



INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA

# Em Terra de Opioid Free, A Dor Deve Ser Free

Instituto Nacional do Câncer – HCI

Dr: Fernando Henrique Magalhães – ME3 INCA

63º CONGRESSO BRASILEIRO DE  
ANESTESIOLOGIA

- A.F.C. masculino; 74 anos; 86kg; IMC próximo de 30kg/m<sup>2</sup>; portador de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo, hiperuricemia e IRC (tratamento conservador), em uso de Losartana 50mg 1x ao dia, Furosemida 40mg 1x ao dia, Metformina 500mg 2x ao dia, Alopurinol 100mg 1x ao dia.
- Capacidade funcional superior a 4 METS, nega cardiopatia
- Nega pneumopatia ou tabagismo
- Nega alergia medicamentosa ou hemotransfusão prévia
- Nega quimioterapia ou radioterapia
- Cirurgia anterior para correção de hérnia de umbilical, sem intercorrências
- Mallampati II, sem preditor de via aérea difícil
- Presença de barba e história de ronco

- Exames laboratoriais:

Hb 12,8 g/dL

Hto 39,8 %

Plaquetas 256000 cels/mcL

INR 0,87

PTT 1,12

Na 143 mEq/L

K 4,5 mEq/L

Glicemia 84 mg/dL

Ureia 45 mg/dL

Creatinina 1,6 mg/dL

Clearance de creatinina: 49 mL/ min / 1,73 m<sup>2</sup>

- Eletrocardiograma 03/2016:

Ritmo sinusal, sem alterações

- Ecocardiograma:

Não foi solicitado

- Radiografia de tórax 03/2016:

Pulmões normotransparentes, seios costofrênicos, área cardíaca normal

- Ultrassonografia abdominal 09/2015:

Formação sólida direita, expansiva, de contornos regulares. Dimensões 5,2 x 4,4 cm

- Diagnóstico: Neoplasia Maligna Renal Direita
- Proposta cirúrgica: Nefrectomia Radical Direita Videolaparoscópica
  - 3 acessos para trocartes
  - Incisão para retirada de peça cirúrgica
- Proposta anestésica: Anestesia geral venoinalatória associada a bloqueio de parade abdominal

# Técnica Anestésica

- Anestesia geral venoinalatória associada a bloqueio de parede abdominal
- Acesso venoso: cateter 18G em membro superior direito
- Indução: Dexmedetomidina 0,5mcg/kg em 10 minutos, Sulfato de Magnésio 25mg/kg, Propofol 0,8mg/kg, Lidocaína 4,0mg/kg, Dextrocetamina 0,5mg/kg, Rocurônio 1,2mg/kg IV
- IOT tubo 8,0 convencional com cuff sob laringoscopia direta, sem ventilação por pressão positiva sob máscara facial
- Bloqueio de parede abdominal (TAP e bainha dos retos): Ropivacaína – 0,5% 30mL
- Pré-incisão: Lidocaína 1,0mg/kg
- Manutenção de plano anestésico: Dexmedetomidina 0,5mcg/kg/h , Lidocaína 1,5mg/kg/h, Sevoflurano 0,7 CAM
- Monitorização: cardioscópio, pressão não invasiva, capnógrafo, analisador de gases, oxímetro de pulso, TOF, BIS

- Doses de agentes venosos: Lidocaína 740mg; Dexmedetomidina 150mcg; Rocurônio 120mg; Sulfato de Magnésio 2,0g; Dextrocetamina 40mg
- Manutenção de débito cardíaco: Adrenalina 2mcg/min
- Reversão de bloqueio neuromuscular: Sugamadex 2,0mg/kg (TOF 3)
- Hidratação: 800mL cristalóide (2,0mL/kg/h)
- Redução de jejum pré-operatório: 200mL de Dextrinomaltose 12,5%
- Diurese: 235mL (0,60mL/kg/h)
- Tempo Anéstesico: 4h e 30min
- Tempo Cirúrgico: 3h e 30min

- Parâmetros hemodinâmicos:
  - PA: 120x70mmHg
  - FC: 55bpm
- Parâmetros hemodinâmicos peroperatórios:
  - PAS: 90-75mmHg
  - PAD: 50-40mmHg
  - FC: 50-45bpm
  - ETCO<sup>2</sup>: 33-35
  - SpO<sup>2</sup>: 97-99%
  - HGT: 162-190mg/dL
- Velocidade de insuflação de pneumoperitônio: Parcimônia
- Pressão de insuflação de pneumoperitônio: <15mmHg

# Pós-operatório

- Analgesia: Dipirona 3,0g 4/4h, Lidocaína 0,5mg/kg/h IV
- Na SRPA: Estável sem inotrópicos, eupneico, acianótico, sem queixas. Alta para enfermagem após 30min.
- Realimentação precoce: dieta oral líquida à noite.
- D1PO: Estável, normotenso, euglicêmico. Dieta oral pastosa, deambulação precoce sem apoio, ENA 0/2, sem queixas, satisfeito com o tratamento. Suspensão de Lidocaína IV às 20:30 (mantida por 24h).
- Progressão de alta no D3 PO
- Alta no D5 PO

# Enhanced Recovery

- Intervenção peroperatória:
  - Antibioticoprofilaxia, mediadores de esvaziamento gástrico
  - Terapia hídrica restritiva
  - Redução do uso de opioides
  - Manutenção de normotermia
  - Mínimo acesso cirúrgico / anestésico
  - Mínimo tempo cirúrgico

# Enhanced Recovery

- Intervenção pós-operatória:
  - Analgésia preemptiva
  - Profilaxia de náuseas e vômitos
  - Deambulação precoce
  - Prevenção de eventos tromboembólicos
  - Realimentação precoce
  - Retirada precoce de drenos e sondas

# Referências Bibliográficas

- Brener W, col. Regulation of the gastric emptying of glucose. *Gastroenterology* 1983 Jul;85(1):76-82
- Brady M, et col. Preoperative fasting for adults to prevent perioperative complications. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(4): CD004423
- Nisanevich V, et col. Effect of intraoperative fluid management on outcome after intraabdominal surgery. *Anaesthesiology* 2005. Jul:103(1):25-32
- Melnyk M, et col. Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) protocols: Time to change practice? *Can Urol Assoc J.*2011 Oct;5(5):342-348
- Carli F. Physiologic considerations of Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) programs: implications of the stress response. *Can J Anaesth* 2015;62: 110-9
- Weibel S, et col. Efficacy and safety of intravenous lidocaine for postoperative analgesia and recovery after surgery: a systematic review with trial sequential analysis. *BJA.*2016 116(6):770-83
- Tuzin-Fin P, et col. Benefits of intravenous lidocaine on post-operative pain and acute rehabilitation after laparoscopic nephrectomy. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol.*2014 Jul;30(3): 366-72



Obrigado.