

Réplica

Prezada Editora,

Agradecemos o interesse dos Drs. Barbosa, Pinto e Cunha pelo estudo por nós apresentado à *Revista Brasileira de Anestesiologia* ¹. Como salientado pelos colegas, procuramos, ao desenvolver o estudo, obter respostas que nos guiem na prática diária com nossos pacientes. Como houve dúvida em relação ao objetivo do estudo, tentaremos deixá-lo mais claro. Nosso interesse foi avaliar qual a duração da analgesia promovida pelo bloqueio de plexo braquial pela via posterior utilizando-se ropivacaína em três diferentes concentrações (0,5, 0,75 e 1%), bem como avaliar se haveria diferença na duração da analgesia proporcionada pelas três concentrações utilizadas. Em outras palavras, saber se, ao aumentarmos a concentração da ropivacaína, a analgesia seria mais prolongada.

Temos por princípio a utilização de uma analgesia pós-operatória baseada na combinação de dipirona, AINE, opioides e anestésico local (analgesia multimodal). Em estudo anterior, não utilizamos de maneira fixa a dipirona e o AINE ². Nesse, entretanto, optamos por fazê-lo para que as condições do estudo retratassem mais fielmente o cenário do nosso dia-a-dia. Sendo assim, elaborou-se o estudo com o uso de dipirona e AINE para que ele ficasse o mais próximo possível da prática clínica diária. Todos os pacientes de todos os grupos receberam essas medicações, tornando-os homogêneos para efeito de comparação (o uso dos mesmos fármacos em todos os grupos se anula no contexto da comparação). As conclusões do estudo devem levar em consideração as condições em que ele foi realizado. Na ausência destas medicações, a duração da analgesia poderia ser outra, bem como poderia haver diferença entre os grupos. Além disto, ressaltamos que todos os pacientes receberam, para obtenção de hipotensão controlada, clonidina. Sabe-se que ela prolonga o efeito do bloqueio, portanto, da mesma maneira, na sua ausência os resultados obtidos poderiam ser diferentes. Aplica-se o mesmo

conceito de levar em consideração as condições em que o estudo foi realizado.

Para que calculássemos o tamanho da amostra, seria necessário ter uma expectativa da diferença da duração da analgesia produzida pelo bloqueio de plexo braquial pela via posterior com as três diferentes concentrações de ropivacaína utilizadas. Entretanto, não tínhamos uma referência na literatura que nos servisse de base. Como pretendíamos obter uma analgesia prolongada (objetivo clínico) partimos de uma concentração considerada moderada (ropivacaína 0,5%) até uma concentração alta (ropivacaína 1%). Julgamos que a diferença de 100% (0,5 para 1%) na concentração de um grupo para o outro seria suficiente para evidenciar uma diferença clínica, caso a mesma existisse. Mesmo porque, 1% é a maior concentração disponível para uso clínico da ropivacaína e menos que 0,5% já consideramos uma concentração baixa. De fato, pequenas diferenças entre os grupos só podem ser percebidas com grandes números amostrais. Essas pequenas diferenças (p. ex., 1 hora), embora estatisticamente significativas, não seriam clinicamente relevantes para a situação em questão. O aumento da massa total de anestésico e com isso o risco de toxicidade não se justificariam diante destas pequenas diferenças na duração da analgesia eventualmente não detectadas pelo estudo. Dessa forma, reiteramos a conclusão do estudo de que o aumento da concentração de ropivacaína de 0,5 para 1% não se traduziu em benefício clínico.

Por fim, a observação do uso indevido do termo eficiência no final da discussão é absolutamente pertinente. O termo correto seria eficácia, como utilizado durante todo o restante do texto. A observação gerou a curiosidade sobre a análise de custo. Na instituição onde foi realizado o estudo, a ropivacaína 0,75% tem um custo de seis reais (R\$ 6,00) menor que a ropivacaína a 1%. A ropivacaína 0,5% não é disponível comercialmente, ela é obtida através da diluição de concentrações maiores, acrescentando-se o custo de oito centavos (R\$0,08) referente à água destilada.

Atenciosamente,

Marcos G C Cruvinel, TSA
Carlos Henrique Viana de Castro, TSA
Yerkes Pereira e Silva,
Bruno Salomé Moraes, TSA
Flávio de Oliveira França,
Flávio Lago

REFERÊNCIAS — REFERENCES

01. Cruvinel MGC, Castro CHV, Silva YP et al. — Estudo comparativo da eficácia analgésica pós-operatória de 20 mL de ropivacaína a 0,5, 0,75 ou 1% no bloqueio de plexo braquial pela via posterior. *Rev Bras Anesthesiol*, 2008;58:431-439.
02. Cruvinel MGC, Castro CHV, Silva YP et al. — Estudo comparativo da eficácia analgésica pós-operatória de 20, 30 ou 40 mL de ropivacaína no bloqueio de plexo braquial pela via posterior. *Rev Bras Anesthesiol*, 2007;57:500-513.