja acima de 25°C, a fim de evitar o aparecimento de hipertermia.

Muitos preferem reforçar o efeito tranqüilizante dos narcóticos, associando um fenotiazínico, um benzodiazepínico ou uma butirofenona ao esquema de medicação, dependendo dos efeitos que desejam associar<sup>6, 9, 21, 26</sup>. Nesse caso, as doses deverão ser cuidadosamente calculadas, devido ao sinergismo da ação.

Quando o objetivo é apenas a sedação, os benzodiazepínicos por via oral estão indicados, pois evita-se a dor da injeção e a administração pode ser feita com várias horas de antecedência da cirurgia, complementando o efeito tranqüilizante da medicação anterior e, assim, reduzindo o tempo de exposição do paciente à ansiedade<sup>18, 26</sup>.

Essa via, entretanto, é contra-indicada nos pacientes que serão submetidos à cirurgia do aparelho digestivo e nos portadores de úlcera péptica.

Nesses casos, a via muscular é a alternativa, embora a injeção seja dolorosa e a absorção irregular<sup>9, 18</sup>.

Essa medicação pode ser complementada com a administração venosa de outras drogas incluídas no esquema pré-anestésico e cujos efeitos sejam desejáveis durante a anestesia.

Tem-se tornado popular a administração venosa de benzodiazepínico minutos antes da indução da anestesia, mas esta conduta, como única etapa da medicação pré-anestésica em cirurgia eletiva, não tem sentido, pois os momentos de maior ansiedade para o paciente correspondem à sua admissão no hospital, à noite que antecede à cirurgia e ao momento do seu transporte para o bloco cirúrgico.

Ao se estabelecer um esquema de medicação pré-anestésica, deve-se levar em consideração as seguintes situações:

Os pacientes hipertireóides ou sob terapêutica anti-tireóideana costumam ser hipersensíveis a todos os depressores do sistema nervoso central. Doses mínimas devem ser empregadas em medicação pré-anestésica. Uma

alta percentagem de pacientes geriátricos também apresenta hipofunção tireoideana.

<sup>1</sup> Os negros e os traumatizados de crânio têm tendência à hiper-produção de secreções nas vias aéreas. <sup>2</sup> Assim também se comportam os pacientes submetidos a cirurgias das vias aéreas e cerebrais. Nesses pacientes fica indicada a administração de anticolinérgicos.

Os estereóides, nas doses clínicas, inibem os microsomas hepáticos. Por essa razão, todo paciente sob terapia hormonal, incluindo os anovulatórios, terá diminuída a sua capacidade de metabolização dos narcóticos e tranqüilizantes.

Os antidepressivos do grupo dos inibidores das monoaminooxidases (IMAOs) potencializam o efeito dos narcóticos, hipnóticos, sedativos, álcool, anestésicos e vasopressores. A procarbazona, uma substância antiblástica, comporta-se como os IMAOs. Nas situações urgentes, em que não há possibilidade da suspensão dos IMAOs por, no mínimo, dez dias, é aconselhável usar apenas anticolinérgicos na medicação pré-anestésica.

Os antidepressivos tricíclicos favorecem o aparecimento de hipotensão, principalmente postural, e de taquicardia. Se não houver a sua suspensão por, no mínimo, três dias, devem ser evitadas, na medicação pré-anestésica, as drogas que possam reforçar esses efeitos, como os fenotiazínicos, e devem ser usados com cautela os tranqüilizantes e narcóticos.

Pacientes sob terapêutica anti-hipertensiva com r-wolfia, guanetidina ou alfa-metildopa, têm tendência a desenvolver hipotensão, devendo ser usadas cuidadosamente drogas que tenham efeito depressor do sistema cardiovascular. Há também uma certa predominância do parassimpático nesses pacientes, sendo recomendável o uso de anticolinérgicos.

Pacientes sob uso constante de nitroglicerina ou terapêutica quinidínica têm tendência ao desenvolvimento de hipotensão. Deve ser dado cuidado especial à administração de drogas depressoras do sistema cardiovascular.

Pacientes parkinsonianos sob terapêutica com levodopa poderão apresentar vasodilatação com hipotensão numa fase inicial, e hipertensão com doses maiores. No primeiro caso, deve haver cautela na prescrição de drogas depressoras do sistema cardiovascular<sup>5</sup>.

Adequar a medicação pré-anestésica à anestesia programada, considerando as características do paciente e as necessidades cirúrgicas, com o fim de obter um balanço entre o efeito máximo e um mínimo de alterações fisiológicas, é tarefa que bem reflete a qualidade de um anestesologista.

**Martetele M – Pre-Anesthetic Medication: Indications, contra-indications, and factors determining drug or combination of drugs choice. Rev Bras Anest 30: 5: 357 - 362, 1980**

The author discusses de indications, contra-indications and other factors that affect the selection of a drug or a combination of drugs administered to the patient in the pre-anesthetic period.

**Key - Words: PREANESTHETIC MEDICATION: indications, contra-indications; PRE-OPERATORY: pain, anxiety; ADMINISTRATION ROUTE: oral, intra-muscular, retal, intravenous.**

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Atkinson R S , Rushman G B , Lee J A – A synopsis of Anaesthesia pg 108 - Bristol, John Wright & Sons Ltd, 1977
2. Barzilay E , Bauderman I , Soroker D , Hoffmann S – O Efeito do Droperidol e do Diazepam no centro respiratório e na função ventilatória normal. Rev Bras Anest 27: 249, 1977.
3. Braunstein M C – Apnea with maintenance of consciousness following intravenous diazepam. Anesth Analg 58: 52, 1979.
4. Clark M M – Droperidol in preoperative anxiety. Anaesthesia 24: 36, 1969.
5. Collins V C – Principles of Anesthesiology pg 210 - Phyladelphia, Lea & Febiger, 1976.
6. Conner J T , Bellville J W , Wender R , Wapner S , Dorey F S , Katz R L – Morphine and prometazine as intravenous premedicants. Anesth Analg 56: 801, 1977.
7. Conner J T , Herr G , Katz R L , Dorey F , Pagno R R , Schell D – Droperidol, fentanyl and morphine for intravenous surgical premedication. Br J Anaesth 50: 463, 1978.
8. De Jong R H , Hearvner J E – Diazepam prevents local anesthetic seizures. Anesthesiology 34: 523, 1971.
9. Dripps R Eckenhoff J E , Vandam L D – Introduction to Anesthesia pg 38 - Phyladelphia, W B Saunders Co, 1977.
10. Dodson M E , Easley R J – Comparative studies of two long-acting tranquilizers for oral premedicants. Br J Anaesth 50: 1059, 1978.
11. Duarte D F , Martins de Oliveira A A , Gesser N , Linhares S , Doi H K – Diazepam como agente de indução. Rev Bras Anest 24: 81, 1974.
12. Duarte D F – Controle da ansiedade pré-operatória. Rev Bras Anest 26: 815, 1976.
13. Duarte D F , Martins A , Gesser N , Martins de Oliveira A A – Medicação pré-anestésica em bloqueio sub-aracnoideo e peridural – Comparação entre lorazepam e diazepam. Rev Bras Anest 28: 531, 1978.
14. Duarte D F , Ortega J C – Lorazepam versus diazepam como medicação pré-anestésica: Estudo multicêntrico. Trabalho apresentado no XXV Congresso Brasileiro de Anestesiologia Porto Alegre, 1978.
15. Dundee J W , Moore J – The myth of phenotiazine potentiation Anaesthesia 16: 95, 1961.
16. Dundee J W – Barbiturates - Clinical Use in: Gray C T , Nunn J F – General Anaesthesia, London - Butterworths, 1971.
17. Dundee J W , Wyant G M – Intravenous Anaesthesia pg 569. London - Churchill Livingstone, 1974.
18. Dundee J W , Lilburn J K , Nair S G , George K A – Studies of drugs given before anaesthesia XXVI: Lorazepam. Br J Anaesth 49: 1097, 1977.
19. Eugênio A G B , Oliveira A S , Cortez C A F , Campos A D , Silva D M – Estudo comparativo entre o efeito anestésico do lorazepam e diazepam como medicação pré-anestésica em bloqueios peridurais. Rev Bras Anest 28: 671, 1978.
20. Faria J R G , Pereira E , Cremonesi E – Medicação pré-endoscópica: Estudo controlado comparando lorazepam, diazepam e meperidina. Rev Bras Anest 27: 354, 1977.
21. Felício A A , Nicoletti R L , Reis Oliveira M P , Mattos Ferraz A L – Analgoamnésia pré-anestésica com associação meperidina-lorazepam. Rev Bras Anest 28: 187, 1978.
22. Gallon S – Comparison of lorazepam and diazepam as premedicants. Br. J Anaesth 49: 1265, 1977.
23. Lee C M , Yeakel A E – Patient refusal of surgery following innovar premedication. Anesth Analg 54: 224, 1975.
24. Moore J , Dundee J W – Alternations in response to somatic pain associated with anesthesia. VII: The effects of nine phenotiazine derivatives. Br J Anaesth 33: 422, 1961.
25. Nocite J R , Costa Neto M E , Carvalho P N , Sado I – Sedação com diazepam em raqueanestesia: Estudo dos gases sanguíneos. Rev Bras Anest 27: 330, 1977.
26. Norris W – Phychological and drung preparation of patient for anaesthesia in: Gray T C , Nunn J F – General Anaesthesia. London - Butterworths, 1971.
27. Pereira E , Vieira Z E G – Visita pré-anestésica: responsabilidade intransferível do anestesista. Rev Bras Anest 27: 337, 1977.
28. Samuel I O , Clarke R S J , Dundee J W – Some circulatory and respiratory effects of morphine in patients without pré-existing cardiac disease. Br J Anaesth 49: 927, 1977.
29. Selye H – Stress - A tensão da vida. São Paulo - IBRASA, 1965.
30. Soroker D , Barzilay E , Konic Hezky S , Binderman I. Respiratory function following premedication with droperidol or diazepam. Anesth Analg 57: 695, 1978.