

2. Simmons ST, Scheich AR. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*. 2002;27(2 March–April):180–92.
3. Katherine S L Gil. *Anesthesiology News* 2012; 08. Fiber-Optic Intubation: Tips From the ASA Workshop.
4. Castañeda Pascual M, Batllori Gastón M, Unzué Rico P, et al. Comparación de las cánulas VAMA y Berman para la intubación fibroscópica orotraqueal en pacientes anestesiados. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*. 013;60: 134-41.

Marcelo Sperandio Ramos

Hospital Universitário, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

E-mails: marcelo.ramos@hu.usp.br, marcelosramos@terra.com.br

Disponível na Internet em 20 de setembro de 2014

<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2013.11.004>

Comparação entre bloqueios peridural e paravertebral torácicos contínuos para analgesia pós-operatória em pacientes submetidos a toracotomias: meta-análise de ensaios clínicos[☆]



Comparison between continuous thoracic epidural and paravertebral blocks for postoperative analgesia in patients undergoing thoracotomy: meta-analysis of clinical trials

Caro Editor,

O artigo titulado “Comparação entre bloqueios peridural e paravertebral torácicos contínuos para analgesia pós-operatória em pacientes submetidos a toracotomias: revisão sistemática”, publicado recentemente na Revista Brasileira de Anestesiologia, demonstra a preocupação dos autores em mostrar a efetividade da terapia anestésica para o tratamento da dor pós-operatória em cirurgias torácicas.¹

A leitura do artigo científico desperta grande interesse nos leitores, porém alguns pontos merecem ser considerados. São eles: o aplicativo de computador utilizado para os cálculos, a análise da sensibilidade pelo método de meta-análises sucessivas, a utilização de modelos de efeito nas análises e a busca pela identificação das heterogeneidades estatísticas.

O aplicativo de computador utilizado na pesquisa foi descrito no método e nas referências, porém esta última encontra-se incorreta, sendo impossível identificar o local onde o mesmo encontra-se disponível e ter acesso ao aplicativo para a execução de futuras pesquisas semelhantes a esta.

O método de meta-análises sucessivas foi utilizado pelos autores em algum momento da execução desta revisão sistemática para realização da análise de sensibilidade, porém, o resultado do processo não foi relatado nos resultados nem descrito na discussão, não ficando clara a sua real contribuição nesta revisão sistemática. Este método permite identificar a provável fonte da heterogeneidade

estatística e a exclusão ou não do artigo incluído, na tentativa de consolidação dos resultados encontrados.²

O modelo de efeito aleatório e o fixo foram descritos pelos autores como sendo utilizados nos cálculos da meta-análise; no entanto, foi relatada a escolha do modelo aleatório para a execução dos cálculos de meta-análise toda vez que o I^2 fosse maior que 30%. As análises das variáveis “avaliação da dor em repouso após 24 horas” e “incidência de hipotensão” obtiveram um I^2 menor que o valor proposto pelos autores, não se enquadrando nesta descrição do método da pesquisa, sendo seus resultados também relatados por meio do modelo de efeito aleatório, em vez do modelo de efeito fixo. O relato no artigo não permite identificar se esta descrição dos resultados se deveu à decisão consensual dos autores ou a uma falha na execução da pesquisa.

Os autores consideraram a presença de heterogeneidade como sendo um viés da pesquisa quando relataram “esses resultados podem ter sido viesados pela heterogeneidade dos estudos incluídos”; porém, a presença de heterogeneidade não indica viés em uma revisão sistemática. Os testes de heterogeneidade servem para determinar se as diferenças entre os estudos incluídos são verdadeiras (heterogeneidade) ou se ocorreram ao acaso durante o processo de análise (homogeneidade).³ Se as diferenças ocorrerem ao acaso, pode-se dar mais credibilidade aos resultados encontrados nas revisões sistemáticas, e em caso de identificação de heterogeneidade, as causas desta devem ser avaliadas cuidadosamente pelos autores em busca da consolidação de seus resultados, e não serem apenas consideradas viés da pesquisa.

Percebe-se que a heterogeneidade estatística, presente na maioria das análises, foi pouco explorada pelos autores, e que é possível discordar de parte da conclusão dos mesmos, que diz “Fica claro, a partir desta revisão sistemática, que a analgesia peridural está associada a maior incidência de hipotensão arterial e de retenção urinária, quando usada para controle da dor pós-toracotomia lateral em pacientes adultos, com nível de evidência 1A”, pois o nível 1A requer que as heterogeneidades sejam mínimas ou ausentes ou que elas sejam devidamente exploradas durante o processo de execução de uma revisão sistemática.

Em suma, parabeno os autores pelo artigo, que traz resultados importantes para a compreensão dor pós-operatória em cirurgias torácicas. As conclusões das revisões sistemáticas são menos incisivas em relação à significância clínica de seus resultados quando aqueles dos estudos incluídos diferem entre si.³

[☆] Local da pesquisa: Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

Referências

1. Júnior Ade P, Erdmann TR, Santos TV, et al. Comparação entre Bloqueios Peridural e Paravertebral Torácicos Contínuos para Analgesia Pós-Operatória em Pacientes Submetidos a Toracotomias: Revisão Sistemática. *Rev Bras Anestesiol.* 2013;63:433–42.
2. Bueno NB. Explorando a heterogeneidade. In: Barbosa FT, editor. *Introdução à Revisão Sistemática: A Pesquisa do Futuro.* 2013, disponível em: <http://bit.ly/lrs01>. Acessado em 02/01/2014.

3. Higgins JP, Thompson SG, Deeks JJ, et al. Measuring inconsistency in metaanalyses. *BMJ.* 2003;327:557–60.

Fabiano Timbó Barbosa^{a,*},
Tatiana Rosa Bezerra Wanderley Barbosa^b
e Rafael Martins da Cunha^c

^a *Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió, AL, Brasil*

^b *Centro Universitário Uniseb Interativo, Maceió, AL, Brasil*

^c *Hospital Unimed, Maceió, Maceió, AL, Brasil*

* Autor para correspondência.

E-mail: fabianotimbo@yahoo.com.br (F.T. Barbosa).

Disponível na Internet em 6 de março de 2015

<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2014.02.013>

Queda do pé após raquianestesia



Foot drop following spinal anaesthesia

Caro Editor,

Relatamos um caso de pé caído após raquianestesia. A incidência de lesão de nervo relacionada à raquianestesia é inferior a 1:10.000 e a maioria das incidências tem etiologia desconhecida.^{1,2} No entanto, se um paciente se queixar de dor ou parestesia durante a raquianestesia, deve ser observado em busca de qualquer déficit neurológico indesejável. Relatamos um caso que envolve um possível traumatismo por agulha ou lesão da estrutura neural relacionada ao anestésico local e subsequente “pé caído”.

Uma paciente saudável, 31 anos, foi programada para procedimento de fissurectomia anal. A paciente não tinha comorbidade clínica. Os exames de hemograma completo e os parâmetros de coagulação estavam normais. Após obter o termo de consentimento informado assinado, e depois de uma noite de jejum, a paciente foi preparada para a operação. A monitoração de rotina (pressão arterial não invasiva, eletrocardiografia e oximetria de pulso) foi feita em sala de cirurgia.

Após concluir todos os cuidados de assepsia, uma agulha Quincke de calibre 27G foi inserida no interespaço de L4-L5. Quando a agulha entrou no espaço subaracnóideo, a paciente teve uma reação espasmódica brusca que foi seguida de parestesia e dor. Imediatamente, a agulha foi um pouco retraída e, quando a dor diminuiu, a raquianestesia foi administrada com 10 mg de bupivacaína a 0,5% (2 mL) (Marcaïne[®] pesada, AstraZeneca, Istambul, Turquia). Para se obter um bloqueio em sela, a paciente foi mantida em posição sentada por cinco minutos e depois posicionada em pronação para a cirurgia.

Para sedação no período perioperatório, midazolam (3 mg) foi administrado por via intravenosa. A operação durou 30 minutos. A paciente foi levemente sedada e esteve confortável durante o procedimento.

Na sexta hora de pós-operatório, a paciente notou que não conseguia mover seu pé esquerdo. Após exame neurológico com toque leve, picada de agulha e vibrações, a paciente relatou total ausência de sensações. Todos os reflexos estavam normais, exceto pelos reflexos do joelho, tornozelo e da planta do pé, que estavam ausentes na perna esquerda. Havia também uma queda persistente do pé esquerdo com flexão plantar (0/5), embora o pé direito estivesse normal. Porque o exame de RM estava normal, uma intervenção cirúrgica não foi programada. Tratamento com metilprednisolona (250 mg) e vitaminas do complexo B (Bemiks[®], Zentiva, Istambul, Turquia) foi iniciado.^{2,3} O tratamento com dexametasona (16 mg) e complexo B continuou por cinco dias. Fisioterapia foi programada e a paciente recebeu alta hospitalar. Após três meses de fisioterapia, os sintomas da paciente tiveram uma melhoria acentuada.

Após raquianestesia, o trauma mecânico resultante de uma agulha ou da deposição acidental de medicamentos inadequados é a causas mais provável de complicações neurológicas. Como em muitos dos casos relatados,¹⁻³ não podemos explicar o fator etiológico exato que levou às complicações neurológicas que incluíram parestesia e dor.

A orientação da agulha também é um fator importante no que diz respeito à profundidade e extensão da lesão do nervo. A inserção transversal da agulha está associada a uma taxa maior de lesão do nervo, enquanto a inserção horizontal é menos perigosa. Durante a aplicação de raquianestesia, a parestesia associada ao movimento da agulha pode lesionar o nervo. A intensidade da parestesia é um forte indicador de lesão do nervo. A debilidade e defeitos sensoriais podem ser duradouros.⁴

Recomendamos um breve exame neurológico dos membros inferiores antes de um protocolo de raquianestesia e, em uma situação de queda do pé relacionada à raquianestesia, um diagnóstico urgente é necessário e um processo de tratamento é fundamental para melhores resultados em longo prazo.