



Temas Livres CBA 2013

TLCBA
TEMAS LIVRES

**Oscar César Pires
Airton Bagatini**

EDITORES

Oscar César Pires

Airton Bagatini

Temas Livres CBA 2013



SBA

Sociedade Brasileira de Anestesiologia

Rio de Janeiro

2013

Temas Livres CBA 2013

Copyright© 2013, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra, por qualquer sistema, sem prévio consentimento da SBA.

Diretoria 2013

Presidente:

Dr. Airton Bagatini

Vice-Presidente:

Dr. Sylvio Valença de Lemos Neto

Secretário Geral:

Dr. Ricardo Almeida de Azevedo

Tesoureiro:

Dr. Sérgio Luiz do Logar Mattos

Diretor do Depto.Científico:

Dr. Oscar César Pires

Diretor do Depto.Def.Profissional:

Dr. Antônio Fernando Carneiro

Diretor do Depto. Administrativo:

Dr. Fábio Maurício Topolski

Supervisão

Maria de Las Mercedes Gregoria Martin de Azevedo

Dr. Getúlio Rodrigues de Oliveira Filho

Capa e diagramação

Marcelo de Azevedo Marinho

Tratamento da Base de Dados

Rodrigo Ribeiro Matos

Colaboradores

Teresa Maria Maia Libório

José Bredariol Junior

Comissão Executiva do CBA 2013

Dr. Ronaldo Queiroz Gurgel - Presidente do Congresso

Dra. Ivani Rodrigues Glass - Presidente da Comissão

Dr. Danilo Dantas Freire Lima

Dra. Deyse Santos Silveira

Comissão de Secretaria do CBA 2013

Dr. Raimundo Saturnino Pereira – Presidente

Dr. Áley Newton Marinho Andrade

Dr. José Ferreira de Santana

Dr. Mário Cardoso Pinto da Silva Júnior

Dra. Sílvia Urquieta Pijnenborg

Comissão Científica do CBA 2013

Dr. Marco Antônio Costa de Albuquerque – Presidente

Dr. José Roquennedy Souza Cruz

Dr. Júlio Cezar Mendes Brandão

Dr. Lúcio Antônio Garcia Dias

Dra. Maria Helena Domingues Garcia

Dra. Maria Stela Melo Santos Taqueda

Dra. Vera Maria Silveira de Azevedo

FICHA CATALOGRÁFICA

S678t Temas Livres CBA 2013 / Editores: Airton Bagatini e Oscar César Pires
Rio de Janeiro - Sociedade Brasileira de Anestesiologia/SBA, 2013.
312 p.; 28cm.;

ISBN 978-85-98632-23-0

Vários colaboradores.

1. Anestesiologia – Temas Livres. I. Sociedade Brasileira de Anestesiologia. II. Bagatini, Airton. III. Pires, Oscar César.

CDD - 617-96

O conteúdo desta obra é de inteira responsabilidade de seu(s) autor(es).

Produzido pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia.

Material Digital de distribuição exclusiva aos médicos anesthesiologistas.

Produzido durante o 60º Congresso Brasileiro de Anestesiologia, em Aracaju - SE.

APRESENTAÇÃO

Temas Livres CBA 2013

60º Congresso Brasileiro de Anestesiologia
09 a 13 de novembro de 2013 - Aracaju / SE



SBA

Sociedade Brasileira de Anestesiologia

SUMÁRIO

Administração e Qualidade

A busca da gestão custo efetiva - Série Histórica de uma década do consumo e custos de opióides usados no Serviço de Anestesiologia e Medicina Perioperatória do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.....	13
Avaliação da pressão arterial sistêmica pré-operatória dos pacientes do Hospital Universitário Oswaldo Cruz.....	13
Checklist Cirurgia Segura: participação do anestesiológico no Brasil.....	14
Construção de uma ferramenta para medida de percepções sobre o uso da lista de verificação cirúrgica (checklist OMS).....	14
Emprego do questionário QoR40 para avaliação da qualidade de recuperação da anestesia para cirurgias otorrinolaringológicas.....	15
Fatores preditivos da aderência ao uso da lista de verificação cirúrgica (OMS).....	15
Fatores relacionados ao tempo de permanência acima de 60 minutos em unidade de recuperação pós-anestésica, em hospital público universitário, em Salvador-BA.....	16
Impacto dos anestésicos na curva A de um Hospital Público Federal Universitário no ano de 2012.....	16
Implantação de Planilha Eletrônica no Serviço de Dor Aguda da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.....	17
Medidas organizacionais para orientação da reposição volêmica: elas fazem diferença?.....	17
Monitorização minimamente invasiva do débito cardíaco: perfil de utilização em um serviço privado.....	18
Mudança na prática da anestesia geral balanceada em uma década – substituição do uso do Isoflurano pelo uso do Sevoflurano em um hospital público universitário.....	18
Percepções de anestesiológicos que atuam no Brasil sobre o checklist do Programa Cirurgia Seguro da Organização Mundial de Saúde.....	19
Perfil de erros de administração de medicamentos em anestesia entre anestesiológicos catarinenses.....	19
Relato da notificação de eventos adversos através da ficha anestésica eletrônica em dispositivo móvel.....	20
Ruptura do balonete do tubo endotraqueal intra-operatória. Relato de caso e considerações sobre o manejo anestésico.....	20
Tempo de jejum pré-operatório em um hospital universitário frente às recomendações atuais.....	21
Uso do Propofol em bombas de seringa alvo controlada - medida de gestão de custo no Serviço de Anestesiologia e Medicina Perioperatória do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (SAMPE/HCPA).....	21

Anestesia Ambulatorial

Avaliação da sedação feita por médicos anestesiológicos em unidade de endoscopia.....	22
Despesas com medicamentos nas contas hospitalares de um hospital público universitário – análise de 6 anos da participação dos fármacos utilizados em anestesia.....	22
Estudo do Padrão Hidroeletrólítico Pós Preparo Intestinal para Colonoscopia.....	23
Sedação venosa versus anestesia venosa em colonoscopia.....	23

Anestesia e Terapia Intensiva

Achados tromboelastográficos de estado pro-trombótico em paciente com INR alargado: relato de caso.....	24
Comparação dos escores prognósticos SAPS 3, Apache II, POSSUM, MODS e ASA em pacientes cirúrgicos.....	24
Insuficiência Adrenal Aguda induzida por dose única de etomidato na indução anestésica.....	25
Prognóstico de pacientes cirúrgicos com injúria renal aguda no pós-operatório.....	25
ROTEM® com perfil protrombótico em paciente com INR alargado: relato de caso.....	26
SAPS 3 como preditor para internação de pacientes cirúrgicos em unidade de cuidados intensivos.....	26

Trombocitopenia em pacientes críticos: marcador de mortalidade em UTI pós-operatória.....	27
---	----

Anestesia e Transplante

Anestesia em paciente cardiopulmonar para operação não cardíaca.....	27
Anestesia para Transplante Hepático em Paciente com Porfiria Intermitente Aguda: Relato de Caso.....	28
Relação entre exames de coagulação baseado no plasma e a transfusão de plasma fresco congelado no Transplante Hepático.....	28
Síndrome de Kasabach-Merritt.....	29
Uso de dexmedetomidina e sulfato de magnésio em paciente vasculopata submetido a transplante renal.....	29

Anestesia em Cirurgia Cardíaca

Anestesia para tratamento cirúrgico de coarctação de aorta com by pass aórtico.....	30
Anestesia para troca de prótese aórtica em paciente portadora de doença falciforme. Relato de caso.....	30
Anestesia para Troca valvar Aórtica em Paciente Portador de osteogênese Imperfecta: Relato de Caso.....	31
Anestesia sem opioide em paciente com insuficiência aórtica grave.....	31
Avaliação da dor pós-operatória em pacientes submetidos à administração subaracnóide torácica de morfina associada a Bupivacaína isobárica 0,5% em operações de revascularização do miocárdio com cir.....	32
Avaliação da incidência de efeitos adversos em pacientes submetidos à administração subaracnóide torácica de morfina associada a Bupivacaína isobárica 0,5% em operações de revascularização do miocárdio.....	32
Discrasia sanguínea no perioperatório da cirurgia cardíaca e uso de tromboelastografia. Relato de caso.....	33
Ecocardiografia transesofágica contínua em cirurgia cardíaca minimamente invasiva por videomediastinoscopia: relato de caso.....	33
Fístula de coronária direita para ventrículo direito.....	34
Manejo anestésico no implante transcater de válvula aórtica (itva): 44 casos com seguimento de médio e longo prazo.....	34
Manejo do paciente portador de deficiência do fator VII em cirurgia cardíaca: relato de caso.....	35
Manuseio Anestésico no Transplante Cardíaco Infantil no Hospital de Base de São José do Rio Preto.....	35
Mixoma de átrio esquerdo: relato de caso e considerações anestésicas.....	36
Óbito em paciente adulta, reoperada por anomalia de Ebstein com auxílio de circulação extra-corpórea.....	36
Provável Morte Encefálica durante Anestesia para correção de Dissecção Aórtica.....	37
Troca de válvula aórtica em paciente portador de mucopolissacaridose.....	37
Trombectomia de artéria pulmonar por hipertensão pulmonar grave pós-colocação de marca-passo cardíaco – relato de caso.....	38
Anestesia em Cirurgia Torácica	
Anestesia para toracoplastia em paciente com <i>Pectus Carinatum</i>	38
Anestesia para tumor endobrônquico.....	39
Conduta anestésica em paciente portadora de miastenia gravis submetida a timectomia videolaparoscópica.....	39
Fisiologia e Cuidados durante a Lavagem Pulmonar para tratamento de Proteinose Alveolar Pulmonar (PAP): um relato de caso.....	40
Manejo anestésico de paciente portadora de grande massa de mediastino anterior, com secreção ectópica de ACTH e síndrome de Cushing associada. Relato de caso.....	40
Obstrução de Via Aérea por Endoprótese Traqueal.....	41
Pneumotórax hipertensivo em pulmão dependente durante lobectomia pulmonar – Relato de caso.....	41

Presença de pneumotórax hipertensivo espontâneo durante indução para anestesia em Cirurgia Torácica	42
Raqui anestesia total após bloqueio paravertebral para toracotomia.....	42
Ressecção pulmonar em paciente obesa mórbida com função respiratória limitofe: considerações anestésicas e complicações pós-operatórias.....	43
Sulfato de Magnésio por via interpleural, para analgesia intra e pós-operatória em mastectomia ou setorectomia/quadrantectomia com axilectomia.....	43
Anestesia em Cirurgia Vascular	
Abordagem anestésica em amputação de membro inferior volumoso por linfedema crônico avançado. relato de caso.....	44
Assistolia Após Revascularização Arterial Periférica	44
Drenagem líquórica como tratamento de paraplegia tardia após correção endovascular de aneurisma de aorta tóraco-abdominal.....	45
Manejo Anestésico na Correção Cirúrgica do Aneurisma Toracoabdominal – Relato de Caso.....	45
Metanálise Proporcional de Séries de Casos em Cirurgia Aberta Eletiva do Aneurisma de Aorta Abdominal com Programas Multimodais de Aceleração da Recuperação Pós-Operatória	46
Pré-anestésico para realização de <i>bypass</i> aorto-femoral em paciente com isquemia de MII e DPOC grave: relato de caso.....	46
Recuperação Acelerada após Reparo Cirúrgico Aberto Eletivo do Aneurisma da Aorta Abdominal. Revisão Sistemática da Literatura.....	47
Síndrome da artéria espinhal anterior após cirurgia para correção de coarctação de aorta.....	47
Síndrome de Claude Bernard-Horner transitória após trauma penetrante por arma de fogo em região cervical anterior esquerda	48
Tromboembolismo pulmonar agudo em paciente submetida a embolização mecânica de trombose de membros inferiores	48
Uso de marcapasso transvenoso para a redução do volume sistólico na implantação de endoprótese aórtica, e suas complicações - relato de caso	49
Anestesia em Cirurgias Abdominais	
Anestesia para cirurgia robótica em paciente com acromegalia: considerações anestésicas.....	49
Acidente vascular cerebral perioperatório: Relato de Caso	50
Anestesia geral em paciente com síndrome de Cocoon - relato de caso.....	50
Anestesia para ablação percutânea por radiofrequência de adenoma funcionante de adrenal guiada por tomografia computadorizada	51
Anestesia para cirurgia robótica abdominal de grande porte sem opióides	51
Barotrauma pulmonar durante extubação após procedimento de colecistectomia: relato de caso	52
Comparação entre duas estratégias para reposição volêmica perioperatória em cirurgias gastrointestinais: infusão contínua <i>versus</i> Bolus.....	52
Comportamento da glicosimetria capilar em resposta ao estresse anestésico-cirúrgico em diferentes técnicas anestésicas. (II).....	53
Conduta anestésica em paciente submetida a quimioterapia hipertérmica intraperitoneal transoperatória.....	53
Fatores de risco para necessidade de UTI pós-operatória em pacientes oncológicos submetidos à cirurgia abdominal eletiva.....	54
Gabapentina por via oral como adjuvante da raqui anestesia para colecistectomia por via convencional	54
Impacto da saturação venosa central de oxigênio e da albumina sérica pré-operatórias na morbimortalidade em cirurgias oncológicas abdominais.....	55
Rabdomiolise x cirurgia bariátrica: um olhar da anestesiologia.....	55
Raqui anestesia Unilateral para Herniorrafia Inguinal	56
Uso da Dexmedetomidina como adjuvante em anestesia geral. relato de caso.....	56
Uso da tromboelastometria rotacional (ROTEM) em cirurgia de citoredução oncológica abdominal com quimioterapia hipertérmica intraperitoneal – Relato de Caso.....	57

Anestesia em Geriatria	
Dexmedetomidina e raqui anestesia contínua em idoso com agitação e distúrbio respiratório.....	57
Eficácia da sedação com Dexmedetomidina em pacientes idosos no intraoperatório..	58
Projeto Acerto: Diminuição do tempo de jejum pré-operatório aumenta conforto e satisfação dos pacientes idosos.....	58
Anestesia em Neurocirurgia	
Realização de <i>Blood Patch</i> para tratamento de fístula líquórica pós-trauma – Relato de Caso.....	59
Anestesia para artrodesse cervical em paciente portador da malformação de Chiari tipo I. relato de caso.....	59
Anestesia para cirurgia estereotáxica para implante de marcapasso cerebral em doente com Parkinson.....	60
Anestesia para recém nascido portador de Craniossinostose.....	60
Anestesia venosa total com Dexmedetomidina para neurocirurgia com potencial evocado: relato de caso	61
Embolia aérea em neurocirurgia	61
Embolia aérea venosa em neurocirurgia	62
Incidência de náuseas e vômitos no pós-operatório imediato de neurocirurgia eletiva	62
Manejo anestésico em paciente com lesão penetrante de coluna torácica. Relato de Caso.....	63
Neurocirurgia acordado e seus desafios. Relato de um caso	63
Parada em assistolia durante neurocirurgia por reflexo vagal.....	64
Potencial evocado em artrodesse coluna na síndrome Goldenhar.....	64
Ruptura de tubo orotraqueal por ativação do reflexo mandibular devido monitorização neurofisiológica intra-operatória.....	65
Uso de adenosina em cirurgia de clipagem de aneurisma cerebral complexo	65
Anestesia em Obesidade	
Broncoespasmo e rabdomiolise após infusão contínua de propofol em cirurgia bariátrica.....	66
<i>Checklist</i> de intervenção no pós-operatório em pacientes com SHO	66
Efeito analgésico do uso pré-operatório de gabapentina em cirurgia bariátrica.....	67
Fatores associados à dor pós-operatória na unidade de recuperação pós-anestésica em pacientes submetidos à gastroplastia laparoscópica	67
Anestesia em Obstetrícia	
Acidente vascular cerebral hemorrágico periparto	68
Administração inadvertida de dose elevada de morfina por via subaracnóideia em cesariana. Relato de caso	68
Analgésia para o trabalho de parto em gestante portadora de lesões cutâneas em região lombossacra.....	69
Anestesia em gestante com hemoglobinopatia SC	69
Anestesia em gestante com placenta prévia. Relato de Caso	70
Anestesia em Gestante Portadora de Osteogenesis Imperfecta: Relato de Caso	70
Anestesia em paciente gestante com ruptura de artéria uterina.....	71
Anestesia em paciente obstétrica usuária de <i>crack</i>	71
Anestesia geral em cesariana de emergência em paciente com Hellp-relato de caso-avaliando a trombocitopenia x raqui anestesia.....	72
Anestesia geral em gestante com Síndrome de Charcot-Marie-Tooth: Relato de caso	72
Anestesia na gestante com arterite de Takayasu: relato de caso	73
Anestesia na gestante com hipertensão pulmonar	73
Anestesia para cesariana em gestante com hipertensão pulmonar grave: relato de caso.....	74
Anestesia para cesariana em paciente cardiopata com hipertensão pulmonar.....	74
Anestesia para cesariana em paciente com átrio único	75
Anestesia para cesariana em paciente portadora de Miastenia Gravis - relato de caso...75	75

Anestesia para cirurgia cardíaca de urgência em paciente gestante	76	Síndrome de Eisenmenger em gestante	95
Anestesia para colestomia em gestante no terceiro trimestre	76	Uso de raquianestesia como manejo anestésico para realização de cesariana em paciente portadora de hipertensão intracraniana idiopática: relato de um caso.....	95
Anestesia para correção de dissecação de aneurisma de aorta em gestante portadora de síndrome de Marfan.....	77	Uso do tampão sanguíneo peridural em paciente obstétrica com cefaléia pós-punção dural com mais de três semanas de evolução.....	96
Anestesia para gestante com placenta prévia percreta: relato de dois casos	77	Anestesia em Oftalmologia	
Anestesia para Tratamento Intraparto Extraútero (EXIT) em Feto com Diagnóstico Pré-Natal de Rânula Congênita	78	Avaliação da clonidina como medicação adjuvante em bloqueios para operações oftálmicas – Revisão sistemática	96
Anestesia Peridural para Cesariana em Gestante Cardiopata. Relato de Caso.....	78	Avaliação da qualidade do bloqueio regional para cirurgia oftalmológica com diferentes concentrações de Hialuronidase e volumes de Bupivacaína 0,5% com excesso enantiomérico S75:R25.....	97
Anestesia Regional em gestante portadora de tatuagem lombar.....	79	Influência da adição de hialuronidase à solução anestésica para bloqueio peribulbar e retrobulbar em oftalmologia: Revisão sistemática de ensaios clínicos aleatorizados	97
Anestesia venosa total em cesariana de paciente obesa mórbida.....	79	Isquemia miocárdica durante perioperatório de cirurgia oftalmológica.....	98
Arterite de Takayasu na gestação: relato de caso	80	Anestesia em Ortopedia	
Associação entre hipotensão após Raquianestesia para Cesarianas e o índice de massa corporal de gestantes	80	Analgesia para lesão grave do antebraço com bloqueio contínuo do plexo braquial: uma importante opção a ser considerada	98
Avaliação da incidência de hipotensão postural pós-operatória após o uso de clonidina na raquianestesia para cesariana	81	Bloqueio Contínuo como alternativa de analgesia pós operatória em paciente com Síndrome Dolorosa do pé diabético.....	99
Avaliação da qualidade da prestação de serviço e satisfação das pacientes submetidas a analgesia de parto em hospital universitário.....	81	Comportamento inesperado de raquianestesia com Bupivacaína isobárica em Ortopedia.....	99
Avaliação dos efeitos da dexametasona em gestantes submetidas à cesariana sob raquianestesia com bupivacaína hiperbárica e morfina	82	Considerações na indicação anestésica em pacientes acondrodisplásicos.....	100
Bloqueio subaracnóideo em cesariana com cetamina 12,5 mg vs. 25 mg: relato de 2 casos.....	82	Contusão Miocárdica em trauma torácico fechado. Relato de caso.....	100
Caso Clínico: Anestesia para cesariana em paciente com hipertensão pulmonar grave	83	Manejo de paciente obeso mórbido submetido a cirurgia de coluna.....	101
Cesárea em gestante portadora de estenose pulmonar grave.....	83	Paciente portador de Diabetes Mellitus: existe um valor de coorte para realização de cirurgia eletiva?	101
Cesariana de urgência em portadora de anemia severa: qual a melhor conduta anestésica?.....	84	Prevalência da anemia antes de cirurgias de fratura de fêmur em idosos e o seu potencial impacto na transfusão sanguínea perioperatória.	102
Cesariana em paciente portadora de Síndrome de Wolff-Parkinson-White.....	84	Projeto Acerto: Aceleração do Pós-operatório em Pacientes Idosos com Fratura de Fêmur.....	102
Condições maternas no pós-operatório de cesariana influenciam no aparecimento de dor crônica pós-operatória?	85	Projeto Acerto: Baixa dose de bupivacaína isobárica proporciona melhor anestesia para correção de fratura de quadril.....	103
Efeito analgésico da clonidina e/ou morfina associada à bupivacaína por via subaracnóidea em cesariana	85	Qualidade da Recuperação da Anestesia em Pacientes Submetidos à Cirurgia Ortopédica em Membros Inferiores. Análise Preliminar	103
Embolia de líquido amniótico intra operatório em cesareana.....	86	Síndrome da Embolia Gordurosa e tromboembolismo venoso associados: relato de caso.....	104
Estudo comparativo entre doses de morfina intratecal para analgesia após cesariana.....	86	Síndrome de embolia gordurosa em cirurgia para osteossíntese de fêmur.....	104
Estudo prospectivo da incidência de cefaléia pós-punção dural em pacientes gestantes obesas e não obesas submetidas à cesariana sob anestesia subaracnóidea	87	Síndrome de inserção do cimento ósseo em artroplastia total de quadril - relato de caso.....	105
Hemoglobinopatia SC associada a tromboembolismo pulmonar e óbito materno	87	Anestesia em Otorrinolaringologia	
Hipotensão materna tardia após administração de mini dose de clonidina peridural para analgesia de trabalho de parto	88	Crise hipertensiva severa pós-epinefrina intranasal em septoplastia: relato de caso.	105
Injeção acidental de anestésico em espaço subdural após analgesia de parto por bloqueio peridural lombar: Relato de caso.....	88	Isquemia cardíaca sem infarto e edema agudo de pulmão após infiltração em mucosa nasal de adrenalina durante cirurgia endoscópica nasal	106
Lesão de nervo fibular após procedimento obstétrico	89	Manejo de via aérea em paciente pediátrico submetido a ressecção de papilomatose em cordas vocais - relato de caso.....	106
Lúpus eritematoso sistêmico e gestação: relato de caso	89	Reação atípica na anestesia e miopatia mitocondrial.....	107
Manejo anestésico em gestante com esclerose múltipla.....	90	Sulfato de Magnésio não modifica os escores de dor e a necessidade de analgesia suplementar na primeira hora de pós-operatório em cirurgias otorrinolaringológicas: estudo prospectivo, aleatório e d.....	107
Manejo anestésico em gestante vítima de politrauma.....	90	Uso da cetamina como analgésico preemptivo em crianças submetidas à amigdaletomia ambulatorial.....	108
Manejo anestésico em paciente gestante com esclerose tuberosa. Relato de caso.	91	Anestesia em Pediatria	
Manejo de hemorragia pós parto auxiliada por tromboelastometria (tem) em paciente com síndrome Hells	91	Analgesia pós-operatória em crianças submetidas à adenoamigdalectomia: um estudo com a dextrocetamina	108
Pneumoencéfalo pós peridural e raquianestesia em gestante - relato de caso.....	92	Anestesia em recém-nascido prematuro cardiopata para cirurgia não-cardíaca	109
Prevalência de complicações neurológicas após bloqueios do neuroeixo em pacientes obstétricas	92	Anestesia para lobectomia pulmonar em recém-nascido: como e quando realizar ventilação monopulmonar.....	109
Raquianestesia em Gestante com Síndrome de Wolff-Parkinson-White	93		
Raquianestesia para cesariana eletiva com bupivacaína hiperbárica e associação de adjuvantes	93		
Raquianestesia total.....	94		
Rotura hepática na gravidez: relato de caso	94		

Associação entre Hipertermia Maligna e Doença do Central Core: Série de casos	110
Associação entre óxido nítrico e vômitos pós-operatórios em crianças submetidas a hernioplastias inguinais e umbilicais em regime ambulatorial – ensaio clínico randomizado.....	110
Coleta de líquido cefalorraquidiano em crianças com leucemia: estudo comparativo de duas técnicas de sedação	111
Comparação entre extubação traqueal em pacientes acordados e em plano anestésico profundo após dilatação esofágica.....	111
Efeito da clonidina na agitação ao despertar de anestesia com sevoflurano em crianças submetidas à tonsilectomias	112
Efeito do Remifentanil sobre a agitação no despertar em crianças submetidas à anestesia com Sevoflurano – Metanálise	112
Embolia aérea durante a realização de peridural caudal em criança	113
Impacto do tipo de informação pré-anestésica sobre a ansiedade dos pais e das crianças.....	113
Manejo anestésico de paciente com encefalocelo occipital gigante. Relato de caso.....	114
Manuseio Anestesiológico em Gastrosquise no Hospital de Base de São José do Rio Preto	114
Pentalogia de Cantrell - Relato de caso.....	115
Pneumomediastino e Pneumatose Intestinal Secundários a Barotrauma Intraoperatório em Paciente Pediátrico.....	115
Reações Atípicas na Anestesia em Distrofia Muscular de Duchenne: Série de Casos ..	116
Uso de Dexmedetomidina em criança submetida à ressecção de tumor de supra - renal	116
Anestesia em Procedimentos Ginecológicos	
Anestesia Para paciente portadora de HIV com neuropatia central	117
Bradiarritmia refratária associada ao uso de clonidina em raqui-anestesia	117
Convulsão por Ropivacaína durante Anestesia Peridural	118
Correlação entre o perfil nutricional pré-operatório e complicações intra e pós-operatórias em mulheres com câncer ginecológico e mamário	118
Cuidados perioperatórios para cirurgia de retirada de cisto ovariano gigante	119
Intubação orotraqueal em paciente portadora de obesidade grau III, via aérea difícil e restrição ventilatória por cisto ovariano gigante: Um desafio	119
Reação a vasoconstrictor local em cirurgia de conização em alta frequência: Relato de Caso.....	120
Anestesia em Videolaparoscopia	
Assistolia após insuflação de pneumoperitônio em videolaparoscopia	120
Grau de analgesia pós – operatória em videocolecistectomia após o uso de dexmedetomidina em anestesia geral e sem opióides.....	121
Recuperação da função hemodinâmica e ventilatória com sugamadex após reação anafilática, induzida pelo rocurônio, refratária ao tratamento convencional	121
Relato de caso – Anestesia para Cirurgia Videolaparoscópica em um paciente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) Estágio IV pela classificação de GOLD.....	122
Síndrome compartimental abdominal após a realização de CPRE: relato de caso.....	122
Anestesia inalatória	
Análise da Viabilidade Econômica da Introdução do Desflurano em um Hospital Universitário.....	123
Anestésicos inalatórios e o pré-condicionamento hepático – revisão da literatura	123
Efeito da modalidade ventilatória na captação e eliminação do desflurano.....	124
Anestesia para Cirurgia de Cabeça e Pescoço	
Anestesia em tumor Glômico	124
Anestesia geral em paciente com arterite de Takayasu: relato de caso.....	125
Monitorização neuromuscular em paciente com hemiplegia secundária à acidente vascular encefálico.....	125
Anestesia para Cirurgia Plástica	
Bradiarritmia significativa durante mamoplastia redutora em paciente com disfunção do nó sinusal silenciosa.....	126
Dor pós-operatória em cirurgia de contorno corporal sob anestesia geral – é possível controlar? Estudo prospectivo.....	126
Hipotermia intra operatória em cirurgia plástica corporal sob anestesia geral – é possível controlar?.....	127
Anestesia Venosa	
Anestesia venosa total para dilatação traqueal em criança	127
Avaliação do pré-tratamento com sulfato de magnésio em dose única no consumo de propofol alvo controlado e Remifentanil em cirurgias otorrinolaringológicas: estudo prospectivo, aleatório e duplamente encoberto.....	128
Efeito da clonidina na dose alvo de propofol. Avaliação pelo BIS.....	128
Hiperalgia induzida por Remifentanil e recirculação após anestesia geral	129
Pancreatite aguda após exposição ao propofol : Relato de caso	129
Propofol induzindo coloração esverdeada da urina	130
Uso da Dexmedetomidina para sedação em pacientes submetidos à balneoterapia em centro de referência em queimados	130
Uso de Dexmedetomidina em paciente com história prévia de reação alérgica a opióides	131
Anestesia, Ética e Direito	
A escolha da técnica anestésica e as dificuldades enfrentadas pelo anestesiológico.....	131
Bloqueio Neuromuscular	
Avaliação comparativa da incidência de bloqueio neuromuscular residual na entrada da Sala de Recuperação Pós-Anestésica em 2005 e 2013.....	132
Bloqueio Atrioventricular de 2º Grau do Tipo I Mobitz após administração de neostigmine. Relato de Caso	132
Bloqueio Neuromuscular Residual: Relato de Caso.....	133
Deficiência de colinesterase plasmática levando a 6 horas em apnéia após dose única de succinilcolina em paciente submetida a histeroscopia.....	133
Determinação da ED90 de Sugammadex em obesos mórbidos. Estudo Preliminar..	134
Impacto da reversão ou não do bloqueio neuromuscular na incidência de bloqueio neuromuscular residual no momento da extubação.....	134
Incidência de bloqueio neuromuscular residual no momento da extubação: comparação do uso de doses múltiplas versus dose única de bloqueador neuromuscular.....	135
Reversão de taquicardia sinusal induzida pelo rocurônio com sugamadex.....	135
Reversão do Bloqueio Neuromuscular com Sugammadex em Paciente Portador de Distrofia Muscular	136
Sistematização da reversão do rocurônio com Neostigmine: influência no bloqueio residual na ausência de aceleromiografia intra-operatória.	136
Uso do sugamadex em cirurgias ortopédicas de correção de escoliose idiopática monitorizadas com potencial evocado.....	137
Bloqueios de Nervos Periféricos	
Anestesia regional para epilação a laser: série de casos.....	137
Bloqueio de nervo ciático e de Winnie para cirurgia de quadril em paciente cardiopata	138
Bloqueio de plexo lombar via posterior para anestesia de drenagem de piartrite de joelho: relato de caso	138
Bloqueio do Transverso Abdominal - relato de caso.....	139
Bloqueio dos nervos ciático e safeno em paciente com estenose aórtica e seqüela de meningiomelocele.....	139
Importância do bloqueio regional no trauma.....	140
Raqui-anestesia torácica em paciente com comprometimento pulmonar - relato de caso.....	140
Bloqueios do plexo braquial	
Bloqueio de Plexo Braquial em Paciente Pediátrico – Uma Técnica Segura?	141

Bloqueio de Plexo Braquial Infraclavicular Guiado por Ultrassom: Qual o volume efetivo mínimo de Ropivacaína?	141	Anestesia em paciente com Síndrome de Lyell.....	159
Lesão nervosa periférica após bloqueio de plexo braquial.	142	Anestesia em paciente com doença de Minkowski-Chauffard.....	160
Lesão Neural em Bloqueio de Plexo Braquial	142	Anestesia em paciente com doença de Von Willebrand. Relato de caso.....	160
Bloqueios Neuroaxiais		Anestesia em paciente com síndrome de Cri-Du-Chat	161
Anestesia em paciente gestante obesa mórbida submetida à cesariana	143	Anestesia em paciente com síndrome do QT longo	161
Alterações hemodinâmicas e analgesia pós operatoria na raquianestesia com diferentes doses de clonidina associada a anestésico local	143	Anestesia em paciente com tétano	162
Anestesia em paciente portador de ventrículo único e alergia a látex submetido à hemiorrafia inguinal.	144	Anestesia em paciente obstétrica portadora de beta-talassemia intermedia: relato de caso.	162
Anestesia na hipertensão pulmonar em paciente anticoagulado	144	Anestesia em paciente portador da síndrome de Kearns -Sayre: relato de caso	163
Anestesia subaracnóidea hipobárica - relato de caso	145	Anestesia em paciente portador de Osteogênese Imperfeita.....	163
Analgesia Neuroaxial: Experiência de 1 ano no Serviço de Dor Aguda de um Hospital Universitário	145	Anestesia geral em paciente com síndrome de Moebius: relato de caso.....	164
Avaliação radiográfica do posicionamento de cateter peridural.....	146	Anestesia geral na síndrome de Mœbius: mascara laringea - uma possibilidade	164
Cateter peridural em espaço retroperitoneal: relato de caso.....	146	Anestesia geral para colecistectomia videolaparoscópica em paciente com mastocitose sistêmica. Relato de caso.....	165
Comparação entre métodos palpatórios e ultrassonográfico de identificação do espaço interespinhoso lombar em um hospital escola do distrito federal	147	Anestesia geral para tratamento odontológico em paciente portador de trissomia do 13 (síndrome de Patau).	165
Déficit sensitivo-motor no pós-operatório de prostatectomia radical.....	147	Anestesia geral para uvulopalatofaringoplastia e amigdalectomia em paciente com Doença de Charcot – Marie – Tooth. Relato de caso.	166
Eficácia da Ondasetrona, Cetamina e Clonidina no controle do tremor pós-anestesia regional: Um estudo comparativo.	148	Anestesia no paciente com Miastenia Gravis.....	166
Falha parcial de bloqueio subaracnóideo – Relato de caso	148	Anestesia para cesárea de urgência em paciente com linfangite carcinomatosa pulmonar.....	167
Incidência de bradicardia em pacientes submetidos à raquianestesia no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.....	149	Anestesia para Cirurgia de Glenn	167
Incidência de cefaléia pós-punção subaracnoidea e seguimento dos casos após implantação de protocolo de tratamento em hospital terciário no litoral catarinense.	149	Anestesia para cirurgia não-cardíaca em criança portadora de coarctação de aorta. Relato de caso.....	168
Incidência de preditores cardiovasculares adversos em raquianestesia para colecistectomia.....	150	Anestesia para correção de ptose palpebral em paciente com artrogripose – Relato de Caso.....	168
Localização da Inserção do Cateter Peridural versus Sítio Cirúrgico: Auditoria de 1 ano no Serviço de Dor Aguda de um Hospital Universitário	150	Anestesia para feocromocitoma: um preparo adequado não exclui a possibilidade de instabilidade hemodinâmica.....	169
Manuseio de uma parada cardiorespiratória após raquianestesia lombar continua.....	151	Anestesia para obstetrícia em paciente portadora de osteogênese imperfeita	169
Nível de bloqueio na raquianestesia e hipotermia.	151	Anestesia para paciente com Epidermolise Bolhosa. Relato de caso.....	170
Raquianestesia contínua em paciente cardiopata grave. Relato de caso	152	Anestesia para paciente com Síndrome PAPA, pancitopenia e sinusite fúngica – Relato de caso.....	170
Raquianestesia em paciente com líquido cefalorraquidiano com alteração de coloração	152	Anestesia para paciente gestante com doença de Von Willebrand tipo 2. Relato de caso.....	171
Raquianestesia em paciente imunodeprimida - relato de caso.....	153	Anestesia para paciente portador da síndrome Arnold Chiari tipo I	171
Raquianestesia torácica em paciente portador de atrofia cerebral de origem alcoólica e comprometimento de membros inferiores e pneumonia de repetição – relato do caso.	153	Anestesia para paciente portador de Osteogênese Imperfeita (OI): relato de caso....	172
Raquianestesia total após perfuração inadvertida de dura-máter em segunda punção epidural: relato de caso	154	Anestesia para paciente portador de proteinose alveolar: relato de caso.....	172
Reflexo de Bainbridge reverso após bloqueio de neuroeixo em paciente coronariopata.	154	Anestesia para suprarenalectomia em pacientes com feocromocitoma bilateral.....	173
Relato de Caso: Latência aumentada da Bupivacaína Pesada em Raquianestesia	155	Anestesia regional em paciente portador de porfiria aguda intermitente.....	173
Resistência na retirada de cateter peridural.....	155	Anestesia venosa sem uso de bloqueador neuromuscular em paciente com Miastenia Gravis. Relato de Caso.....	174
Síndrome Dolorosa Complexa Regional: Relato de Caso.....	156	Anestesia venosa total em paciente portador de osteogênese imperfecta submetido a osteotomia de fêmur e tibia esquerda mais fixação de tutor intramedular.	174
Tatuagem e anestesia regional	156	Anestesia venosa total para nefrectomia bilateral em paciente portadora de doença renal policística autossômica dominante.....	175
Doenças Raras		Anisocoria durante anestesia de paciente com síndrome de Moebius: relato de caso.....	175
Abordagem de Vias Aéreas e Cuidados na Monitorização de Paciente Portador de Epidermolise Bolhosa Distrófica: Relato de Caso.....	157	Complicações anestésicas em pacientes submetidos à biópsia muscular para teste de suscetibilidade à Hipertermia Maligna.....	176
Amigdalectomia e deficiência do fator VII.....	157	Correção Cirúrgica de Pé Torto Congênito e Pseudosindactilia em Paciente Pediátrico Com Epidermolise Bolhosa: Relato de Caso.....	176
Anestesia em Criança com Síndrome Congênita de Fenda Mediana do Pescoço. Relato de caso.....	158	Crise Miastênica Após Cesariana sob Raquianestesia com Degeneração para Pneumonia.....	177
Anestesia em criança com Síndrome de Apert.....	158	Implante de Stent para Tratamento de Coarctação de Aorta em Criança.....	177
Anestesia em criança com síndrome de Down associada à síndrome de Treacher-Collins.....	159		

Intubação com fibrobronoscopia em paciente com polimiosite, limitação de abertura de boca e grande massa tumoral cervical. Relato de caso.....	178	Bloqueio espáncnico em paciente com dor abdominal de origem oncológica.	195
Linfocitose hemofagocítica - Relato de caso.....	178	Bloqueio simpático-torácico: útil para o tratamento da dor do membro fantasma?	196
Manejo anestésico de paciente com púrpura trombocitopênica crônica submetido a cirurgia de urgência.....	179	Cefaléia por síndrome da hipotensão líquórica idiopática: tratamento com <i>Blood Path</i>	196
Manejo Anestésico de paciente com Síndrome de Escobar: Relato de Caso	179	Dessensibilização central após uso prolongado de opioides em paciente oncológico terminal	197
Manejo anestésico em gestante com Síndrome de Brugada: relato de caso.	180	Diagnóstico diferencial da Síndrome Complexa de Dor Regional	197
Manejo anestésico em paciente portador de deficiência de AADC submetido à litotripsia extracorpórea.	180	Dor crônica pós toracotomia: relato de caso	198
Manejo perioperatório da hipertensão pulmonar	181	Dor neuropática crônica em território do nervo trigêmeo (V1 e V2) a direita em paciente submetida a ressecção cirúrgica por via transesfoidal de adenoma de hipófise.....	198
Manuseio Anestésico em paciente com Síndrome de Ehler-Danlos III	181	Drogadição de opióides em paciente sob tratamento para dor neuropática aguda – Relato de Caso.....	199
Neurofibromatose na urgência: relato de caso.	182	Estudo Piloto comparando bloqueio caudal com ultrassonografia e fluoroscopia.....	199
Quadro suspeito de hipertermia maligna: Relato de caso.....	182	Gabapentina no tratamento da dor persistente pós tratamento cirúrgico da síndrome do túnel do carpo. Relato de caso.	200
Relato de caso: anestesia em paciente com epidermólise bolhosa – cuidados e precauções	183	Hidrodissectomia Percutânea para Tratamento de Hérnia Discal Cervical	200
Sedação venosa para pacientes xifópagos com circulação sanguínea compartilhada.	183	Injeção inadvertida de corticosteroide associado ao anestésico local no espaço subaracnoideo: relato de caso	201
Síndrome de Edwards e Manuseio Anestésico: Relato de Caso.....	184	Neurólise de plexo lombar para tratamento de dor em paciente com luxação do quadril, portador de síndrome do encarceramento.....	201
Sinusectomia em paciente com síndrome de Kartagener - relato de caso	184		
Videoendoscopia digestiva como alternativa no manejo de via aérea difícil em paciente com Síndrome de Treacher Collins. Relato de caso.....	185		
Dor aguda		Ensino em Anestesia	
Acupuntura como tratamento complementar ao manejo farmacológico da dor, náuseas e vômitos após cesarianas	185	Avaliação através de imagem ultrassonográfica da referência anatômica correspondente à linha de Tuffier em amostra populacional de um Hospital Escola do Distrito Federal.....	202
Avaliação da analgesia e consumo de opióides no pós-operatório com o uso da clonidina na indução anestésica.	186	Desenvolvimento do curso introdutório para residentes de anestesiologia (Cipra): o residente mais experiente como professor.....	202
Avaliação da analgesia pós-operatória com dose única de Cetoprofeno 100mg intravenoso versus 40mg de Parecoxib intravenoso durante indução anestésica em pacientes submetidos a colecistectomia aberta.....	186	Ensino-aprendizagem da Segurança do Paciente no Curso de Graduação de Medicina em Universidade Brasileira	203
Avaliação de dor pós-operatória após artroplastia total de joelho em um hospital particular no Estado de São Paulo: analgesia peridural x bloqueio de nervos periféricos	187	Narração Reflexiva - Projeto Bandeira Científica.....	203
Avaliação do efeito analgésico da infiltração de Bupivacaína em ferida operatória de colecistectomia aberta em pacientes da Santa Casa de Misericórdia de Sobral.....	187	Participação da Anestesiologia no Ensino-aprendizagem da Segurança do Paciente no Curso de Graduação de Medicina.....	204
Bloqueio do Plano Transversus Abdominis Bilateral Via Subcostal em Paciente Obeso Mórvido Submetido a Gastroplastia Aberta Sob Anestesia Venosa Total	188	Revisões Sistemáticas em Anestesiologia: qual seu real valor para a prática clínica?204	
Cistite Intersticial induzida por Cetamina.....	188		
Comparação de técnicas analgésicas em cirurgias do abdome superior através de medidas de peak flow	189	Estudos experimentais	
Dor em pós-operatório de cirurgias de pé e tornozelo: um estudo prospectivo.....	189	A anestesia balanceada com sevoflurano pode induzir danos no DNA e estresse oxidativo em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos minimamente invasivos?	205
Dor pós-craniotomia eletiva decorrente do manejo inadequado do fenômeno doloroso.....	190	Alterações hemodinâmicas no tratamento da intoxicação por bupivacaína com três soluções lipídicas. estudo experimental em suínos.....	205
Dor, náuseas e vômitos após nefrectomias para tratamento de câncer.....	190	Avaliação do dano genético no uso repetido de anestésicos locais: um estudo experimental em ratos	206
Ensaio clínico triplo-cego comparando eficácia do parecoxib e cetoprofeno	191	Avaliação do efeito do Sulfato de Magnésio em dose única sobre o início de ação e duração clínica do bloqueio neuromuscular induzido pelo Rocurônio.....	206
Hemorragia Digestiva Alta após bloqueio de plexo celíaco guiado por tomografia computadorizada.....	191	Dose única de parecoxibe previne lesão tubular e resposta inflamatória determinadas por choque hemorrágico em ratos.	207
Infusão contínua de anestésico local em ferida operatória: ensaio clínico randomizado.....	192	Efeito da associação da l acetil carnitina com o ácido alfa lipóico sobre a dor aguda, em ratos.	207
Perfil de Prescrição de Fármacos Opióides por Médicos do Corpo Clínico do Hospital Ernesto Dornelles - Porto Alegre / RS.....	192	Efeito da associação Ropivacaína-Pancurônio na transmissão neuromuscular. eficácia da neostigmine e 4-aminopiridina na reversão do bloqueio. estudo experimental. ..	208
Prevalência, tratamento e fatores preditores da dor pós-operatória em pacientes submetidos á cirurgia cardíaca	193	Efeitos da Dexmedetomidina sobre a lesão de isquemia e reperfusão renal em ratos: avaliação pela NGAL, histologia	208
Relato de caso: analgesia controlada pelo paciente com fentanil em criança.....	193	Efeitos da diluição com soro fisiológico aquecido e da pressurização nas características do concentrado de hemácias. Estudo <i>in vitro</i>	209
Tratamento do estado de mal-enxaquecoso pela anestesia geral. Relato de caso	194	Evidência de ação pré e pós-sináptica dos anestésicos locais. estudo experimental 209	
Dor Crônica e Cuidados Paliativos		Influência da idade na percepção nociceptiva de ratas ooforectomizadas em modelos de hipernocicepção mecânica	210
Bloqueio de fibras sacrais com fenol a 5% em paciente com dor oncológica refratária.....	194	O efeito da infusão de lidocaína trans-operatória na prevenção da hiperalgesia induzida pelo remifentanil	210
Bloqueio do Ganglio Ímpar por Radiofrequência na dor perianal	195		

Parecoxibe diminui lesão renal em modelo de isquemia e reperfusão. Estudo experimental em ratos utilizando NGAL como biomarcador precoce de lesão renal. . 211	Edema Pulmonar por Pressão Negativa em Bloqueio Neuromuscular Residual após o uso de rocurônio – Relato de Caso.....228
Qualidade da recuperação da anestesia em pacientes submetidos à anestesia geral balanceada ou venosa total. estudo piloto prospectivo e randomizado 211	Edema pulmonar por pressão negativa no pós-operatório imediato de mamoplastia redutora em regime ambulatorial.229
Eventos Críticos e Complicações	Edema pulmonar por pressão negativa pós-extubação traqueal – Relato de caso....229
A anemia e os Testemunhas de Jeová: revisão sistemática de pacientes com concentrações abaixo de 3g/dl.....212	Embolia aérea durante intraoperatório de hepatectomia. Relato de caso.....230
Acidose láctica no pós-operatório de cirurgia urológica em paciente usuário prévio de metformina.....212	Embolia gasosa durante videolaparoscopia: relato de caso230
Agitação psicomotora pós bloqueio de plexo braquial.....213	Emulsão lipídica a 10% na reversão de fibrilação ventricular por uso inadvertido de bupivacaína em solução cardioplégica durante valvuloplastia aórtica. Relato de caso.....231
Alterações volêmicas após cirurgias de contorno corporal. É possível controlar? Sugestão de protocolo.....213	Episódio de taquicardia ventricular monomórfica sustentada no pós operatório imediato de laparotomia exploradora.....231
667 – Anestesia em paciente com derrame pericárdico grave214	Fatores de risco para hipotermia não intencional intra-operatória.....232
563 – Aspiração de prótese dentária com uso de máscara laringea.....214	Fibrilação atrial desencadeada por implante de Cateter Venoso de Longa Permanência - Relato de Caso232
A assistolia em paciente idoso durante a laringoscopia direta em cirurgia para revascularização do miocárdio215	Fístula cutânea-liquórica. uma complicação rara da anestesia peridural233
Associação de Dexmedetomidina e bloqueio peridural repercutindo com bradicardia grave215	Fistula liquórica pós anestesia raquidiana - Relato de caso233
Avaliação da implantação de um protocolo para profilaxia de náuseas e vômitos no pós-operatório216	Hemodiálise no intraoperatório de cirurgia emergencial para correção de hipercalemia refratária.....234
Avaliação no tratamento da cefaleia pós-punção em um grupo de anesthesiologistas216	Hemofilia a não relatada na avaliação pré-anestésica de urgência. relato de caso234
Bloqueio átrio-ventricular completo durante introdução do fio guia na punção venosa central em paciente com bloqueio ramo esquerdo prévio.....217	Hemorragia Subaracnóideia traumática: diagnóstico durante a raquianestesia. Relato de caso.....235
Bloqueio átrio-ventricular total durante indução anestésica. Relato de caso e considerações sobre o manejo de bradiarritmias no intra-operatório.....217	Hipertermia no TRM cervical agudo. Relato de caso235
Bloqueio Intermitente de Ramo Esquerdo Descoberto Durante a Anestesia218	Incapacidade de ventilação do paciente após indução anestésica236
Bloqueio Subdural Acidental - Caso Suspeito.....218	Incidência de parada cardíaca e mortalidade durante a anestesia em hospital universitário de atendimento terciário no período de 2005 a 2012236
Broncoaspiração em pacientes com jejum prolongado.....219	Infarto agudo do miocárdio após implante de marcapasso. Relato de caso.....237
Cefaléia pós-punção acidental da dura-máter em paciente idoso. Relato de caso.....219	Infusão endovenosa inadvertida de levobupivacaína em pós operatório de cirurgia cardíaca minimamente invasiva: relato de caso.....237
Comparação entre a incidência de parada cardíaca e óbito em pacientes geriátricos em hospital universitário de atendimento terciário nos períodos de 1996 a 2003 e de 2004 a 2011220	Injeção subaracnóideia acidental de anestésico local após bloqueio epidural- importância da monitorização cerebral238
Complicações da raquianestesia em vigência de síndrome compartimental pós-trauma: relato de caso220	Injúria do nervo fibular associada à posição de litotomia.238
Concentração de hemoglobina e sobrevida: revisão sistemática sobre níveis abaixo de 3g/dl221	Insuficiência respiratória após reversão farmacológica de bloqueador neuromuscular em gestante com eclâmpsia.....239
318 – Condução de um paciente hemofílico submetido à cirurgia ortopédica: relato de caso221	Intoxicação por sulfato de magnésio em cesareana de urgência239
Conduitas sob condições limitadas em regiões isoladas- relatos de casos222	Intoxicação por anestésico local em bloqueio do plexo braquial – relato de caso.....240
Consciência intra-operatória - Relato de caso222	Lesão neurológica após realização de tampão sanguíneo peridural para tratamento de cefaléia pós-punção da dura-máter.240
698 – Convulsão após bloqueio interescafélico com uso de mistura de Lidocaína e Bupivacaína223	Manejo Anestésico em Angioplastia Complicada com Perfuração de Coronária Direita, Relato de Caso.....241
Crise convulsiva após infusão venosa de Gadolínio: relato de caso223	Manejo anestésico em criança com história familiar positiva de Hipertermia Maligna.....241
Déficit neurológico pós operatório em anestesia combinada para exenteração pélvica.....224	Manejo anestésico para cirurgia ortopédica em paciente jovem vítima de infarto agudo do miocárdio.....242
Depressão respiratória com remifentanil na sala de recuperação pós anestésica.....224	Mielite Transversa Aguda pós Raquianestesia242
Depressão respiratória prolongada por opióide.....225	Óbito envolvendo tratamento de derrame pleural e tamponamento cardíaco em criança devido a tumor de mediastino: relato de caso.....243
Depressão respiratória secundária ao uso de opióides no neuroeixo.....225	Obstrução de tubo aramado em cirurgia pediátrica.....243
Dermatite pós-operatória relacionada à posição de litotomia226	Parada Cardio-Respiratória após Raquianestesia em Paciente Vítima de Trauma Ortopédico.244
Diagnóstico de infarto agudo do miocárdio após trauma torácico fechado em adulto jovem durante avaliação pré-anestésica226	Parada Cardiorespiratória em Raquianestesia244
Distúrbio eletrolítico com arritmia intra-operatória em ressecção transuretral de bexiga.....227	Parada cardiopulmonar em cesariana.....245
Edema Agudo Pulmonar Após Uso de Naloxona.....227	Perda da acuidade visual pós cirurgia de coluna cervical. Relato de caso.....245
Edema pulmonar por pressão negativa228	Pesquisa de Corpos Estranhos Retidos em Filtros de Partículas de Equipos de Soros Utilizados em Pacientes Submetidos a Anestésias Ambulatoriais246
	Pneumoencéfalo pós-injeção intratecal de quimioterápico – Relato de Caso.246

Prevalência de hipotermia não intencional em hospital quaternário da cidade de São Paulo	247	Manta de aquecimento resistivo na prevenção de hipotermia intraoperatória: Ensaio clínico randomizado	263
Quebra do cateter peridural no espaço peridural – relato de caso	247	Parada cardíaca relacionada a anestesia e perioperatória. Revisão sistemática com meta-análise proporcional e meta-regressão.....	264
Reação alérgica à solução de gelatina a 3,5%. Relato de caso	248	Monitorização e Avanços Tecnológicos	
Reação alérgica ao azul patente em quadrantectomia com biópsia de linfonodo sentinela. Relato de Caso.....	248	Alterações no índice bispectral relacionadas à hipoglicemia.....	264
Reação alérgica ao látex: relato de caso	249	Concordância do monitoramento não invasivo da hemoglobina pelo CO-oxímetro de pulso (SpHb) com a medição invasiva do laboratório.....	265
Reação alérgica ao Sugamadex em cirurgia para correção de prognatismo. Relato de Caso.....	249	Erro de aferição da pressão arterial invasiva em paciente com doença aterosclerótica: relato de caso	265
Reação anafilática ou síndrome do homem vermelho após administração de Vancomicina. Relato de caso	250	Interferência da movimentação no método oscilométrico de medida de pressão arterial.....	266
Reação hemolítica transfusional durante amputação de membro inferior. Relato de caso.....	250	Monitorização eletroencefalográfica com CSI e morte encefálica.....	266
Relato de Caso – Reação Anafilática/Anafilatoide (RAA) Grau III durante indução de Anestesia Geral para realização de Artrodese de coluna lombo sacra com posterior realização do procedimento.....	251	Monitorização Hemodinâmica na Avaliação de Reserva Funcional Hepática no Intra-operatório.....	267
Risco de broncoaspiração em paciente utilizando liraglutida	251	Posicionamento alternativo dos eletrodos do BIS em cirurgia de ressecção de tumor frontal.....	267
Síndrome da embolia gordurosa na sala de recuperação pós-anestésica	252	Punção de veia jugular interna guiada por ultrassom – Relato de uma série de casos em um centro de ensino e treinamento (CET).....	268
Tamponamento pericárdico diagnosticado na sala de recuperação pós-anestésica	252	Sensor BIS em posição alternativa	268
Taxa de supressão no BIS em paciente com choque hemorrágico.....	253	Síndrome de Leiden e correção de defeito do septo atrioventricular em paciente pediátrico - relato de caso	269
Transfusão sanguínea maciça durante exérese de tumor renal.....	253	Uso do BIS na endarterectomia carotídea- Relato de caso	269
Tromboembolismo Pulmonar Bilateral em Cirurgia de Fêmur – Relato de caso.....	254	Uso do ultrassom transtorácico no diagnóstico de choque.....	270
Tromboembolismo pulmonar pós fixação ortopédica de fratura de fêmur	254	Outros	
Uso de cocaína relacionado a hemorragia intracerebral em adulto jovem. Relato de Caso.....	255	Análise da qualidade de vida entre os anestesiológicos e médicos em especialização de um serviço privado do estado de São Paulo.....	270
Ventilação não invasiva para tratamento de edema pulmonar por pressão negativa.....	255	Avaliação da vigilância em anestesiologia após um plantão de 24 horas.....	271
Interações Medicamentosas		Avaliação das modificações da técnica de indução em sequência rápida para cirurgias de emergência no hospital geral de Nova Iguaçu no período de julho/11 a julho/12.....	271
Efeito do droperidol e ondansetrona no intervalo QT em pacientes submetidos a anestesia geral: Revisão sistemática.....	256	Cistolitotomia em paciente portadora de SIDA, mielopatia herpética e síndrome do QT longo.	272
Hipotensão arterial persistente durante raquianestesia em paciente usuário de amitríptilina	256	Correlação da técnica anestésica com a ocorrência de metástase em pacientes com câncer primário de mama em centro de referência no tratamento do câncer na amazônia ocidental	272
Hipotensão arterial refratária perioperatória em paciente idosa	257	Distúrbio iatrogênico da coagulação: papel da tromboelastometria na elucidação diagnóstica - Relato de caso	273
Interação entre bloqueador neuromuscular e a clindamicina.....	257	Hemodiluição normovolêmica aguda em paciente com incompatibilidade sanguínea submetido a cirurgia de grande porte	273
Medicina Perioperatória		IAM por hipotensão grave após Dipirona em Bolus.....	274
Adaptação transcultural e validação do instrumento de avaliação STOP BANG em pacientes brasileiros com apnéia obstrutiva do sono	258	Influência do sulfato de magnésio na duração do bloqueio neuromuscular e dor pós-operatória: Ensaio clínico randomizado duplamente encoberto.....	274
Análise do nível de informação a cerca da hipertermia maligna entre os anestesiológicos de um hospital terciário privado do estado de São Paulo – resultados parciais.....	258	Lesão pulmonar aguda associada a transfusão em pós-operatório de laparotomia exploradora. Relato de caso.....	275
Anestesia em paciente portadora de LES e SAAF	259	Manejo anestésico para perfusão isolada de membro inferior para tratamento de melanoma – Relato de Caso	275
Avaliação da diferença entre o peso aferido e o auto-referido pelo paciente durante a consulta pré-anestésica no ambulatório do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC)	259	O papel do anestesiológico na visão do paciente	276
Avaliação do Ambulatório Pré-anestésico do Hospital Escola – UFPEL – A visão do Paciente.....	260	Perfil e frequência de efeitos colaterais em unidade de recuperação pós anestésica de medicina diagnóstica	276
Conduta anestésica perioperatória em pacientes com insulinoma	260	Presença de Artefato em Crianças Submetidas a Sequência FLAIR da Ressonância Nuclear Magnética, sob Anestesia Geral com FIO2 a 100%.....	277
Elaboração e validação de questionário auto aplicado para avaliação pré-operatória: estudo piloto	261	Qualidade de vida dos anestesiológicos do estado do Pará.....	277
Exames complementares: relação custo-benefício em um hospital universitário.	261	Tromboembolismo Pulmonar após Abdominoplastia com Anestesia Peridural.....	278
Hipocalcemia severa interferindo no ato anestésico - Relato de caso	262	Reanimação e Ressuscitação	
Importância da avaliação pré-anestésica sobre a ansiedade e depressão em pacientes oncológicos	262	Cardioversão elétrica em paciente em posição prona: relato de caso.	278
Incidência de náuseas e vômitos no pós-operatório de cirurgias oncológicas de grande porte	263	Histologia e expressão de citocinas renais imediatas à ressuscitação fluidica de ratos submetidos à hemorragia aguda sob anestesia pelo sevoflurano.....	279

Manejo de paciente vítima de ferimento por arma de fogo com lesão cardíaca em toracotomia de emergência – relato de caso	279	Obstrução de via aérea superior secundária a lesão por papiloma vírus humano	297
O Papel da Reposição Volêmica Adequada no Choque Hemorrágico.....	280	Relato de Caso - Via aérea difícil em um portador de artrite reumatóide e a escolha da técnica de intubação.	297
Terapia intensiva		Sedação para Intubação Acordada sob Broncofibroscopia Flexível: Arte ou Ciência?298	
A administração conjunta e isolada de neostigmina e/ou atropina no pós-operatório não altera a sobrevida dos animais em sepsis experimental.....	280	Segurança da fibrobroncoscopia ótica para obter via aérea em paciente com massa cervical volumosa	298
Vias Aéreas		Uso de dexmedetomidina para intubação orotraqueal em paciente acordado com espondilolistese.....	299
Abordagem anestésica de paciente com bócio colóide gigante	281	Uso de laringoscópio vídeoassistido como primeira opção na intubação falhada relato de caso	299
Airtraq® para Intubação Orotraqueal em Paciente em Pós-operatório Tardio de Linfadenectomia Cervical + Radioterapia.....	281	Uso do Bougie para intubação traqueal: avaliação e capacitação de médicos e internos do curso de medicina	300
Anestesia em paciente com Síndrome de Hurler.....	282	Via Aérea Difícil em cirurgia cardíaca	300
Anestesia em paciente portador de má-formação congênita dos maxilares com fusão do processo coronóide da mandíbula na porção posterior da maxila: relato de caso.....	282	Via Aérea Difícil em Pediatria: Anestesia em paciente com MAV e Linfohemangioma de língua – Relato de Caso	301
Anestesia geral em paciente com Sequência de Pierre-Robin.....	283	Via aérea difícil não reconhecida: obstrução parcial da laringe por corpo estranho esofágico	301
Anestesia geral em paciente portadora de síndrome da veia cava superior.....	283	Videolaringoscópio na via aérea emergencial - relato de caso.....	302
Anestesia para fechamento de fístula traqueocutânea	284		
Associação de laringoscopia direta à broncoscopia flexível em via aérea difícil	284		
Associação do videolaringoscópio a intubação acordada como abordagem inicial em via aérea difícil emergencial.....	285		
Avaliação de eficácia da intubação orotraqueal difícil com dispositivo de vídeo intubação	285		
Broncofibroscopia para Intubação Nasotraqueal em Trauma Extenso de Face.....	286		
Desafio no Manejo da via aérea na Angina de Ludwig.....	286		
Efeito do óxido nítrico na pressão intrabalonete de tubos traqueais – ensaio clínico randomizado.....	287		
Estenose glótica crítica e pneumotórax hipertensivo após CPRE.....	287		
Fatores associados a pressão de insuflação do balonete em um hospital universitário	288		
Inserção da máscara laríngea Supreme, comparação entre a técnica guiada por “Gum Elastic Bougie” e a técnica clássica - ensaio clínico randomizado.....	288		
Intubação acordada com uso de fibroscópio em paciente com aquilose bilateral de articulação temporomandibular.....	289		
Intubação com fibrobroncoscopia em paciente com espondilite anquilosante e duas traqueostomias pré-operatórias prévias- Relato caso.....	289		
Intubação endotraqueal em paciente com Angina de Ludwig.....	290		
Intubação por nasofibroscopia em paciente com tumoração cervical anterior. Relato de caso.	290		
Intubação Traqueal por Videolaringoscopia em Paciente com Abertura Oral < 1 cm: Relato de Caso.....	291		
IOT com videolaringoscópio em paciente com lesão de coluna cervical	291		
Laringoscopia guiada por luz retrógrada em paciente com preditores de via aérea difícil.	292		
Manejo da via aérea em paciente com trauma cervical penetrante.....	292		
Manejo de via aérea difícil após ressecção oncológica em região de cabeça e pescoço	293		
Manuseio da via aérea na Traqueobroncopatia Osteocondroplástica	293		
Manuseio de Via Aérea Difícil com Intubação em Paciente Acordado para Glossoplastia.....	294		
Método para insuflação dos balonetes de cânulas endotraqueais limitando sua pressão	294		
Nem sempre o fibroscópio é a solução para a intubação difícil – Relato de caso	295		
O desafio da via aérea difícil em crianças – relato de caso.....	295		
Obstrução De Via Aérea Alta Em Paciente Submetida a Cirurgia Ortopédica. Relato De Caso.	296		
Obstrução de via aérea por áscaris lumbricoides.....	296		

A BUSCA DA GESTÃO CUSTO EFETIVA - SÉRIE HISTÓRICA DE UMA DÉCADA DO CONSUMO E CUSTOS DE OPIÓIDES USADOS NO SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA E MEDICINA PERIOPERATÓRIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

AUTORES:

Larissa Schultz, Luciana Cadore Stefani, Elaine Aparecida Felix, Eduardo Kohls Toralles, Carolina Quintana de Quardos Brenner*.

INSTITUIÇÃO:

Centro de Ensino e Treinamento do Serviço de Anestesiologia e Medicina Perioperatória do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Departamento de Cirurgia da UFRGS.

INTRODUÇÃO: A anestesia, pela sua grande abrangência, tem participação substancial nos custos dos serviços de saúde. Os opióides são componentes essenciais da anestesia, sendo que a entrada de novas opções, como o Remifentanil (remi) em 2002, ocasionou mudança substancial nas técnicas anestésicas. É essencial conhecer o perfil de consumo dos opióides para identificar alternativas de gestão que tornem mais custo-efetiva a entrada de novos fármacos. **OBJETIVO:** Identificar o perfil histórico de consumo e dos custos dos opióides num hospital público universitário. **Metodologia:** Revisão do banco de dados de Informações Gerenciais (IG) do HCPA, no período de 2002 a 2012, quando foram realizadas 146.807 anestésias gerais, buscando o consumo, o custo médio anual (em miligramas) e o montante investido (em reais) em Fentanil (fenta) e Remifentanil. As mudanças no comportamento dos anestesistas foram percebidas pela avaliação do perfil de uso de ambos os fármacos. As informações sobre os fármacos foram registradas em tabelas de contingência para análise estatística pelo programa Excel 2007. **RESULTADO:** O número de procedimentos realizados com anestesia geral aumenta, em média, 2,3%/ano. A entrada do remi em 2002 promoveu de imediato uma queda de 15% no consumo de fenta. O consumo anual médio de remi (mg) aumentou progressivamente de 2002 a 2012, com acréscimo de 475,7%, aumento médio de 20,5% ao ano, enquanto a variação do custo por mg aumentou 98%, de R\$ 10,8/mg a R\$ 21,4/mg. O consumo médio de fenta teve um decréscimo de 3,6%, queda em média de 0,2% ao ano, ao passo que o custo/mg sofreu queda de 42,8%. Observa-se que o remi era 1,6 vezes mais caro que o fenta no início da década, esta proporção sofreu aumento progressivo a partir de 2007, culminando em 2012 com um aumento de 5,6 vezes. O investimento anual em reais no remi elevou-se 1039% no decorrer dos 10 anos, enquanto o fentanil sofreu redução de 45%, sem relação com o aumento de procedimentos. **CONCLUSÃO:** O perfil de uso de opióides mudou drasticamente no SAMPE, com maior impacto a partir de 2007. O alto consumo de Remifentanil confirma a gradual substituição do Fentanil como principal opióide em uso durante as anestésias gerais. Surpreende a elevação progressiva do custo/mg do remi que atingiu um patamar de 5 vezes maior em relação ao fenta. Tal mudança refletiu em um aumento significativo do valor gasto em opióides em mais de 1000%. Medidas gerenciais e educacionais devem ser desenvolvidas como protocolos assistenciais e treinamento para otimizar o uso do Remifentanil na prática anestésica. **REFERÊNCIA:** 1. Rinehardt E, Sivarajan M. Costs and wastes in anesthesia care. *Curr Opin Anesthesiol* 2012;25:221-225.

AVALIAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL SISTÊMICA PRÉ-OPERATÓRIA DOS PACIENTES DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OSWALDO CRUZ

AUTORES:

José Erickson Torres Lopes Filho*, Jane Auxiliadora Amorim, Cláudio de Almeida Caraciolo e Silva, Rogério Camilo Alcoforado Barroso Braga, Felipe Lira Tavares, Ana Karla Arraes Von Sohsten.

INSTITUIÇÃO:

GET HR/HGV/HUOC.

INTRODUÇÃO: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença que afeta aproximadamente 1 bilhão de pessoas e é responsável por 7,5 milhões de mortes/ano. Estudos mostraram que a manutenção de níveis pressóricos normais no pré-operatório depende de múltiplos fatores sendo este um dos principais motivos de suspensão de cirurgias eletivas. O objetivo deste estudo foi avaliar o perfil da pressão arterial sistêmica pré-operatória de pacientes programados para cirurgias eletivas. **MÉTODO:** Foram avaliados retrospectivamente os valores de pressão arterial registrados na sala de preparo e cuidados pré-operatórios no período de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2012 e classificados em normotensos ou hipertensos de acordo com as diretrizes de HAS da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Além dos níveis tensionais também foram colhidos dados referentes à idade, gênero, cirurgia proposta, realização de consulta pré-anestésica e motivo da suspensão da cirurgia. Foram excluídos pacientes menores de 18 anos e registros incompletos ou ilegíveis. Foi considerada diferença estatisticamente significativa valores de $p < 0,05$. **RESULTADO:** Foram encontrados os registros de 2132 pacientes, excluídos 492 restando para análise 1640, dos quais 872 (53,1%) apresentaram valores pressóricos normais e 768 (46,9%) compatíveis com hipertensão arterial. Entre os hipertensos, 356 (21,7%) pertenciam ao estágio 1; 252 (15,3%) ao estágio 2; e 160 (9,7%) ao estágio 3. A HAS foi mais prevalente nos homens (52,1% vs. 44%, $p < 0,05$); na faixa etária ≥ 65 anos (67,2% vs. 39,6%, $p < 0,05$); nos que não haviam realizado consulta pré-anestésica (53,3% vs. 12,8%, $p < 0,05$); e naqueles programados para cirurgias urológicas (57,4% vs. 43,8% demais especialidades, $p < 0,05$). A HAS foi motivo de suspensão em 128/7,8% dos casos. **CONCLUSÃO:** Neste estudo 46,9% dos registros de pressão arterial estavam acima dos limites da normalidade. Esta elevada prevalência, seja pelo estresse pré-operatório ou HAS crônica, é preocupante na medida que a HAS aumenta a morbimortalidade. Neste contexto, entre as variáveis avaliadas foi observado que a consulta pré-anestésica foi capaz de reduzir consideravelmente esses índices (12,8% vs. 53,3% sem consulta, $p < 0,05$), confirmando a importância do ambulatório de consulta pré-anestésica como indicador de qualidade e segurança. **REFERÊNCIA:** Susan F. Lien, John D. Bisognano. Perioperative Hypertension: Defining At-Risk Patients and Their Management. *Curr Hypertens Rep.* 2012; 14:432-441. John W. Sear. Perioperative Control of Hypertension: When Will It Adversely Affect Perioperative Outcome? *Curr Hypertens Rep.* 2008 Dec;10(6):480-7.

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA: PARTICIPAÇÃO DO ANESTESIOLOGISTA NO BRASIL

AUTORES:

Airton Bagatini, José Mariano Soares de Moraes, João Henrique Silva, Luis Antonio dos Santos Diego, Fabiane Cardia Salman, Antônio Fernando Carneiro.

INSTITUIÇÃO:

Sociedade Brasileira de Anestesiologia.

INTRODUÇÃO: O programa “Cirurgia Segura Salva Vidas” (CSSV/OMS)¹ recomenda a aplicação de uma lista de verificação (*checklist*) de segurança em três momentos cirúrgicos e possui a expectativa de “melhorar a segurança da assistência cirúrgica no mundo por meio da definição de um conjunto central de padrões de segurança [...]”. O objetivo do estudo foi avaliar o conhecimento do programa CSSV, as atitudes e a prática do anestesista que atua no Brasil. **MÉTODO:** O estudo foi aprovado pelo CEP e todos os participantes firmaram o TCLE. Foi realizado estudo transversal com a aplicação de questionário eletrônico online, aos anestesistas participantes do 59º CBA, em BH/MG, apresentando perguntas com respostas em escalas categóricas e de Likert. Análises univariadas compreenderam testes t de Student para amostras independentes (variáveis contínuas) e testes do qui-quadrado com correção de Yates (variáveis categóricas). Testes t de Student foram utilizados para comparar os grupos, definidos pela variável de desfecho do estudo (uso ou não-uso em 70% ou mais dos procedimentos). Foram considerados estatisticamente significantes valores de $<0,05$. **RESULTADO:** O total da amostra foi de 459 participantes, dentre os quais 116 (25,3%) afirmaram participar do CSSV/OMS em 100% dos procedimentos e 134 (29,2%) em cerca de 70% dos procedimentos, perfazendo um total de 250 (54,5%) com participação em cerca de 70% ou mais procedimentos. Entretanto, 72 participantes (15,7%) afirmaram nunca ter participado do *checklist* e 137 (30%) utilizam em cerca de 50% dos procedimentos ou menos. Considerando o grupo que utiliza em cerca de 70% dos procedimentos ou mais como o grupo de desfecho, foi verificado que existe maior aderência ao *checklist* dos profissionais que: possuem pós-graduação lato senso ($p<0,006$), que atuam em instituições privadas ($p<0,01$) e já conheciam o programa CSSV da OMS ($p<0,001$). Também observou-se a sua maior utilização em procedimentos de maior complexidade ($p<0,001$). Para as variáveis: sexo, tempo de formado e local de atuação (dentro ou fora do centro cirúrgico), não foi verificada diferença significativa entre os grupos ($p\geq 0,05$). **CONCLUSÃO:** Apesar da divulgação do programa no Brasil, a prática do *checklist* ainda não é corrente. Entretanto, o curso de pós-graduação (lato senso) favorece a aderência ao *checklist*, assim como a oportunidade de os anestesiólogistas terem tido conhecimento do programa da OMS e atuarem em instituições privadas e cirurgias de maior complexidade. **REFERÊNCIA:** 1.MS/OPAS/ANVISA. Cirurgias Seguras Salvam Vidas – Manual. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvsmms/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf Acessado em 26/05/2013.

CONSTRUÇÃO DE UMA FERRAMENTA PARA MEDIDA DE PERCEPÇÕES SOBRE O USO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO CIRÚRGICA (CHECKLIST OMS)

AUTORES:

Fabiane Cardia Salman, Luis Antonio dos Santos Diego, João Henrique Silva, José Mariano de Moraes, Getúlio Rodrigues de Oliveira Filho, Antônio Fernando Carneiro.

INSTITUIÇÃO:

Sociedade Brasileira de Anestesiologia.

INTRODUÇÃO: Em 2009, a OMS lançou o programa “Cirurgia Segura Salva Vidas (CSSV)”, recomendando a aplicação da lista de verificação cirúrgica (*checklist*), a qual determina três pausas no perioperatório para a conferência de itens relacionados à segurança do procedimento. Embora a aplicação do *checklist* demande pouco tempo, ela necessita ser aplicadas em três momentos durante o período perioperatório. Considerando que a aderência ao programa depende essencialmente de atitudes e percepções positivas em relação à sua utilidade e aplicabilidade, que devem poder ser mensuradas, este estudo teve por objetivo o desenvolvimento de uma ferramenta para medida das percepções dos anestesiólogistas em relação ao uso do *checklist* no período perioperatório. **MÉTODO:** O estudo foi aprovado pelo CEP e todos os participantes firmaram o TCLE. Foi realizado estudo transversal com a aplicação de questionário eletrônico on line, aos anestesistas participantes do 59º CBA, em BH/MG, constando de itens relativos a percepções e atitudes quanto à aplicabilidade e à utilidade do *checklist*, medidos em escalas tipo Likert de 5 postos (discordo totalmente, discordo parcialmente, neutro, concordo parcialmente e concordo totalmente). Após seleção dos itens segundo coeficientes de correlação corrigidos com o escore total calculado o coeficiente alfa de Cronbach, os itens restantes foram submetidos a análise fatorial pelo método de componentes principais com rotação ortogonal, destinada à identificação da estrutura fatorial do instrumento. Neste processo, os itens com conotação negativa foram invertidos, de modo a produzir um instrumento com escala média máxima igual a 5 pontos, representando as melhores atitudes e percepções em relação ao *checklist*. **RESULTADO:** O total da amostra foi de 459 participantes. O questionário composto por 7 itens apresentou coeficiente de confiabilidade de 78%. Dois fatores (F_1 = percepção sobre a utilidade e F_2 = percepção sobre a aplicabilidade), explicaram 58% da variância dos escores. **CONCLUSÃO:** O questionário de 7 itens mostrou adequada consistência interna (coeficiente alfa de Cronbach maior que 0,7) e uma estrutura fatorial bem delimitada, podendo ser utilizado como ferramenta para medida das percepções de anestesiólogistas quanto à utilidade e a aplicabilidade do *checklist* do Programa Cirurgia Segura Salva Vidas da OMS. **REFERÊNCIA:** 1.MS/OPAS/ANVISA. Cirurgias Seguras Salvam Vidas – Manual. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvsmms/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf Acessado em 26/05/2013.

EMPREGO DO QUESTIONÁRIO QOR40 PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE RECUPERAÇÃO DA ANESTESIA PARA CIRURGIAS OTORRINOLARINGOLÓGICAS

AUTORES:

Gustavo Farinha Pinto Saraiva, Nathália Vianna de Matos Leite, Fábio Caetano Oliveira Leme, Eduardo Toshiyuki Moro, Bernardo Roveda Noronha*.

INSTITUIÇÃO:

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

INTRODUÇÃO: O objetivo do presente estudo foi avaliar a qualidade da recuperação da anestesia para cirurgias otorrinolaringológicas por meio da utilização do questionário QoR-40, um instrumento indicado para esse fim e que possui 40 questões divididas em 5 dimensões: estado emocional, conforto físico, apoio psicológico, independência física e dor. **MÉTODO:** Após a aprovação do CEP da FCMS da PUC-SP foram avaliados 30 pacientes submetidos à anestesia geral para realização de cirurgias otorrinolaringológicas no Hospital Santa Lucinda e aptos a participar desse estudo clínico prospectivo. Os pacientes foram submetidos, de forma aleatória, à anestesia venosa total (remifentanil e propofol) ou balanceada (remifentanil e sevoflurano). Ambos administrados rocurônio antes da intubação traqueal. Após o fim do procedimento, os pacientes foram encaminhados para a sala de recuperação da anestesia (SRPA) e permaneceram no setor até a obtenção do critério para a alta. No dia seguinte, os pacientes foram submetidos ao questionário QoR -40 por dois alunos do curso de medicina. A qualidade da recuperação, graduada de 40 a 200 pontos, foi comparada entre os grupos. A consistência interna do instrumento foi avaliada através das correlações de Cronbach's Alpha e Split-Half. **RESULTADO:** Foram avaliados 30 pacientes, 57% do sexo feminino, estado físico ASA 1 (57%) ou 2 (43%). A idade média da amostra foi de 41 anos. As durações médias dos procedimentos cirúrgicos e do tempo de permanência na SRPA foram de 155 e 72 minutos, respectivamente. A consistência interna para todas as dimensões foi confirmada pelos testes de correlação. O valor médio do QoR foi de 186,3. Das cinco dimensões que compõe o questionário, os itens "dor" e "conforto" foram os que apresentaram maior correlação com o QoR total. Quando comparados os escores do questionário segundo o sexo, o estado físico, tipo de cirurgia ou a duração da cirurgia, não foram observadas diferenças significativas. Em relação à dimensão conforto, foi observado que o escore aumenta com a idade. **CONCLUSÃO:** Segundo os pacientes, a qualidade da recuperação da anestesia para cirurgias otorrinolaringológicas foi adequada. O instrumento empregado, questionário QoR40, apresentou confiabilidade e foi facilmente aplicado. O resultado não foi influenciado pelo sexo, duração da cirurgia ou estado físico. Para a dimensão conforto, a idade deve ser considerada. **REFERÊNCIA:** 1. Myles PS, Weitkamp B, Jones K et al. Validity and reliability of a postoperative quality of recovery score: the QoR-40. *Br J Anaesth* 2000; 84: 11-15. 2. Schwerdtfeger CMMA. Qualidade de recuperação em anestesia: abordagem da satisfação dos pacientes submetidos ao procedimento anestésico. [Tese] Bauru. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, 2010; 1-144.

FATORES PREDITIVOS DA ADERÊNCIA AO USO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO CIRÚRGICA (OMS)

AUTORES:

Luis Antonio dos Santos Diego, João Henrique Silva, Fabiane Cardia Salman, Airton Bagatini, Antônio Fernando Carneiro, Getúlio Rodrigues de Oliveira Filho.

INSTITUIÇÃO:

Sociedade Brasileira de Anestesiologia.

INTRODUÇÃO: O programa "Cirurgia Segura Salva Vidas" (CSSV/OMS)¹ recomenda a aplicação de uma lista de verificação (*checklist*) de segurança em três momentos cirúrgicos e possui a expectativa de "melhorar a segurança da assistência cirúrgica no mundo por meio da definição de um conjunto central de padrões de segurança [...]". O objetivo do estudo foi avaliar o conhecimento do programa CSSV, as atitudes e a prática do anestesista que atua no Brasil. **MÉTODO:** O estudo foi aprovado pelo CEP e todos os participantes firmaram o TCLE. Foi realizado estudo transversal com a aplicação de questionário eletrônico on line aos anestesistas participantes do 59º CBA, em BH/MG, apresentando perguntas com respostas em escalas categóricas e de Likert. Análises univariadas compreenderam testes t de Student para amostras independentes (variáveis contínuas) e testes do qui-quadrado com correção de Yates (variáveis categóricas). As variáveis que obtiveram valores de $p < 0,2$ nas comparações univariadas foram incluídas em um modelo logístico para identificar os fatores preditivos independentes da aderência ao *checklist*, utilizando como variável dependente o uso em 70% ou mais das anestésias ou em menos de 70% das anestésias, conforme relatado pelos participantes. O método de seleção de variáveis foi por seleção anterógrada, com valores de p para retenção $< 0,05$. **RESULTADO:** O total da amostra foi de 459 participantes, dentre os quais 250 afirmaram participar do CSSV/OMS em 70% ou mais de suas anestésias e 209 utilizam menos de 70% dos procedimentos. O modelo logístico identificou como fatores preditivos as seguintes variáveis (razão de chances (intervalos de 95% de confiança): trabalhar em hospital privado: 1,66 (1,08 - 2,53); cirurgias de grande porte: 1,91 (1,31 - 2,77); conhecer o projeto: 1,53 (1,24- 1,88); crer que diminui a chance de erros anestésicos: 2,07 (1,29 - 3,32); instituição acreditada: 1,37 (1,07 - 1,75). O modelo classificou corretamente 68% dos casos, quando reaplicado à amostra original, com sensibilidade de 61% e especificidade de 74%. **CONCLUSÃO:** Foram identificados fatores preditivos de aderência ao programa de cirurgias seguras da OMS. A partir deste conhecimento, estratégias motivacionais podem ser construídas para aumentar a aderência de anestesiolistas ao *checklist* da OMS. **REFERÊNCIA:** 1. MS/OPAS/ANVISA. Cirurgias Seguras Salvam Vidas – Manual. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf. Acessado em 26/05/2013.

FATORES RELACIONADOS AO TEMPO DE PERMANÊNCIA ACIMA DE 60 MINUTOS EM UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA, EM HOSPITAL PÚBLICO UNIVERSITÁRIO, EM SALVADOR-BA

AUTORES:

Anderson Luis Silva Amaral, Nichelson Carlos de Oliveira Souza, Larissa Medeiros Veras, João José Borges de Barros dos Santos, Liana Maria Torres de Araújo Azi.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Universitário Professor Edgard Santos.

INTRODUÇÃO: O tempo que o paciente permanece na unidade de recuperação pós-anestésica (URPA) tem por finalidade a observação contínua dos sinais vitais e a vigilância constante por uma equipe multidisciplinar composta por anesthesiologistas e enfermeiros/técnicos de enfermagem treinados. A maior parte dos pacientes permanece por um período de até uma hora na unidade, sendo a dor e os sintomas pulmonares e cardiológicos os problemas mais comumente responsáveis por um prolongamento desse período. O objetivo deste estudo foi analisar quais as causas mais frequentes de tempo permanência acima de 60 minutos na URPA e possíveis fatores contribuintes relacionados. **MÉTODO:** Estudo observacional dos pacientes que deram entrada na URPA de um hospital federal universitário de referência em Salvador-BA, no período de 01 de Abril a 31 de Julho de 2013. Foram incluídos todos os pacientes que realizaram cirurgia no nosocômio. Os dados referentes ao procedimento realizado, tipo de anestesia e fatores responsáveis pela incidência superior a sessenta minutos na URPA foram extraídos do livro de registro de pacientes da unidade. **RESULTADO:** Dos 1038 pacientes que se operaram no centro cirúrgico deste hospital, 783 (75%) foram encaminhados à URPA para cuidados pós anestésicos. A anestesia geral foi o tipo de anestesia de maior prevalência, totalizando 419 pacientes, o que corresponde a 53% dos casos. De todos os pacientes que deram entrada na URPA, 219 (28%) permaneceram por um período superior a 60 minutos. Das complicações inerentes à técnica ou paciente as causas mais frequentemente implicadas foram o bloqueio prolongado (26,9%) e a dor pós-operatória (16,4%). Das causas operacionais, o atraso do anesthesiologista para avaliação do paciente foi o motivo mais comum (20%). **CONCLUSÃO:** A maior incidência de complicações anestésicas ou pós-operatórias imediatas acontece na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) sendo este período considerado crítico. O manejo multimodal da dor no intraoperatório é essencial para diminuição da incidência dessa queixa na URPA. No presente estudo o atraso na avaliação por parte do anesthesiologista figurou como segundo fator mais importante para retardo da alta, o que acarretou mudanças na normalização das condutas neste serviço.

IMPACTO DOS ANESTÉSICOS NA CURVA A DE UM HOSPITAL PÚBLICO FEDERAL UNIVERSITÁRIO NO ANO DE 2012

AUTORES:

Luciana Cadore Stefani, Elaine Aparecida Felix, Gilberto Braulio, Gilmara Rodrigues de Souza, Carolina Quintana de Quadros Brenner*.

INSTITUIÇÃO:

Centro de Ensino e treinamento do Serviço de Anestesiologia e Medicina Perioperatória (CET/SAMPE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Departamento de Cirurgia da UFRGS.

INTRODUÇÃO: A curva ABC é um método de classificação de itens muito utilizado nas empresas para administração de estoques de materiais. Baseado no princípio de Pareto também conhecido como (80-20) define-se da seguinte forma: Classe A: Produtos de maior importância pelo valor ou pela quantidade (20%); Classe B: Produtos de valor médio e menor quantidade (30%); Classe C: produtos de menor valor e maior quantidade. No cenário hospitalar esse método também é utilizado devido à grande variedade de insumos necessários para assistência do paciente, entre os principais: medicamentos, materiais médico hospitalar e órteses / próteses. Sendo assim, os itens da classe A merecem uma atenção especial tanto no seu controle quanto no seu consumo para um planejamento adequado. **OBJETIVO:** Analisar a participação dos fármacos utilizados pelo Serviço de Anestesia e Medicina Perioperatória (SAMPE) na curva A de medicamentos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e o seu impacto econômico em relação aos demais fármacos do hospital pertencentes a curva A no ano de 2012. Metodologia: Levantamento de dados do sistema de informações gerenciais (IG) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) a fim de conhecer os itens pertencentes à curva A de medicamentos de todo o hospital e do serviço de Anestesia, bem como a quantidade total de apresentações consumidas e o valor total gasto com as mesmas. A estatística descritiva foi realizada com o programa Excel 14.1.0. **RESULTADO:** A curva A de medicamentos do HCPA é composta por 164 fármacos dos quais 10 (6,52%) são fármacos utilizados em anestesia, a saber: Atracúrio, Bupivacaína, Dexmedetomidina, Fentanil, Midazolam, Propofol (ampola de 20ml e seringa de 50ml), Remifentanil, Sevoflurano e Succinilcolina. O valor total gasto em fármacos utilizados pelo SAMPE pertencentes à curva A em 2012 foi R\$ 964.643,00 o que corresponde a 4% do valor total gasto entre os medicamentos pertencentes à curva A do HCPA neste ano. **CONCLUSÃO:** Os fármacos utilizados em anestesia representam uma parcela importante nos gastos do Hospital com medicamentos, possivelmente devido ao grande volume de procedimentos, e não ao custo individual de cada fármaco. Esses dados são importantes para organizar estratégias de customização como redução de desperdício com pré-diluições, e implementação de protocolos de uso de acordo com o tipo de procedimento ou paciente. **REFERÊNCIA:** Hamilton Pozo. Armazenagem e Controle. Administração de Recursos de Materiais e Patrimônios. 3.ed. São Paulo, Atlas, 2004;92-96.

IMPLANTAÇÃO DE PLANILHA ELETRÔNICA NO SERVIÇO DE DOR AGUDA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO

AUTORES:

Thiago Ramos Grigio, Marcelo Vaz Perez, Judymara Lauzi Gozzani, Emanuela Lombardi, Renata Koda Konishi, Yuri Louro Bruno de Abreu.

INSTITUIÇÃO:

Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

INTRODUÇÃO: Com a invasão tecnológica dos últimos anos e o surgimento de sistemas operacionais, houve um crescimento significativo das aplicações de informática na área da saúde, tais como: Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), Internet em Saúde, Sistemas de Apoio à Decisão e Telemedicina. O PEP é uma ferramenta fundamental para médicos e outros profissionais de saúde e também para gestores hospitalares que podem controlar, de maneira eficiente, todas as informações pessoais e administrativas relacionadas ao paciente. Se, por um lado, a Ética exige, entre outras coisas, o sigilo e a privacidade das informações sobre o paciente, por outro, o mau-uso da informática vem facilitando seu extravio e seu acesso indevido. Os sistemas que utilizam redes de computadores tornam estes dados vulneráveis a acessos não autorizados e, a facilidade de alteração de dados registrados eletronicamente traz perigos adicionais à vida e ao bem estar dos pacientes, além de facilitar a fraude. O Conselho Federal de Medicina (CFM) tem recebido nos últimos anos uma série de solicitações de pareceres a respeito da legalidade da utilização de sistemas informatizados para capturar, armazenar, manusear e transmitir dados do atendimento em saúde. Uma das indagações bastante frequentes refere-se à questão de substituição do papel pelo formato eletrônico dos prontuários. Porém, um grande problema destes sistemas informatizados de consultórios e hospitais, em questões clínicas e administrativas, é que eles, em sua grande maioria, não priorizam a confidencialidade e a segurança de informações dos pacientes. **INTRODUÇÃO:** Introduzir um sistema de planilha eletrônica em todos os pacientes em pós-operatório, cujas clínicas de origem solicitaram acompanhamento pelo grupo de dor. Este visa integrar o sistema ao Prontuário Eletrônico da instituição, uma vez implantado. **MÉTODO:** O sistema foi desenvolvido na linguagem PHP (acrônimo Personal Home Page), associado a AJAX, JavaScript, biblioteca JQuery e recursos CSS ("Cascading Style Sheets"). Sua aplicação foi desenvolvida utilizando-se de recursos compatíveis com os navegadores mais utilizados no país, como o INTERNET EXPLORER superior a versão 8, MOZILLA (Firefox), GOOGLE CHROME, OPERA e SAFARI. A utilização de CSS em todo o software possibilitou a leitura do sistema em TABLETs, IPAD e iPhone com navegadores WEB. **DISCUSSÃO:** Esse método tem a vantagem de padronizar as visitas de maneira a facilitar posterior captação de dados para desenvolvimento de pesquisas científicas e, além disso, possibilita uma integração entre diversos serviços de dor para desenvolvimento de trabalhos multicêntricos. **REFERÊNCIA:** ALVES, E., SALVADOR, V. F. M – Vantagens e Desvantagens do Prontuário Eletrônico do Paciente, anais da VIII Jornada Científica, Centro Universitário São Camilo, São Paulo, outubro de 2004. DISCONZI, R. Invasão de Privacidade: o uso indevido da informação. Disponível em: www-usr.inf.ufsm.br/~rosana/.

MEDIDAS ORGANIZACIONAIS PARA ORIENTAÇÃO DA REPOSIÇÃO VOLÊMICA: ELAS FAZEM DIFERENÇA?

AUTORES:

Hyder Mattos Gurgel*, Enis Donizetti Silva, Claudia Marquez Simões, Andrea Alfaya Acuna, Paula Gobbi Scudeller.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Sírio Libanês / Serviços Médicos de Anestesia Ltda

INTRODUÇÃO: A reposição volêmica é crucial no manejo perioperatório e pode causar uma série de complicações pós-operatórias como desbalanços hidroeletrólitos. As diferentes soluções disponíveis no mercado apresentam características que podem tanto beneficiar quanto causar tais complicações, impondo riscos ao paciente cirúrgico. A solução fisiológica (SF) ainda é utilizada na reposição volêmica, podendo gerar diversos efeitos deletérios como vasoconstricção renal pela sobrecarga de íons cloreto e acidose hiperclorêmica. O objetivo deste trabalho é descrever como a modificação da disponibilidade de soluções na sala cirúrgica pode modificar seu perfil de consumo. **OBJETIVO:** Observar e descrever o uso de soluções para reposição volêmica e como este mesmo perfil é modificado após alteração da sua disponibilidade na sala cirúrgica. O objetivo destas modificações foram estimular a utilização de soluções mais balanceadas no intra-operatório e observar casos de complicações como hiperclorêmia e acidose em cirurgias de grande porte. Foi proposta mudança nas soluções disponíveis em sala que eram: SF 500 e 1000ml (4 bolsas de cada) e Ringer lactato (4 bolsas) para SF (1 bolsa de 250 ml), Ringer lactato (4 bolsas), solução cristalóide balanceada (Plasmalyte® [4 bolsas]), gelatina (Gelafundim® [2 frascos]) e hidroxietilamido (Voluven® [2 frascos]) . **MÉTODO:** Realizamos um estudo observacional do consumo das diversas soluções disponíveis para reposição volêmica no centro cirúrgico antes e após a modificação de disponibilidade para uso imediato na sala operatória. **RESULTADO:** O consumo das soluções para reposição volêmica mostrou uma tendência de modificação de conduta na reposição volêmica após as modificações implementadas. Houve um aumento sensível na utilização principalmente da solução cristalóide balanceada ($p < 0,001$). Ao comparar o consumo da solução cristalóide balanceada no mês da implantação com o consumo após 5 meses, observamos um aumento de 382%. **CONCLUSÃO:** Houve uma mudança evidente do comportamento em relação ao uso de soluções para reposição volêmica. A mudança mais significativa foi a preferência pela solução de cristalóide balanceada, anteriormente não disponível de imediato na sala cirúrgica. A disposição de materiais na sala operatória constituiu mecanismo facilitador para a implementação de novas condutas, propiciando a melhoria dos desfechos na assistência ao paciente. Esta breve descrição comportamental demonstra a importância da organização estrutural da sala cirúrgica e como esta pode influenciar o comportamento e até mesmo a assistência clínica. **REFERÊNCIA:** 1. J crit care 2012;27:255-60. 2. Br j anaesth 2013;110:231-4.

MONITORIZAÇÃO MINIMAMENTE INVASIVA DO DÉBITO CARDÍACO: PERFIL DE UTILIZAÇÃO EM UM SERVIÇO PRIVADO

AUTORES:

Enis Donizetti Silva, João Marcelo Wardini Dantas do Amaral, Claudia Marquez Simões, Cláudia Panossian Cohen, Felipe Pinn*.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Sírio Libanês / Serviços Médicos de Anestesia Ltda.

INTRODUÇÃO: O uso de monitorização do débito cardíaco minimamente invasivo no período perioperatório permite avaliação da função cardíaca, além de possibilitar o cálculo de metas para um estado otimizado de perfusão. Com a medida de débito cardíaco e pressão venosa central podemos estimar a taxa de entrega e consumo de oxigênio, permitindo a instalação de medidas objetivando o alcance de metas e buscando assim a otimização dos resultados perioperatórios. O objetivo deste estudo foi baseado em dados administrativos descrever o perfil de utilização da monitorização minimamente invasiva do débito cardíaco em um serviço privado no ano de 2012. **MÉTODO:** Realizamos um estudo observacional do consumo dos sensores para avaliação da monitorização minimamente invasiva do débito cardíaco no ano de 2012, no centro cirúrgico de um hospital privado que possui cirurgias de grande porte. Foram registrados os tipos de cirurgias, especialidades, bem como idade dos pacientes e estado físico, informações disponíveis no painel de cirurgias do prontuário eletrônico. **RESULTADO:** O tipo de cirurgia que mais utilizou a monitorização minimamente invasiva do débito foi a cirurgia cardíaca (35,2% dos casos), seguida por grandes ressecções abdominais (31,9%) e cirurgias ortopédicas de grande porte (7,8%). Quanto ao estado físico 41,1% dos pacientes foram estratificados como estado físico ASA II, 36,7% ASA III e apenas 16% estado físico >3. A idade média dos pacientes foi 64±17 anos. **CONCLUSÃO:** Observamos pelo perfil de cirurgia e gravidade dos pacientes que a escolha da monitorização do débito cardíaco minimamente invasivo se dá na maior parte das vezes muito mais relacionada ao procedimento cirúrgico e sua extensão ou gravidade, que a gravidade propriamente dita do paciente. Ao observar a classificação do estado físico observamos que a maior parte dos pacientes possui alguma comorbidade, mas encontra-se compensada, sem alterações sistêmicas graves. Estes achados reforçam que o programa de credenciamento do corpo clínico da anestesia do hospital que tem como módulo obrigatório a abordagem da otimização hemodinâmica, baseada no porte dos procedimentos e preconiza a otimização guiada por resultados. Futuros estudos irão avaliar esta população de maneira pormenorizada para comparação de resultados com estratégias de monitorização convencional. **REFERÊNCIA:** 1. Pearse R, Dawson D, Fawcett J, Rhodes A, Grounds RM, Bennett ED. Early goal-directed therapy after major surgery reduces complications and duration of hospital stay. A randomised, controlled trial. *Crit Care* 2005;9:R687-93. 2. Funk DJ, Moretti EW, Gan TJ. Minimally invasive cardiac output monitoring in the perioperative setting. *Anesthesia and analgesia* 2009;108:887-97.

MUDANÇA NA PRÁTICA DA ANESTESIA GERAL BALANCEADA EM UMA DÉCADA – SUBSTITUIÇÃO DO USO DO ISOFLURANO PELO USO DO SEVOFLURANO EM UM HOSPITAL PÚBLICO UNIVERSITÁRIO

AUTORES:

Eduardo Kohls Toralles, Felipe Polgati Diehl, Elaine Aparecida Felix, Luciana Cadore Stefani, Carolina Quintana de Quadros Brenner*.

INSTITUIÇÃO:

Centro de Ensino e Treinamento do Serviço de Anestesiologia e Medicina Perioperatória do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Departamento de Cirurgia da UFRGS.

INTRODUÇÃO: Uma década pode alterar substancialmente o perfil de uso de agentes anestésicos. Para um novo agente ser incluído no arsenal terapêutico de um hospital público ele é submetido a aprovação da comissão de medicamentos da instituição, onde são definidas restrições de uso afim de contemplar as indicações clínicas com evidências científicas e de impedir elevação irracional de custos. Na prática, a restrição não pode conter, por muito tempo, o aumento do uso principalmente se os anestesistas evidenciam melhores resultados clínicos. A introdução do sevoflurano na última década mudou o perfil de uso dos agentes inalatórios¹. **OBJETIVO:** Avaliar a evolução, em uma década, do perfil do consumo e a variação do custo anual dos agentes inalatórios em anestesia geral. Metodologia: Revisão do banco de dados de Informações Gerenciais (IG) do hospital a fim de verificar a quantidade de frascos e o investimento feito na compra de Isoflurano (iso) e Sevoflurano (sevo) anualmente, no período de 2002 a 2012. O consumo dos agentes foi mensurado em ml/ano e a evolução dos preços através da mensuração do custo/ml em reais gastos anualmente. A estatística descritiva foi realizada no Excel versão 2007. **RESULTADO:** No período foram realizadas 146807 anestésias gerais. O número de cirurgias aumentou em média 2,3% ao ano. O consumo de Iso decaiu em média 13,6% ao ano enquanto o consumo de Sevo aumentou em média 17% ano. Entre os anos de 2010 e 2011 o consumo de Sevo superou o de Iso e vem se tornando progressivamente maior a cada ano. Nesta década, o custo por ml de Sevo e Iso caiu 27,3% e 53,5%, respectivamente. Em 2002, proporcionalmente ao Iso, o custo do Sevo era 3,4 vezes maior, aumentando para 5,2 vezes em 2012. **CONCLUSÃO:** A preferência pelo Sevoflurano foi evidenciada de forma crescente e contínua, o que alterou definitivamente o perfil de consumo na instituição na última década. Em consequência, o custo investido em agentes inalatórios elevou-se de forma impactante. O Sevo, de padronização restrita na instituição, substituiu o Isoflurano, o que exige medidas gerenciais para otimizar seu uso e minimizar os custos. As evidências levantadas apontam para a necessidade da elaboração de ações que interfiram na prática de anestesia inalatória e a torne mais custo-efetiva como: treinamento e capacitação, elaboração de protocolos assistenciais para sistematizar indicações dentro da realidade do hospital, medidas de redução do desperdício, introduzir um novo agente que promova a competição de indicação e de custo. **REFERÊNCIA:** 1. Rinehardt E, Sivarajan M. Costs and wastes in anesthesia care. *Curr Opin Anesthesiol* 2012;25:221-225.

PERCEPÇÕES DE ANESTESIOLOGISTAS QUE ATUAM NO BRASIL SOBRE O CHECKLIST DO PROGRAMA CIRURGIA SEGURO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

AUTORES:

João Henrique Silva, Luis Antonio dos Santos Diego, Fabiane Cardia Salman, Antônio Fernando Carneiro, Airton Bagatini, José Mariano Soares de Moraes,

INSTITUIÇÃO:

Sociedade Brasileira de Anestesiologia

INTRODUÇÃO: Em 2009, a OMS lançou o programa “Cirurgia Segura Salva Vidas (CSSV)”, recomendando a aplicação da lista de verificação cirúrgica (*checklist*), a qual determina três pausas no período perioperatório para a conferência de itens relacionados à segurança do procedimento. O objetivo do estudo foi conhecer as características dos anestesiológicos que atuam no Brasil e participam do *checklist* em pelo menos 70% dos procedimentos, suas percepções, atitudes e opiniões sobre o tema. **MÉTODO:** O estudo foi aprovado pelo CEP e todos os participantes firmaram o TCLE. Foi realizado estudo transversal com a aplicação de questionário eletrônico on line, aos anestesistas participantes do 59º CBA, constando de questões relacionadas a atitudes e percepções subjetivas referentes à aplicação do *checklist* nos seguintes domínios: percepções relativas à utilidade e à aplicabilidade do *checklist*. Os escores obtidos em cada domínio e o escore total foram comparados entre os anestesiológicos que referiram aplicação do *checklist* em 70% ou mais de suas anestésias (Grupo 1) e os que referiram aplicação em menos de 70% das anestésias (Grupo 2) por testes t de Student para amostras independentes. **RESULTADO:** O total da amostra foi de 459 participantes, dos quais 250 referiram utilizar a *checklist* em 70% ou mais de suas anestésias (Grupo 1). Houve diferenças significativas quanto às percepções relativas à utilidade do *checklist* (Grupo 1 = $4,34 \pm 0,58$; Grupo 2 = $4,03 \pm 0,61$; $p < 0,01$), às percepções quanto à aplicabilidade do *checklist* (Grupo 1 = $4,57 \pm 0,72$; Grupo 2 = $4,42 \pm 0,73$; $p < 0,02$) e em relação ao escore total do questionário (Grupo 1 = $4,44 \pm 0,54$; Grupo 2 = $4,2 \pm 0,57$; $p < 0,01$) **CONCLUSÃO:** A participação no Programa de Cirurgia Segura Salva Vidas da Organização Mundial de Saúde está associada a melhores percepções sobre a aplicabilidade e a utilidade da lista de verificação de segurança (*checklist*). **REFERÊNCIA:** 1. MS/OPAS/ANVISA. Cirurgias Seguras Salvam Vidas – Manual. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf Acessado em 26/05/2013.

PERFIL DE ERROS DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM ANESTESIA ENTRE ANESTESIOLOGISTAS CATARINENSES

AUTORES:

Jorge Hamilton Soares Garcia, Thomas Rolf Erdmann, Marcelo Petrucelli Monteiro, Guilherme Muriano Brunharo, Marcos Lazaro Loureiro.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Governador Celso Ramos.

INTRODUÇÃO: Os erros de administração de fármacos são importante causa de morbidade perioperatória, sendo sua incidência estimada em 1 erro para cada 133 a 450 anestésias. Assim, o objetivo do trabalho é estimar a prevalência e o perfil dos erros de administração de fármacos entre anestesiológicos catarinenses. **MÉTODO:** Foi enviado um questionário eletrônico, através de endereço eletrônico, a todos os anestesiológicos associados à Sociedade de Anestesiologia do Estado de Santa Catarina (SAESC), que continha 14 questões sobre dados demográficos, perfil da prática anestésica diária e a ocorrência prévia de erros de administração de fármacos, bem como, suas possíveis consequências e circunstâncias que contribuíram para tal. **RESULTADO:** Resultado preliminar. Dos 376 associados da SAESC, 50 responderam o questionário (13,3%), sendo 80% do sexo masculino e com média etária de $38,88 \pm 11,39$ anos. A média de anos de trabalho como anestesiológico, incluindo a residência, foi de $13,14 \pm 11,14$ anos e a carga horária semanal foi $59,04 \pm 21,57$ horas; 20% dos que responderam, estavam cursando a residência média e 36% possuíam TSA; 92% relataram já ter cometido algum erro de administração de fármaco, sendo o número médio de erros de $4,69 \pm 7,37$. O tipo de erro mais comum foi substituição, seguido por dose incorreta e omissão. Os fatores que mais contribuíram para o erro foram distração/fadiga, leitura incorreta dos rótulos e pressão para realizar o procedimento. 4,35% relataram erro de administração de fármaco no neuroeixo. 6,52% dos erros resultaram em maior morbidade, mas nenhum anestesiológico relatou óbito. A maioria relatou ocorrência do erro na indução (22,73%) e manutenção (52,27%) da anestesia e em 84% o reconhecimento do erro foi imediato. **CONCLUSÃO:** A prevalência dos erros de administração de fármacos entre anestesiológicos catarinenses foi alta, bem como o número de erros por anestesiológico, contudo, na maioria das vezes, o erro não resultou em grande morbidade para o paciente. A alta carga horária de trabalho, levando à distração ou à fadiga é um possível fator associado. **REFERÊNCIA:** 1. Webster CS, Merry AF, Larsson L, et al. The frequency and nature of drug administration error during anaesthesia. *Anaesth Intensive Care* 2001; 29(5): 494–500 2. Cooper L, Nossaman B. Medication errors in anesthesia: a review. *Int anesthesiol Clin*. 2013 Winter;51(1):1-12.

RELATO DA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS ATRAVÉS DA FICHA ANESTÉSICA ELETRÔNICA EM DISPOSITIVO MÓVEL

AUTORES:

Vicente Faraon Fonseca*, Cristiano Hahn Englert, Fábio Amaral Ribas, Viviane Mentz Dornelles, Claudio Roberto Gomes.

INSTITUIÇÃO:

Centro de Ensino e Treinamento - Sociedade de Anestesiologia SANE.

INTRODUÇÃO: A anestesia é um componente fundamental dos processos assistenciais cirúrgicos e diagnósticos. Portanto, é indispensável que esta seja controlada para garantia de resultados de excelência em qualidade e segurança¹. Dentro deste contexto, mostram-se essenciais os indicadores, pois estes representam uma ferramenta importante no auxílio de tomada de decisões e de mudanças². Um importante indicador é o evento adverso, que pode ser considerado em alguns casos um resultado final, com mudança no estado de saúde (infarto intra-operatório, por exemplo); ou resultado intermediário, relacionado a atividade e qualidade das diferentes etapas do processo (intubação difícil não prevista, por exemplo)². Descrição da Série: O registro eletrônico através do software de ficha anestésica eletrônica em dispositivo móvel atingiu 8181 atos anestésicos. Destes, 4451 foram realizados em pacientes do sexo feminino e 3639 do sexo masculino. Com relação a faixa etária, 458 atos foram realizados em pacientes com idade menor de 18 anos, 4125 realizados em pacientes de 18 a 65 anos e 3016 em pacientes com mais de 65 anos. A partir de dezembro de 2012 foi incluída no sistema a notificação obrigatória de eventos adversos ao final da ficha eletrônica. Desde então, um total de 6130 fichas já foram computadas. Os eventos foram divididos em maiores ou menores, totalizando 30 tipos de eventos adversos. Os principais eventos foram: arritmias, com 56 registros (0,009% dos casos); dificuldade de intubação não prevista, com 47 registros (0,007%); punção inadvertida de artéria central, com 16 registros (0,002% dos casos em geral, e 1,5% dos 1046 casos com realização de punção venosa central); hipotermia (temperatura menor que 35°C), com 16 registros (0,002%); óbito, com 15 registros (0,002%); laringoespasma, com 9 registros (0,001%); hipertensão arterial de difícil controle, com necessidade do uso de vasodilatadores, com 9 registros (0,001%); falha de bloqueio, com 8 registros (0,001%); broncoespasmo, com 5 registros (0,0008%); reintubação não planejada, com 5 registros (0,0008%). Não houve registro dos seguintes eventos: anafilaxia, hipertermia maligna, cirurgia em paciente incorreto, raquianestesia alta, sítio cirúrgico incorreto, convulsões, reação transfusional e toxicidade ao anestésico local.

DISCUSSÃO: A documentação desses eventos vinculada com a ficha anestésica eletrônica ao fim do ato anestésico permite que se tenha um panorama permanente, que é utilizado pela equipe assistencial no processo de melhoria da qualidade e segurança. **REFERÊNCIA:** 1- Mellin-Olsen J, O'Sullivan E, Balogh D, et al. Guidelines for safety and quality in anesthesia practice in European Union. *Eur J Anaesth* 2007;24:479-482. 2- Slullitel A. Gestão da Qualidade em Anestesiologia. *Prática Hospitalar* 2008;58:93-96.

RUPTURA DO BALONETE DO TUBO ENDOTRAQUEAL INTRA-OPERATÓRIA. RELATO DE CASO E CONSIDERAÇÕES SOBRE O MANEJO ANESTÉSICO

AUTORES:

Ana Kelly de Carvalho, Liana Maria Torres de Araújo Azi, João José Borges de Barros dos Santos, Rogério Lima Leal Silva, Igor Prado Oliveira*.

INSTITUIÇÃO:

Hospital das Clínicas de Alagoinhas - BA.

INTRODUÇÃO: A principal função do balonete do tubo endotraqueal é vedar as vias aéreas, prevenindo a aspiração do conteúdo da faringe na traqueia e garantindo que não existam fugas de ar durante a ventilação com pressão positiva. Complicações têm sido associadas tanto com insuflação insuficiente, quando exagerada. Relato do caso: Paciente do sexo feminino, 42 anos, 66 kg, estado físico P2, foi submetida à anestesia geral para realização de colecistectomia videolaparoscópica. Após check-list de aparelhos e equipamentos, incluindo o teste de vazamento do cuff do tubo endotraqueal, a paciente foi induzida com fentanil, propofol e rocurônio em doses habituais. A intubação orotraqueal foi fácil, com tubo 7.0mm insuflado com 8ml de ar. Iniciada ventilação mecânica controlada a volume nos seguintes parâmetros: VC=650ml, FR=10rpm, Pmax=25cmH₂O, FiO₂=66%, PEEP=5cmH₂O. Durante o início da cirurgia, aproximadamente 5 minutos após a intubação, escutou-se estalido forte com mudança de curva na capnografia e diminuição do volume corrente no aparelho anestésico. A paciente foi descoberta e a via aérea avaliada, sendo feita a suspeita de ruptura do balonete do tubo traqueal. Foi realizada inspeção da face, não sendo evidenciado enfisema subcutâneo ou lesões de traqueia ou vasos. A paciente foi extubada e novamente intubada com tubo de mesmo número e marca, sendo o balonete insuflado com o mesmo volume, sem intercorrências. **DISCUSSÃO:** Consequências catastróficas da hiperinsuflação do balonete do tubo endotraqueal tais como ruptura de traqueia, formação de fístula traqueoesofágica, estenose de laringe e lesão da artéria carótida atualmente são raras, uma vez que rotineiramente têm-se utilizado balonetes de baixa pressão e alto volume. É recomendável que a pressão do balonete esteja entre 25-34cmH₂O em adultos, o que corresponde a um volume entre 5-7ml de ar. No entanto, defeitos previamente existentes no tubo podem alterar esses valores, gerando riscos para o paciente. Nesse caso, apesar de não ter sido avaliada a pressão das vias aéreas após a insuflação do balonete, o mesmo foi previamente testado com 14ml de ar, sem intercorrências. **CONCLUSÃO:** É necessário o teste prévio do balonete endotraqueal para diagnosticar defeitos do mesmo, embora isso não exclua as falhas menores que podem gerar transtornos aos anestesistas e danos aos pacientes. **REFERÊNCIA:** 1.Touat L, Fournier C, Ramon P et al. Intubation-related tracheal ischemic lesions: incidence, risk factors, and outcome. *Intensive Care Med*, 2013;39(4):575-582. 2.Peña ELC, Gregory WM, Filho LP et al. Determinação de volumes e pressões de balonetes de tubos traqueais insuflados com ar ambiente ou óxido nitroso. *Rev Bras Anestesiologia*, 2004;54(3):335-342.

TEMPO DE JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FRENTE ÀS RECOMENDAÇÕES ATUAIS

AUTORES:

Paula Martins, Ronaldo Contreiras de Oliveira Vinagre*.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

INTRODUÇÃO: Analisou-se o tempo médio de jejum pré-operatório, em especialidades cirúrgicas de um hospital universitário do Rio de Janeiro, em relação às novas recomendações de abreviamento de jejum. **MÉTODO:** Foram coletados, retrospectivamente, nome, idade, sexo, patologia de base, cirurgia realizada, horário prescrito para o início de jejum e horário do início da cirurgia, em prontuários de pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos, internados no décimo andar do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Todos foram submetidos a cirurgias eletivas pelas especialidades de: Proctologia, Urologia, Ortopedia, Neurocirurgia e Cirurgia Geral entre abril e agosto de 2012. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRJ sob o registro nº04138712.9.0000.5257. **RESULTADO:** Participaram do estudo 401 pacientes submetidos a cirurgias eletivas, 161 homens (40,1%) e 240 mulheres (59,9%), com idade entre 52 ± 17 e 55 ± 18 anos, respectivamente. Os resultados obtidos foram expressos em média \pm desvio padrão. Em relação ao jejum pré-operatório, constatou-se que os pacientes são submetidos a jejum, em média, $13 \pm 2,2$ horas. Esse período é, no mínimo, 3 horas a mais do que o preconizado pelas clínicas cirúrgicas da instituição, que recomenda jejum absoluto a partir das 22:00 horas para todos os pacientes agendados para cirurgias a partir das 8:00h no dia seguinte (no mínimo, 10 horas de jejum). Comparando-se com a recomendação dos protocolos atuais observou-se que os pacientes permanecem um período significativamente maior em jejum. **CONCLUSÃO:** O resultado deste estudo mostra um período de jejum pré-operatório, real, superior ao que é normatizado pela Instituição e muito superior ao que as evidências recomendam atualmente. Enfatizamos a necessidade de uma reflexão sobre os antigos paradigmas com consequente mudança nas condutas utilizadas. Esperamos que, com protocolos atualizados baseados em evidências, o tempo de jejum pré-operatório aproxime-se das recomendações atuais não só no HUCFF, como nas instituições que, por motivos diversos, utilizem normas semelhantes para a determinação do jejum pré-operatório. **Bibliografia:** 1. Brady, M.; Kinn, S.; Stuart, P. Preoperative fasting for adults to prevent perioperative complications. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003; (4): CD004423; 2. Dock-Nascimento, D.B. Efeitos da abreviação do jejum pré-operatório com carboidratos e glutamina na resposta metabólica de pacientes submetidos à colecistectomia videolaparoscópica. Estudo controlado randomizado duplo cego. 2012. 65 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo. 2012; 3. Oliveira, K.G.B; et al. Does abbreviation of preoperative fasting to two hours with carbohydrates increase the anesthetic risk? *Br J Anaesth.* v. 59, n.5, p. 577-584. 2009

USO DO PROPOFOL EM BOMBAS DE SERINGA ALVO CONTROLADA - MEDIDA DE GESTÃO DE CUSTO NO SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA E MEDICINA PERIOPERATÓRIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (SAMPE/HCPA)

AUTORES:

Elaine Aparecida Felix, Luciana Cadore Stefani, Carolina Quintana de Quadros Brenner*, Eduardo Kohls Toralles, Felipe Polgati Diehl.

INSTITUIÇÃO:

Centro de Ensino e Treinamento do Serviço de Anestesiologia e Medicina Perioperatória do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Departamento de Cirurgia da UFRGS.

INTRODUÇÃO: A introdução do propofol, a partir de 2002, em apresentação específica e dedicada para uso em bomba de infusão alvo controlada teve repercussão imediata no número e nos custos das anestésias venosas totais realizadas no Serviço de Anestesiologia e Medicina Perioperatória do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (SAMPE/HCPA). Em 2010, foram adquiridas 10 bombas de seringa alvo controlada abertas, isto é, que permitem uso de seringas comuns e possuem opções de modelo farmacocinéticos. **OBJETIVO:** Avaliar o impacto econômico na minimização de custo/ml de propofol a partir da aquisição de bombas alvo controlada abertas em 2010. **Metodologia:** Revisão do banco de dados de Informações Gerenciais (IG) do HCPA, no período de 2002 a 2012, a fim de avaliar o consumo (em ml) e o custo (em reais) das 2 apresentações do propofol, em ampolas de 20 ml e em seringas de 50 ml para uso em bombas de infusão alvo-controlada. As mudanças na escolha da técnica anestésica no SAMPE foram percebidas pela avaliação do perfil de uso das apresentações dos fármacos. As informações sobre os fármacos foram registradas em tabelas de contingência para análise estatística pelo programa Excel 2007. **RESULTADO:** O consumo médio de propofol seringa de 50 ml teve aumento progressivo de 274% entre 2002 a 2007, com queda de 37,2% entre 2007 a 2009. A partir de 2010, o consumo caiu 67% porém, o custo/ml aumentou progressivamente de 2,3 vezes maior que a apresentação em ampolas atingindo o patamar de 10,1 vezes maior em 2012. O consumo anual de propofol ampola 20 ml sofreu aumento médio de 9% ao ano com aumento expressivo a partir de 2010 com acréscimo de 32% de 2010 em relação a 2009, 16% 2011 em relação a 2010, e o aumento acumulado de 2012 em relação a 2009 é de 58,7%. O custo ml desta apresentação diminuiu 54% em 10 anos. **CONCLUSÃO:** A entrada das bombas de seringas alvo controlada abertas impactou drasticamente na economia de propofol na prática anestésica do SAMPE/HCPA. Surpreende a persistente elevação do custo/ml do propofol 50 seringa ml, 10 vezes maior em relação ao propofol ampola 20 ml. **REFERÊNCIA:** 1. Suttner S, Boldt J, Schmidt C et al. - Cost analysis of target-controlled infusion-based anesthesia compared with standard anesthesia regimens. *Anesth Analg.* 1999;88:77-82. 2. Hawkes C, Miller D, Martineau R et al. - Evaluation of cost minimization strategies of anaesthetic drugs in a tertiary care hospital. *Can J Anaesth.* 1994;41:894-901.

Anestesia Ambulatorial

AVALIAÇÃO DA SEDAÇÃO FEITA POR MÉDICOS ANESTESIOLOGISTAS EM UNIDADE DE ENDOSCOPIA

AUTORES:

Marcelo Cury, Édina Rodrigues Teruya, Rodrigo da Silveira Gomes Laúdo, Luis Felipe Ximenes Nogueira, João Maximiano Pierin Barros, Armando Vieira de Almeida*

INSTITUIÇÃO:

Hospital Regional Maria Aparecida Pedrossian

INTRODUÇÃO: A sedação em exames de endoscopia digestiva (ED) reduz os riscos de danos físicos ao paciente, aumenta seu conforto e colaboração, além de proporcionar ao endoscopista melhores condições para a realização do exame. Mesmo assim, não é isenta de riscos. O objetivo do trabalho foi avaliar a pressão arterial, a frequência cardíaca e a saturação de oxigênio em pacientes submetidos à sedação para endoscopias digestivas. 24 horas após o exame, foi feito contato telefônico com o paciente para que fosse submetido a um questionário pós-exame. **MÉTODO:** Foram selecionados 102 pacientes de ambos os sexos, com idade mínima de 18 anos, ASA I a III, submetidos a ED altas, baixas ou as duas em seqüência. Eles foram monitorizados com PA não invasiva, oximetria e FC, feitos registros antes e durante o exame. A escolha de medicamentos foi feita pelo anestesiolegista, com base na avaliação do estado físico do paciente. Todos os pacientes tiveram suplementação de oxigênio. A saturação de O₂ \leq que 92% por $>$ que 15 seg, foi considerada hipóxia. Classificou bradicardia como FC $<$ 60 bpm e taquicardia $>$ 100 bpm. Hipotensão foi definida como uma redução da PA sistólica basal em 20% ou mais, e hipertensos com um aumento maior que 20%. O índice de massa corporal, calculado pela fórmula $IMC = \text{peso(kg)} / \text{estatura(m)}^2$, considerando obeso indivíduos com $IMC \geq 30 \text{ kg.m}^2$. 24 horas após o exame foi feito contato com os pacientes para responderem um questionário, avaliando presença de dor, memória durante o exame, presença de náuseas, vômitos e cefaléia. **RESULTADO:** Foram avaliados 36 homens e 66 mulheres, com idade média de 44,2 anos e IMC médio de 27,2. 53 pacientes eram ASA I, 45 ASA II e 4 ASA III. Foram feitas 80 ED altas, 8 baixas e 14 alta com baixa em seguida. As medicações usadas foram propofol em 100% dos casos, lidocaína em 94,1% (96), midazolam em 62,7% (64) e fentanil em 72,5% (74). Houve uma incidência de hipóxia em 35,2% (36), 22,5% (22) de hipotensão, 1,9% (2) de hipertensão. Em 3,9% (4) houve bradicardia e taquicardia em 9,8% (10). Nos casos com hipóxia, em 16,6% (6) houve necessidade de ventilação manual. Não houve nenhum caso de intubação de urgência. Foi observado que em pessoas com $IMC > 30$, tem mais facilidade em ter hipóxia (55,5%). Quanto ao questionário, 84 pacientes responderam. 19,1% (16) relataram algum tipo de dor, 11,9% (10) responderam que sentiram náuseas ou vômitos e 40% (34) queixaram de cefaléia. Não houve nenhum caso de memória durante o exame. 92,8% (78) dos pacientes se sentiram satisfeitos quanto ao exame e gostariam de repeti-lo na unidade. **CONCLUSÃO:** A hipóxia e a hipotensão arterial são os dados mais relevantes do estudo, sendo mais freqüente em obesos, por conta de apneia do sono e restrição pulmonar. Em idosos também poderemos ter estas alterações. Nesta ótica a avaliação pré-anestésica e a atenção a via aérea minimiza as possíveis intercorrências. Bibliografia: Rev Bras Anesthesiol 2010;60:6:577-583.

DESPESAS COM MEDICAMENTOS NAS CONTAS HOSPITALARES DE UM HOSPITAL PÚBLICO UNIVERSITÁRIO – ANÁLISE DE 6 ANOS DA PARTICIPAÇÃO DOS FÁRMACOS UTILIZADOS EM ANESTESIA

AUTORES:

Carolina Quintana de Quadros Brenner*, Eduardo Kohls Torralles, Elaine Aparecida Felix, Luciana Cadore Stefani, Laura Prates Vitória,

INSTITUIÇÃO:

Centro de Ensino e Treinamento do Serviço de Anestesiologia e Medicina Perioperatória do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Departamento de Cirurgia da UFRGS

INTRODUÇÃO: É cada vez mais evidente a busca, por parte dos gestores de serviços em saúde, de uma assistência mais eficiente com a relação a otimização de custos sem prejuízo à qualidade do serviço prestado. São necessárias, portanto, estratégias como: redução de custos, elaboração de protocolos assistenciais, avaliação de custo benefício de cada intervenção, a fim de poder garantir a sobrevivência econômica que é essencial para manter o sistema de saúde. Para elaborar estratégias efetivas é necessário ter conhecimento de qual a parcela de custo que aquele setor representa no total de gastos do hospital. **OBJETIVO:** Determinar o perfil de gastos do serviço de anestesiologia com fármacos, e a parcela que isso representa nos gastos totais do hospital com medicamentos. **MÉTODO:** Revisão do banco de dados do HCPA, o ambiente Informações Gerenciais (IG) - ferramenta de Business Intelligence - a fim de verificar os gastos em reais do serviço de anestesiologia com medicamentos categorizados por classe, e os gastos com medicamentos no Hospital, anualmente no período de 2007 a 2012. A estatística descritiva foi realizada no programa Excel 2007. **RESULTADO:** Os gastos anuais do serviço de anestesiologia em fármacos neste período representam em média 4,9% dos gastos totais do hospital com medicamentos. Dos gastos totais em medicamentos no SAMPE, 44% foram gastos com opióides, 20,5% com anestésicos inalatórios, 16,5% com hipnóticos, 8,9% com anestésicos locais, 7,6% com relaxantes musculares e 2,6% com outros fármacos. **CONCLUSÃO:** Os dados encontrados refletem o que é evidenciado pela literatura no padrão mundial de prática anestésica.¹ Os gastos do serviço de anestesia correspondem a uma parcela significativa de gastos totais do hospital, e isso permite inferir que uma otimização de custos em anestesia impactaria de forma significativa no orçamento do hospital. Em relação à classe farmacológica, os opióides e os anestésicos inalatórios são os grandes protagonistas no cenário de despesas do serviço de anestesia, e, portanto, merecem maior atenção na construção das estratégias gerenciais e de futuros estudos de custo-efetividade. **REFERÊNCIAS:** 1.Odin I. and Feiss P. Low flow and economics of inhalational Anaesthesia. Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology. 2005; 19 No. 3. 399-413.

ESTUDO DO PADRÃO HIDROELETROLÍTICO PÓS PREPARO INTESTINAL PARA COLONOSCOPIA

AUTORES:

Carvalho CAB, Nogueira LFX, Almeida AV, Barros JMP.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Regional Rosa Pedrossian de Mato Grosso do Sul.

INTRODUÇÃO: Todos os pacientes que são submetidos à colonoscopia recebem preparo intestinal com substâncias laxativas com objetivo de melhorar a qualidade técnica do exame. Esse procedimento causa, frequentemente, diarreia volumosa com conseqüente desidratação e espoliação de eletrólitos, acentuando assim, o risco do procedimento anestésico. O objetivo desse estudo é avaliar o perfil hidro-eletrolítico nos pacientes submetidos a preparo intestinal com laxativos, para realização de colonoscopia sob sedação. **MÉTODO:** Após aprovação do comitê de ética do hospital, foram selecionados 19 pacientes ASA I e II candidatos a colonoscopia com preparo intestinal. Como critério de exclusão estava o uso de medicamentos que pudessem alterar a bioquímica sanguínea, tais como diuréticos e hipoglicemiantes orais. O preparo intestinal foi realizado na véspera do exame com 1250 ml de manitol 20% via oral, 2 comprimidos de bisacodil 5 mg, 2 comprimidos de metoclopramida 10 mg e 100 gotas de dimeticona, associados à 1000 ml de água. Duas amostras de 8 ml de sangue de cada paciente que foram coletadas. A primeira amostra (grupo PRÉ) foi coletada durante a avaliação pré-anestésica, uma semana antes do exame. A segunda amostra (grupo PÓS) foi coletada durante a punção venosa no dia do exame, após o preparo do cólon. Foram dosados os níveis séricos de sódio, potássio, cálcio, magnésio, glicose, ureia, creatinina, além de hematócrito, hemoglobina. Foi utilizado o teste t de Student para análise dos dados paramétricos, e o teste de Wilcoxon para análise dos dados não paramétricos. **RESULTADO:** As características antropométricas apresentaram um comportamento semelhante entre os pacientes. Não houve diferença estatística na dosagem de sódio, potássio, cálcio, magnésio, glicose, ureia, quando comparado os valores das duas amostras sanguíneas (PRÉ e PÓS). Houve aumento significativo do nível sérico de creatinina nos pacientes submetidos ao preparo de cólon (grupo PÓS), além de um aumento dos valores do hematócrito e hemoglobina. **CONCLUSÃO:** Após o preparo intestinal para exame de colonoscopia, houve aumento dos níveis de creatinina, hematócrito e hemoglobina dos pacientes estudados, sugestivo de desidratação. Estas alterações sugerem a necessidade de maior vigilância em pacientes limítrofes, que não suportem a espoliação hídrica provocada pelo uso da medicação utilizada neste preparo. **REFERÊNCIA:** 1. Beloosesky Y, Grinblat J, Weiss A, Grosman B, Gafter U, Chagnac A. Electrolyte disorders following oral sodium phosphate administration for bowel cleansing in elderly patients. Arch Intern Med 163(7):803-8, 2003. 2. Miki P, Lemos C, Popoutchi P, Garcia R, Rocha J, Feres O. Comparison of colon-cleansing methods in preparation for colonoscopy - Comparative efficacy of solutions of mannitol, sodium picosulfate and monobasic and dibasic sodium phosphates. Acta Cir Bras 23 (1), 2008.

SEDAÇÃO VENOSA VERSUS ANESTESIA VENOSA EM COLONOSCOPIA

AUTORES:

Alyne Andrade Lima, Maria Stela Taqueda, Stephanie Chagas Feitosa, Juvenal da Rocha Torres Neto, José Roberto Mellara, Camilla Oliveira Lima,

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal de Sergipe

INTRODUÇÃO: Não há consenso para sedação/anestesia em colonoscopia, pois os estudos realizados até agora trazem resultados controversos. O trabalho visa avaliar vantagens e desvantagens das drogas na sedação/anestesia, duração do exame, complicações e padrão (bom, excelente ou ruim). **MÉTODO:** Estudo prospectivo, observacional e descritivo, de 81 pacientes submetidos à colonoscopia. Foram excluídos aqueles com preparo inadequado do cólon ou com exame incompleto. De acordo com a indicação, foi realizada sedação ou anestesia. A sedação foi feita com midazolam 5mg (5ml) e fentanil 0,05mg (1ml) diluídos em 14 ml de água destilada. Inicialmente, foram administrados 12ml das medicações diluídas e, se necessário, bolus de até 02 ml. Na anestesia, as drogas utilizadas foram o propofol (10mg/ml) mais as da sedação. O paciente recebeu 5ml da mistura citada acima, 10 minutos antes do propofol, cuja dose média inicial foi 5ml, mais bolus de até 02ml, se necessário. **RESULTADO:** Das 81 colonoscopias, 55,5% foram feitas com sedação e 45,5% com anestesia. Na sedação, a maioria dos pacientes foi mulher. A idade média foi 46,8 anos, desvio padrão de $\pm 12,5$. A minoria (37,7%) apresentava comorbidades. O volume de droga variou de 12 a 20ml das medicações diluídas, com média de 16,11ml/paciente, desvio padrão de $\pm 2,55$. A duração média do exame foi 10,57 minutos, desvio padrão de $\pm 4,08$. Dentre as complicações, 13,3% dos pacientes fez bradicardia, 11,1% taquicardia e 4,4%, hipóxia. Em relação ao padrão da sedação, a maioria (82,3%) foi bom (40%) e excelente (42,3%), e 17% ruim. Na anestesia, a maioria foi homem. A idade média foi 58,16 anos, desvio padrão de $\pm 13,7$. A maioria (61,2%) com comorbidades. Os pacientes receberam 05ml da medicação pré-anestésica, mais propofol, com volume de 2 a 22ml, com média de 8,05ml/paciente e desvio padrão de $\pm 4,08$. A duração média do exame foi 12,27 minutos, desvio padrão de $\pm 6,2$. 30% dos pacientes fez bradicardia, 11% hipóxia e 5,5%, hipotensão. **CONCLUSÃO:** Os selecionados para anestesia foram mais velhos e com comorbidades. Esta, mostrou-se mais confortável ao paciente, apesar de provocar mais complicações. A bradicardia foi a mais comum, tanto na sedação quanto na anestesia. Tempo maior que 10 minutos de exame foi associado a maior índice de complicações na anestesia. Em ambos os métodos, não houve relação direta entre doses e complicações. A diferença de duração do exame não foi significativa entre os métodos. **REFERÊNCIA:** Diretrizes a Sociedade Brasileira de Anestesiologia – Projeto Diretrizes AMB – CFM. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia/SBA, 2011. LEE, Linda; SALTZMAN R John. Overview of colonoscopy in adults. JAN 2013. Em <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-colonoscopy-in-adults>.

ACHADOS TROMBOELASTOGRÁFICOS DE ESTADO PRO-TROMBÓTICO EM PACIENTE COM INR ALARGADO: RELATO DE CASO

AUTORES:

Hermann dos Santos Fernandes*, Eduardo Luiz de Araujo Borges, Roseny dos Reis Rodrigues, Shirley Andrade Santos, Lucas Siqueira de Lucena, Heleno de Paiva Oliveira.

INSTITUIÇÃO:

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

INTRODUÇÃO: A monitorização do estado da coagulação é importante na condução de pacientes gravemente enfermos, especialmente no período perioperatório, quando informações rápidas e dinâmicas auxiliam o anesthesiologista no manejo de sangramento, racionalizando e direcionando as terapias. **RELATO DE CASO:** Masculino, 42 anos, com antecedentes de Síndrome de Marfan, cirurgia para correção de dissecação aguda de aorta, em uso de warfarin domiciliar. Apresentou-se no pronto socorro do HCFMUSP com história de lesão traumática discreta em cabeça, seguida de náuseas, cefaléia e perda súbita de consciência. Ao exame apresentava anisocoria, escala de coma de Glasgow de 6. Intubado, realizou tomografia (TC) de crânio que evidencia hematoma subdural. INR da admissão era 2,4. Recebeu plasma fresco (PFC) e vitamina K, e foi em seguida submetido à cirurgia. Durante procedimento, devido à persistência de sangramento, foi realizado um tromboelastograma (ROTEM®), que se apresentou normal. Apesar disso, paciente recebeu empiricamente 01 UI de concentrado de hemácias, 7 UI de PFC, e 5 UI de crioprecipitado. Procedimento foi bem sucedido, sem demais intercorrências. No 3º dia de pós-operatório (PO), em unidade de terapia intensiva, TC não apresentava sangramentos e o paciente não tinha melhora neurológica. INR era de 1,88. Realizado novo ROTEM®, que evidenciou estado protrombótico. Suspensa vitamina K, iniciada heparina não fracionada em bomba de infusão contínua. Após 3 dias, não havia melhora neurológica, ROTEM® ainda com perfil protrombótico, sendo optado por aumentos das doses de heparina, guiada por tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPa). No 9º PO, foi realizado novo ROTEM®, normal. Recebeu alta da unidade após 2 meses, com discreta melhora neurológica, sem demais alterações de coagulação. **DISCUSSÃO:** apesar da importância no manejo de pacientes graves e em sangramento, a avaliação da coagulação é difícil. Os exames laboratoriais convencionais são demorados e pouco específicos, e não permitem um tratamento rápido e direcionado. O processo da coagulação é extremamente complexo, e suas alterações podem ter inúmeras causas. Diante desse cenário, o ROTEM® ganha destaque, por ser tratar de uma tecnologia “point-of-care”, de resultados rápidos e dinâmicos. Ao realizar ROTEM® neste caso, detectou-se em uma incongruência entre os exames laboratoriais de coagulação. Eses resultados podem ser explicados porque o INR é um exame para monitorar a anticoagulação dos antagonistas de vitamina K, mas de valor questionável quando múltiplos fatores passam a interferir na coagulação do paciente. **REFERÊNCIA:** 1. Brohi K, Singh J, Heron M, et al. Acute traumatic coagulopathy. *J Trauma* 2003; 54:1127–1130. 2. Shaz BH, Winkler James AB, Hillyer DC, et al. Pathophysiology of Early Trauma-Induced Coagulopathy: Emerging Evidence for Hemodilution and Coagulation Factor Depletion; *The Journal of TRAUMA @ Injury, Infection, and Critical Care* • Volume XX, Number XX, XXX 2011

COMPARAÇÃO DOS ESCORES PROGNÓSTICOS SAPS 3, APACHE II, POSSUM, MODS E ASA EM PACIENTES CIRÚRGICOS

AUTORES:

Maryna Rodrigues Landim*, Sara Mendes de Andrade, Fernando Augusto Mendes Nogueira, Germano Paulo Venceslau de Lima, João Manoel da Silva Junior, Julianne Borges Marinho.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Servidor Publico Estadual-SP/ Hospital do Cancer Barretos/ Hospital das Clinicas SP.

INTRODUÇÃO: Uma das medidas mais freqüentemente adotadas para verificar a relação custo-benefício é a instalação de índices prognósticos. Estes índices permitem verificar o desempenho das condutas implementadas nos pacientes e avaliar a gravidade da população atendida. Este estudo tem por objetivo comparar o poder discriminatório dos escores SAPS 3, APACHE II, POSSUM, MODS e ASA na admissão da UTI em pacientes cirúrgicos de alto risco. **MÉTODO:** Estudo de coorte prospectivo, durante período de 03 anos, em 4 UTIs de 03 hospitais terciários. Foram incluídos no estudo pacientes que necessitassem pós-operatório em UTI com idade maior ou igual a 18 anos, submetidos a cirurgias de grande porte. Pacientes moribundos com cirurgias paliativas foram excluídos do estudo. Os pacientes foram acompanhados até a alta hospitalar. Curvas ROC foram realizadas em separado para cada escore em relação à mortalidade hospitalar. **RESULTADO:** Foram incluídos no estudo 555 pacientes. A média de idade foi 60,1±17,3 anos e 50,8% eram homens. Pacientes estado físico ASA II foram prevalentes 50,2% e não sobreviveram 18,5% dos pacientes. O tempo médio das cirurgias foi 4,6±3,1 h. O valor médio do escore SAPS 3 foi 42,0±14,8, APACHE II 15,0±5,5, POSSUM 37,0±9,7, MODS 3,7±2,0 e ASA 2,3±0,8. Porém, quando comparados pela curva ROC o escore SAPS 3 apresentou melhor área sob a curva 0,84, seguido do POSSUM 0,76, APACHE II 0,74, MODS 0,7 e ASA 0,60. O ponto de corte do escore SAPS 3 que melhor discriminou mortalidade foi 48, especificidade de 78,3 e sensibilidade 74,3. **CONCLUSÃO:** O escore SAPS 3 parece apresentar melhor poder discriminatório de mortalidade que outros índices em pacientes cirúrgicos de alto risco. **REFERÊNCIA:** Silva JM Jr, et al. Applicability of the Simplified Acute Physiology Score (SAPS 3) in Brazilian Hospitals. *Rev Bras Anesthesiol* 2010; 60: 1: 20-31.

INSUFICIÊNCIA ADRENAL AGUDA INDUZIDA POR DOSE ÚNICA DE ETOMIDATO NA INDUÇÃO ANESTÉSICA

AUTORES:

Flavio Bonfim, Claudia Marquez Simões, Bruno Francisco de Freitas Tonelotto*, Cláudia Panossian Cohen, Livia Fernandes.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Sirio-Libanês.

INTRODUÇÃO: O etomidato foi lançado em 1981 para sedação em pacientes graves. Apresentava a vantagem de não causar instabilidade hemodinâmica, que o tornava atrativo para uso em pacientes graves e em choque. No entanto, as publicações que se sucederam apontaram o desenvolvimento de insuficiência adrenal como efeito colateral, com dose única ou repetidas e infusão contínua. O etomidato, parece bloquear de maneira transitória a produção de glicocorticóides, levando a insuficiência adrenal aguda que em muitas vezes manifesta-se como hipotensão resistente à vasopressores. **RELATO DO**

CASO: M.A.S, feminina, 77 anos, em choque séptico de foco abdominal é encaminhada ao centro cirúrgico para a realização de laparotomia exploradora. Antes do procedimento PAM:70, mantida com Noradrenalina 0,10mcg/kg/min (NOR), FC:110 bpm, AC: RCR2T, BNF; AR: MV+ bilateralmente, diminuído em base; ABD: doloroso, com plastrão em FIE, MMII: extremidades bem perfundidas, sem TVP. A técnica anestésica escolhida foi geral balanceada e então procedeu-se a indução anestésica com Etomidato, Fentanil e Cisatracurio, a paciente permaneceu durante toda a cirurgia estável hemodinamicamente com níveis de NOR semelhantes aos iniciais. Cerca de 12 horas após dar entrada na UTI a paciente, anteriormente estável, evoluiu com hipotensão arterial arresponsiva à vasopressores em doses supraterapêuticas. Colheu-se então exames laboratoriais de rotina além da dosagem dos níveis de: cortisol= 2ug/dl; ACTH= 5ug/dl, sódio= 120meq/dl, potássio= 5,5 meq/dl, cálcio iônico = 1,57 meq/dl. Após a coleta dos exames, suspeitando-se do quadro de insuficiência adrenal aguda induzida pelo etomidato, optou-se por suplementar o glicocorticoide com hidrocortisona 100mg EV em bolus e mante-lo de 8/8 horas. Observou-se, com o uso de hidrocortisona, a melhora dos níveis pressóricos e até mesmo diminuição dos níveis de NOR inicialmente utilizados. **CONCLUSÃO:** Há muito se sabe do potencial do etomidato na inibição da produção dos glicocorticóides, no entanto, nem sempre, este diagnóstico diferencial é considerado. A associação de corticosteróides, tem seu benefício consolidado apenas para pacientes em choque séptico. No entanto, sabemos que mesmo doses únicas de etomidato podem levar a supressão da atividade adrenal através da inibição da 11-β-OH. O etomidato portanto, apesar de sua conhecida estabilidade hemodinâmica, deve ser utilizado com cautela e seu uso deve ser melhor estudado em pacientes que não estejam em choque séptico. **REFERÊNCIA:** 1. Crit Care Med. 2012 Jan;40(1):29-35. 2. Br. J. Anaesth. (2006) 97 (1): 116-117.

PROGNÓSTICO DE PACIENTES CIRÚRGICOS COM INJÚRIA RENAL AGUDA NO PÓS-OPERATÓRIO

AUTORES:

Sara Mendes de Andrade*, João Manoel da Silva Junior, Fernando Augusto Mendes Nogueira, Luiz Marcelo Sá Malbouisson, Cristina Prata Amendola, Suzana Margareth Ajeje Lobo.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Servidor Publico Estadual-SP/ Hospital do Cancer Barretos/ Hospital das Clinicas SP.

INTRODUÇÃO: A injúria renal aguda (IRA) é uma complicação frequente em pacientes cirúrgicos e está associada com aumento na morbimortalidade. O presente estudo tem por objetivo avaliar a proporção de pacientes com quadro de IRA no pós-operatório e verificar os fatores determinantes de pior prognóstico nesta população. **MÉTODO:** Estudo de coorte prospectivo, durante 1 ano, em 03 hospitais terciários. Foram incluídos no estudo pacientes admitidos na UTI no pós-operatório, com critérios de IRA segundo os definidos pelo Acute Kidney Injury Network (AKIN), pacientes menores de 18 anos, pós-operatório de nefrectomia, insuficiência renal crônica em hemodiálise, pacientes com Cr basal maior ou igual a 4 mg/dl, com baixa expectativa de sobrevida, gravidez, foram excluídos. Os pacientes foram acompanhados até a alta hospitalar. **RESULTADO:** Foram incluídos no estudo 75 pacientes. A média de idade foi 64,1±14,8 anos e 60,3% eram homens. Pacientes estado físico ASA II foram prevalentes 50,2% e não sobreviveram 43,5% dos pacientes. O tempo médio das cirurgias foi 4,6±3,1 h. O valor médio da creatinina foi 1,35±0,5 e no segundo dia este valor foi para 1,74±0,9 p=0,02, o tempo de internação destes pacientes ficou em 21,8±19,9 dias. Os pacientes que não sobreviveram apresentaram valores de APACHE II maiores 20,5±10,4 versus 14,5±7,2 p=0,04 e evoluíram com sepse ou choque séptico no pós operatório 43,3% versus 15,8% dos pacientes p=0,01. **CONCLUSÃO:** Pacientes que evoluem com insuficiência renal no pós-operatório apresentam alta mortalidade e os escore APACHE II e pacientes com sepse são determinantes de pior prognóstico. **REFERÊNCIA:** Rife Criteria for acute kidney injury are associated with hospital mortality in critically ill patients: a cohort analysis. Critical Care, 2006, 10:R73. Fontes de fomento: Nenhuma. Conflito de interesse: Nenhum.

ROTEM® COM PERFIL PROTROMBÓTICO EM PACIENTE COM INR ALARGADO: RELATO DE CASO

AUTORES:

Hermann dos Santos Fernandes*, Roseny dos Reis Rodrigues, Laura Alencar Cavalcante Nascimento Lima, Luiz Marcelo Sá Malbouisson, Fabíola Prior Caltabeloti, João Alexandre Dias e Santos,

INSTITUIÇÃO:

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

INTRODUÇÃO: A monitorização do estado da coagulação é importante na condução de pacientes gravemente enfermos, especialmente no período perioperatório, quando informações rápidas e dinâmicas auxiliam o anesthesiologista no manejo de sangramento, racionalizando e direcionando as terapias. **RELATO DE CASO:** Feminino, 83, com antecedentes de hipertensão, hipotireoidismo, insuficiência cardíaca diastólica, dislipidemia, osteoporose, depressão e fibrilação atrial permanente em uso de varfarina. Admitida com queixa de dor abdominal associada a náuseas e vômitos e ausência de evacuações há 1 dia. Ao exame, apresentava-se em mau estado geral, desidratada e hipocorada; com pressão arterial de 70 x 30 mmHg e frequência cardíaca de 118 bpm; abdome em tábua, com ruídos hidroaéreos diminuídos, doloroso difusamente à palpação e apresentando sinais de irritação peritoneal. INR da admissão de 3,16. Indicada laparotomia exploradora por abdome agudo vascular. Feito diagnóstico intra-operatório de abdome agudo perfurativo (perfuração de reto médio com contaminação de cavidade por fezes) com realização de colectomia esquerda a Hartmann e início de antibioticoterapia. Recebeu 03 UI de PFC antes do procedimento cirúrgico e 04 UI durante o mesmo, além de 04 UI de CH. Procedimento sem intercorrências com paciente extubada em sala e encaminhada à unidade de terapia intensiva (UTI) hemodinamicamente estável sem drogas vasoativas. Durante internação em UTI, apresentou aumento progressivo de INR a despeito do uso de vitamina K: 3,08 no 1° PO, 4,7 no 3° PO, 6,5 no 4° PO e 12,14 no 5° PO. Manteve plaquetas em valores normais e estáveis e alargamento do TTPa (maior valor de relação de 2,83 no 5° PO) sem achados clínicos hemorrágicos. Realizado ROTEM® no 5° PO que mostrou perfil protrombótico. Paciente evoluiu, no mesmo dia, com rebaixamento do nível de consciência, insuficiência respiratória e instabilidade hemodinâmica sem resposta a medidas intensivas, indo a óbito. **DISCUSSÃO:** apesar da importância no manejo de pacientes graves e em sangramento, a avaliação da coagulação é difícil. Os exames laboratoriais convencionais são demorados e pouco específicos, e não permitem um tratamento rápido e direcionado. O processo da coagulação é extremamente complexo, e suas alterações podem ter inúmeras causas. Diante desse cenário, o ROTEM® ganha destaque, por ser tratar de uma tecnologia “point-of-care”, de resultados rápidos e dinâmicos, fornecendo tratamento direcionado específico para a alteração encontrada. Ao realizar ROTEM® neste caso, detectou-se em uma incongruência entre os exames laboratoriais de coagulação. **REFERÊNCIA:** 1. Brohi K, Singh J, Heron M, et al. Acute traumatic coagulopathy. *J Trauma* 2003; 54:1127–1130. 2. Shaz BH, Winkler James AB, Hillyer DC, et al. Pathophysiology of Early Trauma-Induced Coagulopathy: Emerging Evidence for Hemodilution and Coagulation Factor Depletion; *The Journal of TRAUMA® Injury, Infection, and Critical Care* • Volume XX, Number XX, XXX 2011

SAPS 3 COMO PREDITOR PARA INTERNAÇÃO DE PACIENTES CIRÚRGICOS EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES:

Julianne Borges Marinho*, João Manoel da Silva Junior, Fernando Augusto Mendes Nogueira, Sara Mendes de Andrade, Germano Paulo Venceslau de Lima, Maryna Rodrigues Landim.

INSTITUIÇÃO:

Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo - HSPE.

INTRODUÇÃO: Devido à escassez de leitos, decisões a respeito de quais pacientes serão admitidos na UTI podem ocorrer. Entretanto, a incerteza sobre qual paciente poderá ter maior benefício limita estas decisões e às vezes pode prejudicar o desfecho dos pacientes. O objetivo do estudo foi avaliar as características de pacientes cirúrgicos que foram admitidos tardiamente na UTI e determinar os principais fatores que levaram a esta internação. **MÉTODO:** Estudo de coorte prospectivo, em hospital terciário, durante 1 ano. Foram incluídos no estudo pacientes que no pré-operatório apresentavam indicação de UTI para o pós-operatório, mas que ao final da cirurgia devido o paciente apresentar-se em bom estado clínico-cirúrgico, a equipe cirúrgica decidiu que o paciente fosse encaminhado para enfermaria. Pacientes de cirurgias paliativas foram excluídos. Foram comparados os pacientes em relação à necessidade para admissão na UTI ou não em algum momento do pós-operatório. **RESULTADO:** Incluiu-se 100 pacientes, idade 66,4±14,7 anos. SAPS 3 foi 38,5±8,6 e 71% eram estado físico ASA 2. A maioria das cirurgias foram eletivas e o bloqueio de neuroeixo foi a principal anestesia realizada. Do total de pacientes, 3,0% foram a óbito e 27% necessitaram de internação na UTI em média no sexto dia de pós-operatório. O valor de SAPS 3 e o estado físico ASA 3 foram maiores nos pacientes encaminhados a UTI, respectivamente 45,4±7,8 versus 35,9±7,4; p<0,001 e 40,7% versus 8,2%; p=0,001. Além disso, estes pacientes apresentaram maior tempo de cirurgia 4,2±1,9 versus 2,7±1,5 horas; p<0,001, a maioria foi de cirurgias gastrointestinais 14,8% versus 5,5% p=0,03 e receberam mais concentrado de hemácias no intra-operatório 18,5% versus 5,5% p=0,04. Em adição, os pacientes encaminhados tardiamente para UTI apresentaram maior mortalidade 11,1% versus 0,0% p=0,004. Na análise multivariada foi encontrado o valor de SAPS 3 como fator independente para determinar se o paciente necessitaria de internação na UTI OR= 1,25 IC95% 1,1-1,4 p=0,001 e o tempo de cirurgia OR= 3,33 IC95% 1,7-6,3 p=0,002. **CONCLUSÃO:** A determinação do paciente de alto risco cirúrgico é uma tarefa difícil, o tempo de cirurgia juntamente com o escore SAPS 3 parecem ser ferramentas úteis nesta diferenciação e podem ajudar a caracterizar melhor esta população. **REFERÊNCIA:** Silva JM Jr, et al. Applicability of the Simplified Acute Physiology Score (SAPS 3) in Brazilian Hospitals. *Rev*

TROMBOCITOPENIA EM PACIENTES CRÍTICOS: MARCADOR DE MORTALIDADE EM UTI PÓS-OPERATÓRIA

AUTORES:

Domingos Dias Cicarelli, Victor Dantas Ferreira Lopes, Luiz Marcelo Sá Malbouisson, Maria José Carvalho Carmona, João Manoel da Silva Junior.

INSTITUIÇÃO:

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

INTRODUÇÃO: Trombocitopenia é uma alteração laboratorial comum em pacientes graves internados em Unidades de Terapia Intensiva. Sua prevalência pode variar de 15% a 60%, dependendo da definição adotada e da poluição estudada. Alguns estudos vem associando a trombocitopenia com aumento da estadia e da mortalidade na UTI, tanto como fator auxiliar como independente, chegando a um risco de óbito até 4 vezes maior em algumas análises. O objetivo foi avaliar a prevalência de plaquetopenia em pacientes críticos internados em UTI pós-operatória, com diagnóstico de SRIS, sepse e choque séptico, e correlacionar com a mortalidade. **METODOLOGIA:** O estudo foi do tipo coorte retrospectiva, analisando dados de pacientes internados em UTI pós-operatória do Hospital das Clínicas da FMUSP, com diagnóstico de SRIS, sepse e choque séptico, durante 12 meses. Foram considerados plaquetopênicos os pacientes com pelo menos 2 exames laboratoriais em dias diferentes apresentando contagem de plaquetas < 100.000/mm³. A gravidade foi avaliada através do escore de APACHE II no dia da internação na UTI. **RESULTADO:** Foram avaliados 54 pacientes. Estes foram divididos em 2 grupos: o grupo P composto de 31 pacientes (57% do total), com critérios para plaquetopenia durante sua internação na UTI e o grupo C composto de 23 pacientes que não apresentaram plaquetopenia. Os grupos não apresentaram diferenças significativas no APACHE II, nem quanto à idade, peso e gênero. No grupo P ocorreram 14 óbitos, correspondendo a 45% de mortalidade. No grupo C, 3 pacientes foram a óbito, correspondendo a 13%. Desta forma, o risco relativo de óbito para pacientes críticos que desenvolveram plaquetopenia durante sua internação foi de 3,46 com intervalo de confiança (IC 95%) de 3,17–3,77 (p=0,012). **CONCLUSÃO:** Plaquetopenia é marcador de gravidade nos pacientes críticos e de progressão da doença de base, estando diretamente relacionada com o prognóstico e a mortalidade dos pacientes em UTI de pós-operatório. **REFERÊNCIA:** 1- Levi M, Schultz M. Coagulopathy and platelet disorders in critically ill patients. *Minerva Anesthesiol*, 2010;76:851-859. 2- Vanderschueren S, Weerd AD, Malbrain M et al. Thrombocytopenia and prognosis in intensive care. *Crit Care Med*, 2000;28:1871-1876.

Anestesia e Transplante

ANESTESIA EM PACIENTE CARDIOTRANSPLANTADO PARA OPERAÇÃO NÃO CARDÍACA

AUTORES:

Márcio Henrique Mendes*, Bruno Tavares Apgaua, Rodrigo de Lima e Souza, Francisco Tadeu Mota Albuquerque, Rafael Augusto Carneiro Rezende, Lucas Cardoso de Andrade.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Madre Teresa Belo Horizonte Minas Gerais.

INTRODUÇÃO: O sucesso do transplante cardíaco em humanos iniciou-se com a cirurgia realizada por Barnard, na Universidade de Cape Town, na África do Sul, em 3 de dezembro de 1967. Para prolongar, significativamente, a vida de pessoas com doenças cardíacas em fase terminal, o transplante cardíaco é a modalidade terapêutica mais eficaz. O Brasil ocupa cada vez mais espaço no campo dos transplantes, tornando-se referência no transplante cardíaco para doença de Chagas e disseminando condutas para todo o mundo. A qualidade de vida dos pacientes transplantados melhora de forma significativa, uma vez que 70 % dos receptores de corações transplantados voltam a trabalhar. **RELATO DE CASO:** Paciente LCF, 72 anos, masculino, 69 quilos, submetido a transplante cardíaco no ano de 2007 devido miocardiopatia dilatada grave. Em uso de imunopressores. Apresentou nos últimos meses paraparesia espástica e hiperreflexia. Função cardíaca pré-operatória normal. Realizada RNM evidenciando estenose cervical grave com mielopatia e instabilidade. Proposta descompressão de C3 – T1 e artrodese postero – lateral. O paciente foi monitorizado com cardioscópio, capnografia, oxímetro de pulso, pressão arterial invasiva, VPP (variação de pressão de pulso), pressão venosa central e sonda vesical de demora. Para indução anestésica utilizou-se Remifentanil (0,3 mcg/Kg/min), Propofol (150 mg) e Rocurônio (40 mg). A anestesia foi mantida com Remifentanil (0,3 mcg/Kg/min) e sevoflurano (0,9 CAM). Para controle pressórico foi necessário o uso de Fenilefrina 150 mcg/min. Após o término do ato cirúrgico o paciente apresentava-se com sedação residual, responsiva, com bom padrão ventilatório e hemodinâmico. Foi infundido 3000 ml de cristalóide, com débito urinário adequado. Encaminhou-se o paciente para observação na unidade de terapia intensiva (UTI). **DISCUSSÃO:** Pacientes transplantados apresentam peculiaridades fisiopatológicas e de resposta a fármacos. O claro entendimento da fisiologia do paciente transplantado, o efeito de fármacos imunossupressores e as condições anestésico-cirúrgicas são essenciais para o sucesso do procedimento. No presente caso, não houve intercorrências relacionadas ao coração transplantado. **REFERÊNCIA:** 1 FIORELLI, A I; COELHO, G H B; OLIVEIRA JUNIOR, J L; et al; Insuficiência cardíaca e transplante cardíaco. *Rev Med (São Paulo)*. Abr.-jun.;87(2):105-20. 2008. Disponível em [http://www.fm.usp.br/gdc/docs/revistadc_155_87\(2\)%20-%20105-120.pdf](http://www.fm.usp.br/gdc/docs/revistadc_155_87(2)%20-%20105-120.pdf). Acesso em 08 Agosto. 2013 2 BACAL, Fernando et al . II Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 94, n. 1, 2010. Disponível em. Acesso em 10 Agosto. 2013.

ANESTESIA PARA TRANSPLANTE HEPÁTICO EM PACIENTE COM PORFIRIA INTERMITENTE AGUDA: RELATO DE CASO

AUTORES:

Francisco Ricardo Marques Lobo, Danielle Mendes de Queiroz Macedo, Gustavo Tiburtino de Queiroz Sales, Thiago Cardoso Linhares Guedes, Juliana de Melo Matos Lins, Lívia Pereira Miranda Prado.

INSTITUIÇÃO:

Hospital de Base de São José do Rio Preto.

INTRODUÇÃO: Pacientes portadores de porfiria intermitente aguda (PIA) apresentam desafios aos anestesiológicos desde a avaliação pré-operatória até o manuseio respiratório e cardiovascular. A PIA é uma doença genética rara, autossômica dominante, decorrente de um distúrbio na via hepática da biossíntese do heme, causado pela redução dos níveis da enzima porfobilinogênio desaminase (PBG-D). Os sintomas são: dor abdominal, vômitos, distensão abdominal, ileo adinâmico, incontinência urinária, taquicardia, sudorese, neuropatia periférica, distúrbios hidroeletrólíticos e psiquiátricos. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo masculino, 52 anos, branco, diagnosticado com PIA em 2008. O paciente apresentava crises convulsivas mensais associadas à hipoglicemia, dor abdominal e em membros inferiores diariamente. Hipertenso e ex-etilista. Em uso de propranolol 80 mg/dia, lamotrigina 200 mg/dia, gabapentina 1800 mg/dia, lorazepam 6mg/dia, cimetidina 1200 mg/dia e hematina uma vez por semana. História familiar de porfiria intermitente aguda. Foi submetido à anestesia geral balanceada. Indução anestésica com sufentanil 40 µg, propofol 160 mg, atracúrio 40 mg. Manutenção com sevoflurano 2%. Monitorização: oximetria de pulso, capnografia, cardioscópio, cateter de artéria pulmonar, pressão arterial invasiva, termômetro esofágico e BIS. Tempo anestésico 7h. Foram administrados 5.000 ml de cristalóide. Não houve necessidade de transfusão de hemoderivados. Administrado 0.1 µg/Kg/min de noradrenalina durante a fase de reperfusão. Paciente foi encaminhado sob ventilação para UTI. Apresentou ausência de PBG-D na urina após 3 dias do transplante hepático. **DISCUSSÃO:** a possibilidade de administração de um grande número de fármacos requer atenção constante dos anestesiológicos. Alguns fármacos utilizados podem induzir crise de porfiria, tais como: barbitúricos, cetamina e etomidato. Optamos pelo propofol para indução anestésica por ser um fármaco considerado seguro, porém a sua utilização na manutenção é questionável pelo risco de desencadear crise relacionada à dose total da droga. Os pacientes submetidos a transplante hepático que possuem neuropatia severa é possível o manejo com a utilização de uma pequena dose de bloqueador neuromuscular. Utilizamos atracúrio em bomba de infusão contínua na dose de 7 µg/kg/min. Durante o manejo perioperatório a infusão de hematina ou plasmaferese podem ser utilizadas para reduzir os níveis de protoporfirina. O transplante de fígado foi realizado com sucesso no caso do paciente relatado, apresentando aparente cura. O transplante hepático deve ser considerado como uma opção terapêutica em pacientes com PIA, possibilitando assim interromper a disfunção neurológica. **REFERÊNCIA:** Seth AK, Badminton MN, Mirza D, et AL. Liver transplantation for porphyria: who, when and how? *Liver Transplantation*. 2007;13:1219-1227. Dinardo CL, Fonseca GHH, Suganuma LM, et al. Porfirias: quadro clinic, diagnostic e tratamento. *Rev Med*. 2010; 89:106-114.

RELAÇÃO ENTRE EXAMES DE COAGULAÇÃO BASEADO NO PLASMA E A TRANSFUÇÃO DE PLASMA FRESCO CONGELADO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO

AUTORES:

José Otávio Costa Auler Júnior, Joel Avancini Rocha Filho, Cláudia Regina Fernandes, David Silveira Marinho, Débora Maia da Costa, Irene Lopes Mello.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Universitário Walter Cantídio - Universidade Federal do Ceará.

INTRODUÇÃO: sangramento por coagulopatia é comum durante o Transplante Ortotópico de Fígado (TOF) e a transfusão de hemocomponentes visando hemostasia é crucial para um manejo adequado. Avaliou-se a relação entre Exames de Coagulação Realizados com Plasma (ECRP) [Percentual de Atividade da Protrombina (TP%), Relação Normalizada Internacional (INR) e Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPa)] e a transfusão de Plasma Fresco Congelado (PFC) no intraoperatório de TOF em pacientes cirróticos. **MÉTODO:** estudo de coorte histórica em que se analisou 297 pacientes cirróticos submetidos a TOF com doador cadáver entre os anos de 2002 e 2010 num único hospital. Utilizou-se infusão profilática de ácido épsilon-aminocapróico (20 mL/Kg/h) em todos os pacientes, bem como recuperação intra-operatória de hemácias (exceto se infecção intra-abdominal ou neoplasia). Todos os ECRP foram colhidos no pré-operatório e ao término de cada fase da cirurgia. Os pacientes só receberam transfusão de PFC quando se diagnosticou coagulopatia, independente dos resultados dos ECRP. Os pacientes foram distribuídos em dois grupos de acordo com a transfusão de PFC durante a cirurgia, ou não. Foram avaliados fatores de risco para a transfusão de PFC, e avaliou-se desfechos em ambos os grupos. A acurácia dos ECRP para prever o uso de PFC em cada fase da cirurgia foi investigada por Curvas ROC. **RESULTADO:** sobrevida, tempo de internamento em UTI e incidência de reoperações por sangramento foram similares entre os grupos. Análise multivariada demonstrou que apenas hematócrito pré-operatório, fibrinogênio pré-operatório e presença de carcinoma hepatocelular foram preditores independentes para a transfusão de PFC durante o TOF. Todos os ECRP demonstraram péssima acurácia para orientar a decisão de transfundir PFC, independente dos pontos de corte adotados. Valores de ECRP com alta especificidade para a não-transfusão de PFC foram determinados em cada fase do TOF para TP% (39,4, 27,8 e 20,3), INR (2,14, 2,62 e 3,52) e TTPa (50,5, 80,2 e 119,5). **CONCLUSÃO:** os ECRP não demonstraram correlação com a transfusão intra-operatória de PFC, independente do momento da coleta ou dos pontos de corte adotados. Entretanto, é pouco provável que pacientes cirróticos submetidos ao TOF e recebendo baixas doses profiláticas de antifibrinolíticos necessitem receber transfusões de PFC antes de atingirem os pontos de corte com alta especificidade determinados para os ECRP. O conhecimento de tais pontos de corte pode ser útil na decisão de não transfundir PFC durante o TOF. **REFERÊNCIA:** Tripodi A, et al. Evidence of normal thrombin generation in cirrhosis despite abnormal conventional coagulation tests. *Hepatology*. 2005;41(3):553-8. Practice guidelines for perioperative blood transfusion and adjuvant therapies: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Blood Transfusion and Adjuvant Therapies. *Anesthesiology*. 2006;105(1):198-208.

SÍNDROME DE KASABACH-MERRITT

AUTORES:

Bruno Pinheiro Fontes, Mauro Henrique de Lima Ferrão, Lívia Pereira Miranda Prado, Fernanda Bagatini da Cunha*, Francisco Ricardo Marques Lobo, Adriana Érica Yamamoto.

INSTITUIÇÃO:

Hospital de Base de São José do Rio Preto.

INTRODUÇÃO: Hemangioma é o mais frequente tumor sólido benigno do fígado com prevalência estimada em 0,4% a 7,5% na população geral¹. Os hemangiomas hepáticos gigantes apresentam o risco de ruptura espontânea levando à hemoperitônio e choque hemorrágico com evolução fatal. Síndrome de Kasabach-Merritt (SKM), um hemangioma gigante, na maioria das vezes está associado à trombocitopenia e hipofibrinogenemia.² **RELATO DE CASO:** M.A.S.,feminino, 49 anos, 77kg, 164cm, ASA III, Child A, tabagista portadora de hemangioma gigante, foi admitida no hospital para transplante hepático como tratamento terminal. Exames pré-operatórios: Hb:10.2 g/dL Ht:31% plaquetas:104.000/mm³ fibrinogênio:138mg/dL, INR:1.3, TTPa:40.9s, TP:17s, albumina:4.0g/dL. Monitorização: PAI, cardioscopia, SpO₂, analisador de gases, medidas respiratórias e hemodinâmicas. Antifibrinólise: EACA 4g/10 min. (bolus) seguido de 1g/h manutenção. Indução em seqüência rápida com sufentanil 25 µg, propofol 70 mg, succinilcolina 80 mg e 10 mg cisatracúrio. Após a indução foi realizada punção central sob US com colocação cateter central e cateter de Swan Ganz. Manutenção: anestesia balanceada com sevoflurano, sufentanil contínuo 0.5 µg/kg/h e cisatracúrio 2 µg/kg/min. Durante fase anepática, técnica clampeamento total, a paciente evoluiu com hipotensão arterial 60x30 mmHg e taquicardia 160 bpm, solucionados com bolus de adrenalina 10 µg e metaraminol 1 mg. Durante essa fase, a estabilidade foi obtida com noradrenalina 2 µg/kg/min. Peso tumor: 8 kg. Reperusão ocorreu com estabilidade hemodinâmica sem necessidade de fármacos adjuvantes. Reposição volêmica com hemoderivados (hemácias, plaquetas, plasma e crioprecipitado), cristalóides (plasmalyte, ringer sem lactato e sol. salina 0,9%) totalizando 10.400 mL. Infundido 3000 U CCP, 100 ml 6% albumina humana e 250 mL manitol. Perdas sanguíneas estimadas de 9600 mL, débito urinário 1400 mL e 200 mL de ascite gerando balanço negativo de 3000 mL. Encaminhada à UTI com noradrenalina 0.15 µg/kg/min PA: 130x90 mmHg e FC 140 bpm. Alta hospitalar após 15 dias. **DISCUSSÃO:** No relato acima, a presença de hepatopatia terminal, hemangioma intra-hepático gigante e dificuldade cirúrgica para dissecação prediziam um quadro hemodinâmico instável com risco de choque hemorrágico. As complicações intra-operatórias como trombocitopenia e hipofibrinogenemia foram corrigidos adequadamente e a hipovolemia aguda na retirada do tumor foi corrigida imediatamente ocasionando uma reperusão satisfatória. Pelo exposto acima concluímos que poderemos obter sucesso em um transplante hepático mesmo em condições adversas como desse paciente. **REFERÊNCIA:** 1 - Ochsner JL, Halpert B. Cavernous hemangioma of the liver. *Surgery*, 1958;43:577-582. 2 - Sidbury R. Update on vascular tumors of infancy. *Curr Opin Pediatr*. 2010;22:432-437.

USO DE DEXMEDETOMIDINA E SULFATO DE MAGNÉSIO EM PACIENTE VASCULOPATA SUBMETIDO A TRANSPLANTE RENAL

AUTORES:

Vinícius Silveira Fonseca, Maíra Oliveira Callares Chaves, Mariana Costa Franklin dos Reis, Paulo César de Abreu Sales, Reinaldo Guimarães, Thiago Gonçalves Wolf.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Universitário São José.

INTRODUÇÃO: perioperatório se caracteriza por atividade simpática elevada, levando a taquicardia induzida por estresse e hipertensão. Pacientes com elevado risco cardiovascular podem ser beneficiados por drogas que atenuam respostas hiperdinâmicas simpaticamente mediadas. A dexmedetomidina é um potente e altamente seletivo agonista dos adrenocetores α -2 com propriedades simpaticolíticas, sedativas, amnésicas e analgésicas. O magnésio, também inibe a liberação de catecolaminas após o estímulo simpático. O objetivo do trabalho é mostrar a indicação do uso de drogas que atenuam as respostas orgânicas hiperdinâmicas em paciente vasculopata. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo masculino, 47 anos, 75Kg, hipertenso, com aneurisma de aorta com endoprótese em artéria torácica e insuficiência renal crônica de etiologia indeterminada. Admitido no Hospital Universitário São José para transplante renal intervivos em junho de 2013. Realizada monitorização básica, punção da artéria radial, venoclise com cateter 16G e acesso central. Administrado no pré-operatório ranitidina (50mg); cefalotina (2g); metilprednisolona (1g). Iniciou-se a indução com dexmedetomidina 1mcg/Kg durante dez minutos, sulfato de magnésio 30mg/Kg, sufentanil (10mcg); atracúrio (35mg); propofol (100mg) e lidocaína sem vaso 2% (150mg). Durante a manutenção da anestesia foram administrados dexmedetomidina 0,6mcg/Kg/hora, atracúrio 50mg e isoflurano CAM 0,8. Hidratação com soro fisiológico 0,9% (3L). Infundido manitol (0,7g/Kg) durante o procedimento. Duração da cirurgia de 4 horas e 20 minutos. Gasometria arterial pré-operatório: pH 7,32; pCO₂ 56,4; HCO₃ 28,5 e BE 1,1. Gasometria arterial ao final: pH 7,36; pCO₂ 37,1; HCO₃ 20,5 e BE -4,4. Pressão arterial média mantida entre PAM 70 a 80 mmHg sem necessidade de utilização de vasopressores. Pressão Venosa Central foi mantida entre 12 a 14 mmHg. Diurese e extubação imediatas. **DISCUSSÃO:** A escolha do agente anestésico ou combinação apropriados é fundamental para a homeostasia em pacientes com alto risco cardiovascular. A infusão lenta de dexmedetomidina possibilita uma leve diminuição da pressão sanguínea devido à inibição do fluxo simpático central além de um efeito diurético inibindo a ação antiúterica da vasopressina no duto coletor. O sulfato de magnésio também diminui a liberação das catecolaminas após o estímulo simpático e tem sido utilizado como fármaco para atenuar a resposta cardiovascular à intubação traqueal. Dessa forma, ambos fármacos podem ser usados como coadjuvantes durante a anestesia geral, atenuando a resposta pressórica no período peri operatório e diminuindo as necessidades de outras drogas como os opióides. **REFERÊNCIA:** 1) Afonso J, Reis F. Dexmedetomidina: papel atual em anestesia e cuidados intensivos. *Rev. Bras. Anestesiologia*. vol.62 no.1 Campinas Jan./Feb. 2012. 2) Telci L, Esen F, Akcora D et al. Evaluation of effects of magnesium sulphate in reducing intraoperative anaesthetic requirements. *Br J Anaesth* 2002;89:594-598.

Anestesia em Cirurgia Cardíaca

ANESTESIA PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE COARCTAÇÃO DE AORTA COM BY PASS AÓRTICO

AUTORES:

Marina Ferraz Teixeira de Queiroz, Marcel Andrade Souki, Diogo de Sousa Lopes, Lucas Tavares de Resende, Thaísa Belligoli Senra.

INSTITUIÇÃO:

Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte.

INTRODUÇÃO: A coarctação de aorta típica é um estreitamento aórtico que ocorre distalmente à artéria subclávia esquerda, podendo ser proximal, distal ou oposto à inserção do canal arterial. Pode se tornar sintomática, seja no período lactente ou na adolescência e idade adulta. O tratamento é cirúrgico, por toracotomia esquerda, com diversas técnicas cirúrgicas podendo ser utilizadas. A técnica anestésica difere entre um lactente e uma criança mais velha ou adolescente. Relato do caso: Paciente HLP, 11 anos, previamente hígida, portadora de coarctação de aorta. Ecocardiograma mostrando valva aórtica bicúspide, coarctação de aorta de grau importante e hipertrofia ventricular esquerda importante. Inicialmente optado por abordagem por cateterismo, sem sucesso. A aortografia torácica mostrou coarctação severa da aorta e presença de vasos de circulação colateral. Paciente encaminhada ao Centro Cirúrgico para realização de by pass aórtico. Realizado acesso central em veia subclávia direita, PIA em artéria radial esquerda (por dificuldades técnicas na punção à direita), monitorização de temperatura com termômetro esofágico e da diurese. Procedimento realizado sob anestesia geral balanceada, com duração de 4 horas, com 52 minutos de circulação extra corpórea, sem clampagem da artéria aorta. Paciente apresentou labilidade pressórica durante o procedimento, o qual foi realizado sem intercorrências. Foi encaminhada à UTI, entubada, com proposta de extubação precoce, estável hemodinamicamente, em uso de Nitroprussiato de Sódio, com balanço hídrico zerado e Hb de 7,3mg/dl, sem reposição de hemoderivados. Recebeu alta hospitalar no sexto dia de pós operatório. **DISCUSSÃO:** A coarctação da aorta pós ductal pode não ser reconhecida até a idade adulta, ao contrário da coarctação da aorta pré ductal. Na idade adulta, os sintomas e a significância hemodinâmica da lesão dependem da gravidade do estreitamento e do grau de circulação colateral formado. Malformações cardiovasculares associadas são comuns, especialmente a valva aórtica bicúspide, como no caso em questão. A criança mais velha apresentará hipertrofia de ventrículo esquerdo e hipertensão, podendo se beneficiar com anestésicos voláteis, por fornecerem algum grau de depressão miocárdica. No perioperatório, principalmente se houver clampagem da artéria aórtica, é aceitável aumentos na pressão arterial na extremidade superior do corpo. É importante ter o cuidado de não baixar a pressão até o normal, pois poderá haver prejuízo na perfusão da medula espinhal. Já o controle adequado da dor no pós operatório pode ajudar a controlar a hipertensão arterial. **REFERÊNCIA:**1) Spaeth JP, Loepke AW. Anesthesia for left-sided obstructive lesions. In: Anandopoulos DB, Stayer SA, Russell IA et al. Anesthesia for Congenital Heart Disease. 2.ed. Nova Deli, Wiley-Blackwell, 2010; 406-09. 2) Davies LK, Knauf DG. Anestesia para Cardiopatia Congênita. In: Gravlee GP. Anestesia Cardíaca. 4.ed. São Paulo, Revinter, 2012; 374-438.

ANESTESIA PARA TROCA DE PRÓTESE AÓRTICA EM PACIENTE PORTADORA DE DOENÇA FALCIFORME. RELATO DE CASO

AUTORES:

Adilson Roberto Cardoso, Cristina Aparecida Arrivabene Caruy, Luis Fernando Affini Borsoi, Derli Conceição Munhoz Servian, Teresinha Maria de Azevedo, Andrea Daniela Rodrigues*.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP.

INTRODUÇÃO: O risco de falcização intra-operatória como consequência do estresse cirúrgico, acidose, hipotermia, hipotensão e hipoxemia, condições potencialmente presentes durante anestesia geral e circulação extracorpórea (CEC), bem como os cuidados necessários para sua prevenção tem sido descritos na literatura médica. Relato do caso: Paciente do sexo feminino, 42 anos, parda, portadora de doença falciforme (DF) SS, aloimmunizada após múltiplas transfusões sanguíneas, com insuficiência cardíaca classe funcional IV - AHA por lesão aórtica bivalvar de origem reumática. Na véspera da cirurgia foi submetida a sangria e transfusão de concentrado de hemáceas irradiadas, objetivando-se reduzir a porcentagem de hemoglobina S circulante. A cirurgia foi realizada sob anestesia geral e ventilação controlada mecânica. A CEC teve duração total de 87 minutos, sendo necessário desfibrilação miocárdica para retorno da contratilidade cardíaca. A temperatura nasofaríngea durante a CEC variou entre 32.4 e 37.3 °C. A paciente foi extubada na UTI 4 horas após o final da cirurgia, permanecendo estável hemodinamicamente, mas com temperaturas em torno de 35°C. Transcorridas 13 horas de pós-operatório iniciou quadro de mioclonia no membro inferior esquerdo, evoluindo com crises convulsivas tônico-clônico generalizadas. O EEG evidenciou distúrbio lento difuso de base, sem atividade epileptiforme. A tomografia de crânio mostrou pequena área hipodensa cortical e sub cortical à direita, sem efeito de massa. Com a estabilização do quadro e melhora progressiva após hidantalização e anticoagulação a paciente recebeu alta para enfermaria e posterior alta hospitalar no 7º e 10º pós-operatórios, respectivamente, sem sequelas. **DISCUSSÃO:** A literatura recomenda que pacientes portadores de DF sejam submetidos a transfusão sanguínea parcial visando HT < 30, taxa hemoglobínica próxima a 10mg/dl, CEC normotérmica (não há contra-indicação absoluta à CEC hipotérmica), indução quente da cardioplegia com solução cristalóide oxigenada, hemofiltração contínua, monitorização e correção do estado ácido-base com gasometrias arteriais seriadas. No per-operatório é crucial a manutenção da homeostase corpórea, sobretudo da temperatura, pois a hipotermia precipita crises de falcização, com risco de oclusão vascular e hipoperfusão tecidual. Se essa condição não for prontamente corrigida a PvO2 capilar pode diminuir à níveis perigosos, apesar da PaO2 adequada. Neste caso, as intercorrências descritas parecem ter uma relação estreita com a hipotermia ocorrida em diversos momentos do intra e pós-operatórios, visto que as demais condições clínicas foram satisfatoriamente controladas. **REFERÊNCIA:** You-safzai SM, Ugurlucan M, Radhwan OAA et al. Open Heart Surgery in Patients With Sickle Cell Hemoglobinopathy. Circulation. 2010;121:14-19.

ANESTESIA PARA TROCA VALVAR AÓRTICA EM PACIENTE PORTADOR DE OSTEOGÊNESE IMPERFECTA: RALATO DE CASO

AUTORES:

Vicente Faraon Fonseca*, Ari Tadeu Lirio dos Santos, Juliana de Fatima Schmitt, Paulo Warpechowski, Pedro Montano dos Santos, Viviane Mentz Dornelles,

INSTITUIÇÃO:

Fund. Universitaria Instituto de Cardiologia de Porto Alegre.

INTRODUÇÃO: A Osteogênese Imperfecta (OI) é caracterizada por fragilidade óssea cuja etiologia é um defeito qualitativo ou quantitativo do colágeno tipo 1, sintetizado pelos osteoblastos. A ocorrência nos Estados Unidos da América é de 1 caso para 25.000 nascimentos vivos. No Brasil não temos dados estatísticos. A OI corresponde a alterações hereditárias autossômicas dominantes, causadas por mutações em um dos dois genes que codificam as cadeias alfas – COL 1 A1 e COL 1 A2 – do colágeno tipo 1. Os principais problemas relacionados com a anestesia em pacientes com OI são intubação com risco de fratura cervical e mandibular, possibilidade de alteração funcional das plaquetas, anormalidades cardiovasculares, complicações respiratórias causadas pela deformidade torácica e, possivelmente, maior risco de hipertermia maligna. Relato do Caso: Paciente do sexo feminino, 49 anos, 48 Kg, 142 cm, ECG com ritmo sinusal e hipertrofia do ventrículo esquerdo (VE), ecocardiografia do coração com estenose aórtica, válvula aórtica bicúspide e fração de ejeção do VE correspondente a 67%, submetida a cirurgia cardíaca com circulação extracorpórea para troca da válvula aórtica. A indução anestésica foi realizada com etomidato, fentanil e pancurônio. A intubação orotraqueal foi obtida com a utilização de fibrobroncoscópio flexível. Midazolam, em infusão contínua e fentanil em doses fracionadas foram os anestésicos usados para a manutenção da anestesia. A monitorização constou de pressão arterial invasiva, pressão venosa central, controle do lactato seriado, temperaturas nasal e retal, saturação venosa, capnografia, eletrocardiograma e gasometria arterial seriada. Não foram utilizados anestésicos inalatórios. A circulação extracorpórea ocorreu sem intercorrências. Na saída de extracorpórea foi utilizado noradrenalina como suporte farmacológico. A paciente foi transferida para a Unidade de Pós-operatório com balanço hídrico positivo de 730 ml e balanço sanguíneo negativo de 261 ml. O último hematócrito medido na sala de cirurgia foi de 28%. O sangramento pelo dreno mediastinal, no pós-operatório manteve-se dentro dos padrões normais do nosso serviço. Em nenhum momento do período perioperatório apresentou hipertermia. Teve alta hospitalar sem complicações. **DISCUSSÃO:** Como foi relatado acima, os cuidados nestes pacientes com OI devem ser dirigidos para determinados aspectos: possibilidade de fraturas, sangramento por alterações das plaquetas, surgimento de hipertermia maligna e complicações respiratórias. A nossa abordagem com intubação com fibrobroncoscópio, anestesia venosa sem agentes inalatórios, monitorização invasiva e controle da temperatura se mostrou satisfatória. Como crítica, é importante salientar a ausência de monitorização da consciência transoperatória através do Índice Bispectral. **REFERÊNCIA:** Erdogam MA, Sanli M e Ersoy MO. Condução Anestésica em Criança com Osteogênese Imperfeita e Hemorragia Epidural. Rev Bras Anesthesiol. 2013;63:366-68

ANESTESIA SEM OPIOIDE EM PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA AÓRTICA GRAVE

AUTORES:

Italo Araújo de Arruda*.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Universitário São José.

INTRODUÇÃO: A Insuficiência Aórtica é uma patologia valvular que acarreta sobrecarga de volume do ventrículo esquerdo, com consequente hipertrofia e elevação da pressão diastólica final, podendo comprometer o fluxo sanguíneo coronariano de forma severa. O manejo inadequado da anestesia e analgesia pós-operatória podem contribuir para piora da contratilidade miocárdica, desenvolvimento de isquemia peri e pós-operatórias, ICC e desfecho cirúrgico insatisfatório. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino, 69 anos, 55kg, em uso de AAS, losartana, espironolactona e furosemida, evoluindo com dispneia aos mínimos esforços (MET<4). Gasometria pre-operatória normal, Ht 39%, ECO com função sistólica preservada, hipertrofia concêntrica grave, PSAP 31mmHg, valva Ao bicúspide com dupla lesão (insuficiência grave e estenose discreta), gradiente médio de 9 e máximo de 14. CATE: oclusão de 1/3 proximal de CD. Iniciado monitorização invasiva junto a infusão contínua de dexmedetomidina 1mcg/kg em 10 minutos e depois 0,7mcg/kg/h, sulfato de magnésio 30mg/kg e lidocaína 1,5mg/kg por 20 minutos e dexametasona 10mg. Induzido anestesia geral com propofol 0,5mg/kg, atracúrio e IOT, com manutenção dos parâmetros hemodinâmicos praticamente inalterados. Mantidos a dexmedetomidina, o MgSO4 a 1g/h e sevoflurano 0,7-0,8CAM até término da cirurgia. CEC de 93', CAo 63', com troca valvar aórtica com 1 ponte (SF-CD). Saída de CEC com dobutamina 3mcg/kg/min, gasometria normal (HCO3=19,8) e Ht 26%. Encaminhada à UTI sem drogas vasoativas e extubada após 6h. **DISCUSSÃO:** O uso de opioide tem sido a base para a anestesia e controle de dor pós-operatória, porém tem sido associado a diversos efeitos prejudiciais, tais como retenção urinária, NVPO, hiperalgesia e imunossupressão. A anestesia livre de opioide ainda parece ser um desafio para a maioria dos anestesiológicos. O uso da anestesia e analgesia multimodal com o uso de a-2 agonista, anestésicos locais e sulfato de magnésio, propicia uma melhor estabilidade cardiovascular, bloqueio simpático, preservação do sistema imune e melhor perfil metabólico, reduzindo efeitos indesejáveis das altas doses de opiodes requerido em cirurgias de grande porte. **REFERÊNCIA:** • Diretriz Brasileira de Valvopatias – Arquivos Brasileiros de Cardiologia, SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, Volume 97, Nº 5, Supl.1, Novembro 2011 • J P Mulier H dhaese dhaese VanLancker (2013) - Non Opiate surgical anesthesia. A paradigm shift? • Hartman GS. Management of patients with valvular heart disease. Cleveland: International Anesthesia Research Society, 1994:141-151. 1994 IARS Review Course Lectures.

AValiação DA DOR Pós-Operatória EM Pacientes Submetidos À Administração Subaracnóide Torácica de Morfina Associada A Bupivacaína Isobárica 0,5% EM Operações de Revascularização do Miocárdio com Cir

AUTORES:

Douglas Vendramin, Amanda Vivan Taniguchi, Luiza Sviesk Sprung, Letícia Chueiri, Francielle Yaguishita*, Elizabeth Milla Tambara.

INSTITUIÇÃO:

Santa Casa de Curitiba.

INTRODUÇÃO: um número significativo de pacientes ainda experimenta níveis inaceitáveis de dor no período pós-operatório de operações cardíacas. **OBJETIVOS:** estudar o efeito do sulfato de morfina associado à bupivacaína isobárica administrados no espaço subaracnóide antes do início da operação, em diferentes momentos do período per e pós-operatório de revascularização do miocárdio com circulação extracorpórea, quanto ao grau de analgesia e à necessidade de analgésico de resgate. **MÉTODO:** após a aprovação do protocolo pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da PUC-PR sob o número 67972, foram avaliados 20 pacientes de ambos os sexos, com idade de 35 a 75 anos, índice de massa corpórea menor que 35, estado físico ASA II ou III e que aceitarem participar do estudo, admitidos na Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, para revascularização do miocárdio com circulação extracorpórea. Tratou-se de um estudo observacional, prospectivo e longitudinal. Os pacientes foram submetidos à anestesia geral, com a utilização de midazolam, etomidato, fentanil e cisatracúrio venosos, manutenção com isoflurano, e divididos aleatoriamente em dois grupos; um grupo não foi submetido à anestesia subaracnóide (Grupo C) e recebeu morfina venosa 0,1mg.kg⁻¹ ao final da operação, enquanto o outro recebeu 5µg.kg⁻¹ de morfina subaracnóide torácica associada com 15mg de bupivacaína isobárica (Grupo M). A análise estatística foi realizada pelos métodos t de Student e o teste não-paramétrico de Mann-Whitney. **RESULTADO:** o nível de sedação foi maior no grupo C. Os pacientes do grupo M referiram menor intensidade de dor nos momentos 12, 16 e 20 horas do período pós-operatório, verificado na Escala Visual Analógica (p=0,009; 0,015 e 0,003 respectivamente). Os pacientes do Grupo C precisaram de mais analgésico de resgate (p=0,004). A frequência cardíaca e a pressão venosa central foi similar nos dois grupos e a pressão arterial média foi menor no grupo M nos momentos M3, M4 e M5 (p=0,050; 0,016 e 0,025 respectivamente). O Grupo M necessitou de mais fenilefrina (p<0,001) e atropina (p=0,019) no período per-operatório. **CONCLUSÕES:** conclui-se que a administração de 5µg.kg⁻¹ de sulfato de morfina associada com 15mg de bupivacaína isobárica no espaço subaracnóide torácico, antes da anestesia geral, promove maior analgesia pós-operatória nos momentos 12, 16 e 20 horas e menor necessidade de morfina de resgate do período pós-operatório de pacientes submetidos à revascularização do miocárdio com circulação extracorpórea. **REFERÊNCIA:** Imbelloni LE et al. The Anatomy of the Thoracic Spinal Canal Investigated with Magnetic Resonance Imaging. *Anesth. Analg.*, 2010; 110:1494-95. Zangrillo A et al. Spinal Analgesia in Cardiac Surgery: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *J. Cardiothorac. Vasch. Anesth.*, 2009; 23:813-21. Palavras-Chave: 1. Dor pós-operatória; 2. Morfina; 3. Anestesia subaracnóide torácica; 4. Revascularização do miocárdio.

AValiação DA INCIDÊNCIA DE EFEITOS ADVERSOS EM Pacientes Submetidos À Administração Subaracnóide Torácica de Morfina Associada À Bupivacaína Isobárica 0,5% EM Operações de Revascularização do Miocárdio

AUTORES:

Douglas Vendramin, Luiza Sviesk Sprung, Amanda Vivan Taniguchi, Francielle Yaguishita*, Marisa Pizzichini, Joice Filla.

INSTITUIÇÃO:

Santa Casa de Curitiba.

INTRODUÇÃO: um número significativo de pacientes experimenta níveis inaceitáveis de dor no período pós-operatório de operações cardíacas. As drogas opióides por via subaracnóide vêm sendo amplamente utilizadas para o controle da dor. Algumas desvantagens da administração da morfina subaracnóide são o maior tempo necessário para realização da anestesia, aumento da incidência de prurido, cefaléia, náusea, vômito e retenção urinária e depressão respiratória. **OBJETIVO:** o objetivo deste trabalho foi estudar o efeito do sulfato de morfina associado à bupivacaína isobárica administrados no espaço subaracnóide antes do início da operação, em diferentes momentos do período pós-operatório de revascularização do miocárdio com circulação extracorpórea, quanto à incidência de náuseas, vômitos, pruridos e cefaléia e à necessidade de analgésico de resgate, antiemético e antipruriginoso. **MÉTODO:** após a aprovação do protocolo pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da PUC-PR sob o número 67972, foram avaliados 20 pacientes de ambos os sexos, com idade de 35 a 75 anos, índice de massa corpórea menor que 35, estado físico ASA II ou III e que aceitaram participar do estudo, admitidos no Departamento de Cirurgia Cardíaca da Santa Casa de Curitiba, para revascularização do miocárdio com circulação extracorpórea. Os pacientes foram submetidos à anestesia geral, com a utilização de midazolam, etomidato, fentanil e cisatracúrio venosos, manutenção com isoflurano, e divididos aleatoriamente em dois grupos; um grupo não foi submetido à anestesia subaracnóide (Grupo C) e recebeu morfina venosa 0,1mg.kg⁻¹ ao final da operação, enquanto o outro recebeu 5µg.kg⁻¹ de morfina subaracnóide torácica associada com 15mg de bupivacaína isobárica (Grupo M). A análise estatística foi realizada pelos métodos t de Student e o teste não-paramétrico de Mann-Whitney. **RESULTADO:** Os pacientes do Grupo C precisaram de mais analgésico de resgate (p=0,004) e tiveram maior nível de sedação (p=0,043). A incidência de náuseas, vômitos, pruridos e cefaléia e a necessidade de antiemético e antipruriginoso foi semelhante em ambos os grupos. **CONCLUSÕES:** Conclui-se que a administração de 5µg.kg⁻¹ de sulfato de morfina associada com 15mg de bupivacaína isobárica no espaço subaracnóide torácico, antes da anestesia geral, promove menor necessidade de morfina de resgate do período pós-operatório de pacientes submetidos à revascularização do miocárdio com circulação extracorpórea sem aumentar a incidência de náuseas, vômitos, pruridos e cefaléia. **REFERÊNCIA:** Imbelloni LE et al. The Anatomy of the Thoracic Spinal Canal Investigated with Magnetic Resonance Imaging. *Anesth. Analg.*, 2010; 110:1494-95. Zangrillo A et al. Spinal Analgesia in Cardiac Surgery: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *J. Cardiothorac. Vasch. Anesth.*, 2009; 23:813-21. Palavras-Chave: 1. Dor pós-operatória; 2. Morfina; 3. Anestesia subaracnóide torácica; 4. Revascularização do miocárdio; 5. Efeitos adversos.

DISCRASIA SANGÜÍNEA NO PERIOPERATÓRIO DA CIRURGIA CARDÍACA E USO DE TROMBOELASTOGRAFIA. RELATO DE CASO

AUTORES:

Bruno Serra Guida, Felipe Wanderley Coelho, Marialice Vieira Cardoso, Daniel Vieira de Queiroz, Roberto Diego Alves de Araújo, Filipe Cantão de Souza Martins.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Federal dos Servidores do Estado.

INTRODUÇÃO: será descrito um relato de caso sobre manuseio de hemocomponentes e hemoderivados no perioperatório de cirurgia cardíaca complicada com discrasia sanguínea. Ainda será discutido o uso da tromboelastografia para auxílio diagnóstico. **RELATO DE CASO:** paciente do sexo feminino, 56 anos de idade, com história de febre reumática desde os 9 anos, e com estenose mitral grave e insuficiência mitral moderada complicadas com fibrilação atrial crônica. A paciente foi submetida a troca valvar mitral, sob anestesia geral. No pós-operatório imediato, evoluiu com sinais de discrasia sanguínea (aumento do débito dos drenos torácicos, presença de sangue em tubo orotraqueal e sonda vesical). A paciente, nas 36 horas seguintes, empiricamente, recebeu diversos hemocomponentes (um total de 09 concentrados de hemácias, 07 plasmas frescos, 06 concentrados de plaquetas e 06 crioprecipitados), sem haver resolução do quadro clínico. Então, no segundo dia de pós-operatório foi indicada uma toracotomia exploradora em busca de sítios de sangramento. Porém, antes de retornar à sala de cirurgia, foi realizada uma tromboelastografia que revelou deficiência de fibrinogênio e plaquetas. A paciente ainda apresentava hipocalcemia e hipotermia. Foram realizados reposições, por via endovenosa, de fibrinogênio (com 2g), plaquetas (07 concentrados de plaquetas), cálcio (3g de gluconato de cálcio) e corrigida a hipotermia com manta térmica. Foi realizada nova tromboelastografia, agora com resultado normal. A paciente, então, foi à sala de cirurgia e, submetida a toracotomia exploradora, não foi evidenciado foco de sangramento. No pós-operatório desta segunda cirurgia, a paciente seguiu sem sinais de sangramento, mas apresentou sinais de TRALI (injúria pulmonar aguda relacionada a transfusão). **DISCUSSÃO:** O caso clínico demonstra o uso de hemocomponentes e hemoderivados na terapia de discrasia sanguínea, inicialmente de forma empírica e posteriormente guiada por tromboelastografia. O uso indiscriminado de hemocomponentes expõe um paciente a potenciais complicações, como: TRALI, transmissão de doenças, congestão volêmica, intoxicação por citrato, reações hemolíticas, hipotermia, coagulopatia, entre outras. Quando a terapia foi guiada pela tromboelastografia, o desfecho do caso foi favorável. Assim, provavelmente, o uso da tromboelastografia desde o início da terapia poderia reduzir a quantidade de hemocomponentes empregados para a paciente, assim, expondo a paciente a menos complicações (como a TRALI), e até mesmo poderia poupar a paciente de uma toracotomia exploradora para revisão de hemostasia. **REFERÊNCIA:** Thomas F. Slaughter. Coagulation. Miller's Anesthesia. 7th ed. Philadelphia, ELSEVIER, 2010; 1777-1778. Francisco Marques Lobo. Coagulação e Coagulopatias. Tratado de Anestesiologia SAESP. 7a ed. São Paulo, Atheneu, 2012; 1201-1213.

ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA CONTÍNUA EM CIRURGIA CARDÍACA MINIMAMENTE INVASIVA POR VIDEOMEDIASCOPIA: RELATO DE CASO

AUTORES:

Guilherme Silveira Lopes*, Alexandre Silva Pinto, Carolina Lima Coelho Teixeira, Déborah Paula Gomes.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Márcio Cunha - Ipatinga/MG.

INTRODUÇÃO: A cirurgia cardíaca por técnica convencional é muito impactante no desfecho e na satisfação do paciente no que se refere à dor pós operatória e resultado estético, principalmente em pacientes do sexo feminino. O objetivo da cirurgia cardíaca minimamente invasiva é melhorar o resultado, através da mudança na via de acesso e da redução da incisão. A ecocardiografia transesofágica (ETE) tem papel importante no posicionamento das cânulas e catéters e é um excelente método para monitoração intraoperatória deste procedimento. **RELATO DE CASO:** Paciente SMS, sexo feminino, 43 anos, admitida no centro cirúrgico para correção de comunicação interatrial por técnica minimamente invasiva, inicialmente monitorada com pressão invasiva, oximetria de pulso e cardioscopia. Realizado raquianestesia com sufentanila e morfina e posteriormente induzida anestesia geral com etomidato, remifentanil e atracúrio. Intubação com tubo endobrônquico de Carlens. Manutenção anestésica com isoflurano e remifentanil. Puncionado veias subclávia esquerda e jugular interna direita para posicionamento de catéter de veia central e introdutor 7 French, respectivamente. Realizado pelo anestesiológista rotina de exame cardíaco através de ETE e posterior posicionamento da sonda para orientar canulações arterial e venosas para circulação extracorpórea (CEC). Procedimento minimamente invasivo realizado por videomediastinoscopia através de minitoracotomia intercostal. ETE foi utilizado para guiar adequação volêmica peroperatória, função ventricular e volume de câmaras cardíacas durante procedimento e na saída de CEC. Paciente encaminhada à Unidade Coronariana (UCO) em uso de remifentanil e insulina, sendo extubada duas horas após admissão. Recebeu alta da UCO no primeiro dia após procedimento, em bom estado geral, escore de dor igual a zero, deambulando e aceitando bem dieta oral. **DISCUSSÃO:** Desde a introdução da cirurgia cardíaca minimamente invasiva por minitoracotomia muitas técnicas de monitoração intraoperatória têm sido descritas. Tal fato se deve à exposição anatômica limitada, cursando com difícil avaliação da função cardíaca e remoção do ar das câmaras do coração. A presença contínua do anestesiológista na sala de cirurgia favorece a realização, pelo mesmo, da ETE intraoperatória. O exame é essencial para acompanhamento do procedimento, além de permitir identificação precoce de complicações que requerem correção imediata. É método seguro e eficaz para correto posicionamento de cânulas endovasculares da CEC. Sendo assim, é possível a realização de cirurgia cardíaca em condições adequadas, evitando-se a esternotomia e suas potenciais complicações. **REFERÊNCIA:** Reichenspurner H, Welz A, Guliemos V et al. Port-Access cardiac surgery using endovascular cardiopulmonary bypass: theory, practice, and results. J Card Surg. 1998 Jul;13(4):275-80. Schulze CJ, Wildhirt SM, Boehm DH et al. Continuous transesofophageal echocardiographic (TEE) monitoring during port-access cardiac surgery. Heart Surg Forum. 1999;2(1):54-9.

FÍSTULA DE CORONÁRIA DIREITA PARA VENTRÍCULO DIREITO

AUTORES:

Moira Rose Hoehne Kaltmaier, Roberta Negrelly Nogueira, Viviane Oliveira Nogueira, Ligia Andrade da Silva Telles Mathias, Ricardo Andrade Alexandrino,

INSTITUIÇÃO:

Hospital Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

INTRODUÇÃO: Descrita inicialmente por Krause em 1865, as fístulas de artéria coronária podem ser de origem congênita, processos traumáticos, reações inflamatórias ou congênitas (0,4%). A manifestação clínica é muito variável, dependendo da magnitude do fluxo, podendo apresentar sintomas como isquemia miocárdica ou insuficiência cardíaca congestiva. O diagnóstico pode ser realizado pelo ecocardiograma, no entanto, a cinecoronarografia é mais objetiva. O tratamento cirúrgico, relatado pela primeira vez, em 1947, por Bjork & Craaford, deve ser sempre considerado dependendo da localização e do débito da fístula. **RELATO DE CASO:** A.F.M., 2 meses, prematura, com síndrome do desconforto respiratório em sala de parto, foi intubada e evoluiu com choque séptico. Ecocardiograma com aneurisma de CD(6mm), fístula de CD(8mm) VD, PAP 53 mmHg. Submetida à cirurgia de correção de fístula. Paciente previamente intubada, em uso de dobutamina (13mcg/kg/min). Monitorizada com cardioscópio, oximetria pulso, pressão arterial invasiva, capnometria, TCA, débito urinário. Indução anestésica com midazolam, fentanil e vecurônio. Manutenção com propofol e remifentanil. Uso de dobutamina até início CEC(3mcg/kg/min). Após CEC, adrenalina (0,1mcg/kg/min). Tempo anestésico de 4 horas, diurese de 12,5ml/kg/h, CEC 40min, clampeamento aorta 25min. Mantida intubada, com dopamina(6mcg/kg/min) e milrinona(0,5mcg/kg/min). A evolução pós-operatória foi satisfatória, sem intercorrências, recebendo alta hospitalar no décimo dia de pós-operatório, medicada com furosemida, espironolactona e AAS. **DISCUSSÃO:** Considerando as possíveis instabilidades hemodinâmicas intra-operatórias inerente à doença de base e à manipulação cirúrgica, destaca-se a importância do conhecimento anatomo-fisiológico, tal qual hemodinâmico, para manutenção da estabilidade intra e pós-operatória. **REFERÊNCIA:** Rivera IR, Moises VA, et al. Fístula de Artéria Coronária Direita com Insuficiência Cardíaca Congestiva em Neonato. Diagnóstico Eco-dopplercardiográfico e Tratamento por oclusão com balão descartável. Disponível em: < www.publicacoes.cardiol.br/abc/2000/7403/74030006.pdf>. Acessado em: 12/07/2013. Coimbra LF, Santos MVN. Fístula da artéria coronária: relato de três casos operados e revisão da literatura. Disponível em: < www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382002000300013>. Acessado em: 12/07/2013.

MANEJO ANESTÉSICO NO IMPLANTE TRANSCATETER DE VÁLVULA AÓRTICA (ITVA): 44 CASOS COM SEGUIMENTO DE MÉDIO E LONGO PRAZO.

AUTORES:

Guilherme Luiz de Melo Bernardi, Paulo Roberto Lunardi Prates, Rogério Sarmiento Leite, Vicente Faraon Fonseca*, Viviane Mentz Dornelles, Tailor Alberto Grando.

INSTITUIÇÃO:

Fundação Universitária de Cardiologia de Porto Alegre.

INTRODUÇÃO: A estenose aórtica severa é uma patologia prevalente na faixa etária idosa e de alta morbimortalidade. O implante valvular aórtico percutâneo vem se desenvolvendo rapidamente nos últimos anos sendo uma alternativa à cirurgia clássica nos pacientes de alto risco cirúrgico. Demonstramos e experiência adquirida de 4 anos do início desta técnica no IC/ FUC. **OBJETIVOS:** Descrever o manejo anestésico e as complicações com anestesia geral. **MÉTODO:** Série de 44 casos nos últimos 4 anos com resultados imediatos, de médio e longo, dos pacientes submetidos ao implante valvular aórtico percutâneo. Os pacientes foram submetidos a anestesia geral monitorizada com PAM, ECG, oximetria, capnografia, ecocardiograma transesofágico, termometria e marcapasso transvenoso. **RESULTADO:** 27 pacientes do sexo feminino e 17 do sexo masculino com idade média $82, 6 \pm 8, 4$ anos, EuroScore log. médio de $20\% \pm 14, 5\%$, STS mort. médio $6, 3\% \pm 4, 6\%$ submeteram-se procedimentos. 21 paciente completaram 2 anos de seguimento. Sucesso no implante de 84%. Mortalidade em 30 dias de 16% e acumulada de 2 anos de 20%. Cinco óbitos decorrente do procedimento (1 perfuração de VE, 1 complicação do acesso vascular, 1 morte súbita no pós imediato, 1 dissecação de aorta, 1 oclusão coronária). Houve significativa queda imediata dos gradientes entre o ventrículo esquerdo e a aorta com redução média de 46 mmHg. Doze pacientes (38%) necessitaram de implante de marcapasso definitivo por distúrbios de condução átrio-ventricular. 2 AVC isquêmicos em 30 dias. Todos no seguimento apresentaram melhora da classe funcional(NYHA) e sustentam a queda do gradiente entre VE-Ao e o aumento da área valvular. A técnica anestésica mostrou-se segura. **CONCLUSÃO:** Nossa experiência inicial entra no seu quarto ano e vem se mostrando segura e efetiva em análise de curto, médio e longo prazo. **REFERENCIA:** Bernardi, GLM; Sarmiento Leite, R; Prates, PR; Grando, TA; Implante valvular aórtico percutâneo, dois anos de evolução da experiência inicial no Sul do Brasil. Revista Brasileira Cardiologia Invasiva 2011; 19, 28-30. Yan ID, Martins-Nielsen J, Padang R, - Transcatheter aortic valve implantation for high-risk patients with severe aortic stenosis a systematic review. J Thorac Cardiovasc Surg 2010; 139: 1519-1528.

MANEJO DO PACIENTE PORTADOR DE DEFICIÊNCIA DO FATOR VII EM CIRURGIA CARDÍACA: RELATO DE CASO

AUTORES:

Andréa Cristina Pereira O. de M. Netto*, Adalcides Borges Neto, Lucas Jorge Santana de Castro Alves, Antonio Herlandson Freire da Cunha, Jarbas Machado Almeida, Vera Lúcia Fernandes Azevedo.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Santo Antônio - Obras Sociais Irmã Dulce.

INTRODUÇÃO: Deficiência de fator VII (FVII) é uma doença autossômica dominante rara que se apresenta com quadros hemorrágicos de gravidade variável. A cirurgia cardíaca é susceptível a sangramentos decorrentes do surgimento de um complexo distúrbio da coagulação: hipotermia, hemodiluição, ativação da coagulação, do sistema fibrinolítico e da resposta inflamatória. O controle do sangramento na cirurgia cardíaca em pacientes portadores de doença da coagulação é desafiador. Relato: Paciente 32 anos, masculino, submetido correção cirúrgica de dupla via de saída do ventrículo direito, plastia de valva pulmonar e fechamento de CIA e CIV. Diagnóstico recente de deficiência de FVII: TP 42, 2%, RNI 1, 79, TTPa 35, 7 seg, FVII 34, 5%. Classificado como ASA III foi submetido ao procedimento sob anestesia geral balanceada. Paciente fez uso profilático de Fator VIIa recombinante (rFVIIa), 90mcg/Kg, 30 minutos antes da cirurgia e de 6/6h por 2 dias. Valor de Hb de 19, 3 ao início do procedimento e ao final Hb 14, com perda sanguínea estimada em 1400ml. Feita monitorização da coagulação diariamente, com normalização dos valores laboratoriais no pós operatório. Evoluiu sem intercorrências hemorrágicas ou outras e sem necessidade de hemotransfusões. **DISCUSSÃO:** Introduzido na década de 80 o rFVIIa é indicado no tratamento de sangramento cirúrgico de pacientes portadores de hemofilia A e B e deficiência de FVII. Excelentes resultados obtidos com o rFVIIa nesse grupo de pacientes motivaram seu uso em outras situações off-label caracterizadas pelo sangramento de difícil controle. O rFVIIa pode ser utilizado em pacientes com deficiência de FVII, substituindo com sucesso o PFC e os concentrados de complexo protrombínico ativado. Mecanismos de ação: 1- grande quantidade de FVIIa, ao ligar-se ao Fator Tecidual (FT), causa uma explosão na produção de trombina desencadeando a conversão do fibrinogênio em fibrina, 2- nas concentrações supra-fisiológicas, FVIIa também se liga aos fosfolípídeos presentes na membrana das plaquetas ativadas e ativa os fatores IX e X de forma independente do FT, causando uma enorme produção de trombina. Acredita-se que o excelente perfil de segurança do rFVIIa está relacionado ao seu mecanismo de ação que restringe a formação do coágulo ao sítio de lesão vascular. Possui as vantagens de não transmissão dos agentes virais e bom perfil de tolerância tendo em seu elevado custo a principal desvantagem. O rFVIIa é um poderoso promotor da coagulação e passou a ser utilizado em um número cada vez maior de pacientes com resultados animadores. **REFERÊNCIA:** 1- David R. McIlroy, Andrew J. Silvers. Recombinant Factor VIIa for Life-Threatening Bleeding in High-Risk Cardiac Surgery Despite Full-Dose Aprotinin. *Anesth Analg* 2004;99:27-30. 2- Xavier Repessé, Siu Ming Au, Nicolas Bréchet et al. Recombinant factor VIIa for uncontrollable bleeding in patients with extracorporeal membrane oxygenation: report on 15 cases and literature review. *Critical Care* 2013, 17:R55.

MANUSEIO ANESTESIOLÓGICO NO TRANSPLANTE CARDÍACO INFANTIL NO HOSPITAL DE BASE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

AUTORES:

Alessandra Levy Antoniazzi*, Manoel Lemos Júnior, Camilo Ernesto Viana Fritz, Paula Fialho Saraiva Salgado, Leandro Cannizza Pacheco, Tácio Sales Pereira.

INSTITUIÇÃO:

Hospital de Base de São José do Rio Preto.

INTRODUÇÃO: Na cardiomiopatia dilatada ocorrem dilatação e disfunção sistólica do ventrículo esquerdo ou ambos os ventrículos. A anatomia cardíaca é normal, exceto pelo volume cardíaco aumentado. Manifesta-se por insuficiência cardíaca progressiva em crianças, sendo rara em lactentes. Transplante cardíaco é o tratamento de escolha na fase terminal¹. Esse foi o segundo transplante cardíaco pediátrico do hospital. **RELATO DE CASO:** Paciente masculino de 1 ano e 3 meses, 81cm, peso 10, 550g, com diagnóstico de miocardiopatia dilatada de origem indeterminada. Ecocardiograma com disfunção de ventrículo esquerdo, com FE de 10% e insuficiência mitral moderada, disfunção sistólica do ventrículo esquerdo, hipocinesia difusa e dilatação severa do ventrículo esquerdo. Na sala cirúrgica foi monitorizado com cardioscópio, derivação D2 e V5, dois oxímetros de pulso e pressão arterial não invasiva. Administrado 0, 1mg de midazolam endovenoso e indução inalatória com sevoflurano (CAM 6%), fentanil 2mcg/kg e cisatracúrio 0, 1 mg/kg. Após intubação apresentou bradicardia, que foi tratada. Realizado punção de artéria radial esquerda e veia subclávia direita com cateter duplo lúmen, mantendo PVC entre 5 a 10cmH₂O e termômetros nasofaríngeo e retal. Oximetria variando entre 94 a 99%. Infusão contínua de ácido épsilon-aminocaprílico. Administrado metilprednisolona antes da incisão cirúrgica e vancomicina. Hidratação total: 250 ml de solução fisiológica, 200 ml de hemácias lavadas e irradiadas, e 150 ml de plasma fresco congelado. Gasometria arterial horária. Na saída da circulação extracorpórea foram iniciados adrenalina, milrinone, isoproterenol e ciclosporina. Diurese final de 100 ml. Tempo anestésico 260min. Encaminhado a UTI intubado, com infusão contínua dos fármacos, além de fentanil e midazolam. Permaneceu internado por 79 dias pós-transplante acompanhado por equipe multidisciplinar. Ecocardiograma do dia da alta hospitalar com fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 72%. **DISCUSSÃO:** O manejo anestésico do receptor é similar ao de crianças com doenças cardíacas congênitas severas, que requerem parada total da circulação com hipotermia profunda. O relaxante muscular mais usado é o pancurônio e o opióide indicado é o fentanil, por cardioestabilidade. Evitar vasodilatadores arteriais pulmonares antes do by-pass. A hipotermia deve objetivar alvo térmico de 33 a 35°C, na circulação extracorpórea, já na parada total da circulação 16°C. Isoproterenol, dopamina e cálcio são fármacos utilizados na saída de extracorpórea. O paciente teve boa evolução, e é acompanhado no ambulatório. **REFERÊNCIA:** 1. Jan Groetzner, MD, Bruno Reichart, MD, Ulrich Roemer, MD, et al. Cardiac Transplantation in pediatric patients: Fifteen year experience of a single center. *Society of thoracic surgeons*. 2. Croti, UA, Mattos, SS, Pinto JR. , VC, et al. *Cardiologia e Cirurgia Cardiovascular Pediátrica*. 2. ed. Rio de Janeiro, Rocca, 2012.

MIXOMA DE ÁTRIO ESQUERDO: RELATO DE CASO E CONSIDERAÇÕES ANESTÉSICAS

AUTORES:

Laura D'Angelo Ferreira de Melo, Ziltomar Donizetti de Oliveira Borges, Izabela Magalhães Campos, Vera Coelho Teixeira, Alexandre Gonçalves Pereira de Carvalho*, Guy José Alves de Gouvêa Junior.

INSTITUIÇÃO:

CET/SBA Hospital Felício Rocho.

INTRODUÇÃO: Tumores cardíacos primários tem prevalência de 0,02% em adultos, são frequentemente benignos mas apresentam morbimortalidade considerável. Mixoma atrial é o tumor cardíaco benigno mais frequente. Manifestações clínicas variam com a localização do tumor, e não com sua histopatologia. O tratamento cirúrgico é indicado tão logo seja realizado o diagnóstico. O objetivo do presente relato foi apresentar um caso de ressecção de tumor intracardíaco, discutir aspectos anestésicos e riscos associados à doença e ao procedimento cirúrgico. **RELATO DE CASO:**

Feminino, 70 anos, hipertensa, diabética e obesa mórbida. Durante investigação de tosse crônica, foi realizado ECO transtorácico que evidenciou tumor em átrio esquerdo sugestivo de mixoma, com FEVE 69%. ECG com RSR, bloqueio divisional ântero-superior esquerdo e bloqueio de ramo direito. Realizado CATE sem alterações. Submetida a cirurgia para ressecção do tumor com duração de 6 horas, tempo de CEC de 70 min e de CLAMP de 50 min, sob anestesia geral com monitorização completa. Excisão de tumor de cerca de 7,5 cm de diâmetro aderido à parede muscular septal do átrio esquerdo. Após o período de CEC foram observadas extrassístoles atriais. Encaminhada ao CTI intubada em uso de noradrenalina e dobutamina em baixas doses. Extubada após 6 horas do fim da cirurgia, com suspensão de drogas vasoativas e pós-operatório habitual. **DISCUSSÃO:** A apresentação clássica dos mixomas inclui obstrução intracardíaca, sinais de embolização e sintomas constitucionais como febre, perda de peso e fadiga. Até 10% dos pacientes podem ser assintomáticos. Apesar do comportamento benigno, recomenda-se a ressecção cirúrgica tão logo diagnosticados devido à alta possibilidade de embolização tumoral ou obstrução intracardíaca, sendo as complicações neurológicas as consequências mais graves da embolização. Quanto menor o tumor, menor chance de causar sintomas obstrutivos, porém maior o risco de embolização. O posicionamento do paciente deve ser observado pois pode causar obstrução completa do fluxo cardíaco devido à mobilidade do tumor no átrio, causando hipotensão. Podem ocorrer arritmias, especialmente fibrilação ou flutter atrial, requerendo tratamento imediato. A realização de ECO transesofágico intraoperatório é recomendada para ajudar a reconhecer e evitar embolização do tumor, além de confirmar a remoção adequada do mesmo, sem danos a estruturas adjacentes. O tratamento cirúrgico geralmente tem bons resultados, com mortalidade abaixo de 5%. A complicação mais comum no pós-operatório é a ocorrência de arritmias supraventriculares, na maioria em até 25% dos casos. É importante que o anestesiológico conheça a doença para o correto diagnóstico e adequado manejo de suas possíveis complicações intraoperatórias.

REFERÊNCIA: Jr. WCO, Mauermann WJ, Nuttal GA. Uncommon Cardiac Diseases. Cardiac Tumors. In: Kaplan JA, Reich DL, Savino, JS. Cardiac Anesthesia: The Echo Era. 6th edition. St. Louis, Elsevier, 2011; 675-678.

ÓBITO EM PACIENTE ADULTA, REOPERADA POR ANOMALIA DE EBSTEIN COM AUXÍLIO DE CIRCULAÇÃO EXTRA-CORPÓREA

AUTORES:

Daniele Regozino Muniz*, Onofre Alves Neto, Fabiana Aparecida Penachi Bosco,.

INSTITUIÇÃO:

CET-SBA n 9172 do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

INTRODUÇÃO: Anomalia de Ebstein (AB) é uma cardiopatia congênita por malformação da válvula tricúspide, levando a um quadro de insuficiência cardíaca congestiva, com dispnéia progressiva. 50% dos pacientes com AB tem Síndrome de Wolff-Parkinson-White, secundária à "atrialização" do ventrículo direito. A opção por correção cirúrgica é definida pelas condições clínicas. **RELATO DO CASO** – Paciente P. S. R., feminina, 26 a, 69 kg, foi operada da Válvula Tricúspide há 1 a 2 meses, evoluindo mal, tendo colocado marca-passo cardíaco há 6 meses. Dispnéia acentuada e progressiva com dor intensa nas "costas" no peito; não adere ao tratamento de uso de anticoagulantes. Ecocardiograma mostrando dilatação acentuada de AD e do VD; prótese mecânica em posição tricúspide com estenose acentuada. Exames: Hb = 15, 5; Ht = 47, 21%; Plaquetas = 177.000; Prova do laço negativa; TC = 6' e TS = 1'. Submetida à Re-troca da Válvula Tricúspide, com cirurgia com tempo de CEC de 62' e Tempo de pinçamento de 41', apresentou hemólise intensa na UTI; foi reoperada no dia seguinte por tamponamento cardíaco + BAVT, indo ao óbito no 2º P. O. por insuficiência cardíaca não responsiva ao tratamento. **DISCUSSÃO:** As cardiopatias congênitas mais frequentes são o PCA, CIA, CIV, Coarctação da aorta e a Tetralogia de Fallot. A Anomalia de Ebstein é uma condição rara, se apresentando como uma taquicardia átrio-ventricular reentrante, com fibrilação atrial e insuficiência cardíaca. Relata-se que a sua ocorrência é maior em filhos de mães que ingeriram lítio e nas que são portadoras da síndrome de Wolff-Parkinson-White. A troca da válvula tricúspide deve ser seguida do uso de anticoagulantes. A condição pode ser grave e fatal, como no presente caso. **REFERÊNCIA:** 1 – Ebstein W – Über einen sehr seltenen Fall Von Insufficienz der válvula tricuspidalis, bedingt durch eine angeborene hochgradige Missbildung derselben. Archiv für Anatomie Physiologie und wissenschaftliche Medizin, Leipzig, 1866, 238-254; 2 – Caires JL – Anestesia para cirurgias cardiac em crianças. In: Cangiani et all – Tratado de Anestesiologia SAESP 7ª Ed., Atheneu, São Paulo, 2011, 1951-1965.

PROVÁVEL MORTE ENCEFÁLICA DURANTE ANESTESIA PARA CORREÇÃO DE DISSECÇÃO AÓRTICA

AUTORES:

Ingrid Mariz Araguez*, André Fernandes.

INSTITUIÇÃO:

CET do Hospital Universitário Pedro Ernesto – Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ.

INTRODUÇÃO: A anestesia para o tratamento cirúrgico das dissecções de aorta representa um grande desafio, decorrente do alto risco intra-operatório. O objetivo deste trabalho consiste em relatar um caso de provável morte encefálica, evidenciada pelo monitor bispectral (BIS) e a clínica do paciente durante anestesia geral para correção de dissecção de aorta ascendente. **RELATO DE CASO:** A. M. C. Z; sexo feminino; 59 anos; negra; peso 76Kg; HAS; DM. Radiografia de tórax com alargamento de mediastino. ECOTT com insuficiência aórtica moderada; aumento da aorta ascendente e arco aórtico e divulsão. Função de VE preservada, com fração de ejeção de 77%. A cirurgia proposta foi de correção da dissecção aórtica ascendente e arco da aorta. Ao entrar na sala de cirurgia, a paciente foi monitorada com ECG, oximetria, PAM em a. radial esquerda e BIS. Acessos em MSD com cateter Teflon 18G e v. subclávia direita. Optou-se por uma anestesia venosa e inalatória. A indução foi realizada sem intercorrências, com BIS de 48. Deu-se início a cirurgia, a esternotomia e a entrada em CEC ocorreram sem dificuldades. Porém, após cardioplegia, durante clampeamento da artéria carótida direita, ocorreu um aumento da PAM, que culminou com sangramento abundante, dificultando o campo de visão do cirurgião. No entanto, o BIS permanecia em torno de 40. Realizou-se a correção da dissecção sem percalços e iniciou-se o preparo para saída de CEC. Foi observado a presença de otorragia em ouvido esquerdo, acompanhado de edema em conjuntiva bilateralmente, maior à esquerda. O BIS passou a ser zero e a taxa de supressão de 100%, com EEG isoeletrico. Ao exame havia presença de midríase bilateral parálitica. A cirurgia durou seis horas e meia. A paciente foi encaminhada para o CTI cardíaco, intubada, com infusão venosa de noradrenalina e dobutamina. No dia seguinte, permanecia intubada, dependente de aminas e presença de pupilas midriáticas. Foi interrogado o diagnóstico de AVE hemorrágico com provável morte encefálica, e solicitado parecer da neurologia. **DISCUSSÃO:** Muito se tem discutido a respeito do despertar intraoperatório. A utilização do BIS em anestesia geral pode trazer benefícios, já que permite a avaliação da consciência no peri-operatório. Se analisarmos o caso relatado, podemos observar que em um dado momento a paciente apresentou um pico hipertensivo, entretanto não acompanhado de um aumento do índice do BIS. Muitos poderiam reconhecer essa hipertensão como saída do paciente de plano anestésico e/ou despertar do mesmo. O fato do anestesista não ter sido capaz de manter o paciente anestesiado, ou permitir a presença de recall após a cirurgia, poderiam servir de pivô para um possível processo médico-legal. **REFERÊNCIA:** Barash PG, Cullen BF et al – Anesthesia for Cardiac Surgery. Clinical Anesthesia, 6ª edition, 2009; 41: 1073-1105. Johansen JW, Sebel PS - Development and clinical application of electroencephalographic bispectrum monitoring. Anesthesiology, 2000; 93: 1336-1344.

TROCA DE VÁLVULA AÓRTICA EM PACIENTE PORTADOR DE MUCOPOLISSACARIDOSE

AUTORES:

Eulivia de Oliveira Maia*, Emílio Pinto de Andrade, Ana Carolina Barros Maia, Leopoldo Palheta Gonzalez.

INSTITUIÇÃO:

Fundação Hospital Adriano Jorge.

INTRODUÇÃO: As mucopolissacaridoses são doenças metabólicas hereditárias caracterizadas pelo acúmulo de mucopolissacarídeos ou glicosaminoglicanos em múltiplos órgãos sistêmicos, conseqüente a erros inatos no metabolismo dos carboidratos relacionados à deficiência das hidrolases lisossomais ácidas em degradarem completamente os mucopolissacarídeos. Estes, uma vez degradados incompletamente acumulam-se em vários tecidos levando a manifestações clínicas progressivamente graves tais como: aspereza facial, alterações esqueléticas, cardíacas, cerebrais e oculares. **RELATO DE CASO:** Paciente DAS, sexo masculino, 33 anos, 50 kg, 1, 50m, ASA 3, portador de mucopolissacaridose, deficiente visual, foi submetido a cirurgia cardíaca de troca de válvula aórtica devido dupla lesão com predomínio de estenose. Ao exame físico foi observada desproporção crânio-facial, facie grosseira com proptose ocular, nariz em sela, hipertrofia de lábios, palato ogival, dentes mal implantados. Dedos das mãos e dos pés em posição de semi-flexão e pescoço curto. Não foi feita medicação pré anestésica. O paciente foi monitorizado com cardioscópio, oximetria de pulso, capnografia e pressão arterial invasiva. Houve a tentativa frustrada de injeção intratecal de morfina antes do início da cirurgia para analgesia pós-operatória devido a uma dificuldade na progressão da agulha em uma coluna com alterações esqueléticas próprias da doença. A indução anestésica foi feita com Fentanil 350mcg ev, Etomidato 20mg ev, e succinilcolina 70mg ev, Lidocaína 60mg, intubação oro-traqueal com tubo oro-traqueal 7, 5 com dificuldade devido a dificuldade de hiperextensão cervical devido a alterações da mobilidade articular. Manutenção com O2 + Sevoflurano, rocuroônio 30mg, com punção venosa central dificultada por deformidade em caixa torácica. Durante 5h de procedimento houve estabilidade hemodinâmica, com manutenção dos níveis hemodinâmicos e de oxigenação sanguínea. Procedida a analgesia com Morfina. Terminada a cirurgia paciente foi encaminhado a UTI intubado em uso de Dobutamina. Após 3 dias recebeu alta da UTI em regular estado geral, permanecendo na enfermaria por mais 15 dias até completa recuperação. **DISCUSSÃO:** Os portadores de mucopolissacaridose necessitam de um acompanhamento multidisciplinar que vise a melhoria de sua qualidade de vida dentro das reais possibilidades atuais, com capacidade de intervir precocemente na progressão da doença. Nestes pacientes o envolvimento das válvulas cardíacas, sobretudo da mitral, é um achado comum devido ao espessamento e disfunção progressiva, obrigando a intervenções cirúrgicas recorrentes para troca valvar. Por se tratar de um doente que mesmo na vigência de terapia de reposição enzimática se apresenta com rigidez articular e vários critérios para via aérea difícil, cabe ao anestesiolista preparar-se para tal. **REFERÊNCIA:** Tratado de Anestesiologia – 6ª edição.

TROMBECTOMIA DE ARTÉRIA PULMONAR POR HIPERTENSÃO PULMONAR GRAVE PÓS-COLOCAÇÃO DE MARCA-PASSO CARDÍACO – RELATO DE CASO

AUTORES:

Silvio Dias da Costa Neto*, Thiago dos Santos Batista, Onofre Alves Neto, Antônio Fernando Carneiro.

INSTITUIÇÃO:

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

INTRODUÇÃO: A implantação de marca-passo cardíaco em pacientes portadores de Doença de Chagas é condição freqüente na nossa região. Complicações com o uso de marca-passo são descritas, mas a ocorrência de hipertensão pulmonar grave por tromboembolismo cardíaco é condição rara, objeto do presente caso. **RE-**

LATO DO CASO: Paciente E. B. , masculino, 40 anos, 73 kg, colocou marca-passo (MP) cardíaco há 16 anos, por bloqueio atroventricular total. Fez troca do gerador do MP há 3 anos. Apresenta-se com quadro de dispnéia aos mínimos esforços, com início e progressão há 3 anos, com piora acentuada nos últimos dias. Cintilografia pulmonar(CP) de 2 anos mostrou alterações perfusionais significativas. CP recente evidenciou novas e extensas áreas de hipoperfusão pulmonar. Angiotomografia do tórax com trombo evidente, obstruindo a artéria pulmonar esquerda. Ecocardiograma com PSAP = 80 (normal = 21 mmHg) e hipótese diagnóstica de tromboembolismo pulmonar recorrente com TEP crônico e hipertensão pulmonar grave. Ht = 46%, Hb = 15, 1%, Plaquetas = 158.000; TPTA = 33, 3 seg; TP = 14, 2; INR = 1, 1, K = 4, 5. Submetido à trombectomia pulmonar com auxílio de circulação extracorpórea, poucos fragmentos foram retirados da Artéria pulmonar esquerda, não se evidenciando “in loco” o descrito nos exames. Paciente evoluiu com o mesmo quadro de dispnéia, recebendo alta para acompanhamento. **DISCUSSÃO:** – Mesmo com o diagnóstico de tromboembolismo pulmonar por AngioCT + Cintilografia pulmonar, a realização da cirurgia com auxílio de CEC não foi definitiva na retirada destes trombos e na consequente melhora das condições clínicas do paciente. **REFERÊNCIA:** 1 – Carmona MJC, Kim SM – Complicações cardiocirculatórias. In: Cangiani et all – Tratado de Anestesiologia SAESP 7ª Ed. Atheneu, São Paulo, 2011, 2717-2728; 2 – Graydon C e Hall RMO – Pulmonary vascular disease. In: Mackay JH e Arrowsmith JE – Core Topics in cardiac anesthesia. 2ª ed. , Cambridge, 2012, 282-292.

Anestesia em Cirurgia Torácica

ANESTESIA PARA TORACOPLASTIA EM PACIENTE COM PECTUS CARINATUM

AUTORES:

Paola da Costa dos Santos, Alberto Vieira Pantoja, Marco Antônio Cardoso de Resende, Diego Ferreira Affonso Pereira, Felipe Porto Rangel, Elizabeth Fernandes Vaz da Silva.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Universitário Antônio Pedro.

INTRODUÇÃO: Pectus carinatum consiste em anormalidade congênita do esterno, costelas e cartilagens costais, de evolução, progressiva, mais comum em pacientes portadores de cardiopatia congênita e Síndrome de Marfan. A relativa ausência de fontes na literatura a cerca do manejo anestésico destes pacientes ensejam este relato. **RELATO**

DE CASO: Masculino, 17 anos, 67kg, ASA II, portador de pectus carinatum, apresentado para ser submetido à toracoplastia, apresentava hábito marfanóide, sem diagnóstico definitivo de Síndrome de Marfan. Não foi administrada medicação pré- anestésica. Na sala operatória, foi monitorizado com cardioscopia, pressão arterial não-invasiva e invasiva, oximetria de pulso e, posteriormente, capnografia. Realizada venóclise em membro superior esquerdo, com cateter 14G, e administrados Midazolam 2mg e Cefazolina 2g intravenosos (IV). Puncionado espaço epidural torácico, T5-T6, com introdução de cateter e injetada dose-teste com 60 mg de lidocaína com vasoconstritor, negativa para punção vascular ou subaracnoidea. Realizada pré-oxigenação sob máscara facial por 4 minutos, seguida por indução com fentanil 300µg, lidocaína 200mg, propofol 80mg e cisatracúrio 10mg , IV e intubação traqueal com sonda 8, 0 mm sob laringoscopia direta. Administrou-se Ropivacaína 0, 2%, 5ml, pelo cateter epidural antes do início da cirurgia e 3ml ao final do procedimento. A manutenção da anestesia foi com sevoflurano, a hidratação foi de 2, 5L de cristalóides e o paciente foi extubado após 285 minutos, ao término do procedimento, sem intercorrências. Foi encaminhado à sala de recuperação pós-anestésica, com Aldrete 9, sem dor. Não houve necessidade de nova dose de anestésico local. **DISCUSSÃO:** O paciente submetido à toracoplastia não necessitou de doses de anestésico local e ópioide no pós-operatório. Manteve estabilidade hemodinâmica, sem sangramento expressivo no ato cirúrgico, o que suscitou dúvida sobre a necessidade real de bloqueio epidural e monitorização invasiva da pressão arterial neste tipo de procedimento. A discussão sobre a melhor técnica utilizada, bem como a avaliação de outras ferramentas para analgesia pós-operatória são detalhes importantes que podem emergir da experiência multidisciplinar, do diálogo e de dose generosa de bom senso. **REFERÊNCIA:** Cánovas, ML; Dominguez, GM; Fernández et al. Thoracic epidural analgesia in the post operative period of pediatric surgery for the repair of pectus excavatum and pectus carinatum. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 1998. 45: 148-152 McBride, WJ; Dicker, R; Abajian, JC et AL. Continuous thoracic epidural infusions for postoperative analgesia after pectus deformity repair. J Pediatr Surg. 1996. 31:107-8.

ANESTESIA PARA TUMOR ENDOBRÔNQUICO

AUTORES:

Roberta Araujo de Castro, Mariana Marques dos Santos, Mônica Braga da Cunha Gobbo, Bernard Marcel Barban, Marina Ferreira Campanini, Denice Bernardes Campoli.

INSTITUIÇÃO:

Hospital e Maternidade Celso Pierro - Puc Campinas.

INTRODUÇÃO: Aproximadamente 1-2% das malignidades de pulmão são tumores neuroendócrinos. Geralmente são pacientes com menos de 40 anos, sem associação com tabagismo, radiação ou exposição a carcinógenos. Desenvolvem-se preferencialmente nas regiões centrais do pulmão (85%), apresentam velocidade de crescimento e comprometimento variáveis e incidência semelhante entre os sexos. Podem apresentar a tosse, sibilos, escarro sanguinolento e pneumonias de repetição. O diagnóstico dos carcinoides brônquicos pode ser por combinação de estudos radiológicos e broncoscópicos, sendo o tratamento de escolha, cirúrgico. **RELATO DE CASO:** L. S. V. C, feminino, 34 anos, ASA II por asma brônquica controlada. Exames laboratoriais e cardiológicos normais. Apresentava sintomatologia respiratória provocada pelo fator mecânico tumoral. Como exame complementar, a paciente havia sido submetida previamente a uma broncoscopia, sob sedação, que evidenciou uma massa em brônquio inferior esquerdo, que por vezes apresentava mecanismo de válvula. Na ocasião foi sugerido intubação prévia e medidas para controle da asma brônquica intra hospitalar para a posterior realização da ressecção tumoral. Foi monitorizada com medida de pressão invasiva, eletrocardiografia, oximetria de pulso, capnografia e débito urinário. Realizada anestesia peridural contínua com ropivacaína e morfina, para posterior analgesia. Indução com sufentanil, etomidato, rocurônio, Optou-se por intubação seletiva à direita, sem ventilação alguma bipulmonar desde o início, a fim de evitar pneumotórax à esquerda por mecanismo valvular da tumoração. Foi mantida com propofol em bomba de infusão contínua. O procedimento cirúrgico e anestésico decorreram sem intercorrências, sendo a paciente extubada e encaminhada para acompanhamento pós operatório em UTI. **DISCUSSÃO:** O principal desafio em anestesia para cirurgia torácica é o estabelecimento adequado da separação dos pulmões, mantendo-se a troca gasosa e garantindo a estabilidade circulatória durante a ventilação monopulmonar. A avaliação pré anestésica deve otimizar a função pulmonar para que a ventilação mecânica seja mais efetiva. A ventilação mecânica monopulmonar, através de tubos traqueais de duplo lúmen foi essencial nesse caso, a fim de evitar pneumotórax, uma vez que já se conhecia a paciente e o mecanismo valvular de seu tumor. A analgesia torácica peridural permite alívio da dor pós operatória, melhora a função pulmonar e inicia mobilidade. **REFERÊNCIA:** 1. US Natiocional Cancer Institute. Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) data base, 1973-2004. 2. Bigatello L. M, Srinivasa V. : Doença Pulmonar Crônica, Bases da Anestesia Miller et cols. , Cap 27: 404-420, Rio de Janeiro:Elsevier, 2012.

CONDUTA ANESTÉSICA EM PACIENTE PORTADORA DE MIASTENIA GRAVIS SUBMETIDA A TIMECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

AUTORES:

André Fernandes Silva, Leonardo Souza Patrocínio Pereira, Joaquim Belchior Silva, Eliane Cristina de Souza Soares, Estefânia Furtado Rocha, Wanderson Araújo de Carvalho.

INSTITUIÇÃO:

Instituto Mario Penna - Hospital Luxemburgo.

INTRODUÇÃO: A miastenia gravis é uma doença neuromuscular que afeta receptores nicotínicos pós-sinápticos, reduzindo a capacidade de transmissão nervosa na junção neuromuscular, resultando clinicamente em fraqueza e fadiga muscular. A causa da doença é desconhecida mas, em ~80% dos casos, parece haver uma conexão com o timo, sendo a timectomia um tratamento que pode levar à melhora ou mesmo remissão da doença. A miastenia gravis pode representar um desafio para o anestesiológico, em especial pela interação com bloqueadores neuromusculares e anestésicos inalatórios. Neste relato é apresentada a conduta anestésica para timectomia videolaparoscópica (VL) em paciente portadora de miastenia gravis. **RELATO DO CASO:** Mulher, 53 anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica, em uso de captopril 25mg 12/12h, e miastenia gravis, em uso crônico de prednisona 20mg/dia, com indicação de timectomia VL. Exame físico sem alterações. Monitorização inicial com ECG contínuo, oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva e estimulador de nervos periféricos. Venóclise periférica em antebraço esquerdo (14G), sendo administrada hidrocortisona 200mg pré-indução. TOF e PTC pré-indução sem alterações. Indução anestésica com remifentanil (0, 3 mcg/kg/min), propofol (2mg/kg) e rocurônio (0, 6mg/kg). Intubação orotraqueal sem intercorrências, com tubo duplo lúmen (Carlens E - 37mm). Iniciada monitorização de capnografia, gases anestésicos, débito urinário e temperatura esofágica. Manutenção com remifentanil (0, 15mcg/kg/min) e sevoflurano (1 CAM). Procedimento cirúrgico sem intercorrências, com duração de 130 minutos e necessidade de minitorotomia para retirada da peça cirúrgica. Ao fim da cirurgia, realizado bloqueio intercostal com ropivacaína (20mL a 1%). Monitorização do bloqueio neuromuscular mostrou bloqueio profundo (TOF=0, PTC=0), sendo administrado sugammadex 4mg/kg. Em 3 min, observada reversão completa do bloqueio (TOF=4, PTC=100%), sendo realizada extubação. Pós-operatório sem intercorrências e alta em 48h. **DISCUSSÃO:** Pacientes portadores de miastenia gravis possuem uma grande variabilidade de resposta à administração de bloqueadores neuromusculares sendo fundamental, durante a anestesia geral, a monitorização neuromuscular. O sugammadex, antagonista seletivo de bloqueadores neuromusculares esteróides, não interfere na transmissão colinérgica e proporciona uma rápida reversão do bloqueio, o que o torna uma opção interessante para aplicação em portadores de miastenia gravis. No caso descrito, o uso combinado de rocurônio e sugammadex tornou possível o bloqueio neuromuscular cirúrgico adequado, sem aumento do risco de complicações de pós-operatórias por bloqueio residual. **REFERÊNCIA:** Blichfeldt-Lauridsen L et al. Anesthesia and myasthenia gravis. Acta Anaesth Scand. 2012;56(1):17-22/Unterbuchner C et al. The use of sugammadex in a patient with myasthenia gravis. Anaesthesia. 2010; 65(3):302-5.

FISIOLOGIA E CUIDADOS DURANTE A LAVAGEM PULMONAR PARA TRATAMENTO DE PROTEINOSE ALVEOLAR PULMONAR (PAP): UM RELATO DE CASO

AUTORES:

Abel Fernando Rech, Gustavo Marcinko, Bruno Campos Fontanella, Ana Luisa Zacharias*.

INSTITUIÇÃO:

Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen (HMMKB).

INTRODUÇÃO: A PAP é uma doença caracterizada por um clearance inefetivo do surfactante pulmonar, cursando com shunt e hipoxemia. A lavagem pulmonar é uma opção de tratamento. Relato de Caso- Paciente do sexo feminino, 44 anos, com hipoxemia importante e diagnóstico de PAP, é submetida à lavagem pulmonar em dois tempos, com monitorização padrão não-invasiva, termômetro nasofaríngeo e PVC. Realizada anestesia geral balanceada e intubação com tubo de Carlens, posicionamento em decúbito lateral para lado do pulmão a ser lavado, respeitando os cuidados da posição. Lavagem pulmonar realizada através da instilação de solução fisiológica 0,9% (SF 0,9%) a 36 °C via lúmen para o pulmão direito, por força da gravidade, a uma altura de 30 cm acima da linha axilar média. Infusão total de 9 litros, intervalos de infusão e esvaziamento de 500 ml. Ao final, esvaziado todo o pulmão por drenagem passiva e postural. Antes da extubação, paciente reposicionada em decúbito dorsal horizontal, realizadas manobras de recrutamento alveolar e ventilação bilateral por 15 minutos. Após 12 horas, a paciente já apresentava melhora da dispnéia em relação ao pré-operatório. Em 7 dias, repetiu-se o procedimento no pulmão direito. A paciente referiu no pós imediato dor importante resolvida com a administração de opióide endovenoso. **DISCUSSÃO:** Durante a fase de enchimento, a perfusão do pulmão não ventilado é reduzida pela compressão dos vasos pulmonares e com isso o shunt é reduzido. Durante a drenagem, a reperfusão aumenta o shunt, causando hipoxemia em grau variável. O uso de PEEP pode aumentar o shunt, porém também aumenta o recrutamento alveolar com melhora da oxigenação do pulmão ventilado. Recomenda-se manter FiO₂ 100%, separação dos pulmões com pressão de 50cmH₂O e confirmação da ausência da vazamento de líquido para o pulmão contralateral, altura máxima de 30cm da infusão, solução salina aquecida, retorno de pelo menos 90% do volume infundido a cada lavagem para reduzir risco de efusão pleural e hidropneumotórax. Em caso de suspeita de vazamento ou queda da saturação, deve-se interromper procedimento, aspirar os dois pulmões e reposicionar o tubo de duplo-lúmen. A infusão de grande volume está associada ao desvio do mediastino, aumento da pressão intratorácica e da PVC, a maior tensão do oxigênio no sangue arterial e a hipotensão. Não existe recomendação definitiva para monitorar a PVC na literatura. Atentar para o risco de acidose metabólica hiperclorêmica, relacionada às características da SF 0,9% e da quantidade absorvida. A melhora fisiológica é rápida e inclui aumento da capacidade vital forçada, capacidade pulmonar total, PaO₂ e capacidade de difusão do monóxido de carbono, com reduções do gradiente alvéolo-arterial e fração de shunt. **REFERÊNCIA:** Barash PG, Culler BF, Stoelting RK et al, Clinical Anesthesia, 6a ed. Philadelphia, Lippincot, 2009; Anantham D, Jagadesan R, Tiew PE, Independent lung ventilation in critical care, Critical Care. 2005;9(6):594-600

MANEJO ANESTÉSICO DE PACIENTE PORTADORA DE GRANDE MASSA DE MEDIASTINO ANTERIOR, COM SECREÇÃO ECTÓPICA DE ACTH E SÍNDROME DE CUSHING ASSOCIADA. RELATO DE CASO

AUTORES:

Alberto Vieira Pantoja, Hugo Camara Tinoco de Siqueira*, Diego Ferreira Affonso Pereira, Gabriel da Silva Cazarim.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal Fluminense - Hospital Universitário Antonio Pedro.

INTRODUÇÃO: Tumores de mediastino tem rara ocorrência, mas apresentam riscos consideráveis no período perioperatório. Estes riscos estão relacionados ao tamanho e a localização destas massas. Compressões vasculares ou do trato respiratório tem especial importância e devem ser previstas no manejo anestésico para minimizar-se seu risco. Este relato apresenta paciente com volumoso tumor carcinóide secretor de ACTH para ressecção. **RELATO:** feminina, 48 anos, 85kg, portadora de síndrome de Cushing, hipertensa, diabética, em uso de metformina, insulina regular, captopril, atenolol, hidroclorotiazida e clonazepam, com volumosa massa em mediastino anterior, sem sintomas compressivos, apresentada para ressecção da massa por esternotoracotomia. Após monitorização com cardioscopia, oximetria de pulso, pressão arterial invasiva (radial esquerda) e não-invasiva, e venóclise, em MSD, com cateter 16G, foi realizada punção do espaço epidural em T8-T7, por via lateral com paciente em decúbito lateral esquerdo e introdução de cerca de 5 cm de cateter 16G em direção cefálica. Injetada dose teste composta de lidocaína 60mg e vasoconstrictor, negativa para injeção intratecal e intravascular. Puncionada veia femoral interna direita, guiada por ultrassonografia. Realizada pré-oxigenação por 5 minutos acompanhada pela infusão em 10 min de bolus de dexmedetomidina 1 µg. Kg⁻¹ e sevoflurano sob ventilação espontânea até RASS -1; realizada anestesia tópica da via aérea superior com lidocaína spray a 10% e realizada intubação endobrônquica esquerda com tubo de dupla-luz 37fr, com posicionamento checado por broncofibroscopia flexível. A manutenção da anestesia foi feita com sevoflurano e remifentanil e bolus intermitentes de ropivacaína 0,2% epidural, após o posicionamento em decúbito lateral direito e esternotomia foi administrado 13mg de cisatracúrio. Não houve intercorrências e depois de 480 minutos foi extubada na sala operatória e encaminhada ao CTI, com infusão epidural de ropivacaína 0,2% e fentanil 5µg. ml⁻¹ a 5 ml. h⁻¹, por 2 dias. Recebeu alta do CTI com 5 dias e hospitalar no D9 de pós-operatório. **DISCUSSÃO:** Grandes massas do mediastino anterior requerem adequado planejamento anestésico e cuidadosa execução. O sucesso deste manejo decorre da criteriosa avaliação pré-anestésica, controle de dor no pós-operatório e de uma relação estreita com as equipes cirúrgicas. A incorporação da dexmedetomidina, permitindo sedação sem depressão ventilatória, é promissora no manejo destes pacientes.

OBSTRUÇÃO DE VIA AÉREA POR ENDOPRÓTESE TRAQUEAL

AUTORES:

Juscimar Carneiro Nunes, André Luis Franco Silva, Shirley Gomes Aranha*.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Universitário Getúlio Vargas.

INTRODUÇÃO: Os tumores mediastinais, devido sua localização anatômica, são importantes causadores de insuficiência respiratória por obstrução da árvore brônquica. Ao distorcer e reduzir o lúmen brônquico causam dificuldade para a passagem do fluxo aéreo. Relatamos o caso de obstrução traqueal por endoprótese durante procedimento de dilatação dos anéis traqueais. Relato do Caso: Paciente sexo masculino, 58 anos, ASA IV, com tumoração mediastinal comprimindo traquéia e brônquio fonte direito, comparece a SO agitado, anasarcado, taquidispneico (FR=30irpm), hipoxêmico (SpO₂=90%), sendo proposto a colocação de endoprótese traqueal em caráter urgencial. Monitorizado com PANI, oximetria de pulso, cardioscopia e analisador de gases. A indução anestésica foi realizada com 2. 500 mcg de alfentanil, propofol em infusão alvo controlada (1, 5 a 2, 2 mcg/ml) e 100mg de succinilcolina. A intubação orotraqueal foi realizada, sob visualização direta, com tubo 8. 0 com cuff. A duração do procedimento foi de 60 minutos, sendo realizada a extubação. Após 15 minutos da extubação, o paciente evoluiu com agitação, estridor respiratório, intensa hipoxemia (SpO₂=77%), sendo realizado nova intubação orotraqueal com tubo 8. 0 e ventilação mecânica com pressão positiva. Persistiu com o quadro de hipoxemia, apesar da ventilação mecânica. Evoluiu após 20 minutos com parada cardiorespiratória em AESP. Realizadas as manobras de ressuscitação cardiopulmonar durante 40 minutos sem sucesso, sendo então declarado o óbito. **DISCUSSÃO:** A hipoxemia é uma importante causa de parada cardiocirculatória em AESP. No citado caso o deslocamento da endoprótese com posterior obstrução das vias aéreas intratorácicas e impossibilidade de ventilação adequada foi decisiva no insucesso das manobras de reanimação. **REFERÊNCIA:** (1)Anjos DM dos, Junqueira JJM, Gomes DBD, Terra RM, Minamoto H, Jatene FB. Endopróteses: opção terapêutica para estenoses traqueobrônquicas adquiridas. Rev Med (São Paulo). 2007 jul. -set. ;86(3):174-84. (2) Barash, Paul G. et al. Clinical Anesthesia. 6th ed. 2009. Lippincott Williams & Wilkins. p: 1032-1072.

PNEUMOTÓRAX HIPERTENSIVO EM PULMÃO DEPENDENTE DURANTE LOBECTOMIA PULMONAR – RELATO DE CASO

AUTORES:

Heber de Moraes Penna, Paulo Cesar da Silveira Filho*, Bruno Alves Rodrigues, Dário Humberto de Paiva, Nathalia Divina Fernandes Pereira, Marília Araujo Pereira Garcia.

INSTITUIÇÃO:

CET Clínica de Anestesia, Goiânia, GO.

INTRODUÇÃO: Pneumotórax em pulmão dependente é uma rara complicação, potencialmente fatal, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado diminuem a mortalidade intra e pós-operatória. O anesthesiologista deve prevenir e diferenciá-la de outras possíveis complicações relacionadas a ventilação monopulmonar. Relato de caso-Negro, 79 anos, tabagista, lobectomia pulmonar por massa em lobo inferior direito. Longilíneo, 60 Kg, sat 93%, monitorização padrão, PAM radial, subclávia direita. Indução: sulfentanil 25 mcg, atracúrio 30 mg, propofol 90mg, intubação orotraqueal seletiva à esquerda com tubo Carlens nº 37. Posicionado em decúbito lateral esquerdo, VC 550ml, Pressão inspiratória (PI) 16 cmH₂O, PEEP 5 cmH₂O, ETCO₂ 28 a 38 mmHg, Sat 100%, FiO₂ 50%. Manutenção sevoflurano 2% e remifentanil 0, 2 mcg/kg/min. Durante abordagem da massa pulmonar realizada o clampeamento do ramo traqueal com ventilação monopulmonar esquerda, VC 320ml, PI 20 cmH₂O, ETCO₂ 32 a 42 mmHg, sat 99% com FiO₂ 100%. No final da cirurgia, que durou cerca de 3 horas, houve queda da ETCO₂, diminuição do volume expirado, aumento progressivo da PI (máx 36 mmHg), queda da sat e hipotensão. Melhora parcial ocorreu com retorno à ventilação do pulmão não dependente, sendo alternada, até o fim do procedimento, ventilação mono e bipulmonar. Ao término e retorno ao decúbito dorsal, a expansão torácica estava diminuída a esquerda, com MV abolido e hipertimpanismo. Diagnosticado pneumotórax hipertensivo a esquerda, com drenagem torácica. Extubação na sala de cirurgia, permaneceu na RPA por 1 hora, encaminhado pra UTI, alta hospitalar após 16 dias, acompanhamento ambulatorial com diagnóstico de criptococose. **DISCUSSÃO:** Dentre os diagnósticos diferenciais estão o deslocamento da cânula, acúmulo de secreção, atelectasia, embolia. Esse pneumotórax não possui incidência na literatura, associado a barotrauma ou ruptura de bolhas pulmonares, facilitados e agravados pela pressão positiva. Candidatos a cirurgia torácica possuem comorbidades pulmonares, geralmente tabagistas, sendo fatores de risco para formação de bolhas pulmonares que podem ser congênitas, adquiridas ou por enfisema. Nesses, recomenda-se que a ventilação não ultrapasse pressão de pico de 10 a 12, com tempo expiratório aumentado. Em cirurgias pulmonares o pneumotórax do pulmão operado é comum, e a drenagem do tórax é procedida ao final. O manejo adequado da ventilação monopulmonar minimiza a chance de morbimortalidade vinculadas ao perfil dos pacientes e ao porte da cirurgia. **REFERÊNCIA:** Ferez D, Martins FANC et al. Anestesia para Cirurgia Torácica. In: Caniani LM, Slullitel A, et al. Tratado de Anestesiologia SAESP 7 ed. São Paulo, Atheneu, 2011; 1913-1929. Heck JA et al. Anestesia em cirurgia torácica. In: Manica J, Toldo A, et al. Anestesiologia Princípios e Técnicas 3 ed. São Paulo Artmed, 2004; 775-787.

PRESENÇA DE PNEUMOTÓRAX HIPERTENSIVO ESPONTÂNEO DURANTE INDUÇÃO PARA ANESTESIA EM CIRURGIA TÓRACICA

AUTORES:

Ingrid Mariz Araguez*, Denise Cyrillo da Silva, Marcelo Sampaio Duran.

INSTITUIÇÃO:

CET do Hospital Universitário Pedro Ernesto – Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ.

INTRODUÇÃO: A anestesia para cirurgia torácica tem suas particularidades, onde a avaliação pré-anestésica e a seleção de materiais adequados são muito importantes para o sucesso do caso. O objetivo deste relato é descrever um caso de pneumotórax hipertensivo ocorrido durante indução anestésica, imediatamente após a intubação traqueal com tubo de duplo lúmen, para uma cirurgia de bulectomia pulmonar. Relato do Caso: E. F. F. S, sexo masculino, 45 anos, portador de DPOC com enfisema centrolobular e bolhas subpleurais principalmente em hemitórax esquerdo. Radiografia de tórax apresentava bolhas apicais bilaterais e dreno pleural em hemitórax esquerdo. Prova de função respiratória mostrava distúrbio ventilatório obstrutivo grave, sem resposta broncodilatadora. A cirurgia proposta era de bulectomia associada à pleurectomia em hemitórax esquerdo. Optou-se por anestesia geral venosa total, com remifentanil, rocuroônio e infusão alvo-controlado de propofol, associados a bloqueio peridural contínuo. Após intubação orotraqueal com tubo Robertshaw 37 Fr, seguido de quatro tentativas de reposicionamento, havia ausência de murmúrio vesicular à ausculta pulmonar, apesar da presença de capnografia normal. O paciente evoluiu com instabilidade hemodinâmica e presença de intensa turgência jugular, plectora facial, abaulamento abdominal e hipertimpanismo em hemitórax direito. Diante da suspeita de pneumotórax hipertensivo, puncionou-se o hemitórax direito com cateter Teflon 16G, no quinto espaço intercostal, com reversão imediata do quadro, após evidente escape aéreo. Realizou-se, então, intubação traqueal guiada por broncofibroscopia para seguimento do procedimento cirúrgico. A cirurgia transcorreu sem complicações. Após o término da cirurgia, o paciente foi encaminhado à unidade pós-operatória com analgesia pelo cateter peridural, com evolução satisfatória no período pós-operatório. **DISCUSSÃO:** Os pacientes submetidos à cirurgia torácica possuem alterações no parênquima pulmonar ou apresentam comorbidades que aumentam o risco de acidentes perioperatórios, como no caso relatado. A intubação com tubo de duplo lúmen, associada à ventilação com pressão positiva, facilitou a ruptura de bolhas preexistentes. No entanto, a pronta intervenção do anestesiológista frente ao pneumotórax e a disponibilidade do brocofibroscópio permitiram a rápida estabilização do quadro e prosseguimento do ato cirúrgico. **REFERÊNCIA:** Ferez D. Anestesia para cirurgia torácica. Em: Yamashita AM et al. Anestesiologia. 5ª ed. São Paulo, Atheneu; 2001. P. 865-894. Schramel FM et al. Current aspects of spontaneous pneumothorax. Eur Resp J 1997; 10: 1372-1379.

RAQUIANESTESIA TOTAL APÓS BLOQUEIO PARAVERTEBRAL PARA TORACOTOMIA

AUTORES:

M. Nunes; F. Brito; N. Ferreira; F. Brito; N. Quintella; M. Mello.

INSTITUIÇÃO:

HUCFF/UFRJ, Rua Rodolpho Paulo Rocco, 255, 11º andar, Sl. E28, Cidade Universitária, I. Fundão, Rio de Janeiro/RJ. CEP:21941-913.

INTRODUÇÃO: Paciente do sexo feminino, 69 anos, 61 kg, ASAP 3, diabética. Dispneia há 3 meses e perda ponderal de 10kg no período. Tomografia computadorizada de tórax com infiltrado intersticial difuso. Procedimento proposto: biópsia pulmonar. Proposta anestésica: anestesia geral balanceada e bloqueio paravertebral. Ao exame: Índice de Mallampati modificado 3, abertura de boca limitada, estertores crepitantes bibasais à ausculta respiratória. Monitorização básica na sala operatória. Venóclise MSE 16 G. Fentanil 3, 2 mcg/Kg + Propofol 1, 6 mg/Kg + Atracúrio 0, 3 mg/Kg IV. Realizada intubação orotraqueal com videolaringoscopia, tubo 8, 0 com balonete. Manutenção da anestesia com sevoflurano. Executado bloqueio paravertebral à esquerda em níveis T3-T5, aspiração negativa para liquor ou sangue, injeção simples de Ropivacaína 1% 10 ml, após antisepsia local. Houve hipotensão após o bloqueio, sendo feito efedrina 15mg IV. Após 45 minutos de procedimento cirúrgico, foi interrompido o anestésico inalatório e foi realizada reversão do bloqueio neuromuscular com Atropina 0, 01mg/kg e Neostigmina 0, 01 mg/Kg IV. Observou-se midríase importante bilateralmente. Após o despertar, a paciente não apresentou drive respiratório ou mobilidade de membros, mantendo a abertura ocular e a lucidez. Foi diagnosticada injeção inadvertida subaracnoide (“raque total”). Feito 40mg de Propofol IV e mantida a hipnose com N2O. A cada 30 min, despertava-se a paciente para realização de teste neurológicos. Observou-se a regressão progressiva do bloqueio sensitivo, motor e da midríase. Após 2h do término do procedimento, houve recuperação do drive respiratório e movimentação dos membros superiores. Realizada aspiração da orofaringe e extubação. Encaminhada ao CTI para observação. **DISCUSSÃO:** O bloqueio paravertebral pode complicar com injeções inadvertidas (epidural, subaracnoídea ou vascular) e pneumotórax. Sendo assim, a vigilância neurológica do paciente não deve ser negligenciada pelo anestesiológista e o procedimento deve ser realizado em local que disponha de suporte hemodinâmico e ventilatório, tendo em vista a gravidade dos sintomas apresentados. **REFERÊNCIA:** 1. PiracciniE, PrettoEA, Corso, Gambale G. Analgesia for thoracicsurgery: the role of paravertebralblock. HSR Proc Intensive Care CardiovascAnesth. 2011; 3(3): 157-160; 2. Chelly, JE. Paravertebral blocks. AnesthesiolClin. 2012 Mar;30(1):75-90.

RESSECÇÃO PULMONAR EM PACIENTE OBESA MÓRBIDA COM FUNÇÃO RESPIRATÓRIA LIMÍTROFE: CONSIDERAÇÕES ANESTÉSICAS E COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS

AUTORES:

Rodrigo Otávio Lami Pereira, Ana Cristina Pinho Mendes Pereira, Nathalia Rodrigues Sampaio, Luiz Carlos Torres Porpino.

INSTITUIÇÃO:

Instituto Nacional de Câncer - Rio de Janeiro/RJ.

INTRODUÇÃO: A anestesia para cirurgia torácica demanda estratégias próprias, dados o perfil do paciente, posicionamento cirúrgico e manejo intra-operatório. A avaliação da função pulmonar pré-operatória é fundamental para o planejamento anestésico e decisão na extubação. Caso: feminina, 57 anos, 101 kg, 1,58 m, IMC: 40, 45kg/m² com história de dor torácica, febre e dispneia aos pequenos esforços associada a tosse seca e perda do apetite. A biopsia revelou carcinoma mucoepidermóide com programação cirúrgica de bilobectomia média e inferior direita. HPP: hipertensão, obesidade, diabetes melitus, função pulmonar limítrofe (VEF1 de 39% para bilobectomia e 36% para pneumectomia direita). Na SO, monitorizada com pressão invasiva, índice bispectral e função neuromuscular, além da básica. Iniciada sedação com dexmedetomidina e sulfato de magnésio. Punção peridural e passagem de cateter em T6-7 e injeção de 15mL de lidocaína 2%. Indução com lidocaína, propofol, rocurônio. Intubação com duplo lúmen 35fr e manutenção com sevoflurano, O₂ 40%, além de dexmedetomidina e adrenalina 3-4mcg/min, trocada por noradrenalina 2mcg/min após glicemia de 462mg/dL. Ofertados 2.000mL de cristalóide e 500 mL de colóide, diurese total de 500mL. Ao término do procedimento(10 horas de duração), reversão do BNM com sugamadex 200mg, atingindo-se TOF 92% e BIS de 90. Apesar disso e de manobras de recrutamento alveolar, manteve volume corrente de 90 mL, levando à decisão de manter a paciente intubada sob sedação. Para analgesia pós-operatória, foi mantida infusão peridural ropivacaína e fentanil. Extubada e encaminhada à enfermaria no primeiro DPO. No segundo DPO, evoluiu com oligúria, elevação de ureia 134mg/dL e creatinina 3, 3mg/dL, CKt 15. 544U/L e CKMB 157U/L, sugerindo diagnóstico de rabdomiólise e insuficiência renal aguda. Tratamento clínico de alcalinização da urina e estimulação de diurese com furosemida foram suficientes para controle da função renal, que melhorou nos dias seguintes. Alta hospitalar com creatinina de 1, 1mg/dL e ureia de 49mg/dL no sétimo dia de internação. **DISCUSSÃO:** Cirurgias de longa duração em pacientes obesos podem desencadear o surgimento de complicações como a rabdomiólise. O posicionamento durante cirurgia torácica aumenta o risco dessa condição. A rabdomiólise pode evoluir para perda grave da função renal e outras complicações, fatos não ocorridos graças ao diagnóstico e tratamento precoces. Quanto às ressecções pulmonares em pacientes com função respiratória limítrofe, a decisão de extubar o paciente em sala é um desafio para o anestesista, devido ao alto risco de complicações pulmonares. **REFERÊNCIA:** Ankichetty S; Angle P; Margarido C; Halpern SH. Case report: Rhabdomyolysis in morbidly obese patients: anesthetic considerations. *Can J Anaesth*; 60(3): 290-3, 2013 Mar. Lohser J; Kulkarni V; Brodsky JB. Anesthesia for thoracic surgery in morbidly obese patients. *Curr Opin Anaesthesiol*; 20(1): 10-4, 2007 Feb.

SULFATO DE MAGNÉSIO POR VIA INTERPLEURAL, PARA ANALGESIA INTRA E PÓS-OPERATÓRIA EM MASTECTOMIA OU SETORECTOMIA/QUADRANTECTOMIA COM AXILECTOMIA

AUTORES:

Filipe Gonçalves Pereira*, Lawrence Andrade Rodrigues Gomes, Taylor Brandão Schnaider.

INSTITUIÇÃO:

CET Hospital das Clínicas da Universidade do Vale do Sapucaí – MG.

JUSTIFICATIVA: O câncer de mama é uma das principais causas de morte no mundo, sendo a mastectomia o tratamento cirúrgico preconizado. O envolvimento da equipe de anesthesiologia para diminuir o sofrimento, a angústia e a dor destas pacientes se for necessário. A anestesia regional diminui a resposta neuroendócrina ao estresse operatório, elimina ou reduz a necessidade de anestesia geral e minimiza o requerimento de opióides, abrandando o risco de recorrência. A lidocaína endovenosa diminui a intensidade da dor no pós-operatório imediato e reduz as alterações imunológicas induzidas pela cirurgia. O uso do sulfato de magnésio em anestesia vem ampliando as suas indicações para situações fora do ambiente da obstetria com o passar dos anos. O magnésio é um fármaco com propriedades analgésicas e sedativas com potencial para neuro e cardioproteção, cujo potencial analgésico do magnésio se deve em parte ao bloqueio NMDA, mas também à diminuição da liberação de catecolaminas. **OBJETIVO:** Observar a analgesia intra e pós operatória decorrente da administração de sulfato de magnésio, associado ao anestésico local e a morfina, por via interpleural, no intra e pós-operatório de cirurgias de neoplasias de mama. **Metodos:** Estudo clínico, prospectivo, 40 pacientes do sexo feminino na faixa etária de 18 a 60 anos, peso entre 50 e 100 kg, estado físico P1 e P2, submetidas à mastectomia sob bloqueio interpleural associado à anestesia geral. A anestesia interpleural foi realizada após indução da anestesia geral, no EIC4 ou EIC5, com agulha Tuohy 17G, sendo administrados, ropivacaína a 0, 75%(150mg) associados a morfina(3mg) e ao sulfato de magnésio a 50% (500mg). A lidocaína endovenosa foi administrada na dose de 2 mg/kg/h. Foram monitorizadas com índice bispectral, cardiocópia, pressão arterial não invasiva e oximetria de pulso. **RESULTADO:** Em todas as pacientes ocorreu redução na dose dos fármacos no intraoperatório, sendo utilizada apenas sevoflurano, as pacientes que queixaram de dor leve no pós-operatório, necessitaram somente analgésico comum dipirona(15mg. kg-1). O sevoflurano, foi administrado em concentração que variou de 1, 0 a 1, 6 CAM, conforme o índice Bispectral. Duas pacientes(5%), necessitaram de tramadol nos pós operatórios. Dez pacientes relataram dor leve a moderada (25%), com melhora com uso de dipirona oral. Em relação, a emese, foi registrados apenas um caso. Nenhuma paciente apresentou prurido e todas foram liberadas com dipirona via oral para domicílio. **CONCLUSÃO:** O uso do bloqueio interpleural com ropivacaína associado sulfato magnésio e morfina estão associados com menos dor no pós-operatório imediato, bem como menos náuseas e vômitos, e maior satisfação do paciente. **REFERÊNCIA:** 1- Rutgers EJ. Diretrizes para garantir a qualidade na cirurgia do câncer de mama. *Eur J Surg Oncol* 2005; 3:568-76, Wrona D. Interações neuro-imune: uma visão integrada da relação bidirecional entre o cérebro eo sistema imunológico. *J Neuroimmunol* 2006; 172:38-58.

ABORDAGEM ANESTÉSICA EM AMPUTAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR VOLUMOSO POR LINFEDEMA CRÔNICO AVANÇADO. RELATO DE CASO

AUTORES:

Luiz Carlos Bastos Salles, Mônica Loureiro Santos, Patricia Cristina Costa, Emanuella Maria da Silva Vicente*.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, UNIRIO, Rio de Janeiro - RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO: Linfedema é uma doença inflamatória crônica decorrente do acúmulo extracelular de linfa que determina deformação progressiva das extremidades. Quando associado à linfangite recorrente e disfunção do membro, amputação faz-se necessária. Nos casos cirúrgicos, o manejo anestésico direcionado à avaliação pré-anestésica, planejamento da técnica mais adequada, reposição volêmica, suporte hemodinâmico e analgesia pós-operatória são essenciais ao bom desfecho clínico. **RELATO DO CASO:** Homem, 66 anos, 140 Kg estimados, ASA II, com história de cirurgia em região inguinal direita aos 20 anos e diagnóstico de linfedema crônico avançado em membro inferior direito com áreas de necrose distal, sendo proposta amputação suprapatelar do membro. No perioperatório, após acomodar paciente em mesa cirúrgica e mesa auxiliar com dificuldade, procedeu-se à monitorização padrão complementada com pressão arterial invasiva, analisador de gases, TOF e BIS. Realizada indução venosa com fentanil 200µg, lidocaína 120mg e propofol 120mg após pré-oxigenação com O₂ a 100%. Paciente ventilado com sevoflurano a plano e, após relaxamento com rocurônio 50mg, intubado com TOT 8. 0 com cuff. Mantida anestesia com sevoflurano, fentanil e rocurônio. Durante a cirurgia, houve importante perda de líquido corporal e sangue, advindo instabilidade hemodinâmica refratária à expansão volêmica e doses vasopressoras de etilefrina e adrenalina, sendo iniciada noradrenalina a 0. 2µg/Kg/min e transfundido hemocomponente. Até o final do procedimento infundiram-se 4. 500mL de cristalóide, 1. 000mL de hidroxietilamido 10%, 100mL de manitol 20% e 5UI concentrados de hemácias. A diurese total foi de 100mL. Reversão do bloqueio neuromuscular foi alcançada com sugammadex 200mg e paciente foi extubado com TOF > 90%. Após despertar, paciente apresentou agitação e dor, aliviando com administração de morfina 5mg venosa fracionada. O pós-operatório foi realizado em unidade intensiva, onde foram transfundidos 3 unidades de plasma fresco e mantida analgesia regular venosa. O exame histopatológico do membro evidenciou verrucosidade linfostática com acentuado edema e peso aproximado de 50Kg. **DISCUSSÃO:** No manejo anestésico do caso, surgiram dificuldades na estimativa da massa corporal total, da extensão do membro acometido e da falta de mesa cirúrgica apropriada para acomodá-lo. Optou-se por anestesia geral pela maior segurança da técnica frente as modificações da volemia associadas ao linfedema crônico e à perda sanguínea no intra-operatório. Além disso, o bloqueio de neuroeixo seria tecnicamente difícil pela anatomia imprecisa. A transfusão sanguínea foi necessária diante da instabilidade hemodinâmica, sangramento ativo e sequestro volêmico no membro amputado. **REFERÊNCIA:** Ryan Ellender and Kirit Patel. Amputation, Lower Extremity. In: Lee Fleisher and Michael Roizen. Essence of Anesthesia Practice. 3a ed. Philadelphia, Saunders Elsevier, 2011;397.

ASSISTOLIA APÓS REVASCULARIZAÇÃO ARTERIAL PERIFÉRICA

AUTORES:

Karolinne Souto de Figueiredo*, Olavo Satoshi Arantes, Jair de Castro Junior, José Osmar Bezerra de Sousa Filho, Gabriel Henrique Passarelo Pereira, Carolina Turchi Ribeiro.

INSTITUIÇÃO:

Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA

INTRODUÇÃO: A isquemia arterial aguda é uma urgência médica que acomete pacientes com alto risco para eventos cardiovasculares graves no perioperatório como o infarto agudo do miocárdio. Relatar um caso de parada cardíaca secundária aos efeitos da isquemia e reperfusão de oclusão arterial aguda do membro inferior. Relato do Caso: Paciente de 72 anos, sexo masculino, foi submetido à revascularização de urgência de membro inferior esquerdo devido à obstrução arterial aguda (> 18 horas). História Clínica: hipertensão arterial e diabetes com uso irregular da medicação e fibrilação atrial crônica sem uso de anticoagulante. Exame físico: apresentava-se taquicárdico (FC – 135 bpm), hipertenso (170x110), urina escura e alteração neurológica do membro inferior (“pé caído”). Para o procedimento foi realizada anestesia geral (anticoagulação plena), e aproximadamente 15 minutos após a retirada do trombo (cerca de 20 cm), paciente apresentou bradicardia e degeneração para assistolia. Realizado reanimação cardíaca, mas o paciente foi a óbito. **DISCUSSÃO:** A isquemia arterial aguda determina uma série de alterações locais e sistêmicas resultantes da isquemia e reperfusão, cuja intensidade depende da extensão do território isquêmico, tempo de isquemia e reserva cardiovascular do paciente. As alterações hemodinâmicas variam de hipotensão arterial leve a depressão miocárdica grave, queda acentuada da resistência vascular periférica, hipercalemia e acidose metabólica podendo levar a rápida bradicardia e assistolia. Pacientes com perda da função motora e urina de coloração acastanhada alertam para o desenvolvimento da síndrome de reperfusão e indicam monitorização das pressões arterial invasiva e venosa central. **CONCLUSÃO:** O tratamento intensivo deve ser instituído para minimizar a disfunção cardíaca decorrentes da isquemia e reperfusão. **REFERÊNCIA:** Moreno JB, Francischetti I, Hafner L. Lesões de isquemia-reperfusão em músculos esqueléticos: fisiopatologia e novas tendências de tratamento, com ênfase em reperfusão controlada. J Vasc Br. 2002; 1: 113-120.

DRENAGEM LIQUÓRICA COMO TRATAMENTO DE PARAPLEGIA TARDIA APÓS CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE AORTA TÓRACO-ABDOMINAL

AUTORES:

Marina Flaksman Curi Rondinelli, André Maia Lambert Gomes, Marialice Vieira Cardoso, Daniel Vieira de Queiroz, Bruno Serra Guida.

INSTITUIÇÃO:

CET Professor Fabiano Gouvea do Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro.

INTRODUÇÃO: A paraplegia se mantém como uma das complicações mais devastadoras das cirurgias de reparo de aneurisma de aorta tóraco-abdominal e está associada a aumento significativo de morbidade no pós-operatório. Quando vasos sanguíneos intercostais são cobertos pela prótese aórtica pacientes com fluxo colateral comprometido podem desenvolver isquemia espinal, culminando com paraplegia. Apesar de muitas vezes se manifestar logo na recuperação da anestesia, a paraplegia de início tardio é também reportada, tanto na correção endovascular como na aberta. Atualmente diversos esforços vêm sendo utilizados na tentativa de diminuir o risco de isquemia espinal inerente ao procedimento, principalmente a manutenção da pressão de perfusão espinal, com aumento da pressão arterial média e/ou diminuição da pressão liquórica. **RELATO DE CASO:**

Paciente de 69 anos, portador de aneurisma de aorta tóraco-abdominal de 15, 8cm de extensão. Proposta cirurgia endovascular de correção do aneurisma. TC abdominal evidenciou também lesão expansiva através do forame esquerdo de L3 medindo 6, 5x4cm, interrogado Shwanoma. Apesar do provável benefício, a equipe optou por não introduzir cateter subaracnoideo para drenagem de liquor no per-operatório, devido aos riscos em relação a tumoração lombar. A cirurgia ocorreu sem intercorrências e o paciente acordou da anestesia sem déficit neurológico. No 4º dia de pós operatório, já com condições de alta, o paciente referiu diminuição de força na perna esquerda, impossibilitando a marcha. Trinta minutos após o diagnóstico de provável isquemia medular, o paciente foi encaminhado ao centro cirúrgico e submetido a punção subaracnoidea, com passagem de cateter no espaço intervertebral L4-L5. Foram drenados pelo cateter 15ml de liquido cérebro-espinal, com imediata melhora quase completa do quadro neurológico. O cateter foi mantido por 48 horas, conectado a transdutor de monitorização da pressão liquórica configurado para alarmar quando a pressão excedesse 10mmHg. Tres dias após a instalação do cateter, este foi retirado e o paciente recebeu alta para casa assintomático. **DISCUSSÃO:** Uma das modalidades que otimiza o fluxo sanguíneo espinal é a drenagem de líquido, que sozinha ou em combinação com outras técnicas, consiste em uma das mais frequentes formas de proteção espinal. Não há provas definitivas de redução do risco de lesão, porém, dados convincentes suportam seu uso. Quando não executada inicialmente, ou descontinuada no pós-operatório, a instituição da drenagem como tratamento, pode reverter o déficit neurológico tardio. Entretanto, os potenciais benefícios devem ser contrabalanceados com os riscos, como lesão nervosa durante inserção do cateter, formação de hematoma compressivo, hemorragia intra-craniana por drenagem excessiva e infecções. **REFERÊNCIAS:** Miller's Anesthesia, 7º ed; Anesth Analg 2010;111:46-58; Seminars in Cardiothoracic and Vascular Anesthesia 2011;15(4) 123-140

MANEJO ANESTÉSICO NA CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ANEURISMA TORACOABDOMINAL – RELATO DE CASO

AUTORES:

Lucas Fae Gheller*, Ana Luft, Diego Fernando Mesquita Diemmer, Natália Falcão da Motta Marques, Antonio Feijo de Feijo, Nelson Rafael Barros Fauth.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Nossa Senhora da Conceição.

INTRODUÇÃO. A correção cirúrgica do aneurisma de aorta toracoabdominal está relacionada a complicações como sangramentos, isquemia medular e visceral, IAM, sequelas neurológicas e morte. O objetivo desse trabalho é descrever o manejo anestésico em tal cirurgia. Relato de Caso. Paciente masculino, 48 anos, história de dor precordial, asma, sopro abdominal e HAS. Em uso de hidroclorotizada, lisinopril e metoprolol. Eletrocardiografia com sobrecarga de cavidades esquerdas, ergometria sem critérios para isquemia, classe funcional NYHA 1, cateterismo sem alterações. Diagnosticado aneurisma toracoabdominal tipo B/III, medindo 17cm no eixo longitudinal e 6, 8cm no eixo transversal, se estendendo do segmento descendente torácico distal ao nível da emergência das artérias renais. Monitorizado com oximetria de pulso, ECG, temperatura, diurese, BIS, PAM, Swan-Ganz e pressão intracraniana (PIC) por lombostomia. Anestesiado com midazolam, fentanil, cetamina, sevoflurano, rocuronio e oxigênio a 100%. IOT com tubo de Carlens nº39. A cirurgia, de 15 horas de duração, constou de correção do aneurisma com ressecção e reconstrução com prótese de Dacron, mediante o reimplante de 6 artérias vertebrais, tronco celíaco, artéria mesentérica inferior e artérias renais. Clampeamento sequencial com os seguintes tempos de isquemia: medular (47min), tronco celíaco (55min), mesentérica (41min) e renais (55min). CEC parcial(subdiafragmático) de 255 minutos. Utilizado Cell Save. Foram administrados 3 CHADS, 10U de plaquetas, 3U de plasma, 7500ml de SF, 3000ml de RL e 1500ml de colóides. As gasometrias arteriais seriadas mostraram tendência à acidose metabólica (pH mínimo=7, 172; HCO3=12, 6; EB=-14, 5), elevação do lactato (máximo 13, 2 durante o clampeamento da artéria mesentérica) e hipocalemia (K=2, 8). Diurese total de 1850ml, PAM manteve-se entre 55 e 80mmHg, PVC entre 8 e 14 mmHg, PAP entre 19 e 28mmHg, PCP entre 9 e 16mmHg. A drenagem de líquido foi 70ml, com PIC entre 8 e 15mmHg e foi infundida papaverina intratecal. Encaminhado à UTI intubado e sedado, com noradrenalina 0, 58mcg/Kg/min. Apresentou isquemia transitória de órgãos abdominais, dois episódios de fibrilação atrial de alta resposta com reversão química, IRA e infecção respiratória. Extubado definitivamente no sétimo dia, alta da UTI no décimo segundo dia de pós-operatório. No vigésimo dia de pós-operatório, encontra-se extubado, estável hemodinamicamente, sem sinais neurológicos focais, comunicativo, com melhor progressiva da função renal. **DISCUSSÃO.** O presente relato mostra a monitorização, o manejo anestésico e a prevenção das principais complicações associadas à cirurgia de aneurisma toracoabdominal. Referencias. Głowiczki P. Surgical repair of thoracoabdominal aneurysms: patient selection, techniques and results. Cardiovascular Surgery, 2002;10:434-441.

METANÁLISE PROPORCIONAL DE SÉRIES DE CASOS EM CIRURGIA ABERTA ELETIVA DO ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL COM PROGRAMAS MULTIMODAIS DE ACELERAÇÃO DA RECUPERAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA

AUTORES:

Sanderland José Tavares Gurgel*, Paulo do Nascimento Júnior, Regina El DIB.

INSTITUIÇÃO:

Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP.

INTRODUÇÃO: O reparo cirúrgico eletivo aberto do Aneurisma de Aorta Abdominal (AAA) pode resultar em custo elevado quando a internação hospitalar se prolonga e o número de morbidades se eleva. Programas Multimodais de Aceleração da Recuperação Pós-Operatória (PMARP) melhoram os resultados clínicos em diferentes tipos de procedimentos cirúrgicos. Uma revisão sistemática de ensaios clínicos aleatórios e controlados em cirurgia eletiva aberta do AAA realizada com PMARP identificou apenas um estudo, sendo insuficiente para gerar grau de recomendação. O objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia e a segurança de PMARP no reparo cirúrgico eletivo aberto do AAA, identificando-se séries de casos e realizando-se metanálise proporcional de séries de casos, fornecendo condições de análise estatística da melhor evidência disponível. **MÉTODO** - Realizou-se revisão sistemática da literatura nas bases de dados MEDLINE, EMBASE, LILACS e Cochrane Trials Register (CENTRAL). Os critérios de inclusão foram: (a) série de casos com mais de cinco casos; (b) pacientes acima de 18 anos submetidos à cirurgia eletiva aberta do AAA; (c) utilização de PMARP. Empregou-se o programa StatsDirect para a análise dos dados. Considerou-se a razão de chances e o intervalo de confiança (IC) de 95% para a análise. A sobreposição do IC indica não haver diferença estatística. **RESULTADO**: - Identificaram-se 13 estudos de série de casos. As metanálises realizadas indicam não haver diferença significativa, como segue: PMARP Recuperação Convencional Tempo de hospitalização 0, 079 (IC 95%: 0, 048-0, 117) 0, 126 (IC 95%: 0, 055-0, 222) Mortalidade 0, 015 (IC 95%: 0, 0091-0, 226) 0, 030 (IC 95%: 0, 0183-0, 044) **CONCLUSÃO** - PMARP em cirurgias abertas eletivas de AAA avaliados por metanálise proporcional de séries de casos não reduz o tempo de hospitalização e a mortalidade. Há necessidade de realização de mais ensaios clínicos aleatórios e controlados para gerar qualquer grau de recomendação. **UNITERMOS** - Revisão sistemática; Série de casos; Recuperação acelerada após cirurgia; Cirurgia; Aneurisma de aorta abdominal. **REFERÊNCIA**: 1. El Dib R, Touma NJ, Kapoor A: Cryoablation vs radiofrequency ablation for the treatment of renal cell carcinoma: a meta-analysis of case series studies. *BJU international* 2012, 110(4):510-516. 2. Kehlet H, Wilmore DW: Multimodal strategies to improve surgical outcome. *Am J Surg* 2002, 183(6):630-641.

PRÉ-ANESTÉSICO PARA REALIZAÇÃO DE BYPASS AORTO-FEMORAL EM PACIENTE COM ISQUEMIA DE MII E DPOC GRAVE: RELATO DE CASO

AUTORES:

Germana Lane Pacheco Pereira*, Eduardo Gutemberg M. Milhomens, Walkiria Wingester Vilas Boas, Paulo Carvalho Pimenta Figueiredo, Fernanda Marques Lamounier Fernandes, Elias Roberto Cordeiro dos Reis.

INSTITUIÇÃO:

Hospital das Clínicas da UFMG.

INTRODUÇÃO: A avaliação pré-anestésica tem como principal objetivo conhecer o paciente e seu estado clínico, bem como para o paciente esclarecer suas dúvidas. Baseia-se na anamnese e exame físico. Informações provenientes de prontuário, resultados de exames complementares e avaliações de outros especialistas podem ser necessários. Em alguns casos, o anestesista pode se deparar com dúvidas quanto à conduta pré-anestésica de pacientes com quadros graves, que necessitam de intervenção cirúrgica imediata e que apresentam comorbidades, igualmente graves, que também necessitam de avaliação mais extensa. **RELATO DE CASO:** Paciente SMPV, sexo feminino, 57 anos, 80 kg, portadora de doença arterial periférica, HAS, DPOC e história de tabagismo pesado (72 anos/maço). Em uso de captopril, anlodipino, AAS, metildopa, sinvastatina e amitriptilina. Paciente compareceu a consulta pré-anestésica com proposta para bypass aorto-bifemoral, sem queixas respiratórias significativas e com limitação da capacidade funcional devido à doença arterial periférica. Avaliados exames de sangue, ECG, ECO e rx de tórax. Paciente sem acompanhamento pela pneumologia e sem tratamento para DPOC. Na consulta não portava espirometria ou gasometria arterial. A avaliação realizada pela equipe cirúrgica houve consenso de que a cirurgia deveria ser realizada o mais precocemente possível. Pensando-se no risco-benefício, ficou decidido pela liberação anestésica, com reserva de CTI pós-operatório, mesmo sem avaliação espirométrica e da pneumologia. Na admissão no bloco cirúrgico, verificou-se SatO₂ da paciente em ar ambiente em torno de 65% , aumento de tempo expiratório, porém sem sinais de esforço respiratório. Questionou-se a liberação para cirurgia e se paciente se beneficiaria de uma avaliação pneumológica e otimização do quadro respiratório. Nova discussão foi realizada entre equipe cirúrgica e anestésica. Diante da gravidade do quadro arterial optou-se pela realização do procedimento com mudança na conduta cirúrgica-anestésica. Realizado bypass femoro-femoral sob raquianestesia. Paciente mantida com O₂ por cânula nasal a 2L/min, mantendo a SatO₂ perioperatória de 78%. Encaminhada ao CTI após o ato cirúrgico-anestésico, que ocorreu sem intercorrências. **DISCUSSÃO:** Na avaliação pré-operatória os pacientes devem ser estratificados quanto ao risco pulmonar. Estudo espirométrico, gasometria arterial e avaliação da pneumologia devem sempre ser indicados de rotina em pacientes com história que sugira hipoxemia arterial ou DPOC. Porém em casos graves como o descrito há questionamentos do risco-benefício de uma avaliação pormenorizada e se seria possível uma otimização do quadro contra um atraso do tratamento da doença arterial. **REFERÊNCIA:** Muhammad A. K. , Syed F. H. Pre-operative pulmonary evaluation. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2005;17(4). / Jeffrey L. Apfelbaum; Richard T. Connis; David G. Nickinovich et al. Practice Advisory for Preanesthesia Evaluation. *Anesthesiology* 2012; 116:1-1.

RECUPERAÇÃO ACELERADA APÓS REPARO CIRÚRGICO ABERTO ELETIVO DO ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

AUTORES:

Sanderland José Tavares Gurgel*, Paulo do Nascimento Júnior, Regina El Dib.

INSTITUIÇÃO:

Fauldade de Medicina de Botucatu

INTRODUÇÃO: O reparo cirúrgico aberto do aneurisma da aorta abdominal (AAA) é um procedimento com alta taxa de morbimortalidade, internação hospitalar prolongada e custo elevado. Neste cenário, os Programas Multimodais de Aceleração da Recuperação Pós-Operatória (PMARP) podem contribuir para a otimização dos cuidados ao paciente, reduzindo o tempo de hospitalização, diminuindo a utilização de recursos financeiros e melhorando os resultados clínicos, como já observado em cirurgias do aparelho digestivo. O objetivo desta revisão sistemática foi avaliar a eficácia e a segurança desses programas no reparo cirúrgico eletivo aberto do AAA. **MÉTODO:** Realizou-se revisão sistemática de estudos clínicos aleatorizados e controlados avaliando a eficácia e a segurança dos PMARP no reparo cirúrgico eletivo aberto do AAA comparando com cuidados perioperatórios convencionais. Os estudos foram recuperados das bases de dados MEDLINE, EMBASE, LILACS e Cochrane Trials Register (CENTRAL) por meio de estratégia de busca com os termos apropriados. A análise estatística foi executada com o programa REVMAN 5. 0. 2. **RESULTADO:** Apenas um ensaio clínico aleatorizado controlado unicêntrico foi identificado. Houve redução significativa no tempo de hospitalização no grupo PMARP [10 (6 – 49)] em comparação com o grupo de cuidados convencionais [11 (8 – 45)]. Os valores indicam mediana e variação, em dias, $p = 0,01$. O risco relativo e o intervalo de confiança de 95% foram -1,00 (-1,79; -0,21), favorecendo o PMARP. Não houve diferença significativa na ocorrência de morbidades e mortalidade. **CONCLUSÃO:** A utilização de PMARP em cirurgias eletivas abertas de AAA reduz o tempo de internação hospitalar sem alteração na morbimortalidade. Há necessidade de realização de mais ensaios clínicos aleatórios e controlados para gerar qualquer grau de recomendação. **UNITERMOS** - Revisão sistemática; Recuperação acelerada após cirurgia; Cirurgia; Aneurisma de aorta abdominal. **REFERÊNCIA:** 1. Muehling B, Schelzig H, Steffen P, et al. : A prospective randomized trial comparing traditional and fast-track patient care in elective open infrarenal aneurysm repair. *World J Surg* 2009, 33(3):577-585. 2. Wilmore DW, Kehlet H: Management of patients in fast track surgery. *BMJ* 2001, 322(7284):473-476.

SÍNDROME DA ARTÉRIA ESPINHAL ANTERIOR APÓS CIRURGIA PARA CORREÇÃO DE COARCTAÇÃO DE AORTA

AUTORES:

Márcio Luiz Benevides, Helane Rodvalho Braga Sousa, Frederico Bastos de Araujo, Janny Karin de Almeida Bringsken, Rubens Jardim Nochi Junior.

INSTITUIÇÃO:

CET Cuiabá - HGU - UNIC

INTRODUÇÃO: A síndrome da artéria espinhal anterior (SAEA) é uma complicação causada por isquemia da medula espinhal (ME) tóraco-lombar, caracterizada pelo desenvolvimento súbito de paraplegia com preservação variável da propriocepção. Entre os fatores de risco estão procedimentos cirúrgicos envolvendo a aorta torácica, que podem reduzir significativamente o fluxo sanguíneo deste local. Relato do caso - Paciente feminino, 23 anos, ASA II, com proposta de correção cirúrgica de coarctação de aorta. Monitorizada com ECG, PAI, SpO₂, capnografia e temperatura. Linha venosa periférica 14G e central. Anestesia geral balanceada, sem intercorrências, mantendo estabilidade hemodinâmica durante a cirurgia (PAM entre 55 a 130mmHg). Procedimento feito interpondo tubo corrugado no segmento afetado, totalizando 86 minutos de clameamento de Aorta descendente. Extubada 2h após na UTI, quando foi verificada paraplegia de membros inferiores, com sensibilidade preservada, levantada hipótese de isquemia da ME. Iniciado corticoterapia, e procedido passagem de cateter epidural em espaço subaracnóideo para aferição da pressão e drenagem de líquido (LCR). Mantida PAM em torno de 90mmHg, pressão líquórica de 8 a 12mmHg e prescrito fisioterapia. Obteve alta para enfermaria no 19º PO e hospitalar no 33º PO mantendo a paraplegia. Ressonância magnética (RM) de coluna vertebral normal. Retorno ambulatorial em 14 dias pós alta, sem evoluções. **DISCUSSÃO:** A região tóraco-lombar da ME é irrigada em seus 2/3 anteriores pela Artéria Espinhal Anterior, o que torna essa região vulnerável. Aterosclerose, idade avançada e alterações anatômicas aumentam o risco de isquemia por alterações do fluxo sanguíneo devido hipotensão arterial sistêmica, local ou por lesões diretas da artéria, podendo levar a SAEA. A oclusão da aorta torácica reduz significativamente o fluxo sanguíneo distal, ocorrendo em até 11% isquemia da ME. Limitar o tempo de clameamento aórtico, manter circulação distal, drenar o LCR, hipotermia, manutenção da pressão arterial proximal, e uso de drogas redutoras do metabolismo medular, podem ajudar na proteção da ME em cirurgias de alto risco, assim como monitorização com potencial evocado. O diagnóstico da SAEA é clínico, tomografia computadorizada e RM são importantes para diagnóstico diferencial e localização da lesão. O prognóstico é incerto, podendo haver melhora motora, porém a maioria permanece com disfunção vesical. A SAEA é uma complicação grave, e não havendo consenso sobre as medidas de proteção medular, todas devem ser utilizadas para minimizar o aparecimento da síndrome em pacientes com fatores de risco. **REFERÊNCIA:** Ellis JE, Roizen MF, Mantha S, et al. Anestesia para cirurgia vascular. *Barash, Anestesiologia clínica, 4º Ed. Manole, 2004; 929-963.* Caetano Nigro Neto, Milton Patricio Chango Iza, Maria Angela Tardelli, *Revista Brasileira de Anestesiologia, Vol. 60, 2, 2010, 198-206.*

SÍNDROME DE CLAUDE BERNARD-HORNER TRANSITÓRIA APÓS TRAUMA PENETRANTE POR ARMA DE FOGO EM REGIÃO CERVICAL ANTERIOR ESQUERDA

AUTORES:

Rafael Mercante Linhares*, Marcos Ribeiro Machado, Thiago Elias Abreu, Sérgio Lerner, Alexandre de Souza Gurgel, Carla Oliveira Chicarino de Carvalho.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Municipal Miguel Couto

INTRODUÇÃO: As causas que levam a dissecação da artéria carótida interna podem ser múltiplas, sendo as mais frequentes as decorrentes de acidentes (choques, penetrações de corpos estranhos, compressões extrínsecas), em decorrência de alguns procedimentos médicos com manipulação cervical cirúrgica ou mesmo por punções. **RELATO DE CASO:** Paciente de 27 anos, sexo masculino, deu entrada na unidade de emergência com história de trauma penetrante por projétil de arma de fogo em região maxilar esquerda e deslocamento caudal até alojar-se em região cervical anterior ipsilateral. Realizado atendimento na sala de emergência e, após estabilização hemodinâmica inicial, foi encaminhado ao centro cirúrgico para abordagem da lesão cervical pelo edema local crescente. Iniciada a arteriografia, o paciente começou a apresentar anidrose facial e miose a esquerda, associado a taqui e bradiarritmias, percebidos pela equipe de anestesiologia, gerando uma suspeita de provável compressão extrínseca da artéria carótida interna esquerda pelo projétil. Solicitado, então, Ultrassonografia com Doppler que confirmou a lesão compressiva, compatível com a síndrome de Claude Bernard-Horner e indicada abordagem cirúrgica aberta. Após descompressão da carótida interna, os sintomas citados regrediram. **DISCUSSÃO:** A síndrome de Claude Bernard-Horner ocorre devido à interrupção da via simpática que pode ocorrer em qualquer nível desde o hipotálamo até os olhos. As manifestações clínicas são ptose palpebral, enftalmia, anidrose facial e miose. Esta síndrome apesar de rara, pode ocorrer na decorrência de alguns procedimentos comuns na prática anestesiológica, tais como punção venosa central de jugular interna, bloqueio de plexo braquial por via supraclavicular, bloqueio de plexo torácico e anestesia peridural. **REFERÊNCIA:** 1. Pertti K. Suominen, Anna Maija Korhonen, Sonia J. Vaida, Horner's syndrome secondary to internal jugular venous cannulation, *Journal of Clinical Anesthesia* (2008) 20, 304-306. 2. Cheple Roberto Abib, Luciano Alt, Angélica Mazzocatto, Roberto Trápaga Abib, Traumatic internal carotid artery dissection: case report, *Revista AMRIGS, Porto Alegre*, 47 (3): 202-205, jul. -set. 2003.

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO EM PACIENTE SUBMETIDA A EMBOLIZAÇÃO MECÂNICA DE TROMBOSE DE MEMBROS INFERIORES

AUTORES:

Cristiano Hiroshi Vieira Horiguchi, Adriano Bechara de Souza Hobaika, Gustavo Rodrigues Costa Lages, Renato Herbert Guimarães Silva, Claudia Leal Ferreira Horiguchi, Artur Palhares Neto.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Mater Dei.

INTRODUÇÃO: O tromboembolismo venoso (TEV) é responsável pela hospitalização de 250.000 americanos por ano e representa um risco significativo de morbidade e mortalidade. Em particular, a utilização de novas terapias avançadas para TEV aguda, incluindo a trombólise e terapias à base de cateter, permanece incerto. **RELATO DE CASO:** Trata-se de paciente de 29 anos com quadro de trombose ilíaco-femoral à esquerda confirmada por exame de doppler de membros inferiores. Foi tratada com heparina venosa contínua sem melhora. Não apresentou melhora clínica, sendo repetido doppler o qual mostrou aumento da trombose para veias ilíacas comum esquerda, poplítea, e safena magna. Encaminhada para a hemodinâmica para realização de trombectomia mecânica pelo método AngioJet. Obtido acesso venoso periférico com cateter tipo jelco 18, monitorizada com eletrocardiografia, oximetria de pulso, pressão não invasiva. Administrado 2 mg de midazolam e 50 mcg de fentanil. Posicionada em decúbito ventral e oferecido oxigênio por cateter nasal a 2l/min. Após início do procedimento, paciente evoluiu com taquipnéia, dessaturação com sat. de O₂ de 89% e bradicardia. Posicionada em decúbito dorsal, administrados 1 mg de atropina, 40 mg de rocurônio, 70 mg de propofol e realizada intubação orotraqueal. Obtido acesso venoso central e cateterizada artéria radial. Paciente encaminhada ao CTI com pressão arterial de 90 x 50 mmHg. Realizado ecodopplercardiograma que mostrou ventrículo direito muito aumentado com PSAP de 47 mmHg. Angio TC pulmonar mostrou tromboembolismo bilateral de grandes vasos. Administrado actilyse. Paciente evoluiu com melhora hemodinâmica e respiratórias progressivas, sendo extubada 3 dias após procedimento. Apresentou quadro de afasia e paresia à direita. Submetida a RM de encéfalo que mostrou áreas isquêmicas múltiplas bilaterais maior à esquerda, compatível com AVC isquêmico por embolia paradoxal. Paciente apresentou melhora progressiva com fisioterapia, mantendo apenas leve paresia à direita. **DISCUSSÃO:** A importância deste relato de caso é alertar sobre os riscos inerentes aos novos métodos de tratamento do TEV. Outra questão essencial é o diagnóstico e tratamento precoce do tromboembolismo pulmonar agudo, os quais foram de suma importância para a recuperação desta paciente. **REFERÊNCIA:** 1. Goldhaber SZ. Pulmonary embolism. *N Engl J Med*. 1998; 339: 93-104. 2. Goldhaber SZ, Visani L, De Rosa M. Acute pulmonary embolism: clinical outcomes in the International Cooperative Pulmonary Embolism Registry (ICOPER). *Lancet*. 1999; 353: 1386-1389.

USO DE MARCAPASSO TRANSVENOSO PARA A REDUÇÃO DO VOLUME SISTÓLICO NA IMPLANTAÇÃO DE ENDOPRÓTESE AÓRTICA, E SUAS COMPLICAÇÕES - RELATO DE CASO

AUTORES:

Lucas Cottini da Fonseca Passos, Daniel Abrahão Bernardo, Aline Ribeiro Campos, Diogo Pinto da Costa Viana, Alexandra Rezende Assad, Simone Soares Leite

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal do Rio de Janeiro.

INTRODUÇÃO: Os procedimentos endovasculares para correção de aneurismas aórticos proximais estão cada vez mais presentes em nosso meio. Existem algumas particularidades na anestesia, como a necessidade de se reduzir o volume sistólico no momento do ancoramento da endoprótese, evitando o deslocamento na direção do fluxo sanguíneo. A maioria das revisões da literatura indica a inserção de marcapasso transvenoso e indução de taquicardia ventricular (TV) como o método de eleição, apesar das possíveis complicações. SF, 83 anos, sexo masculino, branco, 61 Kg, 166 cm, portador de hipertensão arterial sistêmica, aneurisma de aorta abdominal corrigido por técnica endovascular, neoplasia de bexiga, hiperplasia prostática e insuficiência venosa crônica, foi diagnosticado com aneurisma de arco aórtico (assintomático). Capacidade funcional maior que 4 METS, sem fatores pré-operatórios impeditivos para a cirurgia. A proposta cirúrgica era a correção endovascular do aneurisma com endoprótese. Foi submetido ao Bypass carótida esquerda-carótida direita 4 dias antes do procedimento endovascular proposto (primeiro tempo da cirurgia), sem intercorrências. Foi monitorizado com ECG (DII e V5), oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva, analisador de gases, capnógrafo, e PiCCO (pressão arterial e termodiluição transpulmonar) na artéria femoral esquerda. A proposta anestésica foi: anestesia geral balanceada, indução com remifentanil (0, 2 a 0, 3 mcg/kg/min), etomidato (0, 2 mg/kg) e atracúrio (0, 5 mg/kg), e manutenção da anestesia com Isoflurano, remifentanil e atracúrio. Foram puncionadas a veia jugular interna direita (dupla punção - bainha do marcapasso e cateter duplo lúmen) e a artéria femoral esquerda (cateter do PiCCO). No momento da abertura da prótese foi realizada a indução de TV (FC 171 BPM), reduzindo o volume sistólico indexado de 31 para 15 ml/m². Apesar dessa manobra, houve deslocamento da porção distal da prótese para dentro do aneurisma, devido à pequena margem de espaço para o ancoramento. Outra endoprótese foi passada por dentro da primeira, na tentativa de deslocar a primeira para fora do saco aneurismático. O procedimento foi realizado com sucesso, porém, no final da cirurgia, o paciente apresentou uma instabilidade hemodinâmica súbita (índice cardíaco 0, 98 L/min/m²). Após tentativa de estabilização hemodinâmica com epinefrina, norepinefrina, reposição de eletrólitos, colóides e cristalóides, o paciente foi transportado para a unidade coronariana intubado. Foi realizado um ecocardiograma transtorácico, que evidenciou tamponamento cardíaco, e indicada a abordagem cirúrgica de emergência. Após a indução de hipotermia e instalação da circulação extracorpórea, houve regurgitação aórtica, dilatação do ventrículo esquerdo e infarto anterior extenso. Foi diagnosticada perfuração do ventrículo direito pelo cabo do marcapasso, e insuficiência aórtica por dilatação da raiz da aorta. Após diversas tentativas terapêuticas o paciente foi a óbito no intraoperatório.

Anestesia em Cirurgias Abdominais

ANESTESIA PARA CIRURGIA ROBÓTICA EM PACIENTE COM ACROMEGALIA: CONSIDERAÇÕES ANESTÉSICAS

AUTORES:

Luiz Carlos Torres Porpino, Rodrigo Otávio Lami Pereira, Ana Cristina Pinho Mendes Pereira, Paulo Sérgio Gomes Lavinas, Nathalia Rodrigues Sampaio.

INSTITUIÇÃO:

Instituto Nacional de Câncer - Rio de Janeiro/RJ

INTRODUÇÃO: O manejo anestésico em paciente acromegálico exige entendimento das modificações fisiológicas induzidas por essa doença. Além da evidente hipertrofia óssea e alteração da fisionomia, a acromegalia leva a hipertrofia de partes moles com alteração na via aérea e sobrecarga cardiovascular com aumento do trabalho cardíaco, surgimento precoce de hipertensão arterial e aumento de eventos coronarianos. Técnicas cirúrgicas minimamente invasivas como a cirurgia robótica trouxeram a necessidade de novas estratégias anestésicas. **RELATO DE CASO:** Paciente masculino, negro, 47 anos, 76 kg, 1,68m, cirurgia proposta ressecção anterior de reto por vídeo (robótica). Apresentava além da acromegalia, hipertensão arterial de difícil controle. Exames complementares normais, exceto pela dosagem de Cortisol: 14, 2mcg/dL, GH: 3, 59mcg/L; IGF1: 768 (90-360mcg/L). Na avaliação da via aérea, Mallampati II e macroglossia. Fazia uso de losartana furosemida, nifedipina, atenolol, clonidina e ocreotide. Monitorização básica e índice bispectral e função neuromuscular. Iniciados midazolam, dexmedetomidina, sulfato de magnésio e lidocaína. Indução: propofol, rocurônio e IOT com TOT #8, 0 e auxílio de lâmina articulada (Cormack III). Manutenção: lidocaína, rocurônio, adrenalina, dexmedetomidina e sulfato de magnésio. O paciente foi posicionado em Trendelenburg forçado com lateralização da mesa cirúrgica à esquerda, tempo cirúrgico de 8 horas. Ofertados 1.750mL de solução cristalóide e diurese de 445mL. Apesar de estável, em alguns momentos a monitorização era falha, e o posicionamento do robô impedia o acesso ao paciente. Ao fim da cirurgia, reversão do BNM com sugamadex 400mg e elevação do TOF para 93%, BIS: 86. Administrados dipirone 3g e ondansetrona 8mg ao final. Extubado e encaminhado à sala de recuperação pós-anestésica, de onde teve alta para enfermaria no dia seguinte. Evoluiu sem queixas algicas, referindo sede e dormência nos lábios, resolvidos em seguida. **DISCUSSÃO:** A cirurgia robótica traz desafios ao anestesio-logista, como posicionamento com grande angulação cefálica (trendelenburg > 45o), longo tempo cirúrgico e limitação de acesso ao paciente. O posicionamento com declive cefálico pode aumentar a pressão intracraniana a ponto de evoluir com edema cerebral e impossibilidade de extubação. Para evitar tal condição, restringiu-se a hidratação em 2, 8mL/Kg/h. Houve também dificuldade na adaptação do oxímetro digital dada a anatomia alterada pela doença, além de limitação em acessar um paciente devido ao posicionamento do robô. **REFERÊNCIA:** Khan ZH; Rasouli MR Intubation in patients with acromegaly: experience in more than 800 patients. Eur J Anaesthesiol; 26(4): 354-5, 2009 Apr. Rokkas T; Pistiolas D; Sechopoulos P; Margantinis G; Koukoulis G. Risk of colorectal neoplasm in patients with acromegaly: a meta-analysis. World J Gastroenterol; 14(22): 3484-9, 2008 Jun 14.

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL PERIOPERATÓRIO: RELATO DE CASO

AUTORES:

Marco Antônio Ribeiro de Almeida, Kalebe Alexandre Capuci, Estefania Campos Rafael, Flora Margarida Barra Bisinoto.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

INTRODUÇÃO: O acidente vascular cerebral (AVC) perioperatório é aquele que ocorre durante e até 30 dias após a cirurgia, e é raramente relatado em cirurgias não cardíacas e não neurológicas. **OBJETIVO:** Relatar o AVC em paciente submetido à cirurgia abdominal. **RELATO DE CASO:** Paciente feminina, 70 anos, com diagnóstico de neoplasia gástrica, hipertensão arterial, hipotireoidismo e depressão, programada para gastrectomia total. Apresentou-se orientada, consciente e estável sob o ponto de vista cardiorrespiratório. Foi classificada pela Cardiologia como baixo risco e ASA 2 pela Anestesiologia. Em uso de omeprazol, hidroclorotiazida, levotiroxina, nimodipina e fluoxetina. A indução anestésica foi realizada com midazolam (5 mg), fentanil (200 µg), lidocaína (80 mg), propofol (100 mg) e cisatracúrio (10 mg). Foi monitorizada com cardioscópio, oxímetro de pulso, pressão arterial não invasiva (PANI) e capnografia. A intubação foi orotraqueal sem intercorrências e a anestesia mantida com sevoflurano, cuja concentração expirada final não ultrapassou 1, 5%. A pressão arterial antes da indução a anestesia era 90 x 60 mmHg e, durante o procedimento, a paciente apresentou vários picos de hipotensão arterial, sendo que a pressão média obtida durante o procedimento foi de 50 mmHg, apesar da superficialização do plano anestésico, da utilização de doses fracionadas de vasopressores (etilefrina e efedrina) e reposição volêmica (ringer lactato), utilizados na tentativa de se obter níveis mais elevados de PANI. A cirurgia durou cinco horas e a paciente foi descubarizada. Apresentou respiração espontânea adequada, mas não respondia a estímulos verbais. Após a extubação, não havendo vaga na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), foi encaminhada para sala de recuperação pós-anestésica, com 9 na escala de Glasgow. Foi solicitada avaliação da Neurologia, que suspeitou de AVC isquêmico (AVEI). Foi realizada tomografia de crânio, que evidenciou um AVEI subagudo occipital esquerdo e cerebelar direito. O ultrassom de carótidas identificou placas calcificadas em 50 a 70% à direita, sendo encaminhada para a UTI com diagnóstico de AVEI intraoperatório, recebendo alta hospitalar após 23 dias, com déficit visual e motor. **DISCUSSÃO:** Embora o AVC perioperatório seja raro, é considerado uma complicação importante, e a hipotensão perioperatória associada à doença cerebrovascular da paciente pode ter sido um fator contribuinte. **REFERÊNCIA:** Newman S, Stygall J, Hirani S, et al: Postoperative cognitive dysfunction after noncardiac surgery. *Anesthesiology* 106:572-590, 2007.

ANESTESIA GERAL EM PACIENTE COM SÍNDROME DE COCOON - RELATO DE CASO

AUTORES:

Karen Raquel Barban, Mônica Braga da Cunha Gobbo, Mariana Marques dos Santos*, José Eduardo Bagnara Orosz, Edgar Yugue, André Angelo Cintra.

INSTITUIÇÃO:

CET do Hospital e Maternidade Celso Pierro.

INTRODUÇÃO: A síndrome de Cocoon, também chamada de peritonite encapsulante, é uma rara condição peritoneal caracterizada pelo envelopamento parcial ou completo do intestino delgado por uma grossa membrana fibrótica. Pode ser secundária a diálise peritoneal, cirrose ou ainda idiopática, sendo a última a forma mais comum de apresentação. O quadro clínico é variável e inespecífico. Os sintomas variam de anorexia, vômitos, desnutrição e até mesmo obstrução intestinal, a forma mais comum e mais grave de apresentação. O diagnóstico é dado através da laparotomia exploradora, na qual se observa o intestino delgado envolto por uma membrana, dando o aspecto de casulo - cocoon em inglês. **RELATO DE CASO:** Paciente AJP, 37 anos, pardo, IMC 19, 5, tabagista, ASA III por varizes esofágicas secundárias a hepatite alcoólica em acompanhamento ambulatorial com a equipe de cirurgia geral. Foi admitida no pronto socorro referindo fortes dores abdominais e parada da eliminação de gases. Paciente já havia apresentado episódio semelhante, quando foi diagnosticada a Síndrome de Cocoon. Indicada nova laparotomia exploradora. Paciente deu entrada na sala operatória consciente, orientado, desidratado +/4+, pressão arterial de 160 x 90, frequência cardíaca de 120, hemoglobina de 8, 9, hematócrito 26, 6, creatinina 0, 3, uréia 18, potássio 3, 6, sódio 135, RNI 1, 42 e 607000 plaquetas. Monitorização realizada com pressão arterial invasiva, pressão venosa central, sonda vesical de demora, temperatura esofágica, além de oximetria de pulso, eletrocardiograma e capnografia. Indução venosa após pré oxigenação em sequência rápida, sob manobra de Selick, com propofol, cisatracúrio e fentanil. Anestesia mantida com isoflurano. Realizada enterectomia com sangramento moderado. Foi transfundida uma bolsa de concentrado de hemáceas. Paciente não necessitou de drogas vasoativas e foi levado extubado para a unidade de terapia intensiva. **DISCUSSÃO:** O diagnóstico da Síndrome de Cocoon frequentemente é feito na urgência ou emergência cirúrgica, onde o paciente estará hemodinamicamente instável com quadro de desidratação, desnutrição, anemia e com distúrbio hidroeletrólítico. Podem estar presentes ainda outras patologias de base como insuficiência renal e hepatopatia como no caso relatado, sendo fundamental o anestesiológista estar alerta a estas podendo assim optar por uma anestesia segura. A monitorização intraoperatória deve ser abrangente e exames laboratoriais devem estar disponíveis visando o melhor controle hemodinâmico do paciente. **REFERÊNCIA:** Falcão, LFR, Ferez, DAVID. Anestesia em situações de urgência; Cangiani LM, Slullitel A, Potério GMB et al. Tratado de anestesiologia SAESP. 7. ed. São Paulo, Atheneu, 2011; 2134-2155. Yeniay, L et al. Abdominal cocoon syndrome as a rare cause of mechanical bowel obstruction: report of two cases, *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2011 Nov;17(6):557-60.

ANESTESIA PARA ABLAÇÃO PERCUTÂNEA POR RADIOFREQUÊNCIA DE ADENOMA FUNCIONANTE DE ADRENAL GUIADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

AUTORES:

Luiz Fernando Saldanha de Almeida*, Maria Angela Tardelli, Thiago Franchi Nunes, Suzan Menasce Goldman, Luiz Fernando dos Reis Falcão.

INSTITUIÇÃO:

Univ. Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina.

INTRODUÇÃO: Adenoma adrenocortical é a principal causa da síndrome de Cushing (SC) endógena e hiperaldosteronismo primário (HP). Procedimentos curativos minimamente invasivos, como ablação percutânea por radiofrequência guiada por tomografia computadorizada (CT-RFPA), têm substituído as ressecções tradicionais, com baixa morbimortalidade e menor tempo de internação e custo. As complicações estão relacionadas à manipulação da glândula adrenal e de tecidos próximos, como crise hipertensiva, pneumotórax e hematoma retroperitoneal, além do maior risco hemodinâmico. A literatura médica é escassa quanto ao manuseio anestésico na CT-RFPA de adrenal. Este estudo visa contribuir para esta lacuna do conhecimento. **MÉTODO:** Prontuários de 10 pacientes que realizaram CT-RFPA para adenomas adrenais funcionantes (9 HP, 1 SC) foram avaliados retrospectivamente em relação aos dados pré-operatórios, ao procedimento anestésico-cirúrgico e à ocorrência de complicações. Foram analisados os registros das pressões arteriais sistólica (PAS), diastólica (PAD) e média (PAM) e da frequência cardíaca (FC) em cinco momentos: entrada em sala (M1), após intubação traqueal (M2), durante ablação (M3), após ablação (M4) e pós-extubação (M5). **RESULTADO:** Todos apresentavam hipertensão arterial sistêmica no pré-operatório. Após monitorização obrigatória, todos receberam anestesia geral intravenosa ou balanceada, intubação orotraqueal, ventilação mecânica e foram posicionados em decúbito ventral. A ablação do adenoma de adrenal foi realizada via introdução de agulha 14G, 25 cm e aquecida a 60°C guiada por Tomografia Computadorizada. Não houve alteração da FC entre os períodos analisados. Ocorreu hipertensão sistólica e bradicardia reflexa durante o aquecimento da agulha em um paciente; foi tratado com atropina 0,5 mg. O teste t de Student demonstrou aumento significativo dos valores da PAS, PAD e PAM ($p < 0,05$) no momento M3 em relação a M2, com remissão após cessado o estímulo (M4), sem necessidade do uso de drogas vasoativas. As médias de PAS nos cinco momentos foram, respectivamente, de 137, 98, 132, 111 e 124 mmHg. Houve um caso de pneumotórax laminar, sem repercussões. A duração do procedimento variou de 45 a 160 minutos, com média de internação de 1,8 dias. **DISCUSSÃO:** A CT-RFPA pode gerar alterações hemodinâmicas importantes, sendo a anestesia geral com controle hemodinâmico rigoroso uma técnica segura. A proximidade da porção posterior do diafragma e sua movimentação durante a ventilação propicia o deslocamento da agulha a cada ciclo respiratório, o que dificulta seu posicionamento, contribuindo para a ocorrência de pneumotórax e lesão vascular. Considerando o tempo para o posicionamento da agulha, sugere-se ventilação mecânica com volume corrente e PEEP baixos para minimizar estes potenciais riscos. **REFERÊNCIA:** Lala MM, Brennan DD, Brook OR, et al. Efficacy of Radiofrequency Ablation in the Treatment of Small Functional Adrenal Neoplasms. *Radiology* 2011;258:308-16.

ANESTESIA PARA CIRURGIA ROBÓTICA ABDOMINAL DE GRANDE PORTE SEM OPIÓIDES

AUTORES:

Nathalia Rodrigues Sampaio, Walter Neiva Eulálio Neto, Ana Cristina Pinho Mendes Pereira, Paulo Sérgio Gomes Lavinhas, André Luiz Monteiro Lavinhas.

INSTITUIÇÃO:

Instituto Nacional do Câncer.

INTRODUÇÃO: O incremento dos avanços tecnológicos associados ao melhor entendimento da fisiopatologia dos tumores e a eficácia cada vez maior dos tratamentos adjuvantes e neoadjuvantes, permite que os resultados do tratamento oncológico sejam cada vez melhores, expressos pelo aumento da taxa de sobrevida e controle da doença. Nesse contexto, o surgimento de novas tecnologias, como a cirurgia robótica, contribuem de forma importante para o desfecho clínico tanto no intra quanto no pós-operatório. / Frente à constante incorporação dessas tecnologias e a melhoria dos resultados cirúrgicos no tratamento do câncer há necessidade de constante evolução na prática anestésica, objetivando não apenas o controle do paciente no intra-operatório mas também a potencialização dos benefícios oferecidos pela cirurgia minimamente invasiva, como menor incidência de dor e íleo. Cresce em importância, portanto, a utilização de estratégias capazes de reduzir a ocorrência de complicações clínicas e de melhorar a qualidade da recuperação pós-operatória. A anestesia sem opióides evita a ocorrência de efeitos adversos associados a esses fármacos e suas conseqüências. **RELATO DE CASO:** Feminino, 64anos, 95Kg, ASA II, candidata a ressecção abdomino-perineal de reto, com antecedente de HAS em tratamento regular e capacidade funcional superior a 4 METS. Realizada anestesia geral balanceada sem opióides, sob monitorização básica. Indução com lidocaína, propofol e rocuroônio, manutenção com sevoflurano e dexmedetomidina, lidocaína e rocuroônio, todos sob infusão contínua, além de sulfato de magnésio como adjuvante. A analgesia pós-operatória consistiu de dipirona regular e infusão de lidocaína 1% por 24 horas. A paciente permaneceu com EVA=0 nos primeiros dias de pós-operatório, sem quaisquer outros sintomas, tendo alta hospitalar no 4º dia de pós-operatório. **DISCUSSÃO:** O uso da cirurgia robótica está embasado em melhorias importantes na prática cirúrgica que refletem em resultados superiores quando comparados a outras técnicas. Nossa técnica anestésica no caso teve como base o não uso de opióides tanto para anestesia como para analgesia pós-operatória, utilizando lidocaína venosa e adjuvantes como dexmedetomidina e magnésio. O uso da referida dose de lidocaína venosa, possibilitou a proteção do paciente em relação às respostas autonômicas desencadeadas tanto pela laringoscopia como pelo trauma cirúrgico, e um ótimo controle da analgesia pós-operatória, possibilitando recuperação rápida e a alta precoce, poupando a paciente dos efeitos colaterais dos opióides. **REFERÊNCIA:** Davies B. A review of robotics in surgery. *Proc Inst Mech Engrs*; 2002, 214:129-40, Sumeet Goswami, Ervant Nishanian, Berend Mets: *Anesthesia for Robotic Surgery* Miller's Anesthesia 7th Ed, Philadelphia, Elsevier, 2010, 2389-2403. , Caso:p981-6.

BAROTRAUMA PULMONAR DURANTE EXTUBAÇÃO APÓS PROCEDIMENTO DE COLECISTECTOMIA: RELATO DE CASO

AUTORES:

Cibeli da Silva Ricardo, Antônio Henrique Magalhães Plinschke, Júlio Araújo da Silva Júnior, Adriana de Assis Sales*.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Municipal Salgado Filho.

INTRODUÇÃO: O pneumotórax é definido como a presença de ar livre na cavidade pleural com secundário colapso pulmonar. O objetivo deste relato é discutir um caso de barotrauma durante a extubação em uma paciente submetida à colecistectomia. **RELATO DE CASO:** Paciente feminina, 89 anos, 56 kg, hipertensa, tabagista de longa data, submetida à colecistectomia convencional devido à colangite. Indução em sequência rápida com propofol 100mg, fentanil 150µg e succinilcolina 80mg. Manutenção com sevoflurano/oxigênio e ventilação mecânica controlada modo PCV 22mmHg/Fio2 0, 5%/ Fr:13ipm, PEEP:4. Monitorizada com oxímetro de pulso, cardioscópio, capnógrafo e PA não-invasiva. O ato anestésico transcorreu sem qualquer anormalidade até o início dos procedimentos de despertar. Momentos após, a paciente apresentou “bucking” e foi notado aumento de volume abdominal, saída de ar pelo dreno abdominal a cada ciclo respiratório, hipotensão arterial, taquipnéia, redução do volume corrente, ausência de dessaturação ao oxímetro de pulso e abolição do murmúrio vesicular no hemitórax esquerdo com comprometimento da expansibilidade do mesmo lado. Neste momento, após a retirada dos campos cirúrgicos foi observado enfisema subcutâneo em hemitórax esquerdo que se estendia até a crista íliaca ipsilateral. Foi aguardada confirmação diagnóstica por meio da radiografia de tórax. Houve necessidade de punção torácica seguida de drenagem pulmonar definitiva em selo d’água com estabilização de quadro clínico. A equipe cirúrgica decidiu reabordar a cavidade abdominal para esclarecimento do pneumoperitônio. Na visualização direta foram observadas bolhas em toda a parede peritoneal e uma lesão diafragmática contida com uma bolha que oscilava durante a respiração. Optou-se por tratamento conservador. **DISCUSSÃO:** A detecção precoce de sinais como engurgitamento jugular, instabilidade hemodinâmica com hipotensão arterial injustificada pelo ato anestésico-cirúrgico, diminuição ou ausência de murmúrio vesicular, abafamento de bulhas cardíacas, hipertimpanismo torácico, aumento da pressão de via aérea e presença de enfisema subcutâneo, são fundamentais para o bom prognóstico. Vários fatores podem causar pneumotórax hipertensivo. Nos casos de pneumotórax por barotrauma, a drenagem dos pulmões afetados é sempre obrigatória, como no relato de caso. **REFERÊNCIA:** Ligth RW. Pneumothorax. In: Pleural diseases. 3rd ed. Baltimore: Williams and Wilkins. 1995: P. 242-77.

COMPARAÇÃO ENTRE DUAS ESTRATÉGIAS PARA REPOSIÇÃO VOLÊMICA PERIOPERATÓRIA EM CIRURGIAS GASTROINTESTINAIS: INFUSÃO CONTÍNUA VERSUS BOLUS

AUTORES:

Nara Yamane dos Santos*, Lais Helena Navarro e Lima, Rodrigo Moreira e Lima, Eduardo Batista de Souza, Walter Guimarães Meira Filho, Geraldo Rolim Rodrigues Júnior.

INSTITUIÇÃO:

Faculdade Medicina de Botucatu / Universidade Estadual Paulista - Unesp.

INTRODUÇÃO: Pacientes cirúrgicos perdem grande quantidade de fluidos no período perioperatório. Estudos demonstram que há relação entre aumento de morbimortalidade com hiper e hipovolemia perioperatória. O manejo padrão usado para a reposição volêmica intra-operatória é a infusão contínua intravenosa de fluidos. Esse estudo busca determinar como a infusão de fluidos em bolus guiada por alvo hemodinâmico específico, ao invés da infusão contínua, afeta a evolução perioperatória dos pacientes submetidos a cirurgias gastrointestinais. **MÉTODO:** Pacientes adultos, submetidos à cirurgia gastrointestinal de médio e grande porte, com duração maior que 2 horas, foram incluídos no estudo. Critérios de exclusão são doença renal pré-existente e hemoglobina menor que 11 g. dl-1. Pacientes foram randomizados em sequência no grupo controle (infusão endovenosa contínua de fluidos) ou no grupo experimental (infusão em bolus guiado por alvo hemodinâmico). delta-PP foi a variável hemodinâmica escolhida para guiar a reposição volêmica (quando delta PP fosse > 12%, bolus de fluidos era administrado na sequência: 2 bolus de 300 ml de cristalóide (Ringer lactato) para 1 bolus de 200 ml de colóide (Voluven®)). O intervalo de reavaliação do delta-PP foi de 5 minutos a cada nova infusão de fluidos. Os resultados principais do estudo foram volume infundido durante a cirurgia, tempo para a primeira evacuação, tempo para iniciar a alimentação e tempo para a alta hospitalar. Parâmetros adicionais foram avaliados durante a cirurgia, incluindo a quantidade e tipo de fluidos, derivados sanguíneos e diurese. Os valores com distribuição normal foram analisados usando o teste t de Student para comparar os grupos de infusão contínua versus o grupo da infusão em bolus. **RESULTADO:** Quarenta e sete pacientes foram incluídos. Os grupos foram homogêneos em relação às variáveis antropométricas. Não houve diferença significativa entre os grupos controle e bolus em relação ao dia da primeira evacuação pós-operatória (4, 5±2, 8 vs 4, 6±2, 9; p=0, 93) e à alta hospitalar (11, 1±5, 9 vs. 10, 8±5, 6; p=0, 86), respectivamente. No entanto, o volume administrado diminuiu significativamente no grupo bolus (3639±2552 ml) em comparação ao grupo controle (5030±2146 ml; p=0, 05). Houve diferença estatisticamente significativa também em relação à quantidade total de cristalóides administrados entre os grupos (2785±1696 ml; 3956±1506 ml; p=0, 02). **CONCLUSÃO:** Houve diminuição na quantidade de fluido administrado no grupo bolus, porém esta diferença não se refletiu nas variáveis clínicas estudadas. São necessários mais estudos para avaliar se os pacientes que recebem menor quantidade de fluidos no período intra-operatório terão benefícios, como redução dos riscos cirúrgicos associados com a sobrecarga volêmica. **REFERÊNCIA:** Corcoran T, Rhodes J, Clarke S, Myles PS, Ho KM. Perioperative fluid management strategies in major surgery: a stratified meta-analysis. *Anesth Analg* 2012; 114:640-51.

COMPORTAMENTO DA GLICOSIMETRIA CAPILAR EM RESPOSTA AO ESTRESSE ANESTÉSICO-CIRÚRGICO EM DIFERENTES TÉCNICAS ANESTÉSICAS. (II)

AUTORES:

Paulo Nicolau Ferreira Achê*, Eduardo D'Andrea Vargas, Flavio Fernandes, Pedro Candido Ismael.

INSTITUIÇÃO:

CET Hospital São Francisco de Ribeirão Preto SP.

INTRODUÇÃO: A hiperglicemia perioperatória é um aparecimento prejudicial comum no paciente cirúrgico geralmente com resultado de mobilização neuroendócrina em resposta ao estresse anestésico-cirúrgico. Comparamos três técnicas anestésicas sendo duas anestésias gerais e uma bloqueio subaracnóideo. **MATERIAIS E MÉTODO:** Sessenta pacientes (n=60) do sexo feminino e masculino foram submetidos a anestesia geral balanceada (grupo A, n=20), anestesia venosa total (grupo B n=20) e anestesia raquidiana (grupo C, n=20) para procedimentos anestésicos-cirúrgicos abdominais, ortopédicos e vasculares. Na sala cirúrgica foi realizada venopunção e instalação de SF(0, 9%) sedação com midazolam (0, 1mg/kg) e fentanil (3mcg/kg). Neste momento é realizada a monitorização não invasiva (Multiparâmetros, DX2010) registrando a pressão arterial (PAS, PAD e PAM), frequência cardíaca (FC), saturação de oxigênio (SpO2) e eletrocardiograma (5 derivações). Nos grupos A e B foi realizada indução anestésica com propofol (2, 0mg/kg) e bloqueio neuromuscular com cisatracúrio (0, 15mg/kg). Após ventilação com KT5 (FIO2100%), realiza-se a intubação orotraqueal com sonda apropriada (Portex 7 a 8) e se instala o sistema de ventilação com reinalação parcial (Mod. Takaoka Origami). No grupo A a manutenção foi com remifentanil (0, 05mcg/kg/min) e propofol (50 a 100 mcg/kg/min BI mod 780). A manutenção da anestesia no grupo B foi com sevoflurane (3% a 1%) e N2O:O2 (50%). O grupo C após sedação e monitorização foi realizada anestesia raquidea (AR) com agulha Whitacre nº27 e administrada bupivacaína pesada (15 a 20mg) associada a morfina espinal (80 a 100mcg). Em todos os grupos foi medido glicosimetria capilar no início, meio e final da cirurgia e registrados os tempos anestésicos. **RESULTADO:** tab 1. Parâmetros de anestesia em três técnicas anestésicas (A=AVT, B=AGB e C=AR) idade(anos), peso (kg), glicosimetria capilar inicial (GCI), meio(GCM), final (GCF), diferença final e inicial (DFI) e tempo anestésico: DFI-A= +6, DFI-B=+31 e DFI-C=-3. DISCUSSÃO. Os resultados nos mostram que não houve diferença entre os grupos A e C (t= 1, 58) porem havendo diferença com o grupo B. A DFI nos grupos mostra que na B aumenta muito enquanto que A e C não ocorre grande influência neuroendócrina, sendo que no grupo C houve até diminuição da glicosimetria. **REFERÊNCIA:** 1) Emergency care:2004;8(4):378 -2) Rev Med Minas Gerais 2010;20(4suppl 1):53-6.

CONDUTA ANESTÉSICA EM PACIENTE SUBMETIDA A QUIMIOTERAPIA HIPERTÉRMICA INTRAPERITONEAL TRANSOPERATÓRIA

AUTORES:

André Fernandes Silva, Leonardo Souza Patrocínio Pereira, Joaquim Belchior Silva, Estefânia Furtado Rocha, Gabriela Ferreira Duarte, Eliane Cristina de Souza Soares.

INSTITUIÇÃO:

Instituto Mario Penna - Hospital Luxemburgo.

INTRODUÇÃO: O pseudomixoma peritoneal é uma condição rara associada a neoplasias epiteliais de apêndice e ovário. Apesar de sua origem não estar completamente elucidada, sabe-se que pode ser secundário à perfuração de um cistoadenoma de ovário ou mucocelo apendicular. A citorredução cirúrgica associada à peritonectomia e quimioterapia hipertérmica intra-abdominal transoperatória (QIAHT) é o tratamento de escolha, com melhora de sobrevida e qualidade de vida dos pacientes. Este relato apresenta o caso de uma paciente portadora de pseudomixoma peritoneal submetida a peritonectomia e QIAHT. **RELATO DO CASO** - Mulher, 29 anos, ASA I, portadora de pseudomixoma peritoneal, submetida a ressecção tumoral há 3 anos. Evoluiu com recidiva da doença em peritônio, sendo indicada realização de peritonectomia com QIAHT. Monitorização inicial com ECG contínuo, oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva e venoclise periférica em MSE e MSD com cateter intravenoso 14G. Realizada anestesia peridural em espaço L1/L2 com 20mL de ropivacaína 0, 5% e morfina 4mg. Indução anestésica com remifentanil 0, 3 mcg/kg/min, propofol 2mg/kg e rocurônio 0, 6mg/kg. Intubação orotraqueal sem intercorrências (TOT 7, 5), sendo iniciada monitorização de capnografia, gases anestésicos, débito urinário e temperatura esofágica. Punção de acesso venoso central duplo lúmen 16/18G e artéria radial E, com monitorização de PVC e PIA. Manutenção anestésica com remifentanil 0, 15mcg/kg/min e sevoflurano 1 CAM, sendo iniciada coleta seriada de gasometria arterial, ionograma e eritrograma. Mantida hidratação vigorosa, com reposição de perdas sensíveis e insensíveis. Redução do hematócrito, alterações na coagulação e plaquetopenia foram corrigidos com administração de hemocomponentes. Cirurgia com duração de 11h, sendo a paciente encaminhada à UTI intubada e em ventilação controlada. Evoluiu com síndrome de resposta inflamatória sistêmica, acidose e oligúria, com boa recuperação. Recebeu alta em boas condições no 20º DPO. **DISCUSSÃO:** A cirurgia citorredução com QIAHT tem apresentado resultados positivos para pacientes portadores de pseudomixoma peritoneal. Trata-se de um procedimento cirúrgico complexo e de grande porte, que pode cursar com perdas importantes para o terceiro espaço, acidose e desequilíbrios hidroeletrólíticos. O manejo anestésico pode ser desafiador pelas perdas sanguínea e proteica significativas, além do aumento na pressão intra-abdominal, hipertermia sistêmica e aumento da taxa metabólica. Os principais objetivos no acompanhamento anestésico envolvem a manutenção de normotermia, normovolemia, estado de coagulação e controle da dor pós-operatória. **REFERÊNCIA:** Rothfield KP, Crowley K. Anesthesia considerations during cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy. Surg Oncol Clin N Am. 2012;21(4):533-41/Raspe C, Piso P, Wiesenack C, Bucher M. Anesthetic management in patients undergoing hyperthermic chemotherapy. Curr Opin Anaesthesiol. 2012;25(3):348-55.

FATORES DE RISCO PARA NECESSIDADE DE UTI PÓS-OPERATÓRIA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS SUBMETIDOS À CIRURGIA ABDOMINAL ELETIVA

AUTORES:

Maria José Carvalho Carmona, Lie Tamaoki, Ana Laura Colle Kauling, Claudia Marquez Simões*, Ludhmila Abrahão Hajjar, Celso Tutya.

INSTITUIÇÃO:

Instituto do Câncer do Estado de São Paulo - FMUSP.

INTRODUÇÃO: Os pacientes oncológicos frequentemente apresentam complicações graves após cirurgia abdominal. No entanto, existem poucos dados sobre fatores preditores de morbidade e mortalidade neste grupo. Associado a isto devemos levar em conta a escassez de leitos de terapia intensiva. O objetivo deste estudo foi identificar fatores preditores de necessidade de UTI pós-operatória em cirurgia abdominal. **MÉTODO:** Avaliamos 308 pacientes submetidos a cirurgias abdominais durante 30 dias. Foram avaliados o tempo de internação e internação em unidade de terapia intensiva (UTI), preditores de necessidade de UTI na população estudada. Análise univariada e multivariada foi utilizada para identificar os preditores independentes de risco nesta população. **RESULTADO:** De 308 pacientes, 106 pacientes (34, 4%) desenvolveram complicações graves durante o acompanhamento. Quanto à necessidade de suporte intensivo pós operatório a análise univariada apontou as variáveis a serem incluídas na análise. Foram identificados como preditores de necessidade de suporte intensivo pós operatório a presença de insuficiência cardíaca (OR 12, 49; IC95% 3, 10 – 50, 32, $p < 0, 0001$), doença renal crônica (OR 2, 28; IC95% 1, 05 – 4, 93; $p = 0, 036$), antecedente de infarto miocárdico (OR 15, 05; IC95% 2, 03 – 111, 86; $p = 0, 036$), doença metastática (OR 2, 67; IC95% 1, 10 – 6, 50; $p = 0, 03$), alterações no eletrocardiograma (OR 3, 01; IC95% 1, 38 – 6, 57; $p = 0, 006$), choque intraoperatório configurado pela necessidade do uso de vasopressor contínuo (OR 8, 80; IC95% 0, 79 – 97, 70, $p = 0, 076$) e volume total administrado no intra-operatório (OR 2, 68; IC95% 2, 07 – 3, 48; $p < 0, 0001$). A curva ROC identificou uma área sobre a curva de 0, 899 (IC95% 0, 864 – 0, 935, $p < 0, 0001$). **DISCUSSÃO:** Nosso estudo demonstrou como preditores independentes de risco para necessidade de suporte intensivo a presença de infarto agudo do miocárdio prévio, insuficiência cardíaca pré-operatória, eletrocardiograma pré-operatório alterado, uso de vasopressores no intra-operatório, volume total administrado no intraoperatório, doença metastática e doença renal crônica. Pode-se destacar as alterações cardiovasculares pré-operatórias como os principais fatores de risco para necessidade de suporte intensivo pós operatório na população estudada. A identificação destes fatores permite uma melhor caracterização da população e pode auxiliar na logística de planejamento das admissões cirúrgicas eletivas, quanto à alocação de pacientes em áreas críticas. O ICESP já vem trabalhando neste sentido desde o início das atividades do centro cirúrgico com a criação do gerenciamento de leitos. No entanto ainda faltam critérios objetivos para orientar a reserva de leitos intensivos para o pós operatório. A identificação dos fatores de risco independentes, principalmente dos fatores pré-operatórios, pode auxiliar ainda mais esta dinâmica, para alocação de recursos. **REFERÊNCIA:** 1. Br J Surg 2001;88:1006-14. 2. Cancer 1994;74:2366-73.

GABAPENTINA POR VIA ORAL COMO ADJUVANTE DA RAQUIANESTESIA PARA COLECISTECTOMIA POR VIA CONVENCIONAL

AUTORES:

Josenilia Maria Alves Gomes, Francisco Naeff Oliveira Alves Souza, Roger Benevides Montenegro, Cláudia Regina Fernandes, Cira Queiroz da Cunha*, Mara Aparecida de Oliveira Maricato.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Universitário Walter Cantídio - Universidade Federal do Ceará.

INTRODUÇÃO: O manejo anestésico para colecistectomia convencional pode ser realizado utilizando-se das técnicas de anestesia geral, bloqueio do neuroeixo ou associação de ambas. Quando se toma por opção o bloqueio no neuroeixo depara-se com alguns desafios: qualidade do bloqueio, sedação no intra-operatório e controle da dor pós-operatória. A combinação de fármacos de diferentes classes e com mecanismos de ação variados permite diminuir a dose total de cada medicamento e visa obter analgesia de qualidade com redução de efeitos adversos. A Gabapentina, com sua ação anti-hiperálgica e mecanismo diferente dos fármacos classicamente utilizados, vem se consolidando como alternativa. O objetivo foi avaliar os efeitos da utilização de gabapentina por via oral como adjuvante do bloqueio subaracnóideo com bupivacaína e sufentanil para colecistectomia convencional, enfocando os seguintes aspectos: nível do bloqueio; necessidade de sedação no intra-operatório; dor pós-operatória em repouso e durante a movimentação e consumo de morfina. **MÉTODO:** Estudo prospectivo, aleatoriamente distribuído e duplamente encoberto. Critérios de inclusão: pacientes ASA I -II, 20 a 60 anos. Critérios de exclusão: doença neurológica ou psiquiátrica, uso de opióides ou anticonvulsivantes. Distribuição em dois grupos: um com administração de placebo e outro com administração de gabapentina 600mg via oral 1 hora antes da cirurgia. Técnica anestésica: raquianestesia com bupivacaína 20mg e sufentanil 5mcg. Foram avaliados no intra-operatório, nível de bloqueio, grau de sedação e tempo cirúrgico; no pós-operatório (tempos 6 e 24 horas) avaliador intensidade da dor mediante Escala Visual Analógica (EVA), nas condições em repouso, respiração profunda e tosse. Os dados analisados no programa estatístico Prisma Grafpad 6. 0; utilizado teste T não pareado e Qui-quadrado. **RESULTADO:** Estudados 28 pacientes do grupo gabapentina e 31 pacientes do grupo controle. Não houve diferença significativa entre os dois grupos no que consiste a idade, sexo, tempo cirúrgico, nível de bloqueio, necessidade de sedação intra-operatória ($P > 0, 05$). Quanto a presença de dor mediante EVA nos tempos de 6h e 24hs, não houve diferença entre os grupos em relação a intensidade da dor em repouso ou em movimento no momentos estudados ($P > 0, 05$), no entanto, o consumo de morfina nas 24hs pós-operatórias foi significativamente menor no grupo gabapentina ($P = 0, 01$). **CONCLUSÃO:** Não foi observado diferenças clinicamente importantes com relação à dor, mediante EAV, em ambos os grupos, embora no grupo placebo houve maior consumo de morfina. **REFERÊNCIA:** Clivatti J, Sakata RK, Issy AM. Revisão sobre o Uso de Gabapentina para Controle da Dor Pós-Operatória. Rev Bras Anestesiol. 2009;59:87-98. Ramos GC, Pereira E, Gabriel Neto S et al. Influência da Morfina Peridural na Função Pulmonar de Pacientes Submetidos à Colecistectomia Aberta. Rev Bras Anestesiol. 2007; 57: 366-381.

IMPACTO DA SATURAÇÃO VENOSA CENTRAL DE OXIGÊNIO E DA ALBUMINA SÉRICA PRÉ-OPERATÓRIAS NA MORBIMORTALIDADE EM CIRURGIAS ONCOLÓGICAS ABDOMINAIS

AUTORES:

Mário de Nazareth Chaves Fascio, Bruno Mendes Carmona, Hugo Hidaka Bouhosa, Andria Melissa Oliveira Bardier, Giselle Acácia de Cristo Canto, André Varela Guimarães.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Ophir Loyola.

INTRODUÇÃO: Estima-se que 234 milhões de grandes cirurgias são realizadas no mundo anualmente. Portanto, torna-se fundamental e de extrema importância a existência de dados preditivos de risco para morbimortalidade. Este estudo objetiva avaliar o impacto das dosagens séricas de albumina e da saturação venosa central de oxigênio pré-operatórias na morbimortalidade em cirurgias oncológicas abdominais. **MÉTODO:** Após autorização pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Ophir Loyola, foi realizado um estudo clínico, prospectivo e observacional de 47 pacientes maiores de 18 anos, estado físico ASA I e II, submetidos à cirurgia oncológica abdominal curativa de janeiro a agosto de 2012. Valores pré-operatórios de albumina sérica e saturação venosa central de oxigênio foram correlacionados com a morbimortalidade. **RESULTADO:** Nos pacientes analisados, a mortalidade perioperatória observada foi de 23, 4%. A albumina sérica baixa no pré-operatório relacionou-se a maior mortalidade no pós-operatório, maior necessidade de hemotransfusão no intra-operatório e piores valores do escore Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II (APACHE II), após admissão em UTI. A saturação venosa central de O₂ baixa, somente teve relação com a maior necessidade de hemotransfusão durante as cirurgias. Tanto a albuminemia como a SvCO₂ não apresentaram relação com o tempo de internação em UTI no pós-operatório. **CONCLUSÃO:** Valores baixos de albumina sérica no pré-operatório relacionam-se à maior mortalidade no pós-operatório, aumento de hemotransfusões no intra-operatório e a piores pontos no escore APACHE II. Por sua vez, baixo SvCO₂, indica maior necessidade de hemotransfusão durante as cirurgias. **REFERÊNCIA:** 01) Amendola CP, Almeida SLS, Horta VM, Sousa É, Gusmão CAB, Sousa JMA, et al. A doença oncológica não deve ser um fator limitante para admissão na UTI de pacientes submetidos a cirurgias de alto risco. Rev Bras Ter Intensiva. 2006;18(3):251-5. 02) Machado FR, Carvalho RBd, Freitas FvGR, Sanches LC, Jackiu M, Mazza BF, et al. Saturação venosa central de oxigênio no choque séptico: existe diferença clinicamente relevante? Rev Bras Ter Intensiva. 2008;20(4):398-404.

RABDOMIOLISE X CIRURGIA BARIÁTRICA: UM OLHAR DA ANESTESIOLOGIA

AUTORES:

Rogério Augusto de Queiroz, Mônica Calil Borges Ferreira*, Ana Paula Garcia Paiva, Ana Paula Soares, Fernanda Montesi Pereira, Fernando Lima Coutinho.

INSTITUIÇÃO:

GET HU/UFJF - HOSPITAL SANTA THEREZINHA/SUPREMA.

INTRODUÇÃO: A obesidade se tornou um problema de saúde mundial de caráter epidêmico, o que fez da cirurgia bariátrica uma prática comum. Assim como aumentaram os números deste procedimento, numerosas complicações também começaram a ser relatadas. O objetivo deste relato foi apresentar um caso de síndrome compartimental glútea que evoluiu para insuficiência renal aguda após cirurgia bariátrica e discutir os cuidados no manejo desta complicação. **RELATO DE CASO:** Paciente masculino, 51 anos, 177 kg, 1, 87 m de altura (IMC 50, 6), hipertenso, em uso contínuo de enalapril, hidroclorotiazida, sertralina e omeprazol, submetido à cirurgia de gastroplastia com derivação intestinal. Exames pré-operatórios mostravam ao ECG, distúrbio de repolarização; ao ecocardiograma, disfunção diastólica de ventrículo esquerdo (VE) e hipertrofia de VE; pela pneumologia, distúrbio ventilatório restritivo leve; a endoscopia digestiva, gastrite enantematosa leve de antro. Exames laboratoriais dentro da normalidade. Ato anestésico-cirúrgico realizado sem intercorrências, com duração de 6 horas, hidratação de 6 litros de cristalóides e 500 ml de colóides, e diurese ao final de 300 ml. Paciente ao ser encaminhado ao centro de terapia intensiva (CTI) queixou-se de dor em região de nádegas. Os exames de admissão no CTI mostravam acidose metabólica (pH 7, 22; PO₂ 86; PCO₂ 46; HCO₃ 18, 8; BE -9; SaO₂ 94%), aumento da creatinina (1, 6), eletrólitos normais, série vermelha normal e leucocitose (27400, com 93% de segmentados); apresentando-se oligúrico. Devido à piora do quadro clínico e laboratorial, necessitou ser entubado no segundo dia de pós-operatório, em que, se tratando de uma via aérea difícil, para este procedimento foi chamado o anestesista. Creatinofosfoquinase (CPK) dosada neste mesmo dia com valor de 2340 U/l, dobrando de valor em uma segunda dosagem, acompanhada de aumento do potássio (6, 4 mEq/l), acidose (pH 7, 27; PO₂ 78; PCO₂ 38; HCO₃ 17, 4; BE -8, 8; SaO₂ 93%) e creatinina elevada (4, 8), sendo diagnosticado rabdomiólise. Evoluiu com insuficiência renal aguda anúrica, instabilidade hemodinâmica sendo iniciado drogas vasoativas, antibioticoterapia de largo espectro (vancomicina e meropenem), mantendo-se com parâmetros ventilatórios elevados. Óbito no sexto dia de pós-operatório. **CONCLUSÃO:** O anestesista se vê em uma situação desafiadora frente as complicações enfrentadas no manejo do paciente obeso mórbido devido à possível via aérea difícil, nas dificuldades anatômicas a fim de acessar um acesso central, na dificuldade na mobilização do paciente, na acomodação em instalações radiológicas, na interpretação das imagens e na baixa sensibilidade dos exames laboratoriais nas primeiras horas. Antes de uma cirurgia bariátrica é fundamental a seleção criteriosa do paciente. **REFERÊNCIAS:** Brzowska MM, Sainsbury A, Eisman JA, Baldock PA. Bariatric surgery, bone loss, obesity and possible mechanisms. Obesity reviews, 2012

RAQUIANESTESIA UNILATERAL PARA HERNIORRAFIA INGUINAL

AUTORES:

Thaís Bezerra Ventura*, Luiz Eduardo Imbelloni, Gualter Lisboa Ramalho.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Municipal Santa Isabel - vinculado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

INTRODUÇÃO: A raquianestesia unilateral proporciona aos pacientes maior satisfação (1), menor incidência de hipotensão arterial e rápida reversão do bloqueio motor (2). É utilizada com maior frequência em procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, sobretudo ortopédicos de um único membro e não há estudos dessa técnica em cirurgias de hérnias. Esta pesquisa objetivou comprovar tais benefícios em pacientes alocados para cirurgia de hérnia inguinal unilateral.

METODOLOGIA: Estudo prospectivo com 14 pacientes de idade acima de 20 anos, ASA I-II, submetidos à raquianestesia unilateral com agulha cortante 26G em L2-L3 ou L3-L4 e injeção lenta de 5mg de bupivacaína hiperbárica + 0, 08 mg de morfina, permanecendo em decúbito lateral por 15 minutos. O nível do bloqueio foi aferido logo após a injeção em ambos os lados, 10 e 15 minutos, bem como ao final do procedimento, da mesma forma que o bloqueio motor. Foi avaliado a incidência de unilateralidade. Houve registro contínuo do ECG e da saturação de oxigênio. A pressão arterial e frequência cardíaca, foram avaliadas a cada 5 minutos. No dia seguinte ao procedimento pesquisou-se a ocorrência de prurido, náuseas, retenção urinária, insuficiência respiratória e a satisfação do cliente. **RESULTADO:** A média de idade foi 57, 7 anos; a média de peso, 64, 8 kg e a média de altura, 1, 63 m. Houve apenas uma representante do sexo feminino. Oito pacientes eram ASA I e seis, ASA II. A unilateralidade foi conseguida em todas as anestésias. Em 13 casos o nível superior da analgesia foi fixado aos 10 minutos; em um, apenas aos 15 minutos. Ao final do procedimento, o nível do bloqueio permaneceu o mesmo que o verificado aos 15 minutos. Ocorreu bloqueio motor completo em 13 anestésias e em uma, Bromage 2. O nível de bloqueio sensitivo ficou em: T4=1, T6=3, T8=4, T10=5 e T11=1, sendo a Moda=T10. Não houve casos de hipotensão e bradicardia. Registrou-se 2 casos de prurido, 5 casos de retenção urinária e 3 ocorrências de náuseas. A satisfação foi observada em todos os pacientes com a técnica. Não houve insuficiência respiratória e todos os pacientes receberam alta em 24h após o procedimento. **CONCLUSÃO:** Raquianestesia unilateral é uma boa técnica a ser realizada em pacientes submetidos à herniorrafia inguinal unilateral. **REFERÊNCIA:** 1. Imbelloni LE, Beato L, Gouveia MA. Raquianestesia unilateral com bupivacaína hipobárica. Revista Brasileira de Anestesiologia. 2002;52:542-8. 2. Casati A, Fanelli G, Aldegheri G, Colnaghi E, Casaletti E, Cedrati V, et al. Frequency of hypotension during conventional or asymmetric hyperbaric spinal block. Regional Anesthesia and Pain Medicine. 1999 5//;24(3):214-9.

USO DA DEXMEDETOMIDINA COMO ADJUVANTE EM ANESTESIA GERAL. RELATO DE CASO

AUTORES:

Juliana Vasconcelos Martins, Carlos Antônio Barbosa de Carvalho*, Armando Vieira de Almeida, Édina Rodrigues Teruya, João Maximiano Pierin Barros, Werner Alfred Gemperli.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Regional Rosa Pedrossian de Mato Grosso do Sul.

INTRODUÇÃO: A Dexmedetomidina é um agonista alfa-2-adrenérgico superseletivo com importante ação sedativa e analgésica. Tem uso abrangente como medicação pré-anestésica, adjuvante da anestesia geral ou regional. Por apresentar ação no sistema nervoso central (SNC) têm a propriedade de reduzir a necessidade de drogas anestésicas. O objetivo desse relato é mostrar o uso da Dexmedetomidina como adjuvante na anestesia geral diminuindo a dose das demais drogas anestésicas em paciente idosa submetida a procedimento de grande porte. Relato do Caso: paciente feminina, 69 anos, 70 kg, hipertensa, diabética, renal crônica dialítica e com diagnóstico de neoplasia periampular. Foi admitida no centro cirúrgico para realização de derivação Bilio-digestiva em caráter eletivo. Na sala operatória ela apresentava-se em REG, consciente e contactante, hipocorada, hidratada, eupneica e ictérica; PANI: 130x70mmHg; FC: 62bpm; SpO2: 97% em ar ambiente. A monitorização intraoperatória constou de oxímetro de pulso, cardioscópio, pressão arterial não invasiva, capnógrafo e índice bispectral. Foi então iniciada indução anestésica com Dexmedetomidina, em infusão contínua, com dose de ataque de 1 mcg/kg durante 10 minutos. A seguir foi administrado Fentanil 150 mcg, Lidocaína 60 mg, Propofol 50 mg e Rocurônio 50 mg. Foi feita manutenção anestésica com óxido nitroso a 66% e oxigênio a 33%, Sevoflurano inicialmente a 2%, sendo progressivamente reduzido a 1 %, a seguir a 0, 5 %, chegando a 0, 2 % em 220 minutos de procedimento e Dexmedetomidina em infusão contínua de 1mcg/kg/h. A cirurgia teve duração de 330 minutos, transcorreu sem intercorrências e a paciente manteve-se estável todo o período. O índice bispectral foi mantido nas faixas entre 40-60. Não foi realizado doses suplementares de opióides, nem de bloqueador neuromuscular no transoperatório. A paciente foi extubada em 20 minutos após o término do procedimento. Estava consciente, obedecendo a comandos simples, em ventilação espontânea, sendo encaminhada à SRPA. **CONCLUSÃO:** A Dexmedetomidina potencializa a ação dos anestésicos e diminui substancialmente a concentração alveolar mínima (CAM) dos inalatórios halogenados. No caso exposto, essa droga foi administrada em infusão contínua e foi observada tanto na indução quanto na manutenção anestésica a diminuição da necessidade das demais drogas. Desse modo, mesmo se tratando de um procedimento com duração longa, não houve a necessidade de doses suplementares de opióides nem de bloqueador neuromuscular e menos de meia CAM do halogenado foi suficiente para manutenção anestésica. Isso se torna de grande valor visto que doses reduzidas de cada componente reduzem os riscos dos efeitos adversos pertinentes a cada droga. **REFERÊNCIA:** Villela NR, Nascimento Júnior P. Uso de Dexmedetomidina em Anestesiologia. Rev Bras Anesthesiol. 2003;53:97-113. Bagatini A, Gomes CB, Masella MZ, et al. Dexmedetomidina: Farmacologia e Uso Clínico. Rev Bras Anesthesiol. 2002;52:606-17.

USO DA TROMBOELASTOMETRIA ROTACIONAL (ROTEM) EM CIRURGIA DE CITORREDUÇÃO ONCOLÓGICA ABDOMINAL COM QUIMIOTERAPIA HIPERTÉRMICA INTRAPERITONEAL – RELATO DE CASO

AUTORES:

Filipe Novais Matos, Rodrigo Leal, Diogo Bahia, Macius Pontes, Luiz Alberto Vicente, Daniel Regis D'Albuquerque.

INSTITUIÇÃO:

Hospital São Rafael.

INTRODUÇÃO: Grandes cirurgias oncológicas apresentam um potencial de sangramento significativo no perioperatório. Destacam-se com fatores de risco, as ressecções de múltiplos órgãos acometidos por doença metastática e a realização de peritonectomia extensa. A adição de quimioterapia hipertérmica intraperitoneal aumenta esse risco podendo levar a sangramentos de difícil controle com repercussões consequentes. A utilização da tromboelastometria rotacional para monitorização da coagulação no perioperatório tem demonstrado uma redução significativa do uso de hemoderivados com melhor controle do sangramento em diversos tipos de procedimentos cirúrgicos. Esse relato descreve o caso de uma paciente de 41 anos, ASA II, com adenocarcinoma de ovário com metástases disseminadas para cavidade abdominal e histórico de quimioterapia pré-operatória. A citorredução cirúrgica compreendeu ooforectomia bilateral, colecistectomia, ressecção parcial de mesocólon e mesodelgado, ressecção parcial de diafragma e peritonectomia parietal seguida por quimioterapia hipertérmica com cisplatina A a 42° C por noventa minutos. O procedimento teve duração total de 12 horas sob anestesia geral balanceada. Cateter de artéria pulmonar para controle e monitorização hemodinâmica além de termômetros esofágico e intra-abdominal foram utilizados no intraoperatório. A perda sanguínea estimada foi de 1500 ml; a paciente recebeu 8L de solução Ringer Lactato, 2L de Ringer Lactato com albumina a 4% e 3, 5L de soro fisiológico. A diurese foi de 4500 ml. O exame ROTEM evidenciou redução da amplitude do coágulo (MCF) do FIBTEM (formação de fibrina) com parâmetros do EXTEM (via extrínseca) normais. A paciente recebeu 04 unidades de hemácias e 10 unidades de crioprecipitado, com normalização dos parâmetros do ROTEM e controle do sangramento de área cruenta. O exame de tromboelastometria rotacional permitiu uma utilização racional e direcionada de hemocomponentes necessários para a restituição da hemostasia com possível redução dos riscos associados. **REFERÊNCIA:** Early and long-term postoperative management following cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy - World Journal of Gastrointestinal Oncology 2010 January 15; 2(1): 36-43 - Dario Baratti, Shigeki Kusamura, Barbara Laterza, Maria Rosaria Balestra, Marcello Deraco.

Anestesia em Geriatria

DEXMEDETOMIDINA E RAQUIANESTESIA CONTÍNUA EM IDOSO COM AGITAÇÃO E DISTÚRBO RESPIRATÓRIO

AUTORES:

Lindemberg Moreno Alencar Arrais, Armando Vieira de Almeida, Carlos Antônio Barbosa de Carvalho*, João Maximiano Pierin Barros, Édina Rodrigues Teruya, Werner Alfred Gemperli.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Regional Rosa Pedrossian de Mato Grosso do Sul.

INTRODUÇÃO: Complicações respiratórias causam cerca de 40% dos óbitos em idosos durante atos anestésico-cirúrgicos. O tipo de anestesia influencia diretamente nestes valores. Relato do Caso - O. O. S. , masc. , 77 anos, 70 kg, com hérnia inguinal encarcerada. Desorientado, agitado, não colaborativo, com desidratação leve, taquipnéia, tórax em tonel, respiração abdominal, MV reduzidos difusamente e estertores crepitantes bilaterais. SpO₂=89% em ar ambiente. PA 130x80mmHg e FC=82bpm. Após avaliação clínica e radiológica, foi diagnosticado também com DPOC descompensada por pneumonia bacteriana. Monitorizado (ECG, oxímetro, PNI e BIS), venoclise em MSE. Foi sedado com dexmedetomidina(1µg/kg em 10min e manutenção=1, 5µg/kg/h). Atingiu grau de sedação 4 (Ramsey), foi colocado em decúbito lateral direito e puncionado o espaço subaracnóideo, nível de L3-L4, com agulha Tuohy 18G, verificado refluxo de LCR e introduzido cateter. Foram administrados 4mg de bupivacaína hiperbárica (0, 5%) e 5µg de sufentanil, sem necessidade de doses subsequentes. Foi também medicado com dipirona (2g) e ondansetrona (8mg). Durante a cirurgia que durou 70 min, permaneceu no mesmo nível de sedação inicial, com ventilação espontânea, SpO₂=97% com cateter de O₂ (2L/min), estabilidade cardiovascular, sem uso de vasopressores e BIS em torno de 50. No pós-operatório (PO) evoluiu sem dor e com estabilidade hemodinâmica, seguindo seu tratamento clínico pulmonar. **DISCUSSÃO:** A anestesia em idosos possui particularidades relacionadas à senescência e ao maior número de co-morbidades, devendo ser a menos intervencionista possível. Neste caso o bloqueio neuroaxial foi benéfico pelo menor comprometimento da função respiratória pós-operatória, em relação à anestesia geral, e promoveu analgesia pós-operatória com mínima sedação. A raquianestesia contínua reduz a resposta endócrino-metabólica, com baixas doses de anestésicos locais, evitando uma sobrecarga cardiorrespiratória que poderia ser deletéria. A técnica de sedação com dexmedetomidina, uma droga -2-agonista com propriedades analgésicas, amnésicas e simpaticolíticas, possibilitou que o ato anestésico-cirúrgico fosse realizado com colaboração do paciente e conforto ao mesmo, sem necessidade de outros sedativos ou opióides, e assim não causou depressão na ventilação, que já estava comprometida. Portanto o relato deste caso demonstra a associação de técnicas de bloqueio e sedação que conseguiram manter estabilidade hemodinâmica e respiratória, sendo benéficas ao paciente e modificando positivamente seu prognóstico no PO imediato. **REFERÊNCIA:** 1-Fernandes CR, Ruiz Neto PP. O sistema respiratório e o idoso: implicações anestésicas. Rev Bras Anesthesiol. 2002;52:461-470. 2-Afonso J, Reis F. Dexmedetomidine: Current Role in Anesthesia and Intensive Care. Rev Bras Anesthesiol. 2012;62:118-133.

EFICÁCIA DA SEDAÇÃO COM DEXMEDETOMIDINA EM PACIENTES IDOSOS NO INTRAOPERATÓRIO

AUTORES:

João Manoel Silva Junior, Bárbara Wildeisen de Oliveira, Fernando Augusto Mendes Nogueira, Tatiane Bezerra Moura, Thiago Cansanção de Lucena Alves.

INSTITUIÇÃO:

GET Hospital Servidor Publico Estadual-SP.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVO: Sedação se tornou parte integrante na prática anestésica, sendo por vezes indispensável para a colaboração do paciente e o sucesso cirúrgico. Os medicamentos mais comumente utilizados são midazolam e fentanil, contudo, podem causar depressão respiratória. Assim, existe a necessidade de uma droga que possa ser usada seguramente. Portanto, o objetivo neste estudo foi avaliar o uso da dexmedetomidina em pacientes idosos que necessitam de sedação no intra-operatório. **Materiais e métodos:** Ensaio Clínico randomizado controlado. Os pacientes foram alocados em 2 grupos; grupo DEX, utilizaram dexmedetomidina, indução 1 µg/Kg em 10 min e manutenção de 0, 2µg/Kg/h a 0, 8 µg/Kg/h, e grupo MDZ que procurou utilizar midazolam em doses de bolus 0, 05 mg/Kg para atingir pontuação na escala de RASS entre -3 a -1. Em ambos os grupos, quando não era atingida a pontuação desejada, doses de resgate estavam previstas e eram assim distribuídas: DEX receberia 0, 5 µg/Kg de fentanil, enquanto MDZ receberia 0, 02 mg/Kg de midazolam mais 0, 5 µg/Kg de fentanil. **RESULTADO:** Foram envolvidos 116 pacientes com idade de 75, 5±5, 2 anos. O grupo DEX apresentou menores incidências de intercorrências no intraoperatório em comparação ao grupo MDZ (19, 4% versus 71, 4% p< 0, 001), ou seja, menor taxa de agitação (1, 5% versus 14, 3% p=0, 007), menor incidência de hipotensão (3, 0% versus 26, 5% p< 0, 001) e depressão respiratória (0, 0% versus 76, 5% p<0, 001) e também atingiram melhores índices na escala de RASS até 90 min de intraoperatório (-2, 5±0, 6 versus -3, 4±1, 2 p=0, 001). Além disso, 93, 9% do grupo MDZ comparado a 22, 4% do grupo DEX p<0, 001 necessitaram de oxigênio suplementar na RPA por mais de 30 min. Os dois grupos foram iguais em relação a demográficos e estado clínico prévio. **DISCUSSÃO:** e conclusões: A implementação do uso de dexmedetomidina em população idosa como sedação está associado com redução de complicações e melhor nível de consciência comparado ao uso de midazolam no intraoperatório. **REFERÊNCIA:** 1- Frequent hypoxemia and apnea after sedation with midazolam and fentanyl. *Anesthesiology*, 1990; 73:826-30, 2-Monitored Anesthesia Care with Dexmedetomidine: A Prospective, Randomized, Double-Blind, Multicenter Trial. *Anesthesia & Analgesia*, Vol. 110, No. 1, 2010. Fontes de fomento: Nenhuma. Conflito de interesse: Nenhum.

PROJETO ACERTO: DIMINUIÇÃO DO TEMPO DE JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO AUMENTA CONFORTO E SATISFAÇÃO DOS PACIENTES IDOSOS

AUTORES:

Luiz Eduardo Imbelloni, Gualter Lisboa Ramalho, Patrick Assis Rodrigues.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

INTRODUÇÃO: O conforto e a satisfação do paciente são fatores importantes na percepção da qualidade do atendimento e na adesão à terapêutica. O jejum pré-operatório prolongado contribui com desconforto e desnutrição dos pacientes. Quase metade dos doentes internados no SUS apresenta algum grau de desnutrição, o que eleva morbimortalidade no pós-operatório. Bebida rica em carboidratos (CHO) vem sendo utilizada de forma segura no pré-operatório no intuito de reduzir jejum e aumentar a satisfação dos doentes. O objetivo do estudo é avaliar o impacto dessa medida no conforto e satisfação dos pacientes idosos submetidos a tratamento cirúrgico de fratura de quadril, como parte da implantação do projeto Acerto. **MÉTODO:** Realizado ensaio clínico aleatório com 100 pacientes acima de 60 anos, ASA I-III, alocados em dois grupos: 50 no grupo experimental (pacientes ingeriam bebida rica em CHO 200 mL 2 a 4 horas antes da cirurgia) e 50 no controle (jejum a partir das 21 horas da noite anterior à cirurgia). Ao chegar à SO eram realizadas monitorização e punção venosa periférica. Em seguida, punção subaracnóidea, posição sentada, L2-L3, com Ag. 27G, injetados 10 mg de bupivacaína isobárica (0, 5%) 1mL/15s. Hidratação intraoperatória com cristalóides (4mL/Kg) e colóide (500 mL). Para analgesia pós-operatória foi realizado bloqueio de plexo lombar via anterior (inguinal) ou posterior (compartimento do psoas) com estimulador de nervos. O bem-estar do paciente foi avaliado em quatro momentos: após a visita do anestesio- logista; antes da cirurgia; antes da alta da SRPA e no 1º DPO. A avaliação versava sobre os seguintes itens: sede, fome, agitação, náuseas, vômitos, satisfação e analgesia pós-operatória. **RESULTADO:** Não houve diferença significativa entre os grupos quanto aos dados demográficos e estado nutricional. Tempo médio de jejum foi bem maior no grupo controle (13:30±1:55 horas) comparado ao grupo experimental (2:59±0:36 horas). Tempo de permanência na SRPA e tempo de analgesia pós-operatória foram semelhantes entre os grupos. Antes da cirurgia, os pacientes do grupo experimental apresentavam menos fome (0% versus 70%) e menos sede (4% versus 90%), comparado ao controle, assim como antes da alta hospitalar, referiam maior satisfação com todo o tratamento (96% versus 40%) **CONCLUSÕES:** Este estudo mostra que a ingestão de bebida com CHO 2 a 4 horas antes da cirurgia diminuiu fome e sede, contribuindo para aumentar o conforto e a satisfação com o tratamento anestésico-cirúrgico oferecido aos pacientes idosos com fratura de quadril. **REFERÊNCIA:** 1 Young GJ, Meterko M, Desal KR. Patient satisfaction with hospital care. *Med Care*. 2000;38:325-34. 2 Oliveira KGB, Balsan M, Aguilar-Nascimento JE. Does abbreviation of pre-operative fasting to two hours with carbohydrates increase the anesthetic risk? *Rev Bras Anesthesiol*. 2009;59:577-84.

REALIZAÇÃO DE BLOOD PATCH PARA TRATAMENTO DE FÍSTULA LIQUÓRICA PÓS-TRAUMA – RELATO DE CASO

AUTORES:

Rodrigo Leal Alves, Rafael Reis de Almeida*.

INSTITUIÇÃO:

Hospital São Rafael.

INTRODUÇÃO: O blood patch é uma alternativa terapêutica a cefaléia pós-punção dural, quando o tratamento clínico não obtém sucesso. A cefaléia pós punção ocorre devido a continuação da drenagem de líquido pelo orifício da punção, levando a hipotensão liquórica. Em decorrência disso, há uma tração das estruturas do sistema nervoso central e sobre os vasos aderidos à dura-máter e ao crânio. Essa cefaléia é semelhante a uma enxaqueca, e tem relação com a postura, piorando na ortostase e melhorando com o decúbito dorsal. Nesse relato, apresentamos o caso de um paciente masculino, de 56 anos, com sintomatologia compatível com hipotensão liquórica iniciada após trauma automobilístico sem outras lesões associadas. A RNM de crânio evidenciou hematoma subdural em região frontoparietal bilateral com sinais de sugestivos de hipotensão liquórica. A RNM de coluna cervical e torácica não apresentou achados significativos mas a cisternocintilografia após injeção intratecal de 925 Mbq de DTPA – 99mTc evidenciou vazamento de líquido região lombar na altura de L3-L4. Após discussão do caso com a neurologia clínica e cirúrgica, seguiu-se a realização de “blood patch” no espaço entre L3/L4, com injeção de 20 mL de sangue colhido dentro de técnica asséptica. No dia seguinte, o paciente evoluiu com melhora dos sintomas, sendo liberado do repouso. Segundo a literatura, a primeira camada de “blood patch”, tem resultado positivo em 95% dos casos de cefaléia pós-punção. Caso não haja resolução dos sintomas, pode ser feita uma segunda administração de sangue no espaço peridural, com resultado positivo em 99% dos casos. Em outras situações de cefaléia por hipotensão liquórica, a efetividade desse tratamento é indeterminado. No caso relatado, utilizamos o blood patch para tratamento de um fístula liquórica pós-traumática com sucesso. **REFERÊNCIA:** 1. Kenneth T. Sykes, MD PhD, and Xiaobin Yi, MD. Intracranial Hypotension Headache Caused by a Massive Cerebrospinal Fluid Leak Successfully Treated with a Targeted C2 Epidural Blood Patch: A Case Report. *Pain Physician* 2013; 16:399-404 2. Jaekook Kim, M. D. , Sunyeul Lee, M. D. , Youngkwon Ko, M. D. , et al. Treatment with Epidural Blood Patch for Iatrogenic Intracranial Hypotension after Spine Surgery. *J Korean Neurosurg Soc* 52 : 254-256, 2012

ANESTESIA PARA ARTRODESE CERVICAL EM PACIENTE PORTADOR DA MALFORMAÇÃO DE CHIARI TIPO I. RELATO DE CASO

AUTORES:

Mario de Nazareth Chaves Fascio , Bruno Mendes Carmo- na, Ana Cláudia Inácio Gaioso, André Varela Guimarães, Andria Melissa Oliveira Bardier.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Ophir Loyola.

INTRODUÇÃO: A malformação de Chiari é caracterizada pela herniação de estruturas mesencefálicas através do forame magno, alterações ósseas e disfunção neurológica. Na malformação tipo I há deslocamento das tonsilas cerebelares, geralmente associada à fossa posterior diminuída, podendo ser diagnosticada através de raios-x ou RNM e não é associada à outras anomalias cerebrais. O sintoma mais comum é dor, principalmente cefaleia, mais pronunciada na nuca. O tratamento cirúrgico somente é indicado nos casos sintomáticos. Relato do caso: Paciente do sexo masculino, 34 anos, hipertenso, estado físico ASA II, portador da Malformação de Chiari tipo I. Exame de vias aéreas evidenciando Mallampati IV, distância esterno-mento < 12, 5 cm e extensão cervical limitada. Os exames laboratoriais eram normais, mas a RM de crânio evidenciou herniação de tonsilas cerebelares. Após monitorização obrigatória e venóclise, realizou-se sedação leve com midazolam 2 mg e fentanil 50 µg seguida do uso de atropina 0, 25 mg (efeito antisialagogo). Então, o paciente foi submetido ao bloqueio do nervo laringeo superior bilateral com lidocaína 2% 3 ml de cada lado e anestesia tópica da língua e orofaringe com lidocaína spray 10%, seguidos da intubação traqueal com auxílio do estilete luminoso e sonda aramada 8, 0 mm. A indução da anestesia geral foi realizada com doses convencionais de fentanil, propofol, pancurônio, sevoflurano e O2 a 100%. Após a extubação, a paciente foi encaminhada à sala de recuperação pós-anestésica, de onde recebeu alta depois de 3 h. **DISCUSSÃO:** Nos pacientes com malformação de Chiari tipo I, várias técnicas anestésicas podem ser utilizadas, tendo sido observado evolução favorável e desfavorável tanto com anestesia geral quanto com bloqueio do neuroeixo. A anestesia geral exige cuidados especiais, pois muitos destes pacientes apresentam escoliose torácica, doença do neurônio motor e fraqueza muscular, com diminuição/ausência dos reflexos de proteção da via aérea. Atenção especial deve ser dada ao exame da via aérea, podendo haver a necessidade de intubação com o paciente acordado como no caso apresentado. **REFERÊNCIA:** 1) Fonseca S, Leão A, Fuentes E, Tavares J. . Anestesia para cesariana em doente com, malformação de Arnold Chiari tipo I e Siringomielia. *Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*. 2006;16(2):24-8. 2) Malformação de Chiari. Disponível em: http://www.neuro.pucpr.br/index.php?system=news&news_id=582&action=read. Acessado em 07/07/13.

ANESTESIA PARA CIRURGIA ESTEREOTÁXICA PARA IMPLANTE DE MARCAPASSO CEREBRAL EM DOENTE COM PARKINSON

AUTORES:

João Paulo Vasconcelos de Matos, Douglas Pellizzaro, Bruno de Castro Fernandes Epitacio*, José Tadeu dos Santos Palmieri, Breno Jardim Grossi*, Igor Barreto de Moura.

INSTITUIÇÃO:

GET-Hospital de Base do Distrito Federal.

INTRODUÇÃO: Depois do Alzheimer, a Doença de Parkinson é a principal doença neuro-degenerativa. Para a cirurgia neurofuncional com implante de eletrodos a técnica anestésica deve proporcionar ao paciente a capacidade de responder de modo apropriado a estímulos motores e a comandos verbais e simultaneamente manter as vias aéreas pérvias e funcionais. **RELATO DE CASO:** Masculino, 72 anos, portador de Parkinson há 18 anos. Com indicação de tratamento cirúrgico neurofuncional da doença com implante de marcapasso. Em uso de: levodopa, benzerazida, entacapone, amantadina, clozapina, enalapril e carvedilol. Refere HAS sem outras comorbidades. Admitido em SO consciente e orientado, PA 180 X 90 mmHg, FC 50 bpm e SpO2 98% em ar ambiente. Administrado midazolam 2 mg EV, colocado cateter tipo óculos com oxigênio 2L/min e medição da ETCO2 através de cateter nasofaríngeo. Início infusão de remifentanil em bomba (0, 05 mcg/Kg/min). Infiltração de bupivacaína com vasoconstrictor em couro cabeludo para fixação do arco craniano (bolus de remifentanil e propofol durante a colocação do arco). Transportado para realização de TC para verificar posicionamento do arco craniano. Retorna ao CC. Acomodado na mesa com dorso elevado 45° e reiniciada infusão de remifentanil. Paciente consciente e obedecendo a comandos. Iniciada a colocação de eletrodos de neuroestimulação por pequena trepanação em região parietal direita (aumento do remifentanil durante a trepanação). Paciente tranquilo e colaborativo. Mantendo FR de 7 irm. ETCO por cateter nasal: 37 mmHg. Após 30 minutos FR 5 irm. Desligado remifentanil e administrada naloxona EV. PA 160 X 90 mmHg, FC 55 bpm e SpO2 96%. Paciente desperto submetido a exames neurocognitivos durante a cirurgia, sem intercorrência. Reiniciado remifentanil. Após 1 hora paciente apresentou FR de 4 rpm, SpO2 93% , FC 52 bpm e PA 155 X 100 mmHg. Reduzido remifentanil e iniciada dexmedetomidina. Mantem-se vigil e obedecendo a comandos verbais. Após confirmação do posicionamento dos eletrodos e devido agitação o paciente foi entubado para o término da cirurgia. **DISCUSSÃO:** A razão principal da craniotomia com o paciente acordado é o mapeamento funcional associado aos testes neurocognitivos. O manejo perioperatório deve levar em conta os problemas relacionados com a doença em si, como: alterações motoras, distúrbios respiratórios, disautonomia cardiovascular, gastrointestinal e urinária, além de manifestações neuropsicológicas, e interações relacionadas com as medicações antiparkinsonianas. **REFERÊNCIA:** G. Nicholson, A. C. Pereira and G. M. Hall. Parkinson's disease and anaesthesia - British Journal of Anaesthesia 89 (6): 904±16 (2002); A. Mariscalca, I. Hernández Medranob, A. Alonso Canovasb et al. Perioperative management of Parkinson's disease Neurologia. 2012;27(1):46—50

ANESTESIA PARA RECÉM NASCIDO PORTADOR DE CRANIOSSINOSTOSE

AUTORES:

Rohnelt Machado de Oliveira, Rodrigo Sadami Ito, Arthur Ruzzon Cardoso, Mileni Celinski.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Nossa Senhora do Rocio- Campo Largo / PR.

INTRODUÇÃO: Craniossinostose é o conjunto de anomalias que apresentam ossificação prematura das suturas dos ossos do crânio e da face. O grau de comprometimento e as suturas envolvidas manifestam-se nas mais variadas formas clínicas, podendo comprimir o cérebro. Podem estar associadas a malformações congênitas (Crouzon, Apert e Pfeiffer), incluindo face e vias aéreas, podendo levar à dificuldade de intubação orotraqueal (IOT). O objetivo deste trabalho é apresentar as dificuldades do manuseio destes pacientes. **RELATO DE CASO:** Feminino, 13 dias, 2760g, ASA III, submetido a correção cirúrgica de craniossinostose dolicocefálica com exoftalmia bilateral, retrognatía e com sinais de esforço respiratório. Sob anestesia geral balanceada: com oxigênio/ar, sevoflurano, fentanil e cisatracúrio. Foram cateterizados 2 veias periféricas (24G), arterial femoral (22G) e previamente um cateter umbilical. Foi monitorizada com cardioscopia, pressão arterial invasiva, oximetria pulso, capnografia, temperatura, sonda nasogástrica, diurese, exames laboratoriais per operatórios seriados. Foram necessários 03 tentativas de IOT para o sucesso, apresentou acidose respiratória per operatória, corrigida com ajustes na ventilação, foram necessárias transfusões sanguíneas para compensação hemodinâmica. Encaminhado à UTI neonatal para pós operatório imediato em ventilação assistida com tubo orotraqueal, estável hemodinamicamente. **DISCUSSÃO:** A maior parte das crianças (76%) submetidas a este procedimento são saudáveis e apresentam um envolvimento de uma só sutura craniana. As restantes (24%) como neste caso apresentam mais que uma sutura envolvida e estão associadas a síndromes poli-malformativas. A expectativa da perda sanguínea é fundamental. Já que nesta idade o volume sanguíneo é pequeno e a perda no procedimento é grande. **MÉTODO** de avaliação baseados no hema-tócrito e volume sanguíneo devem ser precisos e rápidos. O manejo da via aérea, geralmente, é difícil. Devemos estar preparados com todos os meios possíveis para uma via aérea difícil. A gasometria seriada foi importante no operatório para as devidas correções de equilíbrio ácido/básico. Correções na ventilação corrigiram o aparecimento de acidose respiratória no per operatório. A transfusão sanguínea foi necessária para estabilização hemodinâmica, sendo iniciada precocemente com o objetivo de manter um hematócrito per operatório acima de 25%. Sendo considerado também a alta incidência de complicações hemorrágicas nas primeiras 12 horas. **CONCLUSÃO:** Pacientes submetidos a correção cirúrgica de craniossinostose devem ser cuidadosamente monitorizados para um rápido manejo hemodinâmico e ventilatório. Cuidados intensivos e vigilância pós-operatória é fundamental. Unitermos: Craniossinostose, Anestesia. **REFERÊNCIA:** Gifoni C, Nascimen-to H, Mizumoto N. Dificuldade de Intubacao Traqueal em Paciente com Craniossinostose. Rev Bras Anestesiologia, 2001;51(3):218-224.

ANESTESIA VENOSA TOTAL COM DEXMEDETOMIDINA PARA NEUROCIRURGIA COM POTENCIAL EVOCADO: RELATO DE CASO

AUTORES:

Marcela Lopes Oliveira de Carvalho, Michelle Assis Salomão, Caroline Cesar Machado, Rodrigo de Lima e Souza, Gláucio Grégori Nunes Bomfá, Paulo Roberto de Faria Viana.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Belo Horizonte - CET Hospital Madre Teresa.

REFERÊNCIA: A anestesia venosa total (AVT) é uma técnica de anestesia geral que utiliza fármacos administrados unicamente por via endovenosa. A popularização da AVT vem ocorrendo, devido ao desenvolvimento de fármacos modernos com propriedades farmacocinéticas e farmacodinâmicas que permitem sua utilização em infusão contínua. A dexmedetomidina, com excelente perfil para infusão contínua, é um sedativo com propriedades analgésicas, ansiolíticas e simpaticolíticas. Seu mecanismo de ação envolve a ativação de receptores α_2 pré-sinápticos, diminuindo a liberação de noradrenalina. A ativação de receptores α_2 -adrenérgicos no cérebro e na medula espinhal causa hipotensão, bradicardia, sedação e analgesia. **RELATO DE CASO:** Paciente F. E. R. N, 58 anos, sexo masculino, hipertenso em uso de hidroclorotiazida 25mg/dia, diabético em uso de metformina 1000mg/dia, portador de deformidade importante da coluna cervico-torácica com malformação das massas laterais, principalmente à direita, após queda com trauma raquimedular em março 2013. Evoluiu com tetraparesia grave e redução da força muscular em dimídio esquerdo e direito. Submetido à descompressão C3-C5 e artrodese via posterior. Paciente devidamente monitorizado, realizada AVT com dexmedetomidina sem bloqueio neuromuscular, devido à utilização de potencial evocado. Indução anestésica com 8mcg/kg/h de dexmedetomidina durante 10 minutos, sendo reduzido para 0, 6mcg/kg/h para manutenção; remifentanil a 0, 2 mcg/kg/min; Propofol 2% com alvo de 2, 8; succinilcolina 70mg. IOT 8, 5 aramado, difícil devido mobilidade cervical reduzida. Ato anestésico e cirúrgico sem intercorrências. Paciente despertou sem dor, sem agitação psicomotora, sem picos hipertensivos, orientado. Foi encaminhado ao CTI onde permaneceu estável. O objetivo da neurocirurgia é preservar e restaurar a função cérebro-espinhal. O que requer intervenção cirúrgica de longa duração, o uso de sofisticados equipamentos cirúrgicos, monitorização eletrofisiológica e plano anestésico adequado para o procedimento. Para tal, a anestesia deve utilizar fármacos e técnicas anestésicas que causem mínima alteração da fisiologia cérebro-espinhal, sem interferência na monitorização eletrofisiológica e permitam rápida recuperação da anestesia. E isto é propiciado pela AVT. Nos procedimentos neurocirúrgicos com a utilização do potencial evocado, as estruturas neurais (motor e sensitivo) são estimuladas durante o procedimento, por este motivo é necessária de ausência do bloqueio motor e bom plano anestésico que é garantido plenamente pela AVT associada com dexmedetomidina com excelente controle da dor. **REFERÊNCIA:** Albuquerque MAC, Auler Júnior JOC, et al. Anestesia Venosa Total em Procedimentos Neurocirúrgicos. Disponível em http://www.projotodiretrizes.org.br/8_volume/09-Anestesia.pdf. Acessado em 09/08/2013. Sudo RT, Calasans-Maia JA et al. Dexmedetomidina. Disponível em http://www.saerj.org.br/download/livro%202004/15_2004.pdf. Acessado em 01/08/2013.

EMBOLIA AÉREA EM NEUROCIRURGIA

AUTORES:

Ana Gabriela Cianni Siqueira Campos*, Cibelle Nunes De Arruda, Ayrton Bentes Teixeira, Jemenes Lima.

INSTITUIÇÃO:

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

REFERÊNCIA: A embolia aérea venosa (EAV) é possível complicação em neurocirurgias nos pacientes em cefalo-active, com morbimortalidade elevada, sendo o risco proporcional ao grau de elevação do sítio cirúrgico em relação ao coração. Relato de casos: Dois pacientes adultos, com diagnósticos respectivamente de malformação arterio-venosa e meningioma retroclival, sem comorbidades. Foram abordados cirurgicamente na posição sentada. Realizada indução anestésica com sufentanil, propofol e atracúrio com manutenção venosa total. O manejo anestésico incluiu monitorização básica obrigatória, cateter venoso central, pressão arterial invasiva, temperatura esofágica, diurese e hidratação venosa permissiva. Os pacientes apresentaram sinais vitais adequados, quando subitamente evoluíram com dessaturação, queda de pressão arterial e de CO₂ expirado, aumento da pressão em vias aéreas com hipótese diagnóstica de EAV. Foi solicitado ao cirurgião irrigação do campo cirúrgico, alterada FiO₂ para 100%, realizada aspiração respectivamente de 60 ml e 100 ml de sangue do cateter venoso central contendo bolhas de ar (aproximadamente 20 - 30ml de ar), em ambos os casos, não foi possível compressão da veia jugular, tampouco a mudança do posicionamento de paciente. Após as condutas tomadas, houve melhora imediata dos parâmetros e condições clínicas dos pacientes, que assim se mantiveram até o final do procedimento, permitindo extubação em sala. Ambos pacientes não foram reintubados até a alta hospitalar. **DISCUSSÃO:** A EAV decorre da entrada de ar no leito venoso, migração e acúmulo no coração, dificultando a eficiência propulsiva ventricular e irritando o sistema de condução elétrica. A morte resulta do bloqueio aéreo do ventrículo direito ou de obstrução vascular pulmonar. Em neurocirurgia, a EAV ocorre mais comumente em craniossinostoses e exereses de tumores. Pode haver obstrução de vasos pulmonares com acometimento da troca gasosa passagem de ar para câmaras esquerdas via comunicação interatrial. O método padrão para detecção da EAV é a combinação da monitoração do ETCO₂ e o doppler precordial. Em conjunto, fornecem rapidez diagnóstica, boa sensibilidade e especificidade. A conduta deve imediatamente incluir medidas de prevenção da entrada subsequente de ar, como a compressão de veias jugulares e notificação do cirurgião, que inunda o campo cirúrgico com solução salina e recobre o díploe. O tratamento efetivo da EAV inclui aspiração do cateter venoso central, descontinuação do fornecimento de N₂O, fração inspirada de oxigênio a 100% e, se necessário, vasopressores, inotrópicos, compressões torácicas. A hipótese diagnóstica imediata e o tratamento adequado foram a chave para o sucesso em ambos os casos. **REFERÊNCIA:** Ammirati M, Lamki TT, Shaw AB, Forde B, Nakano I, Mani M. A streamlined protocol for the use of the semi-sitting position in neurosurgery: a report on 48 consecutive procedures. J Clin Neurosci. 2013 ;20:32-4.

EMBOLIA AÉREA VENOSA EM NEUROCIRURGIA

AUTORES:

Arnaldo Tavares da Silva Júnior*, Gustavo Cossich de Holanda Sales, Daniel Vieira de Queiroz, Mariana dos Santos Mattos, Lucas de Moura Lopes, Felipe Wanderley Coelho.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Federal dos Servidores do Estado.

INTRODUÇÃO: A craniotomia para tumores de fossa posterior apresenta um potencial de problemas como: hidrocefalia obstrutiva, pneumoencefalo, posicionamento incomum, lesões de centros vitais no tronco encefálico, hipotensão postural e embolia aérea venosa. Embora a maioria das cirurgias realizadas possam ser feitas na posição lateral ou prona para tumores localizados na fossa posterior, alguns cirurgiões preferem a posição sentada. Mas independente da posição, a cabeça é elevada acima do coração, e a pressão em uma veia exposta torna-se subatmosférica aumentando o risco de desenvolvimento da embolia. Quando nos deparamos com este evento, as consequências hemodinâmicas e fisiológicas podem ser catastróficas dependendo do volume de ar entrante e da presença ou não de um forame oval patente. O correto diagnóstico e tratamento são fundamentais para o sucesso e resolução do evento. **RELATO DO CASO:** Homem, 69 anos, hipertenso, apresentando há 3 meses síndrome vestibular, Romberg positivo, cefaléia, hemiparestesia à esquerda e paresia grau 4 em MIE. Funções corticais e autonômicas preservadas. Exames de imagem evidenciaram processo expansivo em ângulo ponto-cerebelar à direita. A cirurgia foi realizada na posição sentada, o paciente manteve-se estável por algumas horas até súbita instabilidade hemodinâmica com redução da saturação arterial de oxigênio e queda da fração expirada de dióxido de carbono. Foi conduzido com oxigênio a 100%, aspiração de cateter venoso central, vasopressor e aumento da PEEP gradual. O paciente foi extubado após término da cirurgia evoluindo com paralisia facial incompleta. Ficou internado 3 dias no CTI, tendo alta hospitalar no D7 de PO sem novas sequelas. **DISCUSSÃO:** Embora a posição sentada seja a preferida por muitos neurocirurgiões devido a melhor visualização anatômica e cirúrgica, outras posições devem ser levadas em conta quando se tem um risco aumentado de embolia. Não existem meios seguros para prevenir este tipo de complicação, mas algumas medidas podem ser tomadas para diminuir sua ocorrência. Quando ocorre a embolia, é importante o diagnóstico e tratamento precoces. **REFERÊNCIA:** Marek A. Mirski, Abhijit Vijay Lele, Lunei Fitzsimmons et al. Diagnosis and Treatment of Vascular Air Embolism. *Anesthesiology* 2007, 106:164-77; J. M. Porter, C. Pidgeon and A. J. Cunningham, *British Journal of Anaesthesia* 82 (1): 117-28 (1999).

INCIDÊNCIA DE NÁUSEAS E VÔMITOS NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE NEUROCIRURGIA ELETIVA

AUTORES:

Stephanie Chagas Feitosa, Alyne Andrade Lima, Ana Cristina Lima Santos, José Anísio Santos Júnior, Carlos Umberto Pereira, Liani Patrícia Andrade Santos.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal de Sergipe.

INTRODUÇÃO: As náuseas e vômitos pós-operatórios (NVPO) são complicações que geralmente configuram o período pós-operatório de pacientes neurocirúrgicos. Sabe-se que tem caráter multifatorial, como: sexo, idade, obesidade, dor, medo. A NVPO pode levar o paciente à desidratação, alcalose metabólica, hipocalemia e aspiração pulmonar. Atualmente com a profilaxia através de potentes antieméticos, a incidência de NVPO diminuiu para 20% a 30%. O objetivo desse trabalho foi avaliar a incidência de NVPO em pacientes submetidos a procedimentos neurocirúrgicos eletivos. **MÉTODO:** Foram analisados vinte e quatro pacientes submetidos à craniotomias eletivas, entre agosto de 2008 e julho de 2009, no Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE). **RESULTADO:** Quatorze pacientes eram do gênero masculino e dez feminino. As idades variaram entre 7 e 64 anos, com uma média de 32, 5 anos. A localização da lesão foi supratentorial em dezoito e infratentorial em seis casos. O tempo de procedimento cirúrgico variou entre três e onze horas. Oito pacientes apresentaram NVPO. Todos os pacientes usaram antiinflamatórios e antibióticos no pós-operatório imediato, vinte um usaram drogas antieméticas e dezesseis protetores da mucosa gástrica. Dos oito pacientes que apresentaram NVPO, quatro eram no gênero masculino e quatro feminino. As patologias cirúrgicas foram: tumor cerebral seis e aneurisma cerebral dois casos. Quanto à localização da lesão, foram supratentorial seis e infratentorial dois casos. Sete usaram protetores da mucosa gástrica e todos antieméticos. Seis apresentaram efeitos colaterais pela administração dos medicamentos, como: sonolência e cefaleia. **CONCLUSÃO:** a incidência de NVPO ainda é alta, os fatores de risco não puderam ser comparados devido ao número reduzido de casos, o tratamento não farmacológico é restrito, o profilático é necessário para redução da incidência e os efeitos colaterais revelaram associação com estas drogas. **REFERÊNCIA:** Gondim CRN. Prevenção e tratamento de náuseas e vômitos no período pós-operatório. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009;21:89-95. Patti CAM, Vieira JE, Benseñor FEM. Incidência e profilaxia de náuseas e vômitos na recuperação pós-anestésica de um hospital-escola terciário. *Rev Bras Anesthesiol*. 2010;58:462-9.

MANEJO ANESTÉSICO EM PACIENTE COM LESÃO PENETRANTE DE COLUNA TORÁCICA. RELATO DE CASO

AUTORES:

Gabriel Bello Pinto, Alyne Andrade Lima, Carlos Umberto Pereira, Stephanie Chagas Feitosa, Jonathan Chagas Feitosa, Ana Elisabeth Leal Varjão.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal de Sergipe.

INTRODUÇÃO: O manejo das vias aéreas em vítimas de trauma penetrante por arma branca em coluna cervical ou torácica sempre foi um desafio para o anesthesiologista. Os ferimentos penetrantes em região paravertebral são incomuns e estão geralmente associados com ferimentos de arma de fogo, agressões contundentes e facadas e são muitas vezes combinados com lesões de estruturas ósseas. Em paciente em que a arma branca ainda permanece no local, a intubação não pode ser realizada na posição supina convencional e para conseguir tanto são descritas algumas técnicas, nas posições laterais, ventral e supina suspensa, com intubação através de laringoscopia direta, de fibra óptica ou através da máscara laríngea. **RELATO DE CASO:** JMF, 23 anos de idade, masculino, auxiliar de obras, vítima de agressão física por arma branca na região dorsal a nível de coluna torácica (T5). Deu entrada no pronto socorro com corpo estranho alojado no local. Foi submetido a exame de tomografia computadorizada que demonstrou presença de fragmento metálico no espaço T5-T6. A intubação foi realizada em decúbito lateral esquerda sob laringoscopia direta, e em seguida posicionado em decúbito ventral, sendo realizada a exérese do corpo estranho. O paciente evoluiu sem seqüelas neurológicas. **DISCUSSÃO:** Nos pacientes com trauma cervical penetrante, o manejo das vias aéreas deve garantir a estabilidade da coluna cervical. Dentre as técnicas descritas, a posição ventral, posição que não é padrão para a indução da anestesia, está associada com problemas como difícil ajuste da máscara, deficiência de intubação orotraqueal por laringoscopia direta, e diminuição da complacência pulmonar. Já a intubação endotraqueal por laringoscopia direta requer níveis profundos de sedação, relaxante muscular, tempo limitado para a manipulação das vias aéreas e em tais situações, o uso da máscara laríngea pode desempenhar um papel importante, pois facilita a ventilação e intubação traqueal. Em casos em que a arma branca encontra-se in situ, a melhor posição para a intubação ainda é a posição lateral, sendo a posição em decúbito lateral esquerdo a mais adequada por evitar colapso das estruturas da laringe. A máscara laríngea facilita a intubação e diminui a incidência de insuficiência nesta posição. **REFERÊNCIA:** Prasad MK, Sinha AK, Bhadani UK, Chabra B, Rani K, Srivastava B. Management of difficult airway in penetrating cervical spine injury. *Indian J Anaesth.* 2010;54:59-61. Subedi A, Tripathi M, Pathak L, Bhattarai B, Ghimire A, Koirala R. Curved Knife “Khukuri” Injury in the Back and Anaesthesia Induction in Lateral Position for Thoracotomy. *Case Report J Nepal Med Assoc* 2010;50(180):303-5.

NEUROCIRURGIA ACORDADO E SEUS DESAFIOS. RELATO DE UM CASO

AUTORES:

Luiz Antonio Carneiro da Silva, Felipe Ladeia Garcia, Bruno Tavares Apgaua*, Rodrigo de Lima e Souza, Márcio Henrique Mendes, Clerisson Loures de Paiva.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Madre Teresa.

INTRODUÇÃO: O avanço da neurocirurgia permite atualmente intervenções variadas. O desafio de manter o paciente sedado, responsivo e cooperativo em intervenções neurológicas é alto. Em situações onde qualquer movimentação pode significar risco de lesão grave ou definitiva, determinar com exatidão o nível de sedação adequado e as áreas funcionais é essencial para a ressecção da lesão e segurança do paciente. **1, 2 Relato:** JAA, feminino, 27 anos, diagnosticada com adenocarcinoma de pulmão, com metástase em pericárdio, cérebro e coluna vertebral, após 3 episódios de tamponamento cardíaco, sem causa aparente. Biópsia de pericárdio revelou adenocarcinoma. Tumor cerebral situado em região temporo-parietal esquerdo, próximo a área de Broca. Paciente classificada em estado físico ASA III, boa capacidade funcional, score de mallampatti 1, sem história de apnéia do sono ou dificuldades ventilatórias Monitorizada com eletrocardiograma contínuo, oximetria de pulso, pressão arterial invasiva, diurese, neuronavegação e potencial evocado. O capnógrafo tipo sidestream foi acoplado ao cateter nasal e oxigenoterapia sob máscara. Realizada craniotomia sob sedação com propofol e anestesia local. Posicionada em cadeira de praia com semi decúbito lateral direito. Utilizado midazolam 5mg e 75 mcg de clonidina em bolus, para ansiólise. Mantida sob remifentanil 0,05 mcg/kg/min contínuo e 225 mcg de clonidina diluído em soroterapia. Realizado fentoina, na dose de 300 mg. A cada 15 minutos, a paciente era solicitada identificar figuras, objetivando-se verificar não apenas seu grau de cognição, mas também sua habilidade motora de fala. O procedimento durou aproximadamente 6 horas. Não houve déficits no pós operatório, mesmo após ampla ressecção. **DISCUSSÃO:** A Neurocirurgia com paciente levemente sedado é um desafio ao anesthesiologista. A impossibilidade de manipulação de via aérea torna-se um obstáculo, considerando que em caso de apnéia, o acesso e a manutenção da patência da mesma seria difícil. O uso de clonidina foi ideal para o procedimento, atuando como sedativo e analgésico com baixa probabilidade de depressão respiratória. Remifentanil como opióide contínuo, proporcionou em baixas doses pequeno risco de bradicardia ou rigidez torácica, além de beneficiar-se de seu início rápido, curta meia vida e baixo potencial de depósito. A neuromonitorização foi imprescindível ao ato cirúrgico, levando ao reconhecimento rápido do sítio tumoral, trazendo distinção à ressecção, segurança e diminuição do tempo de cirúrgico. **REFERÊNCIA:** 1. Haglund MM, Berger MS, Shamseldin M, Lettich E, Ojemann GA. Cortical localization of temporal lobe language sites in patients with gliomas. *Neurosurgery* 1994;34:567-576. 2. Ojemann G, Ojemann J, Lettich B, Berger M. Cortical language localization in left, dominant hemisphere. An electrical stimulation mapping investigation in 117 patients. *J Neurosurg* 1989;71:316-326.

PARADA EM ASSISTOLIA DURANTE NEUROCIRURGIA POR REFLEXO VAGAL

AUTORES:

Samira Farina Menegat*, Andrea Fogaca Soubhia, Celso Ricardo Soubhia, Julio Cesar Dors Coracini, Danile Tondolo Martins, Gabriela Pretto Rostand Prates.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal do Rio Grande - FURG - Residência Médica de Anestesiologia do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. - Rio Grande, RS.

INTRODUÇÃO: O nervo Vago emerge do sulco lateral posterior do bulbo sob a forma de filamentos radiculares que se reúnem para formá-lo. Este emerge do crânio pelo forame jugular, percorre o pescoço e o tórax, terminando no abdome. O nervo Vago tem ação parassimpática e sua intensa estimulação tende a uma parada cardíaca. **RELATO DE CASO:** JAC, 58 anos, 98kg, 1, 72m de altura, diabético, submetido a neurocirurgia para retirada de tumor de fossa posterior em posição sentada. Foi feita punção de veia jugular interna, cateterização de veia periférica MSE ABO 14 e cateterização da artéria radial esquerda ABO 20. Indução anestésica com 15mg de midazolam, 500mcg de fentanil, 8mg de pancurônio. IOT 8, 5 aramado sem intercorrências. Não foi observado alteração hemodinâmica significativa na indução anestésica. A manutenção foi feita com remifentanil 0, 3mcg/kg/min e sevoflurano. Paciente foi monitorizado com ECG, oximetria, capnografia, PAI, analisador de gases e eco-doppler precordial para detecção de embolia aérea. Havia também monitorização neurofisiológica. Após duas horas de procedimento, o neurofisiologista alertou para irritação vagal e já observamos bradicardia importante que cedeu com a parada do estímulo pela equipe cirúrgica. Após quatro horas de procedimento, observamos novamente bradicardia acentuada com evolução imediata para parada cardíaca em assistolia. Neurofisiologista alertou para irritação vagal. Feito. 0, 5mg de atropina, porém o paciente voltou após 15s somente com a parada do estímulo vagal. O Procedimento durou 8 horas e não observamos mais nenhuma alteração hemodinâmica. Paciente foi levado intubado para a UTI e foi extubado após 6 horas. Não foi observado nenhum déficit cognitivo ou motor. **DISCUSSÃO:** o anestesiológico tem um papel fundamental durante a neurocirurgia. São inúmeras as repercussões diretas implicadas no ato anestésico, tais como modulação do fluxo sanguíneo cerebral, PIC e edema cerebral. Além disso, é fundamental acompanhar todos os tempos cirúrgicos e ter vigilância constante, pois em poucos segundos temos repercussões importantes. **REFERÊNCIA:** Newfield P, Cottrell JE: Handbook of neuroanesthesia, 3rded. Lippincott, Williams & Wilkins, 1999 Schurbert A: Clinical Neuroanesthesia. Butterworth heinemann, 1997

POTENCIAL EVOCADO EM ATRODESE COLUNA NA SÍNDROME GOLDENHAR

AUTORES:

Oswaldo Pinto Nogueira Filho, Marcelo Cursino Pinto dos Santos, Armin Guttman, Américo Salgueiro Autran Filho, Paulo Alipio Germano Filho, Marco Antonio Ferro.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Federal de Bonsucesso.

INTRODUÇÃO: Paciente portador Síndrome Goldenhar com escoliose cérvico – torácico acentuada, foi submetido a artrodese sob neuromonitorização transoperatória com potencial evocado somato - sensitivo e motor. **RELATO DE CASO:** APC, 5 anos, masculino, portador Sd. Goldenhar ; Exame físico: 19kg, 1, 03m, Mallampati 1, desvio cervical para direita com boa mobilidade e nistagmo ocular. Laboratório e ECO dentro da normalidade e ECG com atraso condução AV. A cirurgia proposta foi artrodese C4 – T3 e ressecção parcial das hemivertebbras com acessos posterior e anterior. Foi realizada anestesia venosa total (propofol e remifentanil), com uso de relaxante muscular despolarizante apenas indução. Dentre os monitores utilizados destaca –se o potencial evocado somato - sensitivo e motor. **DISCUSSÃO:** A Síndrome Goldenhar desenvolve – se por distúrbio na blastogênese dos arcos branquiais (1 e 2) caracterizada por alterações oculoauriculovertebrais, tendo como a principal implicação anestésica a abordagem da via aérea destes pacientes. Tem – se tornado rotineiro o uso de potencial evocado, em cirurgias que possam comprometer a vascularização medular, gerando seqüelas até mesmo irreversíveis. Dentre eles, os principais são somatosensorial e o motor, avaliando a integridade da via leminisco medial e trato córtico espinhal respectivamente. Estes podem ser afetados por alterações sistêmicas como hipotermia, hipotensão e anemia ou até mesmo locais por compressão direta pelo cirurgião. Autores como T. Sloan comprovaram em trabalhos de revisão que apesar, da evolução na neuromonitorização transoperatória, tem – se melhores resultados quando se utiliza monitorização multimodal, como associação com “wake up test”, pois aumenta consideravelmente a sensibilidade. Quanto a abordagem anestésica, preconiza a anestesia geral venosa total sem o uso de relaxantes musculares adespolarizantes e de medicação pré anestésica da classe dos benzodiazepínicos. **REFERÊNCIA:** • Multimodality monitoring of the central nervous system using motor-evoked potentials - Tod B. Sloan, Daniel Janik and Leslie Jameson • Anesthesia and Motor Evoked Potential Monitoring / Tod B. Sloan MD, PhD - Neuroanesthesiology, Health Science Center, University of Texas San Antonio, TX, USA.

RUPTURA DE TUBO OROTRAQUEAL POR ATIVAÇÃO DO REFLEXO MANDIBULAR DEVIDO MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA

AUTORES:

Carlos Antônio Barbosa de Carvalho, Édina Rodrigues Teruya, Armando Pereira de Almeida, Isabella Trausula Gomes, Franco Silva Vieira.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Regional do Mato Grosso do Sul.

INTRODUÇÃO: Monitorização neurofisiológica intraoperatória (MNI) abrange técnicas de monitorização das vias neurais e mapeamento funcional de tecidos nervosos, bem como avalia o nível de consciência e hipnose durante o procedimento. Serve para encorajar manobras cirúrgicas mais agressivas, prever desfechos neurológicos e direcionar o manejo pós-operatório. Apesar dos inúmeros benefícios, a MNI não é isenta de riscos. O caso clínico apresentado expõe seus riscos, e a importância de uma monitorização cardiorrespiratória completa associada à vigília constante do Anestesiologista para o pronto reconhecimento de complicações transoperatórias. **RELATO DE CASO:** N. S. I., feminino, 45 anos, 59 Kg, portadora de hérnia discal C4-C5 e C5-C6 com queixas de dor em região cervical com irradiação para MSE, submetida a artrodese de coluna cervical. Histórico de ex-tabagismo. Apresentava-se em bom estado geral, PA 110/90mmHg, FC 67 bpm, Vias aéreas: Mallampati II; mobilidade do pescoço diminuída. ASA I. Após monitorização com multiparâmetros (cardioscópio, oxímetro de pulso, capnógrafo, diurese e temperatura) e venoclise em MSE, foi sedada com Fentanil 100mcg e Midazolam 5mg endovenoso. Foi pré-oxigenada e induzida anestesia geral com Fentanil 300mcg, Lidocaína 60mg, Propofol 100mg e Rocurônio 40mg. IOT sob visualização direta com tubo aramado 7, 5 Rush®, sem intercorrências. Manutenção com anestesia venosa total: Propofol e Remifentanil. No Transoperatório, o cirurgião solicita avaliação do neurofisiologista para realização de eletroneuromiografia. Após isto, apresentou queda linear de ETCO₂, sendo então prontamente diagnosticado ruptura parcial do TOT localizada na projeção dos dentes da paciente. Administrado Succinilcolina 60mg EV, procedeu-se a troca do TOT para tubo Rush® 7, 5. Após 5 horas de procedimento, a paciente foi extubada sem intercorrências. **DISCUSSÃO:** Para o estudo dos nervos periféricos a eletroneuromiografia utiliza-se de estímulo elétrico através de eletrodos colados na pele, registrando a resposta do nervo estudado. A dispersão destes impulsos pode gerar potenciais de ação em arcos reflexos diferentes dos que se pretendiam estimular originalmente, gerando arcos reflexos indesejáveis, como o responsável pelo reflexo mandibular, o qual levou a paciente a morder e romper o TOT. Por tratar-se de modalidade relativamente recente à prática intra-operatória, a MNI deve ser melhor entendida por nós Anestesiologistas e, sempre que possível, a interação entre as especialidades envolvidas deve existir a fim de que possamos ser informados dos riscos inerentes à técnica. Ainda, é mandatório, que seja feita uma monitorização adequada e esteja o Anestesiologista atento e apto para diagnosticar e resolver tais complicações a fim de evitar desfechos indesejáveis ao paciente. **REFERÊNCIA:** Carneiro FA, Carneiro AP, Vaz CJN et al. Eletroneuromiografia e Potenciais Evocados. Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação. Projeto Diretrizes; 2001;06-08.

USO DE ADENOSINA EM CIRURGIA DE CLIPAGEM DE ANEURISMA CEREBRAL COMPLEXO

AUTORES:

Eduardo Azevedo de Castro, Sofia Meinberg Pereira, Marcelo Vaz Nunes, Daniel Werneck Rocha Pessoa, Cláudia Helena Ribeiro da Silva, Diogo de Sousa Lopes*.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte.

INTRODUÇÃO: Os aneurismas saculares intracranianos são dilatações arteriais de tamanhos variados, localizados principalmente ao nível de bifurcações ou nas emergências dos troncos arteriais no espaço subaracnóideo da base do crânio. A administração de adenosina surgiu como uma alternativa para a geração de parada cardíaca temporária de curta duração ou hipotensão profunda, facilitando a clipagem e o controle de sangramento com segurança hemodinâmica. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino, 49 anos, admitida com relato de cefaléia intensa há um mês, acompanhada de náuseas e vômitos, além de ptose palpebral à direita. Portadora de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2. Exame físico: Escala de coma de Glasgow 15/15, ptose palpebral à direita, pupila fotoplégica, midriática e paresia da motricidade ocular extrínseca (acometimento do III par craniano). Angioressonância cerebral: aneurisma do segmento comunicante posterior da artéria carótida interna direita (7 mm de diâmetro). Eletrocardiograma pré-operatório normal. Cirurgia proposta: clipagem do aneurisma por microcirurgia com o uso de adenosina intraoperatória. Puncionada artéria radial direita e sondagem vesical de demora. Indução anestésica: Remifentanil, Propofol e Cisatracúrio. Intubação orotraqueal sem intercorrências. Manutenção anestésica: Remifentanil e Sevoflurano. Monitorização com desfibrilador e marcapasso transcutâneo na sala cirúrgica. Administrado 30 mg de adenosina, seguido por bolus de 20 ml de solução salina com tempo de assistolia de 8 segundos, bradicardia por 45 segundos e hipotensão com média abaixo de 50 mmHg por 110 segundos. Clipagem do aneurisma com 3 cliques permanentes com sucesso. Paciente evoluiu estável durante todo o procedimento anestésico cirúrgico, com exames laboratoriais normais. Extubada sem déficits neurológicos e encaminhada ao CTI. Recebeu alta hospitalar no 5º dia de pós operatório. **DISCUSSÃO:** A clipagem de aneurismas complexos geralmente apresenta dificuldade técnica pela localização de difícil acesso, pela impossibilidade de colocação de clip temporário ou pelo risco de sangramento no per-operatório. Os recentes relatos mostram a utilidade da adenosina na geração de parada cardíaca transitória ou hipotensão grave, facilitando a manipulação cirúrgica desses aneurismas. Nenhum dos estudos cita qualquer complicação grave associada ao uso desse antiarrítmico, além de vantagens como resposta previsível, curta duração e ausência de comprometimento clínico importante no paciente neurológico, ou seja, baixa morbidade per-operatória. **REFERÊNCIA:** 1. Bebawy, JF, Gupta, DK, Bendok, BR, et al. Adenosine-Induced flow Arrest to Facilitate Intracranial Aneurysm Clip Ligation: Dose_Response Data and Safety profile. *Anesth Analg.* 2010 May;110(5):1406-112 2. Bendok, BR, Gupta, DK, Rahme, RJ, et al. Adenosine for Temporary Flow Arrest During Intracranial Aneurysm Surgery: A Single-Center Retrospective Review. *Neurosurgery.* 2011 Oct;69(4):815-20.

BRONCOESPASMO E RABDOMIÓLISE APÓS INFUSÃO CONTÍNUA DE PROPOFOL EM CIRURGIA BARIÁTRICA

AUTORES:

Eulivia de Oliveira Maia*, Emílio Pinto de Andrade, Ana Carolina Barros Maia, Leopoldo Palheta Gonzalez.

INSTITUIÇÃO:

Fundação Hospital Adriano Jorge.

INTRODUÇÃO: Com a melhoria do padrão de vida, as cirurgias bariátricas são cada vez mais frequentes em nosso meio. Dentre as técnicas disponíveis, a anestesia geral venosa total constitui uma técnica anestésica que tem demonstrado efetividade com conforto e segurança, proporcionando um despertar mais rápido e seguro nesses pacientes. **RELATO DE CASO:** Paciente LNM, sexo feminino, 30 anos, 105 kg, 1,51m, ASA 2, portadora de asma brônquica e obesidade mórbida. Durante a avaliação pré-anestésica relatou suspensão do bypass gástrico há 15 dias por conta de broncoespasmo na indução, após o qual foi encaminhada ao pneumologista, que liberou a paciente para uma nova cirurgia mediante ao uso prévio de corticóide endovenoso e spray. Não foi administrada medicação pré-anestésica. A paciente foi monitorizada com cardioscópio, oximetria de pulso e pressão arterial não invasiva. Ao exame físico ausculta pulmonar não apresentou alterações significativas. A indução foi realizada com Fentanil 200mcg, propofol 200mg, e succinilcolina 100mg, intubação orotraqueal e manutenção com propofol e remifentanil em bomba de infusão contínua, rocurônio 50mg, hidrocortisona 500mg, dipirona 3g, ondansetrona 8mg. Logo após intubação a paciente apresentou queda na saturação de oxigênio, capnografia com padrão ascendente e aparecimento de sibilos a ausculta respiratória, administrado então mais hidrocortisona 500mg e 1mg de adrenalina, com melhora do quadro. No decorrer de aproximadamente 3 h de procedimento houve estabilidade hemodinâmica, com manutenção dos níveis tensionais e frequência cardíaca e manutenção dos níveis de oximetria. Antes do final do procedimento, administrou-se 10mg de Nalbufina com fins de analgesia. Após o término do procedimento, antes da extubação a paciente apresentou respiração laboriosa, que não cedeu após o uso de propofol 100mg e aminofilina 240mg. Sem que tenha apresentado melhora do quadro, optou-se então por encaminhar paciente intubada para UTI onde foi admitida taquicárdica e com alteração de repolarização. Foi mantida sedada e intubada, com coletas seriadas de enzimas cardíacas e ECG 2 vezes ao dia onde se observou níveis aumentados de CPK e a presença de troponina, sendo assim procedeu-se com cateterismo cardíaco, que não mostrou alterações. Diagnosticou-se então rabdomiólise, tratada após 5 dias recebeu alta da UTI em bom estado geral. **DISCUSSÃO:** A rabdomiólise é uma entidade comum e, não raras vezes, de etiologia multifactorial. Ocorre normalmente em indivíduos saudáveis, na sequência de traumatismo, atividade física excessiva, crises convulsivas, consumo de álcool, infecções e outras drogas como o propofol. A síndrome da infusão do propofol tem sido descrita após infusão contínua de altas doses por tempo prolongado como 12 horas. Mesmo assim vale lembrar uma vez que está associada tanto a administração de corticóide quanto a doenças do aparelho respiratório. **REFERÊNCIA:** Tratado de Anestesiologia – 6ª edição.

CHECKLIST DE INTERVENÇÃO NO PÓS-OPERATÓRIO EM PACIENTES COM SHO

AUTORES:

Olavo Satoshi Arantes*, Bárbara Maria de Macêdo Samaan, Karolinne Souto de Figueiredo, Marcelo Vargas Balleroni, Basilio Yoshio Okuda.

INSTITUIÇÃO:

Faculdade de Medicina de Marília.

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Obesidade Hipoventilação (SHO) é a combinação de obesidade e hipercapnia crônica durante a vigília acompanhada de distúrbios respiratórios do sono. Essa hipoventilação causa hipercapnia acompanhada de hipoxemia. O uso do *Checklist* aumenta a segurança, reduzindo as complicações e mortes evitáveis decorrentes do procedimento anestésico-cirúrgico. **RELATO DE CASO:** Gestante, 24a, G3P2AO, IG: 38s3d, 186kg, 1,73m, IMC: 60kg/m², ASA III, 2 cesáreas prévias, deu entrada para realização de cesariana de urgência devido a início de trabalho de parto. Relatava apnéia obstrutiva do sono e sonolência diurna, negava comorbidades. Ao exame: pescoço curto e largo, abertura restrita da boca, mobilidade cervical e mandibular limitada, mamas grandes, Mallampati: IV. AR: MV em ambos ht e diminuídos em base. Realizado anestesia subaracnóidea em L3-L4, agulha longa 22G, administrado bupivacaína a 0,5% 10mg + morfina 50mcg em 70s, colocado cunha de Crawford, nível sensitivo T6, administrado fenilefrina em infusão contínua. Não realizado sedação. No pós-operatório evolui com hipersonolência, dessaturação (85% sem O2), retenção de CO2, cianose, melhorando com o uso do CPAP. Encaminhada a UTI recebendo alta 24 h após melhora. **DISCUSSÃO:** Na suspeita de SHO, quando possível realizar polissonografia para quantificar a gravidade da apnéia e nos casos indicados, titular o CPAP ideal. No pré-operatório, realizar CPAP por 4 a 6 semanas para reduzir edema das VAS e as complicações clínicas da doença. Nos casos graves, traqueostomia considerada. Potenciais problemas podem ocorrer tanto na anestesia geral e sedação bem como nos bloqueios neuroaxiais altos. No intuito de diminuir as complicações, a realização do *Checklist* de intervenção baseado em evidências deve ser utilizado no pós-operatório: PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO, monitorização cardiorespiratória nas primeiras 24hrs ou até SatO2 manter em ar ambiente; CRITÉRIOS DE EXTUBAÇÃO: totalmente desperto, respondendo a comandos, conseguindo erguer a cabeça > 5s, capacidade vital > 15cc/kg, força inspiratória < -25cmH2O e fr>12irpm; após extubação mantê-lo em cafaloacive 30 graus, titular oxigênio até SpO2 > 95 ou > 90% em ar ambiente; cautela ao usar sedativos e opióides, se possível manejar dor com AINES, cetamina, tramadol e/ou modalidade não farmacológica. PERÍODO DO SONO: paciente com uso prévio de CPAP, administrá-lo com o seu equipamento, se possível; cânula de guedel; posição de "cadeira de praia" para minimizar risco de colapso do palato mole; usar capnografia para investigar hipoventilação e intervir antes de hipoxemia ou apnéia ocorrer. É fundamental o seguimento de um *Checklist* pelo anestesiolista que contemple o diagnóstico prévio ou a identificação dos fatores de risco para a doença, reduzindo assim a morbimortalidade pós-operatória. **REFERÊNCIA:** Gammon BT, Ricker KF. An evidence-based *checklist* for the postoperative management of obstructive sleep apnea. J Perianesth Nurs. 2012;27:316-22.

EFEITO ANALGÉSICO DO USO PRÉ-OPERATÓRIO DE GABAPENTINA EM CIRURGIA BARIÁTRICA

AUTORES:

Rafael Alves Abud, Marcos Oliveira Haddad, Guilherme Furtado Lima, Rafael Lobo da Silva Costa*, Ricardo Lima Garcia.

INSTITUIÇÃO:

HSJA.

INTRODUÇÃO: O presente estudo tem por objetivo avaliar o impacto da utilização de gabapentina em um esquema analgésico multimodal em cirurgia bariátrica laparoscópica, usando como método um estudo de ensaio clínico com grupo controle, randomizado e duplo-cego envolvendo 32 pacientes submetidos à cirurgia bariátrica (gastroplastia redutora em Y de Roux e Sleeve gástrico). O grupo gabapentina recebia 1200 mg da medicação entre 1 e 2 horas antes da indução anestésica. Enquanto o grupo controle recebia cápsulas sem princípio ativo (placebo). A técnica anestésica e analgesia pós-operatória foram padronizadas. a percepção da dor foi avaliada através de escala análogo visual em repouso e em movimento com 2, 4 e 24 horas após o término da cirurgia. A utilização de gabapentina no período pré-operatório foi eficaz em reduzir a dor, consumo de opióides e seus efeitos adversos no pós-operatório; porém houve maior sedação no grupo de intervenção. Conclui-se que a gabapentina é benéfica no controle da analgesia, consumo de opióides sem aumento expressivo de efeitos indesejados. **REFERÊNCIA:** Seib RK, Paul JE. preoperative gabapentin for postoperative analgesia: a meta-analysis. *can j anaesth* 2006;53:461-9 // the prevention of chronic postsurgical pain using gabapentin and pregabalin: a combined systematic review and meta-analysis *anesth analg* august 2012 115:428-442; published ahead of print march 103, 2012 doi:10. 1213/ane. 0b013e318249d36.

FATORES ASSOCIADOS À DOR PÓS-OPERATÓRIA NA UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA EM PACIENTES SUBMETIDOS À GASTROPLASTIA LAPAROSCÓPICA

AUTORES:

José Pedro Calistro Neto, Leopoldo Muniz da Silva, Cláudio Kakuda, Arthur de Campos Vieira Abib, Ronaldo Sa, João Bosco Amaral.

INSTITUIÇÃO:

Hospital São Luiz Rede D'or.

INTRODUÇÃO: A dor pós-operatória em pacientes obesos é um evento prejudicial para recuperação destes pacientes, retardando a alta e aumentando a chance de complicações. Muitos fatores intra-operatórios podem contribuir para um pior controle da dor na Sala de recuperação pós-anestésica. O objetivo deste estudo é determinar a incidência de dor na SRPA e averiguar quais os fatores associados à ocorrência de dor moderada ou intensa em obesos submetidos à gastroplastia, relacionando-os a possíveis complicações. **MÉTODO:** Estudo observacional analítico prospectivo incluindo 84 pacientes submetidos à anestesia geral inalatória com sevoflurano para gastroplastia laparoscópica. Na SRPA, os pacientes foram avaliados em 4 momentos distintos quanto à intensidade da dor pela escala numérica e verbal. A escala de Ransay e ocorrência de náuseas, vômitos e complicações respiratórias também foram avaliadas. O modelo de regressão logística foi utilizado para determinar as variáveis independentes associadas à dor na sala de recuperação pós-anestésica. **RESULTADO:** Na recuperação anestésica, a ausência de dor na admissão ocorreu em 61, 63% dos pacientes. A frequência de dor moderada a intensa, em algum momento na SRPA, correspondeu a 56, 98% dos pacientes analisados. Na análise multivariada, o uso do opióide fentanil em comparação ao sufentanil foi o único fator independentemente associado à dor na SRPA (RR 3, 07 – IC95% 1, 17-6, 4). O resgate de morfina foi realizado em 45, 35% dos pacientes na SRPA, sendo que 25, 53% dos pacientes que tiveram escore de dor maior do que 3 não receberam resgate de morfina. Não houve diferença entre o tipo de opióide utilizado e a ocorrência de NVPO ($p > 0, 05$). Os escores da escala de Ransay na SRPA não diferiu entre o tipo de opióide utilizado no intra-operatório ($p > 0, 05$). **CONCLUSÃO:** O único fator independentemente associado à dor na SRPA foi o tipo de opióide utilizado na indução anestésica. O uso do citrato de fentanila na dose de 5 μ cg. kg⁻¹ (peso real) aumentou a chance de dor na SRPA comparado ao uso do citrato de sufentanila na dose de 1 μ cg. kg⁻¹ (peso real) como opióide de indução anestésica. A dor pós-operatória ainda é um evento frequente que acomete a maioria dos pacientes e protocolos de analgesia precisam ser implementados para minimizar os efeitos que a dor subtratada pode causar. **REFERÊNCIA:** 1. Weingarten TN, Sprung J, Flores A, et al. Opioid requirements after laparoscopic bariatric surgery. *Obes Surg.* 2011;21(9):1407-12. 2. Gallagher SF, Haines KL, Osterlund LG, et al. Postoperative hypoxemia: common, undetected, and unsuspected after bariatric surgery. *J Surg Res.* 2010;159(2):622-6.

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL HEMORRÁGICO PERIPARTO

AUTORES:

Verônica Lívia Dias, Filipe Maia Araújo, Sergio Ricardo Botrel e Silva, Hugo Menin Franco da Fonseca, Daniel Câmara de Rezende, Alexandre Gonçalves Pereira de Carvalho.

INSTITUIÇÃO:

CET Hospital Felício Rocho

INTRODUÇÃO: O acidente vascular encefálico (AVE) é uma complicação rara na gestação, entretanto suas consequências podem ser devastadoras. Existem poucos dados disponíveis sobre sua incidência, fatores de risco e desfecho de tal situação. **RELATO DE CASO:** Paciente G1P0A0 38 anos, previamente hígida, 39 semanas com queixa de cefaleia de início súbito de média/forte intensidade e dor abdominal 5/5 minutos iniciadas há cerca de 2h. Cartão de pré-natal com 9 consultas com medidas de pressão arterial (PA) tendendo à baixa. Ao exame do pronto atendimento obstétrico a paciente apresentava PA 130/80 mmHg, colo uterino fechado, polo fetal alto, contrações uterinas adequadas. Após 4 horas sem alterações na altura fetal ou na condição do colo uterino, foi indicada cesariana. Paciente dá entrada na sala cirúrgica mantendo cefaleia, PA 140/90 mmHg e frequência cardíaca 90 BPM. Realizado punção peridural em L3/L4 e injetado na primeira seringa 6ml de lidocaína 2% com epinefrina para dose teste sem alteração de frequência cardíaca. Na segunda seringa foi utilizado morfina 2mg, fentanil 0, 1mg, 10ml de lidocaína 2% com epinefrina e 6ml de bupivacaína 0, 5%. Paciente queixa piora da cefaleia após o início do procedimento e apresenta disartria e hemiplegia E, sem rebaixar o nível de consciência. Bloqueio anestésico adequado sem queixas algícas relacionadas ao ato cirúrgico. Manteve medidas de PA sistólica entre 140 e 150 mmHg e FC entre 88 e 105 BPM durante a cesárea. Paciente encaminhada prontamente para realização de tomografia que revelou hemorragia ganglionar D. Paciente levada para o CTI onde permaneceu por 3 dias, recebendo alta após 7 dias de internação hospitalar sem mais intercorrências. Arteriografia cerebral revelou 2 microaneurismas em leito de artéria cerebral média à E. Após 3 meses do evento, paciente apresenta-se com paresia leve/moderada à E. **DISCUSSÃO:** Provavelmente a elevação de PA apresentada pela paciente pode ter sido suficiente para desencadear este sangramento, já que a paciente possuía medidas de PA prévias tendendo a baixa. Este aumento de PA possivelmente foi desencadeado pela dor do trabalho de parto e agravado pela ansiedade do procedimento. A hipótese de pré-eclâmpsia é menos provável, pois a paciente apresentou propedêutica para tal condição após o evento normal e uma medida de PA no consultório três dias antes de 100/60 mmHg. Também não parece plausível que este evento tenha sido desencadeado por injeção intravascular dos anestésicos locais, pois não houve elevação da frequência cardíaca, houve bloqueio satisfatório e não apresentou crise convulsiva. Felizmente, o AVE é um evento raro, porém quando ocorre possui alta morbimortalidade. O diagnóstico e a terapêutica precoce podem minimizar as sequelas advindas do evento. **REFERÊNCIA:** Bateman BT, Schumacher HC, Wang S, et al. *Anesthesiology*. 2009 Feb;110(2):231-8

ADMINISTRAÇÃO INADVERTIDA DE DOSE ELEVADA DE MORFINA POR VIA SUBARACNOÍDEA EM CESARIANA. RELATO DE CASO

AUTORES:

José Alfredo Alves Ferreira Júnior, Rossana SantAnna de Melo Lins, Ruy Leite de Melo Lins Filho, Marcelo Cavalcanti de Sá Gondim, Emmanuel Victor Magalhães Nogueira, Clístenes Cristian de Carvalho.

INSTITUIÇÃO:

Hospital das Clínicas - UFPE.

INTRODUÇÃO: A administração subaracnoídea de morfina é técnica consagrada na analgesia pós-cesariana, sendo um dos componentes da abordagem multimodal. Entretanto, sua utilização não é isenta de efeitos colaterais e riscos potenciais. Relatamos a seguir caso de administração de 4 mg de morfina na raquianestesia, em gestante a ser submetida a cesariana. **Relato do caso:** Paciente de 19 anos, com pré-eclâmpsia grave, em uso de sulfato de magnésio, em indução do trabalho de parto. Evoluiu com picos pressóricos e oligoamnio (ILA= 4, 5). Realizada raquianestesia lombar com 2, 4 ml de bupivacaína hiperbárica 0, 5% (12 mg) e 0, 4 ml de morfina 1% (4 mg), dose 50 vezes maior que a pretendida. A paciente não apresentou intercorrências durante o intra-operatório (60 min). Logo após o término do procedimento, queixou-se de prurido intenso generalizado. Após conferência, foi constatada a troca de ampolas (0, 2 mg/ml por 10 mg/ml), sendo administrado imediatamente 0, 04 mg de cloridrato de naloxona, repetido em mais 2 ocasiões com intervalos de 40 min, e em seguida iniciada infusão contínua na dose de 2 µg/kg/h. A paciente permaneceu na SRPA com monitorização de rotina e sondagem vesical. Cerca de 3 horas após início da naloxona observou-se pico pressórico, sendo necessário reduzir dose para 1µg/kg/h. Não houve queixa de dor ou náusea. Evoluiu com sonolência e FR média de 8 irpm. Realizada gasometria arterial 10 horas após dose do opióide, evidenciando pH = 7, 26, PaCO₂ = 51 mmHg, PaO₂ = 143 mmHg, bicarbonato= 22, 9 mEq/L. Iniciada fisioterapia respiratória, VNI intermitente, com melhora gradual da sonolência e bradipnéia, retorno da gasometria à normalidade, possibilitando o desmame completo da naloxona e alta da SRPA, 40 horas após o procedimento. **DISCUSSÃO:** Doses excessivas de opióides podem causar hipotermia, náusea, prurido, retenção urinária, mioclonia, edema pulmonar, depressão respiratória, coma e morte. Alguns tratamentos foram sugeridos, como drenagem liquórica e substituição por solução fisiológica, ventilação mecânica e infusão de naloxona, antagonista competitivo dos receptores opióides. O início precoce da terapia com naloxona, em doses adequadas para evitar a depressão respiratória pela morfina sem os efeitos simpatomiméticos do antagonista foram essenciais para o manejo adequado do paciente, sem necessidade de terapia intervencionista. A aparência similar entre as ampolas de morfina de 0, 2 mg/ml e de 10 mg/ml foi a principal causa deste evento, embora não o justifique, pois a atenção constante deve ser a regra. Ressaltamos a importância de guardar as ampolas utilizadas em cada paciente. **Bibliografia:** Morais BS, Silva YP, Cruvinel MGC et al. *Administração inadvertida de 4 mg de Morfina por Via Subaracnoídea. Relato de Caso. REFERÊNCIA:* Rev Bras Anestesiol, 2008; 58(2) 160-164. Cannesson M, Nargues N, Bryssine B et al. *Intrathecal morphine overdose during combined spinal-epidural block for caesarean delivery. British Journal of Anaesthesia*, 2002; 89(6) 925-927.

ANALGESIA PARA O TRABALHO DE PARTO EM GESTANTE PORTADORA DE LESÕES CUTÂNEAS EM REGIÃO LOMBOSSACRA

AUTORES:

Eliane Cristina de Souza Soares, Ana Luiza Murta Timponi de Moura, Pamella Braga Moraes, Fabricio Dias Antunes*.

INSTITUIÇÃO:

CET IPSEMG - Hospital Governador Israel Pinheiro, Al. Ezequiel Dias, 225 Centro, Belo Horizonte MG.

INTRODUÇÃO: As técnicas neuroaxiais são atualmente os métodos mais efetivos para controle da dor durante o trabalho de parto. Em algumas situações, entretanto, o emprego destas técnicas é limitado pela existência de contraindicações maternas. Nestes casos, o remifentanil representa uma alternativa promissora e com melhores resultados quando comparado às demais técnicas sistêmicas e inalatórias. **RELATO DO CASO** - 30 anos, primigesta, 39 semanas, IMC 27, 34 kg/m², ASA I, em fase ativa do trabalho de parto, com colo 6cm de dilatação e dor intensa às contrações uterinas (EVA 8/10). Acompanhamento pré-natal sem intercorrências. Ao exame físico, identificadas inúmeras lesões descamativas, não hiperemiadas e não pruriginosas, de morfologia variada, cobrindo toda a região dorsal. Após monitorização habitual, foi iniciada analgesia venosa com remifentanil 0,025mcg/kg/min em infusão contínua, com aumento de 0,05mcg/kg/min a cada 3-5 minutos, até analgesia satisfatória (EVA 2/10) em dose de 0,175 mcg/kg/min. Foi iniciado O₂ suplementar por CN a 3L/min e paciente manteve SpO₂ > 94%. Não houve apnéia, sondação excessiva, instabilidade hemodinâmica, náuseas/vômitos, prurido ou oscilações patológicas de BCF durante o acompanhamento. Após 40 minutos, a paciente queixou piora do quadro algico, com relato de dor intensa (EVA 10/10). Optou-se pelo aumento gradativo da dose até controle algico satisfatório (EVA 2/10) em 0,275 mcg/kg/min, mantida durante o período expulsivo. Nesta dose, a paciente manteve Ramsay 3 e cooperou com os puxos. O tempo total de infusão do remifentanil foi de 90 minutos, com interrupção após saída do pólo cefálico. O neonato necessitou de O₂ suplementar sem VPP, por leve depressão respiratória, resolvida em poucos minutos. **DISCUSSÃO:** Ao longo dos últimos anos, o uso do remifentanil venoso em analgesia para o trabalho de parto tem mostrado resultados satisfatórios em técnicas de infusão contínua, associadas ou não a bolus controlados pela paciente, sendo indicado nas situações em que há contraindicação aos bloqueios neuroaxiais. A garantia de uma analgesia adequada, no entanto, em especial durante o segundo estágio do trabalho de parto, continua sendo um grande desafio. O aumento das doses em infusão contínua ou bolus é descrito em alguns casos e uma dose teto de segurança ainda não foi estabelecida. Estudos adicionais, no entanto, são necessários para avaliar o risco do comprometimento da segurança materna e neonatal com o aumento das doses, principalmente pelo maior risco de depressão respiratória, como descrito neste caso. **REFERÊNCIA:** - Balki M et al. Remifentanil patient-controlled analgesia for labour: optimizing drug delivery regimens. *Can J Anaesth.* 2007;54(8):626-33. Tveit T O et al. Efficacy and side effects of intravenous remifentanil patient-controlled analgesia used in a stepwise approach for labour: an observational study. *Int J Obst Anesth.* 2013;22:19-25

ANESTESIA EM GESTANTE COM HEMOGLOBINOPATIA SC

AUTORES:

Andrea Goulart Penteado Kalil Issa, Karen Raquel Barban, Mônica Braga da Cunha Gobbo, José Rubens Pelaio Fernandes Junior*, Mariana Marques dos Santos, Edgar Yugue.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Maternidade Celso Pierro - PUC Campinas.

INTRODUÇÃO: As anemias hereditárias são as mais comuns das doenças determinadas geneticamente e são frequentes na população brasileira. Dentre as hemoglobinopatias (HB), as mais prevalentes são as HB S e C, produzindo doença quando em homozigose. Os duplos heterozigotos SC são também conhecidos como doença da hemoglobina C, cujo curso clínico é de uma doença falciforme (DF) de intensidade menos grave. Entre 25 e 30% dos pacientes com DF submetidos à cirurgia terão complicação pós-operatória. As principais são: síndrome torácica aguda, infecção na ferida operatória, priapismo, AVC e episódio algico agudo. As complicações cirúrgicas da DF são responsáveis por 7% do total de óbitos. Em pacientes não grávidas, formas clínicas menos graves, como a HB SC podem passar despercebidas. Estas pacientes, quando engravidam, podem evoluir de forma tão grave quanto à anemia falciforme. Este relato de caso tem como objetivo alertar sobre a existência da HB SC e seu curso clínico semelhante à DF. **2. RELATO DE CASO** BGB, 29 anos, negra, ASA III, tercigesta 33 semanas, portadora de traço falciforme em profilaxia para TVP com enoxaparina (há 4 horas). Indicada cesariana de urgência pela queda do estado geral. Admitida taquipnéica, taquicárdica, decorada, SpO₂=92% com máscara de oxigênio. Exames pré-operatórios: Hb/Ht=8, 4/24, 1; plaquetas=64.000 e TTPA alargado. Decidiu-se pela anestesia geral balanceada, indução em sequência rápida com fentanil, propofol e succinilcolina e, manutenção com sevoflurano. Foi extubada e encaminhada à UTI onde apresentou síndrome torácica aguda com parada circulatória e óbito. A hipótese diagnóstica foi confirmada por necropsia com crise de falcização sistêmica e HB SC. **3. DISCUSSÃO:** A avaliação pré-operatória de paciente com HB SC deve nos informar a função hepática, renal, hemograma, coagulograma e Rx de tórax. Devemos evitar e tratar fatores que precipitam a falcização microvascular tais como hipóxia, acidose, hipotermia, desidratação, stress e infecções. A transfusão sanguínea visando Hb>10 mg/dl ainda é controversa. Nos casos de cirurgia de emergência, a transfusão reduz as células anormais sem aumento da viscosidade sanguínea. O uso de heparina está indicado conforme protocolo utilizado na população em geral. A escolha entre anestesia geral e local deve ser individual e os cuidados pós-operatórios incluem analgesia adequada, espirometria de incentivo, deambulação precoce e suplementação com oxigênio. As complicações pulmonares/síndrome torácica aguda são as mais prevalentes em gestantes com hemoglobinopatias e ocorrem de formas semelhantes na anemia falciforme e HB SC. **4. REFERÊNCIA:** 1. FRIEDRISCH, J. R. ; Cirurgia e Anestesia na Doença Falciforme. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.*, S. J. do Rio Preto, v. 29, n. 3, Sept. 2007. 2. ANVISA . Manual de Diagnostico e Tratamento de Doenças Falciformes. Disponível em: . Acessado em 02/06/2013.

ANESTESIA EM GESTANTE COM PLACENTA PRÉVIA. RELATO DE CASO

AUTORES:

Flávio Amim Abrahão, Kariny Sheyla Rodrigues Maranhão, Joyce Lopes Cardoso, Celso Schmalfluss Nogueira, Felipe Souza Thyrso de Lara, Carlos Eduardo Menegusse Andrade.

INSTITUIÇÃO:

GET em Anestesiologia da Santa Casa de Santos.

INTRODUÇÃO: – Anestesia Obstétrica representa o dia-a-dia de grande parte dos anesthesiologistas. Sempre nos deparamos com situações de possível complicações importantes. A inserção viciosa da placenta é um destes casos. Relato dos Caso: Gestante E. A. M. C, 33 anos, G4P3A0, no curso da 37ª semana de idade gestacional, apresenta quadro de sangramento vaginal copioso, em grande quantidade. Negava comorbidades ou alergias. Exame físico: BEG, hidratada, anictérica, afebril, acianótica, PA = 145 x 90. FC = 93. SatO2 = 98%. Peso = 75 kg. ACP: Ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas normofônicas, sem sopros. FC = 72; AP: Murmúrio vesicular positivo bilateralmente, sem ruídos adventícios. Abdome: Altura uterina = 32 cm. BCF = 150 bpm. Movimentos fetais presentes. Exames laboratoriais apresentando Hb: 8, 9 mg/dl, outros sem alterações. Perfil Biofísico Fetal: Tônus fetal preservado (2 pt), movimentos corporais preservados (2 pt), movimentos respiratórios preservados (2 pt) e ILA normal (2 pt). USG gestacional com Doppler: placenta prévia centro total grau II; RNM abdominal total: bordo inferior da placenta recobrimdo totalmente o orifício interno do colo uterino, caracterizando placenta prévia centro total. Ausência de hematoma retroplacentário e acretismo. Conduta: Acesso venoso: cateter intravenoso 16G em MSD. Realizada reserva 2 concentrados de hemácias. Foi realizada anestesia geral balanceada, Etomidato 15 mg / Lidocaína sem vaso 80mg / Succinilcolina: 80 mg / Alfentanil 2, 5 mg, com intubação em sequencial rápida (tubo 7, 0 com cuff), após colocação de campos estéreis. Manutenção: Sevoflurano 1, 8%. Midazolam: 3mg. Fentanil 250 µg. . Mantida em ventilação mecânica. Cesariana com duração de 1 hora e sem intercorrências. Paciente foi extubada em sala de operação, despertou sem queixas e evoluiu bem. **DISCUSSÃO:** – O preparo para a anestesia em pacientes com inserção viciosa da placenta apresentando anemia e hemorragia copiosa demanda uma atenção especial do anesthesiologista em relação a possibilidade de risco de vida da gestante. O anesthesiologista deve estar preparado para discernir entre os casos que podem evoluir de forma trágica. REFERÊNCIA. J Obstet Gynaecol Can. 2013 May;35(5):417-25. Multidisciplinary management of invasive placenta previa. Walker MG, Allen L , Windrim RC, et al. ; Ginekol Pol. 2012 Feb;83(2):99-103. Management of anesthesia for cesarean section in parturients with placenta previa with/without placenta accreta: a retrospective study. Kocaoglu N, Gunusen I, Karamam S, et al.

ANESTESIA EM GESTANTE PORTADORA DE OSTEÓGENESIS IMPERFECTA: RELATO DE CASO

AUTORES:

Victor Cesar Torres Ferreira*, Syme Benitah Honda, Marcelo Vaz Perez, Maurício Luiz Malito, Paulo Lopes Riemma.

INSTITUIÇÃO:

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

INTRODUÇÃO: A Osteogenesis Imperfecta (OI) é doença rara com prevalência de 1:20000 na população geral e 1:25000 a 30000 em gestantes. Resulta de mutações genéticas que envolvem a produção do colágeno tipo I, causando alterações de tecidos como ossos, tendões e pele. O paciente pode apresentar fraturas ósseas, cardiopatias, valvulopatias, pneumopatias e alteração de coagulação. É classificada em 8 subtipos com espectros clínicos variados. O tipo I é o mais comum, forma clínica leve, e o tipo II geralmente é letal. A importância do tema se deve a raridade do caso e escassez de artigos publicados. Relato do Caso: Paciente portadora de OI tipo II não letal submetida à cesariana de urgência. Gestante, 28 anos, com idade gestacional 34 semanas com cesárea prévia há 4 anos, sem outras comorbidades, chegou ao pronto socorro em dinâmica uterina com 1 cm de dilatação e colo uterino esvaecido. Ao exame físico apresentava estatura de 90cm, peso de 30, 5kg, cifoescoliose toracolombar e deformidades importantes com encurtamento de membros devido a fraturas na infância. Ao exame da via aérea, mallampatti 3, pescoço curto com extensão limitada e prognatismo. Exames laboratoriais e sorologias normais. Monitorada com cardioscopia, pressão arterial não invasiva e oximetria de pulso. Realizado estudo de coluna lombar com ultrassom e optado pela realização de raquianestesia com a paciente sentada, técnica paramediana em L3-L4. Após punção única com agulha de Whitacre 27G, foi injetado 6mg de bupivacaína hiperbárica, 5mcg de sufentanil e 60mcg de morfina. Após 10 minutos, apresentou bloqueio motor parcial em membro inferior direito com função motora preservada em membro inferior esquerdo e bloqueio sensitivo até nível T10. Optado pela realização de peridural com a paciente em decúbito lateral direito e passagem de cateter para complementar o bloqueio. Puncionado em L3-L4 com agulha de Tuohy 18G sob técnica de perda da resistência do ar, ocorrendo perfuração acidental da dura-máter. Foi decidido, então, por abandono da técnica e realização de anestesia geral com intubação orotraqueal (IOT) com a paciente acordada sob anestesia tópica e remifentanil em bomba de infusão contínua na dose 0, 05mcg/kg/min. À laringoscopia direta apresentava Cormack-Lehane 2B e utilizado bougie para IOT com cânula 6, 0 com cuff. Feita indução venosa com 100mg de propofol e 30mg de rocurônio após confirmação pela capnografia, e manutenção com propofol 100mcg/kg/min e remifentanil 0, 1mcg/kg/min. Ao final, com auxílio do Train of Four (TOF), administrado sugamadex 3mg/kg e paciente desintubada sem intercorrências. **DISCUSSÃO:** Este relato enfatiza a importância do anesthesiologista na escolha da técnica anestésica mais apropriada a cada paciente e no seu manejo perioperatório, atentando para imprevistos e particularidades inerentes aos procedimentos realizados. **REFERÊNCIA:** Lyra TG, Pinto VA, Ivo FA et al. Osteogenesis Imperfecta em Obstetrícia. Relato de Caso. Rev Bras Anestesiol 2010;60:3:321-324.

ANESTESIA EM PACIENTE GESTANTE COM RUPTURA DE ARTÉRIA UTERINA

AUTORES:

Nivaldo Simoes Correa, Walter Luiz Ferreira Lima, Humberto Arcoverde Viana Coelho, João Paulo Simões Domeni, Gabriel José Redondano de Oliveira, Fernanda Ferreira Teles.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Vera Cruz - Campinas.

INTRODUÇÃO: A ocorrência de ruptura de artéria uterina em gestante é algo extremamente raro na literatura médica. Pode ocorrer tanto a ruptura de artéria uterina quanto a ruptura espontânea de vasos ovarianos. Esta ruptura pode favorecer uma alta incidência de mortalidade materno-fetal. O interesse deste relato é enfatizar as dificuldades diagnósticas de ruptura de artéria uterina durante a gravidez e fazer a escolha anestésica apropriada para essa intercorrência obstétrica. Relato do caso: Paciente do sexo feminino, 31 anos, ASA I, branca, 70 kg, primigesta, 38 semanas, deu entrada no centro cirúrgico, para cesariana de urgência, apresentando hemorragia intra-abdominal diagnosticada via ultrassonografia abdominal. Monitorizada com oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva, cardioscopia, BIS, acesso venoso 14 e 18 em membro superiores. Realizado anestesia venosa total, com intubação em sequência rápida, manobra de selick, tubo 7, 0 com cuff, sem intercorrências. Indução com 200 microgramas de remifentanil, 84mg de rocurônio, 20 mg de etomidato. Após nascimento, realizado 35 microgramas de sufentanil, 2g dipirona, metadona 5mg, Após exploração da cavidade abdominal, constatou-se ruptura artéria uterina, com sangramento ativo na cavidade, onde após o clampeamento desta, houve o cessamento hemorrágico, não apresentando instabilidade hemodinâmica. Ao nascimento, o RN apresentou-se atônico e em parada cardio-respiratória, sendo prontamente iniciado manobras de ressuscitação pelo neonatologista por 40 minutos, sem sucesso. Após fechamento de cavidade, paciente foi extubada sem intercorrências, não apresentando dor e hemodinamicamente estável (Hb 9, 8 ; Ht 38%) e conduzida para a recuperação anestésica. **DISCUSSÃO:** A anestesia geral na paciente obstétrica envolve riscos conhecidos, entretanto é indicada em casos de instabilidade hemodinâmica como este. A indução com remifentanil permite bom manuseio da analgesia intraoperatória e hemodinâmica. A ruptura de artéria uterina é um evento raro e catastrófico, exigindo tratamento imediato, com riscos de óbito materno e fetal. A fisiopatologia da ruptura espontânea ainda não é claro mas acredita-se que durante a gravidez, há um aumento do débito cardíaco fisiológico e volume de sangue circulante responsável por um aumento no tamanho dos vasos uterinos. O aumento repentino da pressão veia ovariana associa-se a ausência de válvulas venosas sendo um fator predisponente. Vários fatores a ruptura foram citados na literatura: contrações uterinas, tosse, defecação e sexo. **REFERÊNCIAS:** 1] Ginsburg KA, Valdes C, Schnider G. Spontaneous utero-ovarian vessel rupture during pregnancy: Three case reports and a review of the literature. *Obstet Gynecol* 1987;69:474-6. 2] Ziereisen V, Bellens B, Gerard C, Baeyens L. Ruptur spontane e des vaisseaux utéro-ovariens dans le postpartum : à propos d'un cas et revue de la litterature. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003;32:51-4.

ANESTESIA EM PACIENTE OBSTÉTRICA USUÁRIA DE CRACK

AUTORES:

Rogério Luis Acácio Souza, José Admirço Lima Filho, Ricardo Almeida de Azevedo, Ticianá Goyanna Lyra Dantas Cardoso, Carlos Kleber Oliveira de Santana.

INSTITUIÇÃO:

CET do Hospital Geral Roberto Santos.

INTRODUÇÃO: Crack é uma droga, geralmente fumada, feita a partir da mistura de pasta de cocaína com bicarbonato de sódio. Em relação ao seu preço, é uma droga mais barata que a cocaína, sendo que o uso de cocaína no Brasil foi substituído pelo crack, que provoca efeito semelhante, sendo tão potente quanto a cocaína injetada. A forma de uso do crack também favoreceu sua disseminação, já que não necessita de seringa. A maioria das usuárias de substâncias ilegais está em idade fértil, o que transforma o uso do crack frequente em obstetrícia. O objetivo deste trabalho foi revisar as informações sobre o crack e suas interações com a anestesia em obstetrícia. **RELATO DE CASO:** Paciente feminino, 20 anos, 66kg, usuária de drogas recreativas (maconha, cocaína e crack), 37 semanas de gestação, sem acompanhamento pré-natal, cursando com sangramento transvaginal importante secundário a DPP (deslocamento prematuro placentário), emergência obstétrica. Na indução foi administrado alfentanil 2, 5mg, etomidato 20mg e rocurônio 60mg. Entubada em sequência rápida por laringoscopia direta, acoplada ao ventilador mecânico e mantida anestesia com sevoflurane. Cursou com bom controle hemodinâmico no intra-operatório. Após o procedimento a paciente foi encaminhada para a UTI sob sedação e VM. Evoluiu sem intercorrências no pós-operatório imediato. **DISCUSSÃO:** Os efeitos provocados pelo consumo do crack incluem midríase, dor no peito, contrações musculares, precipitar o surgimento de convulsões e até coma. É sobre o sistema cardiovascular que os efeitos incidem mais intensamente e são decorrentes da capacidade do crack de, simultaneamente, aumentar os níveis de catecolaminas bem como bloquear a sua recaptação, o que leva a um agonismo contínuo em ambos os receptores alfa e beta e acarretam um importante aumento da pressão arterial. Distúrbios hipertensivos constituem o principal fator etiopatogênico envolvido no DPP. O crack se tornou na última década grandemente popular, principalmente em mulheres em idade fértil o que tornou o seu uso particularmente problemático em obstetrícia. Estar ciente das modificações provocadas pelo uso do crack em especial nas gestantes e reconhecê-las precocemente é fundamental para o manuseio adequado do paciente. **REFERÊNCIA:** 1. [Anesthesiological management of the drug-abusing parturient: relevance of maternal substance abuse for obstetric anesthesia]. Kork F; Kleinwächter R; Kaufner L; Weib-Gerlach E; Siedentopf JP; Spies C. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*; 46(10): 640-6, 2011 Oct.

ANESTESIA GERAL EM CESARIANA DE EMERGÊNCIA EM PACIENTE COM HELLP-RELATO DE CASO-AVALIANDO A TROMBOCITOPENIA X RAQUIANESTESIA

AUTORES:

Andrea Soubhia, Cecília Kleinubing Abal, Clariana Guedes Wagner, Jonathan Grub, Julio Cezar Dors Coracini, Nathalia Ethur.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal do Rio Grande-FURG-Residência Médica de Anestesiologia do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.

INTRODUÇÃO: A síndrome HELLP é uma complicação da pré eclampsia, a qual evolui com anemia hemolítica, plaquetopenia e elevação de TGO/LDH. Pode progredir com hemorragia importante (cerebral e hepática) e crises convulsivas, por encefalopatia hipertensiva, o que implica maiores cuidados na escolha do tipo de anestesia e na monitorização hemodinâmica transoperatória. A anestesia geral tem sido escolhida em pacientes com HELLP, porém classificar o número seguro de plaquetas e a paciente com real necessidade da técnica de anestesia geral ainda é um desafio. **RELATO DE CASO:** Primigesta, 20 anos, 65Kg, 163cm e IG 25+3. Consulta por cefaléia, epigastralgia e vômitos. Plaquetas iniciais 13. 5000. Após 6 horas plaquetopenia progride para 122. 000. Evoluiu com convulsão tônico clônico generalizada, sendo levada para cesariana de emergência ainda convulsionando e apresentando PA:180/100 e FC:140. Acesso periférico Abocath 18, infundido 1l SF0, 9%. Inicia indução anestésica com propofol (120mg) e Fentanil(200mcg). Omeprazol e metoclopramida para início da sequência rápida de IOT, Succinilcolina(50mg) mg e Sellick até insuflação do balonete(7mm). Manutenção da anestesia com Sevoflurano. RN nasce com apgar 5/8, administrado Naloxona pelo pediatra. Na UTI foi instituída terapia com Sulfato de Magnésio por 24h, Haldol, Clonazepan e Parlodel. **DISCUSSÃO:** Essa síndrome apresenta risco alto para a gestante e o bebê, sendo o parto o tratamento definitivo. A raquianestesia é a primeira escolha para quadros de trombocitopenia moderada não progressiva. A presença de trombocitopenia tem sido motivo de controvérsia devido ao risco de hematoma no neuroeixo e sequelas neurológicas. Porém ainda discute-se sua indicação ou não nos casos de trombocitopenia, devido a rara incidência de hematoma do neuroeixo, principalmente em raquianestesia, e a controvérsia quanto ao número mínimo seguro de plaquetas para a realização da anestesia regional. Na literatura não existem casos confirmados de hematoma no neuroeixo após anestesia regional em gestantes trombocitopênicas sem sinais de alterações de hemostasia. Atualmente o limite de plaquetopenia definido em alguns trabalhos para anestesia com bloqueio regional varia entre 50. 000 e 80. 000 como valores seguros; pois há indícios que a função plaquetária continua normal nesses valores. A anestesia geral, com o uso de opióide, leva a depressão respiratória do conceito, e o estímulo da laringoscopia pode aumentar ainda mais os níveis tensionais, já perigosamente aumentados nessas pacientes. Neste caso a anestesia geral foi a escolha devido ao quadro de instabilidade neurológica e da progressão da trombocitopenia em poucas horas. Deve-se avaliar a melhor técnica anestésica a ser empregada, individualizando a decisão com base nos riscos e benefícios, conforme o quadro clínico de cada paciente e a experiência da equipe. **REFERÊNCIA:** RBA2009;59:2:142-153, RBA1993;43:1:65-74, RBA1993;43:1:35-41, RBA1993;43:1:19-27, Miller'S Anestesia Setima Edição-Ronald D. Miller.

ANESTESIA GERAL EM GESTANTE COM SÍNDROME DE CHARCOT-MARIE-TOOTH: RELATO DE CASO

AUTORES:

Juliana Ribeiro Rodrigues Carneiro, Ricardo Almeida de Azevedo, José Admirço Lima Filho, Ticiano Goyanna Lyra Dantas Cardoso, Wilson Lincoln Muricy Filho.

INSTITUIÇÃO:

CET do Hospital Geral Roberto Santos

INTRODUÇÃO: A doença de Charcot-Marie-Tooth (CMT) é uma neuropatia periférica hereditária que resulta em atrofia muscular e perda da propriocepção nas áreas afetadas. Há controvérsias quanto a técnica anestésica ideal para cesariana em gestante com essa patologia. O objetivo desse relato é orientar o anestesiológico nesses casos. **RELATO DE CASO:** Gestante, 21 anos, primigesta, diagnosticada com CMT aos 11 anos, sem outras comorbidades associadas. Optado por realização de anestesia geral venosa total. Paciente foi induzida em sequência rápida com propofol 3, 5mg/kg e fentanil 9mcg/kg, sem uso de bloqueador neuromuscular (BNM). Manutenção com remifentanil e propofol PFS 1% em infusão contínua. Realizado analgesia pós-operatória com tramadol 100mg, dipirona 2000mg e cetamina 10mg. Terapia antiemética com dexametasona 10mg e ondansetrona 8mg. Procedimento sem intercorrências. **DISCUSSÃO:** A doença de CMT ocupa o primeiro lugar dentre as afecções neuromusculares hereditárias. É uma neuropatia periférica hereditária, que resulta em atrofia muscular e perda da propriocepção nas áreas afetadas. São descritos vários padrões de herança hereditária para a doença. Atualmente o padrão autossômico dominante é o mais comum. A doença se inicia na primeira ou segunda década de vida, produzindo uma degeneração primária crônica dos nervos periféricos, na bainha de mielina ou no próprio axônio. A doença de CMT deve ser considerada como uma doença neurológica suscetível a piora clínica pelo ato anestésico-cirúrgico. Existem controvérsias quanto ao ato anestésico ideal. A doença possui um comportamento altamente variável durante a gestação. Publicações anteriores alertam para não utilização dos BNM nesses pacientes. Em relação a succinilcolina, recomenda-se evitar seu uso, devido a maior liberação de potássio do intracelular devido à desnervação. Já nos BNM adespolarizantes, há relato de bloqueio neuromuscular prolongado. Com a diminuição de unidades neuromusculares, há maior sensibilidade ao BNM, o que aumenta a incidência de curarização residual e insuficiência respiratória no pós-operatório. Nesses pacientes com CMT há risco aumentado de hipertermia maligna. Em relação aos bloqueios de neuroeixo, esses não costumam causar piora clínica. No entanto, faltam estudos controlados que possam garantir a segurança dos mesmos. Por fim, a técnica anestésica adequada depende da condição clínica da paciente não existindo um consenso para esses casos de CMT. A escolha da técnica anestésica deve ser orientada pelas alterações neurológicas já estabelecidas, devido às possíveis demandas jurídicas. **REFERÊNCIA:** bibliográfica: Rev Chil Anestesia 2006; 35:187-190.

ANESTESIA NA GESTANTE COM ARTERITE DE TAKAYASU: RELATO DE CASO

AUTORES:

Herberth Duarte Cavalcante, Manoel Claudio Azevedo Patrocínio, Roberto Cesar Pontes Ibiapina, Danielle Maia Holanda Dumaresq, Plínio de Oliveira Holanda, Wilson Silva de Vasconcelos.

INSTITUIÇÃO:

Instituto Dr. José Frota Fortaleza-CE

INTRODUÇÃO: A Arterite de Takayasu (AT) é uma doença crônica, inflamatória e progressiva que causa estreitamento, oclusão e aneurismas das artérias sistêmicas e pulmonares, afetando principalmente a aorta. Acomete frequentemente mulheres em idade fértil. Os problemas relacionados à gestação e ao parto são superpostos às complicações cardiovasculares já existentes. Relato do caso: Gestante de 27 anos, G3P1A1, iniciou aos 15 anos com cansaço, anorexia e perda de peso, evoluindo com claudicação em membros superiores (MMSS) e assimetria da pressão arterial (PA) entre os mesmos, >10mmHg. Realizado Arteriografia de MMSS, mostrando a Artéria Subclávia Direita e Esquerda com lesões de 80% e 40%. A Artéria Axilar Esquerda mostrou lesão de 80%. Após o diagnóstico de AT, foi iniciado o tratamento com prednisona, metotrexate e ácido fólico. Internada para resolução da terceira gestação, com 38 semanas, apresentava pulsos periféricos assimétricos, mais intensos em membro superior esquerdo (MSE) e direito (MID). Monitorização da PA de forma não-invasiva foi 90x70mmHg (MSD); 100x80(MSE) e a frequência cardíaca (FC) era de 80bpm. A técnica escolhida foi a Raqui-anestesia com bupivacaína pesada 13mg, fentanil 20mcg e morfina 80mcg. Evoluiu no POI com um quadro de hipotensão grave (MSD-56x40; MSE-53x41 e MMII-106x60), sendo admitida na UTI. Ultrassonografia abdominal: imagem sólida na região pélvica de aproximadamente 300ml e líquido livre. Foi realizada laparotomia exploradora, e encontrado um volumoso hematoma cavidade abdominal. No 6° PO, recebe alta hospitalar com níveis pressóricos de 111x78 em MSD, 124x80 em MSE, 145x82 (em coxa) e 136x71 (em perna) em MID, e 138x73 (em coxa) e 136x83 (em perna) em MIE.

DISCUSSÃO: A gravidez não altera o prognóstico da AT, mas alguns eventos desfavoráveis como agravamento da hipertensão arterial e falência cardíaca podem ocorrer. Nas pacientes com as complicações da AT mesmo que compensadas, a monitorização da PA pode ser difícil. É essencial verificar a presença de pulso em artérias periféricas e aferir a PA todos os membros. Se houver grande diferença entre pressão dos MMSS e MMII (>20mmHg), uma boa alternativa é a monitorização em ambos os membros. Anestesia regional é considerada a escolha porque permite monitorar a perfusão cerebral por meio do nível de consciência da gestante. O controle rigoroso da PA e a manutenção da perfusão orgânica são as principais preocupações nessas pacientes. O período periparto é o mais crítico, com aumento do risco de morte materna devido à sangramentos, ruptura de aneurismas, insuficiência cardíaca congestiva, acidente vascular cerebral e insuficiência renal. **REFERÊNCIA:** 1- Rev. Bras. Reumatol. 2010, vol. 50, n. 3, pp. 291-298. 2 -Rev. Bras. Anesthesiol. , Ago 2011, vol. 61, no. 4, p. 482-485.

ANESTESIA NA GESTANTE COM HIPERTENSÃO PULMONAR

AUTORES:

Cleiton de Jesus Silva Teixeira*, Georgia Barroso Marques, Emilio Carlos Del Massa, Yuri Machado Rodrigues.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Santa Marcelina.

INTRODUÇÃO: Estenose mitral é a lesão valvar mais comum na gestação, tendo como causa principal a doença cardíaca reumática. A gravidez por si só impõe modificações hemodinâmicas significativas, colocando à prova o sistema cardiovascular e as cardiopatias são a primeira causa não obstétrica de morte materna no ciclo gravídico puerperal. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino, 32 anos, gestante G7P6A0, 35semanas e 6dias pela data da última menstruação, com diagnóstico prévio de Estenose Mitral moderada Reumática e Megaesôfago (corrigido em 2003). Após descompensação da cardiopatia durante sua última gestação gemelar em 2009 e com achado de trombo intra atrial foi submetida no puerpério a uma valvoplastia percutânea. Foi admitida em serviço médico para realização de parto cesáreo eletivo. Apresentava como queixa clínica dispnéia aos grandes esforços e edema de membros inferiores. Vinha em uso de benzetacil, propranolol e sulfato ferroso. Profilaxia para endocardite com Ampicilina e Gentamicina. Exames pré-operatórios: Hb=11, 7g/dL; plaquetas=288. 000/mm³ RTTPA=1, 69. Ecocardiograma: Valva mitral com refluxo discreto; gradiente diastólico transvalvar máximo de 20mmHg e médio de 10mmHg; área valvar estimada em 1, 3cm; hipertensão pulmonar (PSAP 52mmHg). Achados pré-operatórios: ASA III; PA=120x80mmHg; FC=85bpm; SatO₂=98% Em sala operatória posicionada em mesa cirúrgica com proteção dos pontos de pressão, monitorizada (ECG, PAI, PVC, SpO₂), acesso venoso central em veia jugular interna direita. Após pré-oxigenação por 3 minutos, realizou-se indução da anestesia geral com Fentanil 150mcg, Etomidato 20mg e Succinilcolina 70mg com realização de manobra de Sellick, intubação orotraqueal em sequência rápida e mantida em ventilação mecânica. A manutenção foi realizada com Sevoflurano 01 CAM, Cisatracúrio e Remifentanil. Recém nascido foi retirado em boas condições. Infundido 05UI de ocitocina IV. A anestesia teve duração de 75 minutos, sendo necessário a administração de noradrenalina na dose máxima de 0, 05mcg/kg/min. A paciente foi extubada e encaminhada para UTI já em desmame de droga vasoativa. Recebeu alta no 5° PO com acompanhamento com a cardiologia. **DISCUSSÃO:** A doença cardíaca permanece como causa frequente de morte durante a gravidez. A cardiopatia mais frequente na gravidez é a reumática, sendo que aproximadamente 90% de todas parturientes com doença cardíaca reumática tem estenose mitral como lesão predominante. Como consequência pode causar arritmias e edema pulmonar. A cardiopatia associada a hipertensão pulmonar foi minimizada com menor grau de alterações fisiológicas ao coração materno através de anestesia geral e droga vasoativa. **REFERÊNCIA:** (1) Moreira WR, Andrade LC; Anestesia para gestante cardiopata. Rev Med Minas Gerais 2009; 19(4 Supl 1): S21-S62. ; (2) Benali Zel A, Ahmaid H, Rachidi K et al. Mitral stenosis with term pregnancy: how to manage this case? Pan Afr Med J. 2013;10;14:144.

ANESTESIA PARA CESARIANA EM GESTANTE COM HIPERTENSÃO PULMONAR GRAVE: RELATO DE CASO

AUTORES:

Luis Eduardo Rias Cardoso, Eliane Cristina de Souza Soares, Eduardo Giarola Almeida, Felipe Millen Azevedo, Michael Arthuso Lima Moreira*, Alcebiades Vitor Leal Filho.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal de Minas Gerais.

INTRODUÇÃO: – A hipertensão pulmonar é uma condição de fisiopatologia complexa que pode resultar, pelo aumento progressivo da resistência vascular pulmonar, em disfunção de ventrículo direito e alta morbimortalidade. As alterações hemodinâmicas próprias da gestação tendem a piorar a hipertensão pulmonar, levando a um aumento na incidência de suas complicações, especialmente no período periparto. **RELATO DO CASO** – Gestante (G2P1C1A0), 30 anos, 76kg, portadora de hipertensão pulmonar grave (PSAP = 81mmHg, estimada pelo ecocardiograma) de etiologia não definida, sendo as principais suspeitas TEP crônico ou doença reumatológica. Internada há 1 mês por descompensação aguda, com dispneia aos mínimos esforços e dor precordial, evoluindo com melhora após início de sildenafil. Apresentava, na ocasião, capacidade funcional clínica de cerca de 4 METs, aumento de átrio e ventrículo direitos, hipocinesia de ventrículo direito e estava em uso adicional de enoxaparina 60UI/dia. Paciente foi mantida hospitalizada, com boa evolução, e a cesariana foi programada para a 36ª semana. Realizada profilaxia para aspiração pulmonar, monitorização não invasiva habitual e, sob sedação venosa com remifentanil, monitorização invasiva com cateter de Swan-Ganz e pressão intra-arterial. Optado por anestesia geral balanceada (indução com remifentanil 0,3mcg/kg/min + etomidato 20mg + rocurônio 80mg e manutenção com sevoflurano em 0,7CAM). Óxido nítrico montado e acoplado ao circuito respiratório para uso, se necessário. A PSAP inicial era 68mmHg e oscilou muito pouco durante o procedimento, incluindo pós-clampagem do cordão e dequitação placentária. O procedimento teve duração de 35 minutos e foi realizado, ao final, bloqueio do plano transversal abdominal bilateral guiado por ultrassonografia, para analgesia pós-operatória. Descurarização com atropina 1mg e neostigmina 2mg e extubação sem intercorrências. Após extubação, a PSAP mostrou aumento gradativo, com piora quando a paciente teve contato com o neonato e acompanhante, sendo iniciado, quando atingiu 80mmHg, milrinona a 0,25mcg/kg/min. Encaminhada ao CTI com evolução satisfatória e alta em 7 dias. **DISCUSSÃO:** – A anestesia para cesariana em pacientes portadoras de hipertensão pulmonar grave é um grande desafio e a literatura apresenta dados escassos, com mortalidade materna que pode atingir até 50% em alguns levantamentos. Diagnóstico precoce, tratamento com vasodilatadores, monitorização hemodinâmica invasiva perioperatória e disponibilização de óxido nítrico são considerados fundamentais para manejo perioperatório, representando estratégias importantes na redução da morbimortalidade. **REFERÊNCIA:** – Strumpher J, Jacobsohn E. Pulmonary hypertension and right ventricular dysfunction: physiology and perioperative management. *J Cardiothorac Vasc Anesth*, 2011;25(4):687-704. / Bonnin M, Mercier FJ, Sitbon O et al. Severe pulmonary hypertension during pregnancy. *Anesthesiology*, 2005;102:1133-7.

ANESTESIA PARA CESARIANA EM PACIENTE CARDIOPATA COM HIPERTENSÃO PULMONAR

AUTORES:

Jedson dos Santos Nascimento, Max Bergson Menezes Alves*, Letícia de Oliveira Carvalho Lannes.

INSTITUIÇÃO:

Centro de Ensino e Treinamento Hospital Universitário Prof. Edgard Santos, Salvador, Bahia.

INTRODUÇÃO: A hipertensão pulmonar acarreta um risco significativo para mãe e conceito durante a gestação, com maior incidência de complicações no período periparto. Apesar da complexidade destas pacientes, não há definição da melhor abordagem anestésica a ser utilizada.

RELATO DO CASO: I. M. J., 27 anos, G5P4NA0, 35 semanas de gestação, com história de cardiopatia reumática e hipertensão pulmonar (HP) importante, admitida para interrupção de urgência por piora do quadro. Referia início da sintomatologia de insuficiência cardíaca congestiva (ICC) cerca de 1 mês após o fim de sua última gravidez, estando em uso de furosemida, espironolactona, digoxina e carvedilol. Exames laboratoriais normais. ECG: taquicardia sinusal, sobrecarga de câmaras esquerdas, alteração de repolarização ventricular. ECO: aspecto ecográfico compatível com cardiopatia reumática (insuficiência mitral importante e insuficiência tricúspide de grau discreto a moderado); ventrículo esquerdo com dilatação importante e disfunção sistólica de grau moderado; hipertensão arterial pulmonar importante (PAP média: 85mmHg). Monitorização: pressão arterial invasiva, oximetria de pulso e cardioscopia. Realizado punção do espaço peridural, com passagem de cateter, administrados lidocaína 100mg, morfina 2mg e sufentanil 10 µg. Em seguida, foi iniciada fenilefrina venosa contínua em doses progressivas até ser atingido 0,5 mcg/kg/min e administrados novos bolus de lidocaína 100 mg pelo cateter peridural a cada 5 minutos, até o bloqueio sensitivo atingir o nível T6. Pelo diagnóstico de insuficiência cardíaca, foi associada infusão contínua de dobutamina 5 mcg/kg/min. O procedimento transcorreu sem intercorrências. A paciente foi encaminhada a UTI, onde permaneceu por 24 horas, recebendo alta à enfermaria. **DISCUSSÃO:** A HP é definida por uma pressão arterial pulmonar média superior a 25 mmHg em repouso ou 30 mmHg aos esforços. As modificações fisiológicas gestacionais tem impacto importante na dinâmica cardiovascular das pacientes, gerando uma mortalidade de até 56% na HP secundária. Não há consenso sobre qual a melhor abordagem anestésica, porém, tanto na anestesia geral quanto na espinal, todos os cuidados devem ser voltados ao balanço do débito cardíaco e controle de mecanismos que possam levar ao aumento da resistência vascular pulmonar. Optou-se pela anestesia peridural devido a menor mortalidade na literatura, menor repercussão cardíaca e maior possibilidade de controle das manifestações da instalação do bloqueio. **CONCLUSÃO:** Anestesia regional é uma opção durante parto cesariano em gestantes cardiopatas portadoras de hipertensão pulmonar, desde que haja atenção meticulosa para o comportamento hemodinâmico. **REFERÊNCIA:** International Journal of Obstetrics Anesthesia 2009;18:156-164; Cases Journal 2009;2:9383; Anesthesia 2002;57:9-14

ANESTESIA PARA CESARIANA EM PACIENTE COM ÁTRIO ÚNICO

AUTORES:

Fábio Scalet Soeiro, Vivian Brancalione Gonçalves.

INSTITUIÇÃO:

Conjunto Hospitalar de Sorocaba - PUC-SP

INTRODUÇÃO: É estimado que 0, 2 a 3% das pacientes obstétricas apresentam doença cardíaca, sendo esta uma das principais causas de mortalidade materna. No Reino Unido a doença cardíaca foi a segunda causa direta de mortalidade materna, perdendo apenas para doença psiquiátrica. Defeitos septais atriais e ventriculares estão entre as anomalias congênitas mais comuns, constituindo 25 % de toda cardiopatia congênita no adulto. No átrio único, defeito cardíaco raro, o septo interatrial está ausente pelo não desenvolvimento do septum primum e do septum secundum. Pode estar associado a outros defeitos septais (CIV). Defeitos do septo ventricular com excessivo fluxo sanguíneo pulmonar causam hipertensão pulmonar, resultando em dispnéia e insuficiência cardíaca. **RELATO DE CASO:** Primigesta, 28 anos, IG de 38 semanas, internada em pré-dromos, com história de cardiopatia congênita cianótica. Apresentava cianose de extremidades, baqueteamento digital, SatO₂ (ar ambiente) 90%. Ecodoppler: átrio único com defeito de septo átrio-ventricular forma completa; ventrículo direito dilatado; ventrículo esquerdo com dimensões reduzidas; valva átrio-ventricular única; discreto fluxo direcionado da esquerda para direita (CIV 0, 4cm); pressão na artéria pulmonar estimada de 65mmHg, mostrando hipertensão pulmonar severa. Raio X de tórax com aumento de área cardíaca. ECG: ritmo sinusal; Hb: 13, 5 e Ht: 37, 1%. Optou-se por anestesia geral sob monitorização invasiva (PAM e PVC), cardioscopia, oximetria, capnografia e gasometria arterial seriada. Indução anestésica em sequência rápida, com administração de Alfentanil (2, 5mg), Etomidato (18mg) e Succinilcolina (50mg). IOT + VMCV. Parto cesariana, sem intercorrência. Extubação em sala. Não houve instabilidade hemodinâmica. **DISCUSSÃO:** Apesar da gravidade da cardiopatia, havia estabilidade hemodinâmica e ausência de sintomas significativos por parte da paciente. A avaliação pré-operatória desses pacientes deve receber uma abordagem multidisciplinar, que inclui participação do anestesiológico, cardiologista, intensivista e do cirurgião(1). A atenção dada à gestante cardiopata deve levar em conta as condições hemodinâmicas que ocorrem em relação ao débito cardíaco, à sobrecarga de volume e às variações pressóricas. A anestesia raquidiana ou peridural podem produzir reduções inaceitáveis da resistência vascular sistêmica em pacientes com shunts intracardíacos, e isso poderia causar inversão de shunt. A anestesia geral permite o controle da ventilação e pode ser preferível em cirurgias de alto risco (1). Quando há hipertensão pulmonar durante a gravidez, o estresse fisiológico pode sobrecarregar um ventrículo direito já tenso resultando em insuficiência ventricular direita e morte. **REFERÊNCIA:**1)Cannesson M. et al. Anesthesia for Non Cardiac Surgery in Adults with Congenital Heart Disease. *Anesthesiology*. 2009; 111: 432-440; 2) Moore K. L. , Persaud T. V. N.; *Embriologia Clínica*;8. ed. Ed. Elsevier, 2008, 315.

ANESTESIA PARA CESARIANA EM PACIENTE PORTADORA DE MIASTENIA GRAVIS - RELATO DE CASO

AUTORES:

Loyara Rocha Miranda Teixeira*, Natália Barbosa Saad, Miriam Isabel dos Santos Rodrigues, Marina Ayres Delgado, Ana Maria Vilela Bastos Ferreira, Alcebiades Vitor Leal Filho.

INSTITUIÇÃO:

Hospital das Clínicas da UFMG

INTRODUÇÃO: A Miastenia Gravis (MG) é uma doença sistêmica, auto-imune, em que há produção de anticorpos IgG contra receptores de acetilcolina da placa motora do músculo esquelético. Tem uma evolução em surtos e caracteriza-se por um envolvimento progressivo dos grupos musculares, o que se traduz por fraqueza e fadigabilidade, particularmente de extremidades e face. Há. A gravidez numa paciente miastênica representa uma situação de risco materno-fetal. Relato do caso: Paciente com 31 anos, primigesta, sem aborto prévio, idade gestacional de 38 semanas e 4 dias, portadora de miastenia gravis, hiperêmese gravídica e HAS, com história de TEP em 2010 comparece a maternidade Otto Cirne do Hospital das Clínicas-UFMG, orientada pelo seu obstetra, para cesárea eletiva. Queixava-se de dispnéia aos médios esforços, perdas vaginais ausentes, movimentação fetal presente e contrações uterinas a cada 30 minutos. Acompanhada pelo pré-natal de alto risco, estava em uso de ondasetrona, metildopa, piridostigmina, prednisona, dalteparina e ácido fólico. Dalteparina havia sido suspensa 24 horas antes do procedimento. Optou-se por raquianestesia em L3-L4, com bupivacaína pesada 10 mg e morfina 80 mcg. O útero foi deslocado para esquerda. Realizada cesariana com extração cefálica de feto único, vivo, masculino, peso 3245 g, Apgar 9/10. Foi feita profilaxia para náuseas e vômitos, analgésicos, antibiótico e ocitocina endovenosos. Hidratação com 2000 mL de SF 0, 9%. A puerpera foi encaminhada ao CTI para observação pós-operatória, devido ao risco de crise miastênica. **DISCUSSÃO:** Não há técnica anestésica ideal para pacientes com MG. Sabe-se que têm susceptibilidade maior às drogas anestésicas, sendo a anestesia regional vantajosa pelo mínimo comprometimento dos músculos ventilatórios, entretanto quando alcança os primeiros segmentos torácicos no bloqueio de neuroeixo pode deprimir a ventilação pelo bloqueio motor. Após o parto, mãe e bebê devem ser mantidos em observação devido a possibilidade de crise da doença e MG Neonatal, respectivamente. **REFERÊNCIA:** Terblanche N, Maxwell C, Keunen J, Carvalho J C A, *Obstetric and Anesthetic Management of Severe Congenital Myasthenia Syndrome; Anesth & Analg*, 107: 4, 1313-1315, 2008. Baraka A, *Review Article: Anaesthesia and myasthenia gravis; Can J Anaesth*, 39: 5, 476-86, 1992.

ANESTESIA PARA CIRURGIA CARDÍACA DE URGÊNCIA EM PACIENTE GESTANTE

AUTORES:

José Henrique de Magalhães Lopes, Débora Cristina Guerra Amaral Fóscolo, Michael Arthuro Lima Moreira, Fabiano Soares Carneiro, Júnio Rios Melo, Walkiria Wingester Vilas Boas.

INSTITUIÇÃO:

GET - Hospital das Clínicas da UFMG.

INTRODUÇÃO: A literatura sobre prognóstico materno e fetal após procedimentos cardíacos com circulação extracorpórea(CEC), no segundo trimestre da gestação, sugere que a cirurgia cardíaca é bem tolerada pela mãe (mortalidade 1. 5-5%), mas possui risco significativo para o feto (mortalidade 13-33%). **RELATO DE CASO:** 29 anos, G2P0A1, idade gestacional de 29 semanas, admitida no HC em edema agudo pulmonar. Diagnóstico de valvopatia reumática mitral com troca por prótese metálica há 8 anos. A partir da gravidez, trocou o uso do warfarin pela enoxaparina. Na admissão, ECO:imagem sugestiva de trombo na prótese mitral, gradiente da prótese mitral metálica médio de 23mmHG com pico de 38mmHg, VD dilatado e hipoccontrátil, AE acentuadamente dilatado, PSAP=60mmHg, VE não dilatado e função preservada. Uréia 30mg/dL; creatinina 0, 87mg/dL; hemoglobina 12, 8g/dL; hematócrito 41, 4%; plaquetas 164 mil; RNI 1, 06; PTTa 32s/79s. Sem melhora clínica adequada com tratamento medicamentoso foi levada ao bloco para retroca mitral. A avaliação obstétrica era normal, BCF:140 bpm. Realizada intubação orotraqueal em sequência rápida (etomidato, rocurônio) e manutenção balanceada (rocurônio, sufentanil, midazolam e sevoflurano). Monitorização materna: ECG, oximetria de pulso, PIA, PVC, SVD, ROTEM, TCA e gasometrias seriadas. Posicionamento materno com deslocamento uterino para esquerda. Monitorização fetal contínua por obstetra com cardiocografia, que não mostrou bradicardia fetal ou contrações uterinas persistentes durante o procedimento. Foi utilizado ácido épsilon aminocaprílico para reduzir risco de sangramento materno na reoperação. Bolus de fenilefrina e curto período de noradrenalina em bomba foram usados antes da CEC para manutenção hemodinâmica. A CEC foi normotérmica, com fluxo sanguíneo mínimo alvo de 2. 5l/min/m², PAM alvo de 60-70mmHg, com oxigenador de membrana, durante 67 minutos. Gasometria final da CEC=PH:7. 21; PO₂:290mmHg; PCO₂:37mmHg; HCO₃:15; BE:-11; K:6. 42; Na:134; Cl:112; Ca:1. 11; glicose:218; Hb:9. 5; lactato:3. A cirurgia não apresentou intercorrências. A paciente foi encaminhada ao CTI intubada, hemodinamicamente estável, sem drogas vasoativas. Três horas após foi constatado o óbito fetal. Evolução materna satisfatória. **DISCUSSÃO:** O fluxo sanguíneo não pulsátil, a hipotermia suave, a anemia aguda, e anticoagulação plena necessários a CEC; associados aos riscos de embolização na CEC, ao uso de medicamentos para reverter a anticoagulação e reduzir sangramento materno, ao uso de drogas vasoativas, a situação de urgência e a ausência de um mecanismo fisiológico competente de autorregulação do fluxo sanguíneo uteroplacentário, podem ter um impacto negativo no bem estar fetal. Infelizmente, as condutas na CEC das gestantes ainda são baseadas apenas em relatos de casos e na fisiologia da gestação, o que contribui para uma alta mortalidade fetal. **REFERÊNCIA:** John AS, Gurley F, Schaff HV et al. Cardiopulmonary Bypass During Pregnancy. Ann Thorac Surg 2011;91:1191-7.

ANESTESIA PARA COLECTOMIA EM GESTANTE NO TERCEIRO TRIMESTRE

AUTORES:

Natália Barbosa Saad, Ricardo Hernani de Almeida Chaves, Fernanda Marques Lamounier Fernandes, Walkiria Wingester Vilas Boas, Marcos Daniel de Faria, Márcio Placédino Martins.

INSTITUIÇÃO:

Hosp.das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

INTRODUÇÃO: Cirurgia durante a gestação é um desafio ao anesthesiologista pela dificuldade em balancear as necessidades de 2 pacientes. Entre 0, 75% e 2% das gestantes precisarão de ser submetidas a cirurgia não-obstétrica durante a gestação. As mudanças fisiológicas na via aérea da gestante podem levar a dificuldade em ventilar e intubar a paciente. Neste relato, em especial, as dificuldades habituais se somaram ao fato de a gestante apresentar quadro de obstrução intestinal tumoral. Relato do caso: M. S. P. F. , 39 anos, 52, 5 Kg, 1, 69, feminino, natural e procedente de Ipatinga-MG. G3P (C)2A0, com 29 semanas de gestação, internada no HC-UFMG devido a quadro de dificuldade para evacuar(há 10 dias), dor abdominal intensa e vômitos frequentes. RNM revelou imagem sugestiva de tumor em região cecal. Proposta cirúrgica de hemicolectomia direita. Exames laboratoriais: Hb 6, 8; Plaquetas 298000; Leucócitos 6980; Glicemia 100; RNI 1, 02; PTT 33-30; AP 96%; Ur 32; Cr 0, 45; Na 133; K 3. Ao exame físico: Malampatti 1, mobilidade cervical normal, abertura da boca > 40mm, distância mento-tireoideana> 6cm. AR e ACV sem alterações. Abdome bastante distendido. Preparo pré-anestésico: solicitada vaga no CTI e reserva de hemoconcentrados, comunicada a equipe de obstetetrícia para acompanhamento do procedimento, assinatura do TCLE pela paciente. Manejo anestésico: monitorização com ECG, oximetria, PIA pré-operatória. Punção peridural (lidocaína 2% CV- dose teste) e passagem de cateter (infusão contínua de Ropivacaína 0, 2% a 8 ml-h). Indução em sequência rápida com remifentanil, propofol e rocurônio. Manutenção da anestesia: Propofol e Remifentanil . Fenilefrina em BIC para manutenção da PIA em níveis próximos ao basal. Realizadas gasometrias pré e intra-operatórias. Ausculta de BCF pré e pós operatório. Paciente extubada ao final do procedimento. Ato anestésico-cirúrgico sem intercorrências. Gestação evoluiu bem, interrompida com 36 semanas, feto em boas condições. **DISCUSSÃO:** O manejo anestésico de gestantes para cirurgia não obstétrica é delicado, e requer atenção, preparo e dedicação do anesthesiologista. Diante de uma gestante com obstrução intestinal, torna-se necessário preparo adequado para prevenção principalmente de aspiração de conteúdo gástrico durante IOT, além das precauções habituais no manejo da gestante, como manutenção da PA próxima a níveis basais, monitorização fetal e materna, seleção de drogas, atentando também para a analgesia pós operatória. **REFERÊNCIA:** Anaesthetic considerations for non-obstetric surgery during pregnancy E. Reitman and P. Flood. British Journal of Anaesthesia107(S1): i72-i78 (2011)

ANESTESIA PARA CORREÇÃO DE DISSECÇÃO DE ANEURISMA DE AORTA EM GESTANTE PORTADORA DE SÍNDROME DE MARFAN

AUTORES:

Mariana dos Santos Mattos*, Daniel Vieira de Queiroz, Rafael Mercante Linhares, Guilherme Vasquez Feteira do Vale, Gustavo Cossich de Holanda Sales, Raquel Fernandes Schult.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Federal dos Servidores do Estado.

INTRODUÇÃO: A dissecção de aorta durante a gestação coloca em risco o bem-estar do binômio mãe-feto. A síndrome de Marfan possui como uma de suas principais complicações a dissecção da aorta, principalmente, aorta ascendente e durante a gestação este risco é ainda maior devido ao estado hiperdinâmico que se instala como uma das alterações fisiológicas deste período. **RELATO DE CASO:** Paciente de 32 anos, na 32ª semana de gestação, portadora de síndrome de Marfan, apresentando quadro de dor torácica aguda de forte intensidade que foi diagnosticada como dissecção de aorta ascendente tipo DeBakey II com estabilidade hemodinâmica. A paciente foi avaliada pela equipe obstétrica que evidenciou bem estar fetal e pela equipe de cirurgia cardíaca que indicou cirurgia de urgência para correção do aneurisma. Após discussão multidisciplinar optou-se por prosseguir com a cirurgia cardíaca sem interrupção da gestação. **DISCUSSÃO:** A discussão sobre cirurgia cardíaca com circulação extracorpórea na gestante, como e quando realizar a monitorização fetal e a opção por interromper ou não a gestação antes da cirurgia é muito oportuna por tratar-se de um caso raro sobre o qual a literatura é baseada em relatos de casos e estudos retrospectivos. Portanto, neste trabalho científico vamos abordar a conduta neste caso, que teve um desfecho positivo, e revisar o que existe na literatura sobre o tema. **REFERÊNCIA:** Masayu i Sa aguchi, Hiroto itahara, Tatsuichiro Seto et al. Surgery for acute type A aortic dissection in pregnant patients with Marfan syndrome. *European Journal of Cardio-thoracic Surgery* 2005; 28: 280-85. William C. Oliver MD, William J. Mauermann MD, Gregory A. Nuttall MD. Uncommon Cardiac Diseases. In: Joel A. Kaplan, David L. Reich et al. *Kaplan's Cardiac Anesthesia: The Eco Era*. 6ª ed. Elsevier, 2011; 675-736.

ANESTESIA PARA GESTANTE COM PLACENTA PRÉVIA PERCRETA: RELATO DE DOIS CASOS

AUTORES:

Carla Santos Nogueira, Fernando Cesar de Oliveira, Ricardo de Almeida Azevedo, Ticianá Goyanna Cardoso, José Admirço Lima Filho, Carlos Kleber Oliveira de Santana.

INSTITUIÇÃO:

CET Hospital Geral Roberto Santos.

INTRODUÇÃO: Placenta percreta define uma implantação anômala da placenta invadindo o miométrio e serosa uterinos, A Coagulopatia desenvolve-se em aproximadamente 20% destes pacientes **JUSTIFICATIVA E OBJETIVO(S):** Relatar os casos de duas pacientes com placenta prévia percreta com técnicas anestésicas diferentes. **Materiais e métodos:** Duas gestantes na 3ª década de vida, tercígestas, ambas com diagnóstico de placenta prévia percreta, submetidas à cesariana. A primeira paciente foi submetida a bloqueio subaracnóideo com Bupivacaína pesada 15mg e Morfina 100mcg; após a retirada do recém-nascido, a paciente apresentou instabilidade hemodinâmica com sinais de choque hipovolêmico. Procedeu-se à anestesia geral balanceada com sevoflurano, intubada com etomidato 0,3mg/kg, fentanil 3mcg/kg e rocurônio 1,2mg/kg, cateterizada a artéria radial e a veia jugular interna. Na segunda gestante foi optado por anestesia geral balanceada como técnica única com indução e manutenção semelhante a anterior, e teve artéria radial e jugular interna cateterizadas. **RESULTADO:** Após conversão para técnica geral balanceada na primeira gestante, ambas as pacientes intubadas apresentaram mesmo perfil de instabilidade hemodinâmica secundário ao choque hipovolêmico. Necessitaram de doses semelhantes de vasopressor (noradrenalina), de hemoconcentrados, de fibrinogênio sintético e de complexo protrombínico. Após o término do procedimento, as duas seguiram para UTI estáveis, porém ainda em uso de noradrenalina e foram extubadas com sucesso no dia seguinte. **DISCUSSÃO:** e conclusões: Placenta percreta define uma implantação anômala da placenta invadindo o miométrio e serosa uterinos, sendo a bexiga a estrutura pélvica mais acometida. Implantes placentários podem ainda acometer intestino, ovários, outros órgãos pélvicos, além da vasculatura adjacente. Esta placenta marcadamente aderente, ao ser removida, pode lesar o miométrio e produzir uma hemorragia grave com risco de morte. Há relatos de perda sanguínea média variando de 2000 a 5000mL. Coagulopatia desenvolve-se em aproximadamente 20% destes pacientes, e uma porção significativa requerem histerectomias. Mulheres com duas ou mais cesarianas prévias apresentam maior risco de desenvolver esta doença. O objetivo deste trabalho é relatar dois casos de gestantes com placenta prévia percreta, uma submetida a raqui-anestesia e outra a anestesia geral, e discutir a relevância de cada abordagem nesse tipo de procedimento. O anestesista deve ter conhecimento da possibilidade de complicações imediatas inerentes a esta patologia e estar preparado para a abordagem do choque hemorrágico de maneira precoce e agressiva^{1, 2} **REFERÊNCIA:** 1-Lilker SJ, Meyer RA, Downey KN, et al. Anesthetic considerations for placenta accrete. *International Journal of Obstetric Anesthesia* 2011;20, 288-92. 2-Ng MK, Jack GS, Bolton DM, et al. Placenta Percreta With Urinary Tract Involvement: The Case for a Multidisciplinary Approach. *Urology* 2009; 74: 778-82.

ANESTESIA PARA TRATAMENTO INTRAPARTO EXTRAÚTERO (EXIT) EM FETO COM DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL DE RÂNULA CONGÊNITA

AUTORES:

Márcia Liana Monteiro Ramos*.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Vera Cruz (HVC).

INTRODUÇÃO: O Tratamento Intraparto Extraútero(EXIT) foi, inicialmente, descrito nos casos de oclusão traqueal nos fetos com hérnia diafragmática congênita. Hoje é utilizado, eletivamente, em cesáreas de fetos com provável obstrução de via aérea(VA) ao nascimento. A finalidade é apresentar um caso de anestesia geral em gestante para procedimento EXIT em feto com diagnóstico pré-natal de Rânula Congênita. **RELATO DO CASO:** Mulher, 30anos, primigesta, 36 semanas, ASA I; apresentando polidrâmnio e feto com lesão cística(30x17x15mm/4ml) em região sublingual mediana, sugestiva de Rânula Congênita pela ultrassonografia(USG) e ressonância nuclear magnética(RNM). Pelo risco de obstrução de VA, foi programada cesariana com procedimento EXIT sob anestesia geral balanceada. Monitorização materna com PNI, oxímetro de pulso, cardioscópio, capnógrafo, analisador de gases e diurese. Administrados ranitidina e metoclopramida, pré-oxigenação, indução em sequência rápida com fentanil(200mcg), propofol(150mg), rocurônio(70mg), manobra de Sellick e intubação. Na manutenção, utilizou-se isoflurano a 2%, dose adicional de fentanil(150mcg) e rocurônio(20mg) com bom relaxamento uterino, sem uso de vasopressor. Feita histerotomia, exteriorizados cabeça, tronco e membros superiores, mantendo circulação útero-placentária. Monitorização fetal manual e visual dos batimentos do cordão umbilical, descompressão cística com aspecto mucóide, intubação do feto e marsupialização da lesão. O cordão foi clampeado, feito desprendimento fetal, administrada ocitocina 20UI e reduzido isoflurano para 1%, com adequada contração uterina. Analgesia com morfina(4mg) e analgésicos simples. Paciente foi extubada e recém-nascido seguiu para UTI sem intercorrências. **DISCUSSÃO:** EXIT consiste em abordagem fetal, com preservação da circulação fetoplacentária e do volume uterino, conseguidos com correto relaxamento uterino, até que se assegure a VA, já sabidamente comprometida. O objetivo é imobilidade e anestesia do feto para a intervenção, através da passagem transplacentária de anestésicos e, além disso, adequado relaxamento uterino com halogenados; desta forma anestesia geral balanceada torna-se a técnica ideal. EXIT e alternativas modernas de diagnóstico por imagem(RNM e USG) geram redução na mortalidade de fetos com VA, potencialmente, difícil; pois tornam possível um planejamento cirúrgico-anestésico com equipe multidisciplinar e uma condução criteriosa e segura do caso. **REFERÊNCIA:** 1. Yamashita AM, Moron AF. Anestesia para cirurgia fetal. In: Yamashita AM, Gozzani JL. Anestesia em Obstetrícia. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 347-55. 2. Martins CR. Anestesia para Cirurgia fetal. In: Cangiani LM, Stullitel A, Potério GMB et al. Tratado de Anestesiologia SA-ESP. 7ªed, vol. 2. São Paulo, Atheneu, 2011; p. 2399-2411. 3. Dahlgren G, Tornberg DC, Pregner K, et al. Four cases of the ex utero intrapartum treatment (EXIT) procedure: anesthetic implications. Int J Obstet Anesth, 2004;13(3):178-82.

ANESTESIA PERIDURAL PARA CESARIANA EM GESTANTE CARDIOPATA. RELATO DE CASO

AUTORES:

Thiago Cardoso Linhares Guedes, Juliana de Melo Matos Lins, Gustavo Tiburtino de Queiroz Sales, Danielle Mendes de Queiroz Macedo, Francisco Ricardo Marques Lobo, Paulo Gabriel Melo Brandão.

INSTITUIÇÃO:

Hospital de base de São José do Rio Preto.

INTRODUÇÃO. As cardiopatias são primeira causa não obstétrica de morte materna no ciclo gravídico puerperal e estão presentes em 0, 1 a 4% das gestantes. No Brasil, a cardiopatia chagásica representa 16, 5%. Relato de caso. Paciente de 31 anos, negra, 1, 55m de altura, 53kg, idade gestacional (IG) de 34 semanas, G4P3A0. Portadora de miocardiopatia chagásica com insuficiência cardíaca (IC) classe III em uso marca passo artificial, enalapril, carvedilol, digoxina e furosemida. Na gravidez, foram suspensos o enalapril e carvedilol; iniciado hidralazina e isordil. O ECO (18ª semana): aumento importante do ventrículo esquerdo, disfunção contrátil importante, insuficiência mitral moderada, hipertensão arterial pulmonar PAP média 52mmHg e fração de ejeção de 23, 5%. Paciente foi internada com IG de 33 semanas para submeter-se a cesariana por IC descompensada. Exames pré-operatórios: Hb 10 g/dl, Ht30%. Coagulograma: TP 14, 1 s; TAP 88%; RNI 1, 08 e TTPa 37, 9 s. Na sala cirúrgica, apresentava-se em bom estado geral, hidratada, pressão arterial 110 x 70 mmHg e FC 80 bpm. Monitorização: PAI, cardioscópio, SpO2 e PAP por cateter Swan-Ganz. Máscara O2 3 L/min. Submeteu-se a anestesia com bloqueio peridural contínuo, L4-L5, com agulha Touhy 17G. Após teste da perda de resistência foram injetados 15 ml de ropivacaína 1% e 75 µg fentanil. Após 30 minutos, paciente apresentava-se com bloqueio motor dos membros inferiores e sensitivo em T6. Os episódios de hipotensão arterial foram corrigidos com 5 mg efedrina e 5 µg adrenalina. Vinte minutos após o bloqueio peridural ocorreu extração do feto. Administrado EV: de 1g de cefazolina e 1 U de ocitocina; cateter peridural: 2 mg de morfina. Reposição volêmica com 300 ml cristalóide. Paciente recebeu alta hospitalar em 72h com melhora do quadro cardiovascular. **DISCUSSÃO:** Cardiopatia chagásica crônica se expressa por disfunção sinusal, arritmias e discinesias ventriculares. Com progressivo dano miocárdico sobrevém IC de padrão cardiomiopático dilatado e biventricular. Anestesia peridural contínua é mais aconselhável, por diminuir tensão do parto, não interferência no feto e permite titular anestesia, garantindo maior estabilidade cardiovascular. Concluiu-se que a solução inicial injetada, em menor concentração, seria suficiente para o bloqueio simpático necessário para procedimento e causaria menor repercussão hemodinâmica. Nas pacientes com IC mais severa indica-se monitorização da PVC, da PAI e, nos casos mais graves, cateter na artéria pulmonar para medir PAP, do átrio esquerdo e débito cardíaco. Anestesia com ropivacaína 1%, fentanil e morfina por via peridural mostrou-se uma boa opção para gestante cardiopata. **REFERÊNCIA:** Anestesia Obstétrica. In: Morgan Jr, GE, Mikhail MS et al. Anestesiologia Clínica. 4 ed. Rio de Janeiro. Revinter. 2010;795-822. Anestesia em Obstetrícia. In: Yamashita AM, Gozzani JL. Anestesia na Gestante Cardiopata. 2ed, Rio de Janeiro, Atheneu, 2006;101-111.

ANESTESIA REGIONAL EM GESTANTE PORTADORA DE TATUAGEM LOMBAR

AUTORES:

Gustavo Felloni Tsuha, Clóvis Tadeu Bueno da Costa, Fábio Nahuys Thormann, Carlos Eduardo Solcia, Eduardo Martins Zortéa, Luiza Rodrigues Cucco.

INSTITUIÇÃO:

Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto / SP.

INTRODUÇÃO: a anestesia em obstetrícia representa um desafio para o anestesiológico. A decisão da técnica adotada deve sempre levar em consideração a segurança do binômio mãe-feto, portanto a anestesia regional é atualmente a técnica mais utilizada. As tatuagens “body art” estão amplamente disseminadas na sociedade moderna, assim, é cada vez mais frequente o anestesista deparar-se com pacientes apresentando extensas tatuagens. O dilema surge durante a realização de anestesia regional em gestante com tatuagem lombar. Relato do caso: paciente M P M, 19 anos, G1P0A0, agendada para realização de cesariana eletiva. paciente estado físico PS1, com pré-natal sem intercorrências. durante exame físico observado extensa tatuagem em região toraco-lombar, não colorida, com pequenas áreas livres de pigmento na pele. foi realizada punção venosa com cateter 18G e monitoração padrão SBA. optado pela realização de raquianestesia. Foi procurada e encontrada uma pequena área livre de pigmento, na região do interespaço L3 - L4, paramediano. Feita uma pequena incisão nesta área sob anestesia local com profundidade suficiente para ultrapassar a derme. realizada raquianestesia com agulha 27G (Whitacre), com introdutor 20G, sendo administrado 12,5 ml bupivacaína a 0,5% em glicose com 100mcg de morfina sem intercorrências. O nível de bloqueio atingido foi T4 e o procedimento transcorreu sem intercorrências com duração de 55 minutos. Na alta da SRPA a paciente apresentava total regressão do bloqueio motor, sem queixas neurológicas. Alta hospitalar no 2º pós-operatório, sem queixas. Mantido contato telefônico até o 7º dia pós-operatório, sem sintomas neurológicos. **DISCUSSÃO:** Não há relato de complicações relacionados a anestesia regional em sítios tatuados. Existe, no entanto, uma preocupação teórica pela possibilidade da agulha carregar para o SNC pigmentos depositados na derme, causando lesões neurológicas. Existem algumas recomendações na literatura para a anestesia regional nessas circunstâncias: evitar a punção direta, procurando área livre de pigmento, eritemas ou sinais de infecção; fazer pequena incisão sob anestesia local ultrapassando a derme. utilizar introdutor; se possível kit de duplo bloqueio. **REFERÊNCIA:** Gaspar A, Serrano N. Neuroaxial blocks and tattoos: a dilemma? Arch Gynecol Obstet. 2010; 282(3):255-60. Mercier FJ, Bonnet MP. Tattooing and various peircing: anaesthetic considerations. Curr Opin Anaesthesiol. 2009;22(3):436-441.

ANESTESIA VENOSA TOTAL EM CESARIANA DE PACIENTE OBESA MÓRBIDA

AUTORES:

Celso Ricardo Soubhia, Julio Cezar Dors Coracini, Cecília Kleinubing Abal, Jonathan Grub, Daniele Tondolo Martins, Clariana Guedes Wagner.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal do Rio Grande-FURG-Residência Médica de Anestesiologia do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr.

INTRODUÇÃO: A anestesia geral venosa total (AVT) utiliza o Remifentanil como opióide, fármaco bastante estudado para trabalho de parto e cesariana, principalmente em pacientes com contra-indicações para a técnica de anestesia regional ou na presença de dificuldades técnicas que a impossibilitam. **RELATO DE CASO:** Feminina, 31 anos, GIIIPNOCII e obesa mórbida (132KG; 1,6m; IMC:51). Indicação obstétrica de cesariana devido a duas prévias e possível pós-datismo. No bloco cirúrgico apresentava PA:150/75 e FC:110. Tentativa de punção em L4-L5 com paciente sentada, palpava-se o espaço intervertebral com dificuldade pelo edema e acúmulo de gordura em região lombar. Múltiplas punções em que colocava-se toda a agulha Quinck 26G no espaço sem presença de LCR. Tentou-se então agulha 22G, a qual também entrava todo mandril no espaço intervertebral, mas sem sucesso de drenagem de LCR. Optou-se, então, por L3-L4, aonde foram encontradas as mesmas dificuldades. Assim, na falta de agulhas para obesos, avaliou-se AVT como melhor técnica para o caso. Administrou-se 500mg de hidrocortisona e iniciou-se, então, a infusão de Propofol (Schneider) 3 mcg/kg/h e Remifentanil (Minto) em 0,5 mcg/kg/h. Feitas medidas para tentar evitar a broncoaspiração, metoclopramida e omeprazol, previamente à indução e a realização da manobra de Sellick até a insuflação do balonete após IOT. Utilizou-se rocuroônio para sequência rápida, Sugamadex estava em sala. IOT efetiva na primeira tentativa. RN nasceu com respiração espontânea e FC:100. Necessitou de VPP, recuperando choro e FC com 40 segundos de vida, apgar 6/9. Após nascimento aumentou-se a dose de Remifentanil para 1 mcg/kg/min. **DISCUSSÃO:** A obesidade mórbida é um desafio ao anestesiológico, que torna-se ainda maior no cenário obstétrico. A raquianestesia nessas pacientes sem o material adequado pode tornar-se uma técnica de difícil realização. Optou-se pela AVT que utiliza o Remifentanil como opióide, o qual atravessa a barreira útero-placentária, mas é rapidamente metabolizada pelo feto devido às suas características farmacocinéticas. No obeso o uso de Remifentanil tem sido recomendado. A farmacocinética é semelhante à de não obesos. A depuração plasmática do Remifentanil em gestantes é o dobro da observada em adultos. O uso prolongado não altera o tempo de eliminação. O rápido início de ação, metabolização e eliminação são importantes fatores na prevenção dos efeitos indesejáveis; como depressão respiratória no RN e acúmulo no tecido adiposo do obeso mórbido. Após interrupção da administração, a concentração sanguínea reduz rapidamente, sem efeitos residuais. Assim, torna-se uma técnica viável para pacientes obesas mórbidas e também para o RN que até pode apresentar depressão respiratória, mas com rápido retorno à ventilação espontânea ao ser mantida assistência ventilatória. **REFERÊNCIA:** RBA2004;54:1:114-128, RBA2011; 61:1:13-20, RBA2005;55:2:217-223, RBA1993;43:1:65-74, RBA1993;43:1:35-41, Miller's Anesthesia, sétima edição, Ronald D. Miller.

ARTERITE DE TAKAYASU NA GESTAÇÃO: RELATO DE CASO

AUTORES:

Mariana Rabelo Maia*, Fabíola Cristianne e Silva, Núbia Campos Faria Isoni, Patrícia Melgaço de Alencar Arraes, Marina Ferraz Teixeira de Queiroz.

INSTITUIÇÃO:

Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte.

INTRODUÇÃO: Relato uma paciente gestante com diagnóstico prévio de Arterite de Takayasu de grande extensão e gravidade acompanhada no pré-natal, parto e pós parto na Santa Casa de Belo Horizonte (SCBH) e discutir a importância do manejo per-operatório e da abordagem multidisciplinar. **RELATO DE CASO:** Trata-se de D. F. F. F, 24 anos, solteira, primigesta, encaminhada ao pré-natal de alto risco da SCBH, devido a diagnóstico prévio de Arterite de Takayasu, uma rara vasculite inflamatória crônica, de etiologia desconhecida, que acomete vasos de grande calibre, levando à formação de estenoses ou aneurismas. A paciente tinha exames de 9 anos atrás, mostrando estenose carotídea bilateral em grau importante, estenose em artérias renais bilateralmente em grau severo, oclusão de ambas as artérias subclávias, aneurisma da carótida interna esquerda e “baby” aneurisma na carótida esquerda direita. Admitida na Maternidade, com 39 sem. e 1 dia de gestação, assintomática, com elevação da pressão arterial a esclarecer, teve o parto cesariano realizado, após avaliação da Reumatologia, 4 dias após sua admissão. O caso foi discutido entre a equipe anestésica e optou-se por realizar bloqueio combinado do neuroeixo. Foi estratificada e classificada a paciente como ASA III, sendo assim reservado vaga de CTI no pós-operatório imediato. Inicialmente, foi feita a punção do espaço peridural com agulha de Tuohy número 17G e passado o catéter para anestesia contínua. Após fixação do catéter, realizado raquianestesia em dois espaços interespinais abaixo com agulha número 27G tipo Quinckie e injetado intratecal 5 mg de Bupivacaína 0, 5% pesada, 15 mcg de Fentanil espinhal e 80 mcg de Morfina. Após 15 minutos da raquianestesia, foi injetado 3ml de lidocaína a 1, 25% no catéter do espaço peridural. A paciente foi deitada e foram iniciadas medidas da pressão arterial a cada minuto. Utilizou-se fenilefrina em bólus de 40 mcg para manter a PA igual à inicial. No fim da cirurgia, retirou-se o catéter de peridural, e a paciente foi encaminhada ao CTI em bom estado geral, sem queixas. **DISCUSSÃO:** A Arterite de Takayasu é uma condição rara, que acomete mulheres, principalmente, em idade reprodutiva, por isso, torna-se importante sua discussão em gestantes. O presente relato mostra a dificuldade de manejo da uma doença rara, principalmente na gestação e enfatiza também a importância da abordagem multidisciplinar, conforme foi realizado. O papel do anestesiológico é de grande importância nesse contexto, uma vez que a escolha da melhor técnica anestésica e o acompanhamento rigoroso no per-operatório podem ser definidores de um melhor prognóstico. **REFERÊNCIA:**1 - BUETTEL, AC et al. Anestesia Peridural contínua para cesariana em paciente com Arterite de Takayasu. Relato de caso. In: Rev Bras Anesthesiol. 2002;52/3:326-329. Langford CA, Fauci AS. As síndromes de vasculite. In: Fauci AS, Kasper DL, Longo DL et al. Harrison Medicina Interna. 17. ed. Rio de Janeiro, McGraw-Hill, 2008; 2127-28.

ASSOCIAÇÃO ENTRE HIPOTENSÃO APÓS RAQUIANESTESIA PARA CESARIANAS E O ÍNDICE DE MASSA CORPORAL DE GESTANTES

AUTORES:

Rodrigo Paulino Oliveira de Queiroga*, Vivian Medeiros de Moura Santos, José Henrique Leal Araújo, Aristeu Correia Costa Filho, Pedro Adri Oliveira Agostini, Luciana da Silva de Armond.

INSTITUIÇÃO:

CET Hospital Regional da Asa Norte - Brasília - DF.

INTRODUÇÃO: As alterações fisiológicas da gravidez associadas à obesidade fazem da gestante obesa uma paciente com reservas limitadas. Estudos mostram que existe um maior grau de hipotensão nessas pacientes em relação às não obesas após raquianestesia para cesarianas. **OBJETIVO:** O objetivo desse estudo é avaliar a frequência da hipotensão nas gestantes com sobrepeso em relação as não obesas após raquianestesia visando adequar a condução da anestesia. Metodologia: As pacientes foram alocadas em dois grupos de acordo com o IMC pré-gestacional. No grupo Eutrofia foram incluídas 14 pacientes com IMC pré gestacional inferior a 25 kg/m² e no grupo Sobrepeso 13 pacientes com IMC igual ou superior a 25 kg/m². Após raquianestesia e deslocamento manual uterino, foram anotadas as medidas de pressão arterial e dose de vasopressores utilizada. Os dados foram analisados por meio do teste exato de Fisher para comparação de incidência ou não de hipotensão entre os dois grupos, e por meio do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney para comparação de episódios de hipotensão e de bolus de efedrina utilizados. **RESULTADO:** Não houve diferença estatística entre os grupos em relação à incidência de hipotensão. No grupo sobrepeso, os episódios de hipotensão assim como o uso de vasopressores foram maiores (p < 0, 05). **CONCLUSÃO:** Na amostra estudada, IMC pré-gestacional maior ou igual a 25 kg/m² apresentou-se como fator de risco para hipotensão após raquianestesia em pacientes submetidas a cesarianas. O mesmo grupo de pacientes necessitou de um número de doses maiores de vasopressores. Bibliografia: 1. Carpenter RL, Caplan RA, Brown DLet al. – Incidence and risk factors for side effects of spinal anesthesia. Anesthesiology, 1992;76:906-916; 2. Roofthoof E, Van de Velde M – Lowdose spinal anaesthesia for Caesarean section to prevent spinal-induced hypotension. Curr Opin Anaesthesiol, 2008;21:259-262; 3. Soens MA, Birnbach DJ, Ranasinghe JS et al. – Obstetric anesthesia for the obese and morbidly obese patient: an ounce of prevention is worth more than a pound of treatment. Acta Anaesthesiol Scand, 2008;52:6-19;

AVALIAÇÃO DA INCIDÊNCIA DE HIPOTENSÃO POSTURAL PÓS-OPERATÓRIA APÓS O USO DE CLONIDINA NA RAQUIANESTESIA PARA CESARIANA

AUTORES:

Rafael Stachissini, Armando Vieira de Almeida, Édina Rodrigues Teruya, João Maximiano Pierin Barros.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Regional de Mato Grosso do Sul.

INTRODUÇÃO: O uso de clonidina associada aos anestésicos locais no bloqueio do neuroeixo melhora a qualidade do bloqueio e prolonga a duração da analgesia. Entretanto, como todo fármaco, existem efeitos colaterais nesta associação, tais como aumento da hipotensão transoperatória e bradicardia. O objetivo desse estudo é verificar a incidência de hipotensão ortostática no pós-operatório imediato de pacientes submetidas a cesariana sob raquianestesia com o uso de clonidina associada à bupivacaína. **MÉTODO:** Após aprovação do conselho de ética do hospital, 15 gestantes a termo com indicação de cesariana, estado físico P1 e P2, foram selecionadas para participarem do estudo. Como critério de exclusão estava doença hipertensiva da gravidez e hipertensão arterial prévia, com uso de medicamentos anti-hipertensivos. Após verificação dos sinais vitais (M0), as pacientes foram submetidas a punção subaracnoidea em L3-L4 em posição sentada com agulha tipo Quincke 27G. Em todas as pacientes foram administrados 12, 5 mg de bupivacaína hiperbárica e 0, 1 mg de morfina por via tecal, associados à 01 ml de uma solução de clonidina e cloreto de sódio 0, 9%, aleatoriamente preparada da seguinte forma: Grupo I, 75µg de clonidina e 0, 5 ml de SF 0, 9%; Grupo II, 30 µg de clonidina e 0, 7 ml de SF 0, 9%. O volume total de 04 ml foi injetada em 01 minuto. O deslocamento uterino para a esquerda foi iniciado imediatamente após a colocação da paciente de decúbito dorsal. A hidratação no transoperatório foi feita com Ringer lactato (20ml/kg), utilizando-se vasopressor (etilefrina) caso a pressão arterial sistólica caísse abaixo de 20% da inicial. A prescrição no pós-operatório foi padronizada, com 1, 5 ml/kg/h de Ringer lactato em 24h. No pós-operatório, a pressão arterial sistólica, diastólica e média, bem como a frequência cardíaca, foram medidas com 6h (M1), 12h (M2) e 24h (M3) após a punção raquidiana, na posição deitada (a) e em pé (b). Utilizou-se para tal um aparelho de medição automática. **RESULTADO:** A redução média na pressão arterial média ficou em torno de 12 mmHg (entre 11, 1 e 12, 9) também muito semelhante nos diferentes momentos de mensuração. As diferentes dosagens de clonidina não geraram reduções médias na pressão arterial média, apesar de haver uma tendência a uma maior redução na menor dosagem de clonidina. **CONCLUSÕES:** Não houve diferença estatística entre as pressões arteriais médias nas pacientes deitadas ou em pé, nos diversos momentos do estudo, não havendo, portanto, uma maior incidência de hipotensão ortostática. **REFERÊNCIA:** Br J Anaesth. 2013 Aug;111(2):256-63. doi: 10. 1093/bja/aet027. Epub 2013 Mar 26.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO E SATISFAÇÃO DAS PACIENTES SUBMETIDAS A ANALGESIA DE PARTO EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

AUTORES:

Victor Torres Pacheco*, Daniel de Carli, José Fernando Amaral Meletti, César de Araújo Miranda, Rafael Mendes Corrêa Campos, Fábio Mendes Azarias.

INSTITUIÇÃO:

Disciplina de Anestesiologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí-SP.

INTRODUÇÃO: A satisfação da gestante com o momento do parto é fator importante a ser considerado pela equipe médica; porém, apesar de grande parte das mulheres sentirem dores severas durante o trabalho de parto, a sua opinião nem sempre é levada em consideração para determinar o momento da indicação do alívio destas dores. **OBJETIVO:** Avaliar a qualidade de atenção ao parto e satisfação das parturientes em hospital de referência para atendimento ao parto no Sistema Único de Saúde – SUS. **MÉTODO:** Após aprovação do comitê de ética em pesquisa, foi conduzido um estudo transversal mediante entrevista e assinatura de termo de consentimento de 94 mulheres questionadas quanto ao atendimento durante o trabalho de parto. Foram avaliados os métodos de analgesia empregados, indivíduo que solicitou a analgesia, esclarecimento das parturientes durante o trabalho de parto e escores de satisfação para os indicadores (momento da solicitação de intervenção do anestesiológico, dor sentida durante o parto e grau de satisfação com atendimento em geral). A evolução para parto cesariano foi utilizada como critério desfavorável de qualidade à assistência ao parto conforme estabelecido pela World Health Organization(WHO), sendo por isso utilizada como parâmetro para o cálculo do tamanho da amostra. A análise dos resultados foi realizada pelo software R statistical através de cálculos de média, desvio padrão e mediana. **RESULTADO:** A média de idade das parturientes foi de 22, 92±6, 06 anos, sendo que 52 (57, 14%) eram primigestas. O tempo médio de internação antes da intervenção do anestesiológico foi de 14, 06±21, 55 horas e o tempo de trabalho de parto até a intervenção do anestesiológico foi de 7, 71±13, 42 horas. Foi realizado bloqueio subaracnoideo em 15, 56% enquanto o peridural lombar foi realizada em 84, 44% das pacientes. Como método analgésico empregado pelo anestesiológico, 100% das analgesias foram indicados por obstetras. Foi explicado para 24, 69% das pacientes, o motivo pelo qual a analgesia seria instalada naquele momento e 78, 75% consideraram a explicação insatisfatória. Quanto ao desfecho do trabalho de parto, 72, 97% realizaram parto vaginal, 12, 96% fórceps e 14, 86% evoluíram para cesárea. A satisfação quanto ao momento da indicação da analgesia foi de 35, 1%. Com relação ao serviço prestado pelo anestesiológico, a satisfação foi de 89, 33%, e ao serviço prestado em geral foi de 75, 53%. **CONCLUSÃO:** As pacientes entrevistadas avaliaram o atendimento ao trabalho de parto e analgesia como satisfatórios, apesar de considerarem que o momento da intervenção do anestesiológico e as informações prestadas foram inadequados. O índice de cesarianas foi considerado satisfatório, determinando uma boa qualidade no atendimento as parturientes. **REFERÊNCIA:**1. Shevde K, Panagopoulos G. A Survey of 800 patients knowledge, attitudes and concerns regarding anesthesia. Anesth Analg. 1991;73:190-8.

AValiação DOS EFEITOS DA DEXAMETASONA EM GESTANTES SUBMETIDAS À CESARIANA SOB RAQUIANESTESIA COM BUPIVACAÍNA HIPERBÁRICA E MORFINA.

AUTORES:

Cássio Santos Dias da Silva, Bruna Rietra Rio, Ruy Leite de Melo Lins Filho, Maria Gabriela Nascimento Marinho, Marcelo Cavalcanti de Sá Gondim, Jayme Marques dos Santos Neto.

INSTITUIÇÃO:

Hosp.das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.

INTRODUÇÃO: A raquianestesia, utilizando anestésico local hiperbárico e morfina, constitui técnica universalmente aceita e recomendada para cesariana, sendo a mais utilizada hoje na maioria dos serviços. Entretanto, a ocorrência de efeitos colaterais, tais como náuseas e vômitos, continua a ser um problema, e não existe na literatura consenso sobre a utilização profilática de medicamentos para reduzir tais efeitos. Este estudo tem como objetivo avaliar a eficácia da dexametasona para profilaxia de náuseas e vômitos após a administração de morfina intratecal, em pacientes submetidas à raquianestesia para cesariana. **MÉTODO:** Trata-se de um ensaio clínico duplamente encoberto e randomizado, onde 118 gestantes com indicação de cesariana foram distribuídas em dois grupos: o grupo A recebeu 10 ml de água destilada IV e o grupo B recebeu 2 ml de dexametasona mais 8 ml de água destilada. As pacientes foram avaliadas no intraoperatório e 4, 6, 12 e 24 horas após a anestesia, registrando-se a ocorrência de náusea, vômito, e dor. **RESULTADO:** Não houve diferença estatisticamente significativa na incidência de náuseas e vômitos pós-operatórios, bem como na intensidade da dor pós-operatória entre os grupos. **CONCLUSÃO:** A dexametasona não reduziu a incidência de náuseas e vômitos pós-operatórios, nem a intensidade da dor pós-operatória, em gestantes submetidas à cesariana sob raquianestesia com bupivacaína hiperbárica e morfina. **REFERÊNCIA:** 1. Gómez-Arnau JI, Aguilar JL, Bovaira P et al. - Recomendaciones de prevención y tratamiento de las náuseas y vómitos postoperatorios y/o asociados a las infusiones de opioides. Rev. Esp. Anestesiología. 2010; 57: 508-524. 2. Weren M, Demeere JL. - Methylprednisolone vs. dexamethasone in the prevention of postoperative nausea and vomiting: a prospective, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Acta Anaesthesiol Belg. 2008; 59: 1-5.

BLOQUEIO SUBARACNOÍDEO EM CESARIANA COM CETAMINA 12, 5 MG VS. 25 MG: RELATO DE 2 CASOS

AUTORES:

Débora Murad Ferreira, Caroline Cesar Machado, Gláucio Grégori Nunes Bomfá, Rodrigo de Lima e Souza, Marcela Lopes Oliveira de Carvalho, Mauricio de Melo Garcia.

INSTITUIÇÃO:

CET Hospital Madre Teresa.

INTRODUÇÃO: A cetamina é um anestésico venoso com potente efeito analgésico e sedativo. Potencialmente útil na anestesia obstétrica, devido aos seus mínimos efeitos cardiovasculares e respiratórios e ausência dos efeitos residuais no recém nascido, comparando com os opióides. Relato do caso 1: Paciente A de 33 anos, sem comorbidades, 38 semanas de gestação, cesariana eletiva devido passado de duas cesarianas. Optou-se pela raquianestesia com bupivacaína pesada 12, 5 mg associada com cetamina 12, 5 mg. Punção única, entre L3-L4, agulha Quincke 27g. Obteve-se um bom nível anestésico, atingindo nível T5-T6, tempo de latência de cerca de 5 minutos. Durante o procedimento a paciente não apresentou nenhum efeito adverso, a não ser por dois episódios de hipotensão prontamente tratados com bolus de efedrina 5-10 mg. Duração total do bloqueio motor de 120 minutos. Pós operatório imediato, na sala de recuperação (SRPA), assintomática. Primeiras 12 horas após o procedimento assintomática na escala verbal de dor. Relato do caso 2: Paciente B, 27 anos, indicação de casariana devido parada do trabalho de parto. Raquianestesia com bupivacaína pesada 12, 5 mg + cetamina 25 mg. Cerca de 20 minutos após bloqueio, queixou-se de tontura, vertigem. Apresentou nistagmo, alguns momentos de dissociação e ausência de hipotensão arterial. Na SRPA com 50 minutos pós término, queixou dor moderada, nota 6 na escala de dor. Bloqueio motor com duração de 130 min. Pós-operatório sem retenção urinária, sem vômitos, dor moderada com melhora após uso de antiinflamatórios, sem necessidade de opióides. **DISCUSSÃO:** A cetamina parece ser uma boa opção para analgesia intra e pós operatória quando usada na dosagem de 12, 5mg. Possui a vantagem da ausência dos efeitos indesejáveis dos opióides como náuseas, vômitos, retenção urinária e depressão respiratória. Entretanto, para que esta afirmação seja significativa, é necessária a realização de estudos prospectivos e randomizados.

CASO CLÍNICO: ANESTESIA PARA CESARIANA EM PACIENTE COM HIPERTENSÃO PULMONAR GRAVE

AUTORES:

Jedson dos Santos Nascimento, Diego Abel Leite Sousa*.

INSTITUIÇÃO:

Maternidade de Referência Professor José Maria de Magalhães Neto / UFBA.

INTRODUÇÃO: A hipertensão pulmonar (HAP) é um desafio à anestesia obstétrica. Das gestantes cardiopatas no Brasil, 55% têm doença reumática, 80% destas com estenose mitral. Este tipo de valvulopatia cursa com 11 a 33% de mortalidade perinatal em cardiopatas nos E. U. A. Relato: Trata-se de paciente de 32 anos, 58 kg, G3P2A0, portadora de estenose mitral grave reumática com HAP grave (área valvar 0, 8 cm²; PSAP 80 mmHg). Encaminhada da UTI, onde estava para compensação de ICC com edema pulmonar, e anticoagulação. Foi indicado parto cesariano 32^a semana gestacional. Estava em classe funcional III (NYHA). Após monitorização hemodinâmica invasiva e acesso venoso central, foi realizada anestesia epidural (L1/L2) com doses fracionadas de lidocaína e sufentanil. A hipotensão foi controlada com fenilefrina contínua. O RN foi saudável. Esteve na UTI por 72h para vigilância hemodinâmica, desmame de drogas vasoativas e analgesia intensiva. Recebeu alta hospitalar sem outras complicações. **DISCUSSÃO:** Recomenda-se nos casos de HAP grave internamento na 20a semana e programação do parto cesariano. Maior controle hemodinâmico, possibilidade do uso de óxido nítrico, titulação da FIO₂, e presença de anticoagulação falam a favor da anestesia geral; embora existam alterações hemodinâmicas associadas à manipulação da via aérea e à ventilação mecânica, influência na circulação pulmonar e maior morbimortalidade materno-fetal. As técnicas neuroaxiais tituladas, com uso cauteloso de vasopressores resultam em analgesia intensa e manutenção de status hemodinâmico adequado. Pós-operatório em unidade fechada e a anticoagulação agressiva também têm resultado em melhores desfechos. **CONCLUSÃO:** Ainda não há recomendação sobre a técnica ideal para esses casos. A literatura e experiência clínica recentes sugerem que a anestesia epidural contínua em doses fracionadas, com monitorização hemodinâmica invasiva, resultam em menor morbimortalidade, além de melhor prognóstico materno-fetal. **REFERÊNCIA:** 1. Coskun et al. Anaesthesia for caesarean section in the presence of multivalvular heart disease and severe pulmonary hypertension: a case report. *Cases Journal* 2009, 2:9383 2. O'Hare R et al. Anesthesia for cesarean section in the presence of severe pulmonary hypertension. *BJA* 1998; 81: 790-792. 3. Moreira WR e Andrade LC. Anestesia para gestante cardiopata. *Rev Med Minas Gerais* 2009; 19(4 Supl 1): S21-S62 4. Rimaitis et al. Cesarean Delivery in severe pulmonary Hypertension: a Case Report. *Medicina (Kaunas)* 2012;48(3):159-62 5. Curry RA et al. Pulmonary hypertension and pregnancy—a review of 12 pregnancies in nine women. *BJOG* 2012;119:752-761.

CESÁREA EM GESTANTE PORTADORA DE ESTENOSE PULMONAR GRAVE

AUTORES:

Eloá Mascarenhas Soffritti, Daniel Vieira de Queiroz, Lucas de Moura Lopes, Marialice Vieira Cardoso, Flávia Cassiano Fraga.

INSTITUIÇÃO:

CET Professor Fabiano Gouvea do Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro.

INTRODUÇÃO: A prevalência de doenças cardíacas clinicamente significantes em gestantes apresenta queda nas últimas décadas e encontra-se em torno de 1%. Atualmente, a principal causa é primária. A estenose pulmonar isolada é rara, entre 2% e 10% das cardiopatias congênitas. A apresentação clínica é variável, desde assintomática até insuficiência ventricular direita grave. Os portadores desta patologia podem apresentar repercussões hemodinâmicas importantes associadas as alterações fisiológicas da gravidez. Neste contexto, a escolha da melhor técnica anestésica é um desafio aos anestesiológicos. Tanto a anestesia neuroaxial quanto a anestesia geral apresentam pontos positivos e negativos, não havendo consenso na literatura até o momento. **RELATO DE CASO:** Primigesta de 19 anos portadora de estenose pulmonar grave e hipertrofia ventricular direita, que durante o segundo trimestre gestacional evoluiu com piora progressiva dos sintomas, classe funcional III (NYHA). Foi submetida a cesariana eletiva com 38 semanas, sob anestesia peridural contínua e monitorização cardiovascular com cardioscópio, oximetria de pulso, linha arterial e capnografia. A paciente manteve-se estável hemodinamicamente durante todo procedimento. O feto nasceu após 10 minutos, APGAR 9/9, sem intercorrências e teve alta com a mãe após dois dias. **DISCUSSÃO:** A doença cardíaca permanece como a causa mais importante de morte materna de origem não obstétrica durante a gravidez. A escolha da técnica anestésica é de fundamental importância no manuseio dessas pacientes. Em uma gestante portadora de estenose pulmonar grave o objetivo durante a cesariana é manter pré-carga, otimizar contratilidade miocárdica, além de diminuir pós-carga e resistência vascular pulmonar. A anestesia geral sob sequência rápida pode levar a vasodilatação abrupta e hipotensão, associada a queda da função cardíaca provocada pela maior parte dos hipnóticos. O risco de despertar intra-operatório neste grupo populacional também é maior, uma vez que o uso de óxido nitroso é contraindicado pelo aumento da resistência vascular pulmonar. Esta abordagem ainda apresenta maior risco de depressão fetal, devido a passagem das drogas anestésicas pela barreira hematoplacentária. Assim, a anestesia peridural contínua com doses tituladas de anestésicos locais e instalação lenta do bloqueio autonômico se mostra uma alternativa segura para mãe e feto. **REFERÊNCIA:** 1) Miriam Harnett, M. B. , Lawrence C. TSEN, MD. Cardiovascular Disease. *Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice*. 4th Ed, 2009. Pag 881 a 907. 2) Drenthen W et al. Non-cardiac complications during pregnancy in women with isolated congenital pulmonary valvar stenosis. *Heart* 2006 Dec; 92(12):1838-43.

CESARIANA DE URGÊNCIA EM PORTADORA DE ANEMIA SEVERA: QUAL A MELHOR CONDUTA ANESTÉSICA?

AUTORES:

Alexandra Lucia Mello Vieira Guimarães, Priscila Eisemberg Torezani*, Rafaela Correia da Silva, Claudia Maria Nogueira Corrêa, Flávio Elias Callil, Sérgio Teixeira Sant'Anna Junior.

INSTITUIÇÃO:

Instituto Fernandes Figueira.

INTRODUÇÃO: A presença de anemia na gravidez pode ser definida como uma deficiência qualitativa ou quantitativa de eritrócitos ou hemoglobina (Hb) a níveis <10g/dL na circulação. O objetivo principal durante a anestesia nesta condição consiste em manter o equilíbrio entre os mecanismos compensatórios e a oxigenação tecidual adequada. Neste âmbito, as anestésias geral e regional podem ser aplicadas criteriosamente e os efeitos deletérios da hipoxemia tecidual crônica, juntamente com a ameaça de grandes perdas de sangue no período perioperatório devem ser antecipados e tratados precocemente. **RELATO DE CASO:** A. A. P., 25 anos, negra, 75 kg, GV PIII A1, idade gestacional de 34 semanas, ASA p III, internada no Instituto Fernandes Figueira em 30/04/2013 com sintomas de fadiga e mal-estar geral. História pregressa de quadro anêmico há 9 anos sem investigação e ausência de acompanhamento pré-natal atual. Exames laboratoriais demonstraram Hb sérica 4, 2g/dL, hematócrito 14, 5%, VCM 90, 7, plaquetas: 162.000, LDH: 3220u/L, sedimento urinário sem proteinúria, bilirrubinemia total normal, coagulograma normal, Coombs direto negativo, reticulócitos 2%. Realizada hemotransfusão, solicitada avaliação hematológica. Cardiocotografia fetal demonstrou padrão desfavorável com desaceleração tipo II. Indicada interrupção gestacional por via alta, em caráter de urgência. Realizada raquianestesia lombar, interespaço L3/L4, paramediana, com agulha 27G Quincke, utilizando-se bupivacaína hiperbárica 0, 5% 12, 5mg e morfina 100mcg intratecal. Nível sensitivo alcançado em T4. Manteve estabilidade hemodinâmica durante 110 minutos de procedimento, perda sanguínea compatível com o procedimento, estimada em 800mL. Foi extraído recém-nato vivo, banhado em mecônio, Apgar 4/7, com necessidade de ventilação mecânica invasiva, encaminhado a centro intensivo neonatal. Paciente evoluiu com puerpério fisiológico, compensada clinicamente, sendo encaminhada à unidade de saúde da mulher no terceiro dia de pós-operatório. Diagnóstico definitivo de anemia falciforme (AF) através de eletroforese de Hb. **DISCUSSÃO:** O anestesologista deve demandar cuidados específicos em pacientes com AF, uma vez que condições como hipóxia, acidose, hipotermia e hipovolemia, podem ter consequências deletérias, devido à maior tendência de eritrofalciformação e de fenômenos vaso-oclusivos. Além disto, o profissional deve atentar ao desenvolvimento de hipertensão pulmonar em pacientes com tal patologia. Visando a minimização destas complicações, recomenda-se avaliação pré-operatória multidisciplinar, atenção especial à oxigenação e hidratação, escolha de procedimentos cirúrgicos menos invasivos e cuidados pós-operatórios intensivos. **REFERÊNCIA:** 1) Grewal A. Anaemia and pregnancy: Anaesthetic implications. Indian J Anaesth. 2010; 54(5):380-386. 2) Friedrisch JR. Cirurgia e anestesia na doença falciforme. Rev. bras. hematol. hemo-ter. 2007; 29(3):304-308.

CESARIANA EM PACIENTE PORTADORA DE SÍNDROME DE WOLFF-PARKINSON-WHITE

AUTORES:

Daniele Regozino Muniz*, Gustavo Ferreira Machado, Onofre Alves Neto, Fabiana Aparecida Penachi Bosco Ferreira.

INSTITUIÇÃO:

CET-SBA n 9172 do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Wolff-Parkinson-White ocorre em 1% da população, é mais comum em pacientes com malformação da valva tricúspide, cardiomiopatia hipertrófica, e nos casos de transposição de grandes vasos de Ebstein. Sintomas como taquicardia paroxística, síncope, dispnéia e angina são comuns durante episódios de taquiarritmias associadas a esta síndrome. **RELATO DE CASO:** Gestante, 28 anos, IG=37 semanas e 5 dias, G2P0A1. Refere diagnóstico de Síndrome de Wolff-Parkinson-White há 2 anos, durante primeira gestação, quando apresentou quadro de palpitação súbita e dispnéia. No período foi hospitalizada, e recebeu alta após compensação do quadro com prescrição de amiodarona. Relata ter apresentado novo episódio de taquiarritmia, seguida de tentativa de ablação sem resultado satisfatório. Indicada cesariana eletiva devido quadro cardiológico. Paciente foi monitorizada com cardioscopia, oximetria de pulso, PANI. No eletrocardiograma apresentava complexo QRS alargado e presença de onda delta. Optado por anestesia geral endovenosa e inalatória, indução com fentanil, etomidato e succinilcolina, seguida de intubação orotraqueal sob laringoscopia direta. Manutenção com sevoflurano, em ventilação mecânica volume controlada, feito 25mg de atracúrio. Operação ocorreu sem intercorrências. Ao final, submetida a reversão do bloqueio neuromuscular com atropina e prostigmine, ocorrendo taquicardia, pico 138bpm, sem instabilidade hemodinâmica, seguido de extubação. Permaneceu internada por 2 dias, recebeu alta assintomática. **DISCUSSÃO:** A Síndrome de Wolff-Parkinson-White é caracterizada por pré-excitação e taquiarritmia. Esta pré-excitação ventricular provoca um desvio precoce do complexo QRS chamada de onda delta. O objetivo da anestesia é evitar qualquer evento que leve aumento da atividade do sistema nervoso simpático (SNS) e drogas, como verapamil e digoxina, que poderiam potencializar a condução anterógrada dos impulsos cardíacos através da via acessória. Para indução anestésica, são indicados benzodiazepínicos, etomidato e opióides. Dentre os bloqueadores neuromusculares, deve-se evitar o pancurônio, que tem atividade vagolítica e provoca aumento da condução pela via acessória. Assim como a reversão do bloqueio neuromuscular com anticolinésterálicos associados a anticolinérgicos. Durante crises de taquiarritmia, inicialmente está indicado manobras vagais. Se refratário, iniciar uso de drogas, procainamida. Em caso de instabilidade hemodinâmica, realizar cardioversão elétrica imediata. **REFERÊNCIA:**1. Watson KT. Abnormalities of Cardiac Conduction and Cardiac Rhythm, In: Hines RL, Marschall KE. Stoelting's Anesthesia and Co-Existing Disease. Sixth Edition. Philadelphia, Saunders, 2012, 73-103. 2. Wakita R et al. Occurrence of intermittent Wolff-Parkinson-White syndrome during intravenous sedation. Journal of Clinical Anesthesia (2008) 20, 146-149.

CONDIÇÕES MATERNAS NO PÓS-OPERATÓRIO DE CESARIANA INFLUENCIAM NO APARECIMENTO DE DOR CRÔNICA PÓS-OPERATÓRIA?

AUTORES:

Thais Orrico de Brito Cançado, Marcelo Luis Abramides Torres, Felipe Bello Torres, Maruã Omais, Alan Saito Ramalho*.

INSTITUIÇÃO:

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA: A dor crônica pós-operatória é definida como a dor que persiste por mais de 3 meses após o procedimento cirúrgico. Sua incidência após cesariana varia de 6 a 18%. Pouco se sabe a respeito das consequências futuras deste procedimento, sobre a saúde materna. Este estudo investigou, entre outros fatores, se as condições maternas pós-operatórias influenciavam o aparecimento de dor crônica após a cesariana. **MÉTODO:** Este estudo prospectivo com distribuição aleatória foi conduzido em 443 pacientes que foram submetidas à cesariana (eletivas e emergenciais), sob raqui-anestesia utilizando-se doses variadas de anestésico local bupivacaína hiperbárica 0, 5% e opióides, associando-se ou não medicação anti-inflamatória não esteroide. No primeiro e segundo dia pós-operatório as pacientes foram avaliadas em relação ao bem estar geral e intensidade de dor pós-operatória. As pacientes foram questionadas se estavam se sentindo bem ou mal, se apresentavam algum tipo de desconforto (qualquer que fosse), e utilizando-se a escala verbal numérica de dor, avaliou-se a intensidade da dor aguda pós-operatória. Contato telefônico foi realizado, após três e seis meses do procedimento cirúrgico, para identificação das pacientes com dor crônica. Presença de dor abdominal ou pélvica, e ou formigamento, pontadas, ou fisgadas na região da incisão ou próxima, após três e seis meses do procedimento cirúrgico foi considerado dor crônica. **RESULTADO:** A incidência geral de dor crônica foi de 11, 4% após 3 meses e 7, 2% após 6 meses. Na primeira entrevista pós-operatória 32, 4% (11 pacientes) que referiram estar se sentindo mal apresentaram dor crônica 23, 6, 8% (14 pacientes) que referiram presença de dor aguda intensa apresentaram dor crônica. No segundo dia, das pacientes que apresentaram dor crônica, 10 (30, 3%) pacientes referiram mal estar e 9 (26, 6%) referiram dor intensa pós-operatória. Os resultados foram significativos tanto no primeiro como no segundo dia de entrevista ($p < 0, 05$). **CONCLUSÃO:** Pacientes que referiram estar se sentindo mal, com desconforto e escores de dor mais elevados no período pós-operatório imediato, tiveram mais dor crônica pós-operatória $p < 0, 05$. **REFERÊNCIA:** 1. Nikolajsen L, Sorensen HC, Jensen TS, Kehlet H. Chronic pain following Caesarean section. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2004;48(1):111-6. 2. Lavand'homme P. Postcesarean analgesia: effective strategies and association with chronic pain. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2006. p. 244-8.

EFEITO ANALGÉSICO DA CLONIDINA E/OU MORFINA ASSOCIADA À BUPIVACAÍNA POR VIA SUBARACNOÍDEA EM CESARIANA

AUTORES:

Adriana Ferraz de Souza*, Filipe Gonçalves Pereira, Taylor Brandão Schnaider.

INSTITUIÇÃO:

CET Hospital das Clínicas da Universidade do Vale do Sapucaí – MG.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVO: A anestesia subaracnoídea tornou-se a anestesia preferida para cesariana, é simples de executar, econômica, produz rápido início de ação e relaxamento muscular completo. A clonidina prolonga a duração da ação dos anestésicos locais administrados por via intratecal e tem propriedades antinociceptivas potentes. Se utilizado apenas o anestésico local por via espinal, são necessárias elevadas doses de tramadol ou mesmo de morfina por via endovenosa no pós-operatório para proporcionar alívio adequado da dor. A incidência elevada de efeitos indesejáveis e secundários da morfina, tais como náuseas e vômitos pós-operatório ou prurido são bem conhecidas; a adição de clonidina aumenta a incidência de bradicardia e sedação. Estes adjuvantes, morfina ou clonidina juntos à solução de anestésico local é de fundamental importância para melhorar a analgesia e consequentemente a satisfação dessas pacientes. **Metodos:** Foi realizado um estudo duplo encoberto em 120 parturientes, P1 e P2 submetidas à cesariana de urgência, divididas em três grupos, mantendo o mesmo volume de solução 3. 2mililitros no espaço subaracnoide; grupo I (n = 40) bupivacaína a 0, 5% hiperbárica(11mg) associada à morfina (200mcg); grupo II (n = 40) bupivacaína a 0, 5% hiperbárica (11mg) associada à morfina (100mcg) e clonidina (75mcg); grupo III (n = 40) bupivacaína a 0, 5% hiperbárica (11mg) juntamente com morfina(100mcg) e solução salina 0. 9% (0. 5ml). Antes de punção subaracnoidea, foram monitorizadas com cardiocópia, oximetria de pulso e pressão arterial não invasiva, realizada venoclise. **RESULTADO:** Não foi observada nenhuma sedação no grupo III, sendo observada em 36-45% das parturientes do grupo II e em apenas 10% das pacientes do grupo I. Alterações neonatais não foram evidenciadas, sendo o menor índice de Apgar oito. Ocorreu uma incidência de 16% de náuseas no perioperatório no grupo I, e 8% no grupo II. Foi observado prurido perioperatório em 8% das parturientes do grupo I, 3% das pacientes do grupo II e nenhum caso no grupo III. Não foram observadas alterações significativas na pressão arterial média e frequência cardíaca no período perioperatório. Em relação a dor no pós-operatório, foi necessário o uso de tramadol apenas no grupo III em 36 pacientes ou seja 90%. Nos grupos I e II, a dor foi considerada leve, sendo necessário apenas analgésico como dipirona. **CONCLUSÃO:** A associação de fármacos, por meio de concentrações menores que as necessárias se os fármacos fossem empregados isoladamente, acarreta melhor analgesia no intra e pós operatório, sem aumento de efeitos adversos. As parturientes que amamentam necessitam melhores qualidade de analgesia, pois as exigências do bebê acarretam uma maior atenção, sendo necessário que elas sejam mais ativas após a cirurgia. **REFERÊNCIA:** Sethi BS, Samuel M, Sreevastava D. Eficácia do efeito analgésico de baixas doses por via intratecal clonidina como adjuvante à bupivacaína. *Ind Jnl de Anaesth* 2007; 51:415 -19

EMBOLIA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO INTRA OPERATÓRIO EM CESAREANA

AUTORES:

Rubens Jardim Nochi Junior, Frederico Bastos de Araujo, Márcio Luiz Benevides, Janny Karin de Almeida Bringsken.

INSTITUIÇÃO:

CET Cuiabá - HGU - UNIC.

INTRODUÇÃO: Embolia de líquido amniótico (ELA) é uma complicação rara, com alta morbi-mortalidade materna e fetal, sendo 10% das causas de óbitos em gestante. De patogenia incerta, acredita-se que a ELA caracteriza-se por uma reação anafilactóide, levando a tríade de hipoxemia, colapso hemodinâmico e coagulopatia. **RELATO DE CASO:** Paciente primigesta, 23 anos, 65 kg, 1, 60m, 39 semanas de gestação, pré-natal com 6 consultas, em indução de trabalho de parto, indicada cesariana por bradicardia fetal, ASA 1E. Monitorizada com ECG, PANI e SpO₂; linha venosa 18G. Realizada anestesia subaracnóidea (L3-L4) com bupivacaína hiperbárica 12, 5mg e morfina 60mcg (nível do bloqueio em T6). Após cerca de 5 min da retirada do conceito (Apgar 2 e 7) a paciente apresentou hipotensão súbita (PA < 90x60mmHg) seguida de bradicardia (FC <50 bpm), não responsivos à efedrina (50mg em doses fracionadas) e atropina (0, 5mg). Cerca de 5 minutos após início desse quadro evoluiu com convulsão, tendo sido prontamente entubada com auxílio de succinilcolina 100mg e ventilada com oxigênio a 100%. Logo após a entubação houve parada cardíaca e após 40 minutos de reanimação, sem sucesso, constatou-se óbito. Durante reanimação foi realizado 3 tentativas de desfibrilação, adrenalina 15mg, amiodarona 300mg, bicarbonato de sódio 8, 4%, reposição volêmica de 2. 500ml de solução fisiológica e transfusão de 220ml de concentrado de hemácias, devido grande sangramento intra-operatório. Foi realizado exame necroscópico que evidenciou a presença de células amnióticas no parênquima pulmonar, confirmando o diagnóstico. **DISCUSSÃO:** A ELA é rara, de início súbito e de difícil diagnóstico, com sinais e sintomas que se confundem com alterações específicas da gestação e os efeitos do ato anestésico-cirúrgico. Sua etiologia é pela passagem de elementos do líquido amniótico para a circulação materna e a fisiopatologia é pouco conhecida. Além do processo mecânico causando congestão pulmonar, acredita-se no processo imunológico levando a reação sistêmica semelhante à anafilaxia. Os sintomas são variados, desde prurido, tosse, vômitos até o colapso cardiovascular e coagulopatia. O diagnóstico é de exclusão. A suspeita clínica e o tratamento de suporte precoce frente ao quadro sugestivo de ELA, neste caso não resultaram em desfecho positivo, mas devido o seu quadro imprevisível devemos manter a vigilância e observação das parturientes durante os procedimentos e salientar a prontidão para casos de emergências em centros obstétricos. O tratamento é manter o suporte cardiovascular, ventilatório, controle da coagulopatia e atonia uterina. **REFERÊNCIA:** 1. Conde-Agudelo A, Romero R. Amniotic fluid embolism: an evidence-base dreview. Am J Obstret Gynecol 2009;201:445. e1-13; 2. Dean LS, Rogers RP, Harley RA et al. Case Scenario: Amniotic Fluid Embolism. Anesthesiology 2012; 116:186-92.

ESTUDO COMPARATIVO ENTRE DOSES DE MORFINA INTRATECAL PARA ANALGESIA APÓS CESARIANA

AUTORES:

Francisco Amaral Egydio de Carvalho*, Sérgio Bernardo Tenório.

INSTITUIÇÃO:

Hospital de Clínicas-UFPR e Hospital Santa Cruz.

INTRODUÇÃO: Analgesia após cesarianas é importante, pois puérperas com dor têm dificuldade na movimentação, o que prejudica o aleitamento. Além disso, alterações endócrinas relacionados à dor também podem interferir na lactação. Morfina intratecal promove analgesia pós-operatória adequada e duradoura em doses baixas, mas também pode causar efeitos colaterais maternos. O objetivo deste trabalho foi comparar a qualidade da analgesia proporcionada por duas doses de morfina intratecal e seus efeitos colaterais em pacientes submetidas à cesariana. **MÉTODO:** Participaram do estudo 130 gestantes, ASA I à III com gestação de feto único, mais de 38 semanas de idade gestacional e plano de cesariana eletiva. Foram excluídas pacientes com: índice de massa corporal superior a 40Kg. m⁻²; mais de 3 cesarianas anteriores; alergia a alguma das medicações do estudo; doenças descompensadas e uso crônico de analgésicos. As gestantes participantes foram alocadas de maneira aleatória em 2 grupos que receberam 50 ou 100 µg de morfina intratecal (grupo 50/grupo 100). Todas elas foram anestesiadas com 12 mg de bupivacaína 0, 5% hiperbárica via intratecal. A prescrição de analgésicos e antieméticos para o pós-operatório foi padronizada. As pacientes foram avaliadas entre a 9^a e 11^a hora e entre a 22^a e 24^a hora após a anestesia, por uma enfermeira que desconhecia a que grupo a paciente pertencia. Foram investigados: intensidade da dor pós-operatória; consumo de analgésico complementar; efeitos colaterais; principal causa de desconforto nas primeiras 24 horas de pós-operatório e a satisfação referente à analgesia. **RESULTADO:** Os grupos foram homogêneos quanto aos dados antropométricos (TABELA 1). Não houve diferença estatística na intensidade dolorosa entre os grupos; porém, a dor foi mais intensa nas primeiras 12 horas após a anestesia nos 2 grupos (TABELA 2, 3 e 4). O consumo de cloridrato de tramadol e o intervalo até a primeira dose foram semelhantes nos 2 grupos. Prurido teve incidência significativamente maior no grupo 100, enquanto os demais efeitos colaterais não tiveram incidência significativamente diferente entre os grupos (Tabela 5). No grupo 50, o intervalo médio entre a anestesia e a primeira micção foi de 650 ± 128 minutos e, no grupo 100, foi de 694 ± 155 minutos (p=0, 094). Dor, prurido e dificuldade miccional foram as principais causas de desconforto nas primeiras 24 horas de pós-operatório (TABELA 6). Não houve diferença no grau de satisfação entre o grupo 50 e o grupo 100. **CONCLUSÕES:** 50µg e 100µg de morfina proporcionam analgesia de mesma qualidade após cesariana; porém 100µg está associada à maior incidência de efeitos colaterais. Prurido, além de ser o efeito colateral mais prevalente foi considerado uma das principais causas de desconforto nas primeiras 24 horas de pós-operatório, juntamente com dor e dificuldade miccional.

ESTUDO PROSPECTIVO DA INCIDÊNCIA DE CEFALÉIA PÓS-PUNÇÃO DURAL EM PACIENTES GESTANTES OBESAS E NÃO OBESAS SUBMETIDAS À CESARIANA SOB ANESTESIA SUBARACNÓIDEA

AUTORES:

Eulívia de Oliveira Maia, Andrezza Monteiro Rodrigues da Silva, Eliana Marisa Ganem, Ivandete Coelho Pereira*, Leopoldo Palheta Gonzalez.

INSTITUIÇÃO:

Maternidade Balbina Mestrinho.

INTRODUÇÃO: A cefaleia pós-punção dural (CPPD) é complicação da anestesia subaracnóidea (AS) que acomete, dentre outros, pacientes obstétricas. De fisiopatologia não totalmente conhecida, a hipotensão liquórica é um dos fatores envolvidos em sua gênese. É a terceira causa de litígio nos EUA, além de limitar a relação mãe/filho nas puérperas. Gestantes obesas (GO) presumivelmente possuem maior elevação da pressão liquórica, em virtude do aumento da pressão intra-abdominal, do engurgitamento dos vasos e dos depósitos de tecido adiposo. O objetivo deste estudo foi avaliar, de forma prospectiva, a prevalência de CPPD em GO e não obesas (GNO) submetidas à AS para cesariana. **MÉTODO:** Após aprovação do Comitê de Ética e assinatura do consentimento livre e esclarecido, foi realizado um estudo de caso-controle, sendo os casos as GO e os controles às GNO, submetidas à cesariana sob AS, sob técnica padronizada com agulha Quincke 27G. Foram avaliadas a ocorrência de CPPD, o momento em que ela apareceu (12 horas, 24 horas, 48 horas e 72 horas), a idade, o peso, a altura, o número de punções. A amostra dos casos foi de 330 pacientes (n=330), para um nível de 95% de confiança e uma precisão de 5%. Foi adotado um controle para cada caso, alocado aleatoriamente a partir do total de GNO cadastradas na base de dados do estudo. Os resultados estatísticos foram efetuados por meio de análise descritiva dos dados, e as correlações por meio de coeficiente de correlação de Pearson. **RESULTADO:** No grupo GO, quatro apresentaram CPPD, sendo que uma iniciou 12 horas, e três 24 horas após a AS. A punção foi única em duas pacientes. No grupo GNO, onze apresentaram CPPD, quatro em 12 horas, uma 24 horas, cinco 48 horas e uma 72 horas após a AS. A punção foi única em nove das onze gestantes. Nas GO: a média de idade das pacientes com CPPD foi de 27 anos (27 ± 7 anos). Em relação ao peso, duas tinham peso entre 89, 5 e 99, 5 kg, uma (25%) entre 79, 4 a 89, 4 kg e uma (25%) entre 69, 3 a 79, 3 kg. Quanto a altura, duas tinham entre 1, 56 e 1, 66m, uma entre 1, 45 a 1, 55m e uma entre 1, 67 a 1, 77. Na GNO a média de idade das pacientes com CPPD foi de 27 anos (26 ± 7 anos) e quanto ao peso, a média foi de 64, 6 kg. Em relação à estatura, 6 (54, 55%) tinham entre 1, 56 e 1, 66m de altura, sendo que a altura variou entre 1, 41 e 1, 71 metros, com altura média de 1, 57m. **CONCLUSÃO:** A prevalência de CPPD em GO foi 1, 2%, e nas GNO 3, 3%. Não houve diferença com significância estatística com relação à idade, ao peso e à estatura entre os grupos. Assim tendo, com base na população estudada, as GO não apresentaram maior predisposição em apresentar CPPD. **REFERÊNCIA:** 1. Mhyre, JM. Anesthetic management for the morbidity obese pregnant woman. *Int. Anesth Clin.* 2007, 45 p. 51-70. 2. Saravanakumar K, Rao SG, Cooper GM. Obesity and obstetric anaesthesia. *Anaesthesia*, 2006, 61:36-48.

HEMOGLOBINOPATIA SC ASSOCIADA A TROMBOEMBOLISMO PULMONAR E ÓBITO MATERNO

AUTORES:

Carla Ramos Andrade, Maria José Carvalho Carmona, Matheus Fachini Vane, Marcelo Abramides Torres, Fabíola Prior Caltabeloti, Fernando Bliacheriene.

INSTITUIÇÃO:

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

INTRODUÇÃO: A Anemia Falciforme (AF) consiste em defeito genético da hemoglobina tornando-a passível de falcização. A AF inclui a homozigose para hemoglobina S (HbS), a hemoglobinopatia SC e a beta-talassemia. Crises algicas, anemia com necessidade de transfusão, complicações tromboembólicas, infecção, pré-eclâmpsia e morte materna são mais comuns nesta afecção. Objetiva-se neste trabalho a descrição de caso de gestante com complicações da hemoglobinopatia SC não previamente diagnosticada. **RELATO DE CASO:** Paciente de 20 anos, parda, admitida na 37 semana de gestação no PS com queixa de dor lombar Exames: hb: 12, 2. leucócitos: 20. 080/mm³. No dia seguinte evoluiu com leucorreia, taquicardia, sinais de sofrimento fetal agudo (DIP 2) sendo feita hipótese diagnóstica de sepse e corioamnionite e indicada cesariana. No centro cirúrgico a paciente é admitida com oximetria de pulso de 90% em ar ambiente, taquicardia (FC:110 bpm) e pressão arterial de 140x80 mmHg. Após monitorização e venóclise foi realizada raquianestesia. O procedimento transcorreu sem intercorrências. Paciente evoluiu cerca de 10 horas após o parto com dispneia súbita, desconforto respiratório e dessaturação necessitando de intubação orotraqueal e ventilação mecânica, encaminhada a UTI com FC: 147 bpm sem drogas vasoativas. Exames admissionais evidenciaram anemia importante (Hb:6, 2), plaquetopenia (44. 000/mm³), leucocitose (14. 680/mm³) e coagulopatia (TP INR: 1, 65 e TTPa R:1, 41). Realizada angiotomografia de tórax que mostrou trombo segmentar em ápice de pulmão direito com sinais de hipertensão pulmonar e cor pulmonale, além de consolidações alveolares em ambas as bases. Neste dia, os familiares informam que irmão da paciente havia falecido há 4 dias com diagnóstico de meningococcemia. NO 1 PO paciente evoluiu com choque séptico e obstrutivo e foi encaminhada para realização de histerectomia de urgência devido visualização de gás e imagem heterogênea em parede posterior do útero. Após procedimento paciente evoluiu com necessidade de altas doses de drogas vasoativas. Doze horas após admissão em UTI paciente evoluiu com PCR de 10 minutos respondendo as manobras de ressuscitação. Foi realizada trombólise com alteplase. Dezesesseis horas após admissão em UTI paciente foi a óbito. No laudo do serviço de verificação de óbito foi notado endometrite puerperal, cor pulmonale agudo. Exames colhidos após admissão na UTI mostraram: HbS: 53, 5% HbC: 44, 7% e teste de hemólise em NaCl 0, 36% positivo tendo como diagnóstico final Anemia Falciforme (hemoglobinopatia SC). **DISCUSSÃO:** A morbimortalidade materna pela hemoglobinopatia SC é elevada, com grande prevalência de complicações como pielonefrite, septicemia, eventos tromboembólicos, descolamento prematuro de placenta, eclâmpsia e pré-eclâmpsia, síndrome torácica aguda e hipertensão pulmonar. O desconhecimento do diagnóstico de hemoglobinopatia SC dificultou a condução do caso. **REFERÊNCIA:** *Anesthesia and hemoglobinopathies*, *Anesthesiology clin*, 2007; 321-336.

HIPOTENSÃO MATERNA TARDIA APÓS ADMINISTRAÇÃO DE MINI DOSE DE CLONIDINA PERIDURAL PARA ANALGESIA DE TRABALHO DE PARTO

AUTORES:

Cristiano Hiroshi Vieira Horiguchi, Artur Palhares Neto, Adriano Bechara de Souza Hobaika, Gustavo Rodrigues Costa Lages, Renato Hebert Guimarães Silva, Claudia Leal Ferreira Horiguchi.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Mater Dei.

INTRODUÇÃO: A clonidina é um alfa-2-agonista utilizada na medicina peri-operatória de várias formas: medicação pré-anestésica, potencializador de analgesia no neuroeixo, para promover estabilidade hemodinâmica, anti-sialogogo e para tratamento de tremor per-operatório. O tempo de ação desta droga é de 12 horas. Recentemente, tem havido interesse na utilização de clonidina na analgesia de parto, tanto por via intratecal quanto por via peridural. Relato do caso: Paciente 25 anos, primigesta, 38 semanas, solicitou analgesia para parto vaginal com 3 cm. Após venoclise, foi punccionado espaço peridural L4/L5, com a técnica de perda de resistência, administrado 20 ml de bupivacaína 0,065% com sufentanil 10 µg e clonidina 37,5 µg. O cateter foi introduzido 5 cm no espaço peridural. Após quatro horas, com dilatação de 6 cm, foi necessário administrar nova dose e optou-se por 12 ml bupivacaína 0,065%. E depois de mais duas horas foi necessário novo repique com 12 ml de bupivacaína 0,08%. Após 8 horas de trabalho de parto, nasceu uma criança do sexo feminino sadia (Apgar 9/9). Meia hora depois a paciente queixou sensação de desmaio, apresentando frequência cardíaca de 52 bpm e PA= 83/35, sendo tratada imediatamente com efedrina 20 mg. Foi encaminhada à SRPA estável, onde após uma hora a paciente apresentou novamente hipotensão, PA=65/30 e FC=51 com sudorese profusa e extremidades frias. Recebeu uma dose de efedrina de 35 mg, expansão volêmica com hidroxietilamido 6% 500 ml e salina 1000 ml com boa resposta. **DISCUSSÃO:** A utilização da clonidina na analgesia para trabalho tem sido objeto de estudo na última década. Os estudos são controversos e realizados com pequena amostragem: alguns apontam vantagens no uso da droga devido à redução da massa de anestésico local e opióides e seus efeitos adversos e outros apontam risco maior de hipotensão e bradicardia maternas, sedação e alteração comportamental do neonato. A hipotensão materna é o efeito adverso mais frequente e poderia provocar também redução do fluxo sanguíneo uteroplacentário. Ainda não há um consenso a respeito da dose peridural ideal para o uso da clonidina, são sugeridas doses entre 60 e 75 µg, com segurança. Esta paciente, apesar de receber uma mini dose da droga, apresentou hipotensão importante, por duas vezes, tardia e subitamente, após 8 e 9 horas da administração. **REFERÊNCIA:** Epidural labour analgesia using bupivacaine and clonidine. Syal K, et al. Side effects of the addition of clonidine 75 microg or sufentanil microg to 0.2% ropivacaine for labour epidural analgesia. Dewandre PY, et al.

INJEÇÃO ACIDENTAL DE ANESTÉSICO EM ESPAÇO SUBDURAL APÓS ANALGESIA DE PARTO POR BLOQUEIO PERIDURAL LOMBAR: RELATO DE CASO

AUTORES:

Jaci Custódio Jorge, Pamela Braga Moraes, Ingrid Emanuelle Ribeiro Serafim Mendes*.

INSTITUIÇÃO:

Ipsemg

INTRODUÇÃO: A anestesia peridural lombar é considerada um procedimento relativamente seguro para controle da dor do parto, porém complicações que podem comprometer a vida da mãe e do feto ocorrem ocasionalmente. **RELATO DE CASO:** Uma gestante, G2PN1A0, de 34 anos, com 39 semanas de gestação, sem histórico de doenças prévias, foi internada para realização de parto vaginal. O feto encontrava-se com boa vitalidade, FC de 140 batimentos/min. Foi solicitada analgesia de parto. Optou-se por analgesia peridural lombar. A paciente foi monitorizada com oximetria de pulso, cardioscopia e pressão não invasiva. A PA inicial foi de 135/70, SatO2 de 98% em ar ambiente e FC de 80 batimentos/min. Uma agulha Tuohy 17G foi inserida a nível de espaço L3-L4, em torno de 5 cm. O espaço peridural foi encontrado utilizando o teste de perda de resistência do ar. Um cateter peridural de calibre 16G foi inserido sem qualquer resistência em torno de 4 cm através da agulha Tuohy. Não houve retorno de líquido ou sangue pela aspiração do cateter. Posteriormente foi injetado pelo cateter 4ml de ropivacaína a 0,75%, 100µg de fentanil (2ml) e 8ml de água biodestilada, totalizando um volume de 12ml. A paciente foi colocada na posição de decúbito lateral esquerdo, e aproximadamente após 10min evoluiu com rebaixamento do nível de consciência, arresponsiva à ventilação espontânea. Nesse momento, a PA era de 90/70, FC de 70 batimentos/min, SatO2 de 92% e FR de 10 incursões/min. Bloqueio sensitivo em C5 e ausência de bloqueio motor. Foi administrado O2 a 100% sob máscara facial com fluxo de 6l/min. O feto evoluiu com FC de 80 batimentos/min. Foi decidido por realizar uma cesariana de emergência. Anestesia geral foi realizada com uma indução venosa com 200µg de fentanil, 20mg de etomidato e 70mg de succinilcolina. Manutenção da anestesia com isoflurano a 1%. A paciente evoluiu durante o procedimento com hipotensão persistente, sendo corrigida com fenilefrina em bolus. A cesareana durou 60min, e nasceu uma criança viva, sexo masculino, pesando 3,5kg. Apgar no 1º min: 2 e no 5º min: 6. Assistida por pediatra. A paciente levou 30min para acordar após o fim da cirurgia. Extubação na sala com a paciente alerta, orientada, bom padrão respiratório e sem quaisquer alterações motoras ou sensitivas. Na sala de recuperação pós-anestésica manteve uma média de PA de 55-60mmHg, evoluindo para 70-80mmHg após 500ml de colóide. Mãe e recém-nascido permaneceram no hospital por 48 horas, recebendo alta sem quaisquer alterações neurológicas. **DISCUSSÃO:** Muitos relatos de caso têm demonstrado que os resultados da injeção subdural de anestésico tem efeitos distintos nos pacientes, tais como hipotensão moderada, depressão respiratória progressiva, falta de coordenação e recuperação completa após quase 2 horas. **REFERÊNCIA:** 01. Moon H, Chon J et. Al- Intrauterine fetal bradycardia after accidental administration of the anesthetic agent in the subdural space during epidural labor analgesia. Korean J Anesthesiol 2013 June 64(6): 529-532.

LESÃO DE NERVO FIBULAR APÓS PROCEDIMENTO OBSTÉTRICO

AUTORES:

Marina Ferraz Teixeira de Queiroz, Camilla Louise Vaz Mendes, Marcelo Fonseca Medeiros, Núbia Campos Faria Isoni, Lucas Tavares de Resende, Bernardo Drumond Matias.

INSTITUIÇÃO:

Santa Casa de Belo Horizonte.

INTRODUÇÃO: Complicações relacionadas ao posicionamento do paciente e à técnica anestésica são descritas na prática obstétrica. Em algumas situações, é difícil diferenciar sua causa e outras vezes elas podem estar associadas. Nesses casos, é necessário uma investigação mais aprofundada com exames da região lombossacral e do membro acometido. A lesão do nervo fibular é a radiculopatia periférica mais comum de membros inferiores, geralmente associada ao posicionamento do paciente. Relatamos um caso de parestesia e perda da força no membro inferior pós parto. Relato do Caso: Paciente 38 anos, fem., G2P1A0, IG 39 semanas. Admitida em trabalho de parto. Solicitado analgesia de parto com 7 cm de dilatação, plano 0 de Delee. Monitorizado paciente com cardioscopia, oximetria de pulso e PA não invasiva. Venóclise com cateter 18G em MSE. Realizado analgesia peridural com agulha 18G de forma asséptica, atraumática, em L4-L5, com solução de bupivacaína a 0,125% com vasoconstritor + 100 mcg de fentanil, totalizando um volume de 12ml e passado cateter; ato sem intercorrências. Após 45 min em posição de litotomia, optado por realizar cesariana. Complementado anestesia com 15 ml de lidocaína a 2% com vasoconstritor em cateter, com bloqueio atingindo T4. Após 24h do bloqueio, paciente queixava parestesia e perda da força em MIE. Ao exame neurológico: Marcha parética à esquerda. Sensibilidades superficial e profunda reduzidas em face anterior, pósterolateral e dorso do pé esquerdo. Solicitado TC de coluna lombar que não evidenciou sinais de compressão medular. Passados 48h do bloqueio, paciente apresentava melhora da força em membro acometido. Diagnosticada com radiculopatia de L3-L5 e possível lesão periférica do nervo fibular comum. Orientada a iniciar fisioterapia domiciliar e retorno em 30 dias. Paciente retornou ao ambulatório com melhora dos sintomas. **DISCUSSÃO:** No caso descrito, a hipótese mais provável é de lesão periférica devido às queixas específicas em região exclusiva do nervo fibular e um exame de imagem sem alterações. Muitas vezes, a impressão inicial de uma radiculopatia é que a origem da lesão foi decorrente da técnica anestésica. No entanto, não se deve esquecer das lesões ocasionadas pelo posicionamento inadequado do paciente, principalmente em posição de litotomia. É fundamental diferenciar lesões de origem central de lesões periféricas para definir a melhor abordagem. **REFERÊNCIA:** Menezes S, Rodrigues R, Tranquada R, et al. Injuries resulting from positioning for surgery: incidence and risk factors. *Acata Med Port.* 2013 Jan-Feb; 26(1):12-6. Ortiz de la Tabla González R, Martínez Navas A, Echevarría Moreno M. Neurologic complications of central neuraxial blocks. *Rev Esp Anestesiología y Reanimación.* 2011 Aug-Sep;58(7):434-43.

LÚPUS ERITMATOSO SISTÊMICO E GESTAÇÃO: RELATO DE CASO

AUTORES:

Carlos Othon Bastos, Tássia Arcanjo Chaves, Candido Amaral Sanchez, Franz Schubert Cavalcanti, Maíra Cota Torres, Paula Perin Glatt.

INSTITUIÇÃO:

Maternidade de Campinas.

INTRODUÇÃO: O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença inflamatória crônica, multissistêmica, de natureza autoimune. Evolui com manifestações clínicas polimórficas, com períodos de exacerbações e remissões¹. Seu desenvolvimento está ligado à predisposição genética e fatores ambientais (luz ultravioleta e alguns fármacos) e incide mais em mulheres jovens, ou seja, na fase reprodutiva². **RELATO DE CASO:** Segundigesta, 35 anos, gravidez gemelar de 33 semanas, portadora de LES, em uso de prednisona 20mg ao dia, internada por ruptura prematura das membranas. No 5º dia, apresentou oligoâmnio acentuado, sendo indicada cesariana. Exames laboratoriais mostravam plaquetopenia (44.000/mm³). Realizada transfusão prévia de 8 unidades de plaquetas e anestesia geral balanceada com intubação traqueal em sequência rápida. O ato anestésico-cirúrgico transcorreu sem anormalidades e os recém-nascidos com boa vitalidade. A paciente recebeu alta hospitalar no 3º PO em boas condições clínicas e físicas e contagem de plaquetas de 49.000/mm³. **DISCUSSÃO:** As doenças reumáticas são de natureza inflamatória e etiologia desconhecida. Na gravidez, ocorre aumento de atividade do LES associando-se à maior risco obstétrico e perinatal com maior incidência de desfechos adversos. A indicação da anestesia a ser realizada depende da evolução da doença¹. Dado o envolvimento de múltiplos órgãos, uma avaliação pré-operatória deve ser feita, incluindo o risco materno fetal bem como análise dos fármacos e os anestésicos a serem aplicados. A anemia, trombocitopenia e alterações significativas da coagulação são eventos comuns, avaliados pelo hemograma e coagulograma. O envolvimento renal ou hepático pode alterar o metabolismo e a eficácia de fármacos, como anestésicos venosos e inalatórios, analgésicos, relaxantes neuromusculares, inibidores da colinesterase e antagonistas muscarínicos. Devido à complexidade e apresentações clínicas potencialmente abrangentes do LES, o manuseio anestésico desses pacientes ainda é um desafio. Cuidados no planejamento anestésico e monitorização perioperatória dos órgãos afetados são necessários². **REFERÊNCIA:** 1-Bem-Menachem E Systemic lupus erythematosus: a review for anesthesiologists. *Anesth Analg.* 2010;111(3):665-76. 2-Carrillo ST et al. Anesthetic considerations for the patient with systemic lupus erythematosus. *Middle East J Anesthesiol.* 2012;21(4):483-92.

MANEJO ANESTÉSICO EM GESTANTE COM ESCLEROSE MÚLTIPLA

AUTORES:

Victor da Venda Acosta*, Eloá Mascarenhas Soffritti, Maria-lice Vieira Cardoso, Daniel Vieira de Queiroz.

INSTITUIÇÃO:

CET Prof. Fabiano Gouvea do Hospital Federal dos Servidores do Estado.

INTRODUÇÃO: A esclerose múltipla (EM) é uma doença desmielinizante do sistema nervoso central que tem como característica causar episódios de exacerbação de sintomas neurológicos alternados com períodos de remissão da doença, podendo culminar em déficits neurológicos incapacitantes permanentes. A doença é a maior causa de incapacidade neurológica em adultos jovens. A EM representa um desafio para a anestesiologia em virtude da grande controvérsia a respeito da melhor técnica anestésica a ser realizada, bem como seus potenciais efeitos no curso da doença. Relato do caso: Primigesta, 28 anos, 38 semanas de gestação, história de duas crises de EM oftalmológicas, última há 2 anos, culminando em amaurose unilateral. Apresentava gestação múltipla, com um feto em situação transversa. Foi decidida a realização de parto cesáreo, sob anestesia geral. Foi realizada monitorização com cardioscópio, oxímetro de pulso, pressão não invasiva e capnógrafo. Indução anestésica em sequência rápida com remifentanil em bomba infusora, propofol e rocuroônio, manutenção realizada com sevoflurano. Durante todo o procedimento a paciente manteve-se estável. Ao final da cirurgia foi administrado tramadol, dipirona e parecoxibe, e reversão do bloqueio com sugamadex. Paciente foi extubada e manteve-se estável. Recém-nascido com 3200 gramas, APGAR 8/9, saudável. **DISCUSSÃO:** O maior temor a respeito do manejo anestésico em pacientes com EM é o agravamento dos sintomas no pós-operatório. A anestesia peridural foi relatada com relativo sucesso em pacientes com a moléstia, havendo exacerbações da doença basicamente nos pacientes submetidos a concentrações maiores de anestésicos locais. Diferentemente, a raquianestesia mostrou piora dos sintomas em 20% das mulheres pós-parto, revelando um temor do uso de anestésicos locais para o curso da doença por atuarem em áreas desmielinizadas da medula espinhal. Outra questão seria um suposto bloqueio mais potente e prolongado nesses pacientes. Em relação a anestesia geral, a ressalva está no fato de que se deve evitar o uso de bloqueadores neuromusculares despolarizantes, uma vez que as alterações histológicas geradas pela doença podem culminar em hipercalemia induzida por succinilcolina. Dessa forma, em virtude da gama de controvérsias na literatura, a melhor técnica anestésica ainda não é consenso, não sendo contraindicação absoluta a anestesia em neuroeixo. No entanto é prudente a análise dos prós e contras das diversas técnicas, bem como a ciência do paciente quanto à possível exacerbação da doença. **REFERÊNCIA:** Zhou J, Allen PD, Pessah IN et al. Neuromuscular Disorders and Malignant Hyperthermia. In: Miller RD, Eriksson LI, Fleisher LA et al. Miller's Anesthesia. 7. ed. Philadelphia, Churchill Livingstone, 2010; 1172-1172. Bader AM. Neurologic and neuromuscular disease. In: Chestnut DH, Polley LS, Tsen LC et al. Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice. 4. ed. Philadelphia, Mosby Elsevier, 2009; 1054-1055.

MANEJO ANESTÉSICO EM GESTANTE VÍTIMA DE POLITRAUMA

AUTORES:

Matheus Fachini Vane, Carla Ramos Andrade, Marcelo Luis Abramides Torres, Andreza Gonzaga Bartilotti, Maria José Carvalho Carmona, José Otávio Costa Auler Júnior.

INSTITUIÇÃO:

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

INTRODUÇÃO: O trauma materno é a principal causa de mortalidade materna não obstétrica, sendo então, de extrema importância o atendimento adequado destas pacientes. A gestante vítima de trauma deve ser avaliada e ressuscitada seguindo os mesmos princípios de qualquer paciente vítima de politrauma levando em consideração as modificações do organismo materno. **OBJETIVO:** Relato de caso de paciente gestante de 36 semanas vítima de atropelamento com ejeção de 4 metros. **RELATO DE CASO:** Paciente de 22 anos, gestante de 36 semanas, trazida pelo resgate após atropelamento por auto com ejeção de 4 metros. Dados do local: PA: 140x90 mmHg FC: 135 bpm Escore de glasgow 9 SpO2: 100%. No pronto socorro PA: 105x60 mmHg, FC: 105 bpm, FAST negativo, glasgow 13 e dor em dorso e abdome. Tomografia de pelve e abdome: fratura de íliaco esquerdo e disjunção da articulação sacro-íliaca, fratura dos ramos ísquio e íliopubica esquerda, laceração esplênica e hematoma extraperitoneal e fraturas de processos transversos de L3 e L4. USG: feto único com movimentação ativa e batimentos cardíacos presentes. Devido à instabilidade hemodinâmica paciente encaminhada para o centro cirúrgico e submetida a laparotomia exploradora. Paciente submetida à anestesia geral balanceada com indução em sequência rápida (Fentanil 100 mcg, Etomidato 20 mg e succinilcolina 100 mg). Puncionada e cateterizada artéria radial direita e veia subclávia direita. Recebeu ao todo 3 concentrados de hemácia, 5000 ml de cristalóide, ácido tranexâmico e noradrenalina. Realizada cesariana de urgência com RN de 3. 100 g Apgar 0/0/1 nascimento 7 minutos após início da anestesia. Sangramento de região lateral E do útero em região de rotura parcial optado por realização de histerectomia total. Grande hematoma retroperitoneal estável, esplenectomia e fixação externa de bacia. Paciente encaminhada para UTI. RN reanimado em sala de parto e encaminhado à UTI neonatal. Paciente extubada e sem drogas vasoativas no terceiro dia de pós operatório. Recebeu alta da UTI após 15 dias e alta hospitalar após 23 dias da admissão. RN evoluiu com encefalopatia anóxica neonatal, necessidade de drogas vasoativas e ventilação mecânica, fratura de costelas. Iniciado protocolo de morte encefálica 12 dias após o nascimento e constatado o óbito 2 dias depois. O laudo da necropsia concluiu que a morte sobreveio a anóxia encefálica grave e politraumatismo. **DISCUSSÃO:** A mortalidade materna por trauma é de 6-7%. A mortalidade fetal chega a 80% quando é diagnosticado choque hipovolêmico na gestante. A ressuscitação vigorosa da mãe é a melhor conduta para o feto e o anestesiologista tem papel central na ótima ressuscitação e manejo intraoperatório. **REFERÊNCIA:** Weinsberg L, Steele RG, Pugh R et AL. The pregnant trauma patient. Anaesthesia intensive care. 2010;33:162-180.

MANEJO ANESTÉSICO EM PACIENTE GESTANTE COM ESCLEROSE TUBEROSA. RELATO DE CASO

AUTORES:

Roberto Diego Alves de Araújo, Juliana Laís Carneiro, Daniel Vieira de Queiroz, Marialice Vieira Cardoso, Felipe Wanderley Coelho, Filipe Cantão de Souza Martins.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Federal dos Servidores do Estado.

INTRODUÇÃO: será descrito um relato de caso de gestante com esclerose tuberosa em parto cesariana. Ainda será realizada uma revisão bibliográfica sobre a doença e a conduta anestésica neste contexto. **RELATO DE CASO:** paciente gestante a termo, 35 anos de idade, portadora de esclerose tuberosa, foi submetida a parto cesariana, sob raqui-anestesia com 13mg de bupivacaína hiperbárica e 20mcg de fentanil. A paciente apresentava diversas lesões cutâneas, inclusive uma grande placa tumoral que ocupava a região lombar de L1 até a região sacral. Assim, inicialmente foi tentada anestesia peridural no nível T12/L1, com falha por perfuração da duramater. Pela agulha de peridural foi realizada a anestesia subaracnóide descrita. Além das lesões cutâneas, a paciente deste caso clínico apresentava insuficiência renal crônica, em hemodiálise, e história previa de tumor cerebral. **DISCUSSÃO:** A esclerose tuberosa é uma doença autossômica dominante, com presença dos genes mutantes TSC1 ou TSC2 para a produção das proteínas hamartina e tuberina. Tem uma incidência de 0, 7 a 8, 8 por 100000 habitantes. A doença é caracterizada pela formação de tumores benignos em diversos tecidos, como: pele, coração, cérebro, medula espinhal, rins e pulmões. As complicações clínicas são diversas: lesões cutâneas, alterações anatômicas cardíacas, insuficiência renal, pneumotórax de repetição, hipertensão intracraniana, retardo mental, dentre outras. Por ser uma doença multissistêmica, a esclerose tuberosa é um grande desafio para o anestesio- logista. Começa desde a coleta da história clínica, tendo em vista grande incidência de retardo mental, e persiste com outras dificuldades, como o acesso à via aérea (tumores em boca e faringe), a ventilação (diversas distúrbios pulmonares, incluindo pneumotórax de repetição), o acesso ao neuro-eixo (tumores cutâneos e da medula espinhal, hipertensão intra-craniana), dentre outros distúrbios, como insuficiência renal e alterações na morfologia cardíaca. Assim, a esclerose tuberosa é uma distúrbio rico em potenciais complicações anestésicas perioperatórias. Portanto, é notável, para o anestesio- logista, ter bom conhecimento sobre a doença e a conduta anestésica em seu contexto. **REFERÊNCIA:** A. Causse-Mariscal, M. Palot, H. Visseaux et AL. Labor analgesia and cesarean section in women affected by tuberous sclerosis: report of two cases. International Journal of Obstetric Anesthesia (2007) 16, 277-280; Alison Macarthur. Postpartum Headache. Chestnut: Obstetric Anesthesia. 4th ed. ELSEVIER, 2009; 677-700.

MANEJO DE HEMORRAGIA PÓS PARTO AUXILIADA POR TROMBOELASTOMETRIA (TEM) EM PACIENTE COM SÍNDROME HELLP

AUTORES:

Estevão Luiz Carvalho Braga, Marcio Mamede Nagatsuka, Marco Antonio Ferro, Helena de Mattos Saboia, Paulo Alipio Germano Filho, Armin Guttman.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Federal de Bonsucesso.

INTRODUÇÃO: A síndrome HELLP é uma grave complicação obstétrica caracterizada por hemólise, elevação das enzimas hepáticas e plaquetopenia. É associada a complicações maternas como descolamento prematuro de placenta e hemorragia severa no pós parto. Os testes de viscoelasticidade permitem a detecção precoce de coagulopatias e facilitam a elaboração de estratégias terapêuticas, com utilidade na população obstétrica. **RELATO DE CASO:** Gestante de 34 anos, GII PI, 32 semanas, com quadro de dor abdominal, sangramento vaginal e epistaxe. Gestação interrompida após 24 horas devido a diagnóstico de Síndrome HELLP. No 1º dia de pós operatório (DPO), cursou com instabilidade hemodinâmica. Constatado sangramento de vasos da parede abdominal durante reoperação, seguindo em ventilação mecânica para o CTI. Cursou com drenagem de 400 mL de líquido sanguinolento e sangramento de sítios de punção, sem melhora após transfusão de concentrado de hemácias, plasma fresco congelado e concentrado de plaquetas (CP). No 4º DPO, a tromboelastometria evidenciou hipofibrinogenemia: EXTEM(CFT 415s, MCF 30mm) FIBTEM(MCF 6mm) sendo transfundidos 08U de crioprecipitado (CRIO). No 5º DPO persistiu com 300 mL de drenagem e nova TEM demonstrou plaquetopenia: EXTEM (CFT 444s, MCF 35mm), FIBTEM(MCF 14mm), sendo transfundidos 10 unidades de CP. Nos quatro dias seguintes persistiu drenagem de líquido sanguinolento (100 mL/dia). Tromboelastometrias seriadas guiaram a administração de CRIO, por evidenciarem hipofibrinogenemia. A paciente evoluiu com remissão da coagulopatia e estabilidade hemodinâmica, com alta domiciliar após 14 dias. **DISCUSSÃO.** A deficiência de fibrinogênio é a causa mais comum de discrasia em obstetrícia e representa preditor independente de hemorragia puerperal. A associação entre HELLP e anemia hemolítica microangiopática é causa frequente de coagulação intravascular disseminada. O seu diagnóstico diferencial é difícil devido semelhança fisiopatológica de doenças como púrpura trombocitopênica trombótica, síndrome hemolítico urêmica e fígado gorduroso agudo da gravidez. Exames laboratoriais como TAP e PTT são inadequados para monitoramento de coagulopatia e guiar a terapia transfusional, pois são realizados em plasma e terminam com a formação das primeiras cadeias de fibrina. Já a TEM é realizada em sangue total, avaliando a coagulação do início até a lise do coágulo, incluindo sua resistência e estabilidade. Portanto é capaz de fornecer uma avaliação mais sensível, rápida e completa das alterações do equilíbrio hemostático. Este relato de caso evidenciou que a TEM representa ferramenta útil e contribuiu para o bom desfecho do caso. **REFERÊNCIA:** 1- Lier H, Vorweg M, Gorlinger K et al. Thromboelastometry guided therapy of severe bleeding. Hamostaseologie, 2013;33:51-61.

PNEUMOENCÉFALO PÓS PERIDURAL E RAQUIANESTESIA EM GESTANTE - RELATO DE CASO

AUTORES:

Alessandra de Carvalho Laudissi, Mônica Braga da Cunha Gobbo, José Eduardo Bagnara Orosz, Edgar Yugue, Mariana Marques dos Santos, Andrea Goulart Penteado Kalil Issa*.

INSTITUIÇÃO:

GET PUC Campinas.

INTRODUÇÃO: – A alcalemia, o aumento do consumo de oxigênio e do débito cardíaco são consequências do trabalho de parto. Com o intuito de minimizar essas alterações, são usadas diversas técnicas anestésicas, sendo a combinação de peridural e raquianestesia amplamente utilizada. Apesar de muitas vantagens, essa técnica também apresenta riscos, como lesão nervosa, cefaléia, punção acidental da dura mater e consequente comunicação do sistema nervoso central com o ambiente. O pneumoencéfalo pode ocorrer após injeção de 2-4 ml de ar no espaço peridural, levando a sintomas de hipertensão intracraniana. O diagnóstico é dado pela tomografia de crânio e o tratamento baseia-se na hidratação, analgesia e oxigênio terapia.

RELATO DE CASO: Paciente JSA, 18 anos, IMC 31, G1P0A0, ASA IE, foi admitida no centro obstétrico em trabalho de parto. Indicada analgesia de parto combinada raquianestesia e peridural com cateter peridural. Paciente monitorada com pressão arterial não invasiva, oximetria de pulso e eletrocardiograma. Punção peridural L2-L3 com agulha 17 G de Touhy, com perda da resistência do ar, sem saída de líquido. Introduzido cateter peridural e realizada raquianestesia L3-L4 sem intercorrências. Após 45 minutos de analgesia, equipe da obstetrícia optou por cesariana por parada secundária da descida. Administrados 7ml de bupivacaína 0,5 e 7ml de lidocaína 2%, ambos com vasoconstritor pelo cateter peridural. A cesárea não apresentou complicações. Uma hora procedimento após o procedimento, apresentou duas convulsões tônico clônicas generalizadas. Administradas duas doses de 10 mg de diazepam. Solicitados exames laboratoriais, que não demonstraram alterações. No dia seguinte, paciente referiu cefaléia frontal de forte intensidade. A tomografia de crânio evidenciou pneumoencéfalo nos ventrículos, cornos anteriores e laterais, sem efeito de massa. Neurocirurgia orientou manter cateter nasal de oxigênio, observação clínica e nova tomografia em 24h. Esta última evidenciou pneumoencéfalo somente nos cornos anteriores. Paciente recebeu alta hospitalar sem sequelas.

DISCUSSÃO: – A punção acidental da dura mater pode ocorrer em até 1% das anestésias peridurais. Para que ocorra o pneumoencéfalo, é necessário uma comunicação entre o sistema nervoso central e o ambiente. Neste caso, a punção acidental da dura mater não foi diagnosticada, permitindo assim a injeção de ar no espaço peridural. Os sintomas incluem cefaléia, vômitos e convulsões. O diagnóstico é dado através da tomografia de crânio. O tratamento baseia-se na observação clínica, sintomáticos e oxigênio por cateter nasal. **REFERÊNCIA:** - Martins CEC. Analgesia para o trabalho de parto. In: Cangiani LM, Slullitel A, Potério GMB et al. Tratado de anestesiologia SAESP. 7. ed. São Paulo, Atheneu, 2011;2283-2304. Cortes CAF, Sanchez CA, Oliveira AS. In: Cangiani LM, Slullitel A, Potério GMB et al. Tratado de anestesiologia SAESP. 7. ed. São Paulo, Atheneu, 2011;1515-1537.

PREVALÊNCIA DE COMPLICAÇÕES NEUROLÓGICAS APÓS BLOQUEIOS DO NEUROEIXO EM PACIENTES OBSTÉTRICAS

AUTORES:

Domingos Dias Cicarelli, Elke Frerichs, Fabio Ely Martins Bensenor, Victor Dantas Ferreira Lopes.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Universitário da Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo.

JUSTIFICATIVAS E OBJETIVOS: Os bloqueios de neuroeixo constituem técnica anestésica segura, sendo muito utilizados na população obstétrica, porém não desprovidos de riscos. A prevalência das complicações neurológicas após bloqueios de neuroeixo em nosso meio não é conhecida. O objetivo deste estudo foi descrever a prevalência de cefaléia e lesão nervosa na população obstétrica do Hospital Universitário-USP submetida a bloqueios anestésicos e identificar fatores de risco. **MÉTODO:** Foram avaliados os dados colhidos em visitas pós-anestésicas realizadas de 2010 a 2012. A análise principal foi feita sobre as queixas de déficits neurológicos periféricos e/ou cefaléias relatadas pelas pacientes, tipo de anestesia realizada e tipo de procedimento cirúrgico ao qual elas foram submetidas. Investigamos a associação do aparecimento de déficits neurológicos com o tempo de permanência em posição ginecológica destas pacientes através de um estudo caso-controle. **RESULTADO:** Foram avaliadas 2399 pacientes gestantes que haviam sido submetidas a bloqueio de neuroeixo. As complicações neurológicas encontradas nestas pacientes foram divididas em parestesias de membro inferior (0,3%), irritação radicular transitória (0,1%), cefaléias (3%). As pacientes que ficaram mais de 60 minutos em posição ginecológica, apresentaram uma razão de chances de evolução com parestesias de membros inferiores de 1,75 (95%IC=0,34-9,04) e as pacientes que ficaram mais que 120 minutos, OR=2,1 (95%IC=0,21-21,26). **CONCLUSÃO:** As pacientes obstétricas submetidas a bloqueios e colocadas em posição ginecológica apresentaram maior tendência a evoluir com parestesias de membros inferiores relacionadas ao tempo de posicionamento. **REFERÊNCIA:** (1) Brull R, McCartney CJL, Chan VWS et al. Neurological complications after regional anesthesia: contemporary estimates of risk. *Anesth Analg*, 2007;104:965-974. (2) Loubert C, Hinova A, Fernando R. Update on modern neuraxial analgesia in labour: a review of the literature of the last 5 years. *Anaesth*, 2011;66:191-217.

RAQUIANESTESIA EM GESTANTE COM SÍNDROME DE WOLFF-PARKINSON-WHITE

AUTORES:

Carolina Turchi Ribeiro, Davi Zaniboni, Gabriel Henrique Passarelo Pereira, Márcio Leandro Fernandes Ferreira, Olavo Satoshi Arantes, Jair de Castro Junior.

INSTITUIÇÃO:

Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA

INTRODUÇÃO: A síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW) se insere às síndromes de pré- excitação ventricular. Em muitos indivíduos com WPW, a pré- excitação apresenta poucos problemas clínicos. Contudo, a gravidez pode exacerbar os sintomas devido ao aumento da atividade do sistema simpático basal sobre o coração. Relato do Caso: Gestante (28 anos), 39 semanas, foi submetida a parto cesariana. História clínica: pré-natal sem intercorrência e diagnóstico eletrocardiográfico de Wolff-Parkinson-White. Monitorização com cardioscópio (DII e V5), pressão arterial automática não-invasiva e oximetria de pulso. Realizado raquianestesia com bupivacaína (8 mg), sufentanil (5 µg) e morfina (100 µg). Infusão contínua de Fenilefrina (100 µg/min) foi iniciada imediatamente após a raquianestesia e mantida até a incisão cirúrgica. **DISCUSSÃO:** A síndrome de WPW predispõe a várias taquiarritmias, como a taquicardia atrio-ventricular reentrante e a fibrilação atrial (FA) que cursam com frequência ventricular elevada. A FA pode degenerar em fibrilação ventricular e levar à morte súbita, mesmos nos indivíduos previamente sintomáticos. Na presença de FA deve-se evitar a adenosina, betabloqueadores e antagonistas dos canais de cálcio, dando preferência à amiodarona e propafenona, e nos casos de instabilidade hemodinâmica, à cardioversão sincronizada (100J). A anestesia regional não está contraindicada, porém deve-se evitar a estimulação simpática, bem como uso da atropina, que aumenta a condução e encurta o período refratário da via de condução acessória. A escolha de fenilefrina como vasoconstritor foi devido a sua utilidade nos casos de hipotensão associada à taquicardia atrial paroxística pela indução de reflexo vagal. **REFERÊNCIA:** Bagatini A, Govêia CS, Englert CH, Araújo JHL, Oliveira Filho GR, Ladeira LCA. Anestesia para Cirurgia Cardíaca. Em: Magalhães E, Nunes CEL, editores. Anestesia Casos Clínicos. Sociedade Brasileira de Anestesiologia; 2010. p.168-9.

RAQUIANESTESIA PARA CESARIANA ELETIVA COM BUPIVACAÍNA HIPERBÁRICA E ASSOCIAÇÃO DE ADJUVANTES

AUTORES:

Franklin Sarmiento da Silva Braga, Isadora Fregonese Antunes*, Angelica de Fatima de Assunção Braga, José Aristeu Fachini Frias.

INSTITUIÇÃO:

CAISM/Unicamp.

INTRODUÇÃO: A associação de adjuvantes à bupivacaína hiperbárica por via subaracnóidea em operação cesariana possibilita o emprego de menores doses de anestésico local, além de melhorar a qualidade da anestesia peroperatória e prolongar a analgesia pós-operatória. **OBJETIVO** ou-se estudar comparativamente a eficácia e os efeitos colaterais materno-fetais da associação de bupivacaína ao fentanil e sufentanil, por via subaracnóidea, em operação cesariana. **MÉTODO:** Foram incluídas no estudo 64 grávidas a termo, ASA I ou II, distribuídas aleatoriamente em 2 grupos (GI e GII) de 32 cada. A dose de bupivacaína hiperbárica a 0, 5% nos 2 grupos foi de 10mg. No GI associou-se fentanil (25µg) e no GII sufentanil (5, 0µg). A punção subaracnóidea foi realizada com a paciente sentada, agulha 27G Withacre, L3-L4 ou L2-L3. Avaliou-se: latência e nível máximo do bloqueio sensitivo; grau e duração do bloqueio motor; qualidade de analgesia no peroperatório; duração da analgesia; sedação; repercussões maternas e índice de Apgar. Na análise dos dados foram empregados os testes t de Student e qui-quadrado ($p < 0, 05$). **RESULTADO:** Não houve diferença estatisticamente significativa quanto a latência para o bloqueio sensitivo (T10) (3, 12' ± 0, 70 (GI); 3, 37' ± 1, 07 (GII); $p = 0, 086$), ao nível máximo (T6-T2) (T4 = 81, 25%, nos 2 grupos), e ao grau máximo de bloqueio motor aos 20' (Bromage 3 nos 2 grupos). O grupo do sufentanil apresentou maior tempo para desbloqueio motor (165, 06' ± 44, 17 (GI); 189, 56' ± 73, 52 (GII); $p = 0, 038$) e maior duração da analgesia (177, 2' ± 51, 10 (GI); 210, 71 ± 80, 10 (GII); $p = 0, 014$). Durante o procedimento, o nível de consciência materna (sonolência) foi de 40, 62% (GI) e 46, 87% (GII). Não houve repercussão hemodinâmica e respiratória, significantes, nos 2 grupos, e os efeitos adversos foram semelhantes: náuseas, vômitos e prurido. Índice de Apgar no 1° e 5° minuto, 9 e 10 em todos os casos. No peroperatório 4 e 3 pacientes referiram dor (ENV ≥ 3) nos GI e GII, respectivamente. **CONCLUSÃO:** A associação de fentanil e sufentanil à bupivacaína por via subaracnóidea se mostrou eficaz para realização de cesariana, sendo o efeito do sufentanil mais acentuado, sem repercussões maternas e neonatais. **REFERÊNCIA:** 1. Karaman S, Günüşen I, Uyar M et al. - The effects of morphine and fentanyl alone or in combination added to intrathecal bupivacaine in spinal anesthesia for cesarean section. *Agri*, 2011; 23:57-63; 2. Braga AFA, Frias JAF, Braga FSS et al. - Anestesia espinhal com 10 mg de bupivacaína hiperbárica associada a 5 µg de sufentanil para cesariana. Estudo de diferentes volumes. *Rev Bras Anestesiol*, 2010;60:121-129.

RAQUIANESTESIA TOTAL

AUTORES:

Nilo Garcia Cardoso Neto, Bernardo Drumond Matias, Cláudia Helena Ribeiro da Silva, Marcelo Fonseca Medeiros.

INSTITUIÇÃO:

Santa Casa BH.

INTRODUÇÃO: É sabido que gestantes têm maior probabilidade de complicações relacionadas ao nível do bloqueio subaracnóideo e que precauções devem ser tomadas nesse sentido. Raqui total é mais comum em injeções inadvertidas de anestésico no espaço subaracnóideo através de punção peridural ou caudal devido a maior quantidade de anestésico utilizadas nestas técnicas. É incomum após a raquianestesia. Nesse sentido, tivemos o objetivo de fazer esse relato de caso para alertar os profissionais da possibilidade desta complicação. Relato de caso MRS, 30 anos, G1P0A0, 40 semanas de idade gestacional, em trabalho de parto. Indicada cesareana por desproporção céfalo-pélvica. Paciente monitorizada com ECG, oxímetro, PNI. Foi submetida a raquianestesia com 10mg de bupivacaína pesada, 0,08mg de morfina e 0,02 mg de fentanil. Punção realizada em L2-L3 e injeção anestésica da velocidade de 7 segundos para cada mL e leve barbotagem. Posicionada em decúbito dorsal horizontal. Um minuto após a raquianestesia a paciente evoluiu com quadro de inconsciência e parada respiratória foi realizada intubação em sequência rápida utilizando-se succinilcolina, etomidato e fentanil e correção dos níveis pressóricos com efedrina. Notou-se midríase bilateral, seguida de anisocoria e posteriormente pupilas normais. A cirurgia ocorreu sem intercorrências com feto nascendo com Apgar 7/9. Após 1 hora houve completa reversão do bloqueio motor. A paciente foi levada para a tomografia onde foi excluído AVC hemorrágico. A paciente foi extubada e apresentou-se com alto grau de agitação psicomotora. Foi sedada e levada ao CTI. Após 8 horas retomou nível normal de consciência sem déficits neurológicos. **DISCUSSÃO:** A anestesia subaracnóide total pode ocorrer após tentativa de anestesia peridural, caudal e da própria raquianestesia. Apesar da pequena quantidade de anestésico utilizada na raquianestesia, devemos atentar aos outros fatores que afetam o nível do bloqueio, tais como: velocidade de infusão, altura do paciente, barbotagem, posição de Trendelenburg, altura da punção. Devemos ter sempre a disposição os equipamentos e medicações necessárias para o manejo de via aérea. **REFERÊNCIA:** bibliográfica JT Viana, PM Pereira, et al. Raquianestesia total após anestesia peridural lombar com ropivacaína 0,5% para abdominoplastia - Sao Paulo Medical Journal, 2005 - SciELO Brasil.

ROTURA HEPÁTICA NA GRAVIDEZ: RELATO DE CASO

AUTORES:

Carlos Othon Bastos, Bruno Coutinho de Melo, Marcel Rodrigues Ferreira, Fernando Martinez Sanchez, Annibal Godas Martins, Rodrigo Ortega Muniz de Farias.

INSTITUIÇÃO:

Maternidade de Campinas.

INTRODUÇÃO: A rotura hepática espontânea é condição rara e potencialmente fatal, em geral associada à pré-eclâmpsia e HELLP síndrome, sendo mais comum em múltiparas acima dos 30 anos. A hemorragia com hematoma subcapsular e hepático e com rotura hepática são as mais temidas complicações relacionadas à DHEG. A incidência varia de 1:45.000 a 1:225.000 partos. 1 O hematoma hepático geralmente ocorre na superfície diafragmática do lobo direito e o sintoma mais comum é a dor no quadrante superior direito do abdômen. **RELATO DE CASO:** Primigesta de 32 anos, 35 semanas de gestação, DHEG em uso de metildopa 750mg ao dia, evoluiu com elevação súbita da pressão arterial (220X120mmHg), mal estar geral e dor epigástrica. Realizada cesariana de urgência sob raquianestesia, sem intercorrências, e encaminhada à UTI onde iniciou-se sulfato de magnésio. Durante o POI evoluiu com piora da dor epigástrica e distensão abdominal. Apresentava PA 120X70mmHg, FC 120bpm, SatO2 92% e Ramsey 2. Realizada laparotomia exploradora, sob anestesia geral balanceada, sendo detectada rotura da cápsula hepática. Durante o procedimento a paciente foi mantida com droga vasoativa e recebeu, além de cristaloides, concentrado de hemácias, PFC e plaquetas. Ao término da cirurgia foi encaminhada à UTI sem droga vasoativa, hemodinamicamente estável e anúrica. Iniciou-se bomba de furosemida e no 2º PO, hemodiálise devido à piora da função renal. Evoluiu com anisocoria, TC de crânio revelou edema cerebral difuso. No 3º PO apresentou parada cardiorespiratória, revertida com manobras de reanimação e adrenalina, evoluindo com midríase bilateral e piora do padrão hemodinâmico, indo a óbito no 4º PO. **DISCUSSÃO:** A rotura hepática é uma ocorrência catastrófica que pode complicar uma gravidez, seja por morbidade ou dificuldade diagnóstica. Ocorre geralmente no 3º trimestre de gestação e o lobo direito do fígado é o mais afetado. 1 Produz sinais e sintomas de abdômen agudo hemorrágico. O diagnóstico é clínico, associado a exames de imagem e o tratamento cirúrgico. A mortalidade materna varia de 18 a 86% e a fetal, de 56 a 75%. A sobrevida e o prognóstico estão diretamente relacionados ao reconhecimento da clínica e intervenção precoce. 2. **REFERÊNCIA:** 1- Nelson DB et al. Spontaneous rupture of the liver during pregnancy: a case report. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 1989;18:106-13; 2- Poo JI, Gongora J. Hepatic haematoma and hepatic rupture in pregnancy Ann Hepatol, 2006;5(3):224-6.

SÍNDROME DE EISENMENGER EM GESTANTE

AUTORES:

Guilherme Oliveira Campos, Alessandra Alves dos Santos, Jedson dos Santos Nascimento, Luiz Alberto Vicente Teixeira, Nelson Alves de Sousa Filho*, Daniel Regis D Albuquerque.

INSTITUIÇÃO:

Maternidade Professor José Maria de Magalhães Neto.

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Eisenmenger (SE) caracteriza as formas mais avançadas de hipertensão pulmonar (HP) decorrente de defeitos cardíacos congênitos. A inversão do fluxo representa um ponto de irreversibilidade da HP e inoperabilidade da lesão cardíaca. A taxa de mortalidade em gestantes com hipertensão pulmonar (HP) é de 20 – 60%. **CASO CLÍNICO:** T. S. L., 25 anos, G3P2A0, IG: 36s5d, gestação de alto risco secundária a comunicação interventricular (CIV) com HP grave admitida para interrupção eletiva da gestação. Referiu acompanhamento pré-natal irregular (1 consulta) e negou uso de medicações. Ao exame: corada, hidratada, eupneica, cianose de extremidades, TA: 123x78 mmHg, FC:75 bpm, SatO₂: 97%; ACV: RCR 2T com SS FP +4/VI holossistólico; AR: MV+ sem RA; ABD: gravídico compatível para IG, indolor, RHA+, BCF 136 bpm. Exames prévios: USG obstétrica com feto único, cefálico e peso estimado 2767g; Ecocardiograma Transtorácico com aumento moderado de câmaras direitas (AD 26 cm²), presença de duas CIVs na porção muscular (4 mm e 6 mm) com movimentação paradoxal do septo, IM moderada e IT importante, shunt E-D moderado e PSAP 114 mmHg. Realizado parto cesariano eletivo sob bloqueio peridural com cateter e monitorização invasiva da pressão arterial. Verificou-se após administração inicial de 5 ml de lidocaína 2% com vasoconstrictor + 10 mcg sufentanil + 2 mg morfina hipotensão com inversão do shunt evidenciado por agravamento da hipoxemia, rapidamente revertida com administração de fenilefrina. Após estabilização do quadro, três doses adicionais de 5 ml de lidocaína 2% com vasoconstrictor foram administradas em intervalos regulares de 5 minutos até obtenção da altura desejada de bloqueio. O procedimento transcorreu sem maiores intercorrências com desfecho favorável. **DISCUSSÃO:** O manejo anestésico em gestante com HP grave é controverso na literatura. A compreensão das alterações fisiológicas da gestação e das patologias cardíacas devem nortear a conduta anestésica. O bloqueio peridural gradual é uma alternativa para as gestantes com HP grave. **REFERÊNCIA:** 1. Young D, Mark H. Fate of the patient with the Eisenmenger Syndrome. *Am J Cardiol* 1971;28:658-669. 2. Katsuragi S, et al. Maternal outcome in pregnancy complicated with pulmonary arterial hypertension. *Circ J*. 2012;76(9):2249-54.

USO DE RAQUIANESTESIA COMO MANEJO ANESTÉSICO PARA REALIZAÇÃO DE CESARIANA EM PACIENTE PORTADORA DE HIPERTENSÃO INTRACRANIANA IDIOPÁTICA: RELATO DE UM CASO

AUTORES:

Breno Jardim Grossi*, Flávia Vieira Guimarães Hartmann, Bruno de Castro Fernandes Epitacio, Jordana Alverne de Aguiar, Mariana Campos Reis, Luíse Anibal Calvano.

INSTITUIÇÃO:

CET-Hospital de Base do Distrito Federal.

INTRODUÇÃO: A hipertensão intracraniana idiopática é uma doença caracterizada por sinais e sintomas de hipertensão intracraniana, inclusive com objetivo aumento da pressão líquórica, porém com exames de neuroimagem e constituição do líquido normais, além de preservação da consciência. Esta doença tem incidência de 1 caso para 100.000 habitantes. Os principais sinais e sintomas são cefaleia (sintoma mais comum) e alterações visuais, que incluem diplopia, obscurecimentos transitórios da visão, perda visual permanente, perda de campo periférico e papiledema, este último essencial para suspeita diagnóstica. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino, 35 anos, 70 kg, 1,65m de altura, tercigesta com 39 semanas de IG, portadora de hipertensão intracraniana idiopática diagnosticada há 10 meses e em acompanhamento do serviço de neurologia. Apresenta-se em jejum para realização de cesariana eletiva por indicação obstétrica. Nega outras comorbidades e alergias medicamentosas; faz tratamento com acetazolamida e esvaziamento líquórico intermitente por punções lombares. Apresenta classificação IV de Mallampati. A paciente foi esclarecida acerca do ato anestésico e monitorizada com pressão arterial não invasiva, oximetria de pulso e eletrocardiografia; venóclise em MSE (18 G); posicionada em decúbito lateral esquerdo; realizada assepsia e punção lombar paramediana no espaço L4-L5 (agulha Quinke , número 27); administrado por via subaracnóide 12, 5 mg de bupivacaína hiperbárica, 2, 5 mcg de sufentanil e 80mcg de morfina; bloqueio sensitivo ao nível do dermatomo T4. Administrou-se por via endovenosa: cefazolina 2g, dexametasona 10mg, ondansetrona 8mg e, após clampamento do cordão umbilical, ocitocina 5UI e tenoxicam 20mg. Paciente estável do ponto de vista cardiovascular, necessitando uma única vez de efedrina 5mg . O procedimento cirúrgico não apresentou intercorrências e ao fim do mesmo a paciente estava bem, sem alterações neurológicas. **DISCUSSÃO:** Um grande dilema nesse caso é a dúvida entre se realizar um bloqueio anestésico, conduta consagrada no parto cesariano, em uma paciente portadora de hipertensão intracraniana ou anestesia geral com todas implicações acerca da dificuldade de manejo das vias aéreas. Diferentemente de outras causas de hipertensão intracraniana a punção lombar não é contraindicada na hipertensão intracraniana idiopática, além disso, a raquianestesia proporciona um bloqueio de rápida instalação, com excelente relaxamento muscular e boa analgesia, fundamental para evitar aumento da pressão intracraniana causado pela dor. **REFERÊNCIA:** 1- Friedman DI, Jacobson DM. Diagnostic criteria for idiopathic intracranial hypertension. *Neurology*. 2002; 59(10): 1492-5. 2- Evans RW, Friedman DI. Expert opinion: the management of pseudotumor cerebri during pregnancy. *Headache*. 2000;40:495-497.

USO DO TAMPÃO SANGÜÍNEO PERIDURAL EM PACIENTE OBSTÉTRICA COM CEFALÉIA PÓS-PUNÇÃO DURAL COM MAIS DE TRÊS SEMANAS DE EVOLUÇÃO

AUTORES:

Gustavo Nogueira Barreto*, Paula Paio Barreiros, Paulo César de Abreu Sales, Thiago Gonçalves Wolf, Vanessa Machado D'Ângelo Drummond.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Universitário São José.

INTRODUÇÃO: São raras as complicações neurológicas da anestesia subaracnóidea, sendo a cefaleia pós-raquianestesia uma das mais frequentes, especialmente em pacientes obstétricas. Ocorre devido a uma hipotensão líquórica por extravasamento de líquido através do orifício provocado na dura-máter após sua punção. A incidência de cefaleia pós-punção varia de 0, 4% a 70% e está diretamente relacionada com o calibre da agulha. O tratamento inicial dessa condição é geralmente clínico conservador. Medidas invasivas como a realização de um tampão sanguíneo são raramente necessárias. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino, branca, 36 anos, G2Pc2A2, hipotireoideia, em uso de levotiroxina 75mcg MID. Admitida na maternidade em trabalho de parto no dia 11/07/2013 recebendo, no mesmo dia, analgesia peridural, sem intercorrências. Evoluiu para cesariana, sendo submetida a bloqueio espinhal subaracnóideo, em 4 tentativas, com agulha 25G de Quincke. Dez horas após o procedimento, referiu cefaléia occipital intensa em ortostatismo. Foi avaliada pelo anesthesiologista de plantão que iniciou tratamento clínico conservador com hidratação, analgésicos comuns, antiinflamatórios, cafeína e ansiolítico de acordo com o protocolo da instituição. Recebeu alta com melhora. Retornou novamente à maternidade outras duas vezes, tendo sido realizado, nas duas oportunidades, o mesmo tratamento já descrito. No dia 08/08/2013, 25 dias após ser submetida à raquianestesia, retornou à instituição queixando-se de persistência de cefaléia intensa e vômitos. Paciente foi encaminhada ao bloco cirúrgico para realização de um tampão sanguíneo epidural com 15 ml de sangue autólogo colhidos do MSE, assepticamente. Quinze minutos após o procedimento, referiu melhora significativa da cefaléia, tendo recebido alta no mesmo dia, sem queixas. **DISCUSSÃO:** As medidas convencionais de tratamento da cefaléia pós-raquianestesia como repouso no leito, hidratação e administração de analgésicos podem não apresentar resultados satisfatórios em alguns poucos casos. Na persistência de uma cefaléia incapacitante prolongada, pode-se indicar a realização de um tampão sanguíneo peridural. O tampão é capaz de selar o orifício não cicatrizado da dura-máter possibilitando o deslocamento de líquido para o cérebro e conseqüente alívio quase imediato da cefaléia. A eficácia desse método gira em torno de 78% a 100% quando realizado 24 horas após a punção dural. Em caso de falha, uma segunda tentativa pode ser considerada. **REFERÊNCIA:** 1- Thew M, Paech MJ - Management of post dural headache in the obstetric patient. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2008;21:288-92. 2- Gaiser R. - Postdural puncture headache. *Curr Opinion Anaesthesiol.* 2006;19:249-53.

Anestesia em Oftalmologia

AVALIAÇÃO DA CLONIDINA COMO MEDICAÇÃO ADJUVANTE EM BLOQUEIOS PARA OPERAÇÕES OFTÁLMICAS – REVISÃO SISTEMÁTICA

AUTORES:

Larissa Goveia Moreira, Luís Cláudio de Araújo Ladeira, Lúcio Cláudio de Sousa Santos, Cátia Sousa Govêia, Edno Magalhães, David Matos Barreto*.

INSTITUIÇÃO:

Universidade de Brasília.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVO: A capacidade da clonidina para potencializar o bloqueio de nervo periférico e prolongar analgesia quando associada ao anestésico local já foi demonstrada. Todavia, estudos sobre clonidina em bloqueios oftálmicos são poucos e apresentam resultados contraditórios. O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados (ECR) para avaliar os efeitos da clonidina quando adicionada ao anestésico local nos bloqueios peribulbar e retrobulbar, com ênfase no tempo de analgesia pós-operatória. **MÉTODO:** O desfecho primário foi avaliação do tempo de analgesia pós-operatória, e os desfechos secundários foram latência, duração da anestesia e do bloqueio motor, pressão intraocular e grau de sedação, quando da associação de clonidina ao anestésico local. A busca foi realizada na base de dados PUBMED, no período de junho a julho de 2013, com termos relacionados a “clonidina”, “peribulbar”, “retrobulbar”, “anestesia” e “cirurgia”. Foram incluídos os ECR encobertos, em adultos de ambos os sexos, estado físico I, II e III da (ASA), submetidos a procedimentos oftalmológicos com anestesia peribulbar ou retrobulbar, utilizando anestésico local e clonidina como adjuvante no bloqueio. **RESULTADO:** A busca na base de dados resultou em 12 artigos. Dois pesquisadores selecionaram, de modo independente, 9 ECR. Destes, sete preencheram os critérios de inclusão, perfazendo o total de 464 pacientes, divididos em dois grupos. Anestesia peribulbar foi utilizada em seis dos sete artigos. Os tipos de operação incluíram cirurgia da catarata ou vitreoretiniana. Em seis estudos observou-se aumento no tempo de analgesia pós-operatória pelo uso da clonidina, mas o outro estudo não foi capaz de demonstrar tal diferença. Nenhum estudo mostrou redução na latência da anestesia e dois mostraram maior duração do bloqueio. Dados de pressão intraocular e nível de sedação foram contraditórios entre os estudos, com grande heterogeneidade entre as escalas de avaliação do grau de sedação. Nenhum dos ensaios relatou ocorrência de efeitos colaterais significativos. **CONCLUSÃO:** Esta revisão sistemática evidencia que o uso de clonidina em anestesia oftálmica está associado a maior duração da analgesia, sem modificar de modo importante os outros parâmetros da anestesia. **REFERÊNCIA:** N. Bharti, R. Madan, H. L. Kaul et al. Effect of Addition of Clonidine to Local Anaesthetic Mixture for Peribulbar Block. *Anaesth Intensive Care* 2002; 30: 438-41. R Madan, N Bharti, D Shende, et al. A Dose Response Study of Clonidine with Local Anesthetic Mixture for Peribulbar Block: A Comparison of Three Doses. *Anesth Analg* 2001; 93: 1593-7.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO BLOQUEIO REGIONAL PARA CIRURGIA OFTALMOLÓGICA COM DIFERENTES CONCENTRAÇÕES DE HIALURONIDASE E VOLUMES DE BUPIVACAÍNA 0, 5% COM EXCESSO ENANTIOMÉRICO S75:R25.

AUTORES:

Luis Paulo Araújo Mesquita, Bruno Mendes Carmona, Vanessa Andréa Moreira Cardoso, Handy Marcela da Silva Santos, Thiago Cavalcante da Cruz, Clauber Claudino Alves Almeida.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Ophir Loyola.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: O bloqueio periconal tem o objetivo de depositar drogas, como anestésico local e adjuvantes, fora do cone de músculos extraoculares, havendo necessidade de maior volume da solução anestésica em relação ao bloqueio retrobulbar. O aprimoramento do conhecimento sobre técnica anestésica e fármacos utilizados em anestesia para oftalmologia podem minimizar riscos aos pacientes. Com este objetivo, a busca por menor quantidade de drogas anestésicas, mantendo a eficácia da anestesia, avaliamos a qualidade da anestesia regional em cirurgias oftalmológicas com as diferentes concentrações de hialuronidase e diferentes volumes de bupivacaína 0, 5% com excesso enantiomérico S75:R25. **MÉTODO:** Foi realizado um estudo cego, prospectivo e transversal com 130 pacientes, de ambos os sexos, acima de 18 anos que se submeteram a cirurgias. As informações foram obtidas por meio de ficha de anestesia e protocolo de pesquisa, no qual constava o número do registro do prontuário do paciente, suas iniciais, sexo, idade, co-morbidades, dados de qualidade do bloqueio anestésico, concentrações de drogas utilizadas, necessidade de complementação, complicações e satisfação do cirurgião e do paciente. Os pacientes foram divididos nos grupos por sorteio da seguinte forma, de acordo com o volume de anestésico em mililitros e hialuronidase em UTR por ml: 12, 5/6: 30 (23%), 12, 5/8: 24 (18, 5%), 15/6: 34 (26%) e 15/8: 42 (32, 5%). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. **RESULTADO:** Não houve diferenças significativas nos quesitos: analgesia ocular, acinesia completa, falha de anestesia em pálpebra superior, acinesia dos músculos extra-oculares, falha de acinesia nos diferentes grupos musculares e complementação anestésica. As diferenças com significância estatística foram encontradas nas comparações entre os quatro grupos nos quesitos acinesia ocular e falha de acinesia em pálpebra superior. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que a qualidade do bloqueio periconal com as diferentes concentrações de hialuronidase e volumes de bupivacaína 0, 5% com excesso enantiomérico S75:R25 é satisfatória em cirurgias oftalmológicas que não necessitem de acinesia ocular total, como a cirurgia de catarata por façoemulsificação. Estudos mais extensos e complementares são necessários para se confirmar os achados desta pesquisa assim como ampliar conhecimentos em anestesia para oftalmologia com pequenos volumes anestésicos e diferentes concentrações de hialuronidase. **REFERÊNCIA:** 01) Vanetti LFA. Anestesia para Oftalmologia. In: Cangiani LM, Slullitel A, Potério GMB, Pires OC, Posso IdP, Nogueira CS, et al., editores. Tratado de anestesiologia. 2. 7 ed. São Paulo: Atheneu; 2011. p. 1853 – 73. 02) McGoldrick KE. Anestesia e o olho. In: Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK, editores. Anestesia Clínica. 4 ed. Barueri, SP: Manole; 2004. p. 969-88.

INFLUÊNCIA DA ADIÇÃO DE HIALURONIDASE À SOLUÇÃO ANESTÉSICA PARA BLOQUEIO PERIBULBAR E RETROBULBAR EM OFTALMOLOGIA: REVISÃO SISTEMÁTICA DE ENSAIOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS

AUTORES:

Luís Cláudio de Araújo Ladeira, Cátia Sousa Govêia, Lúcio Cláudio de Sousa Santos*, Edno Magalhães, Larissa Goveia Moreira, David Matos Barreto.

INSTITUIÇÃO:

Universidade de Brasília.

INTRODUÇÃO: Na anestesia intraorbitária para operações oftálmicas, a adição de hialuronidase ao anestésico local visa facilitar a dispersão da solução na gordura periocular devido à hidrólise do ácido hialurônico. Todavia, os benefícios desta associação permanecem controversos. O objetivo desta revisão sistemática é sintetizar resultados de ensaios clínicos sobre a influência da adição de hialuronidase à solução de anestésico local para bloqueio peribulbar e retrobulbar. **MÉTODO:** O desfecho primário foi a avaliação do efeito sobre a qualidade do bloqueio motor da anestesia peribulbar e retrobulbar. Os desfechos secundários, diferença em latência e qualidade de analgesia. A pesquisa foi realizada na base de dados PUBMED e arquivos da Revista Brasileira de Anestesiologia, no período de junho e julho de 2013, com os termos adjuvante, bloqueio nervoso, anestesia local, bloqueio peribulbar/retrobulbar, hialuronidase, extração de catarata. Foram incluídos ensaios clínicos randomizados (ECR), encobertos, em pacientes de ambos os sexos, estado físico I, II ou III (ASA), submetidos à anestesia peribulbar e retrobulbar, com e sem adição de hialuronidase à solução anestésica. **RESULTADO:** A busca nas bases de dados resultou em 99 artigos. Dois pesquisadores selecionaram, de modo independente, 14 ECR. Destes, 7 preencheram os critérios de inclusão, perfazendo o total de 1119 pacientes, divididos em dois grupos. A dose de hialuronidase variou entre 45 e 650 UI. Dos seis estudos que avaliaram o desfecho primário, em quatro, a adição de hialuronidase melhorou a qualidade do bloqueio motor em relação ao grupo placebo. Nos dois artigos que pesquisaram latência, houve redução do tempo no grupo hialuronidase. Entre seis que estudaram a necessidade de resgate, quatro mostraram benefício no uso da enzima. No único estudo que avaliou duração do bloqueio, o grupo teste apresentou maior tempo de anestesia. Efeitos colaterais não foram avaliados pelos relatos. De modo geral, cinco estudos recomendam o uso da hialuronidase como coadjuvante à anestesia intraorbitária. Dois artigos não mostraram benefício. **CONCLUSÃO:** Com base na revisão qualitativa, a adição de hialuronidase à mistura de anestésicos locais sugere melhorar a qualidade do bloqueio peribulbar e retrobulbar para operações oftálmicas e reduzir a necessidade de suplementação da anestesia. **REFERÊNCIA:** Kallio H, Paloheimo M, Maunuksela EL. Hyaluronidase as an adjuvant in bupivacaine-lidocaine mixture for retrobulbar/ peribulbar block. Anesth Analg, 2000;91:934–7. Remy M, Pinter F, Nentwich MM et al. Efficacy and safety of hyaluronidase 75IU as na adjuvant of mepivacaine for retrobulbar anaesthesia in cataract surgery. J Cataract Refract Surg 2008; 34:1966–69.

ISQUEMIA MIOCÁRDICA DURANTE PERIOPERATÓRIO DE CIRURGIA OFTALMOLÓGICA

AUTORES:

Antenor Vieira de Araújo Junior, Heber Pena de Moraes, Marília Araújo Pereira Garcia, Weber Rodrigues Trindade, Nathalia Divina Fernandes Pereira, Daniel Gondim Cordeiro.

INSTITUIÇÃO:

CET-SBA: Clínica de Anestesia. Rua T 32 Q 9, S/n Lt 5/06, Setor Bueno - Cep: 74210-120.

INTRODUÇÃO: Pacientes submetidos a cirurgias oftalmológicas como facectomia ou vitrectomia; apresentam fatores de riscos como idade avançada, aterosclerose, hipertensão e diabetes apesar da cirurgia ter baixo risco cardiovascular. A incidência de isquemia miocárdica é de 27-30% no pós-operatório de cirurgia retiniana, mas pouco se sabe sobre a incidência desse evento em facectomia ou vitrectomia. O presente relato visa mostrar um caso dessa temerária complicação. Relato de caso- Paciente feminino, 70 anos, 68 kg, jejum maior que 6 horas para sólidos e líquidos. Agendado vitrectomia posterior em olho direito para tratamento de complicação de facectomia há 30 dias e vitrectomia anterior há 15 dias. Antecedentes: HAS em uso de enalapril 20mg-dia, negou alergias. Menciona anestésias prévias para cirurgias abdominais e oftalmológicas sem intercorrências. Ao exame: BEG, corada, hidratada, eupnéica, consciente, orientada, ansiosa, PA= 140x80mmHg, FC=100bpm, ausculta cardiopulmonar normal. Exames complementares: Hb-12, 9, Ht-39%, Plqts-183000, Gli-95, Ur-23, Cre-0, 7, Na-136, K-4, 6. Rx Tórax- Normal. ECG- Ritmo sinusal com alterações de repolarização. Avaliação cardiológica: ASA II, NYHA I e GOLDMAN I. Monitorização padrão. Venopunção com cateter venoso 24G e O2 sob cateter nasal. Sedação- diazepam 2mg + fentanil 20ug + propofol 30mg. Ramsay 4 quando realizado bloqueio periconal com ropivacaína 1% -04ml e supraorbitário com 2ml(Hialozyma 20U-ml); Nicols 0 após 5 minutos. Realizada vitrectomia em 30 minutos; 5 minutos antes se queixou de dor em MSE e ao término referiu sensação de desconforto e levou a mão ao precórdio, concomitantemente o ECG evidenciou 2 extrasístoles ventriculares que imediatamente evoluíram para fibrilação ventricular. Iniciada RCP com compressão torácica, acesso a via aérea e 1 ml de adrenalina enquanto se preparava o desfibrilador; após 5 ciclos de RCP e desfibrilação, paciente assumiu ritmo sinusal FC=120bpm, PA= 120x80mmHg. Após contato com unidade de terapia intensiva, durante a passagem da paciente para a maca de transporte; apresentou nova fibrilação ventricular que foi atendida com ciclos de RCP, cardiodesfibrilação e drogas vasoativas por mais de uma hora sem sucesso sendo constatado o óbito; sendo solicitada necropsia. **DISCUSSÃO:** Poucos estudos avaliam a morbimortalidade associada com a cirurgia oftalmológica. O caso relata síndrome de dor torácica clássica associada à isquemia cardíaca que em muitas vezes passa despercebida com característica silenciosa. Em suma, pacientes submetidos à cirurgia de catarata apresentam fatores de risco para coronariopatias relacionados com eventos isquêmicos em aproximadamente um terço dos mesmos; o que mostra a necessidade do desenvolvimento de mais estudos prospectivos sobre o tema e a aquisição de medidas preventivas eficazes contra um quadro trágico em cirurgias de menor porte. **REFERÊNCIA:** Anesth Analg 2000;91:1415-9; Anesthesiology 118(5) 1038-1045, May 2013.

Anestesia em Ortopedia

ANALGESIA PARA LESÃO GRAVE DO ANTEBRAÇO COM BLOQUEIO CONTINUO DO PLEXO BRAQUIAL: UMA IMPORTANTE OPÇÃO A SER CONSIDERADA

AUTORES:

David Reiji Tiba Sato, Maria Deneb Tavares Machado, Matheus Fachini Vane, Waldir Cunha Júnior, Adilson Hamaji, Joaquim Edson Vieira.

INSTITUIÇÃO:

HCFMUSP.

INTRODUÇÃO: Bloqueios de nervos periféricos são realizados para anestesia em procedimentos cirúrgicos e para analgesia pós-operatória com mínimos efeitos colaterais. O bloqueio contínuo de plexo ou de nervo periférico pode ser a melhor escolha para analgesia após procedimento ortopédico em extremidades superiores e inferiores, pois está relacionado com melhor controle da dor e menor incidência de náuseas e vômitos. O uso recente do ultrassom (US) para realização dos bloqueios e para locação do cateter contínuos é uma realidade. **RELATO DE CASO:** Paciente de 76 anos, 55kg, 165 cm, masculino, aposentado, ex-tabagista (80 anos-maço), hipertenso e diabético tipo 2, vítima de atropelamento por automóvel, com esmagamento de antebraço e mão direita. Ao exame físico, apresentava perda de continuidade da pele em face volar do antebraço, exposição óssea do rádio em sua extensão médio-distal, fratura dos ossos do carpo, exposição e múltiplas fraturas dos ossos da mão. Não observada perfusão periférica ou sensibilidade distal ao antebraço direito. Devido a necessidade de diversas reabordagens por motivo de infecção e trocas de curativos associado a difícil controle algico, na quarta reabordagem foi utilizado um cateter próprio, para analgesia contínua do plexo braquial pela via infraclavicular. O cateter foi posicionado com auxílio de agulha Tuohy 18G, orientado por imagens de US. No pós-operatório, a analgesia foi mantida com doses bolus intermitentes de anestésico local (20ml de Ropivacaína 0, 375%) a cada 12 horas, com melhora substancial do controle da dor em relação às primeiras abordagens, sem necessidade de resgates com uso de opióides. Após quatro dias o paciente foi submetido a nova abordagem cirúrgica, com interposição de retalho da face ântero lateral de coxa esquerda para antebraço direito, sendo realizada injeção pelo cateter de anestésico local (Lidocaína 1% - 20mL) com bom resultado anestésico, associado à técnica bloqueio do nervo femoral esquerdo, cutâneo-femoral lateral esquerdo e anestesia geral. Mantido esquema de analgesia por cateter em enfermaria com bom controle da dor. Sacado cateter após onze dias da instalação, sem sinais de infecção em ostio. Paciente recebeu alta hospitalar três dias depois, sem queixa de dor. **CONCLUSÃO:** Recentes estudos mostram a praticabilidade, a qualidade do controle da dor e a satisfação do paciente com diversas técnicas de Bloqueio Contínuo de Nervo Periférico(BCNP). O BCNP oferece os benefícios da analgesia prolongada com poucos efeitos colaterais, diminui o uso de opióides, diminui o tempo de internação e aumenta a taxa de reabilitação. Assim, após a instalação do cateter via infraclavicular direita para analgesia do plexo braquial, o paciente apresentou controle da dor pós-operatória sem necessidade do resgate de opióides e outros efeitos colaterais. **REFERÊNCIA:** Grant, S. A. ; Nielsen, K. C. et al. Continuous Peripheral Nerve Block for Ambulatory Surgery. Reg Anesth Pain Med 2001;26:209-214.

BLOQUEIO CONTÍNUO COMO ALTERNATIVA DE ANALGESIA PÓS OPERATÓRIA EM PACIENTE COM SINDROME DOLOROSA DO PÉ DIABÉTICO

AUTORES:

Alan Saito Ramalho*, Gabriel Grudtner Buratto, Tiago Nery Vasconcelos, David Reiji Tiba Sato, Waldir Cunha Júnior, Adilson Hamaji.

INSTITUIÇÃO:

HCFMUSP, CET da Divisão de Anestesiologia da Faculdade de Medicina, Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 255 - Cerqueira César - 05403-000 / São Paulo.

INTRODUÇÃO: Dor após cirurgias de pé e tornozelo são intensas e os pacientes podem se beneficiar do bloqueio contínuo do nervo isquiático. Relato do Caso: A. V. , 62 anos, 70kg, ASA IIE por antecedente de artropatia de Charcot, diabetes mellitus tipo II, doença de Parkinson e anemia (Hb=10, 8 g/dl; Ht=32, 7%). apresenta úlcera plantar infectada extensa em face lateral do pé esquerdo com duas abordagens cirúrgicas prévias para limpeza da ferida (9 e 4 dias atrás). Referia dor pós-operatória importante na região operada . Medicamentos utilizados:ampicilina, ciprofloxacina, levodopa, pramipexol, omeprazol, clonazepam e insulina regular conforme dextro. Foi indicado novo debridamento e limpeza cirúrgica, realizamos uma raquianestesia com 15 mg bupivacaína isobárica 0, 5% e foi realizada uma sedação superficial com midazolam 5mg IV em doses tituladas e mantido com mascara facial de oxigênio contínuo suplementar. Após procedimento cirúrgico foi realizado bloqueio contínuo de nervo isquiático na região poplíteia com utilização técnica associada para sua localização do nervo isquiático ou seja duplamente guiada por estimulação nervosa (ENP) e imagem, (Ultrassom). Material utilizado para realização da técnica continua foi Contimplex (BBraun). Após localização do nervo isquiático na região poplíteia foi realizada injeção de 12 ml de anestésico local (ropivacaína 0, 5 %) após resposta motora e identificação nervosa por imagem em tempo real com ausência de resposta motora e dispersão do anestésico local na região nervosa. . Foi realizada avaliação da analgesia pós operatória as 12, 24, 36, 48, 60 e 72 horas. Nas avaliações foi administrado 15ml de solução de anestésico local de forma intermitente (ropivacaína 0, 375%) através do cateter exceto nas 60 h. . O cateter foi retirado após 60h, sem intercorrência. Não foram utilizados analgésicos sistêmicos. , o paciente referiu dor grau 0 na escala visual de dor em todas as avaliações e alto grau de satisfação com o controle da dor (excelente) no pós-operatório comparado a analgesia pós- operatória realizada nos dois procedimentos anteriores nos quais avaliou como regular. **DISCUSSÃO:** Os bloqueios periféricos se apresentam como uma técnica alternativa e segura, capaz de oferecer analgesia satisfatória prolongada, reduzindo o consumo de analgésicos sistêmicos. Além disso, possuem a vantagem de facilitarem a recuperação tecidual pela vasodilatação regional e podem ser utilizados em pacientes ambulatoriais, não retardando a alta hospitalar. **REFERÊNCIAS:** 1- Hamaji A, Takata EY, Cunha Júnior W, et al. Bloqueio do Nervos Periféricos dos Membros Inferiores. In: Cangiani LM, Slullitel A, Potério GMB et al. Tratado de anestesiologia SAESP. 7. ed. São Paulo, Atheneu, 2011; 1695-719. 2-Ehlers L, Jensen JM, Bendtsen TF. Cost-effectiveness of ultrasound vs nerve stimulation guidance for continuous sciatic nerve block. Br J Anaesth. 2012;109(5):804-8.

COMPORTAMENTO INESPERADO DE RAQUIANESTESIA COM BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA EM ORTOPEDIA

AUTORES:

Felipe Porto Rangel, Leandro de Carvalho Lixa, Luiz Moreira da Costa Lima Filho, Roberto Faria Carvalhosa dos Santos, Marcio Silva Barroso.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Federal do Andaraí.

INTRODUÇÃO: O caso relatado traduz o fato de alguns bloqueios espinhais realizados com bupivacaína isobárica levarem a um bloqueio alto de forma imprevisível, apesar das características farmacológicas da droga não justificarem essa ocorrência. Este trabalho também discute os principais fatores que poderiam propiciar um bloqueio alto. Paciente MLO, masculino, 18 anos, 75 kg, 178 cm, com fratura diafisária de fêmur esquerdo por trauma direto. Cirurgia proposta: osteossíntese de fêmur esquerdo. Anestesia proposta: bloqueio espinhal. O paciente foi monitorizado com cardioscópio, oxímetro de pulso e pressão arterial não invasiva, sendo realizada venóclise em membro superior esquerdo com cateter 16G e colocado em decúbito lateral direito para punção do espaço subaracnóideo entre L2-L3 por via mediana com agulha de Quincke 25, punção única sem barbotagem e injeção lenta de bupivacaína isobárica 0, 5% 20 mg com morfina 0, 8 mg e clonidina 30 mcg na mesma seringa. Imediatamente, após o bloqueio, o paciente foi colocado em decúbito dorsal evoluindo com dispnéia e havendo bloqueio sensitivo ao nível de C7. Três minutos após o bloqueio, o paciente apresentou náusea e vômito e, em seguida, rebaixamento de nível de consciência sendo induzida anestesia geral em sequência rápida e procedida intubação orotraqueal sob laringoscopia direta. Foi monitorizado com capnógrafo e BIS, anestesia geral mantida com sevoflurano. Paciente manteve quadro de bradicardia e hipotensão durante ato cirúrgico. Duas horas e quinze minutos paciente agitou com contração dos braços, porém sem conseguir sustentar. Três horas após bloqueio paciente foi extubado sem intercorrências e encaminhado a RPA com 8 pontos na escala de Aldrete e Kroulik. Quatro horas após bloqueio paciente com 10 pontos na escala de Aldrete e Kroulik, Bromage 0. A preferência da bupivacaína isobárica ocorre, principalmente, para procedimentos ortopédicos de membro inferior com maior duração e evitando efeitos adversos de um bloqueio alto da bupivacaína hiperbárica, como instabilidade hemodinâmica ou depressão respiratória. Apesar da baricidade da bupivacaína isobárica não predizer um bloqueio elevado, há outros fatores que podem levar ao bloqueio alto com esse tipo de anestésico, dentre estes podemos apontar alguns como a técnica, posição, especificidades anatômicas, fármacos adjuvantes.

CONSIDERAÇÕES NA INDICAÇÃO ANESTÉSICA EM PACIENTES ACONDRODISPLÁSICOS

AUTORES:

Daniel Barreto Andrade*, Bráulio Antônio M. de Faria Mota Oliveira, Marcílio Batista Pimenta, Ziltomar Donizetti de Oliveira Borges, Alexandre Gonçalves Pereira de Carvalho, Filipe Maia Araújo.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Felício Rocho.

INTRODUÇÃO: Pacientes portadores de acondrodisplasia podem apresentar dificuldades técnicas para a realização da raquianestesia. Por outro lado, deve-se ter atenção ao risco de via aérea difícil na indicação de uma anestesia geral. **RELATO DE CASO:** Paciente 30 anos, portadora de acondrodisplasia, 30kg, altura 1,30 m com diagnóstico de artrose coxofemoral esquerda foi submetida a artroplastia de quadril devido a impossibilidade de fazer a abdução da perna esquerda para facilitar a higiene pessoal e manter relação sexual. Tem histórico de cirurgias ortopédicas nos pés e quadril. Mallampati 3. Optado por anestesia venosa total induzida com propofol e remifentanil. Utilizado tubo orotraqueal nº6, 5. Durante as 3 horas de procedimento paciente manteve estabilidade hemodinâmica com PAM de 70mmHg e FC de 60bpm. A cirurgia procedeu com o abaixamento do trocanter a partir de uma incisão na face lateral da coxa. Ao final, foi realizado bloqueio de plexo lombar por via posterior (bloqueio de Winne) para analgesia pós operatória. Utilizado 20ml da mistura de Ropivacaina 0,5% e 5ml Lidocaina 2% com vasoconstritor (dose teste). Paciente manteve-se internada por 7 dias e evoluiu com dor leve sendo medicada apenas com opióides fracos e AINES. Recebeu alta dia 03/07/2013 para seguir com cuidados fisioterápicos. **DISCUSSÃO:** Sabe-se que a acondrodisplasia vem acompanhada de alterações na estrutura óssea que dificultam tanto a intubação orotraqueal quanto a raquianestesia; devido a cifose cervical (impossibilidade de se alinhar os eixos das vias aéreas), mandíbula grande, maxila curta, língua grande e compressão da medula ao nível do forame magno (impossibilitando hiperextensão cervical), a intubação traqueal pode ser difícil. A raquianestesia também apresenta fatores que a tornam desafiante; estreitamento do espaço peridural e do canal medular, além de cifose. Não se tem estabelecido ainda dosagens apropriadas de anestésicos locais para essas circunstâncias e não se pode garantir o nível a ser atingido do bloqueio. Devido a essas dificuldades, optamos pela realização de anestesia geral associada a um bloqueio regional, promovendo uma analgesia pós-operatória satisfatória e garantindo a via aérea, evitando possíveis transtornos no per-operatório que pudessem prejudicar o sucesso do procedimento. **REFERÊNCIA:** Jeffrey J. Schwartz. Doenças da pele e músculos esqueléticos. In: Roberta L. Hines, Katherine E. Marschall. Stoelting Anestesia e Doenças Coexistentes. 5ª Ed. Rio de Janeiro, 2010; 437 - 468

CONTUSÃO MIOCÁRDICA EM TRAUMA TORÁCICO FECHADO. RELATO DE CASO

AUTORES:

Marco Antônio Ribeiro de Almeida, Flora Margarida Barra Bisinoto, Kalebe Alexandre Capuci, Laura Bisinotto Martins.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

INTRODUÇÃO: A contusão miocárdica (CM) é causada usualmente por um trauma torácico fechado, principalmente em pacientes com história de acidente automobilístico, variando de 3% a 56% dos casos, dependendo dos critérios diagnósticos utilizados. O objetivo deste relato é documentar um caso de choque cardiogênico com edema agudo de pulmão secundário a uma contusão miocárdica.

RELATO DE CASO: Paciente de 16 anos, feminina, previamente hígida, vítima de acidente motociclístico, com fratura de fêmur direito. Foi encaminhada para tratamento cirúrgico (haste intramedular), e admitida em bom estado geral, orientada e com frequência cardíaca de 90 bpm, pressão arterial (PA): 104/60 mmHg, hematócrito (Ht): 31%, hemoglobina (Hb): 10,6 g/dl. Foi monitorizada com cardioscopia, pressão arterial não invasiva e oximetria de pulso. A técnica anestésica foi a raquianestesia com bupivacaína isobárica (20 mg), morfina (80 µg) e clonidina (60 µg). No transoperatório, a paciente apresentou instabilidade hemodinâmica importante, tratada através de reposição volêmica agressiva, com solução cristalóide (4000 ml), metaraminol e concentrados de hemácias, uma vez que os exames intraoperatórios evidenciavam Hb=6,8 g/dl e Ht=19%. Optou-se então por monitorização invasiva da PA por punção da artéria radial. A cirurgia teve duração de 4 horas e 20 minutos e a paciente foi encaminhada à sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), e mantida com máscara de oxigênio. Mesmo assim ela evoluiu com insuficiência respiratória, saturação de pulso inferior a 90% e murmúrio vesicular diminuído bilateralmente com presença de estertores subcrepitantes. Foi administrado furosemida (80 mg) e morfina (5 mg) com melhora parcial do quadro. O raio x de tórax mostrou infiltrado intersticial bilateral difuso, e o ecocardiograma evidenciou fração de ejeção de 46% com hipocinesia importante no segmento médio apical. A paciente apresentou melhora clínica importante após a introdução de drogas vasoativas (noradrenalina e dobutamina) e foi encaminhada no dia seguinte para o CTI com a hipótese diagnóstica de edema agudo de pulmão e choque cardiogênico, secundários à contusão miocárdica. Ela evoluiu bem e recebeu alta hospitalar em dez dias, sem sequelas. **DISCUSSÃO:** O trauma é uma das principais causas de morte entre os jovens, e a contusão miocárdica pode ocorrer em aproximadamente 50% dos pacientes com trauma torácico fechado. Dessa forma os anestesiólogos devem ficar atentos em pacientes vítimas de acidentes para realizar o diagnóstico mais precoce de lesões severas e assim conseguir instituir uma terapêutica adequada, visto que esta paciente não apresentava nenhuma lesão torácica externa. **REFERÊNCIA:** Sybrandy KC, Cramer MJ, Burgersdijk C - Diagnosing cardiac contusion: old wisdom and new insights. Heart, 2003;89:485-489.

MANEJO DE PACIENTE OBESO MÓRBIDO SUBMETIDO A CIRURGIA DE COLUNA

AUTORES:

Bruno Carvalho Cunha de Leão;, Adriano Ávila, Marcos Antônio Ferreira Jr.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Life Center - BH/MG.

INTRODUÇÃO: O presente relato corresponde a segunda tentativa de execução do procedimento de dissectomia em paciente masculino, obeso mórbido. Primeira tentativa do procedimento sem sucesso devido desabamento da estrutura do suporte convencional e dificuldade ventilatória após indução da anestesia geral e posicionamento em decúbito ventral. O plano estratégico para a nova tentativa se baseia na utilização de suporte pneumático de 30 cm de altura e suporte facial de silicone. **RELATO:** Paciente masculino, negro, hipertenso, 144 Kg, 196 cm, IMC 37, 48, submetido a segunda tentativa de realização de dissectomia após insucesso devido desabamento da estrutura do suporte convencional e dificuldade ventilatória após indução de anestesia geral e posicionamento em decúbito ventral. Traçado novo plano estratégico com base na utilização de suporte pneumático de 30 cm de altura e suporte facial de silicone. Antes do procedimento, o paciente se auto-posicionou sobre o suporte afim de avaliarmos se era exequível a nova estratégia. Monitorização com cardioscopia, SpO₂, pressão arterial invasiva, capnografia, analisador de gases, delta PP, termômetro esofágico e espirometria periódica. A anestesia foi mantida com sevoflurane e remifentanila TCI. O procedimento cirúrgico durou 4 horas com a avaliação subjetiva do cirurgião quanto a qualidade do campo cirúrgico sendo considerada habitual. Analgesia pós-operatória satisfatória. Estabilidade hemodinâmica e respiratória na SRPA, sendo o paciente liberado para o quarto sob cuidados habituais. Alta no 3ºDPO sem intercorrências. **DISCUSSÃO:** A utilização do suporte pneumático possibilitou a realização do procedimento. A despeito do correto posicionamento observamos progressiva piora da complacência estática, tendência a instabilidade hemodinâmica e elevação do ΔPP. Acreditamos que a instabilidade e receptividade a volume estava em parte relacionada a elevada pressão intratorácica. A introdução de um alfa constrictor facilitou o controle hemodinâmico. Ao retornamos o paciente ao decúbito dorsal diminuimos a infusão da fenilefrina até sua completa retirada, entretanto a complacência estática manteve-se diminuída. Com o paciente ainda sobre plano anestésico, optamos pela realização de manobra de recrutamento. A resistência das vias aéreas, embora levemente aumentada, se manteve a mesma durante todo o procedimento. Tal fato, acrescido da normalização da complacência estática após recrutamento evidencia que a elevação da Ppico peroperatória estava associada a elevação de carga restritiva e não resistiva. Julgamos que a manobra de recrutamento seria mais segura, se realizada após a cirurgia e retorno do paciente a prona, devido a labilidade hemodinâmica e falta de evidências que atestem a segurança desta manobra sob estas condições. **REFERÊNCIA:** LEAO, B. ; SILVA, Y. P. . CRUVINEL, M. G. C. ; Anestesia em cirurgia da coluna vertebral. (Org.). Cirurgia da coluna. :Ed. Medbook, 2011.

PACIENTE PORTADOR DE DIABETES MELLITUS: EXISTE UM VALOR DE COORTE PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA ELETIVA?

AUTORES:

Germana Lane Pacheco Pereira, Rafael Amaral Papatella, Bruno Farah Alvarenga, Sérgio Vinicius Pereira de Melo, Walkiria Wingester Vilas Boas, Marcos Daniel de Faria.

INSTITUIÇÃO:

Hospital das Clínicas da UFMG.

INTRODUÇÃO: O diabetes mellitus é provavelmente a desordem endócrina mais comum encontrada em anestesia. Além disso, devido à patologia da doença, mais do que 50% dos pacientes diabéticos necessitarão de cirurgia em algum momento da vida. Atualmente, não existem diretrizes com relação aos valores de hiperglicemia que cancelariam um procedimento cirúrgico. **RELATO DE CASO:** Paciente MPS, 83 anos, portadora de diabetes mellitus tipo II em uso de glifage e insulina NPH compareceu ao hospital para realização de biópsia de tumor em crista ilíaca. Na sala de espera pré-operatória paciente se apresentou torporosa e não responsiva. Na avaliação da paciente foi verificada desidratação importante e glicemia capilar acima de 500 mg/dl. Iniciou-se prontamente hidratação volêmica agressiva e foram colhidos exames. Após reposição volêmica e administração de insulina regular (10U + 10U), a mesma apresentou melhora progressiva do estado de consciência. Exames laboratoriais colhidos apresentaram os seguintes resultados: pH: 7, 2, HCO₃⁻ 9 mg/dl, BE - 14, lactato 6 mg/dl, glicemia de jejum 650 mg/dl. O procedimento cirúrgico foi cancelado após o diagnóstico de cetoacidose diabética e a paciente foi prontamente encaminhada para o CTI. **DISCUSSÃO:** Não existe consenso quanto ao valor pré-operatório ideal para realização de cirurgia eletiva, apesar de haver consenso de que hiperglicemia pré-operatória se correlacione com pior prognóstico e maior quantidade de complicações pós-operatórias. Porém, o anestesista deve sempre considerar que a hiperglicemia pode representar um estado de instabilidade metabólica, como cetoacidose diabética, que deve ser rapidamente avaliado na área pré-operatória. Em caso de descompensação, cirurgias eletivas devem ser postergadas para que haja compensação prévia do estado metabólico do paciente. **REFERÊNCIA:** Sara M. Alexanian, Marie E. McDonnell, Shamsuddin Akhtar. Creating a Perioperative Glycemic Control Program. Anesthesiology Research and Practice Volume 2011, Article ID 465974, 9 pages doi:10. 1155/2011/465974. / G. R. McAnulty, H. J. Robertshaw, G. M. Hall. Anaesthetic management of patients with diabetes mellitus. Br Anaesth 2000; 85: 80 - 90.

PREVALÊNCIA DA ANEMIA ANTES DE CIRURGIAS DE FRATURA DE FÊMUR EM IDOSOS E O SEU POTENCIAL IMPACTO NA TRANSFUÇÃO SANGUÍNEA PERIOPERATÓRIA

AUTORES:

Ricardo Aparecido Olivo, Laura Bisinotto Martins, Flora Margarida Barra Bisinotto, Maria Cristina Baptista Cardoso Paroneto*, Luciana Paiva, Kalebe Alexandre Capuci.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

INTRODUÇÃO: – Os idosos representam uma população cirúrgica em ascensão devido à maior expectativa de vida da população. Eles têm várias co-morbidades, e a abordagem da anemia no pré-operatório é essencial, pois leva a um aumento na morbimortalidade e potencialmente inibe a reabilitação pós-operatória. O objetivo deste trabalho foi descrever a epidemiologia da anemia em idosos admitidos para cirurgias ortopédicas de fêmur e sua importância como fator de risco para a transfusão perioperatória e evolução pós-operatória.

MÉTODO: O estudo foi realizado através da análise aleatória de prontuários de 136 pacientes idosos submetidos à cirurgia ortopédica de urgência, no fêmur, no hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Foram avaliadas variáveis antropométricas, patologias e hemoglobina (Hb) e Hematócrito (Htc) pré-operatórios, prevalência de anemia, transfusões perioperatórias, período de internação antes da cirurgia (menor ou maior que 3 dias) e evolução do paciente quanto à capacidade de deambulação. Para análise estatística utilizou-se o programa estatístico Statistic (versão 6.0), e $p < 0,05$ considerado significativo. **RESULTADO:** Dos 136 pacientes a idade variou de 52 a 104 anos (79 anos \pm 8), sendo 46, 3% do gênero feminino e 53, 6% masculino ($p = 0,17$). As principais doenças co-existentes foram cardiológicas, neurológicas e endocrinológicas, cuja prevalência total foi de 59, 55% dos pacientes. Os valores médios da Hb e do Htc da internação foram 10, 5 mg. dL⁻¹ \pm 1, 3 (7, 7 mg. dL⁻¹-16, 8 mg. dL⁻¹) e 31, 1% \pm 4, 1 (23, 4% - 48, 7%) respectivamente. Foram considerados anêmicos 58 pacientes (42, 6%), sendo 41, 2% mulheres, e 43, 8% homens. Foram transfundidos no pré-operatório 28 (20, 5%) pacientes e com valores de Hb e Htc respectivamente 8, 93 mg. dL⁻¹ \pm 0, 8 (7, 20 mg. dL⁻¹ -11, 7 mg. dL⁻¹) e 26, 6% \pm 3, 2 (21, 2% -35, 4%). Todos foram submetidos à raqui-anestesia. A evolução (capacidade de deambulação), não apresentou diferença entre os pacientes que foram transfundidos e aqueles que não foram transfundidos ($p > 0,05$). Os pacientes que ficaram internados mais de 3 dias antes da cirurgia ($n = 74$), 25, 6% retomaram a deambulação. Aqueles operados com menos de 3 dias ($n = 62$), 77, 4% deambularam ($p < 0,05$). Dos 51 pacientes transfundidos, 38 deles (74, 5%) operaram após mais de 3 dias de internação, e 13 (25, 5%) operaram com 3 ou menos dias de internação ($p < 0,05$). Dos 85 (62, 5%) pacientes que não receberam transfusão, 36 (42, 35%) operaram com mais de 3 dias e 49 (57, 65%) operaram com 3 ou menos dias. **DISCUSSÃO:** – A anemia pré-operatória tem prevalência elevada nos idosos e representa fator preditor de transfusão sanguínea, pois a maioria ocorreu no período pré-operatório. A evolução está ligada principalmente ao prolongamento da internação pré-operatória. **REFERÊNCIA:** 1. Frank SM, Rothschild JA, Masear CG. Optimizing preoperative blood ordering with data acquired from an anesthesia information management system. *Anesthesiology* 2013; 118:1286-97.

PROJETO ACERTO: ACELERAÇÃO DO PÓS-OPERATÓRIO EM PACIENTES IDOSOS COM FRATURA DE FÊMUR

AUTORES:

Luiz Eduardo Imbelloni, Thaís Bezerra Ventura*, Douglas M. P. Teixeira, Rafaela Lopes Braga, Geraldo Borges de Moraes Filho.

INSTITUIÇÃO:

Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcísio Burity- vinculado ao CET Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

INTRODUÇÃO: Dado ao aumento crescente de pessoas idosas, a gestão destes pacientes tornar-se-á cada vez mais importante no futuro (1). O objetivo deste estudo foi avaliar os resultados após a implantação do projeto multidisciplinar em hospital SUS. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo prospectivo com pacientes com idade superior a 60 anos que foram internados com fratura de fêmur, operados sob raqui-anestesia e analgesia através do bloqueio plexo lombar. A avaliação dos dados foi realizada em quatro momentos do estudo: antes da chegada ao centro cirúrgico, durante o procedimento cirúrgico, na SRPA e na enfermaria na manhã seguinte da cirurgia. **RESULTADO:** Os 105 pacientes foram submetidos a diversos tipos de correção cirúrgica no fêmur. Hipotensão arterial ocorreu em 5, 7%. Nenhum paciente necessitou de sonda vesical de demora, nem foi encaminhado à UTI. Todos os pacientes tinham condições de alta hospitalar no 1º dia de pós-operatório. As demais variáveis estudadas estão na tabela abaixo: Variação Tempo de internação (dias) 3 – 86 Duração do jejum (h) 9:15 – 19:30 Duração do bloqueio motor (h) 1:45 – 5:30 Alimentação com maltodextrina (h) 0:50 – 3:45 Permanência na SRPA (h) 0:50 – 4 Alimentação oral na enfermaria (h) 4 – 8:15 Duração da analgesia (h) 14 – 33 **CONCLUSÕES:** A utilização de um projeto de aceleração do pós-operatório pode melhorar o tempo de jejum, a duração da internação e a alta mais precoce em pacientes idosos com fratura de fêmur. **REFERÊNCIA:** 1. Harwood TN. Optimizing outcome in the very elderly surgical patient (Review article). *Curr Opin Anaesthesiol*, 2000;13:327-32.

PROJETO ACERTO: BAIXA DOSE DE BUIVACAÍNA ISOBÁRICA PROPORCIONA MELHOR ANESTESIA PARA CORREÇÃO DE FRATURA DE QUADRIL

AUTORES:

Pâmela Valysa Pacheco Lira, Luiz Eduardo Imbelloni, Gualter Lisboa Ramalho, Geraldo Borges de Moraes Filho.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Ortotrauma de Mangabeira.

INTRODUÇÃO: Anestesia no neuroeixo é usada para cirurgia de fratura de fêmur. Em idosos, há alta prevalência de problemas clínicos e redução da compensação fisiológica. O objetivo do estudo é comparar os efeitos da baixa dose (7, 5 mg) versus dose plena (15 mg) de bupivacaína isobárica em idosos submetidos à cirurgia de fratura de quadril, como parte da aceleração da recuperação pós-operatória.

MÉTODO: Cinquenta pacientes submetidos à correção de fratura de quadril com idade acima de 60 anos, ASA I-III, ingeriram 200 mL de dextrinomaltose a 12, 5% 2 a 3 horas antes da cirurgia e foram distribuídos em 2 grupos pela técnica de envelope selado: grupo 1, 15 mg de bupivacaína 0, 5% isobárica e grupo 2, 7, 5 mg. Após cetamina (5 a 7, 5 mg) e midazolam (1 mg) IV, realizou-se raquianestesia na posição sentada com agulha 27G, reposicionando o paciente para o decúbito dorsal com avaliação dos parâmetros por outro pesquisador que desconhecia o grupo. O nível do bloqueio sensitivo e motor foram avaliados aos 10 min após a injeção, os parâmetros hemodinâmicos, de 5 em 5 min. Hipotensão tratou-se com etilefrina e bradicardia, com atropina. Na SRPA, após fim do bloqueio motor, os pacientes recebiam 200 mL de dextrinomaltose. Se em 30 min não ocorresse náuseas e vômitos, eles eram encaminhados à enfermaria. O uso do vasopressor, náuseas, vômitos, tempos (cirúrgico, recuperação da motricidade, ingesta de dextrinomaltose, permanência na SRPA), confusão mental e retenção urinária foram registrados. O nível de significância foi 5%. **RESULTADO:** Não houve diferença significativa de idade, altura, peso, sexo e tempo cirúrgico. A dispersão cefálica mostrou diferença significativa ($p = 0, 00$): no grupo com 15 mg variou entre T10 e T6, enquanto que com 7, 5 mg houve uniformidade entre T12 e T10. Não foi observada bradicardia e hipotensão no grupo com 7, 5 mg. Com 15 mg ocorreu bradicardia em 1 paciente e hipotensão arterial em 5 com diferença significativa. A dose plena gerou bloqueio motor com duração média de 3:58 h, já na baixa dose, foi 2:07 h, 42% menor, conseqüentemente o tempo para o uso de dextrinomaltose e a permanência na SRPA foram menores. Não houve náuseas e vômitos. Ocorreu retenção urinária em 3 pacientes e confusão mental em 2 com a maior dose. **CONCLUSÕES:** Baixa dose de bupivacaína isobárica proporciona raquianestesia satisfatória para cirurgia de fratura de quadril, causando menor hipotensão arterial, dispersão cefálica, tempo de bloqueio motor e permanência na SRPA. **REFERÊNCIA:** 1. Imbelloni LE, Beato L. Comparação entre raquianestesia, bloqueio combinado raqui-peridural e raquianestesia contínua para cirurgias de quadril em pacientes idosos. Estudo retrospectivo. Rev Bras Anesthesiol, 2002;52:316-25. 2. Minville V, Fourcade O, Grousset D et al. Spinal anesthesia using single injection small-dose bupivacaine versus continuous catheter injection techniques for surgical repair of hip fracture in elderly patients. Anesth Analg, 2006;102:1559-63.

QUALIDADE DA RECUPERAÇÃO DA ANESTESIA EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA ORTOPÉDICA EM MEMBROS INFERIORES. ANÁLISE PRELIMINAR

AUTORES:

Eduardo Toshiyuki Moro, Manoel Arthur Nóbrega da Silva, Marcelo Gouvêa Couri, Vivian Brancalione Gonçalves, Julia Moraes Barbieri, Danielle da Silva Issa.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Santa Lucinda - PUC-SP.

INTRODUÇÃO: Para pacientes submetidos à anestesia regional para realização de cirurgias ortopédicas, diversos fatores podem influenciar a qualidade da recuperação, o que justifica a aplicação de um instrumento validado para tal, como forma de determinar possíveis fatores preditivos de insatisfação. O objetivo do estudo foi avaliar a qualidade da recuperação da anestesia através do emprego do questionário QoR-40 em pacientes submetidos à cirurgia ortopédica em membros inferiores. **MÉTODO:** Foram avaliados os pacientes submetidos à cirurgia ortopédica nos membros inferiores no Hospital Santa Lucinda (FCMS-PUC-SP) e aptos a participar do estudo. Todos os pacientes foram submetidos à raquianestesia após administração de midazolam 0, 06 a 0, 08 mg. kg-1. Foi administrada bupivacaína pesada com ou sem opióide. A sedação foi classificada, de acordo com a escala de Ramsay. Foram registrados dados relacionados à cirurgia, à anestesia e possíveis complicações na sala cirúrgica, na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) e na enfermaria. Na manhã seguinte à cirurgia, o questionário QoR-40 foi aplicado aos pacientes. A pontuação obtida, entre 40 e 200, foi utilizada para determinar possíveis fatores preditivos. **RESULTADO:** Foram avaliados 45 pacientes com idade média de 37 anos, sendo 84% do sexo masculino, ASA 1 (69%) e 2 (31%). Em 51% dos casos, pelo menos uma cirurgia prévia foi citada. A duração média dos procedimentos foi de 122 minutos. O tempo de médio de permanência na SRPA foi de 85 minutos, período sem registros de náuseas, vômitos, dor > 3 (0 a 10), prurido ou retenção urinária. Temperatura <36° C foi registrada em 105 dos pacientes. Na enfermaria, 65% dos pacientes referem ter recordação do momento da punção lombar, 51% apresentaram dor >3 (metade recebeu medicação de resgate). NVPO foram citados por 35, 5% dos pacientes e prurido esteve presente em 6, 5% dos entrevistados. Não houve retenção urinária em nenhum caso avaliado. O QoR-40 médio foi de 186, 4 (40-200) sendo 186, 6 para homens e 185, 1 para mulheres. Em relação à escala de sedação durante a cirurgia, os escores segundo Ramsay foram: 1 - 187, 5; 2 - 191, 0; 3 - 184, 9; 4 - 190, 2; 5 - 185, 0; 6 - 195, 0. A presença de: cirurgia prévia, recordação da punção lombar, hipotermia, prurido, dor>3 ou NVPO não foram responsáveis por escores menores para qualidade de recuperação. **CONCLUSÃO:** O questionário QoR-40 é um instrumento de fácil e rápida aplicação e que permite avaliar a qualidade da recuperação da anestesia segundo a perspectiva do paciente. Não foi encontrado um fator preditivo que justificasse a maior ou menor pontuação para o questionário. **REFERÊNCIA:** 1. Myles PS, Weitkamp B, Jones K et al. Validity and reliability of a postoperative quality of recovery score: the QoR-40. Br J Anaesth. 2000; 84:11-15.

SÍNDROME DA EMBOLIA GORDUROSA E TROMBOEMBOLISMO VENOSO ASSOCIADOS: RELATO DE CASO

AUTORES:

Flora Margarida Barra Bisinoto, Paulino Anezio Zauli*, Pablo Augusto dos Santos Bunazar.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

INTRODUÇÃO: A Síndrome da Embolia Gordurosa (SEG) é mais frequente em pacientes com fraturas de ossos longos. O diagnóstico é baseado em manifestações clínicas não específicas, incluindo achados de disfunção pulmonar, alterações no estado mental e petéquias na pele. Segue um caso de SEG associada a tromboembolismo venoso em paciente submetida à cirurgia ortopédica. Caso Clínico: Paciente, 23 anos, feminina, previamente hígida, vítima de acidente motociclístico há 7 dias com fratura de tíbia esquerda, dispnéia persistente desde 24h após o trauma e episódio de confusão mental com escotomas. Admitida na sala de cirurgia com saturação de pulso 87% em ar ambiente e 96% com oxigênio suplementar. Cardioscopia normal. Frequência cardíaca 85 bpm, normotensa. À ausculta torácica apresentava crepitações no terço superior do pulmão esquerdo, ritmo cardíaco regular, sopro sistólico discreto no foco mitral. Optou-se por raquianestesia, realizada no interespaço L3-4 com agulha Quinke 26, seguido de injeção de Bupivacaína 0,5% isobárica (20mg) associada a clonidina (150 µg) e fentanil (20 µg), com nível sensitivo em T10. Garroteamento ao nível da coxa por 120 minutos. O procedimento durou 180 min, sem intercorrências. Não houve repercussões clínicas ao fim do garroteamento. Foi encaminhada para a sala de recuperação pós-anestésica, onde manteve-se dispneica e dependente de oxigênio suplementar. Exame físico criterioso revelou presença de petéquias na região do esterno. Realizado propedêutica: radiografia de tórax com infiltrado interstício-alveolar em terço superior esquerdo e silhueta cardíaca com padrão de sobrecarga de ventrículo direito; hemograma e gasometria arterial dentro da normalidade; ecocardiograma transtorácico evidenciou prolapso dos folhetos mitral, insuficiência discreta de tricúspide e mitral, pressão de artéria pulmonar estimada em 52mmHg, retificação do septo interventricular, ventrículo direito (VD) normal, função de VD =48%, fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 79%. Angiotomografia de tórax contrastada mostrou falha de enchimento central nas artérias segmentares e subsegmentares antero-medial da base direita e discreto derrame pleural bilateral, bem como opacidade em “vidro fosco” à esquerda e artéria pulmonar principal de calibre e permeabilidade preservadas. Foi feito diagnóstico de SEG associada a tromboembolismo venoso. Iniciado anticoagulação plena imediatamente. Paciente demandou oxigenioterapia até o quinto dia pós-operatório e alta hospitalar sem dispnéia. **DISCUSSÃO:** Destacamos a ocorrência simultânea da SEG e do tromboembolismo venoso. Houve atraso no diagnóstico o que comprometeu o tratamento e aumentou o risco de complicações. Isso creditamos à baixa suspeita clínica daqueles que atenderam o caso. **REFERÊNCIA:** Filomeno LTB, Carelli CR, Silva NCLF, et al. Embolia Gordurosa: uma revisão para a prática ortopédica atual. ACTA ORTOP BRAS 2005;13(4):196-208

SÍNDROME DE EMBOLIA GORDUROSA EM CIRURGIA PARA OSTEOSSÍNTESE DE FÊMUR

AUTORES:

Raquel Pires da Silva*.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Federal de Ipanema.

INTRODUÇÃO: A embolia gordurosa (EG) é a presença de gotículas de gordura em microcirculação pulmonar e periférica, geralmente originadas de fraturas de ossos longos, que em algumas vezes evolui para a síndrome de embolia gordurosa (SEG), caracterizada por insuficiência respiratória, petéquias e alterações neurológicas, entre outras. Devido à falta de uniformidade de critérios diagnósticos, possui incidência variável, de 0,25 a 35% pós-trauma, sendo relativamente frequente nos pacientes ortopédicos. **RELATO DE CASO** – Paciente feminina, 90 a, 60 Kg, submetida a cirurgia de osteossíntese de fratura de fêmur D no 2 dia após queda da própria altura. Ecocardiograma com FE de 55%, sem comorbidades, ASA 2. PA de entrada de 150x110 mmHg, que normalizou após 2 mg de midazolam. Indução de anestesia geral balanceada com Lidocaina 100 mg, Fentanil 250 mcg, Propofol 160 mg, Rocurônio 60mg e manutenção com sevoflurano 2%. Manteve-se com PA<30% da inicial, necessitando de efedrina 15mg ao longo da cirurgia de 180 min. Ao final, foi usado suggamadex. Desintubada sem intercorrências, porém evoluiu ainda em sala de cirurgia com dispnéia, taquicardia e SpO2 84% sob máscara de O2 6l/min. Descartada insuficiência respiratória por drogas anestésicas, foi encaminhada a UTI com taquipneia importante, PaO2 de 75 e cianose leve, sendo reintubada e acoplada à Ventilação Invasiva. Radiografia de tórax sem alterações e TC de tórax com infiltrado peri hilar bilateral. Realizadas medidas de suporte, porém evoluiu em 2 dias para óbito. **DISCUSSÃO:** A ocorrência de EG é frequente, ocorrendo em 80 a 100% dos casos de manipulação medular de ossos longos ao ecocardiograma. No entanto, poucas desencadeiam um quadro inflamatório que levam a síndrome de embolia gordurosa (SEG), com mortalidade entre 10 a 36%. Não há tratamento específico, apenas medidas de suporte, sendo a profilaxia a melhor estratégia para diminuir a morbimortalidade. Para isso, o conhecimento da SEG levando a seu reconhecimento precoce pode alterar a conduta anestésica e cirúrgica e diminuir a gravidade da SEG. A estabilização precoce da fratura parece ser o fator mais importante de redução da incidência. No caso, a instabilidade hemodinâmica pode ter sido um dos sinais de SEG e a cirurgia de 3 horas poderia ter sido encurtada. Devido à idade avançada da paciente, o uso de ecocardiograma intraoperatório seria importante para o diagnóstico diferencial e terapia de suporte, assim como linha arterial invasiva. Não há relato de diferença significativa entre anestesia geral ou regional. **CONCLUSÃO:** A SEG é relativamente frequente na ortopedia e possui alta mortalidade, especialmente nesta faixa etária (90 anos). Medidas profiláticas para diminuir sua incidência, como a fixação precoce e cirurgia menos extensa, e monitorização mais invasiva poderiam mudar o desfecho. **REFERÊNCIA:** Akhtar S. Fat embolism. Anesthesiol Clin. 2009 Sep;27(3):533-50

SÍNDROME DE INSERÇÃO DO CIMENTO ÓSSEO EM ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL - RELATO DE CASO

AUTORES:

Rodrigo Pereira Diaz André, Diogo Pinto da Costa Viana, Lucas Cottini da Fonseca Passos, Maria Flávia Knibel Cid, Letícia Franco Penna Caputti.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ -GET Prof. Bento Gonçalves, Rua Rodolpho Paulo Rocco, 255, 11º andar, Sl. E28, Cidade Universitária, I. Fundão, Rio de Janeiro.

INTRODUÇÃO: O cimento ósseo tem sido muito utilizado em procedimentos ortopédicos. Em implante de prótese em que há necessidade de grandes volumes de cimento, como artroplastias, a síndrome de implantação do cimento ósseo (SICO) pode ocorrer. Seus principais sinais clínicos são hipóxia, hipotensão, arritmias cardíacas, aumento da resistência vascular pulmonar e parada cardíaca, sendo uma causa importante de morbimortalidade intraoperatória. Inúmeros mecanismos etiológicos já foram propostos como a embolização de debris de medula óssea durante a pressurização do canal ósseo; efeito tóxico do monômero de metilmetacrilato e liberação de citocinas que promovem a formação de microtrombos e vasoconstricção pulmonar. Com o envelhecimento da população e o conseqüente aumento do número de implante de próteses ortopédicas, torna-se importante o reconhecimento e manejo precoce dessa síndrome. **RELATO DE CASO:** Paciente feminina, 62 anos, hipertensa, ex-tabagista, transplantada hepática (cirrose por hepatite C) com cirrotização do enxerto, mastectomizada devido a CA de mama e diagnóstico recente de necrose asséptica de cabeça de fêmur, foi submetida a artroplastia total de quadril direito sob anestesia geral, com monitorização convencional, pressão invasiva, BIS, Vigileo e ecocardiograma transesofágico. Após o implante do cimento ósseo, paciente evoluiu com hipotensão (PA 55x25mmHg), hipoxemia (SpO₂ 89%), redução da ScVO₂, com índice cardíaco normal. Ao ECOTE evidenciou-se a presença de êmbolos no átrio direito e sinais de sobrecarga de ventrículo direito transitória. Foi instituído o tratamento com efedrina, adrenalina e hidratação venosa, com melhora dos parâmetros hemodinâmicos e respiratórios. Paciente foi encaminhada ao CTI extubada e hemodinamicamente estável, evoluindo a partir do terceiro dia de pós operatório com hipotensão refratária a reposição volêmica, acidose metabólica e hipoxemia, indo a óbito com suspeita de choque séptico e insuficiência hepática 7 dias após cirurgia. **DISCUSSÃO:** A SICO possui graus diversos de gravidade. A maioria dos pacientes desenvolve a forma não fulminante da síndrome caracterizada por redução transitória da SpO₂ e da PA e uma minoria desenvolve a forma fulminante caracterizada por arritmias, choque e parada cardíaca. Para a redução do risco anestésico é importante a investigação de comorbidades e otimização do tratamento no pré-operatório principalmente em casos de doença cardíaca, respiratória ou metastática. Em casos de alto risco deve-se ponderar os riscos e benefícios da artroplastia com e sem cimento. Importante destacar o papel do ECOTE no diagnóstico precoce da síndrome de implantação do cimento ósseo. **REFERÊNCIA:** Urban MK. Anesthesia for Orthopedic Surgery. In: Miller RD. Miller's Anesthesia. 7. ed. Philadelphia, Churchill Livingstone, 2010; 2251. ;Donaldson AJ, Thomson HE, Harper NJ et al. Bone cement implantation syndrome. BJA, 2009;102:12-22.

Anestesia em Otorrinolaringologia

CRISE HIPERTENSIVA SEVERA PÓS-EPINEFRINA INTRANASAL EM SEPTOPLASTIA: RELATO DE CASO

AUTORES:

Manuel Antonio Nonato F. de Souza Ribeiro*, Ademar Contiero Júnior, Juscimar Carneiro Nunes, Leopoldo Palheta Gonzalez.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Universitário Getúlio Vargas; Fundação Hospital Adriano Jorge; Universidade do Estado do Amazonas.

INTRODUÇÃO: O uso de epinefrina antes de manipulações cruentas na cavidade nasal tem sido utilizada para melhorar o campo operatório e reduzir o sangramento, no entanto, predispõe ao risco de absorção sistêmica, que pode levar a importantes alterações hemodinâmicas. **RELATO DE CASO:** Paciente sexo feminino, 48 anos, IMC 30Kg/m², internada para septoplastia e turbinectomia. Sinais vitais à admissão: Tax 36, 1C, FC 54bpm, FR 22irpm, PA 145x71mmHg. Antecedentes patológicos: HAS em uso de atenolol 50mg/2xdia e enalapril 10mg 8/8horas; diabetes NID em uso de glibenclamida 10mg 2x ao dia e metformina 850mg 1x ao dia. Exames complementares: ECG com ritmo sinusal, sem alterações; Teste ergométrico: ineficaz para avaliação de isquemia miocárdica, com resposta cronotrópica deprimida. A técnica anestésica escolhida foi geral balanceada. Indução anestésica: após pré-oxigenação, administrou-se fentanil 400mcg EV, propofol 200mg EV, atracúrio 35mg EV. IOT sem intercorrências, manutenção com isoflurano 1, 5%. Intraoperatório sem intercorrências, até administração de solução de epinefrina injetável, 5mg diluída a 1:2000. Quinze minutos depois, PA aferida por método oscilométrico demonstrou aumento progressivo da PA em cinco aferições (intervalo de 5 minutos), com pico hipertensivo máximo de 250x212mmHg, e FC constante (Fc= 50bpm). Foi administrado clonidina 150 mcg EV, e após 4 aferições (20minutos), houve queda abrupta da PA, com mínima de 68x38 mmHg. PA estabilizou-se à 20% abaixo dos valores admissionais após outras 4 aferições (20minutos). FC manteve-se constante (variação +/- 2 mmHg) durante todo procedimento cirúrgico, até o advento da descurarização (atropina 1mg + neostigmina 2mg EV, FC =73bpm), retornando ao nível inicial 5 minutos depois. Avaliada por 3 horas após o término da cirurgia na SRPA, e na manhã seguinte, permaneceu assintomática. **DISCUSSÃO:** Embora tenha sido relatado que o uso de betabloqueador após absorção nasal de epinefrina pode complicar o status cardíaco, nosso relato demonstra que seu uso a priori também pode exacerbar a vasoconstricção sistêmica após epinefrina endovenosa. Em ensaio clínico randomizado, foi demonstrada a superioridade da clonidina sobre o esmolol antes da injeção intranasal de epinefrina, para controle hemodinâmico; porém, neste estudo, não há referência à complicações ao utilizar o betabloqueador. **REFERÊNCIA:** Schwalm JD, Hamstra J, Mulji A et al. Cardiogenic shock following nasal septoplasty: a case report and review of the literature. Can J Anesth. 2008;55: 376-379. Campagni MA, Howie MB White PF et al. Comparative Effects of Oral Clonidine and Intravenous Esmolol in Attenuating the Hemodynamic Response to Epinephrine Injection. J Clin Anesth 1999;11:208-215.

ISQUEMIA CARDIACA SEM INFARTO E EDEMA AGUDO DE PULMÃO APÓS INFILTRAÇÃO EM MUCOSA NASAL DE ADRENALINA DURANTE CIRURGIA ENDOSCÓPICA NASAL

AUTORES:

Ana Nice Zanutto de Lima*, Fernando Tartas, Fernando Martins Piratelo.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Universitário Cajuru.

INTRODUÇÃO: Durante a cirurgia endoscópica nasal o controle do sangramento depende da técnica cirúrgica, anestésica e do uso de vasoconstritores. A evolução das técnicas anestésicas teve um grande impacto, especialmente, no que se refere à diminuição do sangramento peroperatório. Possibilitando uma interação mais segura entre anestesia e uso de soluções vasoconstritoras na mucosa nasal e no controle dos níveis pressóricos durante o procedimento. Relato de caso D. a. m. f, 15 anos, sexo feminino, ASA 1, 50kg. Procedimento de correção de septo, turbinectomia e sinusotomia por via endoscópica. Submetida a anestesia venosa total com propofol 100mcg/kg/min e sufentanil 0, 2mcg/kg/min, e rocurônio 0, 6mg/kg. IOT com cânula 7, 5, após laringoscopia direta. Mantida em ventilação mecânica controlada a volume. Foram usados monitores de pressão arterial não invasiva, oximetria de pulso e cardioscopia. Logo após infiltração nasal pelo cirurgião de solução com adrenalina (1:2000- 4ml) e anestésico local evoluiu com instabilidade hemodinâmica. Aumento súbito da frequência cardíaca para 220 bpm com taquicardia supraventricular, PAM: 170, com rápida evolução para taquicardia sinusal e hipotensão. Piora de saturação por oximetria de pulso 94-92%, realizado aumento de fio2 até 100% mantendo sat 97%. Mantido procedimento. Desligada infusão de sufentanil 40 minutos antes do final da cirurgia e propofol 10 minutos antes. Paciente em Ramsay 4 e ventilação espontânea com volume corrente adequado. Procedida extubação com evolução para agitação e dificuldade em permanecer em decúbito dorsal, esforço respiratório. Dessaturação rápida. Procedida nova IOT. Espuma rosa em TOT. Realizadas medidas para edema agudo de pulmão, Paciente encaminhada a UTI. Ecg com inversão de onda t em DI e AVL. Avaliação da cardiologia: edema agudo hipertensivo, alterações de ecg e enzimas por isquemia sem infarto. Extubada em cerca de 10 horas sem intercorrências. Alta hospitalar em 96 horas da cirurgia, estando completamente assintomática na ocasião. **DISCUSSÃO:** A adrenalina tem atividades α , β 1 e β 2 potentes. a atividade α promove vasoconstrição, a atividade β 1 aumenta a contratilidade miocárdica, aumentando a pressão arterial e a β 2 promove broncodilatação. Essas ações podem levar a riscos de hipertensão e sangramento intracraniano, isquemia miocárdica com arritmia e infarto. No que diz respeito a mucosa nasal, sua vascularização é dupla: há uma rede sub-epitelial e outra profunda. Estas duas redes são de certo modo, independentes, e há simpaticomiméticos que atuam sobre apenas uma, ou sobre ambas. A adrenalina atua sobre ambas. Talvez seja importante a discussão sobre a substituição da adrenalina por outro simpaticomimético, que tenha ação menos energética, e menos intensa e variável sobre o aparelho cardiovascular. **REFERÊNCIA:** SARMENTO JUNIOR, K. M. A. Solução tópica de adrenalina em diferentes concentrações na cirurgia endoscópica nasal. Rio de Janeiro: UFRJ, 2008. 199p.

MANEJO DE VIA AÉREA EM PACIENTE PEDIÁTRICO SUBMETIDO A RESSECÇÃO DE PAPILOMATOSE EM CORDAS VOCAIS - RELATO DE CASO

AUTORES:

Paulo Cesar da Silveira Filho*, Antenor Vieira de Araújo Junior, Marília Araujo Pereira Garcia, Nathalia Divina Fernandes Pereira, Heber de Moraes Penna, Weber Rodrigues Trindade.

INSTITUIÇÃO:

CET Clínica de Anestesia, Goiânia, GO

INTRODUÇÃO: O papiloma de laringe é considerado o tumor mais frequente do trato respiratório alto na população pediátrica, principalmente abaixo de cinco anos, e o vírus HPV tem sido o principal agente identificado nas vias respiratórias das crianças afetadas. Em todos os pacientes a via laringea está afetada, e a glote é a região mais acometida, tornando a anestesia nesse grupo um grande desafio para proporcionar condições ideais de cirurgia e garantia da ventilação e oxigenação adequadas. **RELATO DE CASO:** Paciente de 9 anos, masculino, 30 kg, Mallampati II, boa abertura bucal e mobilidade cervical, ASA I, com proposta de ressecção de papilomatose em pregas vocais. Monitorização padrão, pré-oxigenação, indução venosa: Midazolam 2 mg, Fentanil 100 mcg, Propofol 60 mg, Atracúrio 15 mg, intubação orotraqueal sob laringoscopia direta, cânula 5, 5 mm com cuff, Cormack-Lehane II, ventilação controlada a volume (O₂ e N₂O a 1L/min, VC: 230 mL, FR: 16 irpm, I:E = 1:2. 5, Pmáx: 19 cmH₂O, PEEP: 4 cmH₂O), manutenção com Sevoflurano 2, 5%, ETCO₂ mantido entre 30-32 mmHg. Foram ressecadas todas as lesões em 2 horas. Ao final, encaminhado a UTI intubado, com Spo₂ 98%, EtCO₂: 25, FC: 96 bpm, PA: 85/31 mmHg. Foi optado por não extubar em sala devido à grande manipulação cirúrgica e presença de edema. Após cerca de 18h o paciente foi extubado na UTI, sem eventos adversos, prescrito hidrocortisona e aerossol com adrenalina. **DISCUSSÃO:** A excisão de papilomas de laringe em crianças apresenta-se como um grande desafio ao anestesiológico, devido ao calibre reduzido e obstrução das vias aéreas e possibilidade de disseminação de lesões, dificultando a escolha da técnica anestésica. É imprescindível a avaliação pré-anestésica da via aérea, escolha dos métodos de indução e tamanho do tubo e manutenção de adequado plano anestésico. No caso relatado o paciente não apresentava estridores ou obstrução severa de via aérea, permitindo a intubação orotraqueal sob laringoscopia direta sem eventos adversos. Contudo, em casos em que há estridor severo e comprometimento da ventilação está indicado indução inalatória pura ou associada a pequenas doses de Ketamina ou Etomidato. A manutenção anestésica deve propiciar exposição cirúrgica, manter profundidade de hipnose que relaxe a corda vocal, evitando espasmos da laringe, diminuir reação cardiovascular e controle hemodinâmico, evitando fatores que agravem a obstrução laringea e dispneia, perceptível no caso descrito. **REFERÊNCIA:** – (1) Li SQ, Chen JL, Fu HB, ET al. Airway management in pediatric patients undergoing suspension laryngoscopic surgery for severe laryngeal obstruction caused by papillomatosis. Paediatr Anaesth. 2010 Dec; 20(12):1084-91. (2)Sarmiento RO. Anestesia para microcirurgia de laringe. Anestesia fora do centro cirúrgico SAERJ. 1. ed. Rio de Janeiro, 2007.

REAÇÃO ATÍPICA NA ANESTESIA E MIOPATIA MITOCONDRIAL

AUTORES:

Jaqueline Costa Reis, Acary Souza Bulle Oliveira, Claudia Ferreira da Rosa Sobreira, Jorge Kiyoshi Mitsunaga Junior*, José Luiz Gomes do Amaral, Helga Cristina Almeida da Silva.

INSTITUIÇÃO:

UNIFESP/EPM.

INTRODUÇÃO: Entre as reações anestésicas atípicas (RAA) encontram-se as resultantes de doenças hereditárias de expressão clínica variável, como hipertermia maligna (HM), associada a defeito na homeostase do cálcio na fibra muscular esquelética e as miopatias mitocondriais (MM) causadas por disfunção da cadeia respiratória mitocondrial. Descrição da série: Entre 11/03/1999 e 17/01/2013, em quatro homens não aparentados com história de RAA, encaminhados por suspeita de HM, excluiu-se esse diagnóstico e evidenciou-se MM. Quando ocorreu a RAA a média de idade era 6, 5±0, 95 anos, 3 não tinham comorbidades e um era asmático. Em um deles não se obteve informação sobre o tipo de anestesia aplicado. Halogenados foram administrados a 3 deles, sendo que 2 também usaram óxido nítrico e 1, propofol, fentanil e rocurônio. As RAA - trismo de masseter, rigidez muscular, hipertermia (máximo 45°C), taquipnéia injustificada, elevação gás carbônico expirado e arterial, e arritmia - se manifestaram em dois pacientes no início do procedimento, em um paciente aos 30 minutos de procedimento e em outro paciente aos 80 minutos. As crises foram tratadas com resfriamento, ventilação com oxigênio a 100%, dantrolene sódico, atropina, adrenalina, gluconato cálcio 10%, furosemida, bicarbonato sódio, lidocaína, substituição da anestesia inalatória por venosa, transferência para unidade terciária. Dois pacientes evoluíram sem intercorrências, um paciente permaneceu 30 dias em coma necessitando de 3 meses de internação, evoluindo sem sequelas e um paciente evoluiu com óbito. A investigação foi realizada em dois casos índice e em duas mães: nos quatro o teste de contratatura in vitro foi negativo e, em todos, anatomopatológico muscular com histoquímica evidenciou MM. Ensaio enzimático de uma das mães identificou diminuição da atividade do complexo III da cadeia respiratória.

DISCUSSÃO: Nos dois casos em que a investigação foi feita apenas na mãe, ainda há a possibilidade do pai ser suscetível à HM, ou do paciente ter apresentado mutação nova. Na miopatia mitocondrial, o jejum prolongado, o ringer lactato e o estresse cirúrgico por si só podem levar a crise metabólica, porém vários anestésicos também podem fazê-lo: halogenados, tiopental, ketamina, etomidato, propofol e midazolam inibem parte da cadeia respiratória mitocondrial; há aumento de sensibilidade com o atracúrio e rocurônio e os anestésicos locais podem bloquear atividade membrana. **REFERÊNCIA:** 1- Schapira, A. H. , Mitochondrial diseases. *Lancet*, 2012. 379(9828): p. 1825-34. 2- Driessen, J. J. , Neuromuscular and mitochondrial disorders: what is relevant to the anaesthesiologist? *Curr Opin Anaesthesiol*, 2008. 21(3): p. 350-5.

SULFATO DE MAGNÉSIO NÃO MODIFICA OS ESCORES DE DOR E A NECESSIDADE DE ANALGESIA SUPLEMENTAR NA PRIMEIRA HORA DE PÓS-OPERATÓRIO EM CIRURGIAS OTORRINOLARINGOLÓGICAS: ESTUDO PROSPECTIVO, ALEATÓRIO E D

AUTORES:

Paulo Alipio Germano Filho, Marcio Mamede Nagatsuka, Núbia Verçosa Figueiredo, Luana Rodrigues, Armin Guttmann, Ismar Lima Cavalcanti.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Federal de Bonsucesso.

INTRODUÇÃO: O uso de sulfato de magnésio (MgSO₄) está relacionado à redução da dor pós-operatória e do consumo de opioides. O objetivo deste estudo foi avaliar a intensidade da dor pós-operatória e a necessidade de analgesia suplementar, no pós-operatório imediato de cirurgias otorrinolaringológicas, em doentes pré-tratados com MgSO₄. **MÉTODO:** Após aprovação pelo comitê de ética em pesquisa e obtenção de consentimento informado foram estudados 80 pacientes de ambos os gêneros, ASA 1 ou 2, com idade entre 18 e 65 anos submetidos a cirurgias otorrinolaringológicas. Critérios de exclusão foram relato de dor crônica, hiper ou hipomagnesemia. Distribuídos eletronicamente em dois grupos de acordo com a solução infundida (15 min antes da indução anestésica): 100 mL de solução contendo MgSO₄ 40 mg. kg⁻¹ (grupo Mg) e 100 mL de solução salina (grupo C). Coletado sangue para mensuração da magnesemia. Anestesia induzida e mantida com propofol alvo-controlado e remifentanil em infusão contínua, utilizado rocurônio para intubação traqueal. Para tratamento da dor pós-operatória foram medicados com dipirona 30mg. kg⁻¹ e tramadol 1mg. kg, 30 minutos antes do fim da anestesia. A intensidade da dor foi avaliada por meio da escala visual analógica, 1 hora após o fim da operação e registrada a necessidade de medicação analgésica suplementar àquela prescrita. Os dados foram comparados por meio do teste t não pareado. **RESULTADO:** Sete doentes foram excluídos por desvios do protocolo, assim foram analisados 73 pacientes. Os grupos foram homogêneos quanto às características demográficas, tipo e tempo de cirurgia. Nas variáveis estudadas, o teste de proporções não apresentou diferenças significativas entre o grupo Mg e C (tabela 1). **CONCLUSÃO:** De acordo com o método estudado, o sulfato de magnésio não modificou os escores de dor pós-operatória e a necessidade de analgesia suplementar. **REFERÊNCIA:** 1- Ammar AS, Mahmoud KM. Does the addition of magnesium to bupivacaine improve analgesia of ultrasound-guided thoracic paravertebral block in patients undergoing thoracic surgery? *J Anesth* 2013 (27) [Epub ahead to print] 2- Murphy JD, Paskaradevan J, Eisler LL et al. Analgesic efficacy of continuous intravenous magnesium infusion as an adjuvant to morphine for postoperative analgesia: a systematic review and meta-analysis. *Middle East J Anesthesiol*. 2013 Feb; 22(1): 11-20. Tabela 1. Intensidade da dor pós-operatória por meio da escala visual analógica (EVA) 1 hora após a cirurgia e necessidade suplementar de analgésicos. Intensidade da dor (EVA) Mg C P valor 0 26 21 0. 284 1 2 2 0. 978 2 3 6 0. 264 3 1 1 0. 968 4 1 2 0. 541 5 1 2 0. 541 6 1 0 0. 311 7 0 1 0. 311 8 2 1 0. 569 Analgesia suplementar S 3 5 0. 429 N 34 31 t-test não pareado (p<0, 05=significativo).

USO DA CETAMINA COMO ANALGÉSICO PREEMPTIVO EM CRIANÇAS SUBMETIDAS À AMIGDALECTOMIA AMBULATORIAL

AUTORES:

Pedro Adri Oliveira Agostini, Luciana da Silva de Armond, Vivian Medeiros de Moura Santos, José Henrique Leal Araújo, Aristeu Correia Costa Filho, Roberto Albuquerque Bandeira.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Regional Asa Norte-HRAN DF.

INTRODUÇÃO: A dor pós-operatória no grupo pediátrico é um problema importante que sobrecarrega a criança, a família e a equipe do hospital. Identificar a sua etiologia é necessário para implementar seu manejo. O princípio da analgesia preemptiva é administrar tratamento antinociceptivo antes do início do trauma cirúrgico. O uso de cetamina como coadjuvante analgésico em crianças pode reduzir a dose e a frequência de outros analgésicos opióides. O objetivo dessa pesquisa é avaliar a eficácia da cetamina como droga analgésica preemptiva, durante a anestesia geral para a realização de amigdalectomia ambulatorial em crianças por meio da avaliação da escala de dor adequada e consumo de drogas analgésicas. **MÉTODO:** Foram incluídos no estudo 40 pacientes de ambos os sexos ASA I e ASA II com idade de 5 a 15 anos, alocados aleatoriamente em 2 grupos. Todas as operações foram realizadas pelo mesmo cirurgião. A anestesia foi induzida com propofol 3mg/Kg, fentanil 3 mcg/Kg e sem uso de relaxante neuromuscular. A manutenção da anestesia foi realizada com sevoflurano (2, 0 a 4, 0 de CAM). Todas as crianças receberam profilaxia de náusea e vômitos com ondansetrona e dexametasona 0, 15 mg/Kg e analgesia com dipirona 30mg/kg. **GRUPO I:** 20 pacientes submetidos à amigdalectomia ambulatorial com injeção intravenosa de cetamina na dose 0, 15mg/Kg diluído em 1 ml solução fisiológica logo após a indução anestésica. **GRUPO II (controle):** 20 pacientes submetidos aos mesmos procedimentos do grupo I, com injeção intravenosa de 1 ml de solução fisiológica, após a indução anestésica. Após o término da cirurgia, as crianças foram encaminhadas à sala de recuperação pós anestésica, onde será avaliada a odinofagia por meio da escala visual da dor de expressões faciais. Essa avaliação será realizada após 30 min da chegada à SRPA e reavaliados 30 min após. Como droga de resgate foi utilizado tramadol 1 mg/kg em pacientes que apresentaram-se com dor a partir do escore escala 6. **RESULTADO:** Os resultados mostraram que no grupo I quando analisado a escala de dor facial de expressões, 4 pacientes apresentaram a escala 2, 7 pacientes a escala 4, 4 pacientes a escala 6, 3 pacientes a escala 8 e 2 pacientes a escala 10. Considerou-se como dor moderada intensa os que pacientes que apresentaram-se a partir da escala 6. No grupo II, 1 paciente apresentou a escala 2, 3 pacientes a escala 4, 6 pacientes a escala 6, 8 pacientes a escala 8 e 2 pacientes apresentaram a escala 10. Os resultados mostraram um p 0, 02 pelo teste de fisher com significância estatística. **CONCLUSÃO:** A administração da cetamina antes de amigdalectomia ambulatorial em crianças promoveu aumento do efeito analgésico, com redução do consumo de opióides complementar. Referencias: Aspinall, RL; Mayor, A. A prospective randomized controlled study of the efficacy of ketamine for postoperative pain relief in children after adenotonsillectomy. Paediatric Anaesthesia. 2001;11: 333±336

Anestesia em Pediatria

ANALGESIA PÓS- OPERATÓRIA EM CRIANÇAS SUBMETIDAS À ADENOAMIGDALECTOMIA: UM ESTUDO COM A DEXTROCETAMINA

AUTORES:

Pâmela Valyssa Pacheco Lira, Janaina Japiassu Alves Guedes Pereira, Gualter Lisboa Ramalho, Felipe Oliveira Ferreira de Lima, Luiz Henrique Cavalcanti, Maria de Fátima Oliveira dos Santos.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Infantil Arlinda Marques.

INTRODUÇÃO: A adenoamigdalectomia é um procedimento que provoca dor intensa, sendo tradicionalmente tratada com AINH's e opióides com ótimos resultados, porém pode apresentar efeitos colaterais como sangramento e depressão respiratória. O objetivo deste estudo é comparar quatro formas diferentes de analgesia e seus efeitos em pacientes submetidos à adenoamigdalectomia. **MÉTODO:** Após assinatura do TCLE pelos responsáveis, prospectivamente 60 crianças submetidas à adenoamigdalectomia foram randomizadas em 4 grupos de 15, com faixa etária entre 2 e 12 anos, ASA I e II. A indução inalatória foi com oxigênio, protóxido e sevoflurano, venóclise periférica com injeção de fentanil 2µg/Kg, intubação orotraqueal, dexametasona 0, 15mg/Kg e dipirona 30 mg/Kg IV pré-incisão cirúrgica para todos os pacientes. A analgesia seguia o padrão de cada grupo: A (1mg/Kg IV de cetorolaco trometamol), B (0, 5 mg/Kg de dextrocetamina IV), C (0, 5mg/Kg de dextrocetamina infiltrativa nos pilares amigdalianos) e D (0, 3 mg/Kg de dextrocetamina infiltrativa nos pilares amigdalianos). De forma duplamente encoberta era aplicado o questionário de CHEOPS durante o despertar, após 15, 30, 60 e 120 min, avaliando também a presença ou não de efeitos adversos (agitação e nistagmo). O nível de significância adotado foi 5%. **RESULTADO:** As idades (p=0, 33) e pesos (p=0, 56) dos pacientes não apresentaram diferença estatística, bem como o tempo de duração das cirurgias (p=0, 09). Não houve diferença significativa dos níveis de dor: após despertar (p=0, 59), 15 minutos (p=0, 56), 30 minutos (p=0, 74), 60 minutos (p=0, 98) e 120 minutos (p=0, 86). O tempo de despertar não mostrou diferença significativa (p=0, 08), porém, quando comparados os grupos dois a dois, encontramos diferença significativa entre os grupos B e D (p=0, 03), indicando que os pacientes do grupo D levaram menos tempo para despertar. O grupo B foi o que apresentou maior percentual de efeitos adversos e A o menor, sendo essa diferença significativa (p=0, 04). Verificou-se que o grupo A utilizou resgate analgésico em 40% dos pacientes, enquanto que C só a utilizou em 12%, porém a diferença não foi significativa entre os grupos (p=0, 23). **CONCLUSÕES:** Não houve superioridade analgésica ou alteração no tempo de despertar. Houve maior ocorrência de efeitos adversos com o uso da dextrocetamina em relação ao grupo cetorolaco trometamol, sendo maior quando seu uso foi IV (42% versus 35% quando infiltrado nas amígdalas). Ocorreu diminuição do uso de analgesia complementar no pós-operatório no grupo C. **REFERÊNCIA:** 1. Oliveira CMB; Sakata RK; Issy AMG et al. Cetamina e analgesia preemptiva. Rev Bras Anestesiol. 2004; 54: 739-752. 2. Kato M, Pinto F, Luchi GE. Amigdalectomia: variação de técnica e os resultados na qualidade de vida. Acta ORL, 2006; 24:96-102.

ANESTESIA EM RECÉM-NASCIDO PREMATURO CARDIOPATA PARA CIRURGIA NÃO-CARDÍACA

AUTORES:

Eneida Maria Vieira, Adriana Érica Yamamoto, Alessandra Levy Antoniazzi, Tácio Sales Pereira, Manoel Lemos Júnior, Leandro Cannizza Pacheco.

INSTITUIÇÃO:

CET HB / FUNFARME – São José do Rio Preto - SP.

INTRODUÇÃO: Recém-nascido pré-termo (RNPT) é todo neonato que nasce antes das 37 semanas de gestação. A morbidade nesse grupo é alta e decorre de lesões neurológicas, respiratórias ou cardiológicas irreversíveis. O RNPT é mais suscetível a episódios de apnéia acompanhados de bradicardia e cianose. Prematuros com idade pós-conceitual (IPC) até 44-60 semanas, submetidos a anestesia, têm risco de apresentar apnéia nas primeiras 12-18 horas de pós-operatório (APO) e devem ser monitorados em unidade intensiva ou semi-intensiva. **RELATO DE CASO:** Paciente sexo masculino, 46 semanas de IPC, 6 kg, portador de anemia ferropriva, estenose supra-auricular aórtica e disfunção contrátil de VE. Após consulta pré-anestésica e avaliação cardiológica foi submetido a hernioplastia inguinal bilateral. Monitorizado com: oximetria de pulso, cardioscópio, analisador de gases e PANI. Parâmetros iniciais: respiração espontânea, Sat: 97%, PA: 100 x 64 mmHg, FC: 130 bpm, perfusão periférica normal. Feito anestesia geral balanceada com sevofurano 5% sob sistema de Baraka, alfentanil e atracúrio, IOT sem intercorrências, permanecendo estável hemodinamicamente durante o intraoperatório. Ao término da cirurgia foi extubado evoluindo com bradicardia e dessaturação. Realizadas manobras de RCP e nova IOT, sem reversão do quadro clínico. Foi diagnosticado edema agudo pulmonar, tratado adequadamente, com melhora parcial. Encaminhado a UTI, intubado, sedado, em ventilação mecânica assistida (FiO₂ 60%), sat: 97%, normocárdico, porém com perfusão periférica diminuída. Evoluiu com fibrilação ventricular, revertida após RCP. Permaneceu na UTI por 15 dias; alta hospitalar sem alterações cardiopulmonares significativas. Após 5 meses, retornou ao hospital em PCR não responsiva a RCP, evoluindo a óbito por IAM, segundo SVO. **DISCUSSÃO:** Paciente foi submetido a herniorrafia inguinal, procedimento de baixo risco e comum em cirurgia pediátrica. Porém, o perioperatório exige maior cuidado por se tratar de um RNPT. O anestesiológico deve estar familiarizado com a fisiopatologia da prematuridade e doenças associadas. A análise prévia detalhada do prontuário médico, exames complementares e exame físico minucioso são fundamentais no planejamento anestésico. Dentre as alterações cardíacas, ICC, hipertensão pulmonar e hipóxia são as mais relevantes no manejo perioperatório dos cardiopatas-congênitos. Fatores como: escolha da técnica anestésica, anemia, broncodisplasia e doença da membrana hialina aumentam a incidência de APO. Recomenda-se monitorização cardiopulmonar intra-hospitalar por pelo menos 12-24 horas no pós-operatório. Os cuidados devem ser planejados e intensivos em todo o perioperatório, assegurando melhor assistência ao RNPT. **REFERÊNCIA:** John L. Atlee. Complications in Anesthesia. Second Edition. © Mayo Foundation 2002; 161:396-398. Peter J. Davis, P. Franklyn Cladis e Etsuro K. Motoyama. Smith's Anesthesia for Infants and Children, Eighth Edition. © 2011 Mosby, Inc; 40:1273-1293.

ANESTESIA PARA LOBECTOMIA PULMONAR EM RECÉM-NASCIDO: COMO E QUANDO REALIZAR VENTILAÇÃO MONOPULMONAR

AUTORES:

Claudia Biasi de Britto Pereira, Bernardo Alvarez Rivello*, Patricia Helena Azevedo Vieira Moreira, Rafael Moura Rezende de Oliveira.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Federal da Lagoa.

INTRODUÇÃO: Este relato visa a discutir necessidade ventilação monopulmonar para cirurgias torácicas em recém-nascidos, e como procede-la quando necessária na abordagem de patologias congênitas raras como a adenomatose cística pulmonar. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo masculino, 15 dias de vida, 3, 05 kg, Internada na unidade intensiva pediátrica do HFL após apresentar taquipnéia nos primeiros dias de vida, radiografia e tomografia tórax com cistos aerados em lobo superior direito. Suspeita de doença adenomatosa cística pulmonar, com indicação cirúrgica precoce. Programada toracotomia para lobectomia direita. Ao exame apresentava-se taquipneico, ativo e reativo, satO₂ 98% em ar ambiente, murmúrio vesicular audível universalmente, sem outras alterações. A monitorização consistiu em oximetria de pulso, cardioscopia, pressão arterial invasiva via artéria radial D e capnografia. Na sala cirúrgica, feita indução anestésica por via inalatória com sevoflurano, fentanil 15 µg IV, 0, 6mg de cisatracúrio seguida de intubação orotraqueal com TOT 3, 5 sem balão. Punção de veia periférica com extracath 22G, cateterização de artéria radial direita com extracath 22G e instalado monitorização invasiva, punção de veia jugular interna D pela equipe cirúrgica. Optou-se por manter intubação não-seletiva, por possibilidade de manipulação e abertura de campo cirúrgico pelo cirurgião manualmente. Tempo anestésico-cirúrgico foi de aproximadamente 180 minutos, em decúbito lateral esquerdo, durante o qual apresentou tendência a hipercapnia e dificuldade de ventilação mecânica. Ao término do procedimento, realizado bloqueio intercostal com 6mg de solução de ropivacaina 0, 2%. Aspição de vias aéreas. Encaminhado ao centro intensivo pediátrico, sob ventilação assistida por TOT. **CONCLUSÃO:** As abordagens cirúrgicas precoces em pacientes com doença pulmonar congênita obtêm melhores resultados nos recém-natos. No caso, a ventilação monopulmonar não era obrigatória. No entanto, em algumas situações específicas e cada vez mais comuns, como em cirurgias por vídeo, ela torna-se necessária. Dessa forma, o anestesiológico deve estar preparado para as novas necessidades, assim como as técnicas e materiais a seu alcance para efetuar a ventilação monopulmonar. Referencias Bibliograficas Christoph Schmidt - Single-Lung Ventilation for Pulmonary Lobe Resection in Newborn - Anesth Analg 2005; 101:362-4 Gregory B Hammer - Pediatric Thoracic Anesthesia - Anesthesiology Clinics of North America volume 20, março 2002 Etsuro K Motoyama e Jonathan D Finder - Respiratory Physiology in Infants and Children - Smith's Anesthesia for Infants and Children - 8a edição

ASSOCIAÇÃO ENTRE HIPERTERMIA MALIGNA E DOENÇA DO CENTRAL CORE: SÉRIE DE CASOS

AUTORES:

Helga Cristina Almeida da Silva, Rafael Rezek Rodrigues, Lucas Renó Gonzaga, Sylvia Schnitzler, Eduardo Tadeu Moraes Santos, José Luiz Gomes do Amaral.

INSTITUIÇÃO:

UNIFESP/EPM.

INTRODUÇÃO: A miopatia da parte central ou central core disease (CCD) é rara, de herança autossômica dominante, e se associa à suscetibilidade a hipertermia maligna (HM). Descrição da série - Caso 1: Feminina, 8 anos, procedência chilena, submetida a amigdalectomia, sob anestesia geral, com utilização de Tiopental, Halotano e Succinilcolina. Aos 25 minutos de cirurgia, iniciaram-se hiperemia cutânea e hipertermia (38, 7°C). A administração de Halotano foi suspensa, sendo iniciadas medidas de resfriamento corporal, alto fluxo de oxigênio e Dantrolene venoso, com melhora. No 1° PO apresentou pico de CPK de 1303 UI. L-1 com queda progressiva nos dias seguintes. Aos 14 anos, em serviço de neuropediatria, verificou-se extensa história progressiva: a) hospitalização por sete dias ao nascer por pausas respiratórias e dificuldade de sucção, e hipotonia generalizada; b) 2 meses: crises de apneia com resposta a teofilina; c) atraso no desenvolvimento motor; d) 4 anos: quedas frequentes e genoalago; e) 10 anos: hiperlordose lombar, diminuição da mobilidade de coluna vertebral e pé equino. Exame: fascias e levantar miopáticos, diminuição da força e arreflexia em membros inferiores. Eletro-neuromiografia: padrão miopático. Biópsia muscular: miopatia crônica com predomínio de fibras tipo I e cores (CCD). Caso 2: Masculino, 21 anos, submetido a amigdalectomia, sob anestesia geral, com utilização de midazolam, fentanila, propofol, lidocaína, vecurônio, sevoflurano e N2O. Aos 60 minutos de anestesia apresentou taquicardia (110bpm), hipertermia (39, 2°C), hipercarbia (aumento de 35 para 62 mmHg) e sudorese profusa. Medidas: resfriamento, dipirona e manitol, com melhora em 30 minutos. Houve elevação de CPK após 5 horas da indução, acidose metabólica, colúria no 1° PO, pico de CPK no 2° PO de 8450 UI. L-1 e mialgia proximal por 3 dias. Após 6 anos iniciou investigação em setor de HM apresentando baixa estatura (154cm), hiporreflexia e elevação persistente de CPK de 320 UI. L-1. Teste de contratura in vitro: suscetível a HM. Biópsia muscular: cores (CCD). **DISCUSSÃO:** CGD e HM decorrem de mutações no cromossomo 19q13. 1-13. 2, no gene do receptor rianodina (RYR1) ou canal de cálcio do retículo endoplasmático (RE) da fibra muscular. Mutações no RYR1 causam tanto diminuição da força por redução na capacidade de armazenar/carrear o cálcio do RE, como crise de HM por liberação excessiva de cálcio. Cerca de 20% dos pacientes com HM podem ter aspecto de CCD na biópsia muscular e quase todos pacientes com CCD são suscetíveis a HM. A clínica varia desde quadros oligossintomáticos a graves com hipotonia e atraso motor, além de escoliose, displasia congênita do quadril e deformidades do pé. O diagnóstico fundamenta-se nos aspectos clínicos e na biópsia muscular com o típico central core (áreas com menor atividade oxidativa por depleção mitocondrial). Pela correlação entre CCD e HM, devemos aumentar o nível de suspeição em pacientes com miopatia e deformidades osteo-articulares.

ASSOCIAÇÃO ENTRE ÓXIDO NITROSO E VÔMITOS PÓS-OPERATÓRIOS EM CRIANÇAS SUBMETIDAS A HERNIOPLASTIAS INGUINAIS E UMBILICAIS EM REGIME AMBULATORIAL – ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

AUTORES:

Vicente de Paula Melo Filho, Milton Halysson Benevides de Freitas², Gustavo Cozer, Roberto de Oliveira Couceiro Filho, Luciana Cavalcanti Lima, Marcelo Neves Sila, Tania Cursino de Menezes Couceiro*.

INSTITUIÇÃO:

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP.

OBJETIVOS Náuseas e vômitos pós-operatórios (NVPO) são as morbidades pós-anestésicas mais comuns, com incidência variando de 20 à 30% em pacientes internados para procedimentos eletivos. São sensações indesejadas, consideradas piores que a dor. Além disso, são importantes causas de prolongamento do tempo de internação, atraso de alta hospitalar e de readmissões. O uso de óxido nitroso (N2O) é considerado fator de risco para NVPO. Os motivos desta associação não estão bem definidos e são controversos na literatura. O objetivo deste estudo foi avaliar a ocorrência e intensidade de VPO em crianças submetidas a hernioplastias inguinais e umbilicais em regime ambulatorial. **MÉTODO** Após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) pelos responsáveis, crianças de um a quatorze anos, de ambos os sexos, não fazendo uso de medicação e que seriam submetidas a hernioplastias inguinais ou umbilicais em regime ambulatorial, foram selecionadas para um ensaio clínico randomizado com o objetivo de verificar a associação entre N2O e VPO. A coleta foi realizada em dois momentos: durante a permanência na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), a fim de observar a ocorrência e intensidade de vômitos precoces, e 24 horas após alta da SRPA, para verificar a ocorrência de vômitos tardios, por contato telefônico. Os pacientes receberam na mistura de gases frescos, N2O a 50% (grupo N2O) ou ar comprimido como placebo (grupo controle). Considerou-se como vômito a expulsão forçada de conteúdo gástrico. **RESULTADO** Participaram 108 crianças alocadas de forma aleatória em dois grupos. O grupo controle foi composto por 55 crianças, sendo 33 (60%) do sexo masculino e 22 (40%) do sexo feminino. A média de idade foi 4, 32 anos ± 2, 8, com média de peso de 17, 89 kg ± 7, 41. O grupo que usou N2O (N2O) foi composto por 63 crianças, 31 (49, 2%) do sexo masculino e 32 (50, 8%) do sexo feminino. Vômitos precoces ocorreram em dois pacientes (3, 6%) no grupo controle, enquanto no grupo N2O não houve casos. Quanto à ocorrência de VPO tardios, dois pacientes (3, 6%) do grupo controle apresentaram VPO e no grupo N2O, seis pacientes (9, 5%) apresentaram VPO (p=0, 18). Apenas um paciente do grupo N2O apresentou mais de um episódio de VPO. **CONCLUSÃO** O presente estudo não demonstrou a associação entre o uso de N2O e o aumento da incidência ou da intensidade de VPO precoces ou tardios em crianças submetidas a hernioplastias inguinais e umbilicais em regime ambulatorial sugerindo-se novos estudos para verificar associação. 1. Fernández-Guisasola J, Gómez-Arnau JI, Cabrera Y, del Valle SG. Association between nitrous oxide and the incidence of postoperative nausea and vomiting in adults: a systematic review and meta-analysis. *Anaesth*, 2010;65:379–387.

COLETA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUIDIANO EM CRIANÇAS COM LEUCEMIA: ESTUDO COMPARATIVO DE DUAS TÉCNICAS DE SEDAÇÃO

AUTORES:

Thiago Ramos Grigio, Ana Paula de Souza Vieira Santos, Marcelo Vaz Perez, Ligia Andrade da Silva Telles Mathias*, Débora de Oliveira Cumino.

INSTITUIÇÃO:

CET da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

JUSTIFICATIVAS E OBJETIVOS: Crianças com suspeita de leucemia são submetidas a exames potencialmente dolorosos (coletas de líquido cefalorraquidiano e punção de medula óssea), muitas vezes sem sedação ou com sedação insuficiente. A literatura, não esclarece qual é a associação de fármacos que leva a menor risco de complicações hemodinâmicas e respiratórias, o que levou à realização deste estudo que se propôs a verificar o impacto de duas técnicas de sedação: sevoflurano e propofol versus cetamina e midazolam sobre a estabilidade hemodinâmica e ventilatória; o tempo da sedação; a qualidade do despertar e a prevalência da ansiedade pré-procedimento. **MÉTODO:** Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição foi realizado ensaio clínico randômico aberto, sendo avaliadas 20 crianças submetidas à punção de medula e seus responsáveis, divididos em dois grupos, Grupo SP (GSP), sevoflurano+propofol e Grupo CM (GCM), cetamina+midazolam. A população do estudo consistiu de 20 crianças com idade entre três e doze anos, estado físico ASA II. A ansiedade foi avaliada segundo a escala de ansiedade EAPY-m (Modified Yale Preoperative Anxiety Scale). A sedação do grupo GSP constou de propofol 2mg. kg⁻¹ + máscara facial de sevoflurano 2, 5% e O₂, em sistema de Baraka. A sedação do grupo GCM constou de cetamina 0, 1mg. kg⁻¹ e midazolam 0, 3mg. kg⁻¹ EV, máscara facial de O₂ e flumazenil 0, 2 mg EV quando os pacientes não voltaram à consciência após 20 min. Analisou-se: dados antropométricos; PAS e PAD; FC; SpO₂: antes da sedação; nos momentos: 1, 3, 5, 7 e 10 min após início da sedação e despertar; presença de apneia; qualidade do despertar; uso de flumazenil; prevalência de ansiedade das crianças (EAPY-m). **RESULTADO:** Verificou-se diferença significativa entre a PAS, PAD e FC dos 2 grupos, sendo os valores do GPS sempre menores. Na avaliação da PAS, PAD e FC, dentro de cada grupo, observou-se redução significativa após o início da sedação em ambos os grupos. A redução da PAS e da FC foi menor que 25% nos dois grupos, mas a PAD sofreu diminuição em torno de 30% no GPS. Observou-se apneia em 25% dos pacientes do grupo GSP, sem hipoxemia. No grupo GCM, não houve registro de apneia. A média do tempo de sedação foi 12 min no grupo GPS e 22 min no grupo GCM, e foi utilizado flumazenil em 50% dos pacientes do grupo GCM. Em relação à qualidade do despertar, verificou-se 16, 7% de crianças agitadas no grupo GSP e 33, 3% no grupo GCM, sem diferença estatística entre os grupos. Observou-se alta prevalência de ansiedade em ambos os grupos: 91, 7% e 83, 3% respectivamente no grupo GSP e no grupo GCM. **CONCLUSÃO:** O grupo GCM apresentou estabilidade hemodinâmica e ventilatória; o grupo GSP apresentou melhor qualidade da sedação e do despertar e a prevalência da ansiedade pré-procedimento foi elevada e similar em ambos os grupos. **REFERÊNCIA:** Fein D, Avner JR, Khine H. Pattern of pain management during lumbar puncture in children. *Pediatr Emerg Care.* 2010; 26(5): 357-360.

COMPARAÇÃO ENTRE EXTUBAÇÃO TRAQUEAL EM PACIENTES ACORDADOS E EM PLANO ANESTÉSICO PROFUNDO APÓS DILATAÇÃO ESOFÁGICA

AUTORES:

Marciano de Sousa Nóbrega, Onofre Alves Neto, Rodrigo Gomes da Silva.

INSTITUIÇÃO:

CET-SBA n 9172 do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

INTRODUÇÃO: – A extubação traqueal pode ser realizada quando os pacientes estão acordados ou profundamente anestesiados. O objetivo deste estudo foi analisar qual a técnica ideal de extubação, em pacientes pediátricos submetidos à dilatação esofágica, no Hospital das Clínicas em Goiânia-GO, para se evitar complicações anestésicas como laringoespasmo, queda de saturação periférica de oxigênio, tosse excessiva, arritmias cardíacas, vômitos, broncoaspiração, dentre outras. **MÉTODO:** Foram estudados 26 pacientes pediátricos de ambos sexos, idade entre 1 e 12 anos, ASA I ou II, submetidos a dilatação esofágica eletiva. Excluiu-se pacientes com diagnóstico prévio de asma e infecção ativa de vias aéreas. Os pacientes foram submetidos à anestesia geral inalatória ou inalatória _ venosa, com sevoflurano e propofol. Observou-se as diferenças na SpO₂% antes e após a extubação, assim como a incidência de complicações associadas à técnica. **RESULTADO:** As variações de saturação periférica de oxigênio ao longo do tempo, necessidade de uso de oxigênio suplementar e outras complicações anestésicas não foram estatisticamente significativas entre os 2 grupos. Entretanto, observou-se queda na saturação periférica (abaixo de 90% em 2 pacientes) no grupo acordado e em 2 pacientes do grupo plano anestésico, além de tosse excessiva em 5 pacientes do grupo acordado e 2 em 2 pacientes do grupo plano anestésico. **CONCLUSÕES** – Conclui-se que a escolha da técnica da extubação em pacientes pediátricos saudáveis submetidos à dilatação esofágica eletiva, deverá ser feita de acordo com a experiência e preferência pessoal do anestesiológico, sem grandes diferenças quando se realiza esta extubação em plano superficial ou ainda em plano profundo de anestesia. **REFERÊNCIA:** 1 – Ramesh IP ET AL – Emergence airway complications in children: a comparison of tracheal extubation in awake and deeply anesthetized patients. *Anesth Analg* 1991; 73:266-270; 2 – Sergio BT et al – Laringoespasmo e extubação traqueal em plano anestésico: estudo comparativo em crianças. *Rev Bras Anesthesiol* 1993; 43:293-296.

EFEITO DA CLONIDINA NA AGITAÇÃO AO DESPERTAR DE ANESTESIA COM SEVOFLURANO EM CRIANÇAS SUBMETIDAS À TONSILECTOMIAS

AUTORES:

Fábio Mendes Azarias, Reinaldo Vargas Bastos de Miranda, Daniel de Carli, José Fernando Amaral Meletti, Sylvia Funke do Amaral de Moraes*, Rafael Mendes Corrêa Campos.

INSTITUIÇÃO:

Disciplina de Anestesiologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí-SP.

INTRODUÇÃO: Crianças ao despertar de uma anestesia geral podem apresentar perturbações comportamentais de causa incerta e, embora de curta duração, constituí-se evento desagradável para pais e desconcertante para anestesiológicos. Sua ocorrência recrudescer com o uso do sevoflurano. O objetivo deste ensaio clínico é verificar o efeito da clonidina na redução da agitação pós-operatória de crianças entre 2 a 8 anos. **MÉTODO:** Sessenta crianças, sem administração de medicação pré-anestésica, escaladas para tonsilectomias, foram divididas aleatoriamente em dois grupos de 30: Grupo Clonidina (G1) e Grupo Controle (G2). Técnica anestésica: indução anestésica e manutenção da anestesia com sevoflurano associado ao óxido nítrico, administração de fentanil 2 µg. kg⁻¹ endovenoso (ev) e clonidina 2 µg. kg⁻¹ (ev) (G1) ou SF a 0, 9% (G2). Ventilação espontânea/assistida e analgesia inicial com dipirona 30 µg. kg⁻¹. Na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) foram avaliados: quanto ao grau de sedação pela escala de Wilson, dor pela escala Children Hospital of Eastern Ontario Scale (CHEOPS) e agitação pela escala Pediatric Anesthesia Emergence Delirium (PAED) em três momentos: na chegada à SRPA, na presença dos pais e na alta da SRPA. **RESULTADO:** No G1, o grau de sedação foi maior na admissão e na presença dos pais na SRPA ($p < 0,001$). Quanto ao tempo de permanência na SRPA: no G1 foi de 48 minutos e no G2 foi de 34 minutos ($p < 0,001$). A avaliação da dor mostrou mediana de 5 (3-8) para o G1 e de 7 (5-8) para o G2 ($p = 0,03$) na chegada a SRPA. Em relação à agitação pós-operatória obteve-se um total de 13 crianças agitadas, das quais 10 eram do G2 e 3 do G1. **CONCLUSÃO:** A clonidina na dose de 2 µg. kg⁻¹, endovenosa, após indução da anestesia inalatória com sevoflurano, apresentou efeito analgésico adicional, promoveu maior grau de sedação das crianças na SRPA e reduziu a incidência de agitação ao despertar. **REFERÊNCIA:** 1. Aouad MT, Nasr VG. Emergence agitation in children: an update. *Curr Op Anaesthesiol.* 2005;18:614-9. 2. Malvyia S, Voepel-Lewis T, Ramarmurth RJ, Burke C, Tait AR. Clonidine for the prevention of emergence agitation in children: efficacy and recovery profile. *Pediatric Anesthesia.* 2006;16:554-9.

EFEITO DO REMIFENTANIL SOBRE A AGITAÇÃO NO DESPERTAR EM CRIANÇAS SUBMETIDAS À ANESTESIA COM SEVOFLURANO – METANÁLISE

AUTORES:

Luís Cláudio de Araújo Ladeira, Jáder Allan Oliveira Lagares, Márcia Sousa Reis, Edno Magalhães, Ewerton Aryel Sales Sobreira, Cátia Sousa Govêa*.

INSTITUIÇÃO:

Universidade de Brasília.

INTRODUÇÃO: Agitação no despertar (AD) constitui problema após anestesia com sevoflurano em crianças. A eficácia do tratamento profilático é controversa, mas relatos associam o uso de coadjuvantes à redução da agitação pós-anestésica. Remifentanil, opióide de curta duração, por conferir analgesia e redução da concentração de anestésicos inalatórios, possui potencial para reduzir a incidência de AD. O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão sistemática para avaliar os efeitos da infusão de remifentanil na incidência de AD após anestesia com sevoflurano em crianças. **MÉTODO:** O desfecho primário foi avaliação de agitação no despertar e os desfechos secundários, tempos de despertar, extubação e alta da SRPA. A pesquisa nas bases de dados Pubmed, Embase e Cochrane, em junho de 2013, incluiu termos relacionados a opióides, anestésicos intravenosos, hipnóticos e sedativos, remifentanil e sevoflurano. Foram incluídos ensaios clínicos controlados (ECR), encobertos, em crianças de 2 a 7 anos, que receberam anestesia com sevoflurano e infusão contínua de remifentanil, para avaliação de AD, tempos de extubação, de despertar e de alta da SRPA. Os dados dos estudos foram combinados segundo o modelo de Random-Effects, para calcular o odds ratio (OR) e intervalo de confiança de 95%. O valor de I² foi determinado para avaliar heterogeneidade e o gráfico de funil, para viés. **RESULTADO:** A busca nas bases de dados resultou em 640 artigos. Dois pesquisadores selecionaram independentemente 42 ECR. Destes, quatro preencheram completamente os critérios de inclusão do desfecho primário, perfazendo o total de 244 pacientes, divididos em dois grupos. O grupo SR (sevoflurano/remifentanil) apresentou menor incidência de agitação comparado ao grupo S (sevoflurano). O uso de remifentanil apresentou efeito protetor na AD [OR= 0.25 (0.03, 0.47)], I²= 66, 46%, $p = 0,02$. Sobre os desfechos secundários, o uso de remifentanil não modificou significativamente os tempos de despertar e extubação [OR= 3.20 (-0.50, 6.90); I²= 96.22% $p = 0,08$; OR= 0.11 (-0.92, 1.14), I²= 0.00%, $p = 0,83$, respectivamente]. O tempo para alta da SRPA foi maior no grupo SR [OR= 6.32 (1.13, 11.52)], I²= 91.83%, $p = 0,017$. **CONCLUSÃO:** Segundo esta metanálise, o uso de remifentanil em anestesia com sevoflurano está associado à diminuição na incidência de AD. Não causa efeito sobre o tempo de despertar e extubação, mas promove maior tempo de permanência na SRPA. **REFERÊNCIA:** HS Na, IA Song, JW Hwang et al. Emergence agitation in children undergoing adenotonsillectomy: comparison of sevoflurane vs sevoflurane-remifentanil administration. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2013; 57: 100–5. Xia Shen, Chunbo Hu, Wenxian Li. Tracheal extubation of deeply anesthetized pediatric patients: a comparison of sevoflurane and sevoflurane in combination with low-dose remifentanil. *Ped Anesth.* 2012; 22: 1179–84.

EMBOLIA AÉREA DURANTE A REALIZAÇÃO DE PERIDURAL CAUDAL EM CRIANÇA

AUTORES:

Eduardo Luiz de Araujo Borges, Daniel Tanaka Rodrigues Silva, Rodrigo Cesar Barbosa Vasconcelos Silva, Itajiba Sábago Fonseca, Nancy Brisola Conti, Lara Ferro Barros Pinto.

INSTITUIÇÃO:

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

INTRODUÇÃO: O bloqueio peridural caudal é a mais popular entre todas as técnicas de anestesia regional em crianças. Em geral, complicações como injúria neurológica, hematoma peridural, infecção e punção dural são raras ou incomuns quando a técnica para a realização do bloqueio é utilizada de forma apropriada. Neste relato, apresentaremos um caso incomum de embolia aérea durante a realização de um bloqueio peridural caudal. **RELATO DO CASO:** Paciente sexo masculino, 06 anos de idade, 17 Kg, ASA III devido à insuficiência renal crônica. Proposta cirúrgica de fechamento de uretrotomia perineal. Plano anestésico: anestesia geral + bloqueio peridural caudal. Realizada monitorização inicial, indução anestésica inalatória, venóclise periférica, administração de fentanil e cisatracúrio, seguida de intubação orotraqueal, sem intercorrências. Criança foi posicionada em decúbito lateral direito, foi realizada a antisepsia da região sacral e colocação de campos estéreis. A punção do espaço peridural caudal foi realizada com agulha Tuohy 20G e houve refluxo de sangue na primeira punção. Após nova punção e ausência de refluxo de sangue, foram injetados cerca de 8 mL de ar para confirmação do correto posicionamento da agulha. Após isso, a criança apresentou taquicardia inicial, seguida de hipotensão (50x20mmHg), bradicardia (40 bpm), queda do EtCO₂ de 30 para 13mmHg e desaparecimento da curva de oximetria. Foram iniciadas manobras de RCP e administrados 100µg de adrenalina. Após um ciclo de 2 minutos de RCP, houve retorno da curva de oximetria, SpO₂ 99%, EtCO₂ 35mmHg, PA 100x50mmHg e FC 100bpm. Foi mantida a estabilidade hemodinâmica, a cirurgia foi suspensa e a criança encaminhada para UTI. Recebeu alta para enfermagem após 24h e alta hospitalar após 72h, sem nenhum tipo de seqüela. **DISCUSSÃO:** Embolia aérea venosa acidental durante a identificação do espaço peridural geralmente ocorre se uma comunicação é criada entre as veias do espaço peridural e uma fonte de ar, na presença de um gradiente de pressão favorável. McGow encontrou 7% de incidência de punção acidental das veias do plexo peridural durante tentativas de realização de bloqueio caudal em 500 crianças abaixo dos 10 anos de idade (1). Dois casos semelhantes foram relatados e publicados na *Anesthesia and Analgesia* em 1993 (2). O volume de ar administrado nessas crianças foi de aproximadamente 0, 4 mL/Kg e 0, 2 mL/Kg, e a seqüência de eventos cardiovasculares foi muito semelhante com o ocorrido em nosso caso. Limitar o volume de ar injetado para cerca de 1mL parece reduzir os riscos em adultos, mas o volume seguro nas diferentes faixas etárias pediátricas não está definido. A confirmação do correto posicionamento da agulha com pequenas quantidades de solução salina parece ser mais seguro. **REFERÊNCIA:** 1. McGow RG. Caudal analgesia in children. *Anaesthesia*, 1982;37:806-18. 2. Guinard J-P, Borboen M. Probable venous air embolism during caudal anesthesia in a child. *Anesth Analg*, 1993;76:1134-5.

IMPACTO DO TIPO DE INFORMAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA SOBRE A ANSIEDADE DOS PAIS E DAS CRIANÇAS

AUTORES:

Débora de Oliveira Cumino, Daniel Dongju Kim, Aldemar Kimura Junior, Ligia Andrade da Silva Telles Mathias.

INSTITUIÇÃO:

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

INTRODUÇÃO: Em crianças, a ansiedade pré-operatória é um dos principais fatores de impacto negativo na experiência anestésico-cirúrgica, sendo fator de risco para complicações no pós-operatório. As abordagens não farmacológicas, atuando em aspectos psicológicos, são tão importantes quanto as farmacológicas, porém, a validade como estratégia efetiva ainda é controversa. **OBJETIVOS:** Verificar se a qualidade da informação oferecida aos responsáveis, no pré-operatório, tem impacto sobre a ansiedade da criança na sala de operação (SO), por meio de: prevalência e nível de ansiedade das crianças na sala de espera do centro cirúrgico (SE) e antes da indução anestésica na SO; prevalência e nível de ansiedade dos responsáveis conforme o tipo de informação e índice de satisfação. **MÉTODO:** Foram avaliadas 72 crianças de 4 a 8 anos, estado físico ASA I e II, submetidas a procedimentos cirúrgicos de pequeno e médio porte e seu responsável, divididos aleatoriamente em: Grupo Controle (GC)= responsável recebeu informação verbal sobre o procedimento e Grupo Informativo (GI)= responsável recebeu folheto informativo sobre o procedimento anestésico, ambos durante a avaliação pré-anestésica. Foi avaliada a ansiedade das crianças por meio da Escala de ansiedade pré-operatória de Yale modificada (EAPY-m) nos momentos SE e SO e, dos pais, por meio da escala de ansiedade de Hamilton (HAM-A) em SE. Foi considerado significativo $p < 0, 05$. **RESULTADO:** Não houve diferença significativa em relação aos dados sociodemográficos entre os grupos. O nível de ansiedade nas crianças não apresentou diferença significativa entre os grupos nos dois momentos, no entanto, os dois grupos foram classificados "com ansiedade" em SO. Houve diferença estatística significativa entre os níveis de ansiedade em SE e SO em ambos os grupos, com $P = 0, 0019$ no GC e $P < 0, 0001$ no GI. A prevalência de ansiedade nas crianças, não apresentou diferença entre os grupos em cada momento, observou-se aumento da prevalência de ansiedade nos dois grupos conforme o momento, no GC, no momento SE foi 38, 9% e, no SO, 69, 4% ($P = 0, 0174$), enquanto no GI no momento SE foi 19, 4% e no, SO 83, 3% ($P < 0, 0001$). O nível de ansiedade dos responsáveis não apresentou diferença e, nem mesmo, correlação estatística com a ansiedade das crianças. Os responsáveis em ambos os grupos se sentiram satisfeitos com as informações recebidas. **CONCLUSÃO:** Independente da qualidade de informação oferecida aos responsáveis, o nível e a prevalência de ansiedade das crianças aumentou na sala operatória. No presente estudo, o folheto informativo não se mostrou superior à informação convencional verbal. **REFERÊNCIA:** Rangel Avila F, Haro Haro JM, Garcia Mendes N. La ansiedad de los padres incrementa la ansiedad preoperatoria en el paciente pediátrico cuando este va a someterse a cirugía ambulatoria. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2012; 59:83-90.

MANEJO ANESTÉSICO DE PACIENTE COM ENCEFALOCELE OCCIPITAL GIGANTE. RELATO DE CASO

AUTORES:

Alyne Andrade Lima, Carlos Umberto Pereira, Camilla Oliveira Lima, Stephanie Chagas Feitosa, Rodrigo Oliveira Passos, Gabriel Bello Pinto.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal de Sergipe.

INTRODUÇÃO: A encefalocele é uma malformação congênita que cursa com protusão de estruturas do sistema nervoso central, mais comum na região occipital. O prognóstico depende da quantidade de tecido neural herniado. A decisão pelo tratamento cirúrgico depende da quantidade de tecido neural no saco e de outras anomalias associadas. A cirurgia é delicada e exige uma atenção especial de toda equipe. O grande desafio para o anestesiológico é a manutenção da via aérea por intubação endotraqueal, que requer técnicas especiais pra seu sucesso. O posicionamento adequado é um pré-requisito para a intubação bem sucedida e uma encefalocele occipital gigante pode dificultar este quesito. Algumas técnicas são: a de Mowafi, que apoia a cabeça da criança sobre uma espuma-gel em forma de C e assim intuba o paciente em decúbito dorsal; o posicionamento em decúbito lateral; a intubação nasal às cegas e o posicionamento para fora da mesa com auxílio de terceiros. A descompressão do saco da encefalocele com agulha pode ajudar, porém uma descompressão rápida pode causar complicações como parada cardiorespiratória.

RELATO DO CASO: GMS, 9 meses, feminina, nascida de parto cesáreo, a termo, 38 semanas de idade gestacional. Filha de mãe de 26 anos, hígida, não realizou pré natal, no dia do parto foi realizada ultrassonografia gestacional que demonstrou presença de lesão heterogênea volumosa localizada na região occipital do feto, compatível com encefalocele occipital gigante. Ao nascimento apresentou Apgar 7/9. Realizada tomografia computadorizada que revelou importante quantidade de tecido cerebral no interior do saco e foi indicado procedimento cirúrgico. Utilizada anestesia inalatória com isoflurano. Para a intubação foi preparado uma base em forma de C feita com material isolante e recoberta por tecidos estéreis e utilizada a técnica descrita por Mowafi. Posicionou-se a paciente sobre a mesa de cirurgia em decúbito dorsal e foi realizada a intubação com laringoscópio por visão direta com tubo número 3, 5.

DISCUSSÃO: A intubação endotraqueal em pacientes com encefalocele occipital gigante é um desafio para o anestesiológico. Várias opções de abordagem foram descritas para esse tipo de situação, entre elas a colocação da criança em decúbito dorsal sobre uma plataforma acumulada de cobertores, intubação na posição lateral, descompressão do saco com agulha em condições estéreis e intubação nasal às cegas. O posicionamento deve ser discutido com toda equipe de anestesiologia antes da cirurgia, sendo o melhor método aquele que o profissional tiver maior segurança e que seja adequado ao tamanho do saco e gravidade do paciente.

REFERÊNCIA: Yldrm ZB, Avci E, Torun F, Cengiz M et al. Airway management for occipital encephalocele in neonatal patients: A review of 17 cases. J Neurosci Rural Pract. 2011; 2: 159-61. Mahajan C, Rath GP. Intubating children with giant occipital encephalocele in lateral position: Right or left side? J Anaesthesiol Clin Pharmacol 2011; 27:575.

MANUSEIO ANESTESIOLÓGICO EM GASTROSKUISE NO HOSPITAL DE BASE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

AUTORES:

Manoel Lemos Júnior*, Alessandra Levy Antoniazzi, Eneida Maria Vieira.

INSTITUIÇÃO:

Hospital de Base de São José do Rio Preto.

INTRODUÇÃO: A gastrosquise é uma anormalidade congênita da parede abdominal anterior, por onde se herniam as vísceras abdominais. A incidência é aproximadamente de 1:15.000 partos. A partir de 16 semanas de gestação, com o auxílio da ultrassonografia, é possível o diagnóstico precoce. O tratamento é cirúrgico.

RELATO DE CASO: Gestante de 17 anos, 36 semanas e 4 dias, tabagista e etilista, com diagnóstico pré-natal de feto com hipoplasia pulmonar bilateral e gastrosquise. Trabalho de parto prematuro, com 7 horas de bolsa rota. Realizado parto cesáreo, recém-nascido pré-termo, peso 2420g. As alças evisceradas foram limpas com soro fisiológico, envolvidas em compressas estéreis úmidas e aquecidas, para manutenção da normotermia, prevenção de perda hídrica e contaminação. Após avaliação e indicação cirúrgica, o paciente foi levado ao centro cirúrgico com 16h de vida, para correção da gastrosquise com colocação de silo (bolsa plástica de PVC). Monitorizado com cardioscópio, oxímetro de pulso e pressão arterial não invasiva. Colocado em ventilação mecânica, volume corrente de 10ml/kg, pressão intra-traqueal máxima (PIT) de 20cmh2o. Administrado alfentanil 20mcg/kg, atracúrio 0, 3mg/kg e mantido com sevoflurano a 2%. Capnografia mantida em 35mmhg. Oximetria variando de 95 a 97%. Hidratação 15ml/kg/h com soro fisiológico 0, 9%. Colocado manta térmica e termômetro. Instalada sonda nasogástrica em drenagem. Tempo cirúrgico de 150 min. Retorna a UTI neonatal estável hemodinamicamente, permanecendo por 16 dias até retornar ao centro cirúrgico para o segundo tempo da cirurgia, Paciente chegou ao centro cirúrgico intubado, colocado em ventilação mecânica, volume corrente de 10ml/kg, sevoflurano 2%, com oximetria inicial de 98% e PIT de 18cmh2o. Capnografia variando de 33 a 35mmhg. Feito alfentanil 20mcg/kg, atracúrio 0, 3mg/kg, hidratação 15ml/kg/h com soro fisiológico 0, 9%. Após 180 min, paciente foi levado estável hemodinamicamente a UTI neonatal, saturando 95% e PIT de 20cmh2o. Foi extubado com 32 dias de vida. Segue em acompanhamento ambulatorial com boa evolução.

DISCUSSÃO: Gastrosquise é uma patologia que acarreta grandes déficits de fluídos, alteração de temperatura e dificuldade ventilatória. Os critérios sugeridos para o tratamento desta patologia em mais de um tempo cirúrgico são: pressão intragástrica ou intravesical maior que 20cmh2o, ou pico inspiratório maior que 35mmh2o, ou CO2 expirado acima de 50 mmhg. O recém-nascido continua intubado após o procedimento, e é extubado se houver condições clínicas favoráveis após o segundo dia na UTI. **REFERÊNCIA:** 1. Moore TC, Nur K. An international survey of gastroschisis and omphalocele (490 cases). II. Relative incidence, pregnancy and environmental factors. Pediatr Surg Int 1986; 1:105-9. 2. Paidas MJ, Crombleholme TM, Robertson RM. Prenatal diagnosis and management of the fetus with an abdominal wall defect. Semin Perinatol 1994; 18:196-214.

PENTALOGIA DE CANTRELL - RELATO DE CASO

AUTORES:

Bernardo Drumond Matias*, Marcel Andrade Souki, Cláudia Helena Ribeiro da Silva, Lucas Tavares de Resende, Nilo Garcia Cardoso Neto, Eduardo Azevedo de Castro.

INSTITUIÇÃO:

Santa Casa BH.

INTRODUÇÃO: Pentalogia de Cantrell é uma anomalia congênita muito rara (incidência menor que 1 para cada 100.000 nascimentos) descrita pela primeira vez em 1958 por J. R. Cantrell. A síndrome é caracterizada por defeitos no terço inferior do esterno, na porção anterior do diafragma, na parede abdominal supra-umbilical (linha média), no pericárdio diafragmático e defeitos intra-cardíacos. Essas alterações culminam com a exteriorização do coração e intestino (ectopia cordis e onfalocelo) Relato do caso O objetivo desse trabalho é relatar um caso cirúrgico de Pentalogia de Cantrell ocorrido na Santa Casa de Belo Horizonte em dezembro de 2012. Trata-se de RN do sexo feminino, 29 dias de vida, nascido de parto normal, com diagnóstico sintomático pós parto (a mãe fez apenas 2 consultas de pré natal e não realizou ultrassonografia durante a gestação). O objetivo do primeiro tempo cirúrgico foi a sutura de uma tela de politetrafluoretileno expandido (PTFE) no abdome e tórax da paciente para proteger o coração e o intestino e preparar para uma abordagem em um segundo tempo para inserção definitiva dos órgãos nas cavidades torácica e abdominal da paciente. **DISCUSSÃO:** O procedimento cirúrgico ocorreu sob anestesia geral balanceada após monitorização de rotina (oximetria de pulso, PNI, ECG e termômetro). A paciente manteve estabilidade hemodinâmica durante todo o ato anestésico-operatório e foi encaminhada intubada ao CTI para cuidados intensivos de rotina. **REFERÊNCIA:** bibliográficas Jeroen H. L. van Hoorn, Rob M. J. Moonen, A. L. M. Twan Mulder. Pentalogy of Cantrell: two patients and a review to determine prognostic factors for optimal approach. *European Journal of Pediatrics*. 2008 January, 167(1):29-35 Roy H. , Sarkar A. , Mukherjee. , Maitreyee N. et al. Pentalogy of Cantrell: A Case Report. *J. Anat. Soc. India* 58 (2) 179-182 (2009)

PNEUMOMEDIASTINO E PNEUMATOSE INTESTINAL SECUNDÁRIOS A BAROTRAUMA INTRAOPERATÓRIO EM PACIENTE PEDIÁTRICO

AUTORES:

Daniel Regis D Albuquerque, Daniel Silva Barbosa, Guilherme Oliveira Campos, Antônio Jorge Barreto Pereira, Mariana Lima Portocarrero*, Bruno Gusmão de Oliveira.

INSTITUIÇÃO:

Hospital São Rafael.

INTRODUÇÃO: Pneumomediastino pode decorrer da ruptura alveolar nos pacientes em ventilação mecânica, no entanto nem sempre está relacionado diretamente à intensidade da ventilação, mas também à condição pulmonar. Pneumatose intestinal é a presença de ar na submucosa ou subserosa da parede intestinal. **RELATO DE CASO:** SSSS, feminina, 6 anos, 24 kg, com diagnóstico de tumor infiltrativo em bulbo, ponte e mesencéfalo considerado inoperável pela neurocirurgia foi admitida no hospital para tratamento de pneumonia bacteriana e programação de radioterapia. Diante do quadro neurológico avançado, foi optado pela realização de traqueostomia, o que ocorreu sem intercorrências, e confecção de gastrostomia e cirurgia anti refluxo gastro-esofágico. Apresentou-se no centro cirúrgico com quadro de estado vegetativo persistente, traqueostomizada, em ventilação espontânea e sem sinais clínicos de infecção. Foi optado por anestesia geral balanceada com propofol e sevoflurano via traqueostomia. Foi realizada aspiração da cânula traqueal e indução anestésica com 50 mcg de fentanil, 20 mg de lidocaína, 50 mg de propofol e 10mg de rocurônio. Após indução anestésica e início da ventilação mecânica com pressão máxima 15 mmHg, 10 incursões/ min, PEEP de 5 mmHg, volume corrente de 190 ml, FiO2 de 50% a paciente evoluiu com queda súbita do volume minuto e da saturação de O2 para 88%. Foi tratada inicialmente com desconexão da ventilação mecânica e ventilação manual com sistema avalvular (Mapleson D) através da traqueostomia, com FiO2 100% simultaneamente ao reposicionamento adequado da cânula de traqueostomia, que havia sofrido deslocamento gerando quadro de ventilação inadequada. Evoluiu com melhora da oxigenação tendo sido reinstituída a ventilação mecânica nos mesmos parâmetros anteriores. Após incisão abdominal, à inspeção da cavidade, observou-se pneumatose intestinal colônica volumosa que aumentava a cada inspiração ventilatória. As radiografias intraoperatórias revelaram pneumomediastino e pneumatose intestinal. A pressão se manteve estável (110-120/70-80 mmHg), frequência cardíaca variou de 90 a 120 ipm, ETCO2 de 27 mmHg a 30 mmHg, saturação de O2 de 88 a 90 % e temperatura entre 35 e 36 graus com uso de manta térmica. Foram administrados 50 mcg de fentanil, 1, 25g de dipirona, 2 mg de ondasetrona, 50 mg de hidrocortisona, 0, 4 mg de atropina e 0, 75mg de neostigmina. Após cirurgia a paciente manteve seguimento favorável em ventilação espontânea via traqueostomia no CRPA. **DISCUSSÃO:** A paciente foi submetida a ventilação mecânica pressão controlada, volume corrente adequado para o peso, mas ainda assim desenvolveu barotrauma. Não foi necessária intervenção cirúrgica específica por não haver repercussão hemodinâmica. A pneumatose intestinal provavelmente decorreu da ventilação mecânica, sendo uma forma rara de manifestação de barotrauma. Obs: aprovação no comitê de ética em andamento.

REAÇÕES ATÍPICAS NA ANESTESIA EM DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE: SÉRIE DE CASOS

AUTORES:

Helga Cristina Almeida da Silva, José Luiz Gomes do Amaral, Jorge Valter Meneses Maia, Marcela Câmara Machado Costa, Elton Shinji Onari, Bárbara Luiza Oliveira Vidal.

INSTITUIÇÃO:

CEDHIMA (Centro de Estudo, Diagnóstico e Investigação de Hipertermia Maligna) - Disciplina de Anestesiologia, Dor e Medicina Intensiva da Universidade Federal de São Paulo.

INTRODUÇÃO: A Distrofia Muscular de Duchenne/Becker (DMD/DMB) caracteriza-se por deterioração progressiva da musculatura esquelética. A DMD é a distrofia mais grave e frequente (1:3. 500 meninos nascidos vivos); herança recessiva ligada ao X, gene da proteína distrofina, que estabiliza o sarcolema nas musculaturas esquelética/cardíaca/lisa e no sistema nervoso central. Nas DMD/DMB, a exposição à succinilcolina e halogenados pode desencadear reações semelhantes à hipertermia maligna (HM), e risco de evolução súbita para parada cardiorrespiratória (PCR). Caso 1: Masculino, 3 anos, 14kg, P1, submetido à adenoamigdalectomia. Indução inalatória (O₂/N₂O e sevoflurano) e infusão de fentanil e propofol; IOT e manutenção com sevoflurano em O₂. Aos 45min do procedimento, a FC elevou-se de 120 a 180bpm, a ETCO₂ de 45 a 60mmHg² e a T de 35, 5 a 38°C. Administrados dipirona 400mg, hidrocortisona, soro gelado; aplicadas compressas frias, resfriada a sala. A T regrediu a 37, 5°C, mas a FC permaneceu a 180bpm. Finalizada a operação, o paciente foi desintubado, repetida dose de dipirona e mantido o resfriamento. Em 1h de pós-anestésico normalizaram-se FC (110bpm) e T (36, 5°C). Os exames neurológico e genético revelaram DMD, manifesta por distormorfismos, sinais clínicos de miopatia, deleção dos exons 5 a 44 do gene da distrofina. Caso 2: Masculino, 5 anos, 20kg, P1, admitido para adenoamigdalectomia. Indução inalatória (halotano), bloqueio neuromuscular (succinilcolina) e intubação. Após 25min de procedimento, apresentou PCR em atividade elétrica sem pulso; iniciada reanimação imediata. Infusão de 0, 3mg de atropina, sem resposta. Mantidas as manobras; o ritmo evoluiu para assistolia e, por fim, fibrilação ventricular após a 6ª dose de adrenalina (200mcg/dose). Reversão com o 2º choque de 80J, totalizando 55 minutos de reanimação. Manteve-se estável e foi encaminhado à Unidade de Terapia Intensiva, com pico de CPK de 36. 250 UI/L. Ambulatorialmente, história e sinais clínicos de miopatia, ECG com distúrbio de condução do ramo direito, CPK basal de 1. 968 UI/L, e deleção do exon 51 do gene da distrofina. **DISCUSSÃO:** Ausência/ disfunção da distrofina altera a estrutura do sarcolema, permite o influxo de Ca²⁺, ativa proteases intracelulares, com necrose da fibra muscular e liberação do seu conteúdo. Nestes casos, succinilcolina e halogenados podem instabilizar a membrana, culminando em rhabdomiólise, elevação da CPK, acidose e hipercalemia, com risco de arritmias/ PCR. Na avaliação pré-anestésica, achados de atraso motor ou miopatia, além de história pregressa de reações atípicas na anestesia, devem motivar investigação neurológica, para diagnóstico de miopatias subclínicas e prevenir futuras complicações. **REFERÊNCIA:** Miller RD; Eriksson LI, editors. Miller's Anesthesia. (7th ed.). Philadelphia: Churchill Livingstone; 2010. 3321 p// Klingler W, Lehmann-Horn F, Jurkat-Rott K. Complications of anaesthesia in neuromuscular disorders. Neuromuscul Disord. 2005;15(3):195-206.

USO DE DEXMEDETOMIDINA EM CRIANÇA SUBMETIDA À RESSECÇÃO DE TUMOR DE SUPRA - RENAL

AUTORES:

Andrezza Monteiro Rodrigues da Silva, Raquel Normando Cunha, Solange Costa Novo Cabral, Ivandete Coelho Pereira, Marco Antônio Fernandes Rabelo*, Alvaro Luiz Salgado Pinto.

INSTITUIÇÃO:

Instituto da Criança do Amazonas.

INTRODUÇÃO: A dexmedetomidina é um agonista alfa-2 adrenérgico potente, com atividade simpaticolítica, sedativa e analgésica. O mecanismo de ação ocorre no receptor alfa-2 pré-sináptico levando à diminuição da liberação de norepinefrina, assim atenuando a resposta hemodinâmica e neuroendócrina. Devido ao seu perfil farmacocinético, esta droga tem encontrado seu lugar na anestesia. A dexmedetomidina vem sendo utilizada com sucesso na sedação de pacientes pediátricos em terapia intensiva e, aos poucos, como droga adjuvante na anestesia pediátrica. Relato do Caso: Paciente do sexo masculino, 75 dias, 4kg. Presença de massa volumosa em adrenal direita, cursando com hipertensão arterial sistêmica, síndrome de Cushing e distúrbio hidroeletrólítico. Exames laboratoriais: hematócrito: 42, 2%, hemoglobina: 13, 5 mg/dL, sódio: 120 mEq/L, potássio: 3, 9 mEq/L, cálcio: 1, 24 mEq/L, uréia: 40 mg/dL, creatinina: 0, 5 mg/dL. Ecocardiograma com fração de ejeção de 66% e hipertrofia septal assimétrica e hipertrofia do ventrículo esquerdo. Foi monitorizado com saturação de oxigênio (SpO₂), eletrocardiograma (ECG) e pressão arterial não invasiva (PANI), mostrando respectivamente, SPO₂ 96%, ritmo de taquicardia sinusal com frequência cardíaca (FC) de 210 bpm e PANI 150x80 mmHg. Feita a indução anestésica via inalatória com O₂+ N₂O+Sevoflurano. Em plano anestésico, realizado acesso venoso central em subclávia D e iniciado dexmedetomidina em bomba de infusão com dose de 0, 2 mcg. kg. h. Após 10 minutos do início do uso da droga, com PANI de 120X70 mmHg e FC 140bpm, utilizados endovenoso fentanil 12 mcg, lidocaína 4 mg, succinilcolina 8 mg seguidos de intubação orotraqueal com tubo número 4 sem balonete. Em seguida houve cateterização da arterial femoral D (PAM). Durante a abordagem da massa tumoral, foi necessário o aumento da dexmedetomidina para 0, 7 mcg. kg. h, devido ao aumento de PA e FC. Após a retirada do tumor, houve diminuição da PA que respondeu ao uso de etilefrina. O tempo anestésico cirúrgico foi de 180 minutos e o paciente manteve adequado controle da PAM. Ao término, foi encaminhado ao CTI, com SpO₂ 97%, FC 130 bpm e PAM 60 mmHg. **DISCUSSÃO:** As manifestações clínicas dos tumores de suprarrenal, quando atingem o córtex, estão relacionadas à secreção hormonal. A maioria dos pacientes morre em 12 meses, sendo o tratamento cirúrgico a única possibilidade terapêutica. A manipulação cirúrgica da glândula adrenal leva a possíveis alterações pressóricas, devido à liberação de catecolaminas na circulação sistêmica. Com o intuito de manter a estabilidade hemodinâmica, a dexmedetomidina torna-se uma escolha adequada. Até o momento, esta droga não é aprovada para uso pediátrico no Brasil, contudo o surgimento de trabalhos sugere efetividade e segurança do seu uso em ambiente com monitorização adequada e manejo de possíveis efeitos adversos. **REFERÊNCIA:** 1. Afonso J, Reis F. Dexmedetomidina: papel atual em anestesia e cuidados intensivos. Rev Bras Anestesiol 2012; 62:1:118-133.

Anestesia em Procedimentos Ginecológicos

ANESTESIA PARA PACIENTE PORTADORA DE HIV COM NEUROPATIA CENTRAL

AUTORES:

José Admirão Lima Filho, Fabrício Rodrigues de Souza, Ricardo Almeida de Azevedo, Ticiano Goyanna Lyra Dantas Cardoso, Carlos Kleber Oliveira de Santana.

INSTITUIÇÃO:

CET Hospital Geral Roberto Santos.

INTRODUÇÃO: Cerca de 20% de todos pacientes com HIV serão submetidos a procedimento cirúrgico em algum momento. Não há aumento de risco de morte ou complicação pós-operatória em 30 dias nestes pacientes. Há preocupação em depressão da imunidade celular mediada após anestesia geral, entretanto não há evidência que recomende técnica regional em relação à geral⁶. **JUSTIFICATIVA E OBJETIVO(S):** Relatar um caso de uma paciente com o infecção pelo HIV e miomatose uterina submetida a histerectomia. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Paciente sexo feminino, 35 anos com 4 anos de diagnóstico de HIV/SIDA, estágio clínico IV na classificação da OMS1 e categoria C pelo CDC2. História de crise convulsiva e neurotoxoplasmose. É relatado tabagismo, uso de drogas recreativas (maconha, cocaína e crack), e duas cesarianas há 8 e 14 anos. Uso do lamotrigina e do esquema de primeira linha³ de três anti-retrovirais (zidovudina, lamivudina, e efavirenz). Foi induzida com propofol PFS, fentanil 5mcg/Kg, e após BIS de 50 foi administrado rocurônio (2 x DE95). Manutenção com Propofol 3mcg/ml e remifentanil 0,2 mcg/Kg/min e ao final o relaxante esteroidal foi revertido com composto ciclodextrina sugammadex e realizado 10mg de morfina como analgesia pós-operatório. **RESULTADO:** A anestesia transcorreu com estabilidade hemodinâmica e ventilatória, como a paciente não estava com inibidor de protease no seu esquema (retonavir), não houve aumento dos efeitos dos opióides usados (fentanil) devido à inibição do citocromo P-450₄, 5. **DISCUSSÃO:** e conclusões: Cerca de 90% desses pacientes apresentam complicações neurológicas, a presença pré-operatória de déficit neurológico focal constitui uma relativa contra-indicação à anestesia regional. Assim foi optado pela técnica anestésica venosa total com resultado satisfatório após extubação em sala ao final do procedimento⁶. **REFERÊNCIA:** 1- World Health Organization. Programmes and projects HIV/AIDS Guidelines:HIV. Disponível em: http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/annexes/WHO_CG_annex_1.pdf. Acessado em 29/07/2013. 2- Centers for Disease Control and Prevention. 1993 Revised Classification System for HIV Infection and Expanded Surveillance Case Definition for AIDS Among Adolescents and Adults. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00018871.htm> 3- World Health Organization. Programmes and projects HIV/AIDS Guidelines:HIV. Disponível em:<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/intro/summarynewrecommendations.pdf>. Acessado em 29/07/2013. 4- Avidan MS, Jones N e Pozniak AL. The implications of HIV for the anaesthetist and the Intensivist. *Anaesthesia*, 2000, 55, 344-54. 5- Hughes SC. HIV and anesthesia. *Anesthesiology Clin N Am* 2004; 22: 379-404 6- Prout J, Agarwal B. Anesthesia and critical care for patients with HIV infection. *Contin Educ Anaesth Crit Care Pain* 2005; 5 (5):153-156.

BRADIARRITMIA REFRACTÁRIA ASSOCIADA AO USO DE CLONIDINA EM RAQUIANESTESIA

AUTORES:

Elizabeth Fernandes Vaz da Silva, Marco Antônio Cardoso de Resende, José Cosme dos Santos Camargo, Hugo Camara Tinoco de Siqueira, André Ricardo Accacio Veloso*, Paula Barroso Pereira Madruga.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Universitário Antônio Pedro.

INTRODUÇÃO: A clonidina é um dos principais adjuvantes para anestesia neuroaxial¹. O uso com anestésicos locais prolonga o tempo de bloqueio sensitivo em aproximadamente 30%, além de adiar o início da dor pós-operatória e reduzir o uso de opióides. Todavia, bradicardia e hipotensão são eventos adversos frequentes, com incidência relatada entre 2-13% e 8-33%, respectivamente². **RELATO DE CASO:** Paciente sexo feminino, 82 anos, 74Kg, 1,62m, Mallampati 4, pouca mobilidade cervical e mandibular, clearance de creatinina estimado em 19mL/min. Em uso regular de insulina NPH, glimepirida, losartana, atensina, furosemida, nifedipina, clonazepam e sertralina. Sete dias antes da cirurgia iniciou atenolol. A cirurgia proposta foi uma HTA. A paciente foi monitorizada com cardioscopia, oximetria de pulso e pressão arterial não invasiva. Apresentava PA 150x100mmHg, FC 70Bpm e saturação periférica de 94% em ar ambiente. O plano anestésico foi uma raquianestesia em L3-L4 com bupivacaína hiperbárica 20mg, clonidina 30mcg e fentanil 20mcg, associado à epidural lombar contínua em L2-L3 com dose teste sem intercorrências e sedação com midazolam. O bloqueio foi realizado via paramedianamente com agulha 25G bisel tipo Quincke, alcançando nível sensitivo em T6, Bromage 3. A cirurgia durou 3 horas. Após 90 minutos da realização do bloqueio, a paciente evoluiu com hipotensão seguida de bradicardia refratária à atropina e vasopressor. Após administração de 3 doses de atropina 1mg e doses de etilefrina e adrenalina tituladas, foi instalado marcapasso transcutâneo, restaurando a frequência cardíaca e revertendo a hipotensão. Ao término da cirurgia, a paciente foi encaminhada à Unidade Cardio-Intensiva com diagnóstico de BAVT e instalado marcapasso transvenoso. Dezesesseis horas após o bloqueio subaracnóide, o ritmo cardíaco foi restabelecido, porém ela permaneceu na unidade por 12 dias devido à labilidade pressórica e à piora da função renal. No 19º dia, recebeu alta hospitalar assintomática e sinusal ao ECG. **DISCUSSÃO:** A análise do tempo cirúrgico é importante para a escolha da técnica anestésica, principalmente em instituições de ensino médico. Dessa forma, o uso de fármacos que elevem o tempo e a qualidade do bloqueio, como a clonidina, é valorizado. Entretanto, a associação de fármacos simpaticolíticos no neuroeixo aumenta a probabilidade de eventos cardiovasculares. Apesar da escassez de estudos, evidências demonstram efeito cronotrópico negativo intenso que advém da associação entre anestésicos locais, agonistas alfa-2 e betabloqueadores, com risco de bradiarritmias graves². **REFERÊNCIA:** 1-“World Federation of Societies of Anesthesiologists” Anesthesia Tutorial of the week 230: Adjuvant Agents in Neuroaxial Blockade, 4th July, 2011. 2-James P. Rathmell and Joseph Neal, Complications in Regional Anesthesia and Pain Medicine, 2013, Elsevier, cp. 6 Hemodynamic Complication.

CONVULSÃO POR ROPIVACAÍNA DURANTE ANESTESIA PERIDURAL

AUTORES:

Frederico Bastos de Araujo, Jacqueline Ivonne Arenas Lovera*, Márcio Luiz Benevides.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Universitário Júlio Muller - UFMT - CET Cuiabá.

INTRODUÇÃO: O SNC é o mais sensível aos efeitos tóxicos dos anestésicos locais. A causa mais comum de intoxicação sistêmica por anestésico local é por injeção inadvertida no intravascular. **OBJETIVO:** Apresentar um caso de convulsão por injeção de Ropivacaína intravascular durante realização de peridural. **RELATO DE CASO:** MSDS, feminino, 78 anos, 46 Kg. Diagnóstico: hiperplasia endometrial e atipia moderada. Escalada para histerectomia total abdominal. História de metrorragias, dispneia aos médios esforços e tosse crônica. Tabagista, DPOC, seqüela de paralisia infantil e xifoesciose. Raqui-anestesia para curetagem e biópsia endometrial, sem intercorrências. Mallampati IV. ASA III. Hb 10, 6; hto 34, 7%; hem 4, 4mi; plaq. 164 000; leucócitos 7 100(N62, 8 L26, 8 Mo2, 6 E 7, 3 B0, 5); glic. 68mg/dl; ureia 26; creat. 0, 84; TGO 12; TGP 7; alb. 3, 3; Na+ 127mEq/L; K+ 4, 32mEq/L. TP 13, 4 seg. ; AP 96%, INR 1, 03. Risco cardiológico (Goldman) II. Conduta Anestésica: Peridural. Paciente em DLE, com hidratação venosa e O₂ 3 L x min. via cateter nasal. Após sedação: fentanil 50mcg, se punciona os espaços peridurais L1-L2 em várias tentativas. Injetado na punção lombar: Ropivacaína 0, 75% - 20ml, fentanil 75 mcg e morfina 1 mg. Presença de abalos musculares, estado torporoso, e logo crise convulsiva generalizada tônico-clônica imediatamente após a administração da dose total do anestésico local. Evoluindo a inconsciência. SV: PA 170x110, FC 120bpm e SpO₂ 70%. Posicionada em DDH, com VPP O₂ 100%, injetado tiopental sódico 75mg. Cessaçao da crise convulsiva, porém a paciente permanece em apneia. Optou-se pela anestesia geral. Indução: alfentanil 2, 5mg e atracúrio 25mg. Laringoscopia Cormack I, IOT com TOT No. 7, 0 na primeira tentativa. VM - VCV. Descurarização: atropina 0, 5mg e neostigmina 1mg. Apresenta bucking, injetado lidocaína 2% - 40mg EV. Extubação tranquila, despertar tranquilo. Avaliado o cateter peridural, se aspira sangue na seringa. O cateter é retirado. Paciente encaminhada à SRPA. **DISCUSSÃO:** A ropivacaína, anestésico local de maior margem terapêutica, possui maior sensibilidade aos efeitos neurotóxicos durante a injeção no intravascular. A paciente recuperou-se sem seqüela neurológica nenhuma, demonstrando que a neurotoxicidade pode ser reversível, porém menor do que a relatada. A prevenção da injeção inadvertida e a disponibilidade de drogas para o tratamento da toxicidade por anestésicos locais são ações que devem ser adotadas. **REFERÊNCIA:** Beecroft C, Davies G. Systemic toxic effects of local anaesthetics. *Anaesthesia and Intensive Care Med.* 2013. 14:4. 146-148. Mercado P, Weinberg GL. Local anaesthetic systemic toxicity: Prevention and treatment. *Anesthesiology Clin.* 2011. 29: 233-242.

CORRELAÇÃO ENTRE O PERFIL NUTRICIONAL PRÉ-OPERATÓRIO E COMPLICAÇÕES INTRA E PÓS-OPERATÓRIAS EM MULHERES COM CÂNCER GINECOLÓGICO E MAMÁRIO

AUTORES:

Natália Miatelo Gimenez*, Rosa Inês Costa Pereira, Maria Salete Costa Gurgel.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP.

RESUMO - JUSTIFICATIVA: Estados nutricionais alterados associam-se a aumento de morbidade em pacientes oncológicos cirúrgicos. Maior ocorrência de complicações, maior necessidade de UTI e tempo de hospitalização prolongado também são relatados. **OBJETIVOS:** Correlacionar o perfil nutricional pré-operatório com a ocorrência de complicações intra e pós-operatórias em mulheres com câncer ginecológico e de mama atendidas no CAISM/UNICAMP. **MÉTODO:** realizou-se um estudo de coorte retrospectiva com 190 pacientes submetidas a tratamento cirúrgico para essas neoplasias, entre agosto 2003 e abril 2005. No pré-operatório, o perfil nutricional foi avaliado pelo Índice de Massa Corpórea (Kg/m²) e pela Avaliação Nutricional Subjetiva Global (ANSG), bem como seu estado físico determinado segundo a Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA). Foram registrados: necessidade de transfusão sanguínea, complicações intra e pós-operatórias, necessidade de UTI e tempo de internação. Para fatores associados às complicações utilizou-se a análise de regressão de Cox univariada e múltipla. Para fatores associados ao tempo de hospitalização utilizou-se análise de regressão logística polinômica, modelo de odds proporcionais, sendo adotado o nível de significância de 5%. **RESULTADO:** A idade média foi de 53, 48 ± 13, 9 anos; o tipo de câncer mais prevalente foi mama (61, 6%) seguido do colo uterino (24, 2%). Quanto à distribuição do estado físico: ASA 1 (18, 3%), ASA 2 (65, 1%) e ASA 3-4 (16, 6%). O estado nutricional segundo o IMC revelou obesidade (IMC ≥ 30) em 22, 1% e IMC < 30 em 77, 9%; segundo ANSG, 75, 3% foram consideradas eutróficas e 24, 7% desnutridas. O estado físico (ASA) e a duração da anestesia estão diretamente relacionados à necessidade de UTI (p=0, 005 e p=0, 0001, respectivamente). O tempo de internação também apresentou correlação direta com o estadiamento, estado físico (ASA) e tempo de duração da anestesia (p=0, 0039, p=0, 0001 e p=0, 0004, respectivamente). A presença de desnutrição pela ANSG associou-se ao aumento de até 12 vezes do risco para duas ou mais complicações intraoperatórias (p=0, 025). **CONCLUSÃO:** Como grandes alterações nutricionais agravam o estado físico, estas devem ser consideradas na avaliação pré-operatória. **REFERÊNCIA:** Kathiresan ASQ, Brookfield KF, Schuman SI et al. Malnutrition as a predictor of poor postoperative outcomes in gynecologic cancer patients. *Arch Gynecol Obstet.* 2011;284:445-451. Laky B, Janda M, Kondalsamy-Chennakesavan S et al. Pretreatment malnutrition and quality of life - association with prolonged length of hospital stay among patients with gynecological cancer: a cohort study. *BMC Cancer.* 2010;10:232.

CUIDADOS PERIOPERATÓRIOS PARA CIRURGIA DE RETIRADA DE CISTO OVARIANO GIGANTE

AUTORES:

Elizabeth Fernandes Vaz da Silva, Paola da Costa dos Santos, Beatriz Sophia de Queiroz Robert Fonseca, Diego Ferreira Affonso Pereira, Alberto Vieira Pantoja, Renato Lacerda Baptista.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Universitário Antônio Pedro.

INTRODUÇÃO: Os cuidados anestésicos com pacientes submetidos à abordagem cirúrgica de volumosas massas abdominais contemplam o pré-operatório, o planejamento anestésico, o diagnóstico e tratamento de complicações no período pós-operatório imediato. É um exercício moderno de medicina perioperatória. Relatamos o manejo perioperatório de paciente submetida à exérese de volumoso cisto anexial. **RELATO:** Feminino, 52 anos, 50 Kg, 1,6 m de altura, hipertensa controlada em uso de enalapril (20 mg/dia), não tabagista, sem outras comorbidades. Apresenta-se para exérese de cisto anexial por laparotomia. Na avaliação pré-anestésica, encontrava-se emagrecida e com grande dificuldade de locomoção devido ao grande volume abdominal, sem outras alterações pré-operatórias. Na sala operatória foi monitorizada com cardioscópio, oxímetro de pulso, pressão arterial invasiva (puncionada artéria radial esquerda), pressão venosa central (puncionada veia jugular interna direita), sensor de temperatura e capnografia. O bloqueio epidural não foi realizado devido a sangramento relevante em duas tentativas de punção. Foi submetida à anestesia geral com indução em sequência rápida com alfentanil (2000 mcg IV), etomidato (13 mg IV) e suxametonio (60 mg IV) seguida por IOT (TOT 7,5). A anestesia foi mantida pela infusão contínua de propofol e remifentanil e o relaxamento muscular por cisatracúrio. Após esvaziamento do cisto (20l), histerectomia com anexectomia, imediatamente antes da extubação, foi submetida a manobras de recrutamento. Foi instalado dispositivo de analgesia controlada pelo paciente com infusão venosa de morfina na recuperação pós-anestésica (RPA). Ainda na RPA, evoluiu com trepopnéia e hipoxemia, realizou radiografia simples de tórax em AP evidenciando imagem compatível com grande atelectasia a direita, confirmada por tomografia de tórax. Foi solicitado acompanhamento do serviço de fisioterapia que trabalhou manobras de reexpansão pulmonar e mobilização de secreção respiratória. No segundo dia de pós-operatório foi realizada broncoscopia com drenagem de grande quantidade de secreção que obstruía o brônquio fonte direito e já com extensão para o brônquio fonte esquerdo. Permaneceu realizando fisioterapia respiratória. Teve alta hospitalar com uma semana de pós-operatório. **DISCUSSÃO:** O papel do especialista em anestesia no processo cirúrgico é alvo de questionamentos, tanto na avaliação de seus riscos como na previsão, manejo e preparo para possíveis complicações. O presente relato ressalta a participação ativa do anestesista na equipe médica assistente como um profissional conhecedor dos processos mórbidos oriundos na sala de cirurgia, podendo influenciar seu desfecho no pós-operatório imediato. **REFERÊNCIA:** Ronald D. Miller, Chapter 15 -Respiratory physiology - Miller's Anesthesia, Elsevier(2010), p 361-391

INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL EM PACIENTE PORTADORA DE OBESIDADE GRAU III, VIA AÉREA DIFÍCIL E RESTRIÇÃO VENTILATÓRIA POR CISTO OVARIANO GIGANTE: UM DESAFIO

AUTORES:

Leandro Valga de Mattos, Rafael Domingos da Silva, Vanessa Silveira Barbosa, Ednalda Gouveia de Araújo Ferreira, José Abel de Almeida Neto, Eduardo Mansur Etcheverry.

INSTITUIÇÃO:

GET do Hospital da Piedade.

INTRODUÇÃO: A visita pré-anestésica é fundamental para o diagnóstico de possíveis dificuldades ao acesso da via aérea. O manuseio inadequado da via aérea é a causa mais frequente de complicações relacionadas à anestesia sendo responsável por cerca de 30% dos óbitos de causa anestésica. Desta forma, o reconhecimento antecipado de alterações anatômicas do paciente é fundamental para planejar ações e prevenir complicações. **Relato do Caso:** Paciente, 38 anos, feminino, 123 kg, IMC = 54, ASA P2 (obesidade), em uso de furosemida; negava alergias. CVL prévia, sem intercorrências. Proposta cirúrgica: laparotomia exploradora para cisto de ovário direito gigante. Na visita pré-anestésica apresentava exames laboratoriais e RX normais. ECG com taquicardia sinusal. Exame físico: sinais vitais, ausculta cardíaca e respiratória sem alterações, edema MMII 3+/4+; estável hemodinamicamente, com queixa de dispnéia em decúbito dorsal, decorrente da patologia cirúrgica. Exame de vias aéreas: Mallampati 3, abertura de boca diminuída, dentes em mau estado de conservação, pescoço curto, distância tireoentoniana reduzida e diâmetro cervical aumentado. A estratégia anestésica proposta no primeiro momento foi IOT acordada sendo, após discussão do caso entre as equipes de Anestesiologia e Ginecologia, modificada para IOT em sequência rápida pós drenagem do cisto ovariano, uma vez que o diagnóstico era de doença benigna. Foi realizada punção abdominal em região inguinal direita com anestesia local sendo drenado 24 litros de líquido. Durante procedimentos paciente permaneceu monitorizada e com reposição de cristalóides, colóides e albumina humana 20%, 20g EV. A paciente foi então pré oxigenada, e induzida em sequência rápida com propofol, succinilcolina, fentanil e lidocaína. A IOT e a cirurgia transcorreram sem intercorrências. Ao final do ato anestésico cirúrgico a paciente foi extubada e encaminhada a SRPA onde permaneceu por 3 horas sendo então encaminhada à enfermaria. A alta hospitalar ocorreu em 2 dias. **DISCUSSÃO:** Neste caso, o resultado positivo se tornou possível graças a correta avaliação pré anestésica que diagnosticou preditores de via aérea difícil e a estratégia adotada na SO pelas equipes de Anestesiologia e Ginecologia que procederam de forma correta o planejamento do ato anestésico cirúrgico fundamental para o bom resultado final do procedimento. **REFERÊNCIA:** Mallampati SR, Gatt SP, Gugino LD et al - A clinical sign to predict difficult tracheal intubation - A prospective study. Can Anaesth Soc J, 1985;32:429-434.

REAÇÃO A VASOCONSTRICTOR LOCAL EM CIRURGIA DE CONIZAÇÃO EM ALTA FREQUÊNCIA: RELATO DE CASO

AUTORES:

Julia Maria Ferreira de Oliveira*, Oscar César Pires, José Maria Leal Gomes, Thamiris Marques da Silva, Juliana Soares de Oliveira, Thatiane Marcelo Fortunato.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Municipal Dr José de Carvalho Florence.

INTRODUÇÃO: A conização em alta frequência é um procedimento indicado no tratamento da neoplasia intraepitelial cervical (NIC) a fim de prevenir o carcinoma invasor do colo uterino. Ela apresenta a vantagem de ser um procedimento ambulatorial, com baixo risco de complicações, fácil execução e baixo custo. **RELATO DE CASO:** Mulher de 23 anos, encaminhada do posto de saúde após exame papanicolau de rotina apresentar alteração com lesão indeterminada de alto grau e biopsia em colposcopia evidenciando NICII, indicada a conização com alta frequência para a retirada da lesão. Paciente estado físico ASA P1, negava procedimentos cirúrgicos anteriores, fazia uso regular de anticoncepcional. Exames laboratórios pré-operatórios (hemograma completo, coagulograma, BHCG e ECG) sem alterações. No centro cirúrgico, após confirmação do procedimento, jejum de 8 horas, e checagem de prontuário, monitorou-se continuamente o ECG, SpO2 e PANI. Na sala de cirurgia recebeu sedação com 2mg de midazolam e 50mcg fentanil e o procedimento realizado sob bloqueio subaracnóideo com 10mg bupivacaína hiperbárica 0, 5%, alcançando nível de bloqueio sensitivo até T10, colocada a paciente em posição ginecológica e iniciado procedimento. Após injeção da solução de 8 ml de solução de adrenalina a 50ug. ml-1 com agulha 25/7 (2ml em cada quadrante), a paciente referiu cefaleia de forte intensidade, mal estar e dispnéia. Apresentou taquicardia (160bpm) arritmico e a pressão arterial aumentou de 100x42 para 150x80 mmHg. Neste momento foi administrado 5 mg de midazolam e mascara com oxigênio a 6L. min-1. A seguir a paciente apresentou FC de 45bpm e hipotensão 80x40, tratados 0, 5mg de atropina e 2L de RL. Após estabilização do quadro, realizado procedimento cirúrgico a paciente foi encaminhada a sala de recuperação pós anestésica, onde permaneceu por cerca de 60 minutos sem queixas ou alterações hemodinâmicas e sem alterações registradas na eletrocardiografia. Recebeu alta para o quarto e no dia seguinte ao domicilio. **DISCUSSÃO:** A injeção acidental intravascular de adrenalina ou absorção da mesma pode causar alterações cardíacas, neurológicas e outras que são dose-dependente e devem ser tratadas com suporte hemodinâmico e respiratório, com a vantagem da meia vida curta, de aproximadamente 2 minutos. O presente caso alerta para a possibilidade de absorção ou injeção intravascular da adrenalina em qualquer procedimento que a utilize diretamente ou com o uso de anestésico local com vasoconstrictores. Referencias: 1. Prendiville W, Cullimore J, Norman S. Large loop excision of the transformation zone . A new method of manage for women with cervical intraepithelial neoplasia. Br J Obstet Gynaecol. 1989;96(9):1054-60.

Anestesia em Videolaparoscopia

ASSISTOLIA APÓS INSUFLAÇÃO DE PNEUMOPERITÔNIO EM VIDEOLAPAROSCOPIA

AUTORES:

Felipe de Castro Freitas*, Marialice Vieira Cardoso, Daniel Vieira de Queiroz, Felipe Wanderley Coelho.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Federal dos Servidores do estado do Rio de Janeiro.

INTRODUÇÃO: Além das complicações possíveis das drogas e técnicas anestésicas habituais, a anestesia para a cirurgia videolaparoscópica cursa com complicações especiais pertinentes ao pneumoperitônio, como as posições em que o paciente deve permanecer para facilitar o ato cirúrgico, à elevação diafragmática pós-insuflação e as alterações cardiovasculares e respiratórias. **MATERIAIS E MÉTODO:** Relato de caso de paciente do sexo feminino, 41 anos, submetida à colecistectomia videolaparoscópica, devido a colelitíase sintomática, sem comorbidades, sem alergias e exames pré-operatórios normais. O ECG anterior a cirurgia apresentava apenas alterações inespecíficas da repolarização ventricular. A indução anestésica foi realizada sem complicações. Durante a insuflação do pneumoperitônio com CO2 a paciente apresentou assistolia ao monitor, com duração de aproximadamente 10 segundos, com retorno espontâneo para bradicardia sinusal após a desinsuflação, e com retorno do ritmo normal após infusão de atropina em bolus. **DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:** A criação do pneumoperitônio determina uma série de alterações hemodinâmicas e respiratórias, visto que a pressão intra-abdominal se inverte passando de negativa para positiva, o que resulta em alteração na fisiologia, o que deve ser do conhecimento de todos que participam do procedimento. Importa também considerar técnicas anestésicas, drogas e monitorização específicas que a laparoscopia exige. Geralmente essas alterações são bem toleradas em indivíduos saudáveis, mas que podem causar distúrbios importantes em idosos e portadores de doenças cardiopulmonares. Essas alterações forçaram a introdução de modificações das técnicas anestésicas, passando-se a usar menos drogas no intra-operatório e associando anestésicos de curta duração, obtendo, com isso, maior estabilização hemodinâmica e respiratória, maior relaxamento muscular, despertar mais rápido e com o mínimo de desconforto ou efeitos colaterais no pós-operatório. Os princípios e considerações na escolha da técnica anestésica são os mesmos da cirurgia convencional. No entanto, é necessário ressaltar que, embora tenha havido uma “simplificação” do procedimento cirúrgico, o ato anestésico tornou-se mais complexo. **REFERENCIA:** Miller’s anestesia, 7th ed; SAESP, Tratado de Anestesiologia, 7ªed.

GRAU DE ANALGESIA PÓS – OPERATÓRIA EM VIDEOCOLECISTECTOMIA APÓS O USO DE DEXMEDETOMIDINA EM ANESTESIA GERAL E SEM OPIÓIDES

AUTORES:

Talita de Castro Alla, Manuela Freire Caetano de Almeida, Ana Cristina Pinho Mendes Pereira.

INSTITUIÇÃO:

Hospital das Forças Armadas.

INTRODUÇÃO: Nesse estudo, a proposta é sedimentar um conhecimento, já observado na prática, de que a dexmedetomidina é capaz de substituir os opióides em uma anestesia geral, com benefícios interessantes e sem os efeitos colaterais conhecidos dos opióides convencionalmente usados: prurido, náuseas, vômitos e retenção urinária. Existem poucos estudos publicados a cerca do tema. O objetivo primário será avaliar o grau de analgesia pós – operatória proporcionado pela dexmedetomidina após seu uso em uma anestesia geral sem o uso de opióides. Já como objetivo secundário será avaliado o tempo de despertar vinculado à ação residual da dexmedetomidina. **MÉTODO:** Participaram pacientes submetidos à videocolecistectomia no período de junho de 2012 a junho de 2013, no Hospital das Forças Armadas – Brasília/DF. Após a monitorização dos parâmetros básicos era realizada a anestesia geral segundo o protocolo estabelecido. Numa ficha especial eram anotados os dados de cada paciente tanto na sala cirúrgica como na SRPA. **RESULTADO:** Foram avaliados 22 pacientes e 20 deles foram incluídos na análise estatística. A média de tempo de analgesia pós-operatória foi de 95, 75 minutos, e a média do tempo de despertar encontrada foi de 26, 4 minutos. **CONCLUSÕES:** O estudo sugere que a dexmedetomidina consegue oferecer uma analgesia pós-operatória satisfatória para os pacientes submetidos a videocolecistectomia, não necessitando impreterivelmente do uso de opióides nessa anestesia geral. **REFERÊNCIA:** 01. Afonso J, Reis F. - Dexmedetomidine: Current Role in Anesthesia and Intensive Care. Revista Brasileira de Anestesiologia. Vol. 62, No 1, January-February, 2012. 02. Villela NR, Nascimento Jr P - Uso de Dexmedetomidina em Anestesiologia. Revista Brasileira de Anestesiologia 97. Vol. 53, Nº 1, Janeiro - Fevereiro, 2003 03. Marangoni MA, Castiglia YMM, Medeiros TP - Eficácia Analgésica da Dexmedetomidina Comparada ao Sufentanil em Cirurgias Intraperitoneais. Estudo comparativo. Revista Brasileira de Anestesiologia 19. Vol. 55, Nº 1, Janeiro - Fevereiro, 2005. 04. Bessa PRN, Costa VV, Arci ECP, Fernandes MCBC, Saraiva RA – Anestesia Peridural Torácica Realizada com Segurança no Paciente Anestesiado. Estudo de uma Série de Casos. Revista Brasileira de Anestesiologia. Vol. 58, No 4, Julho-Agosto, 2008 05. Uso de Dexmedetomidina em Neurocirurgia Rev Bras Anestesiologia, 2000;57(2):223-231 Bernardo Aloisio Grings Herbert, Paulo Magalhaes Gomes Ramaciotti, Fabio Ferrari, Lais Helena Camacho Navarro, Giane Nakamura, Geraldo Rolim Rodrigues Jr, Yara Marcondes Machado Castiglia, Jose Reinaldo Cerqueira Braz, Paulo do Nascimento Jr.

RECUPERAÇÃO DA FUNÇÃO HEMODINÂMICA E VENTILATÓRIA COM SUGAMADEX APÓS REAÇÃO ANAFILÁTICA, INDUZIDA PELO ROCURÔNIO, REFRACTÁRIA AO TRATAMENTO CONVENCIONAL

AUTORES:

Vanessa Silveira Barbosa, José Abel de Almeida Neto, Marco Antonio Garambone Filho, Eduardo Mansur Etcheverry, Leandro Valga de Mattos, Marcio Nunes Amaral.

INSTITUIÇÃO:

CET Hospital da Piedade.

INTRODUÇÃO: A anafilaxia é evento raro em anestesia, porém, quando ocorre pode aparecer em diferentes níveis de gravidade sendo inclusive fatal. Dentre as drogas utilizadas em anestesia, os bloqueadores neuromusculares são os principais responsáveis por eventos anafiláticos onde os mais implicados são a succinilcolina e o rocurônio. **RELATO DE CASO:** Paciente, 54 anos, feminina, 65 kg, IMC = 29, hipertensa e diabética, classificada como ASA P2, tendo como proposta cirúrgica colecistectomia videolaparoscópica eletiva. Ao exame físico apresentava-se com sinais vitais sem alterações. Exames laboratoriais normais. ECG normal e RX de tórax com discreta elevação de hemicúpula diafragmática à direita. Avaliação da pneumologia não contra-indicou ato anestésico-cirúrgico. Relatava perineoplastia prévia, sem intercorrências e negava história de atopia ou quaisquer eventos de hiperreatividade brônquica. A indução anestésica foi realizada por via intravenosa (IV) com: fentanil 200mcg, propofol 150 mg, lidocaína 80 mg e rocurônio 35 mg, seguida de intubação orotraqueal (IOT) sem intercorrências. Dez minutos após IOT a paciente apresentou queda da saturação (SpO2) para 88%, PA 75/45 mmHg e MV rude com sibilos difusos. Iniciou-se tratamento convencional com administração de volume, adrenalina 0, 2 mg IV e hidrocortisona 1g IV. Ausculta pulmonar apresentava piora com SpO2 a 77%, PA 55/20 mmHg. Foram administrados mais 0, 2 mg de adrenalina IV e 04 puffs de salbutamol via TOT sem que resultasse melhora do quadro clínico. Optamos então por reverter o bloqueador neuromuscular, utilizando sugamadex numa dose de 16mg/kg. A paciente começou a apresentar melhora do quadro clínico, e em 10 minutos a SpO2 estava em 95% e a PA 95/55 mmHg. O ato anestésico-cirúrgico foi suspenso e a paciente encaminhada, intubada, ao CTI com sinais vitais estáveis. **DISCUSSÃO:** Neste caso, a administração de sugamadex em um episódio de reação anafilática pelo rocurônio, foi associado à reversão do quadro clínico da paciente. Há numerosas questões sem resposta sobre o uso do sugamadex nessas situações, uma vez que o sugamadex não encapsula completamente a molécula do rocurônio e por isso a parte que se liga aos receptores de IgE pode não ser impedida de se ligar ao antígeno e continuar induzindo o quadro de anafilaxia. A dose de sugamadex para reverter a anafilaxia também ainda não está estabelecida, havendo casos na literatura onde se obteve sucesso com doses menores que a utilizada por nós. Por isso, enquanto não houver outras evidências que esclareçam completamente o assunto podemos considerar o uso off label do sugamadex nos casos diagnosticados de anafilaxia induzidos pelo rocurônio. **REFERÊNCIA:** Mc Donnell NJ, Pavy TJG, et al. Sugammadex in the management of rocuronium-induced anaplylaxis. Br J Anaesth 106(2): 199-201. Barbosa FT, Cunha RM. Caso de anafilaxia induzida por rocurônio tratado com o auxílio de sugamadex. Rev Bras de Anestesiologia 62: 4: 538-542.

RELATO DE CASO – ANESTESIA PARA CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM UM PACIENTE COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC) ESTÁGIO IV PELA CLASSIFICAÇÃO DE GOLD

AUTORES:

Thaís Belligoli Senra, Marcel Andrade Souki, Cláudia Helena Ribeiro da Silva, Rafael Coelho Tiburcio*, Marcelo Vaz Nunes, Rodrigo Carvelo Alves Bittar.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Santa Casa de Belo Horizonte (MG).

INTRODUÇÃO: A DPOC é uma condição comum, principalmente relacionada ao tabagismo. A sua prevalência vem aumentando nas últimas décadas, especialmente no sexo feminino. É caracterizada por tosse crônica, expectoração e dispnéia progressiva. **CASO CLÍNICO:** Paciente 71 anos, 60 kg, 1,70m, portador de DPOC GOLD IV, em uso de oxigênio domiciliar, hipotireoideo, ex-etilista, ex-tabagista (60 anos/maço), com passado de episódios recorrentes de pancreatite biliar. Em uso de N-Acetilcisteína, Levotiroxina, Omeprazol, Salmeterol + Fluticasona e Ipratrópio. Internado devido a novo quadro de pancreatite, sendo solicitado avaliação pré-anestésica para realização de colecistectomia videolaparoscópica com exploração de via biliar. Pré-operatório: após resolução do quadro pancreático paciente apresentou exacerbação da DPOC sendo tratado clinicamente. Após término do tratamento, a equipe anestésica solicitou fisioterapia respiratória e avaliação da Pneumologia, que iniciou prednisona 40mg/dia e brometo de tiotrópio. Per-operatório: indução com remifentanil, propofol, lidocaína e cisatracúrio. Manutenção com remifentanil e sevoflurano. Analgesia com dipirona e infiltração da ferida operatória com Bupivacaína c/v 0,5%. Profilaxia para náuseas e vômitos com dexame-tasona e ondansetrona. Antibiótico: Cefazolina. Ato cirúrgico com duração de 50 minutos e anestésico de 70 minutos. Apresentou despertar tranquilo com dor após extubação. Realizado analgesia com 1mg de Morfina e 5mg de Cetamina com boa resposta. Encaminhado ao CTI onde permaneceu por 3 dias sendo realizado fisioterapia respiratória e mantido prednisona 40mg/dia por 3 dias. Recebeu alta para enfermaria com posterior alta hospitalar. **DISCUSSÃO:** O Estágio IV de GOLD corresponde ao pior estágio da doença e é considerada como DPOC muito grave. De acordo com a escala de Torrington e Henderson, esse paciente apresenta um risco de complicação de 35% e de óbito de 12%. É importante tratar a obstrução do fluxo aéreo expiratório, infecções e realizar manobras de expansão do volume pulmonar. Utilizar sempre que possível técnicas minimamente invasivas (endoscópica). Anestesia geral é a escolha habitual para cirurgia abdominal superior. Evitar cirurgias com duração maior que 3 horas assim como medicamentos que possam estar associados a depressão ventilatória no pós operatório. A ventilação mecânica deve ser realizada com volumes correntes entre 4 e 8 ml/kg, frequências respiratórias mais baixas, com aumento do tempo expiratório. A analgesia pós operatória deve ser maximizada e a utilização de bloqueios regionais deve sempre ser considerada. **REFERÊNCIA:** 1- Warner DO: Helping surgical patients quit smoking: Why, when, and how. *Anesth Analg* 2005;101:481-487. 2- Qaseem A, Snow V, Fitterman N, et al: Risk assessment for and strategies to reduce perioperative pulmonary complications for patients undergoing noncardiothoracic surgery. A guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2006;144:575-580.

SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL APÓS A REALIZAÇÃO DE CPRE: RELATO DE CASO

AUTORES:

Mariana Suete Guimarães*, Fernanda Carnielli Uliana, Marcos Célio Brocco, Antônio Roberto Carraretto, Carlos Eduardo David de Almeida.

INSTITUIÇÃO:

CET Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes - Hospital da Associação dos Funcionários Públicos do Espírito Santo.

INTRODUÇÃO: Pressão intra abdominal é definida como a pressão contida dentro da cavidade abdominal em estado de repouso. É diretamente afetada pelo volume dos órgãos sólidos ou vísceras ocas. A sociedade mundial de síndrome compartimental abdominal define síndrome compartimental abdominal por pressão intrabdominal maior ou igual a 20 mmHg associada a disfunção ou falência de órgão 1. Este relato ilustra um caso atípico de síndrome compartimental abdominal. **RELATO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 45 anos, estado físico ASA I, programada para cirurgia de colecistectomia videolaparoscópica com colangiografia intra-operatória. Paciente monitorizada de acordo com a resolução do CFM Nº 1802/2006. Induzida anestesia geral com 0,5 µg/kg peso de sulfentanil, 0,15 mg/kg de peso de cisatracúrio e 1,5 mg/kg de peso de propofol sem intercorrências. Paciente mantida em assistência ventilatória, em modo PCV (ventilação controlada a pressão). Após diagnóstico de coledolitíase pela colangiografia, optado por colangiopancreatoduodenografia retrógrada endoscópica (CPRE) intra-operatória. A CPRE transcorreu com dificuldade técnica e tempo prolongado. Paciente evoluiu com dificuldade progressiva da manutenção da ventilação, com aumento dos valores de capnografia apesar de ajustes nos parâmetros da ventilação mecânica e recrutamento alveolar. Após o término do procedimento, notado marcada distensão abdominal associada a mantida dificuldade de ventilação. Pressão intra vesical acima de 40 cm H₂O. Paciente mantida em assistência ventilatória mecânica no pós operatório, descomprimida com sonda nasoentérica mantida em drenagem, descompressão retal e diureticoterapia. Paciente evoluiu com melhora progressiva sendo procedida a desentubação após 24 horas. **CONCLUSÃO:** A síndrome compartimental abdominal pode ter várias causas e estar associada a vários processos patológicos. O pneumoperitônio da videolaparoscopia associado a insuflação de ar prevista na CPRE mantidos por tempo prolongado foram decisivos para o aumento da pressão abdominal associado a distensão abdominal e disfunção ventilatória nesta paciente. A pressão intravesical provê uma estimativa confiável da pressão intra abdominal e deve ser monitorada nos pacientes em risco de desenvolverem aumento da pressão intra abdominal 2. **REFERÊNCIA:** 1. Malbrain ML, Cheatham ML, Kirkpatrick A, et al. Results from the International Conference of Experts on Intra-abdominal Hypertension and Abdominal Compartment Syndrome. I. Definitions. *Intensive Care Med*. 2006;32:1722-32. 2. Cheatham ML, Malbrain ML, Kirkpatrick A, et al. Results from the International Conference of Experts on Intra-abdominal Hypertension and Abdominal Compartment Syndrome. II. Recommendations. *Intensive Care Med*. 2007;33:951-62

Anestesia Inalatória

ANÁLISE DA VIABILIDADE ECONÔMICA DA INTRODUÇÃO DO DESFLURANO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

AUTORES:

Leonardo Elman Meyer, Patrícia Wajnberg Gamermann, Carolina Quintana de Quadros Brenner, Luciana Paula Cadore Stefani, Elaine Aparecida Felix, Felipe Polgati Diehl*.

INSTITUIÇÃO:

Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

INTRODUÇÃO: A anestesia inalatória representa mais de 90% das anestésias gerais realizadas no Serviço de Anestesia e Medicina Perioperatória do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Nos últimos 10 anos, houve um aumento substancial do consumo de sevoflurano em detrimento do isoflurano, o que repercutiu em uma elevação de 400% nos gastos. Com a entrada do desflurano no mercado, surge a possibilidade de incorporação desse novo inalatório. No entanto, a análise econômica inicial é necessária para avaliar sua viabilidade. **OBJETIVOS:** Descrever o uso do desflurano em 43 casos consecutivos e avaliar a qualidade da recuperação dos pacientes, o consumo do agente e a satisfação dos anestesistas. **MÉTODO:** Coleta dos dados em ficha padronizada pelos anestesistas responsáveis pela realização dos procedimentos. A técnica consistiu de indução venosa com propofol e remifentanil, sendo a seguir iniciado o uso do desflurano a 6% (1 CAM) com fluxo de 4L/min durante 5 min. Após, o fluxo era reduzido para 1L/min ou menos conforme os parâmetros fornecidos pelo analisador de gases, mantendo a concentração do desflurano em 0, 6-0, 8% de sua CAM e os valores de BIS entre 40-60. Ao final do procedimento, o agente era fechado e o fluxo de gases aumentado para 8-12L/min. Anotava-se a quantidade do agente dispensado pelo aparelho de anestesia Primus e o captado após a indução e término da anestesia. Os tempos de extubação, recuperação da cognição e satisfação do usuário eram coletados. **RESULTADO:** 43 pacientes com idade média de 46 anos e peso médio de 70 kg foram avaliados. A duração média dos procedimentos foi de 117 min e fluxo médio de 0, 74L/min no trans-operatório. A quantidade média de agente dispensado e realmente consumido respectivamente em 5 min foi de 7, 29 e 2, 96mL e no restante do procedimento foi de 30, 03mL e 15, 7mL. O consumo médio de desflurano em 5 min relacionado ao consumo total foi de 22, 5%. O tempo médio para extubação foi de 6, 6 min, sendo fortemente correlacionado com o tempo cirúrgico ($r=0, 92$), e fracamente correlacionado ao peso ($r=0, 21$). Quanto à recuperação da cognição o tempo médio foi de 8, 6 min, não sendo correlacionado ao peso ($r=0, 03$). 39% dos anestesistas acharam ótimo, 57% bom e 3, 6% ruim. O custo médio com o agente foi de R\$19, 51 por anestesia, valor similar ao custo do sevoflurano em 2012 (R\$19, 56/procedimento). **CONCLUSÃO:** O desflurano apresentou, rápida recuperação e retorno da cognição, independente do peso do paciente. A técnica utilizada determina um grande consumo do agente com o alto fluxo inicial, fato que pode ser aprimorado com o treinamento do uso de baixo fluxo desde o início. Essas características, associadas a sua equiparação de custo com o sevoflurano o torna uma alternativa econômica a ser avaliada. **REFERÊNCIA:** Meyer T, Golembiewski J, Prielipp RC. Clinical and economic considerations in the use of inhaled anesthesia from the perspective of healthsystem pharmacists and anesthesiologists. Am J Health-Syst Pharm. 2010;67:S1-24.

ANESTÉSICOS INALATÓRIOS E O PRÉ-CONDICIONAMENTO HEPÁTICO – REVISÃO DA LITERATURA

AUTORES:

Daniele Regozino Muniz*, Tomaz de Aquino N. Segundo, Onofre Alves Neto, Fabiana Aparecida Penachi Bosco.

INSTITUIÇÃO:

CET-SBA n 9172 do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

INTRODUÇÃO: – O pré-condicionamento farmacológico ou isquêmico de um órgão pode melhorar o resultado final e a viabilidade do enxerto deste órgão, devido ao possível menor dano tecidual. Muito conhecido é o pré-condicionamento cardíaco. **INTRODUÇÃO:** – Os autores se propuseram a revisar a literatura sobre o uso dos anestésicos inalatórios e o pré-condicionamento hepático, objetivando melhorar resultados em cirurgias de transplantes hepáticos. **MÉTODO:** Foi feita revisão da literatura com base em dados do Medline, Embase, Cochrane Collaboration e PubMed, além da RBA e dos temas livres dos últimos 5 anos, apresentados no CBA, no Brasil. **RESULTADO:** Os mecanismos moleculares do pré-condicionamento hepático são apresentados, assim como a influência do pré-condicionamento isquêmico ou farmacológico, principalmente com os anestésicos inalatórios. **CONCLUSÕES:** Parece que o pré-condicionamento hepático com o uso de isoflurano é superior aos outros anestésicos inalatórios, tanto na melhora hepática quanto renal, em pacientes submetidos à hepatectomia e transplante do órgão. **REFERÊNCIA:** 1 – Beck-Schimmer B et al – A randomized controlled Trial on pharmacological preconditioning in liver surgery using a volatile anesthetic. Ann Surg 2008; 248:909-918; 2- Ko JS, Kim G, Shin YH et al – The effects of desflurane and isoflurane on hepatic and renal functions after right hepatectomy in living donors. Transplant Proc 2012, 44:442-444.

EFEITO DA MODALIDADE VENTILATÓRIA NA CAPTAÇÃO E ELIMINAÇÃO DO DESFLURANO

AUTORES:

Enzo Fucci Reali*, Daniel Capucci Fabri, Luiz Fernando dos Reis Falcão, Masashi Munechika, José Luiz Gomes do Amaral, Maria Angela Tardelli.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal de São Paulo - Hospital São Paulo.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVO: Alterações na ventilação alveolar resultam em alterações no equilíbrio entre fração alveolar (FA) e fração inspirada (Fi) dos anestésicos inalatórios interferindo na captação e eliminação destes agentes. Na VCV, o fluxo em onda quadrada, produz pressões mais altas na via aérea se comparada à PCV. Na PCV o fluxo inspiratório descendente resulta em administração da maior parte do volume corrente (VC) na fase inicial da inspiração e em distribuição mais homogênea do gás. O objetivo do estudo foi avaliar se a modalidade de ventilação interfere na captação e eliminação do desflurano. **MÉTODO:** Sete adultos ASA I – III, sob anestesia geral. Indução: propofol e fentanil. Manutenção: propofol e remifentanil. Todos foram ventilados com ar e O₂ 60% em sistema sem reinalação. VCV e PCV realizadas com VC de 8 mL/kg não excedendo 900 mL e pico de pressão inspiratória de 30 cmH₂O. A relação tempo inspiratório e expiratório foi de 1:2, sem PEEP. Frequência respiratória ajustada para manter ETCO₂ entre 30 e 35 mmHg. Dez minutos após a indução foi administrado desflurano (Fi = 4%) por 30 minutos. A cinética do desflurano foi determinada através do registro da Fi e FA a cada 10 segundos no primeiro minuto e nos tempos 5, 10, 15, 20, 25 e 30 minutos. Após este período, o vaporizador foi desligado e registrado o valor de FA neste momento (FA0) e a cada 30 segundos nos primeiros 5 minutos. O processo de cinética do desflurano foi reiniciado com outra modalidade de ventilação 10 minutos após FA=0. A primeira modalidade de ventilação aplicada foi determinada por sorteio. **RESULTADO:** Captação (FA/Fi) VCV PCV p 10 s 0, 43 ± 0, 17 0, 37 ± 0, 17 0, 36 20 s 0, 55 ± 0, 10 0, 46 ± 0, 12 0, 13 30 s 0, 66 ± 0, 21 0, 60 ± 0, 15 0, 17 40 s 0, 64 ± 0, 13 0, 66 ± 0, 16 0, 72 50 s 0, 64 ± 0, 11 0, 68 ± 0, 16 0, 39 60 s 0, 71 ± 0, 13 0, 69 ± 0, 16 0, 73 5 min 0, 74 ± 0, 13 0, 79 ± 0, 11 0, 14 15 min 0, 81 ± 0, 15 0, 82 ± 0, 10 0, 94 20 min 0, 84 ± 0, 16 0, 84 ± 0, 10 0, 94 25 min 0, 83 ± 0, 14 0, 85 ± 0, 10 0, 72 30 min 0, 83 ± 0, 13 0, 86 ± 0, 11 0, 50 Eliminação (FA/FA0) 10 s 0, 67 ± 0, 29 0, 83 ± 0, 17 0, 21 20 s 0, 45 ± 0, 17 0, 62 ± 0, 01 0, 04 30 s 0, 35 ± 0, 17 0, 44 ± 0, 13 0, 16 40 s 0, 29 ± 0, 16 0, 40 ± 0, 11 0, 08 50 s 0, 28 ± 0, 15 0, 36 ± 0, 12 0, 14 60 s 0, 26 ± 0, 14 0, 34 ± 0, 11 0, 08 1, 5 min 0, 24 ± 0, 12 0, 30 ± 0, 96 0, 10 2 min 0, 24 ± 0, 12 0, 28 ± 0, 08 0, 23 2, 5 min 0, 23 ± 0, 13 0, 26 ± 0, 08 0, 23 3 min 0, 23 ± 0, 11 0, 24 ± 0, 06 0, 71 3, 5 min 0, 22 ± 0, 11 0, 23 ± 0, 06 0, 48 4 min 0, 20 ± 0, 11 0, 22 ± 0, 08 0, 59 4, 5 min 0, 19 ± 0, 10 0, 21 ± 0, 07 0, 43 5 min 0, 19 ± 0, 12 0, 21 ± 0, 07 0, 44. **CONCLUSÃO:** A captação e a eliminação do desflurano não se alteram com a modalidade ventilatória. **REFERÊNCIA:** 1) Nichols D, Haranath S. Pressure control ventilation. Crit Care Clin 2007; 23:183-199.

Anestesia para Cirurgia de Cabeça e Pescoço

ANESTESIA EM TUMOR GLÔMICO

AUTORES:

Roberta Araujo de Castro, Edgar Yugue, Mônica Braga da Cunha Gobbo, Karen Raquel Barban, Maria Beatriz Bray Beraldo, Denice Bernardes Campoli.

INSTITUIÇÃO:

Hospital e Maternidade Celso Pierro - Puc Campinas - São Paulo.

INTRODUÇÃO: Paragangliomas são tumores originários de células paraganglionares da crista neural, desenvolvendo-se na região paravertebral. Podem produzir substâncias vasoativas e neurotransmissores. Tumores do glomo carotídeo (TGC) correspondem a 78% dos paragangliomas da região da cabeça e pescoço. Poucos são funcionantes e apresentam sinais de liberação de catecolaminas. A maioria apresenta crescimento lento, incidência entre a 3ª e a 6ª décadas. A manifestação mais comum é o aparecimento de massa cervical, sendo o tratamento, cirúrgico. Esse relato tem como objetivo descrever o manejo anestésico e prever complicações da ressecção do TGC. **2. RELATO DE CASO:** LPSA, feminino, 59 anos, IMC 32, 8, ASA II por hipertensão arterial sistêmica e hipotireoidismo controlados. Exames pré-operatórios normais e pesquisa de liberação de neurohormônios, negativa. A paciente foi monitorizada com medida de pressão arterial invasiva, eletrocardiografia, oximetria de pulso, capnografia e sondagem vesical. Realizada anestesia geral, induzida com midazolam, sufentanil, propofol e rocurônio, mantida com sevoflurane e remifentanil. Durante a cirurgia não ocorreu taquicardia ou crise hipertensiva. Após extubação, apresentou capacidade ventilatória normal, porém cursou com quadro de hipertensão arterial e taquicardia, foi administrado metoprolol e droperidol. Com melhora hemodinâmica, foi encaminhada à UTI para seguimento pós-operatório. **3. DISCUSSÃO:** A avaliação pré anestésica é crucial para a antecipação das possíveis adversidades. Iniciando-se pela determinação da extensão do TGC, através de exames de imagem e alterações vasculares, obtida através de angiografia. Riscos anestésicos incluem alterações nas vias aéreas superiores, devido a compressões nervosas ou musculares; liberação de catecolaminas, produzindo sintomas semelhantes ao feocromocitoma ou secreção de serotonina, simulando síndrome carcinóide. Durante a manipulação cirúrgica, pode haver hipotensão, até choque devido à liberação de histamina e bradicinina. A ressecção do TGC pode cursar com déficit da musculatura inervada pelos pares cranianos e causar obstruções de vias aéreas superiores devido à flacidez muscular e/ou perda da sensibilidade das vias aéreas superiores, aumentando risco de aspiração. Há possibilidade de sangramento em grande quantidade em pouco espaço de tempo por risco de lesões vasculares. O direcionamento anestésico e a emergência da anestesia devem estar de acordo com as particularidades da doença em questão. **REFERÊNCIA:** 1. Galvão Jr. AR, et al. –Paraganglioma Carotídeo Bilateral – Rev. Bras. Otorrinolaringol. V 70, n. 4, 573-6, jul/ago, 2004. 2. Stocche RM, et al. – Anestesia e Resposta Neuroendócrina e Humoral ao Estresse Cirúrgico - Rev. Bras. Anestesiologia. 2001; 51:1:59-69.

ANESTESIA GERAL EM PACIENTE COM ARTERITE DE TAKAYASU: RELATO DE CASO

AUTORES:

Dário Yamashiro, Emilio Carlos Del Massa, Valéria Porfíria de Matos*, Letácio Santos Garcia Ferro, Adelaide Moral Tarifa.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Santa Marcelina (HSM).

INTRODUÇÃO: A arterite de Takayasu (AT) é uma panarterite progressiva rara, crônica que envolve a aorta e seus principais ramos. As principais complicações da AT são hipertensão, retinopatia, formação de aneurisma e insuficiência aórtica associados a estenose de vasos sanguíneos importantes afetando a circulação regional, além de dificuldades no monitoramento da pressão arterial. Relato do caso: Paciente feminina, branca, 23 anos, 72Kg, 1,66m, ASA II, com diagnóstico de AT, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e exclusão renal à esquerda há 2 anos. Foi admitida para tireoidectomia total. Em uso de: prednisona 20mg/dia, atenolol 50mg/dia, hidroclorotiazida 25mg/dia, anlodipino 5mg/dia, sinvastatina 20 mg/dia, AAS 100 mg/dia e clopidogrel 75mg/dia. O clopidogrel e AAS foram suspensos, respectivamente, 30 e 7 dias antes da cirurgia. Exames: Hb=13, 7; Ht=40, 9; plaquetas=300. 000; Na=145; K=3, 3; INR=1, 11; RTTPA= 0, 94; Cr=1, 1; VHS=5, 0; PCR=2, 1; TSH=1, 56; T4L=1, 24. Em Sala Operatória (SO) foi monitorizada (ECG+PANI+SpO2), ETCO2 após intubação orotraqueal (IOT) e venoclise 20G em MSD. Após pré-oxigenação por 5 minutos, realizou-se indução da anestesia geral com fentanil 5µg/kg, cisatracúrio 0, 15mg/kg e propofol 2mg/kg. Procedeu-se a IOT com TOT aramado 7, 5 com cuff, ausculta pulmonar, capnografia e ventilação mecânica. Realizada manutenção com remifentanil 0, 03 mcg/Kg/min, propofol 80mcg/kg/min e isoflurano 0, 5-1%. Foi utilizada efedrina 20mg após indução anestésica para manutenção da PA. No intraoperatório não foram observados eventos adversos tendo a cirurgia duração de 95min com extubação em SO. A paciente foi encaminhada a SRPA, onde permaneceu por 60min. Recebeu alta hospitalar no 2º PO. **DISCUSSÃO:** A AT é caracterizada por um processo de estenose focal envolvendo a aorta e os seus ramos principais. O cuidado multidisciplinar perioperatório associando avaliação clínica cardiológica, anestésica e cirúrgica com os devidos cuidados minimizou possíveis complicações no pós-operatório e tempo de internação. **REFERÊNCIA:** (1) Kathirvel S et al. Anesthetic management of patients with Takayasu's arteritis: a case series and review. *Anesth Analg.* 2001; 93:60-65. (2) Leal PC et al. Arterite de Takayasu na gestação. Relato de caso e Revisão de literatura. *Rev Bras Anesthesiol.* 2011; 61:479-485.

MONITORIZAÇÃO NEUROMUSCULAR EM PACIENTE COM HEMIPLEGIA SECUNDÁRIA À ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

AUTORES:

Paulo Alípio Germano Filho, Raphael Cazagrande, Vitor Noronha, Luana Rodrigues, Núbia Verçosa Figueiredo, Ismar Lima Cavalcanti.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Federal de Bonsucesso.

INTRODUÇÃO: As doenças do aparelho circulatório são a principal causa de morte no Brasil. Neste cenário a doença cerebrovascular apresenta alta morbimortalidade e frequentemente deixa sequelas motoras, como a hemiplegia. O objetivo deste relato de caso é alertar para os cuidados quanto a monitorização neuromuscular neste grupo de pacientes. Relato de caso. Paciente gênero feminino, 68 anos, tabagista, hipertensa crônica com história de acidente vascular encefálico isquêmico há 5 anos acarretando hemiplegia em dimídio direito, com indicação de laringectomia total. Submetido a anestesia geral venosa total com remifentanil e propofol alvo controlado e utilizado rocurônio 0, 6 mg.kg⁻¹ como bloqueador neuromuscular. A monitorização da transmissão neuromuscular foi por meio da acelerometria a esquerda e monitor piezoelétrico a direita. Foi empregado o modo sequência de quatro estímulos (TOF), ambos por contração do músculo adutor do polegar em resposta ao estímulo do nervo ulnar, após calibração. Durante a indução anestésica o lado plégico apresentou TOF de 24% com redução da altura dos quatro estímulos. Simultaneamente, o dimídio normal estava com TOF 0, e intubação traqueal efetuada sem anormalidades. Ao longo do procedimento o dimídio direito nunca perdeu a relação T4/T1, enquanto a esquerda a farmacocinética evoluiu como clinicamente esperado. A recuperação do lado afetado foi mais precoce com TOF 102% e altura completa dos quatro estímulos, após 26 minutos. Em paralelo a direita com TOF 4 neste momento. A recuperação acima de 90% apenas com 64 minutos a direita. **DISCUSSÃO:** O acidente vascular encefálico e trauma da medula espinhal estão associados com fraqueza ou paralisia muscular baseadas na disfunção dos neurônios motores centrais. A degeneração do α -neurônio resulta de dano central e é causa provável da perda de fatores tróficos. A reduzida exposição a acetilcolina resulta na proliferação das formas imaturas de receptores nicotínicos. Este incremento de receptores nicotínicos fetais extra-juncionais está relacionado a resistência aos bloqueadores neuromusculares adespolarizantes e aumento da sensibilidade a succinilcolina, bem como suscetibilidade a hipercalemia. Este relato de caso demonstrou a importância da monitorização da transmissão neuromuscular no membro não afetado, e sua confiabilidade para prever a completa reversão do bloqueio neuromuscular. **REFERÊNCIA:** Naguib M, Flood P, McArdle JJ et al. Advances in neurobiology of the neuromuscular junction: implications for the anesthesiologist. *Anesthesiology.* 2002 Jan;96(1):202-31.

BRADIARRITMIA SIGNIFICATIVA DURANTE MAMOPLASTIA REDUTORA EM PACIENTE COM DISFUNÇÃO DO NÓ SINUSAL SILENCIOSA

AUTORES:

Marcos Leonardo Rocha, Italo Araújo de Arruda, Thiago Gonçalves Wolf, Paulo César de Abreu Sales, Guilherme Antônio de Lima e Silva, Aparecida Helena Horta Perdighão.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Universitario Sao Jose.

INTRODUÇÃO: Disfunção do nó sinusal (DNS) é observada quando alterações não-fisiológicas encontram-se presentes no ritmo sinusal. As manifestações clínicas da DNS são diversas, variando desde o paciente assintomático até a apresentação mais dramática como a síncope. Ela atinge mais frequentemente as mulheres, com maior morbidade entre 60 e 69 anos. O presente relato refere-se a um caso de bradicardia sinusal significativa durante o ato cirúrgico, com instabilidade hemodinâmica revertida pela administração de agente simpatomimético beta-adrenérgico e diagnóstico tardio de DNS. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino, 47 anos, ASA 1, foi internada para ser submetida à mamoplastia. Na avaliação pré-anestésica relatou apenas estar em tratamento psiquiátrico para depressão há longo prazo. Seu eletrocardiograma mostrava ritmo sinusal com frequência cardíaca média de 60 bpm. Outros exames sem alterações. Na sala cirúrgica foi realizada monitorização habitual. Realizada anestesia peridural torácica T2/T3, sem intercorrências. Após 25 minutos do início da cirurgia, a paciente apresentou episódio de bradicardia sinusal grave com frequência de 25 bpm, acompanhada de hipotensão arterial. Neste momento foi administrado atropina 1mg sem resultado. Decidimos administrar isoprenalina, por via venosa, com aceleração da frequência sinusal para 90 bpm e posterior recuperação da estabilidade hemodinâmica. A droga foi mantida como infusão contínua durante todo o procedimento. A cirurgia foi concluída sem intercorrências e a paciente manteve-se estável hemodinamicamente até o final do procedimento, quando foi encaminhada à sala de recuperação pós-anestésica. A paciente recebeu alta no dia seguinte com orientação para a necessidade de diagnóstico de sua bradiarritmia. **DISCUSSÃO:** As arritmias no período per-operatório ocorrem em torno de 60% dos pacientes, sendo as mais frequentes a bradicardia sinusal e a taquicardia sinusal. A ocorrência de parada cardíaca é rara, e as bradiarritmias graves, progredindo para assistolia, são os principais mecanismos que podem levar à PCR no per-operatório. Em relação ao caso descrito, destacamos dentre as possíveis causas de sua grave bradiarritmia o fato da paciente ser portadora da disfunção do nó sinusal assintomática, com concomitante ação depressora dos agentes anestésicos sobre o sistema cardiovascular, e a possível ocorrência, rara, de bradicardia associada ao uso crônico de inibidor seletivo de recaptação de serotonina. Chamamos a atenção para utilização de um medicamento de grande importância na prática anestésica muitas vezes esquecido. **REFERÊNCIA:** 1. ACC/AHA/HRS 2012 update 2008 Guidelines for device-based therapy of cardiac rhythm abnormalities. *Circulation* 2008; 117: e350-e408. 2. Melo, Celso Salgado de / Temas de marcapasso. 3ª edição São Paulo. Casa editorial Lemos, 2007.

DOR PÓS-OPERATÓRIA EM CIRURGIA DE CONTORNO CORPORAL SOB ANESTESIA GERAL – É POSSÍVEL CONTROLAR? ESTUDO PROSPECTIVO

AUTORES:

Marcel Vinicius de Aguiar Menezes, Lúcio Antonio Garcia Dias, Priscila Teles Archanjo*, Bruno Garcia Dias, Thiago Antônio Barros Gama, José Siqueira Prado.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal de Sergipe.

JUSTIFICATIVA: Controlar a dor é essencial em qualquer evento cirúrgico. A lipoaspiração isolada ou combinada a outras cirurgias cursa, em geral, com queixas de dor pós-operatória. Assim, estudos indicam que a analgesia deveria começar antes mesmo que qualquer estímulo doloroso fosse deflagrado. Dessa forma, supõe-se que haveria redução ou prevenção da dor de maneira preemptiva¹. Outra forma de combate à dor se trata da abordagem nas diversas vias da dor, seja com combinação de diferentes classes de fármacos, seja com associação dos bloqueios raquimedular ou epidural com a anestesia geral². **OBJETIVO:** Avaliar o resultado de um protocolo de analgesia em pacientes submetidas à cirurgia de contorno corporal sob anestesia geral associada à raquianestesia, no pós-operatório imediato. **MÉTODO:** Estudo prospectivo, observacional, tipo Coorte, com pacientes de um consultório particular e submetidas à cirurgia plástica envolvendo lipoaspiração, entre 30/06/2011 e 31/05/2013. O procedimento anestésico monitorizado padrão consistiu em medicação pré-anestésica (midazolam 15mg VO); raquianestesia com bupivacaína hiperbárica 10mg e morfina 80mcg; anestesia geral com fentanil 2-10mcg/kg, propofol 0, 5-5mcg/ml em BIC, cisatracúrio 0, 1mg/kg e remifentanil 0, 1-1mcg/kg/min. A avaliação unidimensional e locorregional da dor, realizada 6 e 18 horas após o término da cirurgia, utilizou a Escala visual analógica e a Escala numérica. A ausência de dor ou a presença de dor leve foram consideradas como resultado satisfatório. **RESULTADO:** Foram avaliadas prospectivamente 37 pacientes, na faixa etária entre 24 e 54 anos, com média de 35, 5 anos. Dentre elas, 12 (32, 4%) realizaram apenas lipoaspiração, 10 (27%) lipoaspiração+prótese de mama e 15 (40, 6%) lipoaspiração+abdominoplastia. Em 34 (91, 9%) pacientes os resultados foram satisfatórios, não foi encontrada dor severa. Apenas 9 pacientes (24, 3%) queixaram-se de dor leve. Somente 3 (8, 1%) pacientes relataram dor moderada em algum momento do pós-operatório, sendo a maioria submetida à lipoaspiração+prótese de mama. A maior intensidade indicada nas escalas foi de 4 e a mínima de 0 (média de 0, 77 e 0, 86 após 6 e 18h do término da cirurgia, respectivamente). **CONCLUSÕES:** O protocolo de analgesia evidenciou que anestesia geral venosa combinada com bloqueio raquimedular, em cirurgia de contorno corporal, foi capaz de controlar satisfatoriamente a dor no pós-operatório imediato na maioria dos casos (91, 9%). Faz-se necessário maior número de casos em estudos multicêntricos, bem como pareamento com grupos submetidos a duplo bloqueio peridural para melhor comparação e validade externa dos dados apresentados. Lipoaspiração tornou-se cirurgia de dor controlável nesta casuística e a satisfação das pacientes demonstrou a segurança e reprodutibilidade deste protocolo. **REFERÊNCIAS:** 1. Garcia JB, Issy AM, Sakata RK. Analgesia Preemptiva. *Rev Bras Anestesiologia*. 2001;51:5:448-463. 2. Wall PD. The prevention of postoperative pain. *Pain*, 1988;33:289-290.

HIPOTERMIA INTRA OPERATÓRIA EM CIRURGIA PLÁSTICA CORPORAL SOB ANESTESIA GERAL – É POSSÍVEL CONTROLAR?

AUTORES:

Marcel Vinicius de Aguiar Menezes, José Siqueira Prado, Lucio Antonio Garcia Dias, Jessica Lorena Prado Marques, Raquel Santana Ramos Oliveira*, Priscilla Teles Arcanjo.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal de Sergipe.

INTRODUÇÃO: As cirurgias plásticas de contorno corporal cursam com grande exposição corpórea do paciente trazendo consigo grande perda de calor no ato cirúrgico. A anestesia geral, por sua vez, inibe o mecanismo de termorregulação do sistema nervoso autônomo tornando o organismo susceptível à redução da temperatura central abaixo dos limites de normalidade. Quando essa temperatura reduz para valores abaixo de 35°C instalam-se condições que podem alterar o metabolismo sistêmico e aumentar morbidade e o índice de complicações. A temperatura do ambiente cirúrgico contribui para variação da temperatura corporal sendo um importante ponto de prevenção da hipotermia. Em cirurgias de contorno corporal, a exposição da superfície corporal combinada à anestesia geral, tempo cirúrgico prolongado e infusão com vasoconstrictores estão associados à queda da temperatura¹. A associação entre hipotermia e eventos tromboembólicos no pós-operatório traz um interesse maior no controle dos fatores precipitantes desse fenômeno. Objetiva avaliar, através de protocolo padronizado, as variações de temperatura ambiental e corporal no intra-operatório a fim de inferir se através do mesmo é possível controlar ou prevenir a hipotermia. **MÉTODO:** Estudo prospectivo, observacional, descritivo, realizado de 3/11/2012 a 4/6/2013. O procedimento anestésico padrão usado foi anestesia geral ou anestesia geral mais raquianestesia nas cirurgias com lipoaspiração. O protocolo consistiu na monitorização da temperatura central nasofaringe, temperatura da sala cirúrgica, desligamento do ar-condicionado a cada 30min ou temperatura corporal abaixo de 36°ou temperatura da sala abaixo de 22°. Uso de manta térmica e cobertura nas regiões não operadas; infiltração subcutânea e infusão venosa aquecidas. Os parâmetros observados foram temperatura corporal e ambiental, tempo de anestesia e cirurgia, tempo de despertar. **RESULTADO:** Realizado estudo piloto em 8 pacientes e analisados prospectivamente 14 cirurgias plásticas. O tempo médio das cirurgias foi 4:43, máximo 7:15 e mínimo 1:22. A anestesia durou em média 5:29, máximo 8:37 e mínimo 2h. O tempo de despertar foi menor que 20min em 12 pacientes (85, 7%) e maior em 2 casos. A temperatura da sala variou no máximo 3, 1°, mas na média houve aumento de temperatura ambiente de 1, 0° ao comparar a temperatura antes da indução anestésica e ao final da cirurgia. Os pacientes iniciaram a cirurgia com temperatura média de 36°. Houve queda esperada da temperatura corporal que reduziu no máximo 1, 1° e a média da variação foi de 0, 48°. **CONCLUSÕES:** O protocolo de controle de temperatura proposto neste estudo foi capaz prevenir temperaturas corpóreas abaixo de 35°C e de reduzir a queda de temperatura corporal para no máximo 1, 1° com redução média de 0, 48°. Faz-se necessário maior número de casos para melhor validade externa dos dados apresentados. **REFERÊNCIA:** 1 Jeffrey M. Kenkel, M. D, Avron H. Lipschitz et al, Hemodynamic Physiology and Thermoregulation in Liposuction. Cosmetic. 2004; vol114, No2.

Anestesia Venosa

ANESTESIA VENOSA TOTAL PARA DILATAÇÃO TRAQUEAL EM CRIANÇA

AUTORES:

Luis Otávio Esteves, Sueliana Marta Furieri Godoy, Gil Fernando Ribeiro Grillo Filho, Giuliano Pasquale, Carlos Eduardo Esqueapatti Sandrin, Ricardo Francisco Simoni.

INSTITUIÇÃO:

CET Centro Médico de Campinas.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVO: Em cirurgias glóticas o tubo orotraqueal pode impossibilitar o acesso cirúrgico. A anestesia venosa total (AVT) permite adequado plano anestésico independentemente da ventilação pulmonar. Relata-se uma AVT, sem intubação orotraqueal e em ventilação espontânea, para correção de estenose traqueal em criança. Relato do Caso: Paciente com 1 ano e 9 meses e história de estenose traqueal devido intubação prolongada. Após venopunção, iniciou-se a infusão alvo controlada de propofol (dose alvo 1, 0 mcg/mL) e a infusão contínua de remifentanil (0, 02 mcg/kg/min). As taxas de infusão foram ajustadas para manutenção do plano anestésico e da ventilação espontânea. Com o início do procedimento, foi necessário aumentar a infusão do remifentanil, o que causou uma queda na SpO₂. Imediatamente iniciou-se a assistência ventilatória e diminuiu-se a infusão do remifentanil, com recuperação plena da SpO₂ e da ventilação espontânea. Após 7 minutos o cirurgião encerrou a cirurgia, pois constatou que a lesão estava em região glótica, não sendo possível realizar a dilatação. A dose alvo de propofol variou entre 1, 0 a 2, 2 mcg/mL e a taxa de infusão de remifentanil variou entre 0, 02 a 0, 08 mcg/kg/min. O tempo total de infusão foi de 14 minutos, com consumo total de propofol de 38, 7mg e remifentanil de 43, 2mcg. O despertar ocorreu 11 minutos após o fim das infusões. **DISCUSSÃO:** Em determinadas cirurgias a presença do tubo traqueal pode competir com o campo cirúrgico. Nesse contexto, a AVT permite adequado plano anestésico sem a necessidade de agentes inalatórios e intubação traqueal. Nesse relato utilizou-se o propofol, pelo modelo do Paedfusor®, pois é o único disponível para crianças acima de 1 ano e/ou 5 kg. O remifentanil foi administrado em infusão manualmente controlada, pois não existe infusão alvo controlada para essa idade e peso. Não foi observado rigidez torácica ou bradicardia. Houve um episódio de queda da saturação de O₂, devido aumento na infusão do remifentanil, que foi revertida com assistência ventilatória e diminuição da infusão. A infusão manualmente controlada é baseada nos parâmetros hemodinâmicos e comportamento clínico do paciente, não havendo como estimar a concentração plasmática e efeito durante a infusão. Dessa forma, pode haver aumento da concentração plasmática com depressão respiratória. O tempo de infusão foi de 14 minutos e o despertar ocorreu 11 minutos após o término da infusão. **CONCLUSÃO:** Nesse relato a AVT, com propofol e remifentanil, proporcionou um plano anestésico adequado em ventilação espontânea sem a necessidade de IOT. Novos avanços são necessários, como melhoria dos modelos farmacocinéticos pediátricos, para se evitar complicações como a descrita nesse estudo. **REFERÊNCIA:** Vaithianadan Mani, Neil S. Morton. Overview of total intravenous anesthesia in children. Pediatric Anesthesia, 2010;20: 2011-222.

AValiação DO PRÉ-TRATAMENTO COM SULFATO DE MAGNÉSIO EM DOSE ÚNICA NO CONSUMO DE PROPOFOL ALVO CONTROLADO E REMIFENTANIL EM CIRURGIAS OTORRINOLARINGOLÓGICAS: ESTUDO PROSPECTIVO, ALEATÓRIO E DUPLAMENTE ENCOBERTO

AUTORES:

Paulo Alipio Germano Filho, Luana Rodrigues, Ismar Lima Cavalcanti, Ludmila Bastos Henrique, Armim Guttman, Nubia Verçosa Figueiredo.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Federal de Bonsucesso.

INTRODUÇÃO: O sulfato de magnésio (MgSO₄) em bolo seguido de infusão contínua está relacionado a depressão do sistema nervoso central, o que resulta na redução da necessidade de anestésicos¹. Esse estudo tem o objetivo avaliar se uma dose única de MgSO₄ é capaz de diminuir o consumo de fármacos em anestesia venosa total para cirurgias otorrinolaringológicas. **MÉTODO:** Após aprovação pelo comitê de ética em pesquisa e obtenção de consentimento informado foram estudados 80 pacientes de ambos os gêneros, ASA 1 ou 2, com idade entre 18 e 65 anos. Os critérios de exclusão foram insuficiência renal ou hepática, hiper ou hipomagnesemia e uso de fármacos depressores do sistema nervoso. Distribuídos eletronicamente em dois grupos de acordo com a solução infundida (15 min antes da indução anestésica): 100 mL de solução contendo MgSO₄ 40 mg/kg (grupo Mg) e 100 mL de solução salina (grupo C). Coletado sangue para mensuração da magnesemia. Indução à anestesia venosa total com remifentanil e propofol alvo controlado em valores 30% acima da perda do reflexo córneo-palpebral, utilizado recorônio para intubação traqueal. Manutenção guiada pelo índice bispectral entre 40 e 60. Foram registrados o tempo até perda do contato verbal, despertar, consumo de remifentanil e propofol e duração da anestesia. Os dados foram comparados por meio do teste t não pareado. **RESULTADO:** Sete doentes foram excluídos por desvios do protocolo, assim foram analisados 73 pacientes. Os grupos foram homogêneos quanto aos dados demográficos, tipo e tempo de cirurgia. Nas variáveis estudadas, o teste t não pareado não apresentou diferenças significativas entre o grupo Mg e C (tabela 1). **CONCLUSÃO:** O MgSO₄ em única dose não é capaz de reduzir o consumo de anestésicos venosos. **REFERÊNCIA:** Khafagy HF, Ebied RS, Osman ES et al. Perioperative effects of various anesthetic adjuvants with TIVA guided by bispectral index. Korean J Anesthesiol. 2012 Aug;63(2):113-9. Grupo N Média (desvio padrão) P Perda do contato verbal(seg) Mg 37 214. 5(86. 4) 0. 65 C 36 206. 6(55. 4) Tempo para despertar (seg) Mg 37 536. 8(281) 0. 41 C 36 488. 3(213) Remifentanil (mg) Mg 37 2. 261(1. 139) 0. 27 C 36 1. 968(1. 091) Propofol (mg) Mg 37 990. 3(524) 0. 12 C 36 837. 7(273) Duração da anestesia Mg 37 144. 4(49. 8) 0. 327 (min) C 36 134. 5(34)

EFEITO DA CLONIDINA NA DOSE ALVO DE PROPOFOL. AVALIAÇÃO PELO BIS

AUTORES:

Hermes Melo Teixeira Batista*, Luiz Carlos de Abreu, Pedro Suyã Costa Vieira.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Regional do Cariri.

Influência da clonidina na anestesia venosa total em adultos. Avaliação pelo índice bispectral. **INTRODUÇÃO:** A literatura apresenta diversos relatos do uso de adjuvantes em anestesia e de sua importância na redução das doses de anestésicos gerais, diminuindo consequentemente os efeitos colaterais. Os α_2 -agonistas, especificamente a clonidina e a dexmedetomidina são amplamente utilizados durante anestesia, por seus efeitos como antialagógicos, analgésicos e sedativos, acarretando em economia de anestésicos durante o ato cirúrgico. Torna-se necessário o controle dos níveis de hipnose, devido a variabilidade individual e a imprevisibilidade do sinergismo dessas drogas. **INTRODUÇÃO:** analisar os efeitos da clonidina, administradas no pré-operatório imediato e aferir pelo BIS seus efeitos na hipnose. **MÉTODO:** 24 pacientes ASA I ou II do ambulatório de avaliação pré-anestésica do HRC (Hospital Regional do Cariri) foram divididos em 2 grupos amostrais aleatoriamente. O grupo A recebeu SF0, 9% 100 ml 10 minutos antes da indução, o grupo B recebeu 3 mcg/kg de clonidina. Todos receberam analgesia com dipirona 25 mg/kg e cetoprofeno 1, 5 mg/kg. Todos foram monitorizados com pressão arterial não invasiva, oximetria de pulso, cardioscopia, BIS, capnografia. Foi avaliada a variação da pressão arterial e frequência cardíaca na intubação e extubação; BIS e concentração alvo de propofol na indução e a cada 10 minutos do procedimento; tempo até despertar após final da cirurgia e tempo até solicitação de analgésico de resgate, quantificando a influência da clonidina nas doses utilizadas na hipnose produzida pelo propofol em infusão alvo-controlada. Para infusão de propofol foi utilizada uma bomba de infusão alvo-controlada modelo Primea® da Fresenius Kabi. Para aferir hipnose utilizaremos o monitor do BIS (Índice Bispectral) da Aspect e sensor descartável adulto. **RESULTADO:** encontramos uma dose alvo de propofol menor no grupo que recebeu clonidina. O tempo de despertar após o final da infusão de propofol foi semelhante nos dois grupos. A analgesia pós-operatória foi adequada nos dois grupos. Tivemos uma incidência maior de hipotensão no grupo que utilizamos clonidina, porém facilmente revertidas com vasopressor de uso comum. **CONCLUSÃO:** clonidina diminui as necessidades de propofol no perioperatório, sem aumentar de maneira significativa os efeitos colaterais, porém, para seu uso é necessária monitorização neurofisiológica perioperatória, devido a grande variabilidade individual. **REFERÊNCIA:** : 1- Rogean Rodrigues Nunes TSA, Sara Lucia Cavalcante, Thomas Zeferino. Influência da Clonidina na Anestesia Inalatória com Sevoflurano em Adultos. Avaliação pelo Índice Bispectral. Rev Bras Anesthesiol, 1999 ; 49(2):89-93. 2 - Rogean Rodrigues Nunes, Itagyba Martins Miranda Chaves, Júlio César Garcia de Alencar et al. Índice Bispectral e Outros Parâmetros Processados do Eletroencefalograma: uma Atualização Rev Bras Anesthesiol, 2012;62(1):111-117.

HIPERALGESIA INDUZIDA POR REMIFENTANIL E RECIRCULAÇÃO APÓS ANESTESIA GERAL

AUTORES:

Amanda Alves Pinto, Tatiana Souza do Nascimento, Carlos Quintana Merino, Thiago Pinto Guerreiro, Daniele Oliveira Minelli, Leonardo da Costa Albuquerque.

INSTITUIÇÃO:

CET da Clínica de Anestesiologia do Hosp. Naval Marcílio Dias.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVO: Hiperalgia induzida por opioide (HIO) é um tema conhecido na literatura, bem como a interação de várias drogas e sua atuação na recirculação no paciente em recuperação da anestesia geral. O objetivo deste relato é apresentar um caso de hiperalgia induzida pelo Remifentanil. Relato do caso: paciente feminina, 22 anos, submetida a anestesia venosa total para abdominoplastia. Hígida, admitida na sala de operação, monitorizada, dois acessos venosos nos membros superiores com cateteres 18G. Feita a denitrogenação com O₂ a 100% sob máscara e indução anestésica com remifentanil 2ng/ml, propofol 1% 2mcg/ml e rocurônio 0, 6mg/kg. Intubação orotraqueal sob laringoscopia direta, atraumática, com TOT 7, 5 com cuff. Após cerca de 4 horas de procedimento cirúrgico, apresentou indícios clínicos de superficialização e apresentou contratura do MSE. Feito aprofundamento da anestesia com propofol 1% IV em bolus, aumento da infusão do remifentanil e acrescentado alfentanil 500mcg IV. Foi aventada a possibilidade de HIO. Ao final da cirurgia foi extubada sem intercorrências após apresentar ventilação espontânea com bom volume corrente e descurarização com atropina 0, 5mg e neostigmine 1, 5mg IV. Encaminhada à RPA, acordada, obedecendo a comandos, SpO₂ 98% em ar ambiente. Na RPA, houve queda súbita da SpO₂ e cianose perioral, além de rebaixamento do nível de consciência. Reentubada e encaminhada novamente à SO para ser acoplada à ventilação mecânica. Tentativas de extubação sem sucesso, sedada e encaminhada à unidade intensiva. No dia seguinte, pela manhã, foi extubada com sucesso, sem memorização da intercorrência e com boa evolução. **DISCUSSÃO:** Não foi possível definir com exatidão a presença da HIO devido à ausência da monitorização com BIS, porém houve indícios clínicos da mesma, como a necessidade de doses crescentes de opioide e hipnótico para manutenção da anestesia e refratariedade aos mesmos, sendo necessárias novas doses de relaxante muscular e associação de outras drogas, como o alfentanil. **CONCLUSÃO:** A HIO pode ocorrer em humanos no regime de administração de opioides em infusão contínua prolongada principalmente com remifentanil. **REFERÊNCIA:** Fukuda K. In Miller's Anesthesia, 7th Ed, 27: 787-88.

PANCREATITE AGUDA APÓS EXPOSIÇÃO AO PROPOFOL: RELATO DE CASO

AUTORES:

Tatiana Sales Alencar Ferreira*, Marcius Vinicius Mulatino Maranhão, Jane Auxiliadora Amorim, Ana Cláudia Mourato, Carmem Maria Carício Maciel, Otávio Damázio Filho.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Universitário Oswaldo Cruz.

INTRODUÇÃO: O propofol é um agente hipnótico utilizado na anestesia e sedação em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Insolúvel em água, consiste em emulsão de lecitina de ovo, na qual 1ml a 1% contém 0, 1 g de lipídeo. É descrito que 3- 10% dos pacientes expostos ao propofol podem apresentar hipertrigliceridemia; estes indivíduos apresentam risco de desenvolver pancreatite aguda. **RELATO DE CASO:** homem, 43 anos, IMC 24, 7, portador de Miastenia gravis programado para timentomia. Negava alcoolismo e doença do trato gastrointestinal. Submeteu-se a anestesia venosa total com propofol, remifentanil e rocurônio associada à anestesia peridural torácica contínua. A anestesia durou 5, 5h. Administrou-se sugamadex para reversão do bloqueio neuromuscular e o paciente foi encaminhado extubado à UTI. Horas após, apresentou insuficiência respiratória por crise miastênica, necessidade de intubação orotraqueal e ventilação mecânica sob sedação com midazolam e fentanil. No primeiro dia de pós-operatório evoluiu com sinais clínicos de dor abdominal e exames laboratoriais mostraram acidose metabólica com amilase 3380 U/L (**REFERÊNCIA:** 28-100), TGO, TGP e GGT normais. A hipótese diagnóstica foi pancreatite aguda. Os níveis de amilase normalizaram após seis dias, quando então o propofol foi adicionado à sedação para melhor adaptação à ventilação mecânica. Após sete dias de infusão de propofol (total de 2, 5g) os níveis de amilase novamente mostraram-se elevados (405 U/L). Foi aventada a hipótese de recorrência da pancreatite após re-exposição ao propofol. A administração do propofol foi interrompida com redução progressiva dos níveis de amilase até normalidade. **DISCUSSÃO:** Pancreatite secundária ao uso de propofol é rara. A fisiopatologia é complexa e parece envolver alteração no metabolismo de lipídios com liberação de ácidos graxos livres e obstrução dos ductos pancreáticos por quilomícrons. No entanto, relatos de casos de pancreatite por propofol sem hipertrigliceridemia fazem pensar que outros mecanismos possam estar envolvidos. O período de latência entre a exposição e o desenvolvimento de pancreatite é aproximadamente 24h com prognóstico favorável e baixa mortalidade após suspensão da medicação. Pacientes com hipertrigliceridemia, obesidade moderada, lipoproteinemias, síndrome nefrótica, hipotireoidismo, gravidez, DM, uso crônico de corticoides e ingestão de álcool são mais susceptíveis e os anestesio- logistas e intensivistas devem estar atentos à ocorrência dessa complicação. **REFERÊNCIA:** Muniraj T, Aslanian HR. Hypertriglyceridemia independent propofol-induced pancreatitis. JOP 2012; 13(4):451-3. Badalov N, Baradaran R, Iswara et al. Drug-induced acute pancreatitis: an evidence-based review. Clin Gastro Hepatol 2007;5:648-61.

PROPOFOL INDUZINDO COLORAÇÃO ESVERDEADA DA URINA

AUTORES:

Rogean Rodrigues Nunes, Adriana Maria Gurgel da Costa, Cristiane Gurgel Lopes Farias, Leonardo Gurgel Leite*, Germano Pinheiro Medeiros, José Breno Ribeiro Nóbrega.

INSTITUIÇÃO:

GET-HGF.

INTRODUÇÃO: Há relatos na literatura de descoloração da urina sendo causada por medicações, corantes, infecções, ingestão de substâncias, entre outros fatores. O propofol, um alquilfenol utilizado como agente sedativo e hipnótico, está entre as drogas que podem desencadear essas alterações urinárias, sendo descritos casos de urina de cor rosa, branca, verde e marrom. Relato de Caso-Paciente de 25 anos, sexo feminino, 58kg, 1,55m, P1, submetida a dermolipectomia e correção de hérnia incisional. Realizada anestesia peridural com punção entre T12-L1, utilizada levobupivacaína a 0,5% com epinefrina 1:200.000, associada a 20 µg de sufentanil. Sedação realizada com propofol em infusão contínua, com sítio efetor mantido entre 1-2 µg. mL⁻¹. Duração da cirurgia 3,5 h. Feita sondagem vesical ao término do procedimento, que mostrou 300ml de urina esverdeada. Não foi realizada nenhuma investigação adicional e a alteração foi resolvida espontaneamente dentro de 3 horas.

DISCUSSÃO: A urina de coloração esverdeada geralmente é causada por ingestão de medicações ou substâncias, como amitriptilina, cimetidina, prometazina, indometacina, triantereno, corantes alimentares presentes em chicletes e antissépticos bucais, azul de metileno e outros corantes. Também pode-se citar condições patológicas, como infecção urinária por *Pseudomonas*, icterícia obstrutiva, fístula vesicoenteral e doença de Hartnup. O propofol é metabolizado principalmente no fígado, embora também haja metabolismo renal, pulmonar e intestinal. Os metabólitos formados são glucuronídeos hidrossolúveis e conjugados sulfatados que são, então, excretados pelos rins. Acredita-se que esses metabólitos sejam responsáveis pela coloração esverdeada da urina e há uma predisposição à formação desses com a alcalinização urinária. Esses derivados fenólicos são substâncias biologicamente inativas e não afetam ou refletem a função renal. Além da alteração urinária, também há relatos de coloração esverdeada de cabelos e do fígado após uso de propofol. Esse efeito colateral raro e benigno do propofol é mais comum em infusões de longa duração, embora também possa ocorrer em infusões de curta duração e, até mesmo, após dose única. A resolução é rápida, com normalização da coloração urinária em até 2-3 horas após o final da infusão. O reconhecimento do propofol como uma causa benigna deste sinal clínico permite evitar gastos desnecessários com exames e tratamentos, assim como aliviar a ansiedade de pacientes e profissionais da saúde. **REFERÊNCIA:** Blakey SA, Hixson-Wallace JA. Clinical significance of rare and benign side effects: propofol and green urine. *Pharmacotherapy*, 2000;20:1120-1122. Barbara DW, Whalen FX. Propofol induction resulting in green urine discoloration. *Anesthesiology*, 2012;116:924.

USO DA DEXMEDETOMIDINA PARA SEDAÇÃO EM PACIENTES SUBMETIDOS À BALNEOTERAPIA EM CENTRO DE REFERÊNCIA EM QUEIMADOS

AUTORES:

Bruno Araujo Silva, Danielle Maia Holanda Dumaresq, Fernanda Oliveira de Castro, Francisco Tarcísio Madeiro de M. Carneiro, Danielle Cristina de Oliveira Soares, Thiago Pessoa Mineiro Apolônio.

INSTITUIÇÃO:

Instituto Dr. José Frota Fortaleza-CE.

INTRODUÇÃO: A combinação de cetamina e midazolam na anestesia dos grandes queimados constitui prática comum para a realização dos banhos e trocas de curativos. Tem sido sugerido emprego da dexmedetomidina, associada à cetamina devido ao benefício aditivo/sinérgico de suas ações. Com isso, poder-se-ia evitar uso de mais opióides, provendo melhor estabilidade hemodinâmica e mantendo o perfil de rápida recuperação anestésica. **MÉTODO:** Estudo prospectivo, aleatório, único cego, com 42 pacientes submetidos à balneoterapia. Após aprovação do comitê de ética local, os pacientes foram alocados em dois grupos: grupo D – dexmedetomidina 10min antes do procedimento em BIC EV 1 µg/kg + cetamina 1 mg/kg EV 5 min antes do início do procedimento; grupo M – midazolam 10min antes do procedimento em BIC EV 0,05 mg/kg + cetamina 1 mg/kg EV 5min antes do início do procedimento. Foi administrado dipirona EV 30 mg/kg para todos. A FC, SpO₂ e FR foram monitoradas antes da indução, após o início das drogas e durante procedimento a cada 5 min. A pressão arterial não invasiva e escala de Ramsay foram avaliadas antes da administração de qualquer medicação, após a sedação e 15 minutos depois da balneoterapia. A escala visual analógica foi avaliada antes, logo após procedimento e nas 2 horas seguintes. **RESULTADO:** No presente estudo, foi constatada eficácia superior para controle da taquicardia induzida pela cetamina com a administração prévia de dexmedetomidina. Comprovou-se isto através da avaliação do aumento de FC maior que 20% em relação à basal após a administração de cetamina em ambos os grupos. No caso da dexmedetomidina, tivemos este aumento constatado em apenas três pacientes, contra doze pacientes do grupo midazolam, com $p < 0,05$. **CONCLUSÃO:** As duas técnicas se mostraram adequadas para garantir satisfatória analgesia e sedação, com mínimos efeitos adversos. A proteção hemodinâmica oferecida com a associação cetamina e dexmedetomidina, torna essa escolha mais adequada em pacientes com limitação cardiovascular. **REFERÊNCIA:** 1. Gündüz M, Sakalli S, Günes Y, et al. Comparison of effects of ketamine, ketamine-dexmedetomidine and ketamine-midazolam on dressing changes of burn patients. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*, 2011; 27:220-224. 2. Paris A, Tonner PH. Dexmedetomidine in anaesthesia. *Curr Opin Anaesthesiol*, 2005; 18:412-418.

USO DE DEXMEDETOMIDINA EM PACIENTE COM HISTÓRIA PRÉVIA DE REAÇÃO ALÉRGICA A OPIÓIDES

AUTORES:

Vanessa Machado D'Ângelo Drummond*, Aparecida Helena Horta Perdigão, Dener Augusto Diniz, Marcos Leonardo Rocha, Mariana Costa Franklin dos Reis, Thiago Gonçalves Wolf.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Universitário São José.

INTRODUÇÃO: A grande maioria dos efeitos colaterais relacionados ao uso de opióides não se deve a uma resposta imune direta. A anafilaxia e as reações anafilactóides em decorrência do uso de tais medicações são condições extremamente raras e exigem uma abordagem anestésica programada e diferencial. Hoje, a anestesia sem opióide é uma opção segura e eficaz para pacientes com história prévia de alergia a opiáceos, especialmente com a possibilidade do uso de dexmedetomidina, um alfa-2-agonista com ações analgésica e sedativa importantes. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino, branca, 55 anos, 55kg, 1,56m, com diagnóstico de colelitíase sintomática. Admitida para realização de colecistectomia videolaparoscópica eletiva. Na avaliação pré-anestésica: paciente hipotireoideia, em uso de levotiroxina 75mcg MID. Exames pré-operatórios normais. História prévia cirúrgica: duas cesáreas, salpingectomia e polipectomia endometrial. Alergia documentada à opióides. Exame físico sem alterações, com PA de 106/66mmHg e FC de 80bpm, sem previsibilidade de via aérea difícil. A monitorização constou de oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva, cardioscopia e TOF. Venóclise realizada com cateter 18G em membro superior esquerdo. Tendo em vista a história prévia de alergia, optou-se pela anestesia venosa total sem a utilização de opióides. Iniciada indução anestésica com 1mcg/kg em 10 minutos de dexmedetomidina e 4mcg/ml de propofol em bombas de infusão contínua. As doses de manutenção preconizadas foram de 0,7mcg/kg/hr de dexmedetomidina e 2,3mcg/ml de propofol. Administrados 25mg de atracúrio na indução, com repique único de 10mg após 60 minutos. Paciente manteve-se hemodinamicamente estável durante a indução anestésica e todo o procedimento cirúrgico. No pós-operatório, a paciente evoluiu sem dor e com estabilidade hemodinâmica, tendo recebido alta após 48 horas de internação. **DISCUSSÃO:** Alergia a opióides é uma condição que restringe o leque de medicações a serem utilizadas com o intuito de proporcionar uma analgesia satisfatória. A dexmedetomidina é um alfa-2-agonista com importantes ações sedativa, analgésica e simpatolítica; características que corroboram para a manutenção de uma boa estabilidade hemodinâmica com seu uso. É uma droga com rápido início de ação e rápida titulação, o que nos permite variar a profundidade da sedação e da analgesia com facilidade. Além disso, possui efeito sinérgico quando utilizada em conjunto com outros agentes anestésicos e apresenta baixo índice de efeitos colaterais. Assim, a dexmedetomidina é tida, hoje, como um bom recurso a ser utilizado na prática da anestesiologia, com indicações precisas em situações variadas. **REFERÊNCIA:** 1- Villela NR, Júnior PN – Uso de Dexmedetomidina em Anestesiologia, Rev Bras Anesthesiol. 2003;53:97-113. 2- Carollo DS, Nossaman BD, Ramandhyani U – Dexmedetomidine: a review of clinical applications. Curr Opin Anest. 2008;21:457-461.

Anestesia, Ética e Direito

A ESCOLHA DA TÉCNICA ANESTÉSICA E AS DIFICULDADES ENFRENTADAS PELO ANESTESIOLOGISTA

AUTORES:

Bráulio Antônio M. de Faria Mota Oliveira, Daniel Barreto Andrade, Guy José Alves de Gouvêa Junior, Sergio Ricardo Botrel e Silva, Múcio Pereira Diniz, Verônica Lívia Dias*.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Felício Rocho.

INTRODUÇÃO: A escolha da técnica anestésica é parte de um todo durante o procedimento anestésico-cirúrgico. Uma técnica ideal visa boas condições operatórias, agilidade no ambiente cirúrgico, ausência de efeitos colaterais, rápida recuperação com possibilidade de alta precoce e baixo custo. Vários são os estudos publicados na literatura comparando os diferentes tipos de anestesia, demonstrando as vantagens e as desvantagens de cada uma, mas a escolha da melhor técnica é algo individualizado e deve ser tomada de acordo com diversos aspectos relativos ao paciente e à cirurgia proposta. Devem ser levados em consideração fatores como o tipo de cirurgia, sua extensão e duração; a idade, sexo e as condições de saúde do paciente; as dificuldades previstas e, algo de grande importância: a preferência do paciente. O presente relato ilustra dificuldades enfrentadas pelos anestesiologistas do serviço frente às particularidades do caso e às questões éticas e legais. **RELATO DE CASO:** Feminino, 26 anos, vítima de acidente automobilístico. Admitida com fratura de arcos costais e escápula esquerda, joelho direito, hemopneumotórax laminar a esquerda, fratura de processos transversos e de vértebras lombares sem acometimento do canal medular. Programada cirurgia eletiva pela ortopedia para correção de fratura em joelho direito. Durante consulta pré-anestésica, foi informado à paciente quanto a impossibilidade de realização de anestesia regional no neuroeixo e sobre a possível realização de anestesia geral. No entanto, houve recusa da mesma e dos familiares, pois esses haviam sido informados por outra clínica que o hemopneumotórax impediria a realização de tal técnica. Mesmo não havendo uma contraindicação absoluta, a equipe optou, então, pela realização de anestesia regional com bloqueio dos nervos ciático e femoral. Apesar das dificuldades técnicas para posicionamento da paciente, o procedimento anestésico e cirúrgico prosseguiu sem intercorrências. **DISCUSSÃO:** Além das considerações técnicas e dos aspectos individuais relativos ao procedimento cirúrgico e ao paciente, a escolha da melhor anestesia também envolve um comum acordo entre o cirurgião, o anestesista e o paciente. Este deve estar ciente dos riscos do procedimento, das alternativas de analgesia, expectativas de recuperação e dos cuidados a serem tomados no pré e pós-operatório. Um momento importante, onde ocorre essa troca de informações é a consulta pré-anestésica, que permite o primeiro contato, humaniza a assistência e permite colher informações fundamentais para a definição do tipo de anestesia, bem como as precauções a serem tomadas. Essa abordagem individualizada, maximiza as possibilidades de sucesso e permite a passagem de informações ao paciente e a família, diminuindo as chances de problemas legais futuramente. **REFERÊNCIA:** 1. Fernando Squeff Nora. TIVA ou Anestesia Inalatória-Vantagens e desvantagens baseadas em evidências. Medicina Perioperatória. Rio de Janeiro, SBA, 2005; 141-149.

AValiação Comparativa da Incidência de Bloqueio Neuromuscular Residual na Entrada da Sala de Recuperação Pós-Anestésica em 2005 e 2013

AUTORES:

Flávia Salles de Souza, José Ricardo Pinotti Pedro, Cristiano Matsui, Ricardo Caio Gracco de Bernardis, Ligia Andrade da Silva Telles Mathias*, Débora de Oliveira Cumino.

INSTITUIÇÃO:

Santa Casa de São Paulo.

INTRODUÇÃO: A paralisia residual pós-operatória (PRPO) na emergência da anestesia tem sido relatada em vários estudos, com incidência variando de 5 a 88% , sendo a acelero-miografia (TOF) o melhor teste para o diagnóstico de PRPO (relação T4/T1 < 0, 9) 1. O objetivo deste trabalho foi analisar comparativamente a incidência de PRPO na entrada da sala de recuperação pós-anestésica(SRPA), relacionando os tipos de BNMs utilizados e a realização ou não da reversão do BNM nos anos de 2005 e 2013. **MÉTODO:** Após aprovação do CEP da Instituição foram selecionados, durante período de 3 meses, pacientes submetidos à anestesia geral utilizando BNM (atracúrio e rocurônio), com ou sem a reversão do BNM após a anestesia. Foi avaliado TOF antes do uso do BNM e na entrada da RPA. O pesquisador que avaliava o TOF não era o anestesista que realizava o ato anestésico e não interferia na escolha do BNM e do momento da extubação. Os dados referentes ao ano de 2005 constam de pesquisa também aprovada no CEP, realizada em 2005 com o mesmo método utilizado na presente pesquisa e apresentada no Congresso Brasileiro de Anestesiologia de 2005. Nas 2 pesquisas os pacientes foram divididos de acordo com o BNM usado, sendo que em 2005 não havia rocurônio disponível no hospital (GA - atracúrio; GP - pancurônio; GR – rocurônio). Foi considerada reversão, o uso de atropina e neostigmina. Os resultados foram submetidos à análise estatística, com $p < 0, 05$ considerado significativo. **RESULTADO:** Na pesquisa de 2005, os BNM utilizados foram atracúrio e pancurônio, (GA - n=43; GP - n=38); em 2013, os BNM foram atracúrio e rocurônio (GA - n=96; GR - n=16). Nas 2 pesquisas os grupos foram homogêneos quanto a idade, ASA e gênero. Em 2005 a incidência total de PRPO foi 34, 6% e em 2013 foi 12, 7% ($p < 0, 0001$ - teste de Fisher). A porcentagem de reversão do BNM foi de 53, 1% e em 2013, 54, 2%. A dose média de neostigmina utilizada em 2005 foi 0, 038 mg. kg-1 e em 2013, 0, 01 mg. kg-1. A tabela abaixo apresenta a incidência de TOF<0, 9 nos dois grupos. 2005 2013 GA (n = 43) GP (n = 38) GA (n = 96) GR (n = 16) Total TOF <0, 9 39, 3% (n = 11) 60, 7% (n = 17) 84, 6% (n = 11) 15, 4% (n = 02) Sem reversão 53, 8% (n = 07) 46, 2% (n = 06) 85, 7% (n = 06) 14, 3% (n = 01) Com reversão 26, 7% (n = 04) 73, 7% (n = 11) 83, 3% (n = 05) 16, 7% (n = 01). **CONCLUSÃO:** O estudo mostrou redução importante da incidência de PRPO na entrada da SRPA, de 2005 para 2013. Além disso, pode-se observar que, em 2005, na maior parte dos casos o BNM utilizado foi o pancurônio e hoje, 2013, na grande maioria dos casos o BNM foi o atracúrio, que a incidência de PRPO não se alterou com a reversão do BNM no caso do atracúrio (2013), mas a dose de neostigmina utilizada atualmente é menor do que a recomendada. **REFERÊNCIA:** Murphy GS, Brull SJ. Residual neuromuscular block: lessons unlearned. Part I: definitions, incidence, and adverse physiologic effects of residual neuromuscular block. *Anesth Analg* 2010;111:120-8.

BLOQUEIO ATRIOVENTRICULAR DE 2º GRAU DO TIPO I MOBITZ APÓS ADMINISTRAÇÃO DE NEOSTIGMINE. RELATO DE CASO

AUTORES:

Leandro Fellet Miranda Chaves, Leandro Cezario Raso, Rogério Augusto de Queiroz, Carlos Furtado Macedo, Fernando Lima Coutinho, Marcela Nogueira de Oliveira*.

INSTITUIÇÃO:

Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus CET-SBA HU-UFJF.

INTRODUÇÃO: Neostigmine é comumente usado para reverter bloqueio neuromuscular. Um efeito colateral pode ser estimulação parassimpática, o que pode resultar em bloqueio atrioventricular. **RELATO DE CASO:** Paciente masculino 34anos, 65kg, ASA I admitido no CC para realização de cirurgia ortognatia pela equipe de cirurgia maxilo-facial. Monitorização padrão, venóclise e iniciada anestesia geral venosa total, com Propofol, Remifentanil, Cisatracúrio 10mg e realizada IOT sem intercorrências. A anestesia geral foi mantida com Propofol em alvo 2, 5mcg/ml, Remifentanil 4ng/ml, oxigênio e ar comprimido. O ato cirúrgico teve duração de 2 horas mantendo estabilidade hemodinâmica. Ao final administrado ondansetrona e dipirona. Foi extubada após 7min da descurarização com 1, 5mg neostigmine e 0, 5mg de atropina. Após 15min da descurarização o paciente apresentou bradicardia 42bpm associado ao Bloqueio Atrioventricular (BAV) de 2º Grau do Tipo I Mobitz de forma intermitente sem repercussão por 5 min; porém a o paciente apresentou um desconforto com tontura, neste momento administrado 0, 5mg de atropina onde o BAV e os sintomas foram abolidos, mantendo frequências cardíaca de 60bpm. Encaminhado a SRPA onde o paciente permaneceu monitorizado sem qualquer outra intercorrência. **DISCUSSÃO:** Neostigmina é um anticolinesterásico que aumenta a quantidade de acetilcolina na fenda sináptica. O aumento da acetilcolina afeta tanto os receptores nicotínicos e muscarínicos. O efeito nos receptores nicotínicos é desejado quando se utiliza um inibidor da colinesterase para reverter o bloqueio neuromuscular. Os receptores muscarínicos são encontrados nas sinapses parassimpáticas pós-ganglionares periféricas e são responsáveis por uma variedade de respostas fisiológicas. Como no nó sinusal no coração, menor condução nó-AV, causa broncoconstrição, eleva o tônus no trato gastrointestinal. Administrando um antagonista muscarínico, como a atropina ou glicopirrolato, imediatamente antes ou simultaneamente com neostigmine atenua os efeitos indesejáveis sobre os receptores muscarínicos, porem o pico de ação das drogas são diferentes podendo causar uma exarcebação dos seus efeitos. As causas do BAV 2º grau do tipo I de Mobitz incluem intoxicação digitalica, infecção aguda, distúrbio eletrolítico, fase aguda do infarto do miocárdio em parede inferior, pós-operatório de procedimento cirúrgico cardíaco, em corações normais, pode aparecer durante o sono, notoriamente em idosos e atletas. Quando o paciente é assintomático o tratamento é expectante. Quando necessário (bradicardia com hipotensão arterial e agravamento do quadro hemodinâmico), o uso de atropina por via venosa (0, 5 a 1mg) pode dar bons resultados e a condução AV ser restabelecida. Raramente, pacientes com BAV 2º do tipo I necessitam de marcapasso definitivo. **REFERÊNCIA:** Second degree atrioventricular block Mobitz type I after administration of benzathine penicillin: case report . *Rev Bras Anesthesiol*. 2009 Mar-Apr;59(2):219-22.

BLOQUEIO NEUROMUSCULAR RESIDUAL: RELATO DE CASO

AUTORES:

João José Borges de Barros dos Santos, Liana Maria Torres de Araújo Azi, Igor Prado Oliveira, Rafael Cano Ribeiro*, Vinícius Klann.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Universitário Professor Edgard Santos - UFBA.

INTRODUÇÃO: O bloqueio neuromuscular (BNM) residual tem incidência elevada (5, 9% a 52%) e está associado à grande morbimortalidade no pós-operatório. Relato de Caso. Paciente masculino, 36anos, 70kg, 1, 72m, estado físico P1, negava cirurgias prévias, alergias ou uso de medicações diárias e apresentava exames complementares pré-operatórios normais. Foi submetido à nefrolitotripsia percutânea sob anestesia geral venosa total induzida com Fentanil 200mcg(2, 85 mcg/kg), Propofol 150mg(2, 15mg/kg), Lidocaína 40mg(0, 57mg/kg), Rocurônio 40mg(0, 357mg/kg), Clonidina 90mcg(1, 28mcg/kg) e Cetamina 20mg(0, 28mg/kg) e mantida com Propofol e Remifentanil em infusão contínua. Não houve repique de BNM. Procedimento anestésico-cirúrgico sem intercorrências, com duração de 180min. Ao término do procedimento, foi realizada reversão do BNM com 1mg de Atropina(0, 014mg/kg) e 2mg de Neostigmina(0, 028mg/kg). Paciente foi extubado bem acordado, com volume corrente e frequência respiratória adequados, sendo encaminhado à SRPA, onde chegou com SpO₂:97% em ar ambiente, PA:143x101mmHg e FC:115bpm. Após 15 minutos na SRPA, o paciente apresentou sonolência, dificuldade respiratória, cianose de lábios e extremidades (SpO₂:63%). Ofertou-se O₂ a 100% sob máscara facial com melhora da SpO₂. Neste momento foram colhidos exames laboratoriais afastando-se hipoglicemia, anemia aguda e distúrbios hidroeletrólíticos. Foi observada, pela gasometria arterial, acidose respiratória, corroborada pela hipoventilação do paciente. Então, foi administrada Naloxona IV(dose total: 0, 4mg), sem nenhuma melhora do quadro clínico, descartando-se, portanto, a suspeita de depressão respiratória por opioides. Por fim, a despeito da dose adequada de Rocurônio, da duração do tempo cirúrgico e da descurarização, optou-se por nova reversão do BNM, sendo administrado Sugammadex 200mg(2, 85mg/kg), com melhora imediata do quadro clínico, confirmando o diagnóstico de bloqueio neuromuscular residual. **DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:** Estudos comprovam que o BNM residual pode persistir por duas a quatro horas, mesmo após o uso de BNM adespolarizantes de ação intermediária, em dose única, fato este ocorrido com o paciente em questão. Associado a isso, a reversão do relaxante neuromuscular não descarta a possibilidade de BNM residual na SRPA, segundo estudo que relatou incidência de 49% nos pacientes que receberam anticolinesterásicos e de 60% nos que não foram antagonizados(60%). Desta forma, o BNM residual é uma situação clínica que não deve ser negligenciada, devendo sempre fazer parte do diagnóstico diferencial de pacientes, nos quais se utilizou bloqueadores neuromusculares e que se apresentam no pós-operatório imediato com algum sinal de fraqueza muscular. **REFERÊNCIA:** 1. Potério GMB, Braga AFA, Braga FSS, et al. Antagonismo do bloqueio neuromuscular. In: Cangiani LM, Slullitel A, Potério GMB et al. Tratado de Anestesiologia SAESP. 7. ed. São Paulo: Atheneu, 2011.

DEFICIÊNCIA DE COLINESTERASE PLASMÁTICA LEVANDO A 6 HORAS EM APNÉIA APÓS DOSE ÚNICA DE SUCCINILCOLINA EM PACIENTE SUBMETIDA A HISTEROSCOPIA

AUTORES:

Bruna Mangaravite Moraes Encinas, Marcelo Pena Moreira de Oliveira, Daniel Henrique Nunes*.

INSTITUIÇÃO:

Hospital de Ipanema.

INTRODUÇÃO: A deficiência de pseudocolinesterase é uma alteração genética ou adquirida que é suspeitada por apnéia prolongada após o uso de succinilcolina (Sch) ou mivacúrio, além de efeitos colaterais exacerbados de alguns anestésicos locais do tipo éster, como a cloroprocaína, sendo geralmente assintomática em outras situações. **RELATO DE CASO:** Paciente feminina, 70 anos, ASA 3, obesa mórbida, com HAS controlada e apnéia obstrutiva do sono, submetida a videohisteroscopia cirúrgica para exérese de pólipos. Optou-se pela máscara laringea devido a suspeita de ventilação difícil. Administrados Propofol 1mg/kg, Fentanil 80mcg e midazolam 3mg. Sem sucesso na ventilação sob máscara laríngea, realizada intubação orotraqueal após Sch 1mg/kg e manutenção com sevoflurano a 2%. O procedimento foi sem intercorrências por tempo de 30min. Permaneceu em apnéia, hiper carbacia e hipoxemia persistentes, 25 minutos após a dose de Sch, respondendo às solicitações apenas com movimentos oculares. Nesse momento, o TOF evidenciou relação T₄/T₁ de 1, 0. A paciente permaneceu em apnéia, sob ventilação controlada, por 320 minutos. Devido a suspeita de deficiência de pseudocolinesterase, foi submetida a transfusão de 450mL de plasma fresco, com retorno em seguida da ventilação espontânea. Foi extubada e manteve-se sem intercorrências no pós-operatório imediato, sendo orientada para avaliação bioquímica da função da colinesterase plasmática. **DISCUSSÃO:** Existem mais de 65 variantes genéticas de deficiência de pseudocolinesterase que podem causar aumento de poucos minutos na duração clínica da Sch ou mivacúrio até 4 ou mais horas em casos de variantes homozigotas, bastante raras, em torno de 0, 008%. Em casos de apnéia de mais de 6 horas após dose única de Sch, deve-se suspeitar da interação genética com outras doenças adquiridas que podem causar diminuição da função da enzima, como doenças hepáticas ou renais, uso de ecotiofato ou pesticidas, desnutrição, gravidez, neoplasias, queimaduras, hanseníase e durante bypass cardiopulmonar. Recomenda-se o uso de monitor de relaxamento muscular após o uso de Sch e apenas utilizar bloqueadores adespolarizantes após a recuperação dos estímulos. O plasma fresco e o concentrado de hemácias podem acelerar a recuperação da força muscular, porém a conduta é questionável devido aos riscos associados. Prefere-se aguardar a recuperação completa com o paciente em ventilação mecânica. **CONCLUSÃO:** Apnéia de mais de 6 horas após dose única de Sch é bastante rara, sugerindo alteração genética homozigótica e associada a alteração enzimática adquirida. A investigação e aconselhamento familiar é importante para se evitar problemas futuros. **REFERÊNCIA:** Soliday FK, Conley YP, Henker R. Pseudocholinesterase deficiency: a comprehensive review of genetic, acquired, and drug influences. AANA J. 2010 Aug;78(4):313-20.

DETERMINAÇÃO DA ED90 DE SUGAMMADEX EM OBESOS MÓRBIDOS. ESTUDO PRELIMINAR

AUTORES:

Mauro Prado da Silva*, Ligia Andrade da Silva Telles Mathias, Fabio da Silva Ferreira, Daniel Dongiu Kim, Christiano Matsui, Carlos Alberto Malheiros.

INSTITUIÇÃO:

GET/SBA da Santa Casa de São Paulo.

INTRODUÇÃO: O sugammadex é um novo agente reversor do bloqueio neuromuscular (BNM) induzido pelo rocurônio. Estudo de Van Lancker et al 1 em pacientes obesos graves, sugere que a dose ótima de sugammadex é 2 mg. kg⁻¹ baseando-se no peso ideal + 40%. Não foram encontrados estudos sobre a dose mínima efetiva de sugammadex para reversão do BNM induzido por rocurônio em pacientes obesos graves. Este estudo se propôs a determinar a dose efetiva 90% (ED90) de sugammadex para reversão completa do BNM moderado induzido pelo rocurônio em indivíduos com obesidade grave submetidos à cirurgia bariátrica. **MÉTODO:** Após aprovação do CEP da instituição foram avaliados 19 pacientes com IMC >40 kg. m⁻², entre 18 e 60 anos, submetidos à cirurgia bariátrica. Na sala de cirurgia foram monitorados: PAS, PAD, FC, SpO₂, EtCO₂, temperatura faríngea e TOF (sequência de quatro estímulos), avaliado na indução antes do uso do rocurônio, a cada 10 min até o fechamento da aponeurose, a cada min após o uso do sugammadex, na entrada da RPA e 60 min após. A indução anestésica foi feita com fentanil 5 µg. kg⁻¹ (Peso Corporal Magro), propofol 2 mg. kg⁻¹ (Peso Corporal Total) e rocurônio 0, 6 mg. kg⁻¹ (Peso Corpóreo Ideal); a manutenção com propofol 2 a 6 mg. kg⁻¹. h⁻¹, infusão de remifentanil 0, 1 a 0, 3 µg. kg⁻¹. min⁻¹ (peso corporal ideal) e bólus intermitente de 0, 2 µg. kg⁻¹ rocurônio (baseada no peso corporal ideal e ajustada para manter no máximo duas respostas - T1 e T2 no TOF). A reversão do BNM, foi realizada com sugammadex conforme a dose estipulada para o caso e baseada no Peso Corpóreo ideal proposto por Broca (pacientes do gênero feminino altura menos 110 e masculino altura - 100), após o fechamento da aponeurose e o paciente apresentar duas respostas no TOF (bloqueio moderado). Considerou-se reversão completa do BNM quando TOF ≥ 0, 9 e foi considerado falha se o bloqueio neuromuscular não foi revertido até 10 minutos da infusão de Sugammadex. O propofol foi suspenso ao término do fechamento da pele e o remifentanil quando a relação T4/T1 foi ≥ 0, 9 no TOF. Foi utilizado o método Sequencial Desenho da Moeda Enviesada (Biased Coin Design) para determinação da ED90. **RESULTADO:** foram estudados 19 pacientes, destes: três receberam a dose de 2, 6 mg. kg⁻¹ (tempo médio para a reversão de 189 s com DP de 135 s), 14 receberam a dose de 2, 4 mg. kg⁻¹ (uma falha, tempo para a reversão de 310 s com DP de 146 s) e dois receberam a dose de 2, 2 mg. kg⁻¹ (duas falhas). **CONCLUSÃO:** Neste estudo preliminar, a dose de sugammadex de 2, 4mg. kg⁻¹, baseada no Peso Ideal proposto por Broca foi eficiente em reverter BNM induzido pelo rocurônio nos pacientes com obesidade grave. **REFERÊNCIA:** Van Lancker P, Dillemans B, Bogaert T et al. Ideal versus corrected body weight for dosage of sugammadex in morbidly obese patients. *Anaesthesia*, 2011;66:721-5. Pace NL, Stylianou MP. *Advances in and Limitations of Up-and-down Methodology*. *Anesthesiology*, 2007;107(1):144-52.

IMPACTO DA REVERSÃO OU NÃO DO BLOQUEIO NEUROMUSCULAR NA INCIDÊNCIA DE BLOQUEIO NEUROMUSCULAR RESIDUAL NO MOMENTO DA EXTUBAÇÃO

AUTORES:

Débora de Oliveira Cumino, Ligia Andrade da Silva Telles Mathias, Ana Gabriela Cianni Siqueira Campos*, Lauro Herculano Rocha Soares Filho, Barbara Coelho de Almeida Akutsu Lopes, Flávio de Melo Júnior.

INSTITUIÇÃO:

Santa Casa de São Paulo.

INTRODUÇÃO: – A prevenção do bloqueio neuromuscular residual (BNMR) baseia-se na completa reversão dos efeitos dos bloqueadores neuromusculares adespolarizantes, que pode ser obtida, aguardando-se o término espontâneo do efeito do BNM ou por meio da reversão farmacológica dos mesmos, por meio do uso de agentes anticolinesterásicos ou de agente específico reversor específico do rocurônio e vecurônio¹. O objetivo deste trabalho foi analisar comparativamente a incidência de BNMR após a extubação, relacionando os tipos de BNM utilizados e a realização ou não da reversão do BNM. **MÉTODO:** Após aprovação do CEP da Instituição foram selecionados, durante período de 5 meses, pacientes submetidos à anestesia geral utilizando BNM (atracúrio e rocurônio), com ou sem reversão do BNM após a anestesia. Foi avaliado TOF antes do uso do BNM e após a extubação. O pesquisador que avaliou o TOF não foi o anestesista que realizou o ato anestésico, não interferiu na escolha do BNM e do momento da extubação e se TOF < 0, 9 após a extubação, o pesquisador avisou o anesthesiologista. Os pacientes foram divididos em GATRAC - atracúrio; GROC - rocurônio. Foi considerada reversão do BNM, quando o TOF ≥ 0, 9 e foi sempre realizada com atropina+ neostigmina. O uso de sugammadex foi critério de exclusão. Os resultados foram submetidos à análise estatística, com p<0, 05 significativo. **RESULTADO** – Foram avaliados 152 pacientes (GATRAC- n=124; GROC - n=28). Os grupos foram homogêneos quanto a idade, ASA, gênero e tempo de anestesia. A incidência total de BNMR foi 14, 3% (GATRAC - n=16; GROC - n=5). Nos pacientes do GATRAC, 12, 9% apresentaram BNMR e no GROC, 17, 8%. Do total de pacientes do GATRAC, foi feita reversão em 44, 3% dos pacientes e no GROC em 85, 4% (p<0, 0001 - teste de Fisher). Nos pacientes do GROC que não feita reversão, a dose de rocurônio foi única e o tempo médio de anestesia foi 210 min. Do total de pacientes com BNMR do GATRAC, foi feita reversão em 37, 5% e no GROC em 100% (p=0, 023 - teste de Fisher). A dose média de neostigmina utilizada foi 0, 019mg. kg⁻¹ no GATRAC e 0, 022 mg. kg⁻¹ no GROC. **CONCLUSÃO** – O presente estudo mostrou incidência significativa de BNMR após a extubação, maior quando foi utilizado rocurônio. No entanto, a prática de reversão farmacológica do BNM não é frequente com o uso de atracúrio, o que levou a 10 casos de BNMR, além disso foram utilizadas subdoses de neostigmina em ambos os grupos. Pode-se inferir que o uso de doses adequadas de neostigmina e maior frequência de reversão nos pacientes em que se utiliza atracúrio deve propiciar redução significativa do BNMR. O uso do sugammadex, deve também, obviamente eliminar as chances de BNMR nos pacientes em que se utiliza rocurônio. **REFERÊNCIA:** – Murphy GS, Brull SJ. Residual neuromuscular block: lessons unlearned. Part I: definitions, incidence, and adverse physiologic effects of residual neuromuscular block. *Anesth Analg* 2010;111:120-8.

INCIDÊNCIA DE BLOQUEIO NEUROMUSCULAR RESIDUAL NO MOMENTO DA EXTUBAÇÃO: COMPARAÇÃO DO USO DE DOSES MÚLTIPLAS VERSUS DOSE ÚNICA DE BLOQUEADOR NEUROMUSCULAR

AUTORES:

Diego Munhoz Barrios, Dora Lílíana Pieruccini Garcia, Adriana Eugenio Piccinini*, Lígia Andrade da Silva Telles Mathias, Fernanda Cristina Paes Cunha, Rafael Grana.

INSTITUIÇÃO:

Santa Casa de São Paulo.

INTRODUÇÃO: O bloqueio neuromuscular residual (BNMR) apresenta incidência muito variável, de 5 a 88%, considerando-se BNMR como a relação $T4/T1 < 0,9$. Essa variabilidade deve-se a diferentes métodos utilizados; uso de diferentes BNM e do uso de doses única ou repetidas ou infusão contínua de BNM; reversão ou não do bloqueio neuromuscular ao final da anestesia; idade; presença de disfunção renal, hepática, cardíaca ou neuromuscular; utilização de fármacos que podem alterar a farmacodinâmica e/ou farmacocinética dos BNM1. O objetivo deste trabalho foi analisar comparativamente a incidência de BNMR após a extubação, relacionando os tipos de BNMs utilizados e o uso de dose única ou doses múltiplas. **MÉTODO:** Após aprovação do CEP da Instituição foram selecionados, durante período de 5 meses, pacientes submetidos à anestesia geral utilizando BNM (atracúrio e rocurônio), com ou sem reversão do BNM após a anestesia. Foi avaliado TOF antes do uso do BNM e após a extubação. O pesquisador que avaliou o TOF não foi o anestesista que realizou o ato anestésico, não interferiu na escolha do BNM e do momento da extubação e se $TOF < 0,9$ após a extubação, o pesquisador avisou o anesthesiologista. Os pacientes foram divididos em GATRAC - atracúrio; GROC - rocurônio. Foi considerada reversão do BNM, quando o $TOF \geq 0,9$ e foi sempre realizada com atropina+ neostigmina. O uso de sugammadex foi critério de exclusão. Os resultados foram submetidos à análise estatística, com $p < 0,05$ significativo. **RESULTADO:** Foram avaliados 152 pacientes (GATRAC- $n=124$; GROC - $n=28$). Os grupos foram homogêneos quanto a idade, ASA, gênero e tempo de anestesia. Foram utilizadas doses múltiplas de BNM em 55,5% dos pacientes e dose única em 44,5% (GATRAC: 52,9% doses múltiplas e 47,1% dose única; GROC: 68,2% doses múltiplas e 31,8% dose única). A incidência total de BNMR foi 14,3% (GATRAC - $n=16$; GROC - $n=5$). Dos 16 pacientes que apresentaram BNMR, 14 do GATRAC e 5 do GROC receberam doses múltiplas. Ainda destes pacientes com BNMR, foi feita reversão farmacológica em 64,3% e 100% respectivamente dos pacientes dos grupos GATRAC e GROC ($p=0,544$ - teste de Fisher). A dose média de neostigmina utilizada foi 0,019 mg. kg^{-1} no GATRAC e 0,022 mg. kg^{-1} no GROC. **CONCLUSÃO:** O presente estudo mostrou incidência significativa de BNMR após a extubação, maior quando foram utilizadas doses múltiplas de bloqueador neuromuscular. A reversão realizada com neostigmina foi insuficiente, em ambos os grupos. Chama a atenção a não reversão em 35,7% dos pacientes do grupo atracúrio quando foram utilizadas doses múltiplas do mesmo. Doses adequadas de neostigmina e maior frequência de reversão nos pacientes em que se utiliza atracúrio deve propiciar redução significativa do BNMR. **REFERÊNCIA:** - Murphy GS, Brull SJ. Residual neuromuscular block: lessons unlearned. Part I: definitions, incidence, and adverse physiologic effects of residual neuromuscular block. *Anesth Analg* 2010;111:120-8.

REVERSÃO DE TAQUICARDIA SINUSAL INDUZIDA PELO ROCURÔNIO COM SUGAMADEX

AUTORES:

Marjorie Carneiro Pinna de Barcellos*, Carlos Darcy Alves, Eduardo Fernandes Orioli Guimarães, Juliana Pires de Souza.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Federal da Lagoa.

INTRODUÇÃO: O rocurônio é um bloqueador neuromuscular adespolarizante que pode estar relacionado a efeitos cardiovasculares, incluindo respostas vagolíticas. Neste caso, relatamos o sucesso na reversão de um episódio de taquicardia sinusal induzida pelo rocurônio utilizando o sugamadex, um reversor específico. **RELATO DE CASO:** Paciente anos 35, ASA I, sexo feminino agendada para ressecção de cisto branquial. Foi submetida a anestesia venosa total, com propofol em bomba de infusão alvo controlada, sufentanil e rocurônio. Minutos seguintes a administração do bloqueador neuromuscular, houve aumento súbito da frequência cardíaca de maneira isolada. Após ser descartada outras causas para a taquicardia como anafilaxia, hipertermia maligna ou plano superficial da anestesia, bis no momento de 37, foi feito sugamadex com rápida melhora hemodinâmica. **DISCUSSÃO:** A taquicardia relacionada ao rocurônio é um evento raro, sendo explicada pelo bloqueio ganglionar autônomo, além do mais, outras teorias são discutidas para justificar a ação dos bloqueadores neuromusculares adespolarizantes, sendo importante conhecê-las. A inibição da recaptação de noradrenalina ou seu aumento direto causam efeito inotrópico e cronotrópico dessas drogas, assim como a atuação em receptores muscarínicos M2 como antagonistas aumentando AMP cíclico e o influxo de cálcio. É de extrema importância descartarmos outras possibilidades diagnósticas e a reversão do bloqueador neuromuscular com uma droga rápida e eficaz reduz as chances de desfechos desfavoráveis em anestesia. **REFERÊNCIA:** Gursoy S, Bagcivan I, Durmus N et al. Investigation of the Cardiac Effects of Pancuronium, Rocuronium, Vecuronium and Mivacurium on the Isolated Rat Atrium. *Current Therapeutic Research* 2011;72:195-203 Cembala TM, Sherwin JD, Tidmarch MD et al. Interaction of neuromuscular blocking drugs with recombinant human m1-m5 muscarinic receptors expressed in Chinese hamster ovary cells. *British Journal of Pharmacology* 1988;125:1088-1084

REVERSÃO DO BLOQUEIO NEUROMUSCULAR COM SUGAMMADEX EM PACIENTE PORTADOR DE DISTROFIA MUSCULAR

AUTORES:

Nara Rafaela Baldassim Molina, Guilherme Frederico Ferreira dos Reis, Leonardo de Andrade Reis, Renato Borges Amorim, Edson Luiz de Moraes.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Casa de Saúde Campinas.

INTRODUÇÃO: Os portadores de distrofia muscular (DM) apresentam sensibilidade aumentada aos bloqueadores neuromusculares (BNM), com reversibilidade imprevisível do bloqueio e possibilidade de bloqueio residual, tornando seu manejo um desafio ao anesthesiologista. O Sugammadex apresenta-se como uma provável solução para este problema eliminando seu efeito do BNM no receptor. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo masculino, ASA 3, com 30 anos de idade, peso 78Kg, com proposta cirúrgica de colecistectomia videolaparoscópica. Apresentava antecedente de DM de tipo não especificado. Apresentava fraqueza muscular em membros inferiores, com marcha claudicante, simétrica, lentamente progressiva ao longo da vida, tendo os sintomas se iniciado aos 18 anos de idade. Negava alterações sensitivas. Foi submetido à anestesia geral endovenosa com Propofol contínuo e Remifentanil alvo-controlado. Recebeu 15mg de Rocurônio, com estabilização do TOF em 40% após 5 minutos. Medicado com mais 5mg de Rocurônio, com queda do TOF para 15%. Foi entubado e a cirurgia ocorreu sem intercorrências. Cerca de 30 minutos após a indução anestésica o TOF estava em 70%, mas não houve dificuldade de manutenção do pneumoperitônio. O procedimento durou 70 minutos e ao final o paciente mantinha TOF de 70%. Recebeu 160mg de Sugammadex, com TOF em 70% após 5 minutos e 98% após 10 minutos, quando as infusões de Propofol e Remifentanil foram interrompidas. O paciente foi extubado e não apresentou efeitos adversos durante a internação. **DISCUSSÃO:** Os portadores de DM apresentam sensibilidade aumentada aos BNM por aumento na concentração de Cálcio citoplasmático. As complicações pulmonares pós-operatórias ocorrem em 25 e 48% dos pacientes devido à fraqueza muscular residual, principalmente nos submetidos à anestesia geral e cirurgias abdominais e torácicas. A reversão do BNM com Neostigmina é imprevisível e pode ocorrer bloqueio residual. O Sugammadex encapsula a molécula de Rocurônio, tornando-a indisponível para efeito clínico, sendo que o complexo formado é eliminado pela urina. A dose eficaz para reverter um BNM profundo é de 2 a 4mg. kg⁻¹, com um tempo de recuperação de 1, 8 minutos. No presente caso, observamos a maior sensibilidade do paciente ao Rocurônio, com uma dose baixa da droga (0, 25mg. Kg⁻¹) produzindo um BNM adequado às necessidades da cirurgia. Aprestar da pequena massa de BNM empregada, ocorreu bloqueio suficiente para a realização do procedimento. Apesar do maior tempo necessário para a reversão do BNM, o Sugammadex foi capaz de revertê-lo completamente, mostrando-se eficaz nos portadores de DM. Apresenta-se como uma alternativa para o manejo destes pacientes, com potencial para minimizar complicações pós-operatórias, dentre as quais destacamos complicações pulmonares decorrentes da hipoventilação por fraqueza muscular. **REFERÊNCIA:** Bom A, Hope F, Rutherford S, Thomson K. Preclinical Pharmacology of Sugammadex. Journal of Critical Care 2009; 24: 29-35.

SISTEMATIZAÇÃO DA REVERSÃO DO ROCURÔNIO COM NEOSTIGMINE: INFLUÊNCIA NO BLOQUEIO RESIDUAL NA AUSÊNCIA DE ACELEROMIOGRAFIA INTRA-OPERATÓRIA

AUTORES:

Vanessa Henriques Carvalho, Angelica de Fatima de Assunção Braga, Filipe Nadir Caparica Santos*, Carla Josefine Barbosa de Lima Ribeiro, Franklin Sarmento da Silva Braga.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

INTRODUÇÃO: O uso de aceleromiografia (AMG) quantitativa no intra-operatório não é rotina em muitos países(1), porém, poucos estudos têm avaliado a relação da dose da neostigmine com o bloqueio residual na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) em pacientes sem AMG no intra-operatório. Propôs-se uma sistematização da reversão do BNM nestas condições e avaliou-se seu impacto na incidência de bloqueio residual na SRPA. **MATERIAIS E MÉTODO:** Ensaio clínico randomizado, simples-cego, com 54 pacientes, com IMC<30 kg/m², submetidas à anestesia geral (propofol, sufentanil, rocurônio, sevoflurano, N₂O). Formaram-se 2 grupos: GA (protocolo sistematizado)- rocurônio 0, 6mg/kg (doses adicionais de 10mg, se necessário), reversão com neostigmine 50µg/kg e extubação após tempo mínimo de 15 min da reversão; GB (controle) - a dose das drogas e o momento da extubação foram determinados pelo Anesthesiologista responsável. Duas pacientes foram excluídas do GA após revisão da ficha anestésica. Após a extubação foi realizado AMG quantitativa na SRPA, sem calibração ou normalização prévia; assim, analisamos o bloqueio residual usando como critério razão T₄/T₁ (TOF) < 0, 9 e <1, 0. Para análise estatística empregou-se: testes t de Student, Mann-Whitney e Chi quadrado, e adotou-se p<0, 05. **RESULTADO:** Houve diferença significativa entre GA e GB em relação ao IMC (26, 4±2, 2 vs 24, 1±3, 4, p=0, 005), dose de rocurônio (0, 60±0, 01 e 0, 62±0, 07mg/kg, p=0, 031), dose de neostigmine (49, 76±0, 83 e 33, 40±5, 65mg/kg, p<0, 001) e o período entre a neostigmine e a extubação (18, 2±4, 86 e 14, 96±8, 50 min, p<0, 001). Não houve diferença quanto à idade, altura, duração do procedimento, estado físico (ASA), frequência de doses adicionais de rocurônio ou tempo entre a dose adicional de rocurônio e a reversão. Os valores médios de T₄:T₁ foram maiores no GA em relação ao GB (T₄:T₁ 1, 02±0, 105 vs 0, 92±0, 102, p=0, 001). Para razão T₄:T₁<0, 9, a incidência de bloqueio residual no GA e GB foi de 2/25 (8%) e 8/27 (29, 6%), respectivamente (p=0, 078). Para TOF<1, 0, a incidência no GA e GB foram de 3/25 (12%) e 15/27 (55, 56%), respectivamente (p =0, 001). Não houve complicações associadas ao uso da neostigmine. **DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:** A sistematização do uso de BNM e neostigmine não diminuiu significativamente a incidência de bloqueio residual na SRPA se considerar T₄:T₁<0, 9 como critério. Possivelmente, isso se deve à AMG sem calibração ou normalização prévia, em que os valores obtidos podem exceder de 10 a 15% a razão T₄:T₁ “verdadeira”, calculado com mecanomiografia(2). Considerando T₄:T₁<1, 0, o protocolo reduziu a incidência de bloqueio residual na SRPA. **REFERÊNCIA:** 1) Kotake Y, Ochiai R, Suzuki T et al. Reversal with Sugammadex in the Absence of Monitoring did not Preclude Residual Neuromuscular Block. Anesth Analg. 2013; 117:345-51. 2) Kopman AF, Klewicka MM, Neuman GG. The relationship between acceleromyographic train-of-four fade and single twitch depression. Anesthesiology 2002;96:583-7.

USO DO SUGAMADEX EM CIRURGIAS ORTOPÉDICAS DE CORREÇÃO DE ESCOLIOSE IDIOPÁTICA MONITORIZADAS COM POTENCIAL EVOCADO

AUTORES:

Janaina Escrove Paião*, Jorge Barrios Alarcon, Ricardo Ferreira, Diego Munhoz Barrios, Desire Carlos Callegari, Osvaldo Cavalari.

INSTITUIÇÃO:

AACD / FMABC.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVO: Efeitos do sugamadex em normalizar a resposta motora em pacientes submetidos a cirurgia de coluna vertebral monitorizados neurofisiologicamente no intraoperatório (MNIO). O MNIO pode diagnosticar possíveis problemas à passagem dos parafusos na coluna vertebral e na correção da escoliose. O objetivo deste trabalho foi demonstrar a possibilidade de uso do rocurônio e posterior reversão com o sugamadex sem levar prejuízo no exame de MNIO. **MÉTODO:** 35 pacientes ASA I e II que foram submetidos a correção ortopédica de escoliose idiopática. Estes não receberam medicação pré-anestésica. Na sala operatória foi realizado venóclise, cardioscopia, oxímetro, PAI, acesso venoso central, encefalografia biespectral (BIS), temperatura esofágica, capnógrafo, sondagem vesical de demora e monitorização do bloqueio neuromuscular (TOF). Indução: propofol (2mg/kg), fentanil (5 mcg/kg), rocurônio (1, 2mg/kg) e manutenção: propofol em infusão alvo controlada (Marsh) 2, 5 a 4mcg/ml suficiente para manter o BIS em níveis aceitáveis de hipnose e remifentanil em infusão contínua em doses 0, 2 a 1 mcg/kg/min. Sempre colocamos uma gaze entre os dentes para evitar mordedura da língua no momento dos estímulos motores, além de cânula aramada devido a posição ventral do paciente. Foi também utilizada manta térmica e infusão de líquidos aquecidos para manter a normotermia. No momento em que o cirurgião solicita a MNIO para início da instrumentação da coluna vertebral foi administrado sugamadex, de acordo com a resposta do TOF e monitorização da MNIO, não sendo necessária doses maiores que 4mg/kg. Foram registradas as respostas no TOF e na MNIO nos tempos 0, 1 e 2 minutos após a injeção do sugamadex.

RESULTADO: Depois do uso do sugamadex (t0), todos os pacientes apresentaram o mesmo padrão de atividade muscular (t2), com aparecimento dos potenciais evocados motores e TOF > 0, 9. **CONCLUSÃO:** A técnica mais adequada para cirurgia ortopédica de coluna com instrumental é a monitorização com potencial evocado. O uso dos relaxantes musculares proporciona adequadas condições para intubação orotraqueal, além de garantir ao cirurgião uma melhor exposição da coluna vertebral, inclusive com menor trauma e sangramento local. O rocurônio por suas características farmacológicas conhecidas: rápido início de ação e tempo de ação intermediária, seria uma ótima opção, entretanto um dos problemas dos BNM é o bloqueio residual muito comum, pouco conhecido e que diminui os reflexos motores. A utilização da medicação reversora do BNM, o sugamadex, atua como um receptor sintético, encapsulando os BNM esteróides (rocurônio e vecurônio) e promovendo a dissociação dos receptores Ach nicotínicos. A utilização desses fármacos não interfere no potencial evocado ou na MNIO e pode beneficiar a equipe de anesthesiologia e a facilitação cirúrgica. **REFERÊNCIA:** Naguib M, Kopman AF, Ensor JE. Neuromuscular monitoring and postoperative residual curarization: a meta-analysis. Br J Anaesth 2007;98:302-316.

Bloqueios de Nervos Periféricos

ANESTESIA REGIONAL PARA EPILAÇÃO A LASER: SÉRIE DE CASOS

AUTORES:

Thadeu Alves Máximo, Maria Clara Bellavinha Thomazi, Marcell de Barros Duarte Pereira, Michael Arthuso Lima Moreira.

INSTITUIÇÃO:

Hosp.das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

INTRODUÇÃO: Atualmente os procedimentos em cosmiaatria tem ganhado grande projeção na dermatologia. A dor aguda que acompanha a epilação a laser depende de diversos fatores (relacionados ao paciente, procedimento e técnica utilizada). 75-80% dos pacientes a classificam como tolerável. Nos demais, algum método analgésico/anestésico é necessário. Os anestésicos tópicos são atualmente a técnica de escolha, porém há casos em que eles são pouco eficazes e também aqueles em que estariam relativamente contra-indicados (grandes áreas, pele não íntegra, etc). Pela legislação brasileira, o uso de dose maior que 0, 7mg/Kg de lidocaína ou equivalente exige monitorização do paciente, e acima de 3, 5mg/Kg exige a presença de anesthesiologista. Portanto, o emprego de técnicas anestésicas tópicas ou infiltrativas de maneira arbitrária em procedimentos estéticos seria, quando não proibitivo, assumir um alto risco. Nesta série de casos empregou-se técnica regional com e sem utilização de ultrassonografia. Tratam-se de técnicas anestésicas inéditas para esta finalidade. Descrição da série Paciente 1. Feminino, 28 anos, ASA I. Já havia sido submetida a uma sessão prévia de epilação a laser da região inguinal e perineal com anestesia tópica (lidocaína gel a 2%) e dor importante (EVA:10). Realizado bloqueio bilateral guiado por ultra-som dos nervos íleo-inguinal e íleo-hipogástrico com 5 mL de ropivacaína 0, 5% em cada lado. Paciente relatou início de hipoestesia em região inguinal após 3 minutos, com instalação completa do bloqueio e teste de sensibilidade tátil negativa após 5 minutos. Ausência de bloqueio motor. Procedimento realizado sem dor em região inguinal (EVA:0) e com dor moderada em região perineal (EVA: 7). Paciente 2. Masculino, 29 anos, ASA I. Bloqueio de plexo cervical superficial bilateral por técnica clássica e redução do volume empregado (3mL de lidocaína a 1% com vasoconstritor em cada lado) para epilação de porção inferior da barba e pavilhão auditivo. Analgesia eficiente (EVA:0). Satisfação importante relatada por ambos os pacientes. **DISCUSSÃO:** O bloqueio dos nervos guiado por ultra-som mostrou-se adequada alternativa analgésica para epilação a laser da região inguinal. Garantiu excelente aceitação por parte do paciente e portanto do médico assistente. Há que se pesar a falta de bloqueio percebida na região perineal tendo em vista a grande interseção de dermatômos dos nervos que suprem a região, o que ainda carece de abordagem adicional. O bloqueio do plexo cervical superficial, mesmo utilizando-se volume reduzido de anestésico local mostrou-se eficaz e seguro para analgesia de paciente submetido a epilação de área inferior da barba. As técnicas apresentadas representaram, além de boas alternativa para os métodos analgésicos existentes, elegante inserção do anesthesiologista no campo dos procedimentos em cosmiaatria, visto que a presença deste profissional nos procedimentos dermatológicos está, pelo menos no nosso ambiente, muito aquém do seu potencial.

BLOQUEIO DE NERVO CIÁTICO E DE WINNIE PARA CIRURGIA DE QUADRIL EM PACIENTE CARDIOPATA

AUTORES:

Núbia Campos Faria Isoni, Marcelo Fonseca Medeiros, Igor Neves Afonso Castro, Camilla Louise Vaz Mendes, Lucas Tavares de Resende.

INSTITUIÇÃO:

Santa Casa de Belo Horizonte.

INTRODUÇÃO: A combinação do bloqueio ciático(BC) e de Winnie (cutâneo lateral da coxa, obturador e femoral) é amplamente utilizada em cirurgias de joelho com ótimos resultados. Entretanto, é pouco utilizada em cirurgias do quadril devido ao alto índice de falhas. Relatamos um caso em que se aplicou esta técnica (BC + Winnie) com sucesso em cirurgia de quadril em paciente com comorbidade grave.

RELATO DE CASO: Paciente 64 anos, masc, hipertenso e diabético, com antecedente de infarto agudo do miocárdio (IAM) com supra de ST há 7 dias. Em uso de carvedilol, enalapril, espirolactona, furosemida, monodril, AAS, sinvastatina, metformina(suspensão), insulina NPH e regular. Admitido após queda da própria altura e fratura transtrocantérica do fêmur esquerdo. Referia dispnéia aos pequenos esforços (NYHA III) e dor à mobilização do membro afetado. Ex- tabagista. Ao exame físico: BEG, corado, hidratado, acianótico e anictérico. PA: 120 x 70 mmHg. RCR em 2T, e B3. FC: 67 bpm. Pulsos periféricos cheios e simétricos. MVF sem RA. Eupneico em repouso. Sat 98% em ar ambiente. Movimento restrito do MIE devido à dor. ECG: Infra ST em V1 a V4. ECO: FE: 26%. Hipocinesia difusa VE. Regurgitação mitral e tricúspide moderada. Monitorização com cardioscopia, PIA, oximetria de pulso e diurese. Venóclise em MSE com cateter 18G. Optado por bloqueio do nervo ciático (técnica de Labat) com 15 ml de lidocaína 0.8% com vasoconstritor e 15 ml de ropivacaína a 0.4%; e bloqueio de Winnie com a mesma massa anestésica. Feito antisepsia da região; utilizada agulha A100 e estimulador de nervo periférico em ambos bloqueios; atos realizados sem intercorrências. Apresentou-se estável hemodinamicamente, sem necessidade de vasopressores. Tempo cirúrgico: 2:30h. Encaminhado ao CTI em ar ambiente, estável, sem queixas. Evoluiu com alta para enfermagem após 2 dias, e alta hospitalar no dia seguinte. **DISCUSSÃO:** Devido às condições clínicas apresentadas pelo paciente (ICC, IAM recente), optou-se pelo bloqueio combinado do nervo ciático e de Winnie para a cirurgia do quadril, por ser uma opção segura e com menores índices de complicações. Como técnica anestésica isolada para cirurgia de quadril, é considerada de excessão, devido à dificuldade em se bloquear o nervo obturador (até 30% de falha). O caso descrito demonstra que pode ser desnecessário associar o bloqueio lombar ou paravertebral com bons resultados e menores chances de complicações. **REFERÊNCIA:** Radić N, Radinović K, Ille M, et al. The selection of best anesthesiological technique for hip fracture surgery in older high-risk patients. *Acta Chir Iugosl.* 2012;59(3):113-5. Hogan MV, Grant RE, Lee L Jr. Analgesia for total hip and knee arthroplasty: a review of lumbar plexus, femoral, and sciatic nerve blocks *Am J Orthop (Belle Mead NJ).* 2009 Aug;38(8):E129-33.

BLOQUEIO DE PLEXO LOMBAR VIA POSTERIOR PARA ANESTESIA DE DRENAGEM DE PIOARTRITE DE JOELHO: RELATO DE CASO

AUTORES:

André Mendes dos Santos, Joyce Lopes Cardoso, Victor Pellicciotti de Sousa, Carlus Francisco Matos Pereira, Patrícia Fernandes Calves, Celso Schmalfluss Nogueira.

INSTITUIÇÃO:

CET Anestesiologia Santa Casa de Misericórdia de Santos.

INTRODUÇÃO: Anestesia regional tem sido utilizada com frequência para cirurgias de membro inferior, apresentando eficácia para anestesia/analgesia perioperatórias. O bloqueio de plexo lombar apresenta-se como alternativa às técnicas que abordam o neuroeixo em pacientes com contra-indicações relativas ou absolutas a estas, com menor interferência no sistema cardiovascular. O objetivo deste relato é apresentar o caso de um paciente internado por flutter atrial de resposta ventricular variável, subagudo que evoluiu com sepse com foco em pioartrite de joelho hematogênica no decorrer de sua internação, com necessidade de limpeza cirúrgica. Relato: paciente P. F. S, 64 anos, 80 kg, febril, em respiração espontânea com cateter de O2 suplementar 2L/min, saturando 96%, com FR 28 e discreto desconforto respiratório; PA não invasiva 130/80 mmHg, FC 50, mantendo ritmo de flutter atrial 4:1, lúcido e orientado. Exames complementares: radiografia de tórax com infiltrados floculo-nodulares difusos em campos pulmonares, principalmente em base direita, área cardíaca preservada. Hemograma, Hb 13.5, Ht 40.3, leucograma 24330 (5% de bastões, 82.9% segmentados), plaquetas 153000; TAP/RNI 94%/1.04, TTPA 32s (1.13); sem alterações de eletrolíticas; gasometria arterial: pH 7.39, pCO2 37.9, PO2 81.9, SatO2 95.8%. Pré-medicado com midazolam 2 mg, fentanil 50 mcg e cetamina 80 mg. Posicionado, então, em decúbito lateral esquerdo e realizado bloqueio de plexo lombar via posterior segundo técnica de Winnie em L4 modificada por Capdevilla, com localização do compartimento do psoas sob auxílio de estimulador de nervo periférico até obtenção de estímulo motor da área correspondente e ausência de estímulo com baixas correntes. Injetados 40 mL de ropivacaína a 0.5%. Realizada drenagem de pioartrite via anterior, com incisão de 4 cm em região ântero-lateral de joelho direito, com duração de aproximadamente 1h. Paciente encaminhado para Unidade de Terapia Intensiva de origem, mantendo sinais vitais semelhantes ao início do procedimento. O bloqueio do plexo lombar via posterior apresenta, em mãos experientes, larga margem de segurança, permitindo com punção única a obtenção de anestesia/analgesia suficientes para procedimentos de quadril, coxa e joelho, dependendo da concentração e volume do anestésico local utilizado. Técnicas periféricas em comparação com neuriaxiais permitem ainda menor incidência de hipotensão e de efeitos indesejados com a mesma eficácia analgésica. A anestesia foi, portanto, neste caso, suficiente para o procedimento proposto interferindo minimamente na estabilidade cardiovascular da paciente. **REFERÊNCIA:** Touray ST, de Leeuw MA, Zuurmond WW et al. Psoas compartment block for lower extremity surgery: a meta-analysis. *Br J Anaesth.* 2008 Dec;101(6):750-60. Fowler SJ, Symons J, Sabato S et al. Epidural analgesia compared with peripheral nerve blockade after major knee surgery: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Br J Anaesth.* 2008 Feb;100(2):154-64.

BLOQUEIO DO TRANSVERSO ABDOMINAL - RELATO DE CASO

AUTORES:

Hermes Melo Teixeira Batista*, Luiz Carlos de Abreu, Rachel Filgueiras de Menezes, Ranyere Nobre da Silva, Camila Fachine Ribeiro, Pedro Suyã Costa Vieira.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Regional do Cariri.

INTRODUÇÃO: a ultrassonografia a cada dia está mais presente na prática diária da anestesiologia. Nas cirurgias de extremidades, os bloqueios regionais sonoguiados já se tornaram padrão-ouro. Em cirurgias de abdome com incisão infraumbilical, desponta o TAP BLOCK (bloqueio do transverso abdominal) como alternativa à infiltração de ferida cirúrgica e bloqueios centrais. Os bloqueios do neuroeixo raqui e peridural são padrão ouro para analgesia em cirurgias de abdome, porém, há situações em que estes estão contraindicados. Relato do caso: paciente do sexo feminino, 33anos, admitida na emergência com quadro clínico e ultrassonográfico de torção de ovário com rotura. Refere cesariana prévia e cefaleia pós-raqui importante. Realizada indução com propofol, remifentanil em bomba de infusão, lidocaína e cisatracúrio e manutenção com sevoflurano e remifentanil. Para analgesia foram utilizados analgésicos de uso corriqueiro dipirona e cetoprofeno, além de cetamina 15 mg antes da incisão cirúrgica. Ao final do procedimento foi realizado bloqueio do transverso abdominal bilateralmente com agulha de peridural nº 18, com ropivacaína 0,5% e guiado por ultrassom. A paciente foi extubada em sala após 6 minutos e encaminhada à sala de recuperação pós-anestésica sem dor. **DISCUSSÃO:** a ultrassonografia está sendo incorporada na prática diária do anestesiologista, podendo ser usada nas mais diversas modalidades de bloqueio, desde os bloqueios periféricos e centrais, até bloqueios de parede abdominal, em que a localização precisa do espaço onde será administrado o anestésico é dependente do ultrassom. **REFERÊNCIA:** 1-John G. McDonnell, MB, FCARCSI, Brian O'Donnell, MB, FCARCSI, Gerard Curley, MB, Anne Heffernan, MB, FCARCSI, 1. Camillus Power, MD, FCARCSI and John G. Laffey, MD, MA, FCARCSI The Analgesic Efficacy of Transversus Abdominis Plane Block After Abdominal Surgery: A Prospective Randomized Controlled Trial. *A & A* January 2007 vol. 104 no. 1 193-197. 2- ROYSEC.; FUJIWARA Y.; SHIBATA Y.; Ultrasound-guided transversus abdominis plane (TAP) block Anaesthesia and intensive care 2007, vol. 35, no4, pp. 616-617.

BLOQUEIO DOS NERVOS CIÁTICO E SAFENO EM PACIENTE COM ESTENOSE AÓRTICA E SEQUELA DE MENINGOMIELOCELE

AUTORES:

Luiza Rodrigues Cucco*, Monnaliza Porto Moitinho Fagundes, Fábio Nahuys Thormann, Juliana Santos Vieira da Fonseca, Daniel Carlos Cagnolati, Eduardo Martins Zortéa.

INSTITUIÇÃO:

CET/SBA Clínica de Anestesiologia de Ribeirão Preto (CARP).

INTRODUÇÃO: Os bloqueios de nervos periféricos (BNP) do membro inferior são técnicas não usuais em anestesia cirúrgica, sendo mais frequentes para analgesia pós-operatória. Entretanto, tornam-se excelentes opções aos anestesiologistas quando os bloqueios de neuroeixo são contra-indicados. Relato do Caso: Paciente feminina, 34 a, 53 kg, 161 cm, estado físico ASA P2, portadora de estenose de valva aórtica (EVA) e seqüela de meningomielocèle (MMC) operada ao nascimento. Exame neurológico com sensibilidade preservada em MMII e discreta paresia em MID. Programada amputação do 5º pododáctilo esquerdo por osteomielite. Realizada monitorização com PANI, cardioscópio e oxímetro de pulso. Venóclise e sedação com midazolam 5 mg e fentanil 50 mcg. Mantida com O2 suplementar em máscara facial. Posicionada em decúbito lateral direito com flexão da coxa e perna para a realização do bloqueio do nervo ciático (NC) pela técnica de Labat. Após infiltração subcutânea com lidocaína a 1%, uma agulha de 100 mm, conectada a neuroestimulador, foi inserida perpendicular à pele buscando o estímulo motor do componente fibular do NC. Obtida a contração desejada, a corrente foi diminuída até 0,4 mA e, permanecendo a resposta contrátil, foram injetados 20 mL da solução de ropivacaína a 0,75%, após aspiração negativa para sangue. Em seguida a paciente foi posicionada em decúbito dorso horizontal com rotação externa da perna esquerda para realização do bloqueio do nervo safeno (NS) com 10 mL de ropivacaína a 0,5%. Após a realização dos bloqueios, foi instalada infusão alvo-controlada de propofol. Os atos anestésico e cirúrgico transcorreram sem intercorrências, a paciente manteve-se hemodinamicamente estável durante todo o procedimento. Houve anestesia cirúrgica satisfatória com bloqueio motor do pé e analgesia pós-operatória de 15 horas. **DISCUSSÃO:** Devido a sua grande distribuição sensitiva, o bloqueio do NC pode ser usado, juntamente com o bloqueio do NS ou femoral, para qualquer procedimento abaixo do joelho que não requeira garrote na coxa. Apesar do bloqueio do NC ser pouco realizado na prática clínica, pode ser excelente opção em pacientes com comprometimento do sistema cardiovascular, nos quais bloqueio simpático poderia ser prejudicial. Pacientes com EVA submetidos à cirurgia não cardíaca devem receber atenção especial quanto à manutenção do ritmo sinusal e variações de volemia. O bloqueio do NC combinado com NS foi considerado a melhor técnica anestésica para a paciente, tanto por evitar o bloqueio simpático, como para evitar associações, muitas vezes errôneas, com a cirurgia espinhal preexistente. **REFERÊNCIA:** Hobaika ABS, Pereira WVC, Santos GM. Anestesia no paciente cardiopata. *Rev Med Minas Gerais*. 2010;20(4):528-533. Wedel, DJ, Horlocker, TT. Nerve Blocks. In: Miller RD. *Miller's Anesthesia*. 7. ed. Philadelphia, Elsevier, 2009; 1639-1674.

IMPORTÂNCIA DO BLOQUEIO REGIONAL NO TRAUMA

AUTORES:

Carla Leal Nogueira, Julia Maria Ferreira de Oliveira, Rodrigo Santos Fortunato, Thatiane Marcelo Fortunato*, Juliana Soares de Oliveira, Octávio Henrique Mendes Hypolito.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Santa Isabel - Associação Beneficente Católica.

INTRODUÇÃO: Trauma é uma das principais causas de mortalidade em todo o mundo e o manejo da dor reduz a morbimortalidade a curto e a longo prazo. Este relato de caso tem como objetivo demonstrar o controle da dor na sala de emergência com o emprego de bloqueio regional.

RELATO DE CASO: Masculino, 25 anos, 70kg, vítima de acidente automobilístico, admitido na emergência com queixa de “dor insuportável na perna”. Apresentava-se ansioso, lúcido, orientado, com jejum para sólidos há 30 minutos, FC = 126bpm, FR = 23irm, PA = 135/75mmHg. Ao exame físico foi constatado presença de fratura exposta de perna esquerda. Como não houve melhora com analgesia convencional, foi solicitado avaliação do anestesiológista, que constatou quadro de dor aguda intensa com escala numérica para dor de 9/10. Foi realizado bloqueio do nervo ciático por via anterior, técnica de Beck, com o uso de ultrassonografia com transdutor curvo e neuroestimulador. Após obter resposta motora ao estímulo com 0, 5 mA e confirmação visual na USG, foi injetado 20ml de ropivacaína a 0, 5%. Além do bloqueio ciático, foi realizado bloqueio trans-sartorial do nervo safeno com o uso de 5 ml de ropivacaína a 0, 5%. Cinco minutos após o bloqueio, o paciente apresentava-se sem sinais de intoxicação por anestésico, sinais vitais estáveis e escala de dor 3/10, evoluindo para ausência de dor após 9 minutos. O procedimento ocorreu sem intercorrências, sendo o paciente encaminhado para fixação externa de tibia, não sendo necessária anestesia complementar, além de analgesia pós operatória satisfatória. **DISCUSSÃO:** Dor é o sintoma mais comum relatado pelos pacientes admitidos na sala de emergência. Os anestesiológistas estão cada vez mais envolvidos no tratamento da dor dos politraumatizados, uma vez que o uso da anestesia regional mostra-se superior ao tratamento farmacológico convencional. Os bloqueios de plexo ou de nervos periféricos estão bem indicados nos traumas agudos de extremidades por apresentarem vantagens em relação à anestesia espinhal e mínimas alterações hemodinâmicas. Neste caso realizou-se bloqueio do nervo ciático e safeno por se tratar de fratura do terço distal da tibia com acometimento de território cutâneo; O bloqueio do nervo ciático foi realizado por via anterior, devido à limitação de posicionamento. O bloqueio de nervo safeno foi realizado por via trans- sartorial pela facilidade técnica em se identificar o mesmo. Este relato demonstra que a participação do anestesiológista com experiência em anestesia regional e a disponibilidade de equipamentos foi fundamental para sucesso do procedimento, permitindo alívio da dor e tratamento cirúrgico com maior satisfação do paciente. **REFERÊNCIA:** 1. Davidson EM, Ginossar Y, Avidan A. Pain management and regional anaesthesia in the trauma patient. *Curr Opin Anaesthesiol* 18. 169-174. 2005. 2. Cohen S. P, Christo P. J, Moroz L. Pain management in trauma patients. *Am J Phys Med Rehabil* 83. 142-161. 2004.

RAQUIANAESTESIA TORÁCICA EM PACIENTE COM COMPROMETIMENTO PULMONAR - RELATO DE CASO

AUTORES:

Marcelo Vaz Nunes*, Adriano Bechara de Souza Hobaika, Cláudia Helena Ribeiro da Silva, Wirleyde Mattos Leão, Lucas Almeida Fernandes Junior, Bruno Damini Fontella.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Santa Casa de Belo Horizonte (MG).

INTRODUÇÃO: A raquianestesia torácica tem sido utilizada recentemente como técnica de anestesia alternativa para pacientes com comprometimento pulmonar grave e também em pacientes saudáveis, para procedimentos como colecistectomia. Este caso clínico descreve um caso de raquianestesia torácica para um paciente portador de metástase pulmonar e diabetes, com resultado satisfatório. **RELATO DE CASO:** Paciente sexo feminino, 57 anos, submetida a gastrostomia cirúrgica. Apresentava carcinoma espinocelular de hipofaringe envolvendo a vértebra de C6, a carótida e a tireoide, com fístula para região cervical. Apresentava metástase pulmonar e era portadora de diabetes mellitus. Em tratamento radioterápico e quimioterápico e em uso de metformina, insulina, fluconazol, decadron, ondansetron, omeprazol. Após venóclise, sedação com midazolam (3, 0 mg) e paciente na posição sentada, foi realizada punção peridural com no interespaço T7/T8 e introduzido cateter peridural. A seguir, introduzida agulha 25G Quinke 5, 4 cm no interespaço subaracnóideo T8/T9 (ângulo de 25° em relação à pele) e administrada 5, 0 mg de bupivacaína isobárica. O nível de anestesia se manteve de T3 a T12, preservando movimentação de membros inferiores. Foi necessário tratar bradicardia sinusal com 0, 5 mg de atropina e hipotensão com 4, 0 mg de etilefrina. Aos 45 minutos de procedimento, foi necessária a complementação da anestesia com 10 ml de bupivacaína 0, 125%. O procedimento durou 65 minutos e a paciente foi encaminhada à sala de recuperação pós-anestésica. **DISCUSSÃO:** O maior motivo de preocupação na administração de raquianestesia é a possibilidade de punção medular acidental com seqüela neurológica transitória ou definitiva. Sabe-se que a medula espinhal termina aproximadamente no interespaço L2/L3, sendo seguro administrar raquianestesia abaixo deste. Estudos de ressonância magnética estimaram a distância média entre a dura-máter e a medula nos vários interespaços torácicos. Em um estudo, Lee e cols. encontram a maior distância dural-medular em T6 (9. 5 ± 1. 8 mm). A técnica de raquianestesia torácica é mais uma técnica anestésica que pode ser utilizada em algumas situações especiais. A intubação traqueal, neste caso, poderia ser impossível devido às alterações anatômicas e no segundo caso, provavelmente o paciente precisaria de recuperação pós-operatória em terapia intensiva para extubação traqueal. **REFERÊNCIA:** 1- van Zundert AAJ, Stultiens G, Jakimowicz JJ et al. - Segmental spinal anaesthesia for cholecystectomy in a patient with severe lung disease. *Br J Anaesth*, 2006;96:464-466. 2- van Zundert AAJ, Stultiens G, Jakimowicz JJ et al. - Laparoscopic cholecystectomy under segmental thoracic spinal anaesthesia: a feasibility study. *Br J Anaesth*, 2007;98:682-686.

Bloqueios do Plexo Braquial

BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL EM PACIENTE PEDIÁTRICO – UMA TÉCNICA SEGURA?

AUTORES:

Ismael Borges Moraes*, Calina Ligia de Sousa Lima, Yaska Lessa Nunes, Bruno Pacheco Ibraim, Rafael Campos Gaio, Thirza Veloso Correia.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Geral de Nova Iguaçu.

INTRODUÇÃO: As complicações neurológicas desencadeadas pelos bloqueios regionais são raras, estimadas em inferiores a 3% quando relacionadas a bloqueio de nervos periféricos. Amplamente difundido entre os anesthesiologistas, bloqueios regionais são práticas cotidianas. O temor pelo desenvolvimento de reações adversas leva alguns desses profissionais a repensarem a prática, principalmente em pacientes da faixa pediátrica. **RELATO DE CASO:** Paciente feminino, 8 anos, branca, 30 Kg, 110 cm, IMC: 24, 7, ASA I, mallampati I. Acompanhada pela mãe que negava comorbidades/uso de medicações, alergias assim como cirurgias prévias. Optou-se por bloqueio de plexo braquial e sedação pelo fato da paciente ser bastante cooperativa. Sedada com 5 mg de midazolam. Realizado bloqueio de plexo braquial via axilar com agulha hipodérmica 25x07, injeção de 10 ml de lidocaína 0, 8%+10 ml bupivacaína 0, 25%+Adrenalina 1:200. 000. Ao término do bloqueio aguardou-se 5 minutos, e, testado o plexo, a criança não referia dor. Realizada a injeção de 50 mcg de fentanil IV. Proposta inicial de passagem de fio(Kirschner), porém optaram por abrir e passar faixa isquêmica. A paciente não referiu dor após a passagem da faixa. Iniciou-se o procedimento cirúrgico sem intercorrências. Administrados 1 g de cafazolina, dexametasona 6 mg, dipirona 1 g e metoclopramida 7 mg. Aos 30 minutos do procedimento cirúrgico verificou-se aumento significativo da pressão arterial (PA);pensou-se em falha da aferição, mas a PA permaneceu elevada, chegando a 180x120 mmHg. O procedimento foi finalizado e, ainda com a faixa isquêmica realizou-se a reversão da sedação com 0, 2 mg de flumazenil. Ao despertar, a criança abriu os olhos e apresentou crise convulsiva generalizada, queda da saturação com a necessidade apenas de ventilação sob máscara para normalização. Administrados 3 mg IV de midazolam, sendo controlada a crise e retirada imediatamente a faixa isquêmica. Em nova aferição a PA era de 120x50 mmHg. Após curativo gessado a criança foi encaminhada à SRPA com O2 sob máscara e saturação de 95%, PA:100x50 mmHg e FC:110 bpm. Após 1 hora a criança acordou bem, lúcida, sem queixas, sem alterações ao exame neurológico e sem dor. **DISCUSSÃO:** O primeiro bloqueio de plexo braquial é datado de 1884 e, desde então, vem sendo aprimorado em suas técnicas e amplamente utilizado no cotidiano do anesthesiologista. A anestesia regional se mostra superior quando comparada à anestesia geral em termos de analgesia e redução da necessidade de opioides nas primeiras 24 horas de pós-operatório para cirurgias de braço e mão. Entretanto, alguns anesthesiologistas hesitam em aderir a essa técnica devido às peculiaridades do paciente pediátrico. **REFERÊNCIA:** Hamaji A, Takata EY, Junior WC et al. Bloqueio de Plexo Braquial. In:Cangiani LM, Slullitel A, Potério GMB et al. Tratado de anesthesiologia SAESP. 7. ed. São Paulo, Atheneu, 2011;1619-1641. Jr GEM, Mikhail MS, Murray MJ. Bloqueios de Nervos Periféricos. In:Alves SN, Gouvêa G, Guirro U. Anesthesiologia Clínica. 4. ed. Rio de Janeiro, Revinter, 2010;300-302.

BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL INFRACLAVICULAR GUIADO POR ULTRASSOM: QUAL O VOLUME EFETIVO MÍNIMO DE ROPIVACAÍNA?

AUTORES:

Verônica Vieira da Costa*, Mônica Rossi Rodrigues, Sandro Barbosa de Oliveira.

INSTITUIÇÃO:

Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação

JUSTIFICATIVA:O bloqueio infraclavicular é utilizado em cirurgias de mão e antebraço, com taxa de sucesso igual aos bloqueios axilar e supraclavicular, poucos efeitos adversos e menor tempo de execução¹. Ainda não está definido o volume ideal de anestésico local (AL) por esta via². **OBJETIVO:** Estimar o volume mínimo eficaz de ropivacaína em pacientes submetidos ao bloqueio infraclavicular guiado por ultrassom (US) para cirurgia de mão e antebraço. **MÉTODO:** Após consentimento informado e aprovação do comitê de ética, foram avaliados randômica e prospectivamente pacientes de ambos os sexos, com 18 a 70 anos, estado físico I/III(ASA), IMC abaixo de 35, sem doença pulmonar ou neurológica prévia, submetidos a cirurgias de antebraço e mão. O primeiro paciente recebeu 20 ml de ropivacaína 0, 6%. A definição do volume nos casos subsequentes foi feita pelo Up and Down Method, onde o volume depende daquele utilizado no paciente anterior. Em caso de falha, o paciente seguinte recebia volume com incremento de 2ml. Em caso de sucesso, o próximo paciente recebia 2ml a menos, com probabilidade igual a 11%, ou a mesma dose com probabilidade igual a 89%. Foram definidos os limites mínimo de 12, e máximo de 30 ml. Em caso de falha com 30 ml, o paciente seguinte recebia o mesmo volume. O mesmo ocorria em caso de sucesso com 12ml. Os pacientes foram sedados com fentanil e midazolam. A instalação dos bloqueios sensitivo e motor foi testada a cada 5 minutos até o início da operação. A última avaliação era feita pelo cirurgião imediatamente antes da incisão. Foram anotados o tempo de execução do bloqueio, complicações, tempo médio para início da cirurgia, valores de entropia e falhas. Em caso de falha total era induzida anestesia geral e, de falha parcial, infiltrado AL pelo cirurgião. Todos os bloqueios foram feitos pelo mesmo anestesista. **RESULTADO:** Foram incluídos 116 pacientes, sendo 104 mulheres(89, 7%), com idade média de 51 anos(19-69). O tempo médio de execução do bloqueio foi de 26 segundos e para início da cirurgia de 32 minutos. Complicações:punção arterial(1), punção venosa(1), vômito(1), parestesia(1) e náusea(1). Houve um caso de falha total(0, 9%), com 14ml. A incidência de falha parcial foi de 8, 6%, calculada para todos os volumes administrados. Foram excluídos três pacientes por dificuldade técnica na realização do bloqueio. O índice médio de entropia foi de 81 (62-92). Utilizando a regressão isotônica e intervalo de confiança bootstrap, o volume mínimo efetivo para a injeção única no bloqueio de plexo infraclavicular foi estimado em 18 ml(IC 95%, 14 a 22mL). **CONCLUSÃO:** O volume mínimo efetivo de ropivacaína 0, 6% via infraclavicular guiado por US para cirurgia de mão e antebraço é 18ml. **REFERÊNCIA:**1. GonzalezAP. et al. A Randomized comparison between three combinations of volume and concentrations of lidocaine for ultrasound-guided infraclavicular block. RegAnesth PainMed2013;38:206-11. 2. TranDQH. et al. Minimum effective volume off lidocaine for ultrasound-guided infraclavicular block. RegAnesth PainMed2011;36:190-4.

LESÃO NERVOSA PERIFÉRICA APÓS BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

AUTORES:

Kalebe Alexandre Capuci*, Laura Bisinotto Martins, Marco Antônio Ribeiro de Almeida, Flora Margarida Barra Bisinoto, Maria Cristina Baptista Cardoso Paroneto.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

INTRODUÇÃO: O bloqueio de nervo periférico com uso do neuroestimulador, apesar do advento da ultrassonografia, continua sendo uma técnica importante, podendo ser usado sozinho ou combinado com o ultrassom. O objetivo deste é relatar uma complicação após bloqueio de plexo braquial via interescalearnica com neuroestimulador. **RELATO DE**

CASO: Paciente de 27 anos, feminina, 72 kg, com fratura de radio distal esquerdo (E). Programada cirurgia de urgência de osteossíntese de radio distal e classificada como ASA 1. Foi monitorizada com cardioscópio, oxímetro de pulso e pressão arterial não invasiva. A anestesia proposta foi o bloqueio de plexo braquial via interescalearnica com neuroestimulador. Foi utilizado 45ml de ropivacaína a 0,45%, associado a 150 mcg de clonidina, que foi injetado após resposta motora com estímulo de 0,4 mA e ausência de resposta a 0,3 mA. As medicações associadas foram: midazolam (5mg), cefazolina (1g) e ondansetrona (8mg). Após 15 minutos foi iniciado o garroteamento do membro superior esquerdo (MSE), com faixa de Smarch que foi retirada após 95 minutos de cirurgia e o procedimento cirúrgico durou 120 minutos, sem intercorrências. A paciente recebeu alta hospitalar em 24 horas, e 21 dias após o procedimento cirúrgico foi encaminhada ao serviço de anestesiologia, com queixa de dificuldade na movimentação do punho e do polegar. Foi constatado ao exame clínico: força diminuída em punho e dedos da mão E; aumento do reflexo ósseo-tendíneo em MSE; parestesia e alodínia de polegar, região tenar e hipotenar, porção lateral do segundo dedo mão E, além da região proximal do rádio. Foi solicitado avaliação da neurologia, que após a eletroneuromiografia (ENM), realizada 4 meses após procedimento cirúrgico, diagnosticou axonotmese dos nervos mediano, ulnar e radial em MSE, que do ponto de vista neurofisiológico foi considerada como sendo uma lesão no terço médio do braço. A paciente foi encaminhada para fisioterapia e medicada com amitriptilina 50mg dia. Evoluiu com melhora total do quadro clínico após 6 meses de tratamento. **DISCUSSÃO:** Devido à localização da lesão na ENM a provável causa foi o garroteamento. A lesão de nervo periférico é mais comum com a faixa de Smarch comparado ao garroteamento pneumático, devido à falta de controle pressórico exercido no membro com aquela técnica. Essa lesão, em geral, tem bom prognóstico sendo que metade dos casos persiste após 6 meses e 2% após 1 ano. Apesar de rara (1,8/1000 de sintomas neurológicos até seis meses), é uma complicação temível para o anestesologista, podendo ser precipitada por várias causas e dentre elas as principais são: lesão pelo garrote, trauma da agulha de punção com o uso do neuroestimulador ou neuropatias pré-existentes. **REFERÊNCIA:** Neal JM, Bernardis CM, Hadzic A, et al. ASRA Practice Advisory on Neurologic Complications in Regional Anesthesia and Pain Medicine. Reg Anesth Pain Med. 2008; 31:404-415.

LESÃO NEURAL EM BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

AUTORES:

Fernando Martins Piratelo*, Joana Zulian Fiorentin, Leonardo Dorigom, Fábio Perches.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Universitário Cajuru - Curitiba/PR.

INTRODUÇÃO: Complicações neurológicas ocorrem em 0,03% das anestésias regionais. O bloqueio anestésico é responsável por 16% das lesões do plexo braquial, principalmente após o bloqueio interescalearnico. A lesão do nervo periférico representa 26% das complicações, mais frequente no nervo ulnar (28%) e no plexo braquial (20%), causando dor, parestesia, déficit sensorial e/ou motor que geralmente surgem nas primeiras 24 horas, são transitórias e autolimitadas, sendo consideradas permanentes quando persistem após 12 meses. Em 85% dos casos há resolução em até 3 meses. Relato do Caso: MNS, 27 anos, branco, vítima de colisão de motocicleta. Chega ao Hospital no dia 29/04/2013 com fratura de metacarpo esquerdo. Paciente hígido, com jejum de 8 horas, sedado com midazolam 3mg e fentanil 50µg + droperidol 2,5mg. Realizado bloqueio do plexo interescalearnico em punção única com o uso do estimulador do nervo com intensidade de 0,5 mA e com agulha de bisel curto, utilizando 10 ml de Ropivacaína 0,75% e 10 ml de Lidocaína 2% com adrenalina. Realizado bloqueio do plexo axilar da mesma forma, dividindo as doses entre estímulos do nervo mediano, radial e ulnar, sem intercorrências. A cirurgia durou 2 horas e não foi utilizado garrote. No pós-operatório (PO) imediato apresentou parestesia e paresia do ombro esquerdo até extremidade distal, ausência de hematoma local, com regressão gradual dos sintomas até o 3º PO, persistindo a parestesia e paresia a partir da extremidade distal do antebraço. Recebe alta hospitalar com prednisona e complexo B. Reavaliado no 22º PO referiu parestesia em região palmar e força grau 1. No 45º PO progrediu para força grau 3 e persistiu a parestesia palmar. **DISCUSSÃO:** A lesão neural pode decorrer de hematoma, edema, degeneração ou ruptura das fibras nervosas. O uso de agulhas de bisel curto não se relaciona a uma maior frequência de lesão, mas a uma maior gravidade, desconforto e retardo na reparação neural. A associação da adrenalina pode reduzir 50% do fluxo sanguíneo neural, raramente causando desmielinização. O uso do anestésico local nas doses habituais pode produzir apenas efeitos tóxicos transitórios e reversíveis, sendo a degeneração neuronal consequente ao trauma e não ao tipo ou concentração do anestésico. Dentre os fatores de risco pessoais encontram-se: neuropatia prévia, sexo masculino, idade avançada, extremos de peso e diabetes. Já os cirúrgicos incluem trauma, hematoma, inflamação, infecção, comprometimento vascular, isquemia pelo garrote e posicionamento do paciente. O estimulador do nervo reduz trauma mecânico do nervo periférico com o estímulo entre 0,2 e 0,5 mA. Se o estímulo persiste com < 0,2mA há maior chance de estar intraneural. O Hospital Universitário Cajuru realiza mais do que 2000 bloqueios do membro superior por ano, não havendo relatos de lesão do plexo braquial neste serviço nos últimos anos.

Bloqueios Neuroaxiais

ANESTESIA EM PACIENTE GESTANTE OBESA MÓRBIDA SUBMETIDA À CESARIANA

AUTORES:

Leopoldo Palheta Gonzalez, Andrezza Monteiro Rodrigues da Silva, Ivandete Coelho Pereira, Eulivia de Oliveira Maia*, Vanessa Marques Mendonça.

INSTITUIÇÃO:

Maternidade Balbina Mestrinho.

INTRODUÇÃO: – A obesidade é considerada pela OMS um problema de saúde global. Sua prevalência aumentou significativamente nos últimos anos, principalmente no sexo feminino. Durante a gestação, ocorre um aumento esperado de peso decorrente do crescimento fetal e do aumento nos depósitos de gordura maternos. Esse aumento de peso, inerente à gravidez, quando associado à obesidade prévia, torna-se fator aditivo para o surgimento da obesidade mórbida, com todas as suas implicações nos mais diversos sistemas orgânicos, entre elas a possibilidade de maior dificuldade na realização de bloqueios do neuroeixo devido à flexão reduzida da coluna e à dificuldade na identificação de pontos anatômicos essenciais, tornando-se, assim, um desafio para o anestesiológico. Relato do Caso – Paciente do sexo feminino, 21 anos, 170 kg, 1,64m2, IMC 63. Presença de mamas volumosas, arcada dentária incompleta e Mallampati IV. Portadora de doença hipertensiva específica da gravidez. Deu entrada no centro obstétrico em trabalho de parto (distócia e cesárea anterior), foi monitorizada com ECG em três derivações, SpO2, PANI e administrado, durante 30 minutos, 1000 ml de cristalóide através de cateter intravenoso calibre 18G, além de ranitidina 50 mg e ondasetrona 8 mg. Foi colocada em posição sentada e as mamas tracionadas em direção cefálica. A linha média foi identificada através da apófise cervical e, após tracionar os flancos em direção anterior, a punção subaracnóidea foi realizada em L3-L4 com agulha Quincke 27G. Injetado cloridrato de bupivacaína 0,5% hiperbárica 14mg e morfina 80mcg. Em seguida, a paciente foi colocada em posição supina, com inclinação discreta do dorso, e utilizado um dispositivo no quadril direito para desvio uterino esquerdo. Realizada oferta de oxigênio sob máscara facial com taxa de 5l/min e administrado 4 mg de etilefrina durante todo o procedimento anestésico cirúrgico, que durou 60 minutos, sem nenhuma intercorrência. **DISCUSSÃO:** – Os principais problemas maternos relacionados à associação obesidade e gravidez são a doença hipertensiva, o diabetes mellitus, as desordens respiratórias e cardiovasculares. Além desses, o aumento do tecido adiposo também traz maior dificuldade para a realização de bloqueio do neuroeixo, acesso venoso e abordagem das vias aéreas, necessitando essa paciente de um cuidado específico direcionado para todas as alterações causadas pela obesidade. Portanto, é imprescindível a avaliação clínica e o exame físico cuidadoso dessas pacientes para planejamento do manejo anestésico adequado e suas alternativas, com a disponibilidade de materiais necessários e apropriados. **REFERÊNCIA:** – 1. Ellinas, E. H. et al. The effect of obesity on neuraxial technique difficulty in pregnant patients: a prospective, observational study. *Anesth & Analg.* 2009. Vol. 109, no. 4.

ALTERAÇÕES HEMODINÂMICAS E ANALGESIA PÓS OPERATORIA NA RAQUIANESTESIA COM DIFERENTES DOSES DE CLONIDINA ASSOCIADA A ANESTÉSICO LOCAL

AUTORES:

Thamiris Marques da Silva*, Juliana Soares de Oliveira, Oscar César Pires, Claudia Fernanda Silva Guimarães, Heloisa Marques Zaghetto, Julia Maria Ferreira de Oliveira.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Municipal Dr. Jose de Carvalho Florence.

INTRODUÇÃO: Estudos mostraram que a associação da clonidina e bupivacaína prolonga a duração do bloqueio e a analgesia pós operatória, porém pode potencializar a hipotensão e bradicardia¹. Não obstante, o prolongamento da analgesia e do tempo de duração do bloqueio não tem seu mecanismo estabelecido. **OBJETIVO:** O presente estudo teve como objetivo comparar as alterações da pressão arterial sistólica com diferentes doses de clonidina associada ao anestésico local na anestesia subaracnóidea. **MÉTODO:** Participaram do estudo 40 pacientes com pacientes entre 18 e 60 anos, estado físico ASA P1 ou P2, submetidos à anestesia subaracnóidea para cirurgia eletiva ginecológica e histeriorrafia inguino-escrotal com IMC entre 20 e 30 Kg. m2 sendo excluídos pacientes com doenças da tireoide, cardiopulmonares, psiquiátricas, uso crônico de álcool, de clonidina e de antidepressivos. Os pacientes foram alocados em 4 grupos (n = 10): GSF – recebeu 1 mL de solução salina associado a 15 mg de bupivacaína hiperbárica, Grupos tratados; receberam bupivacaína hiperbárica como no grupo controle associada a: 50µg de clonidina em qsp 1 mL com solução salina (GC50), 100µg de clonidina em qsp 1 mL com solução salina (GC100) e, 150µg de clonidina (GC150). A monitorização constou de cardioscópio, PANI, oximetria de pulso e FC. Foram registrados a pressão arterial sistólica nos momentos: T0: chegada na sala de cirurgia; T1: imediatamente após o bloqueio e T2: 30 min após realização do bloqueio anestésico. Antes da realização do bloqueio, foi realizada venoclise com cateter 18G e hidratação com solução de ringer com lactato 10 ml. kg⁻¹. A punção lombar foi realizada com agulha 27G tipo Quincke, nível da punção L2-L3 ou L3-L4 e a velocidade da injeção foi de 1,0 ml. 5seg⁻¹. Para análise estatística dos resultados obtidos foi utilizado o programa JMP do Statistical Analysis System adotando nível de significância de 5%. **RESULTADO:** Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos nos momentos estudados (p<0,05), resultado este que pode ser explicado devido às doses aqui estudadas estarem implicadas com similar efeito sobre os receptores 1 e 2 adrenérgicos, necessitando estudos com doses menores visando elucidar maior efeito sobre os receptores 2, com consequente maior efeito hipotensor. **CONCLUSÃO:** Os resultados obtidos sugerem que as doses de clonidina utilizadas neste estudo não interferem na pressão arterial sistólica. Entretanto este resultado deve ser confirmado com estudos envolvendo maior número de pacientes. **REFERÊNCIA:** 1. Fonseca NM, Aires de Oliveira C-Effects of combined clonidine and 0.5% hyperbaric bupivacaine on spinal anesthesia. *Br J Anaesthesiol.* 2001;51:483-492.

ANESTESIA EM PACIENTE PORTADOR DE VENTRÍCULO ÚNICO E ALERGIA A LÁTEX SUBMETIDO À HERNIORRAFIA INGUINAL

AUTORES:

Laissy Tassiany Cabral Bezerra, Márcio Henrique Lopes Barbosa, Elton Pereira de Sá Barreto Junior*, Jedson dos Santos Nascimento.

INSTITUIÇÃO:

Santa Casa de Misericórdia da Bahia.

INTRODUÇÃO: Ventrículo único é uma doença rara e grave, representando cerca de 1% das cardiopatias congênitas. A sobrevivência é de 30% no primeiro ano de vida. Alergia ao látex é uma entidade relativamente rara, sendo responsável por cerca de 12, 5% dos casos de choque cardiogênico peroperatório. Aqui, nós apresentamos a conduta anestésica em um paciente jovem portador de ventrículo único e alergia a látex que foi submetido à cirurgia eletiva não cardíaca.

RELATO DE CASO: Homem, pardo, 25 anos, portador de cardiopatia congênita cianótica complexa (ventrículo único) e história de alergia a látex, com indicação de herniorrafia inguinal esquerda. Relatou ter feito primeiro procedimento cirúrgico (Blalock-Taussing) aos cinco meses de vida. Com cinco anos, realizou a cirurgia de Fontan. O eletrocardiograma e exames laboratoriais pré-operatórios encontravam-se normais. O ecocardiograma mostrava ventrículo único com morfologia de esquerdo, dupla via de entrada, com refluxo moderado em valva átrioventricular e função sistólica preservada. A cirurgia foi marcada para o primeiro horário do turno e todo produto que continha látex foi substituído. Na sala cirúrgica, o paciente apresentava-se cianótico, com saturação de oxigênio (SpO₂) de 78%, frequência cardíaca (FC) de 80bpm, níveis tensionais (TA) de 100/60mmHg. O procedimento foi realizado sob raqui-anestesia com 10 mg de bupivacaína isobárica e 80 mcg de morfina. O paciente foi sedado com 1 mg de midazolam e 50 mcg de fentanil, mantido em ventilação espontânea com suplemento de O₂, via cateter nasal, 3L. min⁻¹. Durante todo procedimento, permaneceu estável hemodinamicamente, com SpO₂ variando entre 84%-89%. Ao final da cirurgia, foi encaminhado para unidade de terapia intensiva (UTI). Permaneceu na UTI clinicamente estável, assintomático, recebendo alta da unidade após 24 horas. **DISCUSSÃO:** É cada vez mais comum que o anestesista se depare com paciente com fisiologia de Fontan. Esta cirurgia caracteriza-se em prover fluxo pulmonar por uma anastomose entre a veia cava e a artéria pulmonar, única maneira de manter a vida nos casos de ventrículo único funcional. O manejo anestésico desses pacientes objetiva a manutenção de uma pré-carga adequada, boa oxigenação/ventilação, controle da dor e das náuseas/vômitos pós-operatórios. É sabidamente reconhecido que a anestesia regional reduz a pré-carga. Todavia, sabemos também que é a melhor técnica anestésica para bloquear a dor pós-operatória, reduzindo o estresse cirúrgico e a liberação de catecolaminas. No que concerne a história de alergia a látex, o paciente possui alguns fatores de risco, como a história de atopia (rinite) e a exposição a vários procedimentos. A preocupação com a conduta anestésica do caso em questão foi a preservação da estabilidade hemodinâmica durante o procedimento e o controle da dor pós-operatória. Diante do exposto, conclui-se, pois, que a anestesia adotada foi segura e adequada, permitindo a realização da cirurgia indicada.

ANESTESIA NA HIPERTENSÃO PULMONAR EM PACIENTE ANTICOAGULADO

AUTORES:

Helena Rodrigues de Barros, Lúcia Prevedello Carvo, Gabriel Spat Carlesso, Maria del Pilar Jácome Merino, Fernando Rudem Brasil, Vasco Miranda Júnior.

INSTITUIÇÃO:

Santa Casa de Porto Alegre CET SBA UFCSPA.

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: A hipertensão arterial pulmonar (HAP) é um achado frequente em pacientes assintomáticos. A simples presença de HAP na vigência de qualquer cardiopatia ou pneumopatia está associada a um pior prognóstico e aumenta o risco de eventuais intervenções terapêuticas. A indicação de qualquer procedimento deve ser cuidadosamente discutida, bem como a monitorização hemodinâmica e ventilatória devem ser rigorosas. Nosso objetivo nesse trabalho é descrever o manejo anestésico de cirurgia intrabdominal em paciente portador de HAP e disfunção de ventrículo direito (VD). **RELATO DE CASO:** , 75 anos, ASA IV (ex-tabagista, ex-etilista, DPOC Gold III exacerbado no momento da cirurgia, ICC NYHA 4 compensada - FE = 29% com disfunção de VD, bioprótese mitral por estenose mitral por sequela reumática, HAP com PSAP de 50mmHg, fibrilação atrial persistente, IRC estágio 3). Em uso de formoterol + budesonida, metoprolol, furosemida, digoxina, warfarin, hidralazina, espironolactona. Admitido em 09/05/13 apresentando hematoquezia e epigastralgia. Exames laboratoriais (09/05): Ur=102; Cr=1, 9; Na=141; K=4, 7; Hb=12, 7; Ht=40, 3%; plaq=244mil; leuc=17860 com desvio; TP=33, 4; TTP=36; RNI=3, 22. Foi suspenso o cumarínico pela equipe clínica assistente e iniciada enoxaparina. Com diagnóstico de adenocarcinoma invasor de cólon suboclusivo com múltiplas metástases hepáticas e lesão vegetante vesical sugestiva de carcinoma urotelial à cistoscopia. Indicada colostomia protetora, sem indicação de abordar lesão vesical. RNI: 1, 17 em 3/7/13, data em que foi realizado o procedimento proposto. Foi monitorizado com cardioscópio, oximetria de pulso, pressão arterial invasiva em artéria radial esquerda Jelco 20, PVC acesso venoso central em veia jugular interna direita. Sedação com diazepam 6mg. Realizado bloqueio peridural em L3-L4 com agulha 17G de Tuohy, passado cateter peridural e realizado dose teste negativa com 2ml de lidocaína a 2% CV. Injetados um total de 10 mL de ropivacaína 0, 375%, 20mL de lidocaína 1, 5% CV e 50mcg de fentanil. Iniciada infusão contínua de dobutamina em acesso venoso central logo após o bloqueio. Após uma hora de procedimento, iniciada noradrenalina. **RESULTADO:** Paciente manteve sinais vitais estáveis e estabilidade hemodinâmica no transoperatório, sem piora do quadro respiratório. No primeiro PO, foram suspensos os vasopressores. No segundo PO, foi suspensa a dobutamina e o paciente recebeu alta da UTI. O CPD foi mantido e utilizado para analgesia por 24h com solução de ropivacaína 0, 2%. **DISCUSSÃO: E CONCLUSÕES:** Informações sobre morbidade perioperatória e mortalidade em pacientes com HAP submetidos a cirurgias não cardíacas são escassas na literatura. Cabe ao anestesista identificar tais pacientes com objetivo de iniciar uma abordagem mais agressiva visando melhorar desfecho pós-operatório nessa população de alto risco. **REFERÊNCIA:** 1- J. Am. Coll. Cardiol. 2005;45;1691-1699, doi:10. 1016/j. jacc. 2005. 02. 055

ANESTESIA SUBARACNÓIDEA HIPOBÁRICA - RELATO DE CASO

AUTORES:

Hermes Melo Teixeira Batista*, Luiz Carlos de Abreu, Rachel Filgueiras de Menezes, Pedro Suyã Costa Vieira, Taise Vasques Dantas Landim, Tayanna Batista Vieira Teixeira.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Regional do Cariri.

INTRODUÇÃO: na prática diária da anestesiologia regional, observamos o uso frequente de anestesia subaracnóidea hiperbárica e isobárica. Existem algumas situações em que a anestesia hipobárica traz um conforto maior para o paciente e para o anestesiológico. Fraturas de colo de fêmur em que a posição operatória é o decúbito lateral se encaixam perfeitamente nesse critério. Nesses casos, a posição da punção é a mesma da cirurgia, diminuindo o manuseio do paciente. Mesmo as cirurgias em decúbito dorsal podem ter benefício, uma vez que é mais confortável o decúbito lateral com a fratura em posição superior, que a posição sentada, para a realização da punção. Mantendo o paciente em DL por 20 minutos. Relato do caso: paciente do sexo feminino, 95 anos, cardiopata (insuficiência coronariana crônica) com angina aos mínimos esforços, hipertensa e diabética, admitida com fratura de colo de fêmur direito. Parecer cardiológico: paciente de risco muito elevado. Realizada medicação pré-anestésica na sala de cirurgia, fentanil e midazolam, paciente assumiu a posição de decúbito lateral esquerdo. Antissepsia extensa da região lombar, punção paramediana em L3-L4 com agulha nº 25 G 3 1/2, ponta de Quincke e presença de líquido cristalino. Administrada solução de bupivacaína isobárica 0,5% 1,5 ml (7,5 mg) acrescida de sufentanil, 2,5 mcg e mais 3 ml de água destilada, fazendo um total de 5 ml e a uma velocidade de 1 ml para cada 15 s. Permanência na posição por exatos 20 minutos e posicionamento na mesa de tração em Decúbito Dorsal Horizontal. Apresentou hipotensão moderada nos 15 minutos iniciais, controlada com vasopressor (metaraminol + efedrina em BIC) com completa reversão e estabilização hemodinâmica. A cirurgia durou 70 minutos e ao final a paciente foi encaminhada à UTI para acompanhamento como sugerido pelo cardiologista. **DISCUSSÃO:** a raquianestesia com solução hipobárica ainda não tem seu uso amplamente difundido e pode ser uma ótima opção para nosso arsenal de técnicas. O relato do caso ilustra uma situação em que a anestesia subaracnóidea hipobárica teve uma indicação precisa, com excelente resultado. **REFERÊNCIA:** 1- Luiz Eduardo Imbelloni, TSA; Lúcia Beato, TSA; M. A. Gouveia, TSA. Raquianestesia Unilateral com Bupivacaína Hipobárica Unilateral Spinal Anesthesia with Hypobaric Bupivacaine Rev Bras Anesthesiol, 2002;52(5):542-548. 2- Luiz Eduardo Imbelloni, Lucia Beato, MA Gouveia, Jose Antonio Cordeiro. Baixa Dose de Bupivacaína Isobárica, Hiperbárica ou Hipobárica para Raquianestesia Unilateral Rev Bras Anesthesiol, 2007;57(3):261-271

ANALGESIA NEUROAXIAL: EXPERIÊNCIA DE 1 ANO NO SERVIÇO DE DOR AGUDA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

AUTORES:

Laura Prates Vtória, Larissa Schneider, Patricia W. Gammann, Waleska S. Vieira, Elaine A. Felix, Elaine A. Felix.

INSTITUIÇÃO:

Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

ESTUDO TRANSVERSAL - INTRODUÇÃO: A técnica peridural contínua influencia positivamente os desfechos no pós-operatório sendo a técnica de escolha em nossa instituição para procedimentos de grande porte. Entretanto, a incidência de falhas com o uso dessa técnica chega a 30% em alguns estudos. **OBJETIVO:** Avaliar a qualidade da analgesia e a incidência de complicações da analgesia neuroaxial realizada pela equipe de Cuidados Pós-Anestésicos do Serviço de Anestesia e Medicina Perioperatória do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Metodologia: Revisão de ficha de acompanhamento pós-anestésico dos pacientes submetidos a anestesia/analgesia neuroaxial entre julho 2012-julho 2013. Estatística descritiva da qualidade da analgesia e dos eventos adversos, além de comparação de variáveis categóricas com teste do chi-quadrado, foi realizada com o programa SPSS 18.0. **RESULTADO:** Durante o período foram resgatados os dados de 592 pacientes, média de idade 56,6 anos, sendo 10% ASA 1, 62% ASA 2, 26% ASA 3, 0, 1% ASA 4. Quanto a técnica 293 casos de peridural com infusão pós-operatória de anestésico local (bupivacaína 0,125%) com morfina em bolus, 115 com infusão pós-operatória de anestésico local sem opióide e 163 casos de anestesia raquidiana com morfina. Na chegada a sala de recuperação, os escores de dor moderada/forte foram maiores nas anestésias peridurais (26%) versus raquianestesia (15,4%) (p=0,036). Em relação aos efeitos adversos da analgesia vimos que a incidência de prurido foi mais frequente na raquianestesia (BSA) com morfina (13,4%), do que nas analgesias peridurais (PD) (5,01%) (p=0,02). Hipotensão, foi semelhante entre raquianestésias (10%) e a técnica peridural (13%) assim como náuseas e vômitos: (14%) e peridural (11%). Parestesias foram relatadas em 12% nos pacientes com infusão de AL, e bloqueio unilateral em 6,5%. Em todos os casos o cateter estava mais que 5 cm dentro do peridural. Tração acidental do cateter ocorreu em 16% e punção acidental de dura mater em 4%. Em 36,6% a infusão do AL abordou parcialmente a incisão e em 63,3% a infusão abordou totalmente a incisão. **CONCLUSÃO:** Apesar da ampla utilização das técnicas em neuroeixo em nossa instituição, é preciso realizar uma educação continuada do corpo clínico em relação a quantidade de cateter inserido dentro do espaço e necessidade de doses adequadas no peridural ao término do procedimento. Com esses dados pretendemos sensibilizar o grupo quanto a necessidade de implementação de anestesia/analgesia protetora individualizada para cada paciente/procedimento para otimização dos resultados. **REFERÊNCIA:** 1) Nigrainer, S. Bredanger, R. Drewel-Frohn Meyer E et al, Audit of motor weakness and premature catheter dislodgement after epidural analgesia in major abdominal surgery. Anaesthesia, 2009, 64, 27-31. 2) J. Hermandes, M. W. Hollmann, M. F. Stevens E et al Failed epidural: causes and management, BJA Advance Access published June 26, 2012, 1-11

AValiação RADIOGRÁFICA DO POSICIONAMENTO DE CATETER PERIDURAL

AUTORES:

Leonardo Aquino de Souza, Glayson Carlos Miranda Verner, Marco Antônio Dias Jogaiob, Marcelo Carneiro da Silva, Elialba de Farias Cascudo, Mariano Paiva Souza*.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Regional do Gama.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVO: Analisar o posicionamento de cateter peridural quanto a sua orientação no eixo crânio-caudal e a coincidência do nível proposto pelo anestesista e o nível real observado através de estudo radiográfico contrastado da coluna vertebral. **MÉTODO:** estudo prospectivo observacional, realizado no Hospital Regional do Gama, no período de 10 de setembro a 28 de novembro de 2011. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Foram incluídos no estudo todos os pacientes submetidos a técnica de anestesia peridural com cateter no período supracitado, e que tenham seguido as técnicas descritas no protocolo da pesquisa. Aqueles em que houve a quebra do protocolo, apresentavam relato de hipersensibilidade ao meio de contraste, com insuficiência renal e que não preencheram o termo de consentimento livre e esclarecido, foram excluídos do estudo. A Punção peridural foi realizada com agulha de Tuohy 16G, bisel com orientação cefálica, utilizado técnica de Dogliotti para determinação do espaço peridural, seguida da introdução do cateter, após a pré distensão fluida. O nível do espaço peridural, determinado pela anatomia de relação, foi registrado em formulário específico. Antes da retirada do cateter, era injetado contraste iodado não iônico no volume de 0, 5ml pelo cateter, e realizado Raio X de coluna toraco-lombar em perfil. **RESULTADO:** Foram alocados no estudo 32 pacientes, dos quais dois foram excluídos pois as radiografias mostraram-se inelegíveis. Dos 30 pacientes analisados, 18 eram do sexo feminino (60%). A média de idade foi de 53 anos variando de 29 a 85 anos. De todos os casos analisados, 14 punções foram realizadas em nível torácico e 16 lombar. Quando a coincidência no nível da punção proposto pelo anestesista e o real posicionamento do cateter visto a radiografia, somente 9 casos (30%), observou-se a correlação exata. Em 14 casos (46, 66%) o cateter estava um espaço abaixo do idealizado pelo anestesista. No que tange ao posicionamento assumido pelo cateter em relação ao eixo crânio-caudal, observou-se que a despeito do bisel estar orientado para porção cefálica em todos os casos, em 23, 33% dos casos, o cateter apresentou-se em situação caudal. **CONCLUSÃO:** O estudo radiográfico contrastado do cateter peridural permite a sua avaliação segura e precisa quanto ao posicionamento. Em aproximadamente 24% das vezes, a despeito da orientação cefálica do bisel da agulha de Tuohy, o cateter peridural assume a posição caudal. Na maior parte das vezes o local de inserção do cateter não coincide com a anatomia de relação. **REFERÊNCIA:** Kawagoe I, Tajima K, Kanai M et al- Confirmation of the position of the epidural catheter regarding its intended direction and location for lumbar epidural block. Masui 2009; 58: 6: 692-9. Uchino T, Hagiwara S, Iwasaka H et al – Use of imaging agent to determine postoperative indwelling epidural catheter position. Korean J Pain 2000; 23, 4: 247-53.

CATETER PERIDURAL EM ESPAÇO RETROPERITONEAL: RELATO DE CASO

AUTORES:

Maria Emília Gonçalves Estevez, Tatiana Souza do Nascimento, Leandro da Cruz Alves*, Maria da Graça Figueredo Carvalho, Viviane Brasil Sardão, Mauro Cesar Christino Alves.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Federal Cardoso Fontes.

INTRODUÇÃO: Na prática clínica, o uso da analgesia peridural para o manejo da dor aguda pós-operatória é a técnica de primeira escolha em cirurgias com extensa lesão tecidual por bloquear mais efetivamente a resposta neuroendócrina metabólica ao estresse cirúrgico bem como diminui as incidências de complicações respiratórias, cardíacas, embólicas, hemorrágicas. **RELATO DE CASO:** Paciente J. D masculino, 77 anos, 67kg/IMC 28, 5, portador da Doença de Parkinson em uso regular Levodopa + Cloridrato de benserazida 100/25mg sem outras comorbidades, ASA II encaminhado ao Centro Cirúrgico para realização de nefrectomia convencional D por exclusão sem a administrada de medicação pré-anestésica. Foi monitorizado com cardioscopia, oximetria de pulso, PNI e, posteriormente, capnografia e BIS. Realizada venóclise em MSE com cateter 18G e, a seguir, administrados Cefazolina 2g e Midazolam 2mg IV além de O2 100% sob máscara de Hudson. Puncionado espaço epidural L4-L5 mediana com introdução de cateter peridural (CPP) e injetada dose-teste com 60 mg de lidocaína com vasoconstritor, negativa para punção vascular ou subaracnóidea, após duas punções nos espaços intervertebrais superiores consecutivos sem êxito para a progressão do CPP. Administrados Bupivacaína 0, 25% 15 ml e Morfina 1mg pelo CPP. Realizada pré-oxigenação sob máscara facial por 3 min e iniciada a indução anestésica com Remifentanil 2µg. kg. min⁻¹, 2, 6-diisopropilfenol em TCI com efeito 2. 5 µg/ml, Rocurônio 40 mg e intubação orotraqueal com TT 7, 5mm com cuff sob laringoscopia direta. Realizada punção VJED com cateter 14G e manutenção da anestesia venosa ajustando as doses das medicações de acordo com as necessidades do paciente além da hidratação com cristalóide totalizando 2. 500ml. A visualização do CPP foi possível após a exploração do espaço retroperitoneal, 10 min do início da cirurgia e sua retirada, 60 min sob observação direta. Procedimento cirúrgico realizado sem sangramento significativo sendo o paciente extubado 150 min após indução anestésica e encaminhado à sala de recuperação pós-anestésica com Aldrete 9 sem queixas. **DISCUSSÃO:** Falha anestesia ou analgesia epidural é mais frequente do que geralmente reconhecido. Razões para um bloqueio peridural inadequada incluem colocação primária incorreta, secundário à migração de um cateter após a colocação correta ou mesmo subdoses de anestésicos locais. O posicionamento do paciente, o uso de uma linha média ou abordagem paramediana, o método utilizado para a fixação do cateter podem influenciar a taxa de sucesso. **REFERÊNCIA:** J. Hermanides, M. W. Hollmann*, M. F. Stevens et al. Failed epidural: causes and management. Disponível em: <http://bj.oxfordjournals.org/content/early/2012/06/26/bja.aes214.full>. Acessado em: 28/07/2013; Wolnei Caumo. Analgésicos pela Via Peridural: Infusão Continua, Injeções Intermitentes e ACP. Disponível em: http://www.saj.med.br/uploaded/File/novos_artigos/130.pdf. Acessado em: 28/07/13.

COMPARAÇÃO ENTRE MÉTODOS PALPATÓRIOS E ULTRASSONOGRÁFICO DE IDENTIFICAÇÃO DO ESPAÇO INTERESPINHOZO LOMBAR EM UM HOSPITAL ESCOLA DO DISTRITO FEDERAL

AUTORES:

Jônata Freitas Virginio, Diego de Oliveira Silveira, Ana Paula Cronemberger, José Henrique Leal Araújo.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Regional da Asa Norte - Distrito Federal.

INTRODUÇÃO: Existem diversas complicações associadas à administração de anestesia subaracnóidea, dentre elas, a lesão neurológica direta. Esse estudo irá comparar se há diferença entre a identificação dos espaços vertebrais pelo método palpatório de referências anatômicas e ultrassonográfico. **MÉTODO:** Foram estudados pacientes submetidos à cirurgia sob bloqueio de neuroeixo. O espaço estimado foi obtido através da análise das fichas de anestesia dos voluntários. Os participantes tiveram a região lombar examinada, identificado o sítio de punção, e realizada ultrassonografia da região lombar. **RESULTADO:** Foram selecionados 60 pacientes, dos quais 41 foram incluídos, sendo 16 avaliados por residentes do primeiro ano (r1), 09 por residentes do segundo ano (r2), 11 por residentes do terceiro ano (r3) e 05 por anestesiológicas. A taxa de acerto da amostra total foi de 48, 78%, enquanto que a taxa de acerto dos r1 foi de 50%, de r2 55, 5%, r3 54, 5% e anestesiológicas 20%. Não houve diferença significativa entre os grupos discriminados, exceto o grupo de anestesiológicas. **CONCLUSÕES:** A percentagem de acerto na identificação do espaço vertebral é baixa e a experiência não alterou esta taxa. O uso de ultrassom pode reduzir o erro de determinação do espaço intervertebral. **REFERÊNCIA:** 1. Watson MJ, Evans S, Thorp JM. Could ultrasonography be used by an anaesthetist to identify a specified lumbar interspace before spinal anaesthesia? *Br J Anaesth* 2003;90:509-511 2. Van Gessel EF, Forster A, Gamulin Z. Continuous spinal anesthesia: where do the spinal catheters go? *Anesth Analg* 1993;76:1004-1007 3. Broadbent CR, Maxwell WB, Ferrie R et al. Ability of anaesthetists to identify a marked lumbar interspace. *Anaesthesia* 2005;55:1122-1126. 4. Ilevins FA. Accuracy of placement of extradural needles in the L3-4 interspace: comparison of two methods of identifying L4. *Brit J Anaesth* 1991;66:381-382 5. Hogan QN. Tuffier's line: the normal distribution of anatomic parameters. *Anesth Analg* 1994;78:194-195 6. Thavasothy M. The reproducibility of the iliac crest as a marker of lumbar spinal level. *Anaesthesia* 1997;52:811 7. Hamandi K, Mottershead J, Lewis T, Ormerod IC, Ferguson IT. Irreversible damage to the spinal cord following spinal anaesthesia. *Neurology* 2002;59:624-6 8. Reynolds F. Damage to the conus medullaris following spinal anaesthesia. *Anaesthesia* 2001;56:238-47 9. Ahmad FU, Pandey P, Sharma BS, Garg A. Foot drop after spinal anaesthesia in a patient with a low-lying cord. *Int J Obstet Anesth* 2006;15:233-6.

DÉFICIT SENSITIVO-MOTOR NO PÓS-OPERATÓRIO DE PROSTATECTOMIA RADICAL

AUTORES:

Felipe Porto Rangel, Elizabeth Fernandes Vaz da Silva, Marco Antônio Cardoso de Resende, Ismar Lima Cavalcanti, Joana de Almeida Figueiredo, Paola da Costa dos Santos.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Universitário Antonio Pedro.

INTRODUÇÃO: A lesão mecânica associada à anestesia regional é extremamente rara e pode ser direta ou indireta. As diretas resultam da introdução da agulha ou cateter em estruturas do sistema nervoso, enquanto as indiretas, de condições que geram efeito de massa e podem levar a isquemia de nervos periféricos ou da medula espinhal. **RELATO DO CASO:** Paciente masculino, 72 anos, 90kg, hipertenso, asmático e dislipidêmico, Mallampati I, ASA II, foi submetido à prostatectomia radical sob anestesia combinada geral e peridural. Exames pré-operatórios normais. Foi admitido à sala de operação, monitorizado, após venoclise com cateter 14G foram administrados midazolam 2mg e cefazolina 2g e cateterizada artéria radial. Realizada punção epidural depois de diversas tentativas, com passagem de cateter cefálico e uso de dose-teste, sem alteração hemodinâmica ou parestesia. Foi induzida anestesia geral com fentanil, lidocaína, propofol e cisatracúrio, realizada intubação orotraqueal e mantida a anestesia com sevoflurano. Não houve intercorrências no perioperatório, com momentos breves de hipotensão e duração de seis horas. Ao final da cirurgia, o paciente foi descurarizado e extubado sem anormalidades. Retirado cateter epidural após administração de morfina. No 1o dia de pós-operatório(PO) o paciente apresentou paresia de MMII associada à disestesia térmica, vibratória e tátil até joelhos, reflexo patelar presente bilateralmente e função esfinteriana preservada. Realizada TC de coluna lombar, solicitado parecer da neurologia e neurocirurgia, RNM de coluna e reavaliação diária da anestesiologia. TC de coluna não evidenciou hematoma. Apresentou melhora evolutiva dos sintomas, sendo que no 3o dia PO já conseguia vencer a gravidade e no 5o, já era capaz de ficar de pé. Realizado RNM de coluna no sexto dia de pós-operatório que evidenciava alterações degenerativas da coluna, sem outras alterações. **DISCUSSÃO:** Estudos estimam que 50% das injúrias são causadas por lesões indiretas¹. A medula espinhal pode ser diretamente danificada pela agulha ou posicionamento do cateter. A Lesão de nervos espinhais pode ocorrer quando o bloqueio é feito pela técnica transforaminal, perivertebrais ou por agulhas que estão fora do alvo. O acidente vascular da artéria espinhal anterior pode ocorrer por hipotensão intraoperatória associada a outros fatores cirúrgicos. Os danos indiretos ocorrem por efeito de massa que comprime a medula espinhal ou nervos periféricos, como aqueles que se originam no plexo lombossacral. O rápido diagnóstico com exames de imagem e tratamento são primordiais para recuperação da função neurológica. **REFERÊNCIA:** 1 Neal, JM *Neuraxis Injury In: Neal, JM, Rathmell, JP Complications in regional anesthesia & pain medicine* 1Ed. Philadelphia Elsevier 2007; 89-97; 2 Côrtes, CAF; Sanchez, CA; Oliveira, AS *Anestesia Peridural In: Cangiani LM, Slullitel A, Potério GMB et al. Tratado de anestesiologia SAESP.* 7 ed. São Paulo Atheneu 2011;1515-1538

EFICÁCIA DA ONDASETRONA, CETAMINA E CLONIDINA NO CONTROLE DO TREMOR PÓS-ANESTESIA REGIONAL: UM ESTUDO COMPARATIVO

AUTORES:

Fernando Nogueira Andrade*, Luciana da Silva de Armond, Alessandra Maria Peloso, José Henrique Leal Araújo, Vivian Medeiros de Moura Santos, Camila Oliveira Falcão.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Regional da Asa Norte.

INTRODUÇÃO: A ocorrência do tremor pós-anestesia regional atinge até 60% dos pacientes. Este evento gera importante desconforto ao paciente, dificuldades de monitorização, aumento na pressão intracranianas, além de aumento importante do consumo de oxigênio e a produção de CO₂. A vasoconstrição é um dos fatores que regula a perda cutânea de calor e com a vasodilatação provocada pela anestesia regional, esta regulação é perdida e o tremor é um mecanismo natural que se inicia no intuito de provocar um aumento na produção metabólica de calor. Na anestesia regional há uma redução do limiar termorregulatório, e esta redução é proporcional ao número de segmentos bloqueados. Estudos na literatura demonstram que tanto ondasetrona, cetamina e clonidina são eficientes no controle do tremor perioperatório. **OBJETIVO:** Avaliar a eficácia da ondasetrona, cetamina e clonidina no controle do tremor.

METODOLOGIA: Avaliamos 31 pacientes de ambos os sexos, submetidos a histerectomia total abdominal, tratamento cirúrgico de varizes dos membros inferiores, herniorrafia inguinal e umbilical. Realizou-se raqui-anestesia, com 15 mg de bupivacaína 0.5% e 0.1 mg de morfina. Os pacientes foram alocados em três grupos: grupo I, recebendo 6mg de ondasetrona, Grupo II: 0.5mg/kg de cetamina e Grupo III: 1µg/kg de clonidina. Todas as drogas foram administradas antes do bloqueio subaracnoideo. A incidência de tremores e os efeitos adversos das drogas estudadas foram avaliados. **RESULTADO:** Pacientes alocados no Grupo I (10), não apresentaram tremores, no Grupo II (11) dois pacientes (6, 45%) apresentaram tremores no intraoperatório e no Grupo III (11), um (3, 22%) paciente. Quanto aos efeitos adversos das drogas, pacientes do grupo I não apresentaram nenhum evento. Pacientes alocados no grupo II, 7 (22, 58%) apresentaram sedação, 3 (9, 67%) apresentaram delírio e alucinação após a administração da droga, 1 (3, 22%) paciente apresentou náusea, 3 (9, 67%) hipertensão arterial e 2 (6, 45%) taquicardia. Dentre os alocados no grupo III, 7 (22, 58%) apresentaram sedação, 1 (3, 22%) apresentou agitação, 2 (6, 45%) bradicardia sinusal. **CONCLUSÃO:** Não houve diferença entre os grupos em relação à proteção ao tremor. Não foi possível neste trabalho, verificar a eficácia da ondasetrona, cetamina e clonidina no controle do tremor pós-anestesia regional, devido ao pequeno número da amostra e à ausência de um grupo controle. Talvez com maior número de casos, esta hipótese possa ser comprovada. **REFERÊNCIA:**1) Shakya, S; Chaturvedi. A. Prophylactic Low Dose Ketamine and Ondansetron for Prevention of Shivering During Spinal Anaesthesia. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol.* 2010 Oct-Dec; 26(4): 465–469. 2) Kranke P, Eberhart LH, Roewer N. Pharmacological treatment of postoperative shivering: a quantitative systematic review of randomized controlled trials. *Anesth Analg.* 2002 Feb;94(2):453-60.

FALHA PARCIAL DE BLOQUEIO SUBARACNOIDEO – RELATO DE CASO

AUTORES:

Pedro Henrique de Mello N. Nobre Machado*, Guilherme Abreu de B. Comte de Alencar, Pedro Adas Pettersen, José Costa, Paulo Roberto Alcantara Aguiar, César Aurélio Serra.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Naval Marcílio Dias.

INTRODUÇÃO: Desde agosto de 1898 quando August Karl Bier injetou 3ml de cocaína a 0,3% no espaço subaracnoideo de um paciente, vários tabus e preconceitos foram quebrados, fazendo com que não só a técnica resistisse por mais de 100 anos, como ganhasse mais força, constituindo-se em primeira escolha para muitos casos. Dada à importância crescente deste procedimento anestésico, surge a necessidade do debate a cerca da falha desta técnica. Relato do caso: Este trabalho é um relato de caso sobre uma falha parcial de bloqueio subaracnoideo (BS) simples, em uma artroscopia de joelho direito, em paciente de 24 anos, masculino, branco, ASA I, 63 kg, 1,68m, com historia de BS prévio não relatando problemas. Após admissão e monitorização, o BS foi realizado entre L3-L4 por via mediana, com agulha 25G de Quincke, na 1ª tentativa, sem intercorrências, e o nível sensitivo localizado em T-10 após 5 minutos. Decorridos 20 minutos de cirurgia, e já com os trocâteres inseridos, sem manifestações de estímulo doloroso pelo paciente, o mesmo iniciou fácies de dor, evoluindo com alterações hemodinâmicas (taquicardia e hipertensão) e relato verbal de incomodo no sítio cirúrgico. Houve a necessidade de conversão para Anestesia geral, com intubação orotraqueal sob laringoscopia direta, após administração intravenosa de midazolam 4mg, propofol 150mg e succinilcolina 60mg. A cirurgia foi um sucesso, o paciente despertou, foi extubado e encaminhado para a sala de recuperação pós-anestésica (RPA) sem problemas. Na RPA foi reavaliado, mantendo dificuldade na movimentação de membros inferiores (Bromage II), evoluindo bem, e, posteriormente, recebendo alta para o quarto com nota 10 na escala de Aldrete-Kroulic e Bromage IV. **DISCUSSÃO:** Este trabalho visa à discussão a respeito da falha do BS: quando se caracteriza uma falha, os possíveis motivos envolvidos neste desfecho, o que fazer para evitar e quais as possibilidades frente a este cenário. **REFERÊNCIA:** Canggihani LM, Cangiani LH, Lutti MN et al. Anestesia subaracnoidea. In: Cangiani LM, Slullitel A, Potério GMB et al. *Tratado de Anestesiologia SAESP.* 7. ed. São Paulo, Atheneu, 2011; 1479-510

INCIDÊNCIA DE BRADICARDIA EM PACIENTES SUBMETIDOS À RAQUIANESTESIA NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

AUTORES:

Ana Emília Souza de Lorena, Rossana Sant'Anna de Melo Lins, Marcelo Cavalcanti de Sá Gondim, Cássio Santos Dias da Silva, Julyana de Souza Barbosa Cordeiro, Sérgio Veloso da Silveira Menezes, Maria Gabriela Nascimento Marinho.

INSTITUIÇÃO:

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE.

INTRODUÇÃO: A raquianestesia é uma das técnicas mais utilizadas pelos anesthesiologistas desde o início do seu treinamento. Esta não deve ter seus efeitos adversos subestimados. A realização de estudo em um hospital universitário a respeito de uma das complicações cardiovasculares mais frequentemente relacionada à técnica, além de chamar atenção dos profissionais para a importância do evento, permite que a partir do conhecimento dos fatores fisiopatológicos envolvidos e da incidência da bradicardia no serviço, seja possível minimizar as consequências de tal complicação. O presente estudo tem como objetivo determinar a incidência de bradicardia em pacientes submetidos à raquianestesia em diferentes tipos de procedimentos cirúrgicos, em um hospital universitário. **Materiais e métodos:** Foi realizado um estudo observacional, prospectivo, entre os pacientes submetidos à raquianestesia no Hospital das Clínicas da UFPE, com o objetivo de estimar a incidência de bradicardia no período transoperatório e identificar possíveis fatores de risco. Foram excluídos do estudo pacientes menores de 18 anos, gestantes e os que se recusaram a participar. Foi definido como bradicardia uma frequência cardíaca (FC) menor que 50 batimentos por minuto (bpm), por 15 segundos consecutivos. Bradicardia moderada foi considerada quando a FC variou de 40 a 49bpm; bradicardia severa, quando FC menor que 40bpm. **RESULTADO:** Dentre os 132 pacientes estudados, encontrou-se uma incidência de 22, 7% de bradicardia moderada e severa. Idade maior do que 35 anos ($p=0,0309$, OR 4. 0, IC95% 1, 18-13. 5) e uso de fármacos betabloqueadores ($p=0,0285$, OR 3. 1, IC95% 1. 0-9. 6) foram os únicos fatores estudados que apresentaram relação estatisticamente significativa com uma maior incidência de bradicardia. **DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:** A incidência de bradicardia no presente estudo (22, 7%) foi maior do que as relatadas previamente por outros autores. Lesser (2003) encontrou incidência de 10, 2%, dentre 6663 casos de bloqueios de neuroeixo estudados, sendo 4665 raquianestesias (incidência de 10, 6%) e 1998 peridurais (incidência de 9, 1%). Houve 46 casos de bradicardia severa (<40bpm), quase 1% dos pacientes estudados. Carpenter (1992) encontrou incidência de 13, 1%, dentre 952 raquianestesias estudadas. Por se tratar de estudo predominantemente descritivo e com tamanho da amostra limitado, os resultados devem ser interpretados como questões a serem respondidas através de estudos analíticos futuros. **REFERÊNCIA:** AUROY, Y. ; NARCHI, P. ; MESSIAH, A. et al. – Serious complications related to regional anesthesia: results of a prospective survey in France. *Anesthesiology*, 1997;87:479-486. BROWN, D. L. – Spinal, Epidural, and Caudal Anesthesia, em Miller RD – Miller's Anesthesia. 7ed. Churchill Livingstone. Elsevier, 2009. 1611-1638.

INCIDÊNCIA DE CEFALÉIA PÓS-PUNÇÃO SUBARACNOIDEA E SEGUIMENTO DOS CASOS APÓS IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO DE TRATAMENTO EM HOSPITAL TERCIÁRIO NO LITORAL CATARINENSE

AUTORES:

Ana Luisa Zacharias, Gustavo Marcinko, Douglas Vicente Pinto Levier, Bruno Campos Fontanella*, Lauro João Provin de Miranda.

INSTITUIÇÃO:

Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen, Itajaí, Santa Catarina.

JUSTIFICATIVA: Há mais de 100 anos a raquianestesia é uma das técnicas anestésicas mais utilizadas. Apesar da evolução na diminuição do calibre das agulhas e a utilização de agulhas não cortantes a cefaléia é uma complicação com incidência não desprezível, acarretando em danos significativos ao paciente. **OBJETIVOS:** Quantificar a incidência e o perfil demográfico dos casos de cefaléia. Padronizar o tratamento buscando reduzir a incidência do tratamento invasivo (tampão sanguíneo). **MÉTODO:** Instituição de tratamento padrão para os casos de cefaléia pós-punção. Tratamento hospitalar: Hidratação venosa, hidrocortisona, início de dipirona e cafeína 400 mg. Alta hospitalar com cafeína 520 mg combinada a analgésicos, ibuprofeno, hidratação via oral, repouso relativo e orientações. Avaliação dos casos de cefaléia pós-punção através de questionário e seguimento por contato telefônico após uma semana da avaliação inicial. Foram analisadas as variáveis: gênero, idade, cirurgia realizada, calibre da agulha (26 ou 27 Quincke), punção acidental, início da dor, dor incapacitante, tempo total de tratamento clínico, tempo para alívio importante da dor, alívio pré ou pós alta e características do tratamento invasivo caso este tenha sido realizado. **RESULTADO:** De um total de 3. 126 casos de raquianestesias realizadas no período de novembro de 2012 a junho de 2013 no hospital, foram avaliados 17 casos de cefaléia pós-punção (0, 54%). Dentre os casos avaliados, 12 foram do sexo feminino (70, 5%) e a média de idade foi de 31, 1 anos. O procedimento cirúrgico com maior número de casos foi a cesariana (35%). Dos casos avaliados, 9 (52%) foram realizados com agulha 27 G e dentre estes casos 5 (55%) foram realizados com punção única. Em todos os pacientes foi instituído tratamento clínico e o início da dor típica ocorreu em média 30 horas após o procedimento cirúrgico. Excluindo-se os 3 (17%) casos os quais foram realizados o tratamento invasivo, o tempo médio de duração do tratamento clínico foi de 36 horas, sendo que o tempo médio para alívio significativo dos sintomas foi de 10 horas. **DISCUSSÃO:** A incidência encontrada para a moléstia está semelhante ou abaixo do encontrado na literatura para agulhas cortantes de fino calibre1. E levemente superior a estudo usando agulhas não cortantes (Whitacre) de fino calibre2. A maior incidência em jovens, mulheres e pacientes obstétricas também vai ao encontro da literatura1. A diferença entre os calibres 26 e 27 neste estudo não foi significativa e o índice de tratamento invasivo é semelhante ao descrito por outras séries2. **REFERÊNCIA:** 1- Turnbull DK, Sheperd DB. Post-dural puncture headache: pathogenesis, prevention and treatment. *British Journal of Anaesthesia*. 2003; 91:718-29. 2- Pawlowski CG, Rosa C, Cappelli LE. Incidência de Cefaléia Pós-Raquianestesia em Pacientes Obstétricas com o Uso de Agulha Whitacre Calibre 27G. *Experiência de 4570 casos*. *Rev Bras Anesthesiol*. 1999; 49:110-112.

INCIDÊNCIA DE PREDITORES CARDIOVASCULARES ADVERSOS EM RAQUIANESTESIA PARA COLECISTECTOMIA

AUTORES:

Mônica Isabel Abrantes Leite*, Eneury Gutery Justino dos Santos, Juliano Teles de Vasconcelos.

INSTITUIÇÃO:

CET SBA/ SAEPB e COREME -PB em Anestesiologia - HETSHL e afiliados.

A raquianestesia tem sido considerada uma técnica anestésica segura com ampla importância na prática clínica. Devido ao elevado índice de sucesso e previsibilidade, associados a baixa morbidade relacionada a sua execução (LIMONGI, 2011). A colecistectomia requer níveis torácicos elevados de bloqueio sensitivo, acima de T5, causando bloqueio autonômico de fibras cardioaceleradoras ao atingir T4, diminuindo o tônus simpático cardíaco, levando a bradicardia, hipotensão, até parada cardíaca. O extenso bloqueio simpático resulta em expressiva diminuição do retorno venoso e consequente diminuição do débito cardíaco. A dispersão da solução anestésica local no espaço subaracnóideo, depende da baricidade, volume, concentração do anestésico, influenciados pelo nível da punção e imediato posicionamento do paciente (BERNADS & BARASH, 2004). **INTRODUÇÃO:** A raquianestesia atingindo níveis autonômicos da T4-T2, bloqueia atividade simpática cardíaca, comprometendo a resposta cardiovascular a variações hemodinâmicas agudas. Frente a larga indicação clínica desta técnica para colecistectomia aberta e raras complicações, propusemos estudo retrospectivo de prontuários do IHGER delimitado a um período de 18 meses em busca de bradicardia e hipotensão como preditores cardiovasculares adversos de anestésias para colecistectomia aberta sob raqui anestesia realizadas no Instituto Hospitalar General Edson Ramalho entre 01/2010 a 06/2011. Metodologia: Após aprovação do comitê de ética, foram acessados os prontuários da clínica cirúrgica, destes separados as colecistectomias abertas. Os preditores considerados foram bradicardia e hipotensão corrigidos com atropina e vasopressor respectivamente. Foram excluídas as fichas ininteligíveis e incompletas. **RESULTADO E DISCUSSÃO:** No universo de 400 prontuários, 382 preencheram os requisitos. Observamos 29, 7% de hipotensão e 2, 5% de bradicardia em 356 raquianestésias. Apenas 14 foram conduzidas com anestesia geral (3, 7%) e 12 (3, 1%) combinada (raqui e geral) do universo de 382 fichas revisadas. Houve um predomínio 72, 5% de raqui na faixa etária de 21 - 60 anos. Na faixa > 60 anos realizou-se anestesia geral em 78, 5% e raquianestesia em 19, 6%. **CONCLUSÃO:** Em relação ao ASA, Idade e Sexo, a bradicardia e hipotensão foram não significativos, daí não realizamos testes de inferência estatística para correlacioná-las. A raquianestesia realizada em nível abaixo de L3, em pacientes ASA I e ASA II, acompanhados de vigilância e correção oportuna das alterações hemodinâmicas como bradicardia e hipotensão, conferem menor morbidade a esta técnica. A raquianestesia se mostrou segura para colecistectomia aberta. **REFERÊNCIA:** Bernards CM. Anestesia epidural e subdural, em: Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK. Anestesia Clínica, 4ª Ed, São Paulo, Manole, 2004; p. 689-714 Limongi JAG, Lins RSM – Parada cardiorrespiratória em raquianestesia. Rev Bras Anestesiol. 2011;61(1): 110-120

LOCALIZAÇÃO DA INSERÇÃO DO CATETER PERIDURAL VERSUS SÍTIO CIRÚRGICO: AUDITORIA DE 1 ANO NO SERVIÇO DE DOR AGUDA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

AUTORES:

Laura Prates Vitória, Larissa Schneider, Patricia Wajnberg Gamermann, Elaine Aparecida Felix, Luciana Cadore Stefani.

INSTITUIÇÃO:

Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

ESTUDO TRANSVERSAL - INTRODUÇÃO: A analgesia peridural pós-operatória constitui-se em técnica de excelência para redução de dor aguda e de complicações Peri operatórias a curto e logo prazo. É necessário otimizar a eficácia da analgesia peridural, visto que os estudos mostram índices de falha de até 30%. Dentre as causas de falha encontram-se problemas técnicos como deslocamentos precoces e desconexões do cateter peridural além de incongruência do posicionamento do cateter em relação ao sítio cirúrgico. A discrepância da do local de inserção é responsável por analgesia insuficiente e aumento de eventos adversos como hipotensão e parestesias. **OBJETIVO:** Avaliar a congruência da inserção do cateter peridural em relação ao sítio cirúrgico nos pacientes acompanhados pelos Cuidados Pós-Anestésicos do Serviço de Anestesia e Medicina Peri operatória do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Metodologia: Revisão de ficha de acompanhamento pós-anestésico dos pacientes submetidos a anestesia/analgesia peridural entre julho 2012 e julho 2013. Durante a coleta de dados, os procedimentos foram divididos de acordo com os locais cirúrgicos sendo classificadas em torácico, abdômen superior, médio, inferior e extremidades inferiores. O local de inserção foi considerado congruente se o cateter estivesse inserido entre os seguintes espaços conforme o sítio cirúrgico: torácico T4-T8, abdominal superior T6-T8, abdominal médio T7-T10, abdominal baixo T8-T11, extremidade inferior L1-L4. A análise descritiva dos dados foi feita pelo programa SPSS 18.0. **RESULTADO:** No nível torácico e abdominal superior 41% e 45% respectivamente dos cateteres analisados estavam incongruentes com o sítio cirúrgico. Quando analisou-se os cateteres abdominais superiores e inferiores esse índice chegou a 85% e 65% respectivamente. Do total de casos analisados (294 pacientes), 58% foram classificados como incongruentes. **CONCLUSÃO:** Concluímos que as taxas de incongruência no posicionamento do CPD em relação ao sítio cirúrgico são bastante elevadas, especialmente em cirurgias do abdômen superior, médio e inferior. Cateteres incongruentes são associados a remoção precoce por analgesia inefetiva e aumento de efeitos adversos. A preferência por sítios mais baixos de punção pode ser relacionada a facilidade técnica e a insegurança do anestesiológico em realizar punções torácicas. Com o conhecimento desses dados levantados será possível adotar estratégias de melhoria na assistência e na educação continuada do corpo clínico em relação a necessidade de congruência do posicionamento do cateter peridural e sítio cirúrgico. **REFERÊNCIA:** Ko Nigrainer, S. Bredanger, R. Drewel-Frohn Meyer E et al, Audit of motor weakness and premature catheter dislodgement after epidural analgesia in major abdominal surgery. Anaesthesia, 2009, 64, 27-31. Robert W., Hurley and Christopher L. Acute Postoperative Pain. Ronald D Miller, Miller's Anesthesia, 7th edição, USA, Elsevier, 2757-2782.

MANUSEIO DE UMA PARADA CARDIORESPIRATÓRIA APÓS RAQUIANESTESIA LOMBAR CONTINUA

AUTORES:

Pedro Ivo Rodrigues Carmo Rezende*, Rafael Mercante Linhares, Henrique Viana Lyra, Marcos Ribeiro Machado, Roberto Carvalho Brandão, Sergio Lerner.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Municipal Miguel Couto.

INTRODUÇÃO: A raquianestesia é uma técnica anestésica freqüentemente realizada pois possui elevado índice de sucesso, previsibilidade, satisfação do paciente e baixos índices de complicação. Dentre as complicações, a parada cardiorespiratória (PCR) é a mais temida e é definida por ocorrência súbita de bradicardia ou assistolia na vigência de um bloqueio espinal, com necessidade de manobras de reanimação. Caso: N. B. S, 93 anos, feminina, hipertensa, com fratura do colo de fêmur direito. Proposta cirúrgica de Artroplastia Total de Quadril (ATQ). Exames pré-operatórios: Hb. :9, 5g/dl, Hto. :30%, plaquetas:300. 000, Gl. :75mg/dl, Ur. :30, Cr. :1, 2, TAP:89%, PTT:35, 2seg, e INR:1, 06. ECG: Sinusal e sem sinais de isquemia miocárdica. Paciente deu entrada na sala de operação(SO) lúcida, orientada e cooperativa. Monitorizada com ECG, PNI e Sp O2. Sinais vitais na admissão – PA: 130 x 65 mmHg, FC: 90 bpm e Spo2 : 99% e afebril. Realizado venóclise em membro superior esquerdo com jelco 18 G, iniciando hidratação com 500 ml de soro fisiológico(SF) a 0, 9%NaCl, aquecido e sedada com 4 mg de diazepam e 50 mcg de Fentanil. Posicionada em decúbito lateral esquerdo(DLE), punção mediana entre os espaços L3-L4 com agulha de Touhy 18 G, com perfuração da dura-máter e refluxo de líquido claro. Passagem do cateter de peridural pela agulha até a marca “3”. Retorno para o decúbito dorsal e injeção de 7, 5 mg de bupivacaína isobárica através do cateter. Após 5 minutos a paciente apresentou grave hipotensão– PA: 60 x 40 mmHg , bradicardia FC: 40 bpm sem resposta ao chamado. Foi imediatamente administrado 0, 75mg de atropina, sem resposta hemodinâmica. A paciente então evoluiu com PCR em assistolia. Iniciado manobras de reanimação cardiopulmonar(RCP) e adrenalina venosa. Sinais vitais após PCR: PA: 100x60 mmHg, FC: 70 bpm, SPo2: 99% e PetCo2: 21 mm Hg. Tempo de PCR: 4 minutos. Após a PCR foi realizada ecocardiografia transesofágica. Foi constatado baixo débito cardíaco e hipovolemia com a Veia Cava pouco distendida, começado uma reexpansão volêmica agressiva com mais 500 ml de SF em MSD e 500 ml de hidroxietilamido 6% e iniciado noradrenalina em baixas doses, com posterior estabilização hemodinâmica. **CONCLUSÃO:** A PCR após raquianestesia é mais comum em ATQ . Ela ocorre devido à dose excessiva de anestésico local em paciente hipovolêmico e a fatores relacionados à cirurgia. Para evitar esse evento, é sugerido pela literatura limitar bloqueio em T6, monitorar função cardiovascular e o grau de sangramento e considerar que em idosos consegue-se elevado nível de bloqueio sensitivo com a mesma dose de anestésico , quando comparados a adultos jovens. **REFERÊNCIA:** 1- Pollard, J B. Can We Explain the High Incidence of Cardiac Arrest during Spinal Anesthesia for Hip Surgery?. Anesthesiology. 2003;99:754-755. 2- Kopp SL, Horlocker TT, Warner ME. Cardiac Arrest During Neuraxial Anesthesia: Frequency and Predisposing Factors Associated with Survival. Anesth Analg 2005;100:855–65.

NÍVEL DE BLOQUEIO NA RAQUIANESTESIA E HIPOTERMIA

AUTORES:

Fernando Nogueira Andrade*, Luciana da Silva de Armond, Alessandra Maria Peloso, José Henrique Leal Araújo, Pedro Adri Oliveira Agostini, Aristeu Correia Costa Filho.

INSTITUIÇÃO:

CET Hospital Regional da Asa Norte.

INTRODUÇÃO: Hipotermia é um evento muito comum após anestesia do neuroeixo, tendo como efeitos negativos o desconforto ao paciente, aumento no sangramento, assim como risco aumentado de infecção na ferida operatória. É considerada hipotermia temperatura abaixo de 36°C. A raquianestesia bloqueia as fibras aferentes que são importantes na regulação da temperatura. Na anestesia regional, o impedimento a este controle é proporcional ao número de segmentos bloqueados. **OBJETIVO:** Verificar se a raquianestesia associada a bloqueios altos proporciona mais hipotermia que bloqueios baixos. **METODOLOGIA:** Neste estudo avaliamos 31 pacientes de ambos os sexos, acima de 18 anos, submetidos a histerectomia total abdominal, tratamento cirúrgico de varizes dos membros inferiores, herniorrafia inguinal e umbilical sob raquianestesia. A raquianestesia foi realizada com 15 mg de bupivacaína 0, 5% e 0. 1mg de morfina e os pacientes colocados em posição de trendelenburg por 1 minuto. O nível do bloqueio foi avaliado após 1 minuto, e a temperatura timpânica mensurada de 10 em 10 minutos Os pacientes foram alocados em dois grupos: bloqueios acima e abaixo de T6. **RESULTADO:** Constatou-se que o grupo com bloqueio acima de T6, apresentou maior nível de hipotermia que o grupo com bloqueio abaixo de T6. Dezenove (61, 29%) pacientes apresentaram bloqueio até o nível T6 e destes, 15 (78, 94%) apresentaram temperatura timpânica menor que 36°C no intraoperatório. Doze (38, 70%) pacientes atingiram bloqueio acima de T6, sendo que 10 (83, 33%) evoluíram com hipotermia intraoperatória. A média de temperatura inicial foi 36, 02°C e a média da temperatura após 90 minutos e 110 minutos foi de 35, 7°C e 34, 8°C respectivamente. Nos bloqueios acima de T6, a média de temperatura inicial foi 36, 2°C e após 90 e 130 minutos apresentando média de 35°C e 34, 2°C respectivamente. Em bloqueios até T6, a média de temperatura inicial foi de 36, 02°C e após 90 e 130 minutos, 35, 7°C e 34, 8°C respectivamente. **CONCLUSÃO:** Pacientes submetidos a raquianestesia com bloqueio alto apresentaram mais hipotermia que em bloqueios baixos. A hipotermia foi notadamente influenciada pelo nível do bloqueio, quanto maior o número de metâmeros bloqueados, maior a queda de temperatura corporal. **REFERÊNCIA:** 1) Reynolds L, Beckmann J, et AL. Perioperative complications of hypothermia. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2008 Dec;22(4):645-57. 2) D. Karalapillai, D. Story, G. K. Hart, et AL. Postoperative hypothermia and patient outcomes after major elective non-cardiac surgery. Anaesthesia 2013, 68, 605–611.

RAQUIANESTESIA CONTÍNUA EM PACIENTE CARDIOPATA GRAVE. RELATO DE CASO

AUTORES:

Bruno Mendes Carmona, José Mariano de Melo Cavaleiro de Macêdo, Larissa Sara Cardoso Pinheiro, Priscila Gonçalves de Oliveira, Handy Marcela da Silva Santos.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Ophir Loyola

INTRODUÇÃO: Dentre as vantagens da raquianestesia contínua citamos o melhor controle de seu nível sensitivo, intensidade e duração, com possibilidade de titulação da dose de anestésico local administrada, mantendo-se, assim, a estabilidade hemodinâmica e anestesia adequada durante o tempo que for necessário. Relato do caso: Paciente do sexo masculino, 81 anos, 71 kg, 160 cm, estado físico ASA V, hipertenso, portador de miocardiopatia dilatada grave (classe funcional da NYHA III) hepatopatia a esclarecer e insuficiência renal crônica agudizada. Candidato à cirurgia de amputação de membro inferior esquerdo por trombose extensa em artéria femoral comum. Paciente procedente da unidade de terapia intensiva (UTI), com venóclise prévia com cateter 20 G e cateter triplo lúmen em veia femoral direita, foi monitorizado com cardioscópio, pressão arterial não invasiva e oximetria de pulso. Em seguida, realizou-se raquianestesia contínua por via mediana em L3-L4, com agulha de Tuohy 17 G e cateter 18 G em decúbito lateral esquerdo. Inicialmente, administrou-se fentanil (20 µg) e bupivacaína hiperbárica 0,5% 2, 5 mg, seguidos de incrementos de 2, 5 mg do referido anestésico local, totalizando 10 mg ao final da cirurgia. Houve manutenção da estabilidade hemodinâmica e o paciente retornou à UTI, de onde recebeu alta após 24 h e evoluiu com dor do membro fantasma. **DISCUSSÃO:** Comparada com a anestesia geral, a anestesia regional pode reduzir a mortalidade em aproximadamente 30%, principalmente em pacientes idosos e com estado físico grave. A anestesia regional está associada a uma baixa incidência de mortalidade dentro dos primeiros 30 dias, em que 75% das mortes são devidas a embolismo pulmonar, infecção e problemas cardíacos. Neste caso, a raquianestesia contínua garantiu anestesia de boa qualidade associada a mínima repercussão hemodinâmica, secundária à titulação da dose de anestésico local administrada por via intratecal, além de rápida instalação do bloqueio e possibilidade de estender o bloqueio pelo tempo necessário. Raquianestésias com dose única de anestésico local cursa com hipotensão arterial, por vezes, de difícil controle e tempo limitado de anestesia. Pacientes com baixa fração de ejeção (26%) podem se beneficiar desta técnica. **REFERÊNCIA:** 01) Imbelloni LE, Neto SG, Ganem EM. Raquianestesia contínua com altas doses de anestésicos locais. Rev Bras Anesthesiol. 2010;60(5):537-43. 02) Pitombo PF, Moura R, Miranda R. Raquianestesia contínua em paciente submetido a gastrectomia parcial. Relato de caso. Rev Bras Anesthesiol. 2009;59(4):481-6.

RAQUIANESTESIA EM PACIENTE COM LÍQUIDO CEFALORRAQUIDIANO COM ALTERAÇÃO DE COLORAÇÃO

AUTORES:

Erick Freitas Curi, Renato Bastos da Silva Murad, Tarcisio Domingos Martinelli, Eliana Cristina Murari Sudré, Cassiano Franco Bernardes, Antônio Luiz de Oliveira Caus.

INSTITUIÇÃO:

Centro de Ensino e Treinamento da AFECC/Hospital Santa Rita de Cássia - Vitória - ES.

INTRODUÇÃO: O líquido cefalorraquidiano (LCR) sustenta o encéfalo, protegendo-o e trauma mecânico. Atua no transporte de nutrientes e substâncias produzidas pelos neurônios e auxilia na eliminação dos catabólitos e substâncias indesejáveis ao encéfalo. Após a injeção de anestésico no espaço subaracnóideo, o mesmo se dilui no LCR, diminuindo de concentração antes de atingir o sítio efetor. **RELATO DE CASO:** Paciente, masculino, 66 anos e classificado como ASA III. Na avaliação pré-anestésica identificou-se hipertensão (tratamento irregular), história prévia de coronariopatia, portador de neoplasia prostática (submetido a radio e quimioterapia), ex-tabagista e ex-etilista. Icterícia crônica (+/4) sem diagnóstico. Apresentava fala desanimada e imprecisão de informações. Exames laboratoriais: Bilirrubinas totais: 9,04 mg. dL-1 (direta: 5,18 mg. dL-1); Fosfatase alcalina: 2877 U. L-1; Gama-GT: 830 U. L-1; TGO e TGP levemente aumentadas. Coagulograma dentro da normalidade. Levado ao centro cirúrgico para realização de orquiectomia. Na SO, monitorou-se de acordo com a Resolução 1802/2006 (CFM). Instalou-se acesso venoso em MSE com cânula 20G. Administrou-se, IV, midazolam (2 mg) e fentanil (30 µg). Realizou-se uma raquianestesia, na posição sentada, no interespaço L3-L4, com agulha 27G Whitacre. Observou-se LCR, xantocrômico límpido. Colheu-se o líquido para análise laboratorial. Injetou-se bupivacaína hiperbárica (12 mg). Obteve-se nível sensitivo entre T8 e T10. Na análise do LCR: Aspecto: límpido; Cor: amarela palha; Hemácias/mm³: 15; Glicose: 47 mg. dL-1; Cloretos 125 mEq. dL-1; Proteínas totais: 120 mg. dL-1; Bilirrubina total: 0,7 g. dL-1 (Direta = 0,05 g. dL-1); Albumina: 0,4 g. dL-1. Procedimento e recuperação pós-anestésica ocorreram sem qualquer intercorrência. **DISCUSSÃO:** O LCR é incolor, claro, cristalino e não coagulável. Em situações de icterícia clínica prolongada e de sangramentos subaracnóideos é possível detectarmos LCR xantocrômico. A única contra-indicação absoluta de anestesia em neuroeixo é a recusa do paciente. Algumas condições aumentam o risco relativo nessa técnica (hipovolemia ou choque; hipertensão intracraniana; coagulopatia ou trombocitopenia; sepse; infecção no local da punção). Somente a coloração amarelada do LCR é insuficiente para inviabilizar a técnica diante de benefícios estabelecidos. **REFERÊNCIA:** Chaves IMM, Gusman PB. Anestesia subaracnóidea. In: Manica J. Anestesiologia. Princípios e técnicas. 3ª Ed. Porto Alegre. Artmed Editora S. A. 2004; 677-78. Bernardes CM. Anestesia Epidural e Subdural. In: Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK. Anestesia Clínica. 4ª Ed. Barueri. Manole. 2004; 689-709.

RAQUIANESTESIA EM PACIENTE IMUNODEPRIMIDA - RELATO DE CASO

AUTORES:

Lúcia Prevedello Carvo, Maria del Pilar Jácome Merino, Helena Rodrigues de Barros, Gabriel Spat Carlesso, Florentino Fernandes Mendes, Vasco Miranda Júnior.

INSTITUIÇÃO:

CET – SBA – UFCSPA – ISCMPA / HSC – Porto Alegre – RS

INTRODUÇÃO: A anestesia/ analgesia de neuroeixo oferecem diversas vantagens sobre os opióides sistêmicos, incluindo analgesia superior e diminuição de complicações pulmonares. Além disso, a analgesia neuraxial pode diminuir o risco de infecções pela atenuação da resposta ao estresse cirúrgico e pela preservação da função imune. Apesar de tais benefícios, pacientes com status imune alterado, frequentemente não são considerados candidatos às técnicas anestésicas de neuroeixo pelo risco aumentado de infecção no SNC. **RELATO DE CASO:** CG, 43 anos, gestante (G4P1C2A1), sem acompanhamento pré-natal, tabagista, sem comorbidades, interna dia 17/01/2013 por cefaléia, vômitos, fono e fotofobia há uma semana. Exame físico: REG, orientada, consciente, mucosas pálidas, pupilas isocóricas e reativas, força preservada, sem sinais de meningismo, abdome sem peritonismo, altura uterina (AU) de 23 cm, BCF presentes, ausculta cardíaca/pulmonar normais. Exames da admissão: teste rápido de HIV reagente, exame de urina sem alterações, urocultura neg, Htc:23, 7% Hb:8, 0 Leucócitos 6400 N:75% L:16% Plaquetas: 170. 000, Na:136 k:3, 7 Ur:16 Cr:0, 7 Mg:1, 7. Com a persistência da cefaléia e pico febril de 38°C, foram solicitadas RNM crânio- sugestiva de meningite, punção lombar- látex e cultivo no LCR positivos para *Cryptococcus neoformans* (CN), e carga viral/CD4:38. Iniciado tratamento para Criptococose com Anfotericina B (AB). Eco obstétrica dia 1º/02 normal, com idade gestacional (IG) de 24 sem. Após resultado de 2º cultivo de LCR negativo para CN, foi iniciada terapia antirretroviral (TARV) e mantida AB até o fim da gestação. Durante internação, apresentou melhora dos sintomas, hipopotassemia assintomática e piora da anemia. Demais exames obstétricos sp. Em 11/04 evoluiu com elevação da PA: 180/120, febre (39°C), FC: 80, HGT:112, REG, orientada, ausculta cardíaca/pulmonar normais, AU compatível com 32 sem de IG. Exames labs: Htc: 18, 8% Hb: 6, 7 LT: 5120 N: 85% B: 10% L: 9% Plaquetas:212000 Cr: 0, 8 Na: 139 K: 2, 6 Mg:1, 2 Caiônico:4, 8 TP: atividade 79% KTTTP: 39, 3s (33, 5s), P/C: 1, 14 e função hepática normal. Indicada cesariana, realizou-se raquianestesia, punção mediana, L3-L4, AG 27Q, LCR claro, com bupivacaína 0, 5% pesada 12, 5mg e morfina 0, 2 % 0, 1mg. No momento, paciente apresentava PA:165/80, FC:80 e Sat O2:96%. Parto cesáreo sem intercorrências. Alta no dia 17/04/13 com TARV, profilaxia para criptococose e acompanhamento ambulatorial. **DISCUSSÃO:** O risco da anestesia e cirurgia em pacientes HIV+ necessita de mais estudos. O risco relativo de infecções do sistema nervoso central em pacientes com imunidade baixa comparado com imunocompetentes é desconhecido. **REFERÊNCIA:** 1. Regional Anesthesia and Pain Medicine. 2006; 31:334-345. 2. Anesth Analg. 2004; 98:503-511.

RAQUIANESTESIA TORÁCICA EM PACIENTE PORTADOR DE ATROFIA CEREBRAL DE ORIGEM ALCOÓLICA E COMPROMETIMENTO DE MEMBROS INFERIORES E PNEUMONIA DE REPETIÇÃO - RELATO DO CASO

AUTORES:

Lucas Almeida Fernandes Junior, Wirleyde Mattos Leão, Cláudia Helena Ribeiro da Silva, Adriano Bechara de Souza Hobaika, Marcelo Vaz Nunes, Bruno Damini Fontella*.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Santa Casa de Belo Horizonte (MG).

INTRODUÇÃO: A raquianestesia torácica tem sido utilizada recentemente como técnica de anestesia alternativa para pacientes com comprometimento pulmonar grave e também em pacientes saudáveis, para procedimentos como colecistectomia. Estes caso clínico relata a raquianestesia em paciente com comprometimento pulmonar e resultado satisfatório. **RELATO DE CASO:** Paciente sexo masculino, 41 anos, portador de atrofia cerebral de origem alcoólica, perda progressiva de força em membros inferiores e superiores evoluindo com tetraparesia espástica e tetrahiperreflexia. Apresentava quadro de pneumonias de repetição por refluxo gastresofágico, submetido a gastrostomia cirúrgica. Roncos bilaterais à ausculta pulmonar. Tomografia cerebral: significativo dos sulcos corticais e das fissuras silvianas com parênquima cerebelar e do tronco cerebral preservados. Após venóclise e sedação com midazolam (2, 0 mg), foi colocado na posição lateral e introduzida agulha Quinke 25G no interespaço subaracnóideo T8/T9, onde foi administrado 5, 0 mg de bupivacaína isobárica. Hipotensão foi tratada com 10 mg de efedrina e bradicardia sinusal com 0, 5 mg de atropina. O procedimento durou 45 minutos e o paciente foi encaminhado à sala de recuperação pós-anestésica. **DISCUSSÃO:** em relação aos efeitos hemodinâmicos, houve evidente bloqueio simpático, mesmo com doses baixas de bupivacaína, que provocou bradicardia e hipotensão. Provavelmente a hipotensão e bradicardia são decorrentes da redução no tônus do sistema nervoso simpático, secundárias ao bloqueio das fibras cardioaceleradoras (T1 a T4) e à distribuição toracolombar do bloqueio. Outros autores encontraram estas mesmas alterações hemodinâmicas. Em um recente estudo comparativo de técnicas anestésicas para colecistectomia laparoscópica, a raquianestesia torácica se mostrou superior à raquianestesia lombar, em relação à estabilidade hemodinâmica (menor consumo de efedrina). A raquianestesia torácica se mostrou uma técnica segura e confiável, permitindo anestesia cirúrgica, com alterações hemodinâmicas toleráveis e sem a manipulação de vias aéreas. Deste modo, assim como outros estudos indicam, a técnica de raquianestesia torácica é mais uma técnica anestésica que pode ser utilizada em algumas situações especiais. Devem ser consideradas as condições clínicas do paciente, a cirurgia a ser realizada e a experiência e familiaridade do anestesiológico com a técnica. **REFERÊNCIA:** 1-van Zundert, A. , Lee, R. A. , Visser, W. A. , Lataster, L. M. , & Wieringa, P. A. (2008). Thoracic Combined Spinal-Epidural (CSE) Anaesthesia. Southern African Journal of Anaesthesia and Analgesia, 14(1), 63-69. 2- Imbelloni LE, Sant'anna R, Fornasari M, Fialho JC. Laparoscopic cholecystectomy under spinal anesthesia: comparative study between conventional-dose and low-dose hyperbaric bupivacaine. Local Reg Anesth. 2011;4:41-6.

RAQUIANESTESIA TOTAL APÓS PERFURAÇÃO INADVERTIDA DE DURA-MÁTER EM SEGUNDA PUNÇÃO EPIDURAL: RELATO DE CASO

AUTORES:

Viviane Ferreira Albergaria, Leonardo Homem de Faria Martins*, Thaissa Garcia Barbosa de Figueiredo, Maria Cecília Lessa Beloni, Elias Roberto Cordeiro dos Reis, Flavia Quintão Silva Belém.

INSTITUIÇÃO:

Hosp.das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

INTRODUÇÃO: Bloqueio de neuroeixo é aceitável e seguro em obstetrícia. Entretanto, se bloqueio alto, pode ocorrer instabilidade hemodinâmica e respiratória. A punção acidental da dura em anestesia peridural pode resultar em raquianestesia total. Relato do caso – Primigesta, 38 semanas, 26 anos, hígida, em trabalho de parto, 6cm de dilatação, com indicação de analgesia. Optado por peridural com cateter, 12ml de bupivacaína 0, 125% associado a fentanil 100mcg na primeira dose. À primeira tentativa, com técnica de perda de resistência com ar, ocorreu punção inadvertida de dura, em nível L3-L4, optando-se por nova punção um espaço acima. Na segunda tentativa, deu-se fácil identificação do espaço peridural com injeção da solução supracitada; enquanto se preparava o cateter, a paciente queixou-se de parestesia e parestesia de membros inferiores, verificando-se, a seguir, rápida e progressiva instalação de bloqueio motor, parada de contração uterina, dispnéia e dificuldade de deglutição. Optado por cesárea de emergência. Enquanto ocorria preparo do campo cirúrgico, a paciente evoluiu com rebaixamento do nível de consciência; instituída FiO2 de 100% e preparo para intubação. Entretanto, durante incisão da pele, verificou-se retorno gradual do nível de consciência, não necessitando de intubação traqueal. Não necessitou de complementação anestésica; ocorreu regressão completa do bloqueio. Recebeu alta sem intercorrências. **DISCUSSÃO:** A raquianestesia alta pode resultar em depressão respiratória devido à redução da pressão arterial e do débito cardíaco pelo bloqueio das fibras simpáticas cardioaceleradoras, prejudicando o fluxo cerebral, causando isquemia do centro respiratório. Punção acidental da dura pode ocorrer mesmo nos procedimentos mais cuidadosos, devendo-se retirar a agulha e escolher outro espaço para o procedimento. Se ocorrer depois da inserção de cateter pode-se optar por raquianestesia contínua ou retirada e reposicionamento do cateter. Complicação ocorre quando grande quantidade de anestésico local é injetada no líquido, resultando em raquianestesia total. A mesma se dá quando o anestésico local se espalha em níveis elevados o suficiente para bloquear toda a medula e tronco cerebral. Inconsciência ocorre devido ao efeito do anestésico local no tronco cerebral. O tratamento inclui intubação e ventilação com oxigênio a 100%, reposição volêmica e vasopressores, como epinefrina. Assim que o bloqueio começa a retroceder, retornar-se-á consciência e controle ventilatório, funções motora e sensitiva. Não foi encontrado na literatura descrição de raquianestesia total após segunda punção peridural em espaço alternativo após punção acidental de dura diagnosticada. **REFERÊNCIA:** Brown, DL. Spinal, Epidural, and Caudal Anesthesia. In: Miller, RD et al. Miller's Anesthesia. 7 ed, Philadelphia, Elsevier, 2010; cap 51. Bernards, CM. Epidural and Spinal Anesthesia. In: Barash, PG et al. Clinical Anesthesia. 6 ed, Philadelphia, Lippincott, 2009; 928-954.

REFLEXO DE BAINBRIDGE REVERSO APÓS BLOQUEIO DE NEUROEIXO EM PACIENTE CORONARIOPATA

AUTORES:

Luiz Henrique Costa, Ana Carolina Cardoso Alves, Fernanda Daniele de Souza, Paola Moreira Cardoso*, Guilherme Braga Câmara, Vitor Palau.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Federal Andaraí.

INTRODUÇÃO: A. A. S, masculino, 70 anos, hipertenso em uso de captopril, foi internado no Hospital Federal Andaraí para realização de hernioplastias umbilical e inguinal direita. Ex-tabagista (parou há 35 anos) negava alergia, diabetes mellitus, cirurgias prévias e evento cardiovascular prévio. Exames laboratoriais sem alterações significativas, além de creatinina de 1,35 evidenciando uma provável lesão hipertensiva de órgão alvo. O ecocardiograma demonstrou uma fração de ejeção de 57%, aumento das câmaras esquerdas e função sistólica global de ventrículo esquerdo (VE) no limite inferior da normalidade, com hipocinesia inferior e inferolateral. Apresentava também déficit de relaxamento de VE e insuficiência aórtica leve. A impressão diagnóstica foi de aspecto de cardiopatia isquêmica. Apesar dessas alterações ecocardiográficas, o paciente negava angina e dispnéia aos esforços e relatava esforço físico moderado a intenso no trabalho diário. Também não apresentava sinais clínicos sugestivos de doença cardíaca descompensada. Seguindo as orientações do guideline da American Heart Association sobre avaliação e cuidado cardiovascular perioperatório para cirurgia não cardíaca, optamos por realizar a anestesia para o procedimento proposto, já que o paciente não apresentava condição cardíaca ativa e seria submetido à cirurgia de baixo risco. O paciente foi admitido em sala operatória em bom estado geral e estável hemodinamicamente, foi monitorizado com pressão não invasiva, oximetria de pulso e registro contínuo de ECG, com 5 eletrodos e análise do segmento ST. Apresentava os seguintes sinais vitais iniciais: PA = 150x90mmHg, FC = 78bpm e SpO2 = 98%. Como técnica anestésica, escolhemos a punção do espaço peridural entre L3 e L4 e injeção de 10 ml de lidocaína 1,5% com adrenalina 1:200000, seguida de passagem de cateter de peridural para o ajuste mais cauteloso da dose do anestésico local. Obtivemos o nível sensitivo em T12, o qual inviabilizaria a correção da hérnia umbilical. Sendo assim, foram injetados pelo cateter sete ml de lidocaína 2% sem vasoconstritor, com obtenção de nível sensitivo adequado. Após as doses de anestésico pelo cateter de peridural e sedação com 4mg de midazolam, o paciente ficou estável com PA= 130x80mmHg, FC = 58bpm e SpO2 = 100%. Após aproximadamente uma hora de bloqueio, observamos uma queda progressiva da frequência cardíaca, associada à discreta queda da pressão arterial sistêmica. Acordamos o paciente e solicitamos que tossisse para estímulo cardíaco mecânico, sem resposta. Com bradicardia de 33bpm, foi feito 1mg de atropina com reversão do quadro. Nesse momento, o nível sensitivo encontrava-se em T8, excluindo, portanto a possibilidade de bloqueio das fibras simpáticas cardioaceleradoras. Uma possível explicação para o quadro clínico apresentado é o reflexo de bainbridge reverso, no qual ocorre uma redução da frequência cardíaca em resposta ao retorno venoso diminuído.

RELATO DE CASO: LATÊNCIA AUMENTADA DA BUPIVACAÍNA PESADA EM RAQUIANESTESIA

AUTORES:

Erick Martins Faria de Abreu, Jaci Custódio Jorge, Samara Canguçu Neves, Thiago Robis de Oliveira, Fabricio Dias Antunes*.

INSTITUIÇÃO:

CET IPSEMG.

INTRODUÇÃO: A Raquianestesia (RA) é uma técnica de fundamental importância na prática anestésica, e isso se deve à previsibilidade, elevado índice de sucesso, satisfação dos pacientes, bloqueio sensitivo profundo e simétrico, bloqueio motor de alta qualidade, além de baixo índice de complicações relacionadas a esse tipo de procedimento. Apesar da técnica segura, não está isenta de várias alterações, assim como aumento inesperado da Latência do anestésico local (AL), tempo para penetrar na fibra e promover a cessação da atividade nervosa. **RELATO DO CASO:** Paciente feminino, 67 anos, 58 kg, 159 cm, ASA I, Mallampati II, sem passado anestésico-cirúrgico, com proposta de varicectomia bilateral em membros inferiores (MMII). Exames complementares sem alterações. Feita monitorização básica contínua. Realizou-se sedação (2, 5mg de Midazolam) e RA: posição sentada, punção única paramediana esquerda L4/L5, agulha Quincke 25G, com injeção de 12, 5mg de Bupivacaína hiperbárica + Fentanil 25mcg. Então posicionou-se a paciente em decúbito dorsal na posição de Trendelenburg 45°. Após 10 minutos, não se observou bloqueio autonômico, sensitivo ou motor. Optou-se por um novo bloqueio com a mesma dose do anestésico local, mas sem opióide, com a paciente sentada, mas sem sucesso nos 18 minutos de tentativa; e até então os bloqueios autonômico, sensitivo e motor não estavam presentes. Logo, posicionou-se a paciente em decúbito lateral direito, mas também não houve sucesso na tentativa de punção. Optou-se então pela anestesia geral (AG), quando, subitamente após 36 minutos da punção inicial, a paciente referiu ausência de motricidade nos MMII. A AG não foi realizada e nova avaliação do nível do bloqueio foi determinada (nível sensitivo T8). A cirurgia foi realizada com sucesso. O bloqueio motor durou 2, 5 horas; e o bloqueio sensitivo durou 3 horas. As altas da SRPA e hospitalar foram no tempo habitual e sem intercorrências.

DISCUSSÃO: Dentre os AL utilizados em RA, um medicamento amplamente utilizado é a bupivacaína, que tem seu nível máximo de bloqueio determinado pela dispersão no líquido cefalorraquidiano (LCR), mas numerosas variáveis devem ser consideradas na previsão dos efeitos relacionados. Dentre os fatores que modificam a dispersão dos AL no LCR estão: características dos pacientes, técnica de injeção, composição do LCR e características das soluções anestésicas. Diferenças anatômicas individuais têm sido responsabilizadas como causa de falha da RA com soluções hiperbáricas. Neste relato, a Latência aumentada foi a rara alteração em destaque. E isto instiga o questionamento sobre o melhor tempo de espera para decidir por uma nova RA ou outra técnica anestésica a partir de uma possível RA falha. **REFERÊNCIA:** Mordecai MM, Brull SJ – Spinal anesthesia. *curr Opin Anaesthesiol*, 2005; 18:527-533. Richardson MG, Collins HV, Wissler RN - Intrathecal hypobaric versus hyperbaric bupivacaine with morphine for cesarean section. *Anesth Analg*, 1998;87:336-340.

RESISTÊNCIA NA RETIRADA DE CATETER PERIDURAL

AUTORES:

Marília Araujo Pereira Garcia, Antenor Vieira de Araújo Junior, Antonio Fernando Carneiro, Camila Vilela de Oliveira, José Antônio de Oliveira Silva Junior, Felipe Bufaiçal Rassi Carneiro.

INSTITUIÇÃO:

CET-SBA: Clínica de Anestesia. Rua T 32 Q 9, S/n Lt 5/06, Setor Bueno - Cep: 74210-120.

INTRODUÇÃO: – O cateter peridural tem se tornado um importante componente do arsenal anestésico e é amplamente utilizado em bloqueios cirúrgicos, analgesia de parto e pós-operatória, bem como alívio na dor de origem oncológica. As contraindicações para a cateterização são, em princípio, as mesmas para bloqueios de neuroeixo: infecção no local de punção, paciente com distúrbio de coagulação e aquele que recuse o procedimento. Entre as complicações podem ser citadas: abscesso, hematoma espinal, radiculopatia, nó e quebra do cateter. O objetivo desse relato é apresentar um caso de resistência na retirada do cateter peridural. **Relato de caso –** Paciente feminina, 37 anos, 55kg, estado físico ASA I, cirurgia de abdominoplastia e implante de próteses mamárias. Os exames clínico e laboratorial na avaliação pré-anestésica estavam normais. Nega antecedentes de trombofilia e/ou alterações no neuroeixo. Durante a avaliação optou-se pela anestesia peridural com o consentimento da paciente e acompanhante. Paciente recebeu medicação pré-anestésica (7, 5mg de midazolam VO). No centro cirúrgico, foi monitorada com ECG, oximetria, PANI, venóclise com jelco 18 MSE. Após medicada com cefalotina 2g em soro fisiológico de 125ml, paciente foi sedada com midazolam (2mg). Consciente e responsiva, foi colocada em posição sentada, feita punção peridural em T8–T9 (mediana com agulha 17G Tuohy) primeira tentativa, identificação do espaço, dose teste, injeção pela agulha de 10ml de ropivacaína 0, 5%, passagem do cateter deixando a marca 3 como referência. Ao deitá-la, injetou-se mais 15ml da mesma solução. Bloqueio atingiu nível T4 e não houve intercorrências anestésico-cirúrgicas. Ao término do procedimento, o anestesiolista percebeu maior resistência na retirada do cateter. Foi necessária a ajuda de outro anestesiolista e um ortopedista para realização da manobra de flexão máxima da coluna na paciente, a qual facilitaria a remoção do cateter. Introduziu-se 30ml de solução fisiológica 0, 9% cinco minutos antes de se iniciar a tração cuidadosa do cateter para sua retirada efetiva. O cateter saiu com dificuldade e com sinal de esmagamento em sua porção terminal. **DISCUSSÃO:** Apesar de na grande maioria dos casos ocorrer quebra do cateter quando há grande resistência para retirá-lo, é possível adotar condutas que minimizem o risco desse evento. Deve-se difundir a técnica de flexão máxima da coluna seguida por introdução de solução fisiológica 0, 9% e realizar treinamento dos especialistas para garantir uma retirada bem-sucedida do cateter peridural e menor morbidade pós-anestésica. **REFERÊNCIA:** Hobaika ABS. Quebra de cateteres peridurais: etiologia, prevenção e conduta. *Rev Bras Anesthesiol*, 2008;58. Sbardelotto C, Yoshimi MM, Pereira RR et al. Quebra de cateter no espaço peridural. *Rev Bras Anesthesiol*, 2008;58.

SÍNDROME DOLOROSA COMPLEXA REGIONAL: RELATO DE CASO

AUTORES:

Jose Pereira de Oliveira Junior*, Vera Lucia Fernandes de Azevedo, Eliomar Santana Trindade, Victor Hugo Barcelar, Lorena de Fátima Matos Viana.

INSTITUIÇÃO:

CET Obras Sociais de Irmã Dulce/Hospital Santo Antônio.

INTRODUÇÃO: A Síndrome Dolorosa Complexa Regional (SDCR), assim designada atualmente, é uma entidade que traz grande angústia, não só para o paciente pelo quadro algico incapacitante como também para os profissionais de saúde. Estes, limitados em sua abordagem, uma vez que a fisiopatologia da SDCR não está totalmente esclarecida, têm grande dificuldade em obter resultados positivos no tratamento. **RELATO DE CASO:** Paciente 40 anos, feminino, ASA 2, portadora de hipertireodismo, em uso de tapazol, encaminhada ao tratamento cirúrgico de colelitíase e hérnia umbilical. Submeteu-se a bloqueio anestésico peridural. O procedimento foi realizado com monitorização multiparamétrica, venóclise periférica, agulha de Tuohy 17G com o bisel voltado cefalicamente. Durante o procedimento foram realizadas duas tentativas, ao nível de T7 e T8, para sucesso do bloqueio. O espaço peridural foi localizado e administrado Lido a 2% CV (100mg), Fentanil (100mcg), Bupivacaína (40mg), sem demais intercorrências. No 4º dia pós-operatório a paciente retorna com queixa de dormência no antebraço e mão esquerda e região anterior da coxa esquerda. Associado a dor e lesão com aspecto de “casca de laranja” no local da punção torácica. Referia ainda uma dispnéia que melhorava com a cabeceira elevada. No 15º dia pós-operatório a mesma mantém a queixa de dor em local da punção, dormência e alterações de sensibilidade tátil e térmica em MSE, porém com força muscular e reflexos preservados. Refere melhora da dormência na perna, e ausência de lesão em região torácica. Realizou TC de coluna torácica sem anormalidades. O quadro ainda permanece em investigação pela neurologia. **DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:** A Síndrome da dor complexa regional continua sendo uma doença sem boas perspectivas de tratamento pelo seu insuficiente entendimento. Diversas são as linhas de pesquisa nas quais todos chegam a resultados nem sempre esperados e, quando esperados, não são compatíveis com a realidade. Continuam, pois, os tratamentos empíricos e relatos de casos com as mais diversas propostas de terapêutica, em que se objetiva de alguma forma tratá-la ou, pelo menos, diminuí-la. **REFERÊNCIA:** Eliana Marisa Ganem. Complicações Neurológicas. In: Cangiani LM, Slullitel A, Potério GMB et al. Tratado de anestesiologia SAESP. 7. ed. São Paulo, Atheneu, 2011; 2743-54. Cordon FCO, Lemonica L. Complex Regional Pain Syndrome: Epidemiology, Pathophysiology, Clinical Manifestations, Diagnostic Tests and Therapeutic Proposals. Rev Bras Anesthesiol 2002; 52: 5 : 618 - 627.

TATUAGEM E ANESTESIA REGIONAL

AUTORES:

Anderson da Silva Costa*, Rogean Rodrigues Nunes, Camila da Silva Marques, Antonio Edinailson Barroso da Silva, Aglais Gonçalves da Silva Leite, Leopoldo Jorge de Menezes.

INSTITUIÇÃO:

CET-HGF.

INTRODUÇÃO: Tatuagem tem se tornado popular desde os anos 90 e sua prevalência é cerca de 25% na população americana entre 24 – 50 anos. Somente os pigmentos que penetram a derme permanecem definitivamente, enquanto aqueles da epiderme são perdidos progressivamente pela descamação da pele ao longo de poucas semanas. Anteriormente, os pigmentos utilizados eram inorgânicos (dióxido de titânio, sulfeto de cádmio, óxido crômico, óxido ferroso e carbono). Atualmente, mais pigmentos orgânicos são utilizados, no entanto, sua composição precisa permanece desconhecida. É cada vez mais comum anestesiológicos se confrontarem com pacientes tatuados em diversas partes do corpo. **RELATO DE CASO:** Paciente, 35 anos, P1, apresentando tatuagem em região torácica posterior (aproximadamente até T12). Cirurgia proposta: lipoaspiração abdominal até apêndice xifóide. Foi submetido à anestesia peridural lombar L1-L2, sendo utilizados anestésico local e opióide, com introdução de cateter até 5 cm acima da punção. **DISCUSSÃO:** O carreamento de pigmentos e seu depósito em tecidos ou espaços como ligamento intraespinal, espaços epidural e intratecal podem predispor os pacientes a riscos adicionais. Como não se sabe a composição precisa da maioria dos pigmentos, muitos não sendo aprovados para uso em humanos, nem regulamentados por órgãos de fiscalização, ocorre risco de introduzir substâncias carcinogênicas ou citotóxicas para o sistema nervoso. Patologias causadas por carreamento de substâncias podem não ser imediatamente detectadas, pois podem levar anos para se desenvolver. Relatos na literatura descrevem pigmentos em linfonodos axilares de melanoma maligno 30 anos após a realização de tatuagem. Um estudo também associou dor e hipersensibilidade em uma gestante de 34 anos após bloqueio peridural. Embora uma causa definitiva para esta irritação lombar não tenha sido identificada, considera-se algum pigmento como fator precipitante. Outros estudos e relatos clínicos não encontraram evidências de sequelas associadas com a punção peridural através de tatuagens. Não existem relatos de sérias complicações decorrentes da anestesia espinal ou peridural através de tatuagens, sendo o risco teórico cada vez mais debatido. No entanto, é prudente evitar a punção direta da tatuagem, procurando um espaço livre ou realizar uma punção paramediana. Quando não for possível, deve-se fazer uma incisão na epiderme antes da introdução da agulha no espaço peridural através da tatuagem, evitando-se com isso que os pigmentos sejam introduzidos nos espaços peridural ou subaracnóideo. **REFERÊNCIA:** Frederic J. Mercier and Marie-Pierre Bonnet. Tattooing and various piercing: anaesthetic considerations. Current Opinion in Anaesthesiology, 2009; 22:436-441.

ABORDAGEM DE VIAS AÉREAS E CUIDADOS NA MONITORIZAÇÃO DE PACIENTE PORTADOR DE EPIDERMÓLISE BOLHOSA DISTRÓFICA: RELATO DE CASO

AUTORES:

Marília Ramos Coelho*, Leonhard Leite Bauer, Camila Ferreira Rodrigues, Lara de Moraes, Marcelo Teixeira dos Santos, Simone Soares Leite.

INSTITUIÇÃO:

HUCFF/UFRJ, Rua Rodolpho Paulo Rocco, 255, 11º andar, Sl. E28, Cidade Universitária, I. Fundão, Rio de Janeiro/RJ.

INTRODUÇÃO: A Epidermólise Bolhosa Distrófica (EBD) é afecção rara, hereditária autossômica dominante ou recessiva, de dados epidemiológicos pouco conhecidos no Brasil. Caracteriza-se por flictenas muco-cutâneas desencadeadas por pequenos traumas superficiais, até desenvolvimento de quadro mais grave de caráter mutilante. A doença impõe dificuldades na prática anestésica, como restrição na abertura de boca, refluxo gastroesofágico, difícil controle da temperatura, venoclise, monitorização, alterações eletrolíticas, etc. O objetivo deste trabalho é relatar o manuseio da via aérea e monitorização pelo Anestesiologista em um paciente portador de EBD submetido a ressecção de lesões cutâneas.

RELATO DO CASO: Paciente AWFF, masculino, ASA P2, 25 anos, 27 quilos, altura impossível de ser aferida, portador de EBD, lesões em vários estágios de evolução em toda superfície corpórea, sem outras comorbidades. Ectrópio bilateral, sinostose e sindactilia em mãos e pés. Possuía preditores de via aérea difícil, como Mallampati 4, abertura de boca limitada, mobilidade cervical diminuída, dentes falhos. Sem intercorrências anestésicas prévias. Posicionamento cuidadoso em decúbito dorsal; cardioscopia com eletrodos convencionais; manguito de pressão arterial não invasiva instalado em MSD sobre compressa vaselinada; oximetria de pulso posicionado em MIE; venoclise realizada após indução inalatória a pedido do paciente, com máscara facial vaselinada, extracath 24G, fixado com fita cardíaca, filme transparente de poliuretano e crepom vaselinado; proteção ocular com gel lubrificante e compressa umedecida; fios em contato com a pele do paciente posicionados sobre gaze vaselinada. A intubação orotraqueal foi realizada com broncofibroscópio, tubo 7.0 com cuff e fixado com fita cardíaca e fixador adesivado em pequena região da boca. Ao término do procedimento, eletrodos, gazes e compressas vaselinadas foram retirados sem lesão da pele, e adesivo utilizado para fixação do tubo causou pequena lesão na boca do paciente. **DISCUSSÃO:** O manuseio destes pacientes deve ser cuidadoso para evitar a formação de novas lesões. Lubrificação do material é importante, por diminuir a agressão da pele e mucosas, e deve ser associada à mínima manipulação da via aérea pelo risco de edema. Optou-se pela IOT com broncofibroscópio pela via aérea difícil do paciente. Apesar da contraindicação relativa, foi utilizado material adesivo para fixar o TOT devido à mudança de decúbito no intraoperatório para ressecção de lesão em dorso, em paciente com via aérea difícil, com pequena lesão labial. Em pacientes com EBD deve ser respeitado o princípio da mínima manipulação, evitando lesões secundárias. **REFERÊNCIA:** 01. Lohom G - Anaesthesia for children with epidermolysis bullosa: a review of 20 years experience. Eur J Anaesth 2001;18:745-754. 02. Herod J, Denyer J, Goldman A et al - Epidermolysis bullosa in children: pathophysiology, anaesthesia and pain management. Paediatric Anaesthesia, 2002;12:388-397.

AMIGDALECTOMIA E DEFICIÊNCIA DO FATOR VII

AUTORES:

Silvia Kangussu Rios, Adriano Ramos Campagnoli, Carlos Darcy Alves Bersot, Rodrigo Marques dos Santos Laia Franco, Ana Laura Barros Laurêdo, Paulo de Tarso Cardoso.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Federal da Lagoa.

INTRODUÇÃO: Reconhecer e abordar as particularidades do manejo anestésico nos pacientes portadores de deficiência do fator VII. **MATERIAIS E MÉTODO:** Paciente do sexo feminino, 6 anos e 4 meses, com indicação cirúrgica precisa de amigdalectomia. Após avaliação pré anestésica foi observado um TAP= 34, 9% e INR= 2. 20 e uma história pregressa de distúrbio da coagulação nunca investigado. Paciente encaminhado para investigação com hematologista e cirurgia suspensa. Retorna 6 meses após, com diagnóstico de deficiência do fator VII (fator VII= 6%, normal= 50-129%). Após reserva de vaga em CTI, e obtenção de consentimento informado, optou-se por realização de anestesia geral. O paciente foi monitorizado com PNI, cardioscopia, oximetria de pulso e capnografia. Feito 250 U de complexo protrombínico imediatamente antes da cirurgia. O mesmo manteve-se estável hemodinamicamente durante o ato anestésico-cirúrgico que teve duração de 90 minutos e não apresentou nenhum sangramento acima do esperado para esse tipo de cirurgia. Realizou-se a extubação sem intercorrências. O paciente foi mantido em observação na RPA e seguiu para o pós operatório em CTI, com monitorização diária da coagulação. Recebeu alta após 2 dias sem intercorrências e foi orientado sobre a possibilidade de sangramento após alta hospitalar. **DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:** A deficiência do factor VII (FVII) é uma doença hemorrágica hereditária rara causada pela diminuição ou ausência deste fator de coagulação. A prevalência parece ser aproximadamente 1/500, 000. O diagnóstico é sugerido por aumento do tempo de atividade da protrombina e seu INR, e confirmado por testes cromométricos revelando um nível da atividade de FVII abaixo dos valores plasmáticos normais. Plasma fresco congelado, complexo protrombínico, concentrado de FVII e Fator VII recombinante(rFVIIa) podem ser usados como terapia de substituição. O reconhecimento e o manejo perioperatório destes pacientes é fundamental para o sucesso do ato anestésico-cirúrgico, e deste modo, de suma importância para o anestesiologista. **REFERÊNCIA:** 1) Anesthésie et déficit en facteur VII de la coagulation Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, Volume 9, Issue 1, 1990, Pages 90-92 D. Baudouin, M. C. Gilly-Geneste, J. Fusciardi Anesthesiology 2011; 115:879 -90 2) Factor VII recombinante na Deficiência de Factor VII Revista SPA ' vol. 16 ' nº 1 ' Fevereiro 2007 Louzada R, Ricardo A. , Cordeiro L. , Monteiro F. , Silva Duarte J.

ANESTESIA EM CRIANÇA COM SÍNDROME CONGÊNITA DE FENDA MEDIANA DO PESCOÇO. RELATO DE CASO

AUTORES:

Lucas Oliveira, Suzana R. J. Bezerra, Marcos A. C. de Albuquerque, Julio C. M. Brandão.

INSTITUIÇÃO:

UFS - Hospital Universitário - Disciplina de Anestesiologia.

INTRODUÇÃO: A síndrome Fenda Mediana Congênita do Pescoço é uma anomalia genética, rara, descrita primordialmente por Bailey em 1924, e é decorrente de um defeito na embriogênese dos dois arcos braquiais. A literatura é bastante escassa a respeito desta síndrome e das particularidades do ato anestésico. Este relato tem como finalidade divulgar e discutir as características da patologia e a relação com o procedimento anestésico. **RELATO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 12 anos de idade, 50 kg, 153 cm, ASA I foi submetida a anestesia geral para a realização do tratamento cirúrgico da correção da fenda mediana cervical. Ao exame físico apresentava fenda mediana na região anterior do pescoço que limitava os movimentos de extensão e flexão do pescoço pela presença de lesão fibrótica nesta região com as distâncias mento esternal de 10 cm, tireomentoniana de 4 cm, abertura bucal 2, 2 cm, mallampati IV e micrognatia acentuada. Após monitorização não invasiva com eletrocardiografia, pressão arterial não invasiva, oximetria de pulso e capnografia, o paciente foi pré-oxigenado e então foi realizada sedação com propofol IV (1 mg. kg⁻¹). Após confirmação da possibilidade de ventilação com pressão positiva adequada via máscara, foi feita a indução anestésica com o fentanil (3mcg. kg), propofol (3mg. kg) e o relaxamento neuromuscular foi obtido com 1, 5 mg. kg⁻¹ de succinilcolina com tentativa de intubação orotraqueal após aguardada as respectivas latências. Com a primeira laringoscopia direta com lâmina curva houve dificuldade na tentativa de intubação (Cormarck e Lehane 4). Assim, optou-se por uma nova tentativa de laringoscopia com uso de lâmina articulada (Cormarck e Lehane 3), e apesar da dificuldade, procedeu-se a intubação orotraqueal com sucesso. A manutenção da anestesia foi feita sob técnica anestésica inalatória com sevoflurano a 2%, N₂O e O₂, com ventilação espontânea assistida, e infiltração com anestésico local pelo cirurgião. Não houve intercorrências e o procedimento cirúrgico foi realizado com sucesso. A paciente foi extubada quando bem acordada. **DISCUSSÃO:** A importância da avaliação pré-anestésica é enfatizada devido às malformações, inclusive cardíacas, associadas a esta síndrome. É recomendada a preparação para possível situação de via aérea difícil ou de dificuldade na manutenção das vias aéreas dos pacientes submetidos a correção cirúrgica desta lesão fora da faixa etária neonatal, período em que o processo fibrótico da lesão ainda não limita a movimentação cervical nem há ainda alterações anatômicas como a micrognatia, presente neste caso. Unitermos: ANESTESIA, Pediátrica, congênita: síndrome da fenda mediana do pescoço. **REFERÊNCIA:** 1 - Fenda cervical mediana. José V. Tagliarini, Emanuel C. Castilho, Jair C. Montovani, Rev Bras Otorrinolaringol. V. 70, n. 4, 705-9, jul. /ago. 2004.

ANESTESIA EM CRIANÇA COM SÍNDROME DE APERT

AUTORES:

Cassiano Franco Bernardes, Erick Freitas Curi, Bruno Cesar Tourinho, Renato Bastos da Silva Murad, Paulo Antonio de Mattos Gouvêa, Eliana Cristina Murari Sudré.

INSTITUIÇÃO:

Centro de Ensino e Treinamento da AFECC/Hospital Santa Rita de Cássia - Vitória - ES.

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Apert, ou acrocefalosindactilia tipo 1, é uma doença genética autossômica dominante rara. Sua incidência varia de 1:160.000 a 1:200.000 nascidos vivos. É causada por uma mutação no gene do fator de crescimento fibroblástico tipo 2 (FGFR 2). A anestesia torna-se desafiadora, devido importantes alterações morfológicas. **RELATO DE CASO:** Paciente, feminino, 15 meses de vida, 10 kg, classificado como ASA II (asma leve). Após o nascimento, diagnosticou-se macrocefalia e sindactilia em mãos e pés. Aos seis meses foi atendido no ambulatório de neurologia com quadro de craniossinostose completa. Apresentava desenvolvimento neuropsicomotor adequado para a idade. Estudo tomográfico mostrava encurtamento do diâmetro ântero-posterior do crânio, aumento do látero-lateral, fechamento da sutura coronal bilateral e das demais suturas. Estudo de RNM evidenciou alterações morfológicas da calota craniana em aspecto de turri-braquicelia (crânio em torre), mielinização incompleta de lobos frontais e corpo caloso íntegro e distendido. Avaliação genética sugeriu Síndrome de Apert. Realizada avaliação clínica satisfatória de via aérea. Foi levada ao centro cirúrgico para correção da craniossinostose. Na sala de operação foi monitorada de acordo com a Resolução 1802/206 (CFM). Foi disponibilizados instrumentos para uma possível via aérea difícil (laringoscópio com diferentes lâminas, máscaras laríngeas, estilete luminoso, e guia. A equipe cirúrgica foi alertada para caso houvesse necessidade de uma via aérea cirúrgica. Submeteu-se indução inalatória (sevoflurano + O₂/N₂O). Instalou-se acesso venoso periférico em MIE, com cânula intravenosa 22G. Administrou-se, IV, alfentanila (1 mg) e atracúrio (5 mg). Realizou-se IOT sem dificuldades técnicas. A manutenção anestésica foi realizada com sevoflurano. Procedimento transcorreu sem intercorrência com sangramento moderadamente aumentado. Ao término do procedimento administrou-se, IV, cetorolaco (10 mg), dipirona (500 mg) e ondasetrona (1 mg). Na totalidade, administrou-se SRL (1500 mL) e concentrado de hemácias (200 mL). No primeiro dia de pós-operatório a criança apresentou quadro de broncoespasmo, tratado com 2-Agonista inalatório e metilprednisolona. Recebeu alta hospitalar com boa avaliação clínica. **DISCUSSÃO:** A Síndrome se caracteriza por má formação craniana, terço médio da face, mãos e pés. Pode haver outras alterações (fenda palatina, cardíacas, atresia pulmonar, fístula traqueoesofágica, estenose pilórica, rins policísticos, útero bicornio, hidrocefalia, otites de repetição, apnéia do sono, acne severa, palato ogival, alterações oculares e macroglossia). Geralmente a IOT não é difícil. No entanto, é prudente uma criteriosa avaliação pré-anestésica e uma adequada preparação para uma possível via aérea difícil. **REFERÊNCIA:** Carneiro GVS, Farias JG, Santos FAF et al. . Síndrome de Apert: revisão da literatura e relato de um caso clínico. Rev Bras Otorrinolaringol. 2008; 74(4):640.

ANESTESIA EM CRIANÇA COM SÍNDROME DE DOWN ASSOCIADA À SÍNDROME DE TREACHER-COLLINS

AUTORES:

Pedro Felipe de Souza Xavier*, Danúbia Campos Frizzone, Carlos Alfredo Fonseca Júnior, Fabrício Eduardo de Souza Vieira, Ana Cláudia Mota Bonisson, Ivens Garcia Pedrosa.

INSTITUIÇÃO:

Hospital da Baleia.

INTRODUÇÃO: A síndrome de Treacher-Collins (STC) é uma doença genética com transmissão autossômica dominante e incidência de 1:40000 a 1:70000 neonatos; a Síndrome de Down (SD) constitui-se na alteração cromossômica mais frequente, com uma frequência de 1:600 nascidos vivos. O objetivo deste relato é descrever suas alterações características e possíveis implicações anestésicas. Relato do caso: Criança de 10 anos, 21 kg, masculino, com diagnóstico de SD e STC, apresentando: retardo mental, baixa estatura, fenda palatina, hipoplasia malar, micrognatia, malformação dos pavilhões auriculares, ausência de conduto auditivo externo esquerdo, microcefalia, macroglossia, microdontia e pescoço curto. Apresentava também doença do refluxo gastroesofágico, distúrbio de deglutição e colobomas de pálpebras inferiores, todos corrigidos cirurgicamente. Além disso, portava comunicação interventricular corrigida espontaneamente (com desenvolvimento posterior de pressão de artéria pulmonar elevada). Admitido em bloco cirúrgico para troca de sonda de gastrostomia. Realizado indução inalatória com sevoflurano a 5%. Após perda de consciência, procedeu-se à venóclise com cateter 22G em mão esquerda. Administrado fentanil 50mcg e, diante da previsão de via aérea difícil, optou-se por não administrar cisatracúrio. Após 3 tentativas de intubação por laringoscopia direta realizadas por anestesiológista experiente, decidiu-se pelo uso de máscara laríngea 2, 5. O paciente foi mantido em anestesia inalatória com sevoflurano a 2%. Além disso, administraram-se dipirona 600mg e dexametasona 3mg. O procedimento transcorreu sem mais intercorrências. **DISCUSSÃO:** A STC apresenta os seguintes sinais: inclinação anti-mongolóide das fissuras palpebrais, colobomas de pálpebras inferiores, hipoplasia de mandíbula e das eminências zigomáticas, fenda palatina ou palato arqueado, malformação dos pavilhões auriculares, atresia de conduto auditivo externo, estreitamento nasofaríngeo, anteriorização da faringe e da articulação têmporo-mandibular e língua em posição posterior. A SD, por sua vez, apresenta: retardo mental, microcefalia, face achatada, pescoço curto, fenda palpebral oblíqua, pregas epicânticas, orelhas pequenas e com implantação baixa, macroglossia, microdontia, hipoplasia mandibular, estreitamento subglótico e nasofaríngeo, estenose laringotraqueal, tônus vagal hiperativo, hipotonia muscular generalizada, instabilidade atlantoaxial, cardiopatias congênitas, hipertensão de artéria pulmonar, doença do refluxo gastroesofágico e hipotireoidismo congênito. As síndromes genéticas acarretam anormalidades clínicas significativas, e uma avaliação pré-operatória criteriosa é necessária para um desfecho anestésico favorável. **REFERÊNCIA:** Maranhão MVM, Maranhão MHC, Coelho VV. Anestesia e síndrome de Down. Rev Bras Anesthesiol, 1988; 38: 351-354. Dorivaldo LS, Francisco XPN, Stéphanie GC et al. Síndrome de Treacher-Collins: revisão de literatura. Arq Int Otorrinolaringol, 2008; 12, 116-121.

ANESTESIA EM PACIENTE COM SÍNDROME DE LYEEL

AUTORES:

Livia S Albergaria*, Carlos R Degrandi Oliveira, Talita C Silva.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Guilherme Álvaro.

INTRODUÇÃO: A síndrome de Lyell ou Necrólise Epidérmica Tóxica (NET) é uma afecção dermatológica mucocutânea grave acompanhada de toxicidade sistêmica e febre elevada. Apresenta incidência de um caso por milhão de pessoas por ano, atingindo até 70% de mortalidade. A maioria dos casos surge como uma resposta idiossincrática à administração de determinados fármacos, sendo os mais comuns: antiepilépticos, alopurinol, sulfas, penicilinas ou a agentes infecciosos. **RELATO DE CASO:** paciente do sexo feminino, 19 anos, portadora de líquen plano erosivo recorrente com história de utilização recente externa e oral de chá de carobinha (Jacaranda caroba). Apresentava-se com necrose de mucosas e acometimento de mais de 95% do tegumento cutâneo. Agendada para realizar traqueostomia, extrações dentárias e desbridamento cirúrgico. Mantida em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em isolamento de contato, com acesso venoso central em subclávia direita. Foi monitorizada apenas com oximetria de pulso visto que houve dificuldades de fixação dos demais dispositivos de monitorização não invasiva na paciente nos locais adequados, devido a perda de integridade cutânea. Foram injetados para indução 40mg de cetamina (S+) e infiltração local com lidocaína 2%, pelo cirurgião, antecedendo a traqueostomia. Com a via aérea assegurada, foi utilizada complementação com fentanil e midazolam. A manutenção realizada com sevoflurano em concentrações variáveis. Os demais procedimentos propostos fora realizados e após 90 minutos foi encaminhada a UTI. No sexto dia pós-operatório a paciente veio a óbito. **DISCUSSÃO:** O manejo anestésico do paciente portador de NET deve ser bastante diligente já que o envolvimento do trato respiratório superior pode tornar o manuseio das vias aéreas e a intubação traqueal difíceis. Da mesma forma, a monitorização adequada pode ser um desafio devido a falta de integridade da pele tornando o paciente vulnerável à procedimentos anestésicos. **REFERÊNCIA:** Schwartz, J J. Doenças da pele e musculoesqueléticas. In: Hines, R L. ; Marschal, K E. Stoelting's anesthesia and Co-existing disease. 5. ed. Connecticut: Elsevier, 2010; 442.

ANESTESIA EM PACIENTE COM DOENÇA DE MINKOWSKI-CHAUFFARD

AUTORES:

Livia S Albergaria*, Talita C Silva, Tatiana M L Takano, Carlos R Degrandi Oliveira, Ivan A Faria.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Guilherme Álvaro.

INTRODUÇÃO: A doença de Minkowski-Chauffard, ou Esferocitose Hereditária (EH), é uma anemia hemolítica hereditária dominante, que resulta de alterações quantitativas ou qualitativas das proteínas da membrana do eritrócito (anquirina e espectrina) fazendo com que os eritrócitos percam a resistência, a elasticidade e a capacidade de deformação. O quadro clínico é basicamente constituído de uma anemia que varia de leve a grave, com esplenomegalia associada. Pode ocorrer icterícia e litíase biliar. **OBJETIVO:** apresentar um caso de paciente portadora de EH submetida a esplenectomia. **RELATO DE CASO:** paciente, sexo feminino, 14 anos, branca, 55kg, com diagnóstico de EH e acompanhada pelo serviço de hematologia. Relatou uso rotineiro de ácido fólico. A ultrassonografia abdominal demonstrou litíase biliar e esplenomegalia moderada. Apresentava hemograma com: HB 10, 3 G/DL, HT 30%, VCM 92, 05 μ 3, HCM 31, 5uuug, CHCM 34, 22g/dl, Reticulócitos 6, 4%, presença de esferócitos e plaquetas 217. 000mm³. , além de acentuada elevação das transaminases, assim como, da bilirrubina total e frações. Checado avaliação pré-anestésica e equipamentos de anestesia, a paciente foi monitorizada com oxímetro de pulso, cardioscópio e aparelho de pressão arterial não-invasiva. Após obter acesso venoso periférico com cateter 18G, foi realizada pré-oxigenação, indução com propofol, fentanil e atracúrio e intubação orotraqueal com sonda 7, 0mm com balonete. Confirmada a intubação com auxílio da capnografia. A manutenção da cirurgia foi realizada com oxigênio e sevoflurano, com ventilação controlada. A duração da cirurgia foi de 45 minutos. Após extubação em sala, a paciente foi encaminhada para sala de recuperação pós-anestésica, sem intercorrências. **DISCUSSÃO:** nos pacientes com EH a hemácia é osmoticamente frágil, a severidade da anemia é variável, a icterícia pode ser intermitente e devido a hemólise pode existir deficiência de ácido fólico. O acompanhamento de um hematologista é fundamental pois ele avaliará a necessidade de controle clínico ou esplenectomia, uma vez que, a cirurgia corrige a anemia e a possibilidade de crises hemolíticas, mas não o defeito celular, nem a tendência a infecções pós-esplenectomia. **CONCLUSÃO:** A anestesia geral na vigência de processos hemolíticos deve ser manejada mantendo-se hidratação e oxigenação adequadas a fim de evitar maiores complicações, como a hipoxemia. **REFERÊNCIA:** 1. García MH, Del Cueto ME. Esferocitosis hereditaria: aspectos clínicos, bioquímicos y moleculares. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter, 2002;18(1):7-24.

ANESTESIA EM PACIENTE COM DOENÇA DE VON WILLEBRAND. RELATO DE CASO

AUTORES:

Rosa Maria da Silva Beltrão, Bruno Mendes Carmona, Rafael Gomes de Lima Cruz, Paulo Roberto Vieira Guedes, André Varela Guimarães.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Ophir Loyola.

INTRODUÇÃO: A doença de von Willebrand é uma doença hemorrágica, de herança autossômica dominante, caracterizada por deficiência qualitativa ou quantitativa do fator de von Willebrand. Afeta a hemostasia primária e secundária, já que se manifesta basicamente através da disfunção plaquetária associada à diminuição dos níveis séricos do fator VIII coagulante. **RELATO DE CASO:** Paciente feminino, 43 anos, 60 kg, 162 cm de altura, portadora de doença de von Willebrand, programada para setorectomia de mama esquerda devido câncer de mama, em decúbito dorsal horizontal. No pré-operatório foi administrado concentrado de fator 8y 1. 500 UI 12 h antes da cirurgia e antes da incisão na pele, sendo administrado também n pós-operatório a cada 12 h por 3 dias. A anestesia foi realizada com doses habituais de fentanil, propofol e rocuroônio e sevoflurano 2%. A intubação traqueal foi realizada sob laringoscopia direta com tubo 7, 0 mm. No transoperatório houve um episódio de sangramento profuso durante a sutura da pele, sendo realizado ácido épsilon-aminocapróico 5 g e abertura dos pontos para revisão de hemostasia e compressão local durante 3 min, seguida de fechamento da ferida operatória. A extubação foi realizada em plano cirúrgico para o mínimo de estímulo de via aérea e elevação de pressão arterial. Ao final da cirurgia paciente foi encaminhada para a sala de recuperação de anestesia e posteriormente encaminhada a enfermaria sem intercorrências. **Discussão:** O tratamento da doença de von Willebrand inclui desmopressina, concentrados de FVIII/FVW e medidas auxiliares. O uso de FVIII se mostrou relativamente eficaz já que houve um episódio de sangramento anormal no intraoperatório. A compressão local prolongada e o uso de antifibrinolítico se mostrou bastante útil no controle de sangramento. Concluímos que a avaliação pré-anestésica, o planejamento adequados e a integração interdisciplinar são essenciais para o manejo de pacientes com doenças raras. **REFERÊNCIA:** 01) Junior RMM, Godoy RdC, Gobbo MdC, Junior JL, Duz GL. Rino-plastia em Paciente com Doença de von Willebrand. Relato de Caso. Rev Bras Anestesiologia. 2007;57(6):678-83. 02) Ministério da saúde (Brasil). Manual de diagnóstico e tratamento da doença de von Willebrand. Disponível em: Acessado em 20/06/2013.

ANESTESIA EM PACIENTE COM SÍNDROME DE CRI-DU-CHAT

AUTORES:

José Cosme dos Santos Camargo, Paula Barroso Pereira Madruga, Romana Freire Marques Bello de Campos, Marco Antônio Cardoso de Resende, Paola da Costa dos Santos, Viviane Barrada Ribeiro*.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal Fluminense.

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Cri-Du-Chat (Miado do Gato) é doença genética por deleção terminal do braço curto do cromossomo 5p mas possui variantes por translocação ou inversão. 1 A peculiaridade é que o choro do recém-nascido assemelha-se ao miado de um gato. Há anormalidades craniofaciais bem como de faringe/laringe que comprometem a abordagem da via aérea. **RELATO DE CASO:** Paciente masculino, pardo, 7 anos, 21 kg, ASA II com hipotireoidismo congênito e Síndrome de Cri-Du-Chat diagnosticada aos 6anos. Uso diário de 25mcg de levotiroxina. Apresentava atraso do desenvolvimento mental e hiperatividade. Anteriormente submetido à traqueostomia sem intercorrências. Foi admitido para realização de laringoplastia por estenose de laringe. Na sala de cirurgia foi realizada monitorização com cardioscópio, pressão arterial não invasiva e oximetria de pulso. Iniciada indução anestésica com adaptação de O₂/Sevoflurano à cânula de traqueostomia. Após diminuição do nível de consciência foi realizada venoclise em membro superior esquerdo com cateter 20G e iniciada hidratação venosa e infusão contínua de propofol 100 µg/kg/min e remifentanil 0, 3 µg/kg/min para manutenção da anestesia, com bolus de 3 mg de cisatracúrio . Colocado tubo 5, 0 mm DI, com balonete, pelo óstio da traqueostomia sem intercorrências. Acoplado à ventilação mecânica controlada a volume: Vt 200ml, FR 18 irpm, Peep 5 cmH₂O, FAG 2L. A saturação periférica de O₂ variou de 96-99% e a EtCO₂ entre 32-44% durante todo o procedimento. Para analgesia recebeu 700 mg de dipirona IV e infiltração da ferida operatória com ropivacaina 0, 375% . Como antieméticos foram administrados 3mg ondansetron e 3mg de dexametasona . Descurarizado com neostigmine 1, 0 mg e atropina 0, 5 mg após 10 minutos de desligamento das bombas de infusão. Retirado tubo do orifício de traqueostomia após término do procedimento cirúrgico. Foram infundidos 400ml de SF₀, 9%. Manteve níveis pressóricos estáveis e o procedimento anestésico-cirúrgico durou 3h e 10 min. Após completo despertar foi encaminhado à enfermaria sem intercorrências. **DISCUSSÃO:** No que tange ao ato anestésico é imprescindível a criteriosa avaliação das vias aéreas com o intuito de antecipar possíveis adversidades . As alterações anatômicas (hipoplasia de laringe, estenoses, cordas vocais assimétricas, epiglote pequena/hipotônica/flácida, micrognatia, alterações de palato duro e mole) são responsáveis pela característica primordial da síndrome e podem surgir como complicadores para permeabilidade da via aérea. Embora em menor frequência, defeitos septais cardíacos e estenose artéria pulmonar podem estar presentes e demandam avaliação especializada. 1 Pacientes com Cri-Du-Chat apresentam aspectos relevantes para o manuseio anestésico, que requer atenção a particularidades. **REFERÊNCIA:** 1- Santos KM, Rezende DC, BorgesZD. Manejo anestésico de paciente com síndrome de Cri du chat (miado do gato). Revista brasileira de anesthesiologia. 2010; 60: 6: 630-633.

ANESTESIA EM PACIENTE COM SÍNDROME DO QT LONGO

AUTORES:

Erick Freitas Curi, Rodrigo Fardin Aguiéras, Leonardo Fenyves Ferreira, Eliana Cristina Murari Sudré, Paulo Antonio de Mattos Gouvêa, Cassiano Franco Bernardes.

INSTITUIÇÃO:

Centro de Ensino e Treinamento da AFEEC/Hospital Santa Rita de Cássia - Vitória - ES.

INTRODUÇÃO: A síndrome do QT longo congênita (Síndrome de Romano Ward) é uma desordem autossômica dominante que usualmente apresenta-se como uma síncope durante a infância ou adolescência. É caracterizada por ataques recorrentes de taquicardia ventricular polimórfica rápida conhecida como Torsade de Pointes. Morte súbita é um risco. **RELATO DE CASO:** Paciente, feminina, 49 anos, 120 kg, 165 cm e IMC = 44, 07. Diagnósticos de: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2 e Síndrome do QT longo. Em uso de metoprolol, losartana, metformina e omeprazol. Relato de parada cardiorrespiratória prévia. Arritmologista sugeriu cautela no uso de: ondasetrona, bromoprida, metoclopramida, amiodarona, efedrina, fenilefrina e adrenalina. Encaminhada ao Centro Cirúrgico para cirurgia bariátrica videolaparoscópica. Na SO, realizou-se monitorização de acordo com a Resolução 1802/2006 (CFM). Fez-se venoclise em membro superior esquerdo com cânula 20 G. Administrou-se midazolam (2 mg) IV. Foi calculada a dose de propofol tendo como referência um peso corrigido de 88, 8 kg. Indução anestésica: sufentanil (40 µg), propofol (180 mg), atracúrio (50 mg). Manutenção: propofol (100-150 µg. kg⁻¹. min⁻¹) e remifentanil (0, 1-0, 5 µg. kg⁻¹. min⁻¹). Administrou-se morfina (5 mg) IV para analgesia pós-operatória. Pós-anestésico realizado na unidade coronariana, sem qualquer intercorrência. **DISCUSSÃO:** O diagnóstico desta síndrome é através do ECG (Intervalo QT > 460 a 480 ms). Na avaliação pré-operatória é mandatória a avaliação do ECG em pacientes com história familiar de morte súbita. Deve-se considerar o uso de -bloqueadores e até mesmo o bloqueio do gânglio estrelado à esquerda. Durante a anestesia devem-se evitar eventos que prolongue o intervalo QT, tipo: Aumento da atividade simpática (ansiedade, intubação traqueal, estimulação cirúrgica, intubação com o paciente acordado na emergência) e hipocalcemia aguda. Deve-se utilizar esmolol nas arritmias ventriculares agudas. O desfibrilador deve estar sempre disponível. Por fim, deve ser considerado o uso de fenitoina no pós-operatório. **REFERÊNCIA:** Stoelting RK, Dierdorf SF. Abnormalities of cardiac conduction and cardiac rhythm. In: Anesthesia and co-existing disease. 2ª ed. Philadelphia, Churchill Livingstone, 2002; 60-61.

ANESTESIA EM PACIENTE COM TÉTANO

AUTORES:

Felipe Pinto Monezzi, Celso Ricardo Soubhia, Cecília Klei-nubing Abal, Daniele Tondolo Martins, Jonathan Grub, Gabriela Pretto Rostand Prates.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal do Rio Grande - FURG - Residência Médica de Anestesiologia do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. rua Visconde de Paranaguá 102.

INTRODUÇÃO: O tétano, uma doença conhecida desde o século 14, ainda pode ser considerado um grave problema de saúde pública. Conta com uma incidência global de aproximadamente 300000 casos por ano, principalmente em países em desenvolvimento. É causada pela inoculação do *Clostridium tetani* em uma lesão geralmente penetrante. Após período de incubação, a toxina tetânica é liberada pelo bacilo. Essa toxina adentra o sistema nervoso através do neurônio periférico e viaja retrogradamente pelo axônio até o sistema nervoso central, afetando predominantemente os neurônios inibitórios, bloqueando a liberação dos neurotransmissores glicina e GABA, gerando manifestações importantes, dentre as quais se sobressaem as inibições motora e autonômica. O paciente pode apresentar alterações importantes como via aérea difícil em virtude de espasmo do masseter, rigidez do pescoço ou opistótonus, instabilidade autonômica com rápidas variações de pressão, arritmias e falência cardíaca. **RELATO DO CASO:** Paciente 32 anos, masculino, com diagnóstico de tétano, vem ao bloco cirúrgico para debridamento de extensa lesão em membro inferior direito. Apresenta-se com trismus severo, espasticidade generalizada, espasmos prolongados, frequência respiratória de 27 mpm, disfagia severa e frequência cardíaca de 117, saturando 92%. Laboratorial mostrava potássio de 5, 5 e hematúria na sonda vesical. Optou-se por indução endovenosa com propofol e fentanil, seguido de infusão de atracúrio. Obteve-se bom relaxamento muscular. Paciente foi intubado, realizada anestesia inalatória com sevoflurano e o procedimento ocorreu sem intercorrências. Optou-se por manter o paciente sedado e em ventilação controlada a volume, sendo encaminhado a UTI logo após o término do procedimento. **DISCUSSÃO:** A anestesia do paciente portador de tétano é um desafio ao anestesiológico. A rigidez da musculatura, os espasmos da parede torácica, diafragma e abdomen levam a um distúrbio restritivo. O laringoespasma e a obstrução glótica tornam a via aérea potencialmente difícil. A elevada pressão abdominal e a estase gástrica, fazem com que, mesmo no paciente acordado, o risco de aspiração esteja elevado. Entre os bloqueadores neuromusculares, dois devem ser evitados. A succinilcolina não deve ser usada devido a hipercalemia, muito presente nesses pacientes. Outro fármaco que deve ser evitado é o pancurônio, que teria potencial de aumentar a atividade adrenérgica, já exacerbada no paciente com tétano. Pelo mesmo motivo, deve-se evitar o desflurano. Segundo muitos autores, os pacientes devem ser anestesiados profundamente e de preferência curarizados, para evitar crises hipertensivas e espasmos durante o procedimento. Devido a todas essas particularidades, o anestesiológico deve estar atento para o manejo dessa patologia tão importante. **REFERÊNCIA:** Cook TM, R. T. Protheroe, J. M. Handel. Tetanus: a review of the literature. *British Journal of Anaesthesia* 2001; 87:477-87. *Indian Journal of Anaesthesia* 2009;53(3):367-368.

ANESTESIA EM PACIENTE OBSTÉTRICA PORTADORA DE BETA-TALASSEMIA INTERMÉDIA: RELATO DE CASO

AUTORES:

Joyce Lopes Cardoso, André Mendes dos Santos, Ana Emília Aragão de Moraes, Marcos Henrique Lopes da Costa, Felipe Souza Thyrso de Lara, Celso Schmalfluss Nogueira.

INSTITUIÇÃO:

CET Anestesiologia Santa Casa de Misericórdia de Santos.

INTRODUÇÃO: O manejo anestésico das hemoglobinopatias em seus diferentes espectros tem como base estratégica o controle de perda sanguínea e consideração de possíveis coagulopatias envolvidas. Pacientes com beta-talassemia intermédia têm, por definição, sintomas amenos, pouco necessitam de transfusões sanguíneas para manter um hematócrito intermediário (entre 21 e 30%) a não ser que algum fator perturbe sua homeostase, como, por exemplo, infecções vigentes, gestação e trauma cirúrgico. O objetivo deste relato é descrever o manejo do caso de uma paciente gestante portadora de beta-talassemia intermédia com indicação obstétrica de resolução de gestação por cesariana. **Relato do Caso:** paciente V. G. F, feminino, 29 anos, branca, estado físico ASA III, G1 P0 A0, 39 semanas de gestação. Apresentava anemia com hematócrito de 26. 5%, normocítica, normocrômica, com células anisocíticas (RDW 18), reticulócitos 8. 5%; plaquetas 140. 000; haptoglobinas séricas: menor que 5 (30-200); LDH 504 (240-480), BT 1. 9, BI 1. 3. Perfil bioquímico de ferro e provas de coagulação dentro dos valores normais. Eletroforese de hemoglobina: HbA1 89. 7%, HbA2 5. 3%, HbF 5%. Teste de falcização negativo e função glomerular normal. Apresentava-se no momento do ato anestésico eupnéica, hipocorada (++)/4), anictérica, oximetria de pulso 98% em ar ambiente, frequência cardíaca 90 bpm e pressão arterial 120/80 mmHg. Após monitorização habitual, e punção venosa periférica, realizado bloqueio subaracnoideo em L3-L4 com agulha 25G com injeção de bupivacaína pesada 12. 5 mg, sufentanil 3 mcg e morfina 80 mcg. Bloqueio sensorial nível T4 foi obtido alguns minutos após. Paciente manteve-se com dados vitais estáveis durante todo o ato, com discreta hipotensão tratável com bolus de vasopressor (efedrina 10 mg). Relato de perda sanguínea habitual para a cirurgia. Após término, paciente encaminhada para a recuperação anestésica. **DISCUSSÃO:** Pacientes com beta-talassemia podem apresentar morbidades envolvendo vários órgãos e sistemas, incluindo o vascular, cardíaco, hepático, endócrino, ósseo e extracelular hematopoiético. A técnica anestésica deve basear-se nas condições que o paciente apresenta e controle rigoroso da perda sanguínea, evitando-se transfusões desnecessárias, que sabidamente aumentam a chance de eventos indesejados, como os tromboembólicos. A anestesia foi, portanto, neste caso, suficiente para o procedimento proposto interferindo minimamente na estabilidade cardiovascular da paciente. Firth PG. Anesthesia and hemoglobinopathies. *Anesthesiol Clin.* 2009 Jun;27(2):321-36. Musallam KM, Taher AT, Rachmilewitz EA. -thalassemia intermedia: a clinical perspective. *Cold Spring Harb Perspect Med.* 2012 Jul;2(7).

ANESTESIA EM PACIENTE PORTADOR DA SÍNDROME DE KEARNS-SAYRE: RELATO DE CASO

AUTORES:

Thaissa Garcia Barbosa de Figueiredo*, Natália Barbosa Saad, Igor Oliveira Viana, Ana Maria Vilela Bastos Ferreira, Flavia Quintão Silva Belém, Gustavo Rodrigues Costa Lages.

INSTITUIÇÃO:

Centro de Ensino e Treinamento do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Kearns-Sayre (SKS) é uma rara miopatia mitocondrial com início antes dos 20 anos de idade, geralmente associada a tríade diagnóstica: oftalmoplegia externa progressiva, retinite pigmentosa e bloqueio cardíaco. Pode apresentar perda auditiva, baixa estatura, neuropatia periférica e drive ventilatório prejudicado, cardiomiopatia dilatada e insuficiência cardíaca, e endocrinopatias. O manejo anestésico nestes pacientes deve considerar o risco de depressão cardíaca por medicamentos, defeitos de condução atrioventriculares e hipoventilação no pós-operatório precoce. Por ser uma doença rara, não está bem estabelecido o risco de hipertermia maligna. Relato de caso – Paciente VAGP, masculino, 15 anos, 28 kg, natural e procedente de BH – MG, portador de SKS com quadro de miopatia, retinose pigmentar, oftalmoparesia externa progressiva, hipoparatiroidismo e BAV intermitente, com risco de morte súbita, sendo admitido para implante de marca-passo. Avaliação pré-operatória pela equipe de erros inatos do metabolismo, cardiologia e neurologia pediátrica sem alterações. Exames complementares: creatinina 0, 4mg/dl; hemoglobina 13, 5g/dl; hematócrito 35, 1%; plaquetas 146 mil, ECG com ritmo sinusal regular, BRD e hemibloqueio anterossuperior. Em uso de Calcitriol, Carbonato de Cálcio, Citrato de Potássio, Carnitina, Pidomag, Vitamina B12, Coenzima Q10, Triglicerol e colírios para ressecamento ocular. Solicitada reserva de CTI. Ao exame físico: normotenso, RCR em 2T, sem sopros, SRNSRA, eupnéico, sem preditores de dificuldade de via aérea. Monitorização (PNI, cardioscopia e oximetria de pulso), cateter venoso 20 G. Indução com midazolam 2mg, sufentanil 8, 4 mcg e propofol 150 mg. Introduzido máscara laríngea 2, 5, ventilação modo pressão controlado (12 cmH2O). Infiltração local com bupivacaína 0, 5% e manutenção com propofol em BIC. Ao final do procedimento, retirada a máscara laríngea com paciente acordado, mantendo bom padrão ventilatório e boa SpO2, transferido ao CTI pediátrico. Ato cirúrgico-anestésico sem intercorrências. **DISCUSSÃO:** – O prognóstico da SKS está relacionado ao número de tecidos acometidos, bem como a gravidade das alterações, sendo o distúrbio de condução cardíaco o maior responsável pela alta mortalidade da síndrome. O manejo anestésico requer um alto índice de suspeita e preparo para tratar um provável BAVT. Devido à raridade do quadro, a experiência anestésica descrita é muito limitada para recomendar drogas específicas para indução e manutenção anestésica. Existe possibilidade de associação entre hipertermia maligna e SKS. No caso relatado, optou-se pela manutenção anestésica de modo venoso contínuo com propofol, sem uso de relaxante muscular. **REFERÊNCIA:** Anaesthesia, 1994, Volume 49, pages 876-878 / Stoelting's Anesthesia and Co-Existing Diseases, 6 ed 2012, pages 252-253, 462 /

ANESTESIA EM PACIENTE PORTADOR DE OSTEOGÊNESE IMPERFEITA

AUTORES:

Gabriela Pretto Rostand Prates, Andrea Fogaca Soubhia, Felipe Pinto Monezzi, Nathália Ethur, Clariana Guedes Wagner, Samira Farina Menegat.

INSTITUIÇÃO:

Universidade federal do Rio Grande-FURG- Residência médica de anestesiologia do hospital universitário Dr. Miguel Riet Correa Junior, rua Visconde de Paranaguá 102- Rio Grande.

INTRODUÇÃO: a Osteogênese Imperfeita(OI) é um distúrbio hereditário do tecido conjuntivo caracterizado por fragilidade óssea e variadas manifestações clínicas, tais como: propensão a fraturas ósseas, hiper mobilidade de articulações, esclera azulada e deformidades esqueléticas. A patologia pode ser classificada em tipos I a IV, sendo que geralmente, apenas os indivíduos do tipo I atingem a idade adulta. Formas severas incluem disfunção plaquetária, anormalidades cardíacas, síndromes hipermetabólicas e comprometimento respiratório. **CASO CLÍNICO** - Paciente masculino, 6 anos, 17 kg, 122 cm de altura com diagnóstico de OI tipo I e fratura de fêmur esquerdo. Indicada redução de fratura e imobilização com gesso pelvialeolar. História de 11 fraturas prévias em fêmur esquerdo. Na avaliação pré-anestésica observou-se deformidade óssea em membro inferior esquerdo, ausculta respiratória e cardíaca sem anormalidades e sem sinais de coagulopatias a ectoscopia. Nega sangramento de mucosas e história familiar de hipertermia maligna. Procedeu-se monitorização não invasiva e posicionamento cuidadoso do paciente na mesa cirúrgica. Dantrolene estava disponível. Após venóclise com abocath 22 e administração de Alfentanil e Propofol manteve-se anestesia inalatória com Sevoflurano. Mantendo a cabeça e pescoço em posição neutra, foi inserida máscara laríngea(numero 2). O procedimento transcorreu sem intercorrências. **DISCUSSÃO:** Pacientes com OI impõe verdadeiros desafios para o anestesiolista devido as suas diversas manifestações clínicas e a maior incidência de hipertermia maligna. Esses pacientes frequentemente necessitam de intervenções cirúrgicas. Devemos estar atentos à sinais de coagulopatia, mal-formações cardíacas e estruturais, função pulmonar e o manejo adequado da via aérea. Não é recomendada a hiperextensão cervical, tornando a via aérea um possível fator complicador. Fraturas prévias e mal-formações da caixa torácica podem dificultar a expansão pulmonar durante a ventilação. O posicionamento na mesa operatória e o transporte do paciente devem ser realizados cuidadosamente a fim de evitar novas fraturas. No caso acima, optou-se pelo uso da máscara laríngea, com o propósito de evitar o trauma da laringoscopia e da hiperextensão da coluna cervical. A suscetibilidade a hipertermia maligna está associada à essa síndrome e os níveis de CPK elevados devem nos atentar a essa possibilidade. Diante do exposto acima, devemos perceber que os portadores de OI são pacientes de alta complexidade que devem ser manejados cuidadosamente a fim de evitar possíveis complicações durante o período anestésico. **REFERÊNCIA:** Lee, A. , Fleisher, M. D. Anesthesia and Uncommon Diseases. 5ª edition Saunders: Philadelphia 2005. Miller's Anesthesia, 7ª ed.

ANESTESIA GERAL EM PACIENTE COM SÍNDROME DE MOEBIUS: RELATO DE CASO

AUTORES:

Dário Yamashiro, Emilio Carlos Del Massa, Adelaide Moral Tarifa, Letácio Santos Garcia Ferro*.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Santa Marcelina (HSM).

INTRODUÇÃO: A síndrome de Moebius (SM) é uma doença congênita rara caracterizada por paralisia facial unilateral ou bilateral, defeitos oculares secundários a paresia de outros nervos cranianos, alterações osteomusculares e cardíacas. Devido ao seu envolvimento sistêmico esta condição requer múltiplos cuidados anestésicos. **RELATO DE CASO:** Paciente feminino, 9 meses, 7 kg, com indicação de tenotomia bilateral para correção de pé torto congênito. Avaliação pré-anestésica: fascie sindrômica, pescoço curto e abertura bucal limitada; ECO: forame oval pérvio com shunt E-D; classificada com ASA II; exames laboratoriais normais. Em sala operatória (SO), foi colocada sobre colchão térmico e monitorização: ECG, PANI e SatO₂. Iniciada indução inalatória com O₂/N₂O/Sevoflurano, venóclise jelco 24G, intubação orotraqueal com TOT 4, 0 e confirmação com ausculta pulmonar. Após fixação do tubo e posicionamento cirúrgico, ocorreu diminuição da SatO₂ de 60% e alteração da curva de CO₂ sem melhora com ventilação assistida. Foi retirado TOT e realizada passagem de SNG. A paciente evoluiu com laringoespasma e broncoespasma seguindo com hipóxia, hipercapnia e espasticidade. Manteve-se ventilação com máscara facial sob pressão positiva e medidas iniciais para reversão de broncoespasma. Procedeu-se nova indução inalatória com O₂/Ar/Sevoflurano, complementação venosa com fentanil 30mcg, adrenalina 5mcg e manutenção anestésica em ventilação espontânea e máscara facial. O procedimento cirúrgico ocorreu sem intercorrências. No final do procedimento foi realizado despertar anestésico e complementação analgésica. Foi encaminhada à SRA com estabilidade hemodinâmica e SatO₂ 98% sob máscara de O₂ 5l/min. Permaneceu sob observação intensiva por 6 horas sem qualquer intercorrência. **DISCUSSÃO:** O manejo da anestesia em pacientes com SM deve ser cuidadoso devido à alta incidência de via aérea difícil e falha de intubação. O risco de complicações respiratórias podem estar associadas a intubação esofágica e ao shunt cardíaco D-E diante de uma CIA patente, decorrente da vasodilatação sistêmica levando a hipofluxo pulmonar devido ao plano anestésico, motivos da nossa extubação. Uma nova indução minimizando todas as variáveis do procedimento anestésico-cirúrgico levou a um resultado satisfatório. **REFERÊNCIA:** (1) Gondipalli P, Tobias JD. Anesthetic implications of Möbius syndrome. *J Clin Anesth.* 2006; 18(1):55-9. (2) Ames WA, Shichor TM, Speakman M et al. Anesthetic management of children with Moebius sequence. *Can J Anaesth.* 2005; 52(8):837-44.

ANESTESIA GERAL NA SÍNDROME DE MÖEBIUS: MASCARA LARINGEA - UMA POSSIBILIDADE

AUTORES:

Marta Halfeld Ferrari Alves, Marcela Nogueira de Oliveira, Alexandre Almeida Guedes, MÔNICA CALIL BORGES FERREIRA*, José Mariano Soares de Moraes.

INSTITUIÇÃO:

CET HU/UFJF - Hospital Santa Therezinha/Suprema.

INTRODUÇÃO: A sequência de Moebius (SM) é uma rara paralisia do VI e VII nervos cranianos. Alterações cranio-faciais estão presentes em aproximadamente 90% destes pacientes, o que pode tornar a intubação traqueal muito difícil. A SM cursa com paralisia facial parcial, dificuldade de deglutição e perda parcial do reflexo da tosse. Relatamos caso de paciente pediátrico com SM que possuía relato de secreção nasal clara e tosse seca. **RELATO DE CASO:** Paciente feminino, 3 anos, 18 kg, admitida para correção cirúrgica de estrabismo bilateral. À avaliação pré-anestésica: relato de síndrome de Möebius (paralisia facial bilateral) e relato de secreção nasal clara e tosse seca; exame físico normal e Tax= 36, 6°C; exames complementares (avaliação laboratorial rotineira e ecg) normais. Passado anestésico-cirúrgico (correção de pé torto) sem ocorrências. Indução inalatória com O₂ + N₂O + sevoflurano, e monitorização adequada para o caso (ecg + pani + ETCO₂ + spO₂ + analisador de gases). Após plano anestésico adequado, venóclise no MSE (22g - teflon), fentanil (30 mcg ev) e rocurônio (10 mg ev). Inserida máscara laríngea nº 2 com sucesso e anestesia mantida com O₂ + isoflurano + ar medicinal, em sistema com reabsorvedor de CO₂, em ventilação mecânica limitada a pressão, com parâmetros ajustados para manter normocapnia. Administrado dexametasona (3 mg ev), dipirona (400 mg ev), cetoprofeno (40 mg ev), metoclopramida (4 mg ev). Cirurgia sem intercorrências. Reversão do bloqueio neuromuscular com neostigmine (800 mcg ev) associado à atropina (400 mcg ev). Ao término, retirada a ML e paciente enviada à SRPA, onde permaneceu por 60 min e recebeu alta para leito com 10 pontos na Escala de Aldrette modificada. Reposição volêmica total: 600 ml (solução fisiológica 0, 9%). **DISCUSSÃO:** Micrognatia, retrognatia, hipoplasia mandibular e fenda palatina são algumas características destes pacientes. Em uma grande série com 106 anestésias em pacientes com SM há descrição do uso da máscara laríngea em um caso. No presente trabalho, o uso da máscara laríngea foi realizado com sucesso. Há relato de aspiração pulmonar e obstrução respiratória na sala de recuperação devido à dificuldade em deglutir e eliminar as secreções da boca e recomenda-se administrar antisialogogos; porém neste caso não houve necessidade. **REFERÊNCIA:** *Rev Bras Anestesiologia* 2009; 59: 3: 341-343

ANESTESIA GERAL PARA COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM PACIENTE COM MASTOCITOSE SISTÊMICA. RELATO DE CASO

AUTORES:

Raphael Klênio Confessor de Sousa, Rodrigo Pierami*, Derli Conceição Munhoz Servian, Maria José Nascimento Brandão, Clarissa dos Santos Correia.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Estadual de Campinas.

INTRODUÇÃO: Mastocitose é um termo utilizado para designar um grupo heterogêneo de neoplasias mielóides com acúmulo e expansão anormais de mastócitos, podendo atingir um ou mais sistemas. Dependendo dos órgãos envolvidos é dividida em mastocitose cutânea ou mastocitose sistêmica, e o curso clínico do paciente bem como seu prognóstico dependem da classe na qual cada paciente está inserido. A incidência de mastocitose sistêmica segundo a literatura é de 1 a cada 150.000 pacientes. Em pacientes com esta patologia pode haver degranulação de mastócitos seguida de uma reação anafilática em resposta às drogas utilizadas na anestesia geral ou regional com relatos de desfechos fatais. A ocorrência de pacientes com mastocitose é rara, logo os autores tem o objetivo de descrever a abordagem anestésica para uma paciente submetida a colecistectomia com diagnóstico de mastocitose sistêmica.

RELATO DE CASO: Paciente feminina, 16 anos, ASA 3, diagnóstico de mastocitose sistêmica, em acompanhamento pela Hematologia e Gastrocirurgia, com diagnóstico de colelitíase e proposta cirúrgica de colecistectomia videolaparoscópica; histórico de reação anafilática da mãe após uso de morfina. Optou-se por anestesia geral utilizando drogas que tivessem menor probabilidade de liberar histamina, monitorização com cardioscópio, oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva, capnografia e analisador de gases. Indução com fentanil 400 mcg, propofol 100mg e cisatracúrio 10mg, manutenção com sevoflurano. Ao final da cirurgia interrompeu-se a administração de sevoflurano e optou-se por não realizar a reversão do bloqueio neuromuscular, com extubação da paciente após o despertar. Analgesia complementar foi feita com dipirona 1g e fentanil 1mcg/kg endovenosos na RPA. Não houve intercorrências durante o período peri-operatório. **CONCLUSÃO:** Casos de mastocitose sistêmica são raros e a abordagem anestésica destes pacientes pode ser um desafio. Todas as decisões tomadas pela equipe multidisciplinar foram pautadas no bom senso e pesando a relação risco/benefício, passando por tipo de anestesia e agentes utilizados no peri e pós-operatório. Várias precauções foram tomadas para evitar fatores e drogas desencadeantes conhecidos na paciente submetida ao procedimento cirúrgico. Enfatiza-se a necessidade do uso de drogas com baixo poder alergênico do ponto de vista anestésico. **REFERÊNCIA:** Peter Valent. Mastocytosis: a paradigmatic example of a rare disease with complex biology and pathology. *Am J Cancer Res.* 2013;3(2):159-172. P. Dewachter, C. Mouton-Faivre, J. B. Cazalaa et al. Mastocytosis and anaesthesia. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 28. 2009; 61-73.

ANESTESIA GERAL PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM PACIENTE PORTADOR DE TRISSOMIA DO 13 (SÍNDROME DE PATAU)

AUTORES:

Rodrigo Machado Amaral, Viviane Brasil Sardão, Bruno Gave Rodrigues*.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Federal Cardoso Fontes.

INTRODUÇÃO: A trissomia do 13 (síndrome de Patau) é uma doença que compartilha várias características cariótipos e clínicas com a trissomia do 21, mas por apresentar mal-formações mais graves raramente as crianças sobrevivem a além do primeiro ano de vida. As manifestações clínicas mais relevantes são: microcefalia, retardo mental, microftalmia, polidactilia, lábio leporino, micrognatia e alterações cardíacas. Quando de pararmos com um paciente portador dessa patologia a abordagem anestésica é dificultada pela possível via aérea difícil e cardiopatias congênitas associadas sendo as mais comuns a comunicação interventricular (CIV); persistência do canal arterial (PCA) e dextrocardia.

RELATO DE CASO: Paciente 9 anos, sexo feminino, 25 kg, portadora de síndrome de Patau, com história previa de asma na infância e sem uso de medicamentos regulares. Ecocardiograma com insuficiência tricúspide e insuficiência pulmonar moderada e ECG com taquicardia sinusal. Exames laboratoriais sem alterações. Exame de via aérea leve retrognatismo e palato ogival. Desconhecia alergias; jejum de 8 horas e sem antecedentes cirúrgicos anestésicos. Realizada anestesia inalatória sob máscara facial com sevoflurano e oxigênio até plano anestésico para realização de punção venosa em membro superior direito com cateter nº 22G, pós-punção indução com Fentanil 2mcg/kg, Lidocaína 1, 5mg/kg e Propofol 2mg/kg não foi utilizado bloqueador neuromuscular; realizado intubação nasotraqueal com tubo 5, 5 com cuff em narina direita, sob laringoscopia direta, na primeira tentativa sem intercorrências. Realizado infiltração com anestésico local para extração dentária pelo cirurgião dentista. **DISCUSSÃO:** Síndrome de Patau ou trissomia do cromossomo 13 foi descrita por Klaus Patau em 1960, sendo a terceira trissomia autossômica mais frequente entre os nativos, apresenta incidência de 1/15.000 – 20.000 nascidos vivos podendo apresentar três tipos de cariótipos: trissomia do 13 livre; translocação e mosaico. Mortalidade de 50% no primeiro mês de vida e 86% antes de completar 1 ano de idade. Das características encontradas relevantes para o ato anestésico são a micrognatia, fenda palatina, lábio leporino e microcefalia levando a algum grau de via aérea difícil e alterações cardiovasculares. Por ser uma doença rara existem poucas publicações sobre a doença e o ato anestésico, sendo indicado avaliar criteriosamente cada paciente e suas comorbidades. **REFERÊNCIA:** 1- Sofia Mizuho Miura Sugayama, Chong Ae Kim, Lilian Maria José Albano et al., Clinical and genetic study of 20 patients with trisomy 13 (Patau's syndrome), *Pediatrics (São Paulo)*, 21(1) : 21-29, 1999. 2- Juan Manuel Gomez Menendez, Trisomias Y Anestesia (13 Patau, 18 Edward, 21 Down), *REV. COL. ANEST.* 1999; 27: 4: 273-276 EDITORIAL.

ANESTESIA GERAL PARA UVULOPALATOFARINGOPLASTIA E AMIGDALECTOMIA EM PACIENTE COM DOENÇA DE CHARCOT – MARIE – TOOTH. RELATO DE CASO

AUTORES:

José Maurício Pereira Assef, Nelson Unzer dos Santos Filho*, Mateus Bressan Corrêa, Danielle Alves Coelho.

INSTITUIÇÃO:

CET/SBA/MEC da Santa Casa de Marília – SP.

INTRODUÇÃO: Esta neuropatia é descrita como restrita ao terço inferior das pernas com manifestações mais evidentes, na fase média da adolescência. É a causa hereditária mais comum de neuropatia periférica motora e sensitiva crônica. Tem uma incidência estimada de 1/2500 indivíduos. O modo de herança mais comum é o autossômico dominante. A doença pode progredir p/hipotrofia dos músculos do quadril e dos músculos das mãos e dos antebraços. Pode ocorrer também a associação c/manifestações cardíacas. Insuficiência respiratória pós-operatória em pacientes c/esta doença, deve ser lembrada. Existe também a preocupação c/as respostas aos bloqueadores neuromusculares e aos anestésicos inalatórios. Existem situações e drogas que podem provocar exacerbações da doença. Pac. programado para uvulopalatofaringoplastia, deve ser sempre lembrado como candidato a intubação difícil, em virtude de na maior parte das vezes ter características físicas que podem gerar esta situação. **RELATO DE CASO:** Paciente 42 anos, masc., 98 kg, c/Charcot – Marie-Tooth e discreta claudicação em membros inferiores. Alergia a Piroxicam e Tenoxicam, ASA II, Malanpatti 2, boa mobilidade atlanto-occipital, distância esterno-mento de 15cms e boa abertura bucal. Filho de 06 anos, c/a mesma doença operado há 01 ano, sem problemas. Progr. p/uvulopalatofaringoplastia e amigdalectomia. Sem MPA. Monitorização habitual. Induzido com 3mg de midazolam, 150mg de propofol, infusão de Remifentanil e cisatracúrio em bolus (0, 15 mg/kg). Vent. por 3 minutos, intubado c/sonda Portex Nº 8, s/dificuldades. Anest. mantida c/propofol e remifentanil em infusão contínua. Pac. vent. c/800 ml, e evitado o uso de óxido nítrico. A infusão de remifentanil e propofol foi cessada ao final da cirurgia. Analgesia feita c/tramal e dipirona. Utilizados como antieméticos ondansetron e dexametasona. Recebeu também ranitidina. Pac. descurarizado com atropina e prostigmine, extubado após 20 minutos. Na SRPA, não referiu lembranças intra-operatorias e liberado após 03 horas sem intercorrências. **DISCUSSÃO:** Nesta doença parece razoável evitar a succinilcolina com base nas preocupações teóricas sobre a liberação exagerada de potássio, depois da utilização deste fármaco nos indivíduos com doenças neuromusculares. A não utilização de succinilcolina, poderia ocasionar problemas caso a intub. não fosse feita em virtude das características físicas deste paciente. A opção poderia ser a intub. c/o paciente acordado e a utilização do fibroscópio. Outros fármacos conhecidos por desencadear a hipertemia maligna tem sido usados c/segurança nos pac. c/esta doença, mas foram evitados neste caso. Existe também a preocupação c/a insuficiência respiratória pós-operatória, em especial nos pac. que tem a doença em fase mais avançada. **REFERÊNCIA:** – 1 –Jeffrey J. Pasternak. Doenças dos sistemas nervoso autônomo e periférico. In: Stoelting In: Churchill Livingstone. Anestesia e Doenças Coexistentes. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier – 2010.

ANESTESIA NO PACIENTE COM MIASTENIA GRAVIS

AUTORES:

Juliana Pires de Souza, Felipe Simões C. Francis Chehuan, Daniel Maria Diniz Júnior, Ivan Mochel Dias*, Carlos Darcy Alves Bersot.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Federal da Lagoa - Rio de Janeiro.

INTRODUÇÃO: O diagnóstico prévio de Miastenia Gravis torna necessária a adoção de diversas medidas e cuidados no manejo anestésico de um paciente, tendo em vista a sensibilidade diferenciada aos bloqueadores neuromusculares e possíveis exacerbações do quadro miastênico no pós-operatório. Através do presente relato, revisamos as possíveis complicações e a conduta anestésica preconizada na existência desta comorbidade. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino, 76 anos, admitida ao centro cirúrgico para realização de colecistectomia videolaparoscópica de urgência e drenagem de vias biliares após diagnóstico de colangite. Apresentava histórico de Miastenia Gravis tratada com timectomia há cerca de 30 anos, sem uso de anticolinesterásicos desde então, além de síndrome de Raynaud, Artrite Reumatóide e hipertensão arterial sistêmica. A paciente foi induzida e intubada em sequência rápida com o uso de fentanil, propofol e succinilcolina. Foi obtido relaxamento cirúrgico com o uso de atracúrio em dose baixa guiado pela monitorização do TOF. O plano anestésico foi mantido com sevoflurano, sendo o uso de opióides limitado a fim de evitar depressão respiratória residual. A cirurgia transcorreu sem intercorrências e a paciente foi extubada com TOF>90 sem a necessidade de descurarização, recuperada em sala e encaminhada à enfermaria. **CONCLUSÃO:** A Miastenia Gravis representa um desafio no manejo anestésico de um paciente, porém a anestesia pode ser realizada com grande segurança através de monitorização cuidadosa e cautela no uso de drogas anestésicas. Mesmo na ausência de sintomas miastênicos atuais, deve-se considerar o paciente como tendo sensibilidade aumentada a bloqueadores musculares não despolarizantes. **REFERÊNCIA:** 1. Blichfeldt-Lauridsen L, Hansen BD. Anesthesia and myasthenia gravis. Acta Anaesthesiol Scand 2012; 56: 17–22. 2. Basaranoglu G, Erden V, Delatioğlu H. Anesthesia of a patient with cured myasthenia gravis. Anesth Analg 2003; Jun;96(6):1842-3. 3. Kumar V, Kaminski HJ. Treatment of myasthenia gravis. Curr Neurol Neurosci Rep 2011; 11:89–96

ANESTESIA PARA CESÁREA DE URGÊNCIA EM PACIENTE COM LINFANGITE CARCINOMATOSA PULMONAR

AUTORES:

Gellisyane Fernandes Ferreira, Marcelo Vargas Balleroni, Basílio Yoshio Okuda, Rafael Menegucci Zutin*, Karolinne Souto de Figueiredo, Barbara Maria de Macedo Samaan.

INSTITUIÇÃO:

FAMEMA.

INTRODUÇÃO: A linfangite pulmonar neoplásica (LPN) é a disseminação intrapulmonar de células neoplásicas metastáticas via vasos linfáticos. Seu desconforto sintomático tem grande impacto na qualidade de vida e seu prognóstico é reservado. O objetivo deste estudo é relatar um caso de anestesia em gestante portadora de linfangite carcinomatosa metastático, evidenciando que a presença de doença respiratória subjacente na mulher grávida pode implicar complicações materno-fetais potencialmente fatais. **RELATO DE CASO:** Gestante, 24 anos, G4P2A1, IG:34s3d, admitida para cesárea de urgência devido a insuficiência respiratória aguda. Relatava que há 1 ano apresentava perda de peso, episódios ocasionais de dispnéia e linfonomegalia em região cervical esquerda, evoluindo há 1 dia com dispnéia progressiva, dor ventilatório dependente, tosse produtiva com secreção serosanguinolenta, sem febre. Tabagista e portadora de asma brônquica. Vacinada para H1N1. Marido: tratamento de Tuberculose há 1 mês e usuário de maconha. Ao exame: egc, taquidispneica, linfonomegalia em região cervical, cianose de extremidades e central, baquetamento digital. Ar: mv diminuídos em base com roncocal e creptos. Fr: 25irpm. SatO2: 80- 85% com nebulização de O2. Rx de tórax: infiltrados retículo-nodulares com predominância periférica e basilar, sugerindo Pneumonia intersticial. Realizado anestesia geral com pré-oxigenação por 5 min, elevando a saturação para 91%. Em seguida indução em seqüência rápida com fentanil 250mcg, propofol 120mg, succinilcolina 50mg. Iniciado isoflurane + O2 + ar, atracurio 25mg. Analgesia: morfina 5mg. Encaminhado a UTI em IOT + VM, estável hemodinamicamente. No pós-operatório (PO) iniciado Ceftriaxona, Azitromicina, Osetamivir. Hemocultura, Baar, PCR para influenza, pesquisa para fungos, VDRL: negativo. Anatomopatológico e imunohistoquímica de linfonodo cervical: carcinoma metastático sugestivo de carcinoma papilífero. Evolui com sepse e óbito no 7 PO. Necrópsia: linfangite carcinomatosa pulmonar por carcinoma papilífero metastático de tireóide. **DISCUSSÃO:** O prognóstico é desfavorável da LPN, com sobrevida de 2 a 3 meses. Tem diagnóstico difícil, sendo muitas vezes de exclusão, como com as pneumopatias intersticiais, devido a critérios de elegibilidade restritivos, evolução rápida e fatal ou dificuldade na avaliação de eficácia terapêutica. A LPN é incapacitante e desconfortável devido à insuficiência respiratória, inclusive na gestante que já apresenta comprometimento da função pulmonar intrínseca. Logo, vale ressaltar que a insuficiência respiratória apresenta o maior índice de causa morte no período pós-operatório e se ela já existe no período pré-operatório, é fácil concluir que, nesses casos, o risco cirúrgico é muito maior, principalmente no binômio mãe-feto. **REFERÊNCIA:** Bruce DM, Heys SD, Eremin O. Lymphangitis carcinomatosa: a literature review. J R Coll Surg Edinb. 1996; 41:7-13.

ANESTESIA PARA CIRURGIA DE GLENN

AUTORES:

Gilto d'Alcantara Sousa Júnior*, Lucas Tavares de Resende, Augusto Caixeta d'Alcantara, Marcel Andrade Souki.

INSTITUIÇÃO:

Santa Casa de Belo Horizonte.

INTRODUÇÃO: Trabalho CBA 2013 Ventrículo único com Transposição dos Grandes Vasos é uma cardiopatia rara. Pode haver associação com outras más formações cardíacas. A estenose subpulmonar é uma delas e provoca obstrução das vias de saída do ventrículo esquerdo, que está presente em cerca de 25% dos pacientes com Comunicação Interventricular (CIV). Comunicação interatrial tipo Óstio secundum existe em apenas cerca de 5% dos doentes. Embora CIVs angiograficamente detectáveis, possam ocorrer em 30% a 40% dos pacientes, apenas cerca de um terço destes defeitos são hemodinamicamente significativos. Relato de caso Criança de 2 anos e 3 meses, pesando 10, 8 kg, com cianose central (2+/4+). Sat de O2 em ar ambiente 73%, Sopro sistólico (3+/4+) irradiando para o dorso e presente em foco pulmonar, aórtico e mitral. Laudo do Ecocardiograma Ventrículo único esquerdo com boa função sistólica Dupla via de saída de VE Transposição dos grandes vasos da base Cerclagem pulmonar com gradiente máximo de 80 mmHg Diagnóstico do Cateterismo - Ventrículo único de morfologia esquerda - Pós-operatório tardio de cerclagem pulmonar que está normoposicionada e normofuncionante - Veia cava esquerda persistente drenando em seio coronário dilatado Ato anestésico Criança intubada com tubo 4, 5 com balonete e submetido a Anestesia Geral Balanceada com Sevoflurano, Fentanil e Atracúrio. Monitorização invasiva da Pressão Arterial e puncionado acesso venoso central. Realizou-se na criança Cirurgia de Glenn (Anastomose cavo-pulmonar). Ato anestésico de 4 horas e meia, sem intercorrências. Balanço hídrico de 50 ml, Balanço sanguíneo de -50 ml, cec de 64 min, clampagem de aorta de 20 min. **RESULTADO:** Criança enviada ao CTI intubada, Sat O2 de 94%, PAM= 62 mmHg, FC=140 bpm, Dobutamina 2 ml/h. **REFERÊNCIA:** Bibliográficas - Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine - Kaplan's Cardiac Anesthesia: The Echo Era - Smith's Anesthesia for Infants and Children, Eighth Edition.

ANESTESIA PARA CIRURGIA NÃO-CARDÍACA EM CRIANÇA PORTADORA DE COARCTAÇÃO DE AORTA. RELATO DE CASO

AUTORES:

Carlos Darcy Alves Bersot, Clarissa da Silva Ribeiro, Patricia Helena Azevedo Vieira Moreira, Silvia Kangussu Rios, Paulo de Tarso Cardoso*, Marcos Lopes de Miranda.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Federal da Lagoa - RJ.

INTRODUÇÃO: O manejo perioperatório de pacientes com doença cardíaca congênita apresenta-se como um desafio para o anesthesiologista. A coarctação de aorta consiste em uma cardiopatia acianótica obstrutiva. Este relato expõe a gestão intraoperatória de uma criança portadora de coarctação de aorta durante a confecção de gastrostomia devido a obstrução esofágica por estenose após correção de atresia de esôfago. **RELATO DE CASO:** Criança do sexo feminino, 3 meses, 4, 65 kg, 84º DPO de correção de atresia de esôfago, portadora de coarctação de aorta e disfunção grave de função de ventrículo esquerdo. Internada na unidade intensiva pediátrica do HFL com quadro de febre, queda do estado geral, perda ponderal e diminuição de ingesta alimentar. Hipótese diagnóstica de estenose esofágica importante e encaminhada para confecção de gastrostomia. Ao exame apresentava febril, ativa e reativa, diferença entre pulsos periféricos à direita e esquerda, ecocardiograma sugestivo de coarctação de aorta e função biventricular preservada em vigência de milrinona 0, 5 µg . kg-1 . min-1 IV (FE = 60%). Exames laboratoriais dentro dos valores de normalidade. A monitorização consistiu em oximetria de pulso, cardioscopia, pressão arterial não-invasiva e capnografia. Na sala cirúrgica, foi mantida a infusão de milrinona, feita indução anestésica por via inalatória com sevoflurano a 4%, fentanil 10 µg IV e cisatracúrio 0, 6 mg IV, seguida de intubação orotraqueal e manutenção da anestesia com sevoflurano entre 1, 5 a 2, 5%. Ao término do procedimento, feita infiltração de ferida operatória com 15 mg de solução de ropivacaína a 0, 33%, aspiração de vias aéreas, 0, 1 mg de atropina com 0, 2 mg de neostigmina IV, seguido de extubação. O tempo de ato anestésico-cirúrgico foi de aproximadamente 150 minutos, no qual a paciente não apresentou alterações importantes de ordem hemodinâmica. Encaminhada logo em seguida para o centro intensivo pediátrico. **CONCLUSÃO:** Crianças com cardiopatias congênitas pertencem a um grupo de risco para a anestesia, o que demanda avaliação prévia e manejo intraoperatório criteriosos para o sucesso na técnica anestésica sem aumentar o risco para o paciente, o qual é alto, mas minimizado pelo conhecimento das alterações provocadas pela doença cardíaca e a otimização do tratamento da mesma. **REFERÊNCIA:** Lovell AT. Anaesthetic implications of grown-up congenital heart disease. Br J Anaesth 2004; 93: 129-39 White MC. Anaesthetic implications of congenital heart disease for children undergoing non-cardiac surgery. Anaesthesia & Intensive Care Medicine 2009; 10: 504-509

ANESTESIA PARA CORREÇÃO DE PTOSE PALPEBRAL EM PACIENTE COM ARTROGRIPOSE – RELATO DE CASO

AUTORES:

Marcos Daniel de Faria, Alcebiades Vitor Leal Vitor, Gustavo Siqueira Elmiro, Loyara Rocha Miranda Teixeira, Débora Cristina Guerra Amaral Fóscolo, Márcio Placedino Martins.

INSTITUIÇÃO:

CET Anestesiologia Hospital das Clínicas UFMG.

INTRODUÇÃO: Artrogripose é uma síndrome caracterizada por múltiplas contratura articulares, de origem congênita e diversas etiologias, podendo se manifestar de diferentes formas. Associa-se a diversas malformações e patologias, incluindo miopatias como a Central Core disease, relacionada a hipertermia maligna. O manejo anestésico desses pacientes deve considerar o risco de hipertermia maligna, a dificuldade de punção venosa, via aérea difícil e hipermetabolismo durante o procedimento cirúrgico. **RELATO DE CASO:** Paciente de 3 anos de idade, sexo feminino, 10 kg, com diagnóstico clínico de artrogripose, foi submetida a cirurgia para correção de ptose palpebral. A paciente possuía uma irmã de 5 anos, também portadora da síndrome, os pais eram parentes consanguíneos distantes. Apresentava deformidade de membros superiores e inferiores, mantendo articulações em flexão, abertura satisfatória da cavidade oral e boa extensão cervical. Além da artrogripose, não havia nenhuma outra comorbidade. Radiografia de tórax e exames laboratoriais sem alterações. Optou-se por realizar anestesia venosa total, associada a bloqueio analgésico. Foram adotadas medidas para evitar o desencadeamento de hipertermia maligna, bem como preparo para possível via aérea difícil. A indução anestésica foi iniciada com óxido nitroso, mantendo ventilação espontânea e permitindo punção venosa periférica sem dificuldade. Após a venoclise complementou-se a indução anestésica com atropina (0. 01 mg/kg), fentanil (2. 5mcg/kg), rocurônio (0. 5mg/kg), permitindo a introdução de máscara laríngea. Iniciou-se a infusão de propofol (dose alvo 5 mcg). A paciente foi mantida em ventilação controlada a pressão, FIO2 50%, FR 15, peep 5, ajustada para manter ETCO2 entre 35-38. Ao final do procedimento o bloqueio muscular foi revertido com neostigmina e atropina. Não foram observados aumentos da ETCO2 durante o perioperatório e o procedimento anestésico-cirúrgico ocorreu sem intercorrências. A paciente foi encaminhada à enfermaria, após a recuperação anestésica. **DISCUSSÃO:** Pacientes com artrogripose podem se tornar um desafio ao anesthesiologista. Como a síndrome relaciona-se à Central Core Disease há risco de hipertermia maligna. Além disso, foi descrito uma resposta hipermetabólica nesses pacientes durante o procedimento anestésico, que resultou em aumento da temperatura, não associado à hipertermia maligna. As contraturas das articulações, associada à redução do tecido subcutâneo e à pele tensa podem dificultar o acesso venoso. Os pacientes podem apresentar micrognatia, palato em ogiva, rigidez das articulações temporo-mandibular e cervical, tornando difícil o acesso à via aérea. **REFERÊNCIA:** Anaesthesia 1991; 46: 374-375; Anesth Analg 2005; 100:82-4; Anesth Essays Res 2012;6:78-80

ANESTESIA PARA FEOCROMOCITOMA: UM PREPARO ADEQUADO NÃO EXCLUI A POSSIBILIDADE DE INSTABILIDADE HEMODINÂMICA

AUTORES:

Kalebe Alexandre Capuci*, Flora Margarida Barra Bisinoto, Maria Cristina Baptista Cardoso Paroneto, Marco Antônio Ribeiro de Almeida, Laura Bisinotto Martins.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

INTRODUÇÃO: Feocromocitoma é um tumor secretante que se desenvolve a partir das células cromafins do sistema simpato-adrenal. A prevalência do tumor é de 1 a 2: 100.000 habitantes e cerca de 25% a 50% dos óbitos hospitalares em pacientes com feocromocitoma ocorrem durante a indução da anestesia ou durante intervenções cirúrgicas para outras causas. O objetivo deste é descrever um paciente portador de feocromocitoma que fez a exérese via laparoscópica. Relato do caso: Paciente 25 anos, masculino, 90 kg, portador de hipertensão arterial secundária ao feocromocitoma, em uso de: Nebivolol 5mg dia, Prazosina 2mg de 8/8h. Exames laboratoriais: Catecolaminas urinárias 2719 ug/24h (VR: 80 a 500 ug/24h), Metanefrinas urinária totais 7328 ug/24h (VR: até 1000 ug/24h), Metanefrina 109 ug/24g (VR: até 320 ug/24h), Normetanefrina 6920 ug/24h (VR: 390ug/24h), ácido vanil mandélico 27, 7mg/24h (VR: 1, 1 a 4, 1mg/g creat.) demais exames laboratoriais normais. O exame de ressonância confirmou o diagnóstico. Foi solicitado ecocardiograma que mostrou hipertrofia concêntrica de ventrículo esquerdo. O paciente recebeu midazolam (15mg) via oral 1 hora antes da exérese via laparoscópica. Foi monitorizado com pressão arterial (PA) invasiva, cardioscópio, oxímetro de pulso (spO₂), monitorização do bloqueio neuromuscular, capnografia e sonda vesical. Antes da indução os parâmetros clínicos eram: PA = 100x70 mmHg, frequência cardíaca (FC) = 62 s. p. m, spO₂ = 93%. Na indução foram administrados: midazolam (5mg), sufentanil (50ug), lidocaína (100mg), propofol (200mg) e cisatracúrio (15mg). Após 2 minutos da indução o paciente apresentou pico hipertensivo com PA de 180x110 mmHg e FC 40 s. p. m, quando foi iniciado o nitroprussiato de sódio (NPS) ajustando-se a dose conforme a PA, que foi chegou a 100x50mmHg antes da intubação traqueal e 120x80 mmHg após. O paciente manteve-se bradicárdico durante todo procedimento (FC em torno de 40 s. p. m). Após a ligadura da drenagem venosa do tumor a infusão de NPA foi suspensa e a PA média manteve-se em torno de 60 mmHg não necessitando de noradrenalina. O procedimento cirúrgico durou 150 minutos sem intercorrências. O paciente foi extubado em sala cirúrgica e encaminhado ao CTI sem uso de drogas vasoativas, onde se manteve estável, e recebeu alta da unidade 4 dias após o procedimento cirúrgico. **DISCUSSÃO:** O paciente do caso apresentado era portador de um feocromocitoma secretor predominantemente de noradrenalina, o que representa mais de 80% dos casos descritos. O sucesso da anestesia nesses pacientes começa no pré-operatório com um bom controle da PA, com uso de anti-hipertensivos principalmente alfa-bloqueadores. Todavia, um paciente com preparo adequado não está isento de apresentar flutuações importantes na PA e FC. **REFERÊNCIA:** Roizen MF, Enamy N. Diseases of the Endocrine System. In: Fleisher LA. Anesthesia and Uncommon Diseases, 5th Ed. Philadelphia, Saunders Elsevier, 2005; 412-451.

ANESTESIA PARA OBSTETRÍCIA EM PACIENTE PORTADORA DE OSTEOGÊNESE IMPERFEITA

AUTORES:

Sérgio Teixeira Sant'Anna Junior, Ana Cláudia Chiaratti Mega, Rafaela Correia da Silva, Vinícius Brito Dias*, Alexandra Lucia Mello Vieira Guimarães, Flávio Elias Callil.

INSTITUIÇÃO:

Instituto Fernandes Figueira.

INTRODUÇÃO: A Osteogênese Imperfeita (OI) é uma condição rara, cuja prevalência é estimada em 1:10.000 na população geral e de 1:25.000 a 1:30.000 na população obstétrica. Corresponde a um grupo de alterações hereditárias, na sua maioria, autossômicas dominantes, causadas por inúmeras mutações em um dos dois genes que codificam as cadeias alfa do colágeno tipo I. A presença de proteína estrutural anormal determina fragilidade óssea, fraturas aos mínimos traumas e deformidades ósseas. A fertilidade encontra-se preservada nesta patologia, sendo que a gestação pode ser conduzida até o termo. **RELATO DE CASO:** L. S. S., 32 anos, 1, 25m, 63kg, IMC 40, 32 kg/m², ASA pII, gesta 2 para 1 (parto cesáreo há 2 anos sob bloqueio subaracnóideo), idade gestacional de 38 semanas, portadora de OI tipo I, internada no Instituto Fernandes Figueira em 09/05/2013 em programação de interrupção gestacional por via alta. Apresentava deformidades leves em extremidades e hiperlordose, sem histórico de fraturas. Ultrassom morfológico fetal demonstrava encurtamento de ossos longos, mais pronunciado em fêmures, com fratura interrogada. Exames laboratoriais sem alterações e sorologias para sífilis, HIV e hepatite B negativas. Procedimento realizado sob raquianestesia em posição sentada no interespaço L3-L4, mediana, punção única com agulha 27G de Quincke e injeção de 10mg de Bupivacaína 0, 5% hiperbárica e 40mcg de Morfina intratecal. Manteve-se estável hemodinamicamente em transoperatório de duração de 110 minutos, perda sanguínea compatível com o procedimento. Recém-nato vivo, Apgar 8/9, portador de fácies triangular e encurtamento de ossos de membros superiores e inferiores, encaminhado a centro intensivo neonatal. Solicitada avaliação da especialidade Genética Médica. A paciente evoluiu com puerpério fisiológico, recebeu alta domiciliar em terceiro dia de pós-operatório. **DISCUSSÃO:** O parto na OI geralmente é cirúrgico devido a deformidades pélvicas, desproporção céfalo-pélvica e incidência aumentada de anormalidades na apresentação fetal. A anestesia espinhal pode resguardar dificuldades técnicas devido a deformidades na coluna vertebral, o que pode tornar o nível do bloqueio imprevisível. Além disso, o anestesiolista deve adotar medidas protetoras, dada à fragilidade óssea da gestante, bem como individualizar a técnica anestésica mais apropriada a cada paciente. **REFERÊNCIA:** 1) Lyra, TG; Pinto, VAF, Ivo, FAB et. al. Osteogenesis Imperfecta em Obstetrícia. Relato de caso. Rev Bras Anestesiol 2010; 60: 3: 321-324. 2) Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Osteogênese Imperfeita. 2010. Disponível em . Acessado em 11/07/2013.

ANESTESIA PARA PACIENTE COM EPIDERMOLISE BOLHOSA. RELATO DE CASO

AUTORES:

Julio Cezar Mendes Brandão, Luciana Sales de Araújo, Gabriel Gjorup Barcellos, Fernando Araujo, Marcos Antonio Costa de Albuquerque.

INSTITUIÇÃO:

Coopanest - Sergipe.

INTRODUÇÃO: As epidermólises bolhosas são dermatoses bolhosas congênitas que estão contidas em um grupo raro de desordens genéticas que tem como característica comum o desenvolvimento de bolhas ou vesículas ao menor trauma mecânico ou ainda a separação dos tecidos ao menor atrito. É uma doença rara. Relato do Caso - GMT, 6 anos, com diagnóstico de epidermólise Bolhosa tipo Distrófico desde o nascimento. Apresenta quadro intermitente de remissão/exacerbação da doença apresentando-se com lesões de pele e mucosa oral. Não possui história de recorrência do distúrbio na família. Apresenta lesões distróficas avançadas em MMSS e MMII, incluindo mãos e pés com pseudosindactilia. Foi internado por conta de SEPSE secundária às lesões infectadas em pele. Após terapêutica inicial com antibióticos e medidas iniciais para a sepse, foi agendada abordagem cirúrgica para debridamento das lesões e limpeza cirúrgica. No período de pouco mais de 4 meses de internação foram efetuados 37 procedimentos anestésicos para realização dos debridamentos e limpezas cirúrgicas. Apesar do estresse causado pela doença avançada num paciente pediátrico, pelo longo período de internação e pelos múltiplos procedimentos realizados, o paciente foi bastante cooperativo. Foram administrados pré-anestésicos em todos os procedimentos com midazolam 0, 5mg/kg via oral dentro de 30 minutos antes da indução anestésica. O paciente foi levado para a sala contribuindo com a equipe (ou algumas vezes dormindo), monitorizado com oximetria de pulso em todos os procedimentos, com pressão arterial média não invasiva em nenhum dos procedimentos, com capnografia em todos os procedimentos e sem cardioscopia em todos dos procedimentos. A superfície da pele sem lesões era muito pequena (estimada entre 20% no procedimento com maior percentual de pele comprometida e 80% no procedimento com menor percentual de pele comprometida). Havia grande facilidade em promover escarificação na pele com a colocação da monitorização e posicionamento da máscara facial ou palpação da pele. Foram utilizadas máscaras faciais descartáveis de silicone infláveis com vaselina na superfície de contato com a pele do paciente. Em diversos procedimentos observou-se áreas de escarificação nos locais de palpação para adequação da máscara de ventilação facial. Não houve intercorrências significativas durante os procedimentos e o paciente acordou sem reclamar de dores na maior parte dos procedimentos. **DISCUSSÃO:** A devida avaliação durante a avaliação pré-anestésica poderá antever uma série de possíveis problemas durante o procedimento anestésico. Assim, é imperioso saber das possíveis consequências e intercorrências, principalmente relacionadas à hipotermia, a abordagem da via aérea e a dificuldade na monitorização do paciente, o que deverá redobrar os cuidados para evitar um desfecho desfavorável.

ANESTESIA PARA PACIENTE COM SÍNDROME PAPA, PANCITOPENIA E SINUSITE FÚNGICA – RELATO DE CASO

AUTORES:

Márcio Placedino Martins, Alcebiades Vitor Leal Filho, JUNIO RIOS MELO, Débora Cristina Guerra Amaral Fóscolo, Talita Bernardes Gonçalves, Marcela Hooper Carmo.

INSTITUIÇÃO:

Hospital das Clínicas UFMG.

INTRODUÇÃO: Síndrome PAPA é uma desordem autossômica dominante caracterizada por artrite piogênica estéril, acne e pioderma gangrenoso, uma forma destrutiva de artrite erosiva secundária a uma mutação no gene PST-PIP1/CD2BP1. Alguns pacientes podem apresentar uma mandíbula pequena e alterações de coluna cervical. Este relato apresenta o caso de um portador da síndrome que evoluiu com pancitopenia secundária a leishmaniose visceral e sinusite fúngica, necessitando de tratamento cirúrgico.

RELATO DE CASO: Paciente de 32 anos, sexo masculino, 72 kg, com diagnóstico de Síndrome de PAPA e em acompanhamento com equipe de Reumatologia do HC-UFMG devido Artrite Reumatoide Juvenil. Foi encaminhado com quadro de pancitopenia - Hb: 3, 5- GL: 720 e Plaquetas: 119000. TC seios da face evidenciou espessamento mucoso de seio esfenoidal, etmoidal com erosão óssea, sinais de sinusopatia crônica agudizada e destruição óssea com fistulização para subcutâneo. Solicitado interconsulta com otorrinolaringologia que aventou como hipótese diagnóstica sinusite fúngica com fistulização para subcutâneo e indicou realização de sinusoplastia. Apesar da patologia de base a paciente não apresentava preditores de via aérea difícil. Após posicionamento adequado e disponibilização de tubos orotraqueais e máscara laríngea iniciou-se indução anestésica. Após administração de midazolam, iniciou-se a infusão em bomba de sufentanil (dose alvo 0, 2 nanou/ml) e de propofol (dose alvo 3, 0 micros/ml) e, após relaxamento muscular com 50mg de atracúrio feita intubação orotraqueal sem dificuldades. Mantida ventilação controlada a volume, FIO2 50%, FR 12, PEEP 5, ajustada para manter ETCO2 entre 35-38. Durante procedimento foram utilizados clonidina, sulfato de magnésio e metoprolol para melhor controle da pressão arterial. Procedimento anestésico-cirúrgico ocorreu sem intercorrências. A paciente foi encaminhada ao CTI, extubada, sem uso de drogas vasoativas. **DISCUSSÃO:** síndromes reumatológicas frequentemente cursam com alterações articulares que podem dificultar o acesso a via aérea do paciente, e com alterações imuno-hematológicas que tornam o paciente mais susceptível a infecções e sangramentos. Em pacientes com a síndrome PAPA a maior preocupação é a possibilidade de alterações cervicais e de articulações temporo-mandibulares. O posicionamento do paciente na mesa cirúrgica deve ser cuidadoso e considerar as possíveis deformidades secundárias à artrite erosiva. Esses pacientes também fazem uso prolongado de imunossuppressores, e uma dose de ataque de hidrocortisona deve ser considerada. No presente caso, a infecção por leishmaniose visceral resultou em pancitopenia, todavia, não foram necessários uso de hemoderivados durante o procedimento, pois o paciente foi previamente estabilizado. **REFERENCIA:** Curr Genomics. 2010 Nov;11(7):519-27

ANESTESIA PARA PACIENTE GESTANTE COM DOENÇA DE VON WILLEBRAND TIPO 2. RELATO DE CASO

AUTORES:

Adriana R. Melo, Marcos A. C. Albuquerque, Suzana R. J. Bezerra, Julio C. M. Brandão, Diego Raphael Silva de Oliveira.

INSTITUIÇÃO:

UFS - Hospital Universitário - Disciplina de Anestesiologia.

INTRODUÇÃO: A doença de von Willebrand é a mais estudada dos distúrbios hemorrágicos hereditários, porém há um número restrito de artigos, relacionando esta doença e a prática anestésica. O objetivo deste relato é apresentar um caso de anestesia geral para cesareana de urgência em paciente portadora de doença de von Willebrand - Tipo 2, tratado no pré, intra e pós-operatório com infusão de fator VIII. **RELATO DO CASO:** Paciente primigesta (GIP0A0) com 29 anos, 70 kg, 165cm e com 34-35 semanas de gestação, com diagnóstico prévio de doença de Von Willebrand tipo 2 que se manifestou há três anos, após extração dentária dos dentes sisos, com sangramento persistente no período pós-operatório. Nesta internação apresentou-se com diagnóstico obstétrico de sofrimento fetal agudo. Apresentava-se vigil, com pressão arterial de 155/85 mmHg, frequência cardíaca de 92 bpm. Apresentava alteração apenas no tempo de sangramento de 15 minutos e sem sinais de sangramentos mucosos. Com o objetivo de se evitar novos episódios hemorrágicos nos períodos intra e pós-operatório da cirurgia cesareana a que foi submetida, a paciente foi tratada profilaticamente com infusão de FATOR VIII imediatamente antes da indução anestésica, seguindo orientação de hematologista plantonista do banco de sangue. A indução venosa foi realizada com pré oxigenação sob máscara por 5 minutos, fentanil (150 µg), propofol (100 mg), manobra de Selick e injeção succinilcolina (105 mg), seguida de intubação traqueal. A manutenção da anestesia foi realizada com mistura de oxigênio e sevoflurano a 2% e infusão contínua do FATOR VIII. Esta técnica proporcionou um bom controle da frequência cardíaca e dos níveis pressóricos durante a cirurgia. A paciente apresentou perda de loquios dentro do limite da normalidade e normalização do tempo de sangramento. Recebeu alta hospitalar no terceiro dia após a cirurgia, sem intercorrências. Não houve episódio hemorrágico no período pós-operatório imediato ou tardio. **DISCUSSÃO:** O tratamento profilático com Fator VIII associado à técnica anestésica utilizada nesse caso mostrou-se eficaz no controle do sangramento intra e pós-operatório. A avaliação de manifestações clínicas em pacientes com coagulopatia é fundamental na decisão do tipo de anestesia a ser indicada para cada paciente. A avaliação deve ser individualizada, considerando os riscos e benefícios da técnica escolhida. A terapia com concentrado de fator VIII é atualmente a melhor opção de tratamento nos pacientes com diagnóstico de doença de von Willebrand tipo 2 ou 3 que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos, corrigindo a deficiência específica.

ANESTESIA PARA PACIENTE PORTADOR DA SINDROME ARNOLD CHIARI TIPO I

AUTORES:

Rohnelt Machado de Oliveira, Rodrigo Sadami Ito, Arthur Ruzzon Cardoso, Mileni Celinski, Rodrigo Koga.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Nossa Senhora do Rocio- Campo Largo / PR.

INTRODUÇÃO: A malformação de Arnold-Chiari (MAC) é caracterizada pela descida de estruturas mesencefálicas através do forâmen magno, alterações esqueléticas e disfunção neurológica. Na maioria dos doentes cursa com hidrocefalia. Estão descritas 4 classes: Na tipo I ocorre alongamento e deslocação descendente, 5mm, das amígdalas cerebelares. Em 65 a 80% destes doentes ocorre secundariamente siringomielia (SRG) ou degeneração da medula espinhal preferencialmente a nível cervical baixo e torácico superior, associada a perda assimétrica das sensações dolorosa e térmica. **OBJETIVO** é descrever o manuseio anestésico destes doentes e os cuidados especiais. **RELATO DE CASO:** Paciente feminino, 41 anos, para craniotomia descompressiva de fossa posterior com duroplastia de alargamento com diagnóstico de MAC. Siringohidromielia há 04 meses. Ao exame clínico apresentava diminuição de força global, disfasia, disfagia, hipoacusia à direita, marcha atáxica cerebelar, automutilação dos dedos, cefaléia crônica, hiperreflexia dos 4 membros com evolução de 01 ano. Midazolam (3mg), ev e hidrocortisona (100mg) como medicação pré-anestésica. Monitorização invasiva cardiorrespiratória associado ao bloqueio neuromuscular (BNM), e a temperatura esofágica. Pré-oxigenação através de máscara facial (100% de O₂) e lidocaína a 2% (1, 5mg/kg) ev. Indução com propofol (12mg), rocurônio (36mg) e fentanil 5µg/Kg, manutenção com remifentanil e sevorane. A cirurgia ocorreu sem intercorrências, sendo encaminhada a UTI Geral. **DISCUSSÃO:** Anestesia em paciente com (MAC) é condicionada pela necessidade de alcançar uma técnica anestésica que não causa mudanças na pressão do LCR, mesmo em pacientes sem evidência clínica ou radiológica de hipertensão intracraniana. E balancear este fato com uma anestesia sem repercussões hemodinâmicas significativas, pois a patogenia pode apresentar alterações autonômicas. Reconhecer as alterações esqueléticas e evitar a hiperextensão cervical, planejando uma potencial intubação difícil associado a precauções para evitar o aumento da (PIC) e broncoaspiração, com drogas e manobras de intubação ou extubação em um plano de anestesia profunda o suficiente. O BNM foi utilizado e acompanhado com monitorização para evitar a resposta exagerada aos não despolarizantes que pode ocorrer com a doença. Devemos aqui recordar que a utilização de succinilcolina pode ser perigoso para intubação por causa do risco de uma resposta secundária ao aumento de potássio, característico das síndromes envolvendo a proliferação dos receptores de acetilcolina imaturos. A anestesia balanceada foi efetiva para o paciente em questão, sem repercussões hemodinâmicas significativas e sem dificuldade no manejo da via aérea. Unitermos: anestesia, malformação Arnold Chiari, síndrome Arnold Chiari. **REFERÊNCIA:** 1-Gregg N. Symptomatic Chiari malformation. J. of Neurosurgery 2009;71: 159-168.

ANESTESIA PARA PACIENTE PORTADOR DE OSTEOGÊNESE IMPERFEITA (OI): RELATO DE CASO

AUTORES:

Cremilda Pinheiro Dias, Thaís Farias Arnold, Christiane Rodrigues da Silva, Wendell Jackson de Macêdo Caldas*.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Universitário Getúlio Vargas/UFAM.

INTRODUÇÃO: Osteogênese Imperfeita é uma doença genética rara do tecido conjuntivo, com incidência mundial de 1/20.000 nascidos vivos. A mutação de genes do colágeno leva à síntese anormal desta proteína predominante da matriz óssea, resultando em fragilidade óssea, múltiplas fraturas e deformidades esqueléticas. Paciente do sexo masculino, 15 anos, 32kg e 110cm, portador de OI submetido à anestesia geral balanceada para tratamento cirúrgico de pseudoartrose subtrocanterica. Apresentava, como características da OI, deformidade torácica (“tórax em barril”), cifoescoliose, hipoplasia de membros inferiores e história de tratamento cirúrgico de fratura de ossos do punho há 2 anos e colecistectomia videolaparoscópica há 2 meses, sendo ambas as cirurgias realizadas sob anestesia geral balanceada, sem intercorrências anestésicas. Utilizava apenas pamidronato dissódico. Exames laboratoriais, eletrocardiograma e ecocardiograma normais. Risco cirúrgico cardiológico Goldman I e risco anestésico-cirúrgico da ASA III. Na sala de operação, foi realizada monitorização com cardioscópio (MC5), saturação periférica da hemoglobina pelo oxigênio (SpO2) e pressão arterial não-invasiva (PANI), com primeira aferição de 127x63mmHg, frequência cardíaca: 105bpm e SpO2: 97%. Revisão de venóclise e administração inicial de fentanil 25mcg e clonidina 100mcg. Indução anestésica com fentanil 5mcg/Kg, lidocaína 1mg/Kg, atracúrio 0, 5mg/Kg e propofol 3mg/Kg. Realizada intubação traqueal com tubo de 6mm e monitorização do gás carbônico expirado (ETCO2) e da temperatura corporal. Plano anestésico mantido com sevoflurano entre 2 e 2,5% e doses intra-operatórias de fentanil 75mcg (fracionadas) e morfina 4mg por via subcutânea próximo ao término do procedimento. Após extubação, paciente foi encaminhado à sala de recuperação pós-anestésica, referindo apenas dor em membros inferiores que cessou após administração endovenosa de morfina 2mg. A presença de cifoescoliose, baixa estatura e possíveis alterações hematológicas descartaram a anestesia regional para esse caso. Optou-se pela anestesia geral balanceada, com redução dos níveis de anestésico inalatório, evitando administração de succinilcolina. Paciente recebeu alta hospitalar após 48 horas do procedimento, sem qualquer intercorrência anestésica. Anormalidades anatômicas e fisiológicas podem estar associadas à OI, como cardiopatias congênitas, distúrbios metabólicos e disfunção plaquetária, necessitando avaliação pré-anestésica criteriosa. A escolha dos agentes e técnica anestésica também é desafiadora, devido ao risco de desenvolvimento de Hipertermia Maligna, bem como presença de anormalidades anatômicas que podem dificultar a realização de anestesia regional ou ventilação pulmonar adequada. **REFERÊNCIA:** Assis MC, Plotkin H, Glorieux FH et al. “Osteogenesis Imperfecta”: novos conceitos. Rev. bras. ortop. 2002 Ago;37(8):323-327. Oakley I, Reece LP. Anesthetic implications for the patient with osteogenesis imperfecta. AANA J. 2010 Feb;78(1):47-53.

ANESTESIA PARA PACIENTE PORTADOR DE PROTEINOSE ALVEOLAR: RELATO DE CASO

AUTORES:

Alipio Maciel Lima de Brito, Fernanda Marques Lamounier Fernandes, Gustavo Henrique Silva de Oliveira, Walkiria Wingester Vilas Boas, Giuliano Parreira de Oliveira, Gustavo Rodrigues Costa Lages.

INSTITUIÇÃO:

HC-UFMG.

INTRODUÇÃO: A proteinose alveolar pulmonar (PAP) é uma condição rara, de etiologia desconhecida, caracterizada pelo acúmulo no compartimento alveolar de material lipoproteínico. Pode ser classificada em idiopática, secundária ou congênita. A lavagem pulmonar total (LPT), descrito por Ramires e col. na década de 60 compõe a base do tratamento da doença, proporcionando melhora no prognóstico. Relato de caso – Paciente CDL, masculino, 20 anos, em regular estado geral, consciente e orientado, respirando sob cateter nasal a 2L/min, saturando 95%. Na internação relatava quadro de febre, prostração e tosse pouco produtiva. Referia episódios de pneumonia de repetição desde 2012, com necessidade de internações e antibioticoterapia. História patológica pregressa de BAV 2º grau Mobitz 1, assintomático. Estava em uso de prednisona e Tazocin. Hemograma revelando leucocitose com neutrofilia. TC de tórax com espessamento de septos interlobares e opacificações em vidro fosco, sugerindo proteinose alveolar, além de cavitação em pulmão esquerdo. A monitorização incluiu cardioscopia, pressão arterial não invasiva, oximetria de pulso e capnografia. Submetido a anestesia geral balanceada com remifentanil em TCI com alvo de 2ng/ml, propofol (3mg. kg⁻¹), atracúrio (0, 5mg. kg⁻¹) e sevoflurano (0, 8 CAM). Realizado IOT seletiva à esquerda com tubo Carlens nº 35, confirmando-se posicionamento através de fibroscopia. Após ventilação por 10 min. com 100% de oxigênio, efetuada a ventilação monopulmonar com lavagem do pulmão não ventilado. A lavagem consistiu na infusão lenta de 1L de soro fisiológico aquecido com sua posterior drenagem por ação da gravidade associada a sifonagem. Para tal, o posicionamento do paciente em Trendelenburg fez-se necessário, com mudanças nos parâmetros ventilatórios para manutenção de adequada saturação. Repetiu-se o processo por mais seis vezes, com controle rígido da quantidade retirada do pulmão. O líquido drenado, que inicialmente era leitoso, passou a ficar mais diluído ao longo do processo. Paciente extubado ao final do procedimento sem intercorrências e relatando melhora para respirar. **DISCUSSÃO:** – A LPT geralmente é indicada para pacientes sintomáticos e com hipoxemia importante, resultando em melhora da PaO2 e das provas de função pulmonar. Porém, é um procedimento sujeito a complicações, a exemplo de hipoxemia, pneumotórax e efusão pleural, constituindo um desafio ao anestesiológico. **REFERÊNCIA:** Stephen CJ, David H, Thomas KW et al. Rare lung diseases II: Pulmonary alveolar proteinosis. Can Respir J. 2008; 15(4): 203–210/ Bruce CT, Koh N, Mani SK. Pulmonary alveolar proteinosis syndrome. In: Robert JM, Thomas RM, John FM et al. Murray & Nadel’s Textbook of Respiratory Medicine. 5ª ed. Philadelphia, Saunders Elsevier, 2010; 1516-1536.

ANESTESIA PARA SUPRARRENALECTOMIA EM PACIENTES COM FEOCROMOCITOMA BILATERAL

AUTORES:

Gilto d'Alcantara Sousa Júnior*, Eduardo Azevedo de Castro, Vinícius Caldeira Quintão, Bernardo Drumond Matias, Cláudia Helena Ribeiro da Silva.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Santa Casa de Belo Horizonte.

INTRODUÇÃO: O feocromocitoma é um tumor raro, com incidência estimada em 1 a 2 casos por 100.000 adultos. O tratamento cirúrgico é a conduta terapêutica definitiva. Entretanto, tanto a anestesia quanto a própria cirurgia têm um grande potencial de complicações, exigindo preparação pré-operatória, assim como intensivos cuidados pré e pós-cirúrgicos. O objetivo desse relato é apresentar dois casos de ressecção de feocromocitoma realizados em nosso serviço. Relato do caso: Apresentamos o relato de caso de dois pacientes encaminhados para realização de suprarrenalectomia. Ambos receberam bloqueadores alfa-adrenérgicos no pré-operatório. Indução anestésica feita com propofol 2 mg/kg, fentanil 5 mcg/kg, lidocaína 2 mg/kg e cisatracúrio 0,15 mg/kg. A anestesia foi mantida com remifentanil e sevoflurano. Indução anestésica de ambos sem intercorrências. No primeiro caso a abordagem cirúrgica foi videolaparoscópica e o segundo por laparotomia. Durante a manipulação das massas, ambos pacientes apresentaram picos hipertensivos e taquicardia importante, apesar de doses altas de remifentanil e sevoflurano. O primeiro procedimento apresentou controle hemodinâmico difícil. A paciente estava em uso de remifentanil 2 mcg/kg/min, sevoflurano 1,3 CAM, esmolol 300 mcg/kg/min, clonidina 150 mcg e nitroprussiato de sódio com doses acima de 2 mcg/kg/min. Como o tempo cirúrgico foi prolongado, a paciente evoluiu com sinais de taquifilaxia ao nitroprussiato de sódio. Já o segundo paciente recebeu nitroprussiato de sódio em doses menores que 2 mcg/kg/min e verapamil com bom controle pressórico. Após a ressecção dos tumores, a primeira paciente evoluiu com hipotensão sendo iniciado noradrenalina 0,1 mcg/kg/min com boa resposta. Devido as alterações metabólicas da primeira paciente, foi decidido não extubá-la na sala de cirurgia e encaminhá-la ao CTI. A mesma foi extubada no segundo dia pós-operatório com boa evolução clínica. O segundo paciente foi extubado na sala, encaminhado ao CTI e evoluiu bem. **DISCUSSÃO:** O preparo pré-operatório dos pacientes com feocromocitoma é realizado com o objetivo de tratar a hipertensão arterial, evitar a ocorrência de paroxismos e de corrigir uma eventual hipovolemia. Se isto não for feito, os pacientes correm o risco de desenvolver hipotensão importante e mesmo choque hipovolêmico após a retirada do tumor e conseqüente desaparecimento da vasoconstrição. Embora esses tumores sejam raros, os anestesiologistas devem ter conhecimento do manejo perioperatório do feocromocitoma, pois o manejo adequado pode reduzir a mortalidade perioperatória de cerca de 50% para cerca de 0 a 3%. **REFERÊNCIA:** 1. van der Horst-Schrivers AN, Kerstens MN, Wolffenbuttel BH. Preoperative pharmacological management of pheochromocytoma. *Neth. J. Med.* 2006;64:290-295. 2. Stoelting RK, ed. *Pharmacology and physiology in anesthetic practice*, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams e Wilkins, 2005.

ANESTESIA REGIONAL EM PACIENTE PORTADOR DE PORFIRIA AGUDA INTERMITENTE

AUTORES:

Ana Cláudia Chiaratti Mega, Sérgio Teixeira Sant'Anna Junior, Flávio Elias Callil, Rafaela Correia da Silva, Taís Garcia Glasenapp*, Caroline Rodrigues de Abreu Vieira.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Municipal Souza Aguiar.

INTRODUÇÃO: As porfirias são enfermidades pouco frequentes, caracterizadas por um déficit enzimático produzido na sequência metabólica da produção do heme. A porfiria aguda intermitente (PAI) é uma desordem autossômica dominante de penetrância incompleta e expressão variável com incidência 1:20.000 indivíduos, sendo caracterizada por deficiência da enzima porfobilinogênio desaminase e sintomas mais severos, com crises que podem ser fatais, sendo as complicações hipertensivas e a falência renal as principais causas de morbimortalidade. **RELATO DE CASO:** C. S. M. M., 32 anos, 65kg, sexo masculino, ASA pIV, referindo diagnóstico de PAI em acompanhamento em centro hematológico de referência no Rio de Janeiro, internado no Hospital Municipal Souza Aguiar em 29/08/2012 para cirurgia ortopédica devido à fratura de fêmur e tibia esquerdos após acidente automobilístico. Apresentava antecedente de crises neurológicas severas bem como precipitação de crise aguda prévia com uso do benzodiazepínico diazepam. À admissão, assintomático do ponto de vista neurológico. Previamente submetido à anestesia geral para apendicectomia sem intercorrências. Exames laboratoriais, radiológicos e eletrocardiográficos normais para a realização do procedimento. Realizada osteossíntese de fêmur esquerdo sob bloqueio subaracnóideo em posição sentada dada à restrição de mobilidade, altura L3/L4 via mediana, com uso de agulha Quincke 25G, utilizando-se 12,5mg de bupivacaína isobárica 0,5%, 150mcg clonidina e 60mcg morfina intratecal. Nível sensitivo alcançado em T8, com bloqueio motor satisfatório. Manteve estabilidade hemodinâmica em trans-operatório com média de queda em níveis tensionais de 12% em relação à medida admissional. Procedimento com duração total de 200 minutos, com perda sanguínea compatível, estimada em 400ml. Evoluiu sem intercorrências, sem déficits neurológicos, recebendo alta domiciliar após o quarto dia de pós-operatório. **DISCUSSÃO:** A anestesia relaciona-se como desencadeante de numerosas e severas reações porfíricas, uma vez que os anestésicos são potencialmente porfirogenéticos devido às suas características farmacológicas relacionadas com o metabolismo mediado por citocromos e sua grande solubilidade em lipídios. A base do manejo anestésico seguro no paciente com porfiria inclui a detecção de indivíduos suscetíveis, uso de medicamentos com meia-vida curta e metabolismo hepático escasso ou nulo. A anestesia regional não possui contra-indicações em pacientes com esta patologia, embora seja essencial que qualquer neuropatia seja documentada previamente. Neste caso, a via subaracnóidea destaca-se como ideal pelo uso de baixa concentração de anestésico local. **REFERÊNCIA:** 1) Daza, LF, Cruz MTE, Rodríguez MV, et al. Porfirias: Consideraciones anestésicas. *An Med (Mex)*, 2007; 52 (3): 130-142. 2) Rigal JC, Blanloeil Y. Anaesthesia and Porphyria. *Minerva Anesthesiol*, 2002; 68: 326-31.

ANESTESIA VENOSA SEM USO DE BLOQUEADOR NEUROMUSCULAR EM PACIENTE COM MIASTENIA GRAVIS. RELATO DE CASO

AUTORES:

Luís Cláudio de Araújo Ladeira, Jesus Pinto Pacheco, Flavia Nancy Helene Cazarotto*, Cátia Sousa Govêia, Edson Vander Xavier da Rocha, Edno Magalhães.

INSTITUIÇÃO:

Hospital das Forças Armadas do Distrito Federal.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVO: Miastenia gravis (MG) é um distúrbio autoimune provocado pela redução dos receptores funcionais da acetilcolina (ACh) na junção neuromuscular devido a sua destruição por anticorpos. A perda de 70% a 80% de receptores funcionais de ACh justifica a fraqueza, fragilidade e acentuada sensibilidade aos bloqueadores neuromusculares (BNM) adespolarizantes nos portadores da síndrome. Sugere-se que, na MG, os BNM despolarizantes sejam evitados, por promover respostas imprevisíveis, e que os BNM adespolarizantes tenham sua dose reduzida, devido à fadiga muscular e possibilidade de complicação ventilatória grave no pós-operatório. O objetivo deste caso é relatar a anestesia venosa sem o uso de BNM em portadora de MG. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino, 36 anos, 98 kg, portadora de hipertensão arterial e MG, em uso de enalapril e piridostigmina, programada para nefrolitotripsia transureteroscópica. Optou-se por anestesia geral venosa, com infusão de remifentanil 0, 3 mcg/kg/min e propofol 2, 0 mcg/ml, sem uso de BNM. Intubação orotraqueal realizada sem intercorrências, seguida por redução da infusão de remifentanil para 0, 2 mcg/kg/min e manutenção do propofol em 3, 2 mcg/ml. O procedimento transcorreu com estabilidade hemodinâmica. Analgesia pós-operatória iniciada com dipirona, tenoxicam e tramadol. Ao final, foi interrompida a infusão de fármacos venosos, e realizada extubação, sem intercorrências. Foi encaminhada à SRPA, onde permaneceu por duas horas, com alta para enfermaria. **DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:** Na indução da anestesia, o uso de BNM reduz a incidência de complicações durante a intubação traqueal e a ocorrência de lesões laringeas. Todavia, os BNM não são isentos de risco, especialmente em portadores de MG, com possibilidade de depressão respiratória e bloqueio residual na SRPA. A literatura relata técnicas de anestesia sem o emprego de BNM, e muitas apresentam propofol e remifentanil com importante papel na diminuição dos reflexos laringeos. Os pacientes com MG são sensíveis aos BNM, mas a resposta aos outros fármacos anestésicos é normal. Neste relato, mesmo sem o uso de BNM, as condições de intubação mostraram-se favoráveis e não houve resistência à laringoscopia. A anestesia venosa com agentes anestésicos de curta duração favoreceu a extubação precoce e a recuperação da paciente. A MG ainda representa um desafio, pela possibilidade de complicações graves. A anestesia venosa sem o uso de BNM é uma opção segura nos portadores da síndrome. **REFERÊNCIA:** Blichfeldt-Lauridsen L., Hansen BD. Anesthesia and myasthenia gravis. Acta Anaesthesiol Scand, 2012, 56 (1):17-22. Della Rocca G, Coccia C, Diana L et al. Propofol or sevoflurane anesthesia without muscle relaxants allow de early extubation of myasthenic patients. Can J Anaesth, 2013; 50(6):547-52.

ANESTESIA VENOSA TOTAL EM PACIENTE PORTADOR DE OSTEOGÊNESIS IMPERFECTA SUBMETIDO A OSTEOTOMIA DE FÊMUR E TÍBIA ESQUERDA MAIS FIXAÇÃO DE TUTOR INTRAMEDULAR

AUTORES:

Lilian Patricia de Almeida Lopes, Chardesson Fernandes do Carmo, Clarissa Santana Cruz, Leopoldo Palheta Gonzalez.

INSTITUIÇÃO:

Fundação Hospital Adriano Jorge -FHAJ.

INTRODUÇÃO: A Osteogênese imperfecta (OI) é uma patologia genética rara de herança autossômica dominante. Resulta de mutações nos genes, COL1A1 OU COL1A2, que produzem colágeno tipo 1 envolvido na ossificação endocondral com conseqüente fragilidade óssea. Suas formas clínicas são: tipo I (mais comum, com acometimento leve, sem grandes deformidades e estatura normal), tipo II (mais grave, acometendo neonatos, geralmente incompatível com a vida), tipo III (baixa estatura, fácies triangular e deformidades ósseas), tipo IV (heterogêneo, com variação clínica e de gravidade), e tipo V (hipercalcosidade e ossificação da membrana interóssea do antebraço). **RELATO DE CASO:** Paciente I. V. C. N., feminino, 7 anos, 17kg, 58cm com OI tipo III. Apresentando cifoescoliose, deformidade em membros inferiores, pectus excavatum, Mallampati III, macroglossia e abertura bucal diminuída. Em uso de vitamina D, cálcio e alendronato sódico. Exames complementares sem alterações de significância clínica. Monitorizado com cardioscópio, oximetria de pulso e PANI. Venoclise com cateter 22G, hidratação com solução de Ringer com lactato. Após a ventilação com oxigênio a 100% por 3 minutos, procedeu-se a indução anestésica com remifentanil em infusão contínua 0, 4 µg. kg⁻¹. min⁻¹, seguido por bolus de propofol 3 mg. kg⁻¹ e atracúrio 0, 5 mg. kg⁻¹. Foi realizado IOT, sem dificuldade, com tubo 5, 5 com cuff e iniciado monitorização do gás carbônico expirado. Manutenção anestésica com infusão de remifentanil 0, 3 µg. kg⁻¹. min⁻¹ e propofol 0, 15mg/kg⁻¹. A cirurgia durou 190 minutos. Nenhuma intercorrência durante o ato anestésico. O paciente foi extubado em plano e despertou 8 minutos após a interrupção da infusão de agentes anestésicos. A analgesia pós-operatória foi realizada com morfina (0, 05 mg. kg⁻¹) e dipirona (30 mg. kg⁻¹). A alta hospitalar foi dada no 3º dia P. O. **DISCUSSÃO:** Os portadores de OI além de poderem apresentar outras comorbidades e anormalidades anatômicas que dificultam a intubação e a realização de anestesia regional, apresentam características compatíveis com estados hipermetabólicos e semelhantes aquelas apresentadas por indivíduos susceptíveis ao desenvolvimento da hipertermia maligna (HM) quais sejam, herança autossômica dominante ou recessiva, anormalidades do tecido conjuntivo e níveis elevados de pirofosfato inorgânico sérico. Os principais desafios relacionados a anestesia são o manuseio das vias aéreas e a seleção da técnica. Neste sentido, embora os mecanismos relacionados com o desenvolvimento da hipertermia perioperatória ainda não estejam bem esclarecidos, a técnica venosa total tem sido proposta devido a conhecida associação entre os agentes inalatórios e a succinilcolina com a hipertermia maligna. A complexidade da doença mostra a necessidade de avaliação e monitorização adequada pelo anestesiológico para uma melhor conduta do caso. **REFERÊNCIA:** Tratado de Anestesiologia - 7ª edição.

ANESTESIA VENOSA TOTAL PARA NEFRECTOMIA BILATERAL EM PACIENTE PORTADORA DE DOENÇA RENAL POLICÍSTICA AUTOSSÔMICA DOMINANTE

AUTORES:

Fabricio Azevedo Cardoso, Sérgio Teixeira Sant'Anna Junior, Flávio Elias Callil, Guilherme Frederico Lopes da Silva, Rafaela Correia da Silva*, Cláudia Lopes Ribeiro.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Municipal Souza Aguiar.

INTRODUÇÃO: A doença renal policística autossômica dominante (DRPAD) é uma desordem multifatorial caracterizada por cistos renais bilaterais e que cursa em aproximadamente 50% dos pacientes com estágio final de insuficiência renal crônica (IRC) em torno dos 60 anos de idade. A maioria dos pacientes é assintomática, sendo que uma minoria cursa com sintomas precoces como infecções do trato urinário (ITU), hematuria ou dor abdominal, possibilitando o diagnóstico. A terapêutica desta doença é complexa e tem como finalidade a redução da morbimortalidade e correção de comorbidades-base. A anestesia venosa total (AVT) associada ao bloqueio de neuroeixo promove condições de estabilidade hemodinâmica, recuperação rápida, analgesia eficiente e segurança em portadores de IRC. **RELATO DE CASO:** A. S. F., 48 anos, sexo feminino, 52kg, ASA p IV, obteve diagnóstico de DRPAD há 12 anos, estágio terminal hemodialítico, e hipertensão arterial, de tratamento há 8 anos. Iniciou quadro de hematuria, dor abdominal difusa e ITU recorrentes, sendo internada no Hospital Municipal Souza Aguiar em 12/03/2013. Indicada nefrectomia bilateral e programação posterior de transplante renal. Procedimento ocorrido em 28/03/2013 sob anestesia geral venosa total, utilizando propofol 100 mcg/kg/min e remifentanil 0, 1-0, 3 mcg/kg/min em infusão contínua, combinada com bloqueio peridural contínuo torácico nível T10-T11. Anestesia/analgesia intra-operatória via cateter peridural complementada com lidocaína 2% 300mg com adrenalina 1:200.000 quando da incisão cirúrgica e ropivacaína 0, 5% 50mg cerca de uma hora antes do término do procedimento. Ato cirúrgico transcorrido sem intercorrências, com duração total de 240 minutos, massa renal estimada em 7 kg. Manteve estabilidade hemodinâmica durante procedimento anestésico-cirúrgico, extubada sem intercorrências em pós-operatório, encaminhada à unidade intensiva. Mantida analgesia via cateter peridural com ropivacaína 0, 2%, 2mg/kg/dia, em infusão contínua por 38 horas. Apresentou boa evolução pós-operatória, escala análoga-visual de dor = 3 (dor leve), recebendo alta domiciliar em bom estado geral com seis dias após procedimento. **DISCUSSÃO:** A DRPAD é uma patologia complexa, sendo de fundamental importância o diagnóstico precoce e o controle de comorbidades. A AVT combinada à anestesia peridural mostra-se como alternativa factível para cirurgias em pacientes nefropatas crônicos devido à boa estabilidade hemodinâmica, via de eliminação independente da função renal dependendo do fármaco sob infusão contínua, previsibilidade para recuperação e analgesia trans- e pós-operatória adequada. **REFERÊNCIA:** 1) Gabow PA, Gratham JJ. Polycystic kidney disease. Boston: Little Brown and Company; 1997: 521-60. 2) Calvet JP; Gramtham JJ. The genetics and physiology of polycystic kidney disease. Semin Nephrol. 2001; 21 (2): 107-23.

ANISOCORIA DURANTE ANESTESIA DE PACIENTE COM SÍNDROME DE MOEBIUS: RELATO DE CASO

AUTORES:

Liana Maria Torres de Araújo Azi, Kyldare Feitosa Nogueira, Iluska Andrade Agra, João José Borges de Barros dos Santos, Igor Prado Oliveira*.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Universitário Professor Edgard Santos - UFBA.

INTRODUÇÃO. A síndrome de Moebius é uma condição rara, caracterizada principalmente por alterações dos pares cranianos, notadamente o nervo facial (com paralisia facial periférica, ausência de mímica facial, boca entreaberta e dificuldade de baixar a pálpebra) e o nervo abducente (com estrabismo convergente). Além disso, há malformações ósseas e musculares. **Relato do caso.** ALSS, sexo feminino, 5 anos de idade, 17, 2Kg, 1, 06m de altura, portadora de síndrome de Moebius, foi submetida à cirurgia de correção de estrabismo bilateral. Exames complementares sem alterações. Sem preditores de via aérea difícil. A monitorização foi realizada com cardioscopia, SpO₂, PANI e capnografia. Realizada anestesia geral, sendo induzida com sevoflurano, fentanil 30mcg, propofol 150mg. Não foi utilizado bloqueador neuromuscular. Intubação sem intercorrências. A manutenção foi realizada com sevoflurano e óxido nítrico. Não foi utilizado nenhum colírio pela equipe de oftalmologia. No intra-operatório, a cirurgiã percebeu que a paciente apresentava anisocoria, sendo puntiforme a pupila do olho não manipulado, e bastante midriática a pupila do olho que estava sendo operado. A paciente mantinha-se em plano adequado, estável hemodinamicamente e não reagiu durante toda cirurgia. Discutiu-se a possibilidade de interrupção do procedimento, quando se observou que, ao cessar o estímulo cirúrgico, a pupila lentamente retornava ao diâmetro da pupila contralateral. O mesmo ocorreu quando da manipulação do outro olho. A paciente foi extubada sem intercorrências e sem qualquer déficit novo. Recebeu alta no mesmo dia. **DISCUSSÃO:** A literatura descreve que outros nervos cranianos podem ser acometidos na síndrome de Moebius, dentre eles o oculomotor, o troclear, glossofaríngeo, vago e hipoglosso. Sendo assim, é possível que a criança do caso relatado apresente alguma alteração de nevo oculomotor (III par), notadamente nas suas fibras parassimpáticas eferentes viscerais gerais, que saem do núcleo de Edinger-Westphal e inervam o músculo constritor da pupila. Desta forma, o anestesiolegista deve estar atento para tal achado, antes de pensar em algum evento mais grave de origem central. **REFERÊNCIA:** 1. Mattana MC, Lucena LF, Ribeiro FE et al. Síndrome de Moebius-Poland: relato de caso e revisão de literatura. Revista da AMRIGS, 2010; 54(2): 197-201.

COMPLICAÇÕES ANESTÉSICAS EM PACIENTES SUBMETIDOS À BIÓPSIA MUSCULAR PARA TESTE DE SUSCETIBILIDADE À HIPERTERMIA MALIGNA

AUTORES:

Marcelo Vaz Perez, Isac de Castro, José Luiz Gomes do Amaral, Elton Shinji Onari, Alexandre Hortense, Helga Cristina Almeida da Silva.

INSTITUIÇÃO:

UNIFESP/EPM.

JUSTIFICATIVA: Hipertermia maligna (HM) é doença genética autossômica dominante caracterizada por hipertermia, taquicardia, taquipnéia, hipertermia, rigidez muscular, rabdomiólise, acidose mista e cianose; desencadeada por anestésicos halogenados e relaxante muscular despolarizante. Padrão para diagnóstico da suscetibilidade à HM é teste de contratura muscular in vitro em resposta ao halotano-caféina (IVCT), que necessita de biópsia muscular sob anestesia. É seguro usar agentes não-desencadeantes em pacientes suscetíveis à HM. **OBJETIVO:** Estudar características, segurança e complicações da anestesia sem agentes desencadeantes, em pacientes suspeitos de suscetibilidade à HM. **MÉTODO:** Analisados prontuários de 70 pacientes suspeitos de suscetibilidade à HM, submetidos à biópsia muscular para o IVCT, entre janeiro/2005 e dezembro/2009. **RESULTADO:** Média de idade de 34, 5 ± 14 , 3 anos, com 60% do sexo feminino (n=42). IVCT positivo em 65, 7% dos pacientes (n=46). Técnicas anestésicas foram bloqueio de nervo periférico [BNP] (femoral e cutâneo lateral femoral) - 33 pacientes (47%), anestesia subaracnóideia [AS] - 35 (50%) e anestesia geral [AG] - 1 (1, 4%). Houve falha quanto à técnica utilizada em 21, 7% (n=15) dos pacientes: 12 dos 33 (36, 3%) BNP (10 foram submetidos em seguida à AS e dois, à AG) e 3 dos 35 (8, 5%) que foram submetidos a AS (a seguir, todos submetidos à AG). O tempo de latência do bloqueio anestésico foi de $65:08 \pm 41:05$ minutos. Eventos adversos ocorreram em seis pacientes (8, 6%): náuseas - 4 (5, 8%), síndrome neurológica transitória - 1 (1, 4%) e bradicardia - 1 (1, 4%), sendo que todos ocorreram após a AS. Todos os pacientes foram encaminhados após o procedimento para a sala de recuperação pós-anestésica. Houve associação negativa entre falha do bloqueio e a presença de antecedente familiar de HM ($p=0,043$; teste de qui-quadrado de Pearson) e associação positiva entre a falha no bloqueio e a presença de miopatia CCD ($p=0,025$; teste de qui-quadrado de Pearson). Na análise bivariada para os dados contínuos observou-se associação positiva entre a idade do paciente e a falha no bloqueio anestésico [41 (32 - 49) $p=0,026$; teste de Mann-Whitney] e entre o peso dos pacientes e a falha no bloqueio [77, 5 (66 - 102) $p=0,012$; teste de Mann-Whitney]. O ponto de corte para a idade e para o peso em relação à falha no bloqueio anestésico foi estabelecido pela curva ROC, sendo respectivamente 23 anos e 56 Kg. **CONCLUSÃO:** anestesia com agentes não-desencadeantes mostrou-se segura em pacientes suscetíveis à HM. Houve maior falha ao usar o BNP do que a AS. A falha do bloqueio se correlacionou com miopatia CCD, ausência de antecedente familiar de HM, pacientes mais velhos e maior peso corporal. **REFERÊNCIA:** 1. Wappler F. Anesthesia for patients with a history of malignant hyperthermia. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2010Jun;23(3):417-22. 2. Pollock N, Langton E, McDonnell N et al. Malignant hyperthermia and day stay surgery. *Anaesth Intensive Care.* 2006Feb;34(1):40-5.

CORREÇÃO CIRURGICA DE PÉ TORTO CONGÊNITO E PSEUDOSINDACTILIA EM PACIENTE PEDIÁTRICO COM EPIDERMÓLISE BOLHOSA: RELATO DE CASO

AUTORES:

Maria Amelia Neves, Waldo Sapucaia Roland, Verônica Lívia Dias, Maria Beatriz Assumpção Mourão, José Carlos Braga Nitzsche, Alysson Higino Gonçalves da Silva*.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Felício Rocho.

INTRODUÇÃO: A epidermólise bolhosa (EB) é doença rara, de grande impacto na vida do paciente e de sua família devido à dor física, ao sofrimento emocional e ao impacto econômico causados. É doença hereditária da pele e mucosas, causando bolhas em resposta a traumas mínimos. A cura anormal dessas lesões é uma característica comum, formando cicatrizes contraídas e erosões cutâneas. Os três tipos principais são: EB simples que apresenta curso benigno, EB juncional que apresenta bolhas generalizadas, frequentemente causa sepse e óbito, e EB distrófica caracterizada por cicatrizes graves, deformidades de mãos e pés, microstomia, estenose esofágica e dentes displásicos, sendo incomum sobrevida após a segunda década. O tratamento da EB é sintomático e suportivo. **RELATO DE CASO:** Paciente masculino, 3 anos de idade, pesando 15Kg, em uso de sulfato ferroso, sem passado anestésico cirúrgico, com história de EB distrófica e anemia, classificado como ASA II, foi encaminhado para a correção cirúrgica de pé torto congênito e pseudosindactilia em ambos os pés. Pré-medicação com 10mg de midazolam VO. Após monitorização com oxímetro de pulso, procedeu-se à indução anestésica inalatória com sevoflurane, sob máscara facial lubrificada, na presença materna, o que auxiliou na manipulação da criança. Em seguida, foi estabelecido venoclise com cateter de teflon 24G em região temporal esquerda. Para fixação do cateter foi utilizada atadura evitando o uso de adesivos. Paciente foi mantido sob ventilação espontânea sob cateter nasal, sendo monitorizado com oximetria de pulso, estetoscópio e termômetro nasofaríngeo. Ainda à indução, foi administrado 15mg de cetamina e 450mg de ce-fazolinol. Como manutenção, foi mantido propofol a 130 mcg/kg/min em infusão contínua associado a cetamina a 0, 35mg/kg/h. A profilaxia de vômitos e analgesia no pós-operatório foi realizada com 2 mg de ondansetrona e 450mg de dipirona IV. O procedimento durou 3 horas sem intercorrências. **DISCUSSÃO:** O acometimento músculo-esquelético mais importante da EB é a contratura das mãos e dos pés, sendo necessários procedimentos repetidos para manter a funcionalidade dos mesmos. O manuseio destes doentes deve sempre respeitar o princípio "não tocar" em virtude da facilidade com que podem ser criadas lesões secundárias à manipulação. Nesses casos, devem-se evitar as forças de cisalhamento sobre a pele, levantar e nunca deslizar o paciente, e não utilizar fitas adesivas. Além disso, a via aérea é uma área crítica devido à microstomia. A lubrificação do material associada à manipulação mínima da via aérea é importante, pois diminui a agressão das mucosas e o risco de edema da oro/laringofaringe. O acesso venoso deve ser realizado em área de pele íntegra, sem garroteamento e fixação sem adesivos. A presença materna foi fundamental para a tranquilização da criança, permitindo uma indução e despertar tranquilos, assim como na orientação dos cuidados com curativos. Como regra geral, a anestesia em pacientes com EB não deve, de forma alguma, agravar as limitações já existentes.

CRISE MIASTÊNICA APÓS CESARIANA SOB RAQUIANESTESIA COM DEGENERAÇÃO PARA PNEUMONIA

AUTORES:

Alessandra Yukari Azuma, Rafael Menegucci Zutin, José Osmar Bezerra de Sousa Filho, Fernanda Agnotti Cucolo, Karolinne Souto de Figueiredo*, Cláudia Welton Sarno.

INSTITUIÇÃO:

Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA.

INTRODUÇÃO: Miastenia Gravis (MG) é uma doença autoimune da junção neuromuscular caracterizada por fraqueza flutuante dos músculos esqueléticos. A doença raramente é fatal, mas alguns precipitantes como o estresse físico e emocional, infecção, cirurgia e gravidez pode ameaçar a vida dos pacientes¹. Relato do Caso: Paciente de 35 anos, G2P1A0 foi submetida a parto cesárea por indicação obstétrica. História clínica: MG leve (uso regular de piridostigmina e prednisona) e pneumonia há 2 meses. Anestesia: Cefazolina (2 g endovenoso - 30 minutos antes do procedimento); raqui-anestesia (bupivacaína a 0, 5% hiperbárica - 8 mg, sufentanil - 5 µg e morfina - 100 µg) com nível do bloqueio sensorial em T5. Após 5 minutos, paciente apresentou dificuldade respiratória, sendo assistida com ventilação não-invasiva (máscara facial sob pressão positiva). Após o delivramento, apresentou rápida melhora do quadro respiratório. No segundo dia de pós-operatório, a paciente apresentou pneumonia e disfunção respiratória, que exigiu a instituição de ventilação mecânica. Após 10 dias de internação na UTI, a paciente foi a óbito. **DISCUSSÃO:** O curso da doença é altamente variável e imprevisível durante a gestação, com maior incidência de complicações no período pós-parto. A crise miastênica é uma complicação que ocorre em 15% a 20% dos pacientes com MG, sendo potencialmente fatal (mortalidade de 4%), e apesar dos avanços nos cuidados respiratórios, a média de duração de intubação nestes pacientes (2 semanas) não apresentou diminuição significativa, possibilitando a ocorrência de infecção respiratória com alta morbiletalidade. A anestesia regional (raqui-anestesia ou peridural) para cesariana pode ser utilizada, mas a fraqueza muscular esquelética coexistente pode levar a hipoventilação, devendo-se evitar bloqueio motor alto e sedação perioperatória. No presente caso, a paciente apresentava história pregressa de pneumonia e uso de agente imunossupressor, e possivelmente, poderia ter se beneficiado de antibioticoprofilaxia com base em seu espectro microbiológico, objetivando combater as infecções de fontes de aspiração endógena (floras bacterianas de orofaringe e gastrointestinal) e fisioterapia respiratória no pós-operatório. O anestesiológista tem papel fundamental na otimização da antibioticoprofilaxia para prevenção de infecções. **REFERÊNCIA:** 1- Drachman DB. Myasthenia Gravis. N Engl J Med. 1994;330: 1797-1810.

IMPLANTE DE STENT PARA TRATAMENTO DE COARCTAÇÃO DE AORTA EM CRIANÇA

AUTORES:

Flávia Pelosi da Cruz Gouveia, Bruno Serra Guida, Daniel Vieira de Queiroz, Marialice Vieira Cardoso.

INSTITUIÇÃO:

CET Prof. Fabiano Gouvea do Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro.

INTRODUÇÃO: A coarctação da aorta é o quinto defeito congênito mais comum, ocorrendo em 5% de todas as cardiopatias congênitas. 75% das crianças com essa patologia apresentam outras anormalidades cardíacas associadas, tais como válvula aórtica bicúspide, defeitos do septo ventricular e anomalias na válvula mitral. Assim sendo, o manejo anestésico desses paciente por vezes torna-se um desafio anestésico. Há dois tratamentos possíveis para essa doença: a correção cirúrgica e a angioplastia com colocação de stent. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de um paciente portador de coarctação de aorta que foi submetido à angioplastia com colocação de stent aórtico para tratamento, levando em conta as particularidades clínicas e os cuidados no manejo anestésico desses pacientes. **RELATO DO CASO:** Paciente de 12 anos que recebeu o diagnóstico de coarctação de aorta aos 10 anos. Essa criança era hipertensa em uso de captopril, apresentava válvula aórtica bicúspide associada e foi indicada ao tratamento por angioplastia com implante de stent aórtico. Durante o procedimento houve monitorização da pressão arterial de maneira invasiva no membro superior esquerdo e de maneira não invasiva no membro inferior esquerdo. O gradiente pressórico inicial da pressão arterial média que era de 40 mmHg desapareceu após a abertura do stent aórtico. O procedimento transcorreu sem intercorrências, tendo o paciente permanecido estável mantendo, contudo, um quadro de hipertensão arterial leve no pós-operatório imediato. **DISCUSSÃO:** A coarctação da aorta é uma doença que além de poder estar associada a outras malformações cardíacas, se não corrigida precocemente pode levar ao desenvolvimento de complicações graves como falência ventricular, dissecação aórtica, doença cardíaca isquêmica precoce. Quando não tratada apresenta uma mortalidade em torno de 90% até 55 anos. Contudo, se corrigida até 14 anos a taxa de sobrevivência em 20 anos é de 91%. Essa doença pode se apresentar de diferentes formas na dependência de fatores como gravidade e extensão da lesão, presença de outros defeitos associados e de colaterais. Sendo assim, o manejo anestésico desses pacientes terá que levar em consideração essas variáveis. **REFERÊNCIA:** Jagdeep Grewal. Coarctation of de Aorta. Anesthesia Tutorial of the Week 265. 2012; Samantha A. Franco, Roberta L. Hines. Congenital Heart Disease. Stoelting's Anesthesia and Co-existing Disease 6th edition, Elsevier, 2012, 54-56.

INTUBAÇÃO COM FIBROBRONCOSCOPIO EM PACIENTE COM POLIMIOSITE, LIMITAÇÃO DE ABERTURA DE BOCA E GRANDE MASSA TUMORAL CERVICAL. RELATO DE CASO

AUTORES:

José Maurício Pereira Assef, Nelson Unzer dos Santos Filho*, Luiz Antonio de Moraes, Victor Cápia.

INSTITUIÇÃO:

CET/SBA/MEC da Santa Casa de Marília - SP.

INTRODUÇÃO: Neste caso, temos varias situações clinicas que indicam como melhor técnica anestésica o uso do fibroscópio para a intubação com a paciente acordada. Esta técnica resolve cerca de 97, 5% dos casos de intubações difíceis, e o insucesso desta técnica neste caso deixaria poucas opções para a resolução do problema. **RELATO DE CASO:** paciente feminina, 56 anos, 73kg, programada para tireoidectomia, devido a grande tumoração cervical e rouquidão. Diagnosticada com poliomiosite, com quadro de fraqueza muscular freqüente. Exame cardiopulmonar normal. Malanpatti 4, mobilidade atlanto-occipital normal e importante diminuição da abertura de boca. Em uso de prednisona e metotrexate. Indicada a intubação com a paciente acordada e com o uso de fibroscopio por via nasal. Medicada com diazepam 10mg via oral, 40 minutos antes da cirurgia. Na S. O. recebeu 50ug de fentanil. Fibroscopia por via nasal, com a paciente acordada, evidenciou edema de cordas vocais, faringe desviada, mobilidade normal das cordas vocais, sem invasão tumoral. Aparelho retirado, vestido com sonda aramada nº6. 5mm, foi realizada a intubação traqueal sem dificuldades, com o fibroscopio por via nasal. Induzida com propofol, bloqueio neuromuscular com cisatracúrio e anestesia mantida com infusão continua de propofol e remifentanil e baixas concentrações de isoflurano. Cirurgia sem intercorrências com duração de 3 horas, sendo o bloqueio neuromuscular revertido com atropina e prostigmine. Extubada cerca de 30 minutos após, sem problemas. Permaneceu na S. R. P. A., por 3 horas, sendo encaminhada para o leito. **DISCUSSÃO:** A poliomiosite é uma doença multissistêmica de etiologia desconhecida, que se manifesta com miopatia inflamatória, que leva a fraqueza muscular alem de alterações cutâneas. A fraqueza muscular aumenta a chance de disfagia, aspiração pulmonar e alguns casos podem evoluir com insuficiência respiratória. No quadro clinico podem estar presentes bloqueios cardíacos secundários à fibrose miocárdica ou à atrofia do sistema de condução. Não afeta a junção neuromuscular e a resposta à todos os bloqueadores neuromusculares é normal. A conduta anestésica deve levar em conta a chance maior de aspiração pulmonar e a possibilidade maior de insuficiência respiratória no pós-operatório. No caso apresentado a paciente apresentava ainda à abertura de boca limitada e a presença de massa tumoral cervical, como fatores que influenciaram na nossa escolha anestésica. **REFERÊNCIA:** 1-Jeffrey J Schwartz. Doenças da Pele e Musculoesqueléticas. In: Churchill Livingstone. Anestesia e Doenças Co-existentes. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2—Ruediger R Noppens. Intubação por Fibroscopia Flexível. In: Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Controle da Via Aérea. 1ª Ed. Rio de Janeiro 2012.

LINFHISTIOCITOSE HEMOFAGOCÍTICA - RELATO DE CASO

AUTORES:

Lhyvia Andrade da Silva*, José Cosme dos Santos Camargo, Gabriel Silva Cazarim, Jeane Pereira da Silva Juver, Rogério Luiz da Rocha Videira, Elizabeth Fernandes Vaz da Silva.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Universitário Antônio Pedro - Universidade Federal Fluminense.

INTRODUÇÃO: Linfocitose hemofagocítica (LHH), ou síndrome de ativação macrófágica, é uma desordem do sistema fagocítico mononuclear caracterizada pela proliferação histiocítica generalizada com notada hemofagocitose. Possui aspectos clínico-patológicos semelhantes à sepse e pode ser classificada como primária, forma familiar, ou secundária, associada a alterações imunológicas como infecções, colagenoses, malignidade ou uso de medicamentos. Cursa com graves complicações e alta taxa de mortalidade. **RELATO DO CASO:** Paciente masculino, negro, 13 anos, 40 kg, internado na unidade de tratamento intensivo (UTI) para investigação de febre de origem obscura associada à hepatoesplenomegalia e derrames cavitários. Submetido à anestesia para coleta de medula óssea por punção em crista ilíaca. Estava febril, taquipneico, com hipotensão arterial, distensão abdominal, edemaciado, mas lúcido e orientado. A monitoração constou de ECG, oxímetria de pulso e pressão arterial não invasiva, além de O2 contínuo via tenda facial 6 L. min-1. Realizada venóclise em MSD com cateter 22G. Pré medicado com midazolam 0,03 mg. kg-1 venoso (iv). Hipnose e analgesia foram obtidas com cetamina 2 mg. kg-1 iv associado à propofol dose-resposta titulado. Durante o procedimento não houve intercorrência e o paciente foi encaminhado à UTI estável. Foram necessárias outras duas coletas em datas diferentes, ambas realizadas com técnica anestésica similar, sem intercorrência. Posteriormente foi instalado cateter venoso totalmente implantável para terapia com imunoglobulinas, sob a mesma técnica anestésica descrita, associada à infiltração local. Apesar do tratamento, evoluiu com sepse pulmonar e choque hemorrágico, devido a hemorragias por reativação da doença de base, e faleceu 115 dias após apresentação dos sintomas iniciais. **DISCUSSÃO:** A LHH é uma condição rara, de evolução rápida. Sem o pronto reconhecimento e tratamento precoce a LHH pode levar a infecções recorrentes, hemorragias, falência múltipla de órgãos e óbito. Devem ser pesquisadas infecções (especialmente as virais) e malignidades e tratadas as causas subjacentes se estas forem evidenciadas. **REFERÊNCIA:** 1- Henter JI, Horne AC, Arico M, et al. HLH-2004: diagnostic and therapeutic guidelines for hemophagocytic lymphohistiocytosis. *Pediatr Blood Cancer* 2007;48: 124–31. 2- Larroche C. Hemophagocytic lymphohistiocytosis in adults: diagnosis and treatment. *Joint Bone Spine* 2012;79: 356-61.

MANEJO ANESTÉSICO DE PACIENTE COM PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA CRÔNICA SUBMETIDO A CIRURGIA DE URGÊNCIA

AUTORES:

Juscimar Carneiro Nunes, Ivandete Coelho Pereira, Andreza Monteiro Rodrigues da Silva, Shirley Gomes Araniva*, Alvaro Luiz Salgado Pinto.

INSTITUIÇÃO:

Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto.

INTRODUÇÃO: A púrpura trombocitopênica imunológica (PTI), também conhecida como púrpura trombocitopênica idiopática, autoimune ou isoimune, é uma doença adquirida e geralmente benigna, de causa desconhecida, que se caracteriza por trombocitopenia. Dados de estudos epidemiológicos internacionais, em adultos, fornecem uma estimativa de incidência de 1, 6-2, 7 casos por 100.000 pessoas/ano e uma prevalência de 9, 5-23, 6 casos por 100.000 pessoas, com predominância no sexo feminino. Não há dados oficiais a respeito de sua incidência e prevalência na população brasileira. **RELATO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 69 anos, 62 kg, estado físico P3, portadora de Diabetes Mellitus II, Hipertensão Arterial Sistêmica e Púrpura Trombocitopênica Idiopática Crônica (esplenectomizada há 10 anos), em uso de captopril, insulina regular e prednisona. Exames admissionais na urgência: Hemoglobina: 8, 7g/dL, hematócrito: 25, 7%, Plaquetas: 15.000 TP: 5% INR: 4, 32. Entra em sala operatória após transfusão de 08 concentrados de plaquetas e com 01 concentrado de hemácias em curso. Após monitorização padrão e revisão de venoclise, foi submetida à anestesia geral balanceada para correção cirúrgica de hérnia incisional gigante estrangulada. Indução anestésica realizada com fentanil 200mcg, lidocaína 60mg, clonidina 60 mcg, propofol 120mg e atracúrio 30mg e manutenção feita com sevoflurano. No intraoperatório, foram transfundidos mais 03 concentrados de plaquetas e 02 plasmas frescos. A paciente permaneceu estável durante todo o procedimento e sem sangramento expressivo. Encaminhada à sala de recuperação pós-anestésica, extubada e hemodinamicamente estável. Recebeu alta hospitalar, após sete dias, estável, com contagem de plaquetas igual a 32.000/ μ L. **DISCUSSÃO:** Opiniões de especialistas e experimentos indicam a transfusão de concentrados de plaquetas, antes de procedimentos cirúrgicos, para prevenir sangramentos em pacientes portadores de PTI com sangramento espontâneo ou plaquetas < 50.000/ μ L (exceto para procedimentos neurocirúrgicos e oftalmológicos para os quais níveis mais elevados são exigidos - superiores a 80.000 a 100.000/ μ L). A transfusão deve ser feita imediatamente antes ou na indução anestésica. A dose preconizada é de 01 unidade de CP para cada 7 a 10kg de peso do paciente e o tempo de infusão deve ser de aproximadamente 30min em pacientes adultos ou pediátricos, não excedendo a velocidade de infusão de 20-30 ml/kg/hora. A avaliação da resposta terapêutica à transfusão de CP deve ser feita através de nova contagem das plaquetas uma hora após a transfusão, levando também em consideração a resposta clínica. **REFERÊNCIA:** 1. Peter C. A. Kam. Anesthetic management of a patient with thrombocytopenia. *Current Opinion in Anesthesiology* 2008; 21: 369-374. 2. Abrahamson PE, Hall SA, Feudjo-Tepie M, Mitrani-Gold FS, Logie J. The incidence of idiopathic thrombocytopenic purpura among adults: a population-based study and literature review. *Eur J Haematol* 2009;83: 83-9.

MANEJO ANESTÉSICO DE PACIENTE COM SÍNDROME DE ESCOBAR: RELATO DE CASO

AUTORES:

Jaci Custódio Jorge, Thiago Robis de Oliveira, Pamella Braga Moraes, Fabricio Dias Antunes*.

INSTITUIÇÃO:

CET IPSEMG.

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Escobar (SE) é uma doença genética caracterizada pelo retardo de crescimento, alterações osteomusculares, anomalias cardiorespiratórias, dentre outras alterações. Esses pacientes requerem um manejo anestésico cuidadoso, devido às deformidades vertebrais e à freqüente presença de via aérea difícil (VAD). Esse trabalho relata o manejo anestésico de um paciente de 6 anos com cirurgia proposta de orquidopexia. **RELATO DO CASO:** Paciente masculino, 6 anos, 18 kg, 140 cm, ASA II, Mallampati III, com proposta de orquidopexia bilateral por criptorquia. Passado cirúrgico de traqueostomia. Relato de Hipertensão Pulmonar há 3 anos, em uso domiciliar de BIPAP. Exames complementares, ECG e ECOTT sem alterações. Apresentou, em avaliação pré-operatória, biópsia muscular conclusiva de miopatia central. Ao exame, apresentava: retro e micrognatismo, pescoço alado, cifoescoliose, hipertelorismo, abertura bucal e extensão cervical limitadas, DTM <6cm, DTE <12cm. Monitorizado com Oximetria, PNI e Cardioscopia. Realizou-se sedação venosa com 5mg de Midazolam + 50mcg de Fentanil + 10mg de Cetamina. Técnica anestésica adotada foi a realização de raquianestesia, sob técnica padrão. (Paciente sentado, Punção em L4/L5, agulha Quincke nº 27G, Infusão de 7, 5mg de Bupivacaína Hiperbárica). Procedimento cirúrgico com duração de 100 minutos, sem intercorrências. Pós-operatório em CTI, para observação, com alta após 24h também sem intercorrências. **DISCUSSÃO:** A SE é uma desordem genética rara, causada pela mutação em um gene do receptor embrionário da Acetilcolina. Múltiplas bandas de contraturas são a manifestação clínica mais comum. Os pacientes também apresentam alterações como micro-retrognatismo, pescoço alado, abertura bucal limitada, anquiloglossia, singnata, dismorfismo craniofacial, fenda palatina, lordose, cifoescoliose e má formações urodigestivas e cardíacas. Existem relatos com diversas abordagens anestésicas para esses pacientes. O presente paciente apresentava, além das alterações da síndrome, história de traqueostomia prévia com possibilidade de estenose traqueal, e relato de miopatia, associada comumente à hipertermia maligna (HM). Tais fatores foram determinantes na escolha da raquianestesia para este caso, pois é uma opção viável para se evitar o acesso à VAD e o uso de drogas desencadeadoras da HM, sendo adequada ao porte cirúrgico e sua duração curta e previsível. Síndromes genéticas são um desafio na anestesia pediátrica. Na SE se destacam as dificuldades de manejo da via aérea e as deformidades do esqueleto axial. A conduta ideal é individualizada, baseada em uma avaliação pré-anestésica adequada, promovendo o melhor cuidado anestésico possível. **REFERÊNCIA:** Sertoz, N, Gunay, H and Karaman, S, Anesthetic approach to a patient with multiple pterygium (Escobar) syndrome. *Pediatric Anesthesia*, 2012, 22: 490-492. Saif-ur-Rehman, M, Kymer, P, Mayhew, J, Escobar syndrome. *Pediatric Anesthesia*, 2004, 14: 799-800.

MANEJO ANESTÉSICO EM GESTANTE COM SÍNDROME DE BRUGADA: RELATO DE CASO

AUTORES:

Anderson Sampaio Marui, Emilio Carlos Del Massa, Letácio Santos Garcia Ferro*, Tarcisio Vieira Ramos.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Santa Marcelina (HSM).

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Brugada (SB) é caracterizada por alterações específicas no ECG nas derivações precordiais em um coração estruturalmente normal. Pode desencadear arritmias ventriculares, síncope e morte súbita em adultos jovens. O entendimento dessa condição clínica é essencial para permitir o planejamento da técnica anestésica apropriada e evitar crises. **RELATO DE CASO:** Paciente feminino, 22 anos, 71Kg, gestante (G2P1A0), 40 semanas, com diagnóstico prévio de Síndrome de Brugada (SB) e história de PCR revertida em 2010. Foi admitida ao serviço médico para resolução da via de parto devido cardiopatia materna e pós-datismo. Após avaliação cardiológica e avaliação obstétrica, indicou-se cesárea. Terapia medicamentosa incluía atenolol 50mg/dia. Achados pré-operatórios relevantes: ASA III; PA=110/50mmHg; FC=66bpm e SatO₂=99% (ar ambiente); ausculta cardiopulmonar sem alterações; Avaliação cardiológica trazia ECG com RS, inversão de onda T em V1 e V2, sem supra ST nas derivações precordiais; ECO: FE 53%, VE com discreta disfunção sistólica e hipocinesia difusa. Exames laboratoriais sem alterações. Em sala operatória, foi transferida para mesa cirúrgica, realizada monitorização (ECG, PANI e SpO₂) e venoclise 18G. Realizou-se raqui-anestesia, L3-L4, com agulha 26G de Quincke em posição sentada com administração de 12, 5 mg de bupivacaína hiperbárica 0, 5%, fentanil 20 mcg, morfina 80 mcg e preparo prévio de fármaco vasoconstritor caso necessário. A duração da anestesia foi de 60 min e transcorreu sem alterações hemodinâmicas. As medicações no intraoperatório foram SF 0, 9% 1500ml, cefazolina 2g, cetoprofeno 100mg, 10UI ocitocina, omeprazol 40mg e prometazina 50mg. O recém-nascido foi retirado sem intercorrências (Apgar 5/8) e encaminhado ao berçário após cuidados de reanimação e rotina. A paciente foi encaminhada à SRPA, sob máscara de O₂ 5L/min e recebeu alta após 4 horas com 10 na escala de Aldrete e Kroulik. **DISCUSSÃO:** A SB é definida pela presença de elevação de segmento ST em mais de uma derivação precordial direita (V1-V3) acompanhada de onda T negativa e pelo menos um critério clínico que inclui desde síncope, FV documentada e outros. O risco de arritmias ventriculares no período perioperatório é motivo de preocupação assim como as mudanças fisiológicas e farmacológicas durante a anestesia implicadas na precipitação desses eventos. Em nosso caso mesmo com todas as precauções não se observou evento adverso. **REFERÊNCIA:** (1) Carey SM, Hocking G. Brugada syndrome - a review of the implications for the anaesthetist. *Anaesth Intensive Care.* 2011; 39(4): 571-7. (2) Kloesel B, Ackerman MJ, Sprung J et al. Anesthetic management of patients with Brugada syndrome: a case series and literature review. *Can J Anaesth.* 2011; 58: 824-36.

MANEJO ANESTÉSICO EM PACIENTE PORTADOR DE DEFICIÊNCIA DE AADC SUBMETIDO À LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA

AUTORES:

Lorena Franco Junqueira, Luís Cláudio de Araújo Ladeira, Márcia Cristina Cardoso de Oliveira*, Edno Magalhães, Cátia Sousa Govêia, Rosalice Miecznikowski.

INSTITUIÇÃO:

Universidade de Brasília.

INTRODUÇÃO: A deficiência da descarboxilase dos aminoácidos L-aromáticos (AADC) é uma rara doença autossômica recessiva com deficiência dos neurotransmissores serotonina, dopamina e noradrenalina. Apresenta-se com hipotonia, hipocinesia, crises oculogíricas, disfunção autonômica, humor disfórico, distúrbios cardiovasculares, pulmonares, gastrintestinais, na regulação da temperatura e do sono. O conhecimento das particularidades dessa deficiência é essencial para o manejo anestésico seguro. **RELATO DO CASO:** Paciente de 2 anos e 9 meses, sexo masculino, 12 kg, com deficiência de AADC, diagnosticada há 8 meses, em uso de levodopa/carbidopa, ácido folínico e piridoxal-5-fosfato, programado para litotripsia extracorpórea por nefrolitíase. Ao exame, apresentava atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, irritabilidade, hipotonia, sialorréia e alimentava-se por gastrostomia há 6 meses. Frequência cardíaca e pressão arterial compatíveis com a idade. Ausculta cardíaca sem alterações. Roncos de transmissão à ausculta pulmonar. Exames laboratoriais e ecocardiograma sem anormalidades. Foi monitorizado com ECG, oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva, temperatura e capnografia. Iniciada indução inalatória com sevoflurano a 4%, com FGF de 4l/min, em sistema Mapleson A. Administrados fentanil e atropina. Realizada intubação orotraqueal, com tubo 4, 5 sem balonete. Mantido em ventilação espontânea, em sistema de Mapleson A, FGF 3l/min, com sevoflurano a 2, 5%. Administrados dexametasona, ondansetrona e dipirona. Permaneceu estável durante o procedimento. Foi extubado acordado e enviado à SRPA. Alta hospitalar no 1º DPO. **DISCUSSÃO:** A deficiência de AADC é caracterizada pelo déficit de autorregulação simpática, devido aos baixos níveis de catecolaminas. A apresentação dos sintomas e gravidade são variáveis. Dois grupos de pacientes são descritos de acordo com o fenótipo clínico e resposta ao tratamento: um com predominância do sexo masculino, resposta favorável ao tratamento e progresso do desenvolvimento, e o outro, sem predomínio de sexo, má resposta ao tratamento e discinesias induzidas por drogas. A literatura é escassa sobre o manejo da síndrome. Por se tratar de procedimento eletivo, com jejum pré-operatório de 8 horas, não se optou por indução em sequência rápida. Evitou-se o uso de succinilcolina (aumento do risco de disritmias cardíacas) e de bloqueadores neuromusculares adespolarizantes (hipotonia). Apesar da possibilidade de instabilidade hemodinâmica, o ato anestésico prosseguiu sem intercorrências. O manejo anestésico dos pacientes com deficiência de AADC pode ser um desafio, devido a potencial interação dos distúrbios autonômicos à anestesia, mas com antecipação desta, o ato anestésico pode ser conduzido de forma segura. **REFERÊNCIA:** BERKOWITZ, D. H, GANESH, A. Combined General and Regional Anesthetic in a Child with Aromatic L-Amino Acid Decarboxylase Deficiency. *Anesthesia & Analgesia.* December 2006 vol. 103 no. 6 1630-1631.

MANEJO PERIOPERATÓRIO DA HIPERTENSÃO PULMONAR

AUTORES:

Rafael Moura Rezende de Oliveira, Silvia Kangussu Rios, Marcelo Grisólia Gonçalves, Claudia Biasi de Britto Pereira, Ana Laura Barros Laurêdo*, Carlos Darcy Alves Bersot.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Federal da Lagoa.

INTRODUÇÃO: abordar as particularidades do manejo anestésico dos pacientes portadores de hipertensão pulmonar através do relato de um caso de amigdalectomia.

MATERIAIS E MÉTODO: paciente do sexo masculino, 3 anos e 8 meses, portador de Síndrome de Down, cardiopatia congênita complexa (DSAVT + CIV + PCA) corrigida cirurgicamente e hipertensão pulmonar. Uso regular de furosemida, sildenafil, salbutamol e beclometasona. Submetido eletivamente à adenoamigdalectomia. Após avaliação pré anestésica, e obtenção de consentimento informado, o paciente foi submetido à anestesia geral balanceada. O mesmo foi monitorizado com PNI, cardioscopia, oximetria de pulso e capnografia. Durante todo o procedimento estavam disponíveis para uso imediato Milrinona e óxido nítrico. O paciente manteve-se estável hemodinamicamente durante o ato anestésico-cirúrgico. Realizou-se a extubação sem intercorrências e o paciente seguiu para o pós operatório em CTI. Recebeu alta na mesma semana. **DISCUSSÃO E CON-**

CLUSÕES: a hipertensão pulmonar, patologia de etiologia muitas vezes multifatorial, apresenta manejo anestésico particular. Esta doença pode apresentar-se com diferentes espectros de gravidade e muitas das drogas anestésicas utilizadas rotineiramente causam alterações hemodinâmicas que podem descompensar estes pacientes. É preciso ajustar o balanço entre vasodilatação x descompensação hemodinâmica. O desafio torna-se ainda maior quando há insuficiência ventricular direita associada. Neste contexto, o conhecimento do manejo perioperatório destes pacientes é fundamental para o sucesso do ato anestésico-cirúrgico, e deste modo, de suma importância para o anestesologista.

REFERÊNCIA: Lars G. Fischer, MD, Hugo Van Aken, MD, PhD, FRCA, FANZCA, and Hartmut Bückle, MD, PhD, Anesthesia and Analgesia 2003;96: 1603- Jochen Gille, Hans-Jürgen Seyfarth, Stefan Gerlach, Michael Malcharek, Elke Czeslick, and Armin Sablotzki; Anesthesiology Research and Practice; Vol 2012, Article ID 356982, 16 pages

MANUSEIO ANESTÉSICO EM PACIENTE COM SÍNDROME DE EHLER-DANLOS III

AUTORES:

Thiago Felipe Oliveira de Macêdo, Antonio Herlandson Cunha, Onofre Eduardo Carvalho de Oliveira, Lucas Jorge Santana de Castro Alves, Lorena de Fátima Matos Viana*, Rodrigo Tavares Bomfim.

INSTITUIÇÃO:

GET-Associação Obras Sociais Irmã Dulce-Hospital Santo Antonio Salvador -Ba.

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Ehler-Danlos (SED) compreende um grupo de doenças hereditárias do tecido conjuntivo que partilham um defeito na formação do colágeno. Dos diferentes subtipos da doença, o tipo III (Hiper mobilidade Articular) afeta pequenas e grandes articulações, ocasionando luxações e subluxações recorrentes. **RELATO DE**

CASO: Paciente, feminino, 45 anos, ASA I, obesa grau 1, sem antecedentes de alergia, portadora da Síndrome de Ehler-Danlos tipo III, com história de luxações frequentes da articulação têmporo-mandibular há 15 anos. Foi submetida a tratamento cirúrgico de luxação crônica de mandíbula para colocação de órtese na eminência articular, com o objetivo de limitar a abertura bucal a 40mm. O procedimento foi realizado com monitorização padrão, indução venosa com alfentanil, propofol, lidocaína e atracúrio e intubação nasotraqueal sob laringoscopia direta, sem intercorrências. A paciente foi colocada sob ventilação mecânica, modo volume controlado, e a manutenção do plano anestésico realizada com infusão contínua de propofol e remifentanil. Manteve-se estável durante as 4 horas de procedimento, foi extubada em sala, com sucesso, e encaminhada ao CRPA, permanecendo por 1 hora. **DISCUSSÃO:** A gestão bem sucedida da anestesia em pacientes com SED requer a compreensão do papel do colágeno em diferentes tecidos do corpo, e a identificação prévia do subtipo da síndrome no período pré-operatório, tendo em vista suas particularidades. Na avaliação pré-anestésica, todos devem realizar tipagem sanguínea e avaliar alterações na coagulação, devido a tendência hemorrágica, e uma avaliação cardíaca completa pela predisposição a anormalidades cardíacas. No tipo III são notáveis as dificuldades relacionadas a maior mobilidade articular e fragilidade capilar, dificuldade de punção de veias, com rotura e formação de hematomas, subluxação atlanto-axial durante a intubação, risco aumentado de pneumotórax e hematoma na realização de bloqueios de neuroeixo. Os riscos cirúrgicos são significativos e encontram-se bem descritos. No entanto, existe pouca evidência disponível quanto à abordagem anestésica, sendo imperioso o cuidado na abordagem das vias aéreas, acessos vasculares, posicionamento e procedimentos invasivos. **REFERÊNCIA:** 1- Rodríguez, JPS, Nuques, RS, Díaz, ER et al. Síndrome Ehlers-Danlos y anestesia. ACTA MÉDICA GRUPO ÁNGELES 2009;7: 51-53. 2- Narcisi P, Richards AJ, Ferguson SD, Pope FM. A family with Ehlers-Danlos syndrome type III/articular hypermobility syndrome has a glycine 637 to serine substitution in type III collagen. Hum Mol Genet. 1994 ;3: 1617-20

NEUROFIBROMATOSE NA URGÊNCIA: RELATO DE CASO

AUTORES:

Alexandre Pereira Rios, Suéllen Moura Lima, Denise Soares Valente, Silvia Amalia de Melo Moura, Emilio Carlos Del Massa, Yuri Machado Rodrigues*.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Santa Marcelina.

INTRODUÇÃO: A neurofibromatose tipo 1 (NF1) é distúrbio genético autossômico dominante. Originada da proliferação de células de Schwann e fibroblastos, causa tumorações chamadas neurofibromas. A anestesia requer cuidados na avaliação da via aérea e possível associação de tumores no sistema nervoso central (SNC), dificultando a decisão entre geral e regional. **RELATO DO CASO:** Paciente feminino, 34 anos, 1,60m, 60Kg, portadora de NF1, com indicação de laparotomia exploradora por colecistite. Na avaliação pré-operatória, sem comprometimento do SNC por neurofibromas. Negava comorbidades e uso regular de medicamentos. Achados pré-operatórios: estado geral regular, corada, mucosas secas; FC 110bpm, PA 130x90mmHg, SpO₂ 99% (ar ambiente). Ao exame com escoliose acentuada de coluna vertebral com convexidade à esquerda, múltiplos neurofibromas em face, distância tireoentoniana reduzida, Mallampati III, macroglossia. Exames pré-operatórios: ECG normal, Rx de tórax com parênquima normal e escoliose; Hb 12, 8; Ht 37, 2; leucócitos 18400; plaquetas 307000; INR 1,40; RTTPA 0,93; Cr 0,64; Na 139; K 3,7. Em sala operatória (SO), sob monitorização (SpO₂, PANI, ECG) e venoclise, indicado anestesia geral associada a bloqueio peridural sem cateter. Peridural com paciente sentada, punção mediana, T10-T11, com agulha Tuohy 18G e administração de 20ml de bupivacaína sem vasoconstritor 0,25% e 2mg de morfina. Indução com propofol 150mg, midazolam 3mg, fentanil 150mcg, cisatracúrio 10mg. Intubação orotraqueal sob laringoscopia direta, sem intercorrências. Manutenção: TCI modelo farmacocinético de Schnider, modo plasma, propofol meta 2mcg/ml, e remifentanil 0,03mcg/Kg/min, clonidina 60mcg IV após indução. No perioperatório, reposição volêmica de 1500 ml de solução fisiológica e 500 ml de colóides. Houve hipotensão arterial após bloqueio peridural, com melhora após expansão volêmica e efedrina 10mg, com estabilidade durante o procedimento. Extubação em SO após aspiração e reversão de bloqueio neuromuscular com atropina 1mg e neostigmina 2mg. A anestesia teve duração de 240 minutos e a paciente foi encaminhada à recuperação anestésica e liberada após 120min, e alta hospitalar no 1º dia de pós-operatório. **DISCUSSÃO:** Neste caso, a previsão de complicações decorrentes da NF1, como via aérea difícil, comprometimento da mecânica ventilatória intra e pós-operatória, envolvimento do SNC, anormalidades vertebrais e o controle efetivo da dor pós-operatória, minimizou a recuperação tendo a paciente recebido alta no 1º PO. **REFERÊNCIA:** (1). Barbosa FT, Figueiredo AV, Cunha RM et al. Raquianestesia para cirurgia ortopédica de urgência em paciente portadora de doença de Von Recklinghausen: relato de caso. Rev. Bras. Anesthesiol, 2005; 55: 655-659; (2). Bagam KR, Vijaya DS, Mohan K et al. Anaesthetic considerations in a patient with von Recklinghausen neurofibromatosis. J Anaesthesiol Clin Pharmacol. 2010;26: 553-4.

QUADRO SUSPEITO DE HIPERTERMIA MALIGNA: RELATO DE CASO

AUTORES:

Ederval Leite Pereira Filho*, André Hideo Ono, Cleyverton Garcia Lima, Cátia Sousa Govêia, Luís Cláudio de Araújo Ladeira, Edno Magalhães.

INSTITUIÇÃO:

Universidade de Brasília.

INTRODUÇÃO: A hipertermia maligna (HM) é uma doença genética rara, de herança autossômica dominante, caracterizada por reação hipermetabólica anormal desencadeada por certos anestésicos. A expressão clínica é variável, e compreende manifestações de alterações metabólicas, de lesão muscular e das complicações secundárias. **RELATO DO CASO:** Criança de cinco anos e seis meses, sexo feminino, portadora de doença do refluxo gastroesofágico, síndromes de Edwards, Dandy Walker e Lennox-Gaustout. Internada para realização de gastrostomia e funduplicatura. Negou-se intervenção cirúrgica prévia e na família não havia relatos de anestesia geral. Na sala de operação, foi monitorada com estetoscópio, eletrocardioscópio, oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva e termômetro nasofaríngeo. Intubação orotraqueal após indução com sevoflurano e succinilcolina. No intra-operatório, evoluiu com taquicardia (interpretada como analgesia inadequada) e foram administrados 20 mcg de fentanil. A seguir apresentou hipercapnia (parâmetros ventilatórios ajustados), hipertermia (40,3°C) e persistência de taquicardia. Interrompeu-se a administração de sevoflurano, iniciou-se resfriamento por meios físicos e foi encerrada a operação. Administrado dantrolene 2,5mg/kg e encaminhada à UTI. Foi suspensa dose de manutenção de dantrolene após seis horas de administração e mantido anti-térmico. Exames na admissão da UTI evidenciaram pequena elevação de marcadores de lesão muscular e normocalemia. Apresentou mais seis episódios febris. Evoluiu com pequeno sangramento pelo tubo orotraqueal e pneumonia. Recebeu alta da UTI no 15º dia de internação em bom estado geral. **DISCUSSÃO:** O diagnóstico de HM baseia-se na apresentação clínica e exames laboratoriais. No entanto, as apresentações clínicas e os primeiros sinais do episódio da doença são variáveis. Não há atualmente nenhum teste de triagem populacional válido para HM e a chave para evitar a mortalidade repousa no reconhecimento, pelo anestesista, das primeiras características e na intervenção rápida e adequada. Neste relato, a paciente apresentou manifestações clínicas da doença, embora com sintomas de curta duração. Atualmente, o dantrolene é o único tratamento específico. Em virtude dessa síndrome se apresentar com sinais inespecíficos e da demora no tratamento resultar em êxito letal, esse fármaco deve ser administrado tão logo haja suspeita de HM. Devido ao forte caráter genético da HM, o teste de contratura seria extremamente benéfico no diagnóstico. Porém, a biópsia não é recomendada em crianças abaixo de 20 kg. Assim, o esclarecimento e o aconselhamento da família foram adotados como via de prevenção. A difusão do conhecimento sobre HM tem permitido diagnóstico precoce, tornando possível reduzir a mortalidade associada à doença. **REFERÊNCIA:** Hopkins PM. Malignant Hyperthermia: advances in clinical management and diagnosis. Br J Anaesth. 2000;85: 118-28

RELATO DE CASO: ANESTESIA EM PACIENTE COM EPIDERMÓLISE BOLHOSA – CUIDADOS E PRECAUÇÕES

AUTORES:

Karolinne Souto de Figueiredo, Caio Marcio Barros de Oliveira, Luis Gustavo Baaklini, Barbara Maria de Macêdo Samaan*, Marcelo Vargas BalleronI, Basilio Yoshio Okuda.

INSTITUIÇÃO:

FAMEMA.

INTRODUÇÃO: A EB é uma doença genética hereditária rara das membranas mucosas e da pele, que se caracteriza por se separarem dos tecidos subjacentes após traumatismo mecânico mínimo, com formação de bolhas e subsequente cicatrização. Precauções adequadas devem ser planejadas e tomadas com o intuito de evitar complicações que podem ocorrer durante a anestesia. **RELATO DE CASO:** FPM, 30 anos, 50kg, ASA IV, portador de Epidermólise Bolhosa Distrófica Recessiva (EB). Faz acompanhamento no ambulatório de Dor Oncológica devido a dores provocadas pelo aparecimento de carcinoma espinocelular em diversas áreas do corpo, tendo utilizado por 14 meses opióides e adjuvantes para controle algico até a última amputação. Foram realizadas várias cirurgias: amputação de antebraço esquerdo (2009), amputação transtibial de membro inferior direito (2011), amputação de antebraço do membro superior direito (2013). Ao exame: Cabeça e pescoço com dismorfias aparentes, língua fixa no assoalho da boca, Mallampati IV, boca com abertura limitada, lesões eritematosas e descamativas difusas. Portador de estenose de esôfago. Os procedimentos anestésicos realizados foram monitorados com manguito da PA acolchoado com curativo frouxo de algodão, eletrodos tiveram a porção adesiva removida, mantidos com uma gaze com vaselina, o cateter intravenoso mantido com gaze, oxímetro de pulso sem adesivo em lobo da orelha. Nas amputações dos membros superiores foram realizados bloqueio axilar e interescalênico com lidocaína e ropivacaína. Na amputação transtibial devido à lesão bolhosa em região lombo-sacra, foi realizado anestesia geral com intubação orotraqueal por fibroscopia óptica e cânula 5, 5 com cuff, lubrificação com soro fisiológico (SF) do material da via aérea; fixação com fita de nastro protegida com compressas lubrificadas com SF. Extubado ao final do procedimento sem intercorrências. **DISCUSSÃO:** O manejo deve ser efetuado cuidadosamente iniciando pelo posicionamento e monitorização para evitar novas lesões que podem ser provocadas por esparadrapos, manguitos de PA, torniquetes, eletrodos adesivos e pela fricção da pele com lençol com álcool. A lubrificação da lâmina do laringoscópio e a seleção de um tubo endotraqueal menor são recomendadas. Este deve ser imobilizado com bandagens de tecido macio. A aspiração pode levar a formação de bolhas. O risco de broncoaspiração aumenta devido estenose de esôfago. Como alternativas à anestesia geral, as técnicas regionais. É importante uma boa avaliação pré-anestésica para uma conduta adequada, monitorização, manejo da via aérea e escolha da correta técnica anestésica, diminuindo o risco de complicações. A EB representa um desafio para o anestesiológico, portanto a avaliação anestésica prévia e os cuidados perioperatórios são de suma importância para o sucesso do procedimento cirúrgico. **REFERÊNCIA:** Mellerio JE, Weiner M, Denyer JE, et al. Medical management of epidermolysis bullosa. *Int J Dermatol* Aug. 2007; 46: 795-800.

SEDAÇÃO VENOSA PARA PACIENTES XIFÓPAGOS COM CIRCULAÇÃO SANGUÍNEA COMPARTILHADA

AUTORES:

Artur Viana França*, Roberto Cruz Rocha Silva, Diego Santana Silva, Jedson dos Santos Nascimento.

INSTITUIÇÃO:

Santa Casa de Misericórdia da Bahia.

INTRODUÇÃO: Gemelaridade imperfeita é uma anomalia muito rara, com incidência que varia de 1: 50. 000 – 1: 200. 000. São sempre do mesmo sexo e há predomínio do sexo feminino (3: 1). Existem diversas classificações que se baseiam principalmente no local de união dos bebês, podendo compartilhar órgãos vitais. Neste caso houve compartilhamento da circulação sanguínea. Daí a importância deste relato de caso, demonstrando algumas peculiaridades no manejo anestésico. **RELATO DE CASO:** Pacientes femininas, 6º dia de vida, com história de gemelaridade imperfeita, unidas pelo tórax e abdome (coração, fígado e cordão umbilical únicos). Nascidas via cesárea eletiva, bolsa íntegra, Apgar 3\6, peso ao nascimento 3. 200 Kg (pesadas juntas). Reguladas da Maternidade de referência Prof. José Maria de Magalhães Netto para realização de exames de imagem e melhor elucidação diagnóstica, apresentaram desconforto respiratório ao nascimento, sendo mantidas em halo com FIO2 a 30%. Ecocardiograma fetal mostrava massa cardíaca única, com defeito de septo AV total, discordância ventrículo arterial e estenose pulmonar. Admitidas na UTI pediátrica da Santa Casa de Misericórdia da Bahia - Hospital Santa Izabel, ambas com cateter de O2, G1 Sat O2 80% e G2 Sat 96%, com acesso venoso pérvio em MIE G2, em uso de Amiodarona contínua a 1, 8 ml/h (arritmia supraventricular) e sonda orogástrica. A priori estava marcada uma RNM do coração, porém por dificuldades técnicas, foi realizada Angiotomografia torácica. Na indução anestésica, foi infundida cetamina (0, 5mg) no acesso venoso de G2, tendo elevado a frequência cardíaca em ambas em torno de 20 batimentos. TA com pouca alteração e ventilação espontânea em ambos RN. G1, que saturava em torno de 95% dessaturou para 89% e G2 que saturava em torno de 82%, elevou para 88%, sem maiores intercorrências. Devido a pequenas agitações posteriores, nova dose de cetamina (0, 25mg) foi realizada, tendo seu efeito durado até o fim do procedimento, o qual ocorreu sem intercorrências. Após o procedimento, na enfermaria, cursaram com dispnéia, desconforto respiratório e uso de máscara não reinalante. Afebris, porém foi iniciado uso de Cefepime, pela piora clínica. Avaliadas por cardiologistas e cirurgiões cardiovasculares, os quais documentaram inviabilidade cirúrgica e medidas de conforto. Retornaram para instituição de origem. **DISCUSSÃO:** A literatura não é muito vasta e muito menos consensual sobre o manejo deste tipo de paciente. Independente do tipo de situação a qual os bebês venham a se submeter, é imperativo a preparação da equipe para manejar dois pacientes, ou seja, dupla monitorização, duplo acesso à via aérea, dois aparelhos de anestesia e dois anestesistas. Entretanto, em alguns casos como este, somente um acesso venoso em um dos dois recém-nascidos é necessário (compartilham circulação sanguínea). Este relato de caso demonstra uma condução anestésica segura durante um exame de imagem, baseando-se basicamente na cetamina.

SÍNDROME DE EDWARDS E MANUSEIO ANESTÉSICO: RELATO DE CASO

AUTORES:

Vera Lúcia Fernandes Azevedo, Paulo Sérgio Santana dos Santos, Virgílio Davi Rocha Oliveira, Fabrício Tobias Duarte Carneiro, Raphael Brandão Barros, Rafaela Lopes Maia*.

INSTITUIÇÃO:

CET-Associação Obras Sociais Irmã Dulce-Hospital Santo Antonio Salvador -Ba.

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Edwards (SE) é a segunda mais comum anomalia cromossômica (trisomia do cromossomo 18) em nativos com uma incidência de 1: 8000 nascidos vivos, atrás apenas da Síndrome de Down, com ligeira predominância no gênero feminino. Os pacientes portadores são dismórficos, com múltiplas malformações viscerais, retardo mental e atraso no desenvolvimento motor. As malformações cardíacas ocorrem em até 85% dos pacientes e contribuem para a alta taxa de mortalidade precoce, principalmente antes do primeiro ano de vida. **RELATO DE CASO:** Lactente, feminino, 2 meses, ASA III, portadora de SE, com cardiopatia congênita, CIV, PCA, DRGE grave, em uso de dieta enteral, relato de broncoobstruções esporádicas e microaspirações, com programação de gastrostomia e tratamento cirúrgico de hérnia diafragmática. Os exames laboratoriais encontravam-se normais; Holter evidenciando arritmias ventriculares polimórficas frequentes; ECO com cardiomiopatia dilatada e disfunção sistólica leve (FE 50%). Os procedimentos foram realizados com monitorização multiparamétrica, venóclise periférica, indução inalatória com sevoflurano, succinilcolina, cetamina e pancurônio e intubação traqueal sob laringoscopia direta. Manteve-se estável durante as 3 horas de procedimento, foi encaminhada à UTI. **DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:** A gestão bem sucedida da anestesia em pacientes com SE requer a identificação prévia das malformações associadas, principalmente as anormalidades cardíacas. A grande variedade de malformações encontradas podem ser causa de via aérea difícil, dificuldade para venóclise e posicionamento e alteração do metabolismo de drogas com excreção renal. A SE é ainda pouco estudada em anestesiologia, sendo necessárias mais publicações científicas no intuito de melhorar o manejo anestésico desses pacientes. **REFERÊNCIA:** 1 – Fernandes ML, Pires KCC; Gomez, RS. Anestesia caudal combinada à anestesia geral para cirurgia abdominal em paciente com Síndrome de Edwards: relato de caso. Rev. méd. Minas Gerais 2011; 21. 2 – Edwards JH; Harnden DG; Cameron AH; et al. A new trisomic syndrome. Lancet 1960;1: 87-789. 3- Ochiai N; Okutani R; Yoshimura Y. Anesthetic management of a patient with partial trisomy 18. J Anesth. 1995 Mar;9.

SINUSECTOMIA EM PACIENTE COM SÍNDROME DE KARTAGENER - RELATO DE CASO

AUTORES:

Júlio César Luz Santos, Oscar César Pires, Francisco Ivo Lopes Filho*, Marcella da Nóbrega Lopes, Octávio Henrique Mendes Hypolito, Marcel Arnaldo de Medeiros.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Dr. José de Carvalho Florence - Hospital Municipal de São José dos Campos.

INTRODUÇÃO: A discinesia ciliar primária é uma doença autossômica recessiva com alteração de proteínas que compõem a estrutura e o movimento das células ciliadas. Sua prevalência é de aproximadamente 1: 20. 000, acometendo ambos os sexos. O aspecto clínico caracteriza-se por tosse produtiva, infecções pulmonares de repetição, sinusite crônica, otite média e infertilidade. A tríade clássica de sinusopatia, bronquiectasia e situs inversus está presente em aproximadamente metade dos pacientes, constituindo a síndrome de Kartagener (SK). Relataremos o caso de uma sinusectomia sob anestesia geral realizada em uma paciente com SK, dando ênfase às implicações anestésicas. **RELATO DE CASO:** L. A. N. S, feminino, 41a, ASA II, em consulta pré-anestésica relatou queixas diárias de tosse com expectoração. De antecedentes, referia múltiplas infecções respiratórias, obstrução nasal persistente e episódios de broncoespasmo desde a adolescência. Fazia uso diário de Prednisona, N-Acetil-Cisteína, Salbutamol e Formoterol. Ao exame mostrava-se afebril e eupnéica. AR: MV diminuído em bases pulmonares, com roncocal e sibilos difusos. ACV: RCR em 2T, sem sopros, ictus à direita. Exames laboratoriais normais, espirometria com obstrução moderada e resposta ao broncodilatador. Rx de seios da face evidenciou pansinusopatia. Rx de tórax com situs inversus e imagens de bronquiectasias em bases. ECG: dextrocardia. Paciente foi internada 48h antes da cirurgia e o tratamento consistiu em fluidificação das secreções, fisioterapia respiratória, broncodilatadores e antibioticoterapia profilática. Na sala de operação foi monitorizada com cardioscopia contínua, PA não invasiva e oximetria de pulso. A anestesia geral foi induzida com cetamina, fentanil, propofol e cisatracúrio. Em seguida, sob laringoscopia direta, realizada IOT com tubo aramado 7, 5DI. Manutenção da anestesia com Sevoflurano 1% e O2 em FIO2 de 0, 5. Realizada sinusectomia bilateral, sem intercorrências cirúrgicas ou anestésicas. Administrado cefazolina, dipirona, hidrocortisona e ondansetrona. Extubação sem uso de neostigmina e atropina após suave aspiração endotraqueal/oral e identificação de reflexos de proteção. **DISCUSSÃO:** O paciente com SK apresenta peculiaridades relevantes ao manuseio anestésico. Medidas como a fisioterapia respiratória e a hidratação abundante tem papel eficaz, além da antibioticoterapia profilática. Deve-se evitar drogas que deprimam a ventilação ou a atividade ciliar como os anticolinérgicos. Assim, a reversão do bloqueio neuromuscular com uso de neostigmina + atropina deve ser evitada ou então deve-se optar por agente que tenha outro mecanismo de reversão. A manutenção da anestesia geral com anestésico volátil é benéfico por sua ação broncodilatadora. Alto volume corrente (10-15ml/kg) combinado com frequência respiratória baixa (6-10irpm) e expiração prolongada é o ideal. **REFERÊNCIA:** Savitha KS, Sunanda S, Vijayan R. Kartageners's Syndrome-Anaesthetic Implications. Indian J Anaesth. 2006;50: 469-71

VIDEOENDOSCOPIA DIGESTIVA COMO ALTERNATIVA NO MANEJO DE VIA AÉREA DIFÍCIL EM PACIENTE COM SÍNDROME DE TREACHER COLLINS. RELATO DE CASO

AUTORES:

Patrick Assis Rodrigues, Gerônimo Franco de Almeida, Gualter Lisboa Ramalho, Theodoro Carvalho Baggio.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

INTRODUÇÃO: A síndrome de Treacher Collins (STC) ou disostose mandibulofacial é um distúrbio hereditário caracterizado por anomalias craniofaciais. A transmissão é autossômica dominante com grau de expressividade variável. A alteração no cromossomo 5 é responsável pela malformação do 1º e 2º arcos branquiais, o que leva à hipoplasia de ossos faciais, especialmente zigoma e mandíbula. Estas características implicam em língua grande para a cavidade oral, hipofaringe reduzida, palato arqueado, micrognatia: preditores de dificuldade no manejo das vias aéreas. O objetivo deste relato é mostrar a possibilidade do uso da videoendoscopia digestiva como alternativa no manejo de via aérea difícil, principalmente em serviços que não dispõem de broncofibroscópio. **RELATO DE CASO:** criança, sexo feminino, 6 anos, 20 Kg, admitida no bloco cirúrgico para realização de exodontias múltiplas. Apresentava características típicas da STC, além de surdez e algum grau de retardo mental. Mãe referia história familiar de STC acometendo irmã, pai e tios paternos. O hospital não dispunha de broncofibroscópio. Foi solicitada a presença do endoscopista no bloco cirúrgico, pois caso a intubação sob laringoscopia direta não fosse possível, a intubação seria feita por endoscopia. Antes de levar a criança à SO, foi feito midazolam 2 mg IM. Na SO foi realizada monitorização, acesso venoso periférico e, em seguida, sedação com fentanil (1µg/Kg) + propofol (1, 5mg/Kg). Com o paciente em ventilação espontânea (cateter nasal de oxigênio), foram realizadas duas laringoscopias com lâmina curva número 2, ambas evidenciando Cormack-Lehane grau IV. Sendo assim, o endoscopista foi chamado. Iniciada a endoscopia, após visualizar a glote, foi introduzido um fio-guia (guia da sonda nasoenteral) pelo endoscópio. Mantendo o guia posicionado, foi retirado o endoscópio e introduzido o tubo (4, 0 com cuff) guiado pelo fio. A manutenção da anestesia foi feita com sevoflurano+óxido nítrico em ventilação espontânea com Mapleson A. O transoperatório ocorreu sem intercorrências. O procedimento anestésico durou em torno de 1: 30 h. A paciente foi extubada em SO e encaminhada para SRPA com FC=110bpm, FR=18ipm; SpO2=97% (com oxigênio suplementar), ainda sonolenta. Após 1 h na SRPA, estava desperta e sem queixas. Recebeu alta da SRPA após 3 h, acordada, deambulando, eupnéica e sem queixas. **DISCUSSÃO:** Este relato chama atenção para a busca de alternativas ao broncofibroscópio, considerado ferramenta padrão ouro no manejo de via aérea difícil. Devido à indisponibilidade desse em muitos serviços, a videoendoscopia digestiva permite acessar a glote sob visão direta e com uso do fio-guia possibilita a intubação orotraqueal. **REFERÊNCIA:** 1 Jain RR, Rabb MF. The Difficult Pediatric Airway. IN: Hagberg CA. Benumof and Hagberg's Airway Management. 3 ed. Houston, Saunders, 2012; 739-41. 2 Goel L, Bennur SK, Shweta J. Treacher Collins Syndrome. A challenge for Anaesthesiologists. Indian J Anaesth, 2009;53: 496-500.

Dor Aguda

ACUPUNTURA COMO TRATAMENTO COMPLEMENTAR AO MANEJO FARMACOLÓGICO DA DOR, NÁUSEAS E VÔMITOS APÓS CESARIANAS

AUTORES:

Ana Lucia Costa Martins, Leticia Rosa, Patrícia Wajnberg Gamermann, Larissa Schultz, Daniela Leonetti Borba, Hugo Ribeiro.

INSTITUIÇÃO:

Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

JUSTIFICATIVAS E OBJETIVOS: A acupuntura é uma modalidade terapêutica não medicamentosa que pode ser usada como tratamento complementar de diversas condições dolorosas¹. Apesar de seu mecanismo de ação permanecer incerto, os resultados obtidos com essa técnica mostram-se positivos em muitas situações, como lombalgia, cervicalgia e osteoartrite de joelhos². O papel da acupuntura no manejo obstétrico ainda é controverso. Embora as rotinas obstétricas atuais tenham evoluído muito melhorando os desfechos maternos após cesarianas, a dor e as náuseas e vômitos pós operatórias seguem presentes. A acupuntura poderia ser uma opção de baixo custo isenta de efeitos colaterais para reduzir a incidência desses desfechos. O objetivo do estudo foi avaliar a acupuntura como método coadjuvante no controle da dor e das náuseas e vômitos após cesarianas eletivas. **MÉTODO:** Um total de 58 gestantes submetidas a cesarianas eletivas foi randomizado entre o grupo controle (C) e o grupo acupuntura (A). A amostragem do trabalho deu-se por conveniência através das pacientes rotineiramente atendidas no centro obstétrico da instituição. A randomização foi feita através de tabela de números randômicos gerada previamente ao início do trabalho. O ensaio clínico foi feito com duplo cegamento utilizando envelopes selados indicando o grupo de cada paciente. Apenas o médico assistente que fez a aplicação da acupuntura teve conhecimento do conteúdo dos envelopes. Pesquisadores, avaliadores e os demais médicos envolvidos na análise de dados não tiveram acesso a essa informação. Para todas as pacientes foi aplicado o termo de consentimento livre e esclarecido. O grupo tratamento recebeu a anestesia padrão para a cesariana acrescida de acupuntura em 2 pontos: P6 e IG4. O grupo controle recebeu a anestesia padrão para a cesariana e a acupuntura falsa em 2 pontos aleatórios determinados pelo anestesista assistente. Como fatores de exclusão do estudo foram adotados: analgesia de parto, anestesia geral, condição de recusa da paciente e pacientes que já tiveram contato com acupuntura. Os escores de dor foram avaliados em 24 e 48h. **RESULTADO:** Os dois grupos do estudo foram semelhantes nas variáveis demográficas. Não foi encontrado diferença significativa na incidência de náuseas e vômitos e no consumo de anti-eméticos entre os grupos nos dois tempos de análise. **CONCLUSÕES:** Embora estudos anteriores, tenham demonstrado que acupuntura promova redução do consumo de morfina nas primeiras 24h pós operatórias de cesariana, este estudo não evidenciou esse benefício. **REFERÊNCIA:** Sim CK, Xu PC, Pua HL, Zhang G, Lee TL. Effects of electroacupuncture on intraoperative and postoperative analgesic requirement. Acupunct Med 2002;20: 56-65. Kotani N, Hashimoto H, Sato Y, Sessler DI, Yoshioka H, Kitayama M, Yasuda T, Matsuki A. Preoperative intradermal acupuncture reduces postoperative pain, nausea and vomiting, analgesic requirement, and sympathoadrenal responses. Anesthesiology 2001;95: 349-356.

AValiação DA ANALGESIA E CONSUMO DE OPIÓIDES NO PÓS-OPERATÓRIO COM O USO DA CLONIDINA NA INDUÇÃO ANESTÉSICA

AUTORES:

Luciana Modesto Sotero*, Grazielle Ribeiro Garcia, Alana Vital Nazianzeno, Antonio Christian Evangelista Gonçalves, Gilvan da Silva Figueiredo.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Santo Antônio.

INTRODUÇÃO: Há evidências de que a dor pós-operatória permanece inadequadamente tratada, necessitando da associação de fármacos com propriedades analgésicas, entre os quais estão os α 2-agonistas. O objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia da clonidina na qualidade da analgesia e no consumo de opióides no pós-operatório, bem como verificar a influência do seu uso na prevenção de náuseas e vômitos e no prolongamento do tempo de despertar anestésico. **MÉTODO:** Participaram deste estudo aleatório, duplamente cego e placebo-controlado, 65 pacientes com idade entre 18 e 60 anos, ASA 1 e 2 de ambos os sexos, que estavam previamente programados para a realização de cirurgia buco-maxilar. Na indução anestésica os pacientes recebiam por via venosa a solução contendo clonidina 1, 5 μ g. kg⁻¹ (grupo intervenção) ou água destilada (grupo controle). Manteve-se a anestesia com Sevoflurano 2% associada, em casos selecionados, à injeção intermitente de Fentanil 1 μ g. kg⁻¹ e para analgesia pós-operatória administrava-se Dipirona 50 mg. kg⁻¹ e Cetoprofeno 1, 0 mg. kg⁻¹. Na sala de recuperação pós-anestésica, a dor pós-operatória era avaliada através da escala numérica verbal (ENV) em dois momentos, 10 e 60 minutos após a extubação, quando recebiam Morfina 0, 05 μ g. kg⁻¹ até de 15 em 15 minutos em caso de dor moderada a forte. **RESULTADO:** Não houve diferença significativa na incidência de dor pós-operatória nos grupos estudados. O grupo placebo recebeu mais fentanil no intra-operatório ($p=0, 01$). Aqueles que utilizaram clonidina apresentaram mais hipotensão ($p=0, 03$), mas não houve diferença significativa quanto à sedação, à bradicardia e à prevenção de náuseas e vômitos pós-operatório. **CONCLUSÃO:** nas intervenções cirúrgicas buco-maxilares o emprego da clonidina em relação ao grupo placebo não houve diferença em relação ao controle da dor pós-operatória e a ocorrência de NVPO, porém seu uso reduziu a necessidade de opióide no intra-operatório. **REFERÊNCIA:** 1-Fanelli G, Berti M, Baciarello M – Updating postoperative pain management: from multimodal to context-sensitive treatment. *Minerva Anesthesiol*, 2008; 74: 489-500. 2-Taheri A, JavadimanesH, Ashraf H – The effect of oral clonidine premedication on nausea and vomiting after ear surgery. *Middle East J Anesthesiol*, 2010; 20: 691-694.

AValiação DA ANALGESIA PÓS-OPERATÓRIA COM DOSE ÚNICA DE CETOPROFENO 100MG INTRAVENOSO VERSUS 40MG DE PARECOXIB INTRAVENOSO DURANTE INDUÇÃO ANESTÉSICA EM PACIENTES SUBMETIDOS A COLECISTECTOMIA ABERTA

AUTORES:

Emerson Alexandre Penteado de Carvalho, Fernando Henrique Nagata, Tiele Assis Rikimaru.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Angelina Caron.

OBJETIVOS E JUSTIFICATIVAS: Comparar a eficácia analgésica pós-operatória entre um inibidor da COX e um inibidor específico da COX-2 aplicados durante indução anestésica, em dose única, para pacientes submetidos à colecistectomia aberta. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo clínico, randomizado e duplo-cego a ser realizado em pacientes submetidos à colecistectomia aberta não-aguda ($n=60$) sob anestesia geral balanceada. Os pacientes receberam dose única de parecoxib intravenoso (40mg) ou cetoprofeno (100mg) na indução anestésica. A avaliação pós-operatória foi realizada utilizando-se a escala analógica visual de dor e mensurando-se o tempo necessário à requisição da medicação analgésica aos 10 minutos, duas, seis e vinte e quatro horas após a cirurgia. **RESULTADO:** Ambos grupos de pacientes não tiveram diferença estatisticamente significativa no consumo total de opióide em 24 horas pós-operatório com as doses utilizadas no presente estudo. O nível de analgesia obtido foi considerado satisfatório, baseado nos escores de avaliação da dor pela escala analógica visual. **CONCLUSÃO:** Ambas medicações podem ser administradas na indução anestésica com o intuito de reduzir a dor pós-operatória, com eficácia e facilidade de uso, bom perfil de segurança, com destaque neste aspecto para o parecoxib, um inibidor seletivo da COX-2, fazendo parte do arsenal da analgesia multimodal disponível para o controle da dor pós-operatória. **Unitermos:** Valdecoxib; Parecoxib; Cetoprofeno; Analgesia pós-operatória; Colecistectomia aberta; Analgésicos anti-inflamatórios não esteroidais; AINEs. **REFERÊNCIA:** BIBLIOGRÁFICAS 01. Gilron, Ian, et al. Cyclooxygenase-2 inhibitors in postoperative pain management. *Anesthesiology*, 2003;99: 1198-1208. 02. Desjardins, Paul J. , et al. A single preoperative oral dose of valdecoxib, a new cyclooxygenase-2 specific inhibitor, relieves post-oral surgery or bunionectomy pain. *Anesthesiology* 2002;97: 565-573. 03. Everts B, et al. COX-2-Specific inhibitors – The emergence of a new class of analgesic and anti-inflammatory drugs. *Clin Rheumatol* 2000; 19: 331-43.

AVALIAÇÃO DE DOR PÓS-OPERATÓRIA APÓS ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO EM UM HOSPITAL PARTICULAR NO ESTADO DE SÃO PAULO: ANALGESIA PERIDURAL X BLOQUEIO DE NERVOS PERIFÉRICOS

AUTORES:

Victor Lopes de Melo, Diogo Barros Florenzano de Sousa, Cláudia Panossian Cohen, João Valverde Filho*, Mariana Sanches.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Sírio Libanês / Serviços Médicos de Anestesia Ltda.

INTRODUÇÃO: A artroplastia total do joelho é um procedimento eficaz para o tratamento de artrose avançada do joelho e apresenta resultados satisfatórios a longo prazo, como alívio da dor e melhora da função e estabilidade da articulação. No entanto, a dor pós-operatória pode ser responsável pelo atraso da recuperação e da alta hospitalar, além de potencialmente evoluir para um quadro de dor crônica. O objetivo deste trabalho foi comparar a eficácia da analgesia pós-operatória de duas técnicas: a analgesia peridural e o bloqueio de nervo periférico guiado por ultrassom. **MÉTODO:** Foram acompanhados 31 casos de artroplastia total de joelho em um hospital particular no Estado de São Paulo, de janeiro a dezembro de 2012. O manejo da dor pós-operatória foi realizado com analgesia peridural com passagem de cateter (17 pacientes - 55%) ou bloqueio de nervo periférico guiado por ultrassom e passagem de cateter periférico (14 pacientes - 45%). A escolha do método de analgesia pós-operatória foi realizada pelo anestesologista responsável pelo procedimento levando em consideração o quadro clínico de cada paciente, as considerações da equipe cirúrgica e a experiência do anestesologista com a técnica escolhida. **RESULTADO:** Foram avaliadas 13 mulheres (76%) no grupo da peridural e 10 (71%) no grupo do bloqueio periférico. A mediana de idade no grupo da peridural foi de 63 anos e no grupo do bloqueio periférico, 72 anos. Todos os indivíduos permaneceram com analgesia controlada pelo paciente no pós-operatório imediato. Observou-se uma maior incidência de falha parcial de bloqueio nos pacientes com cateter em nervo periférico, havendo eventualmente a necessidade de complementação da analgesia com opióide endovenoso (2 pacientes - 15%). **DISCUSSÃO:** Na literatura, há relatos de equivalência analgésica entre os dois métodos avaliados no manejo da dor aguda após artroplastia total de joelho, com uma menor incidência de complicações no grupo submetido a bloqueio de nervo periférico. O relato de dor por alguns dos pacientes desse grupo pode ser devido ao deslocamento do cateter ou por falha parcial do bloqueio, tendo em vista a menor experiência do grupo de anestesiologia com esse método e ao seu maior grau de dificuldade técnica. Deve-se continuar analisando a eventual ocorrência de escapes de dor nesse subgrupo de pacientes à medida em que houver progressão na curva de aprendizado do procedimento, objetivando sempre a prevenção de dor crônica, a analgesia eficaz com menor chance de eventos adversos, uma recuperação rápida e a alta precoce. **REFERÊNCIA:** Colwell Jr. CW. Management of pain after total knee arthroplasty. *Seminars in Arthroplasty*. 2008;19: 243-7. Fowler SJ, Symons J, Sabato S et al. Epidural analgesia compared with peripheral nerve blockade after major knee surgery: a systematic review and meta-analysis of randomized trials.

AVALIAÇÃO DO EFEITO ANALGÉSICO DA INFILTRAÇÃO DE BUPIVACAÍNA EM FERIDA OPERATÓRIA DE COLECISTECTOMIA ABERTA EM PACIENTES DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

AUTORES:

Roberto Vinícius de Carvalho Lima, João Paulo Rios Alves, Eduardo Gomes de Azevedo, Gerardo Cristino de Menezes Neto, Italo Aguiar Freire *, Francisco Amadeu Pereira Júnior.

INSTITUIÇÃO:

Santa Casa de Misericórdia de Sobral.

INTRODUÇÃO: A doença calculosa biliar é uma das afecções mais comuns que ocorrem no ser humano. A incidência é de 10 a 20% de toda a população adulta do planeta, tornando a colecistectomia uma das cirurgias mais frequentemente realizadas no mundo. Em função da relevância do tema, da frequência em que os procedimentos cirúrgicos de colecistectomias abertas são realizados e da carência em pesquisas feitas no sentido de avaliar a técnica de infiltração de bupivacaína como analgesia relevante no pós-cirúrgico, verifica-se a necessidade de consolidar por meios de dados consistentes a eficácia dessa prática analgésica. Por isso, tal estudo buscou avaliar a evolução da dor pós-operatória de pacientes submetidos à colecistectomia aberta e sob infiltração de bupivacaína 0, 25% com vasoconstrictor e do tempo para resgate analgésico dos mesmos comparados ao grupo controle. Para que, desse modo, sejam realizadas técnicas comprovadamente eficientes no combate à dor pós-cirúrgica, instituindo práticas racionais tanto para a melhoria dos prognósticos dos pacientes como para a administração de fármacos analgésicos pela equipe de saúde. **MÉTODO:** Estudo aleatório, placebo-controlado e duplamente encoberto com 22 pacientes submetidos à colecistectomia aberta, ASA 1 ou 2, de 18 a 70 anos, divididos em dois grupos: G1 (n = 11) que recebeu infiltração de 20 mL de bupivacaína 0, 25% no local da incisão operatória momentos antes do fim da cirurgia; G2 (n=11), grupo controle, em que foi infiltrado 20mL de soro fisiológico a 0, 9%. Os pacientes dos dois grupos foram submetidos ao mesmo protocolo de anestesia e analgesia preemptiva. A dor pós-operatória e o tempo de resgate analgésico foram avaliados durante as quatro horas posteriores à extubação. Foi estabelecido que seria administrada morfina como resgate analgésico quando detectado EVA maior ou igual a 6. **RESULTADO:** 30% dos pacientes de G1 necessitaram de resgate analgésico dentro da primeira e segunda hora pós-operatória. 18% dos pacientes de G2 necessitaram de resgate analgésico na quarta hora. O Escore Visual Analógico de Dor se manteve menor no grupo submetido à infiltração de bupivacaína em comparação ao infiltrado com soro fisiológico. **CONCLUSÃO:** A infiltração com bupivacaína 0, 25% com vasoconstrictor é eficiente para a redução da necessidade de resgate analgésico dentro das quatro primeiras horas do pós-operatório de pacientes submetidos à colecistectomia aberta. **REFERÊNCIA:** - 1. Foster RH, Markham A — Levobupivacaine: a review of its pharmacology and use as a local anaesthetic. *Drugs*, 2000; 59: 551-579. 2. Johansson B Glise H, Hallerback B, Dalman P. Kristoffersson A – Preoperative local infiltration with ropivacaine for postoperative pain relief after cholecystectomy. *Anesth Analg*, 1994; 78: 210

BLOQUEIO DO PLANO TRANSVERSUS ABDOMINIS BILATERAL VIA SUBCOSTAL EM PACIENTE OBESO MÓRBIDO SUBMETIDO A GASTROPLASTIA ABERTA SOB ANESTESIA VENOSA TOTAL

AUTORES:

Ricardo Francisco Simoni, Guilherme Henrique Quaresma, Gustavo Sibila Marcondes, Eduardo Ren Nakashima, Túlio Antônio Martarello Gonçalves, Anderson Garcia Lima e Paula.

INSTITUIÇÃO:

GET Centro Médico de Campinas.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVO: Devido às inúmeras comorbidades cardiorespiratórias dos pacientes obesos mórbidos, o controle dor pós operatória nesses pacientes submetidos a gastroplastia pela via convencional continua sendo um grande desafio. O objetivo desse relato é descrever uma alternativa de bloqueio fora do neuroeixo como componente de técnica de analgesia multimodal em paciente obeso mórbido submetido a gastroplastia aberta sob anestesia venosa total. Relato do Caso – A paciente RTA, 40 anos, sexo feminino, 155cm de altura, 156kg (IMC 65 kg/m²), hipertensa e diabética controlada com medicação, foi encaminhada para gastroplastia redutora via convencional. Após venopunção e monitorização (ECG, PAM invasiva, BIS, oximetria, TOF e capnografia pós intubação traqueal) iniciou-se a indução anestésica com midazolam 5mg, remifentanil e propofol em infusão alvo controlada e rocuroônio 100mg, seguido de intubação orotraqueal. Antes do início da cirurgia, foi realizado o bloqueio do plano transversus abdominis (TAP) bilateral via subcostal com ropivacaína 0, 5% 20 mL de cada lado, guiado por ultrassom (probe convexa, no plano e agulha 100mm). No intraoperatório foi administrado dexametasona 10mg, parecoxibe 40mg e ondansetrona 4mg. Foi instalada bomba de analgesia controlada pelo paciente por via venosa com morfina após fechamento da parede abdominal (solução de morfina 1mg/mL, bolus inicial 4ml, bolus 2ml, intervalo 10min, máximo de 20mL em 4h). Para o pós operatório, além da bomba de PCA, foi prescrito parecoxibe 40mg e dipirona 2, 0g de 8/8h. A dor pós operatória pela EAV foi de intensidade 5, 3, 3 e 0 na SRPA, 6, 18 e 24h após a cirurgia, respectivamente. O consumo de morfina foi de 6, 4, 4 e 0 mg na SRPA, 6, 18 e 24h após a cirurgia, respectivamente. Não houve intercorrências e a deambulação ocorreu 18h após a cirurgia. **DISCUSSÃO:** – Pelo tipo de cirurgia e local da incisão, o TAP via subcostal é o mais indicado para analgesia da parede abdominal, pois promove analgesia entre T7-L1. Já o TAP inferior promove analgesia para cirurgias abaixo da cicatriz umbilical. Entretanto, o TAP não promove analgesia visceral, sendo necessário a suplementação de analgésicos no transoperatório. Como componente da técnica de analgesia multimodal em paciente obeso mórbido, o TAP mostrou ser via promissora para bloqueio de dor parietal fora do neuroeixo, uma vez que a dor pós operatória foi de fácil controle, necessitando de baixa dose de opióide sistêmico e promovendo deambulação precoce. Ainda é assunto controverso realizá-lo antes ou após a cirurgia. **REFERÊNCIA:** – Hebbard PD, Barrington MJ, Vasey C – Ultrasound-guided continuous oblique subcostal transversus abdominis plane block. Reg Anesth Pain Med, 2010;35: 436-441.

CISTITE INTERSTICIAL INDUZIDA POR CETAMINA

AUTORES:

Leonardo Souza Patrocínio Pereira, Gabriela Ferreira Duarte, Estefânia Furtado Rocha, Tereza Cristina Bandeira Silva Mendes, Gisela Magnus, André Fernandes Silva.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Luxemburgo - BH/MG.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Cetamina é um antagonista não competitivo do receptor N-metil-D-aspartato que vem sendo utilizada como agente anestésico ou analgésico por muitos anos. Seu uso como droga recreacional por jovens iniciou nos anos 80 e vem aumentando a cada ano. Em 2007, 0, 8% dos indivíduos entre 16-24 anos no Reino Unido fizeram uso de Cetamina. Entre os efeitos adversos do abuso desta droga os sintomas do trato urinário, rebaiamento da consciência, dor abdominal e tontura são os sintomas mais comuns. Aproximadamente 25% dos usuários frequentes de Cetamina relatam sintomas vesicais. A cistite intersticial deve sempre ser um diagnóstico diferencial em pacientes usuários de Cetamina, com sintomas urinários, exame de urina normal e ausência de resposta a antibioticoterapia. Este relato apresenta o caso de um adulto jovem que desenvolveu cistite intersticial por abuso de Cetamina. **RELATO DE CASO:** Paciente masculino, 29 anos, previamente hígido. Relato de abuso frequente de cetamina há 3 anos. Comparece para consulta na Clínica de Dor com queixa de dor pélvica persistente, disúria e urgência miccional há aproximadamente 6 meses, sem alterações em propedêutica nefro/uroológica. Após avaliação e propedêutica laboratorial foi instituído diagnóstico de cistite intersticial. Iniciado tratamento clínico com metadona 25mg 6/6h, pregabalina 150mg 12/12h e nortriptilina 75mg/dia. Apresentou boa resposta ao tratamento com melhora importante da dor pélvica e ausência de disúria mas manutenção da urgência miccional. **CONCLUSÃO:** O abuso de Cetamina tem se tornado um problema mundial e com ele o número de pacientes com cistite induzido por esta droga vem aumentando. O mecanismo fisiopatológico da destruição do trato urinário pela Cetamina ainda é incerto. Acredita-se que a elevada concentração da droga e de seus metabolitos na urina induza irritação da bexiga e cause a cistite. A chave para o manejo da cistite induzida por Cetamina é o diagnóstico precoce e a descontinuação do uso. **REFERÊNCIA:** Nomiya A, Nishimatsu H, Homma Y. Int J Urol. 2011 Oct;18(10): 735. / Smith HS. Pain Physician. 2010 Nov-Dec;13(6): E343-6.

COMPARAÇÃO DE TÉCNICAS ANALGÉSICAS EM CIRURGIAS DO ABDOME SUPERIOR ATRAVÉS DE MEDIDAS DE PEAK FLOW

AUTORES:

Fábio Mendes Azarias, Reinaldo Vargas Bastos Miranda, Alexandre Mendes, Cesar de Araujo Miranda, Jose Fernando do Amaral Melleti, Daniel de Carli.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Jundiaí.

INTRODUÇÃO: A dor aguda pós-operatória acarreta uma série de repercussões deletérias sobre o organismo. A dor causada pelas incisões subcostais causa importante restrição ventilatória, que resulta em atelectasia, acidose respiratória e pneumonia. Portanto, a qualidade da analgesia nesse tipo de cirurgia pode ser avaliada por parâmetros espirométricos como o peak-flow. **MÉTODO:** estudo duplo-cego, randomizado, unicentrico, onde os pacientes submetidos a colecistectomia aberta foram divididos, mediante sorteio, em 3 grupos: controle, morfina endovenosa (0, 1mg/Kg 30 minutos antes da extubação) e bloqueio peridural com anestésico local + 2mg de morfina(punção L1/L2 ou L2/L3). A técnica anestésica e as doses dos fármacos foram padronizadas, assim como os parâmetros ventilatórios. Além da monitorização habitual, foi utilizada Sequência de 4 estímulos (TOF) a fim de excluir o risco de curarização residual e consequente interferência na análise do peak flow. Os pacientes foram encaminhados para a recuperação com TOF \geq 0, 9. Foram realizadas medidas de peak-flow antes da cirurgia, 2 horas, 8 horas e 24 horas após a extubação.

RESULTADO: Foram avaliados 62 casos, constatando que os valores de peak-flow tiveram menor redução no grupo peridural (peak flow= 90%; 89, 4% e 87, 7% do valor inicial) enquanto os grupos morfina e controle tiveram reduções semelhantes (73, 7%; 78, 3% e 81, 2%) e (72, 1%; 79, 7% e 82, 6%) respectivamente. A comparação entre os grupos mostrou uma diferença significativa entre a peridural e os outros grupos ($p < 0,001$), enquanto a comparação entre o grupo controle e o grupo morfina não mostrou diferença significativa. **CONCLUSÃO:** O prejuízo ventilatório causado pela dor fica evidente quando analisamos o trabalho de Masson e cols1, onde ficou demonstrada a melhora significativa da capacidade vital, volume corrente e VEF1 após a analgesia com metadona ou meperidina. Portanto, a avaliação do VC, VEF1 e peak-flow no período peri-operatório permite diagnosticar o inadequado tratamento da dor pós-operatória, prevenir complicações respiratórias e definir qual é a melhor estratégia analgésica. O fato de não ter havido diferença significativa entre o grupo morfina e o grupo controle corrobora a análise de Aubrun e cols2, onde se concluiu que a titulação das doses de morfina necessárias para prover analgesia frequentemente estão aquém do necessário, assim, como as medidas de peakflow foram realizadas cerca de 3 horas após a dose administrada, já não havia concentração plasmática adequada para aliviar a dor. **REFERÊNCIA:** 1-Masson AHB – Clinical Assessment of Analgesic Drugs: Spirometry Trial. *Anesth Analg* 1962, (41)5, 615-22. 2- Aubrun F, Mazoit J, Riou B: Postoperative intravenous morphine titration. *Br J Anaesth* 108 (2): 193-201(2012).

DOR EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS DE PÉ E TORNOZELO: UM ESTUDO PROSPECTIVO

AUTORES:

Cristiano Hiroshi Vieira Horiguchi, Gustavo Rodrigues Costa Lages, Renato Hebert Guimarães Silva, Adriano Bechara de Souza Hobaika, Fernando Araújo Silva Lopes, Roberto Zambelli Almeida Pinto.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Mater Dei.

INTRODUÇÃO: A experiência dolorosa tem sido frequentemente relacionada às doenças ortopédicas sejam traumáticas ou não. A literatura atual ainda mostra-se incipiente na investigação e avaliação de dor em pós-operatório. **Materiais e métodos:** Foram avaliados, prospectivamente, 160 pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de afecções do pé e tornozelo no Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Mater Dei (SOT-HMD) no período entre setembro de 2009 e janeiro de 2010, quanto à experiência dolorosa apresentada pelos mesmos durante o tratamento das lesões específicas. A dor foi quantificada através da escala visual analógica (EVA) e questionário McGill tanto no pré quanto no pós-operatório. **RESULTADO:** Foram avaliados os resultados de 63 pacientes, a média de idade foi de 38 anos (18 a 69 anos), 60% eram portadores de patologias agudas e 40% de patologias crônicas. Não houve diferença significativa da dor apresentada no pré-operatório entre os pacientes com patologias agudas ou crônicas. No entanto, os pacientes portadores de patologias agudas apresentaram maior dor no 1º DPO em relação aos pacientes portadores de patologias crônicas (EVA 2, 33 x EVA 1, 55 - $p < 0,05$). O pico de dor apresentada pelos pacientes aconteceu no 1º dia pós-operatório (DPO) (EVA 2, 33) e a menor taxa de dor aconteceu na 6ª semana pós-operatória. Todos os pacientes retomaram AVD's na 6ª semana pós-operatória sem dor. **CONCLUSÃO:** Os pacientes com patologias agudas, como fraturas do tornozelo ou pilão tibial, experimentam mais dor no 1º DPO. A padronização do procedimento anestésico e analgésico mostrou-se eficaz no controle da dor. **REFERÊNCIA:** 1- Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. Seattle: IASP Press, 1994. 2- Shang AB, Gan TJ. Optimising postoperative pain management in the ambulatory patient. *Drugs*. 2003;63: 855-67. 3- Filos KS, Lehmann KA. Current concepts and practice in postoperative pain management: need for a change? *Eur Surg Res*. 1999;31: 97-107.

DOR PÓS-CRANIOTOMIA ELETIVA DECORRENTE DO MANEJO INADEQUADO DO FENÔMENO DOLOROSO

AUTORES:

Alyne Andrade Lima, Ana Maria Calil Sallum, Maria do Carmo de Oliveira Ribeiro, Stephanie Chagas Feitosa, Carlos Umberto Pereira, Karla Vanessa de Oliveira Ribeiro.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal de Sergipe.

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: O controle inadequado da dor no pós-operatório de craniotomia eletiva pode aumentar a pressão arterial e intracraniana. O manejo inadequado do fenômeno doloroso em pacientes submetidos à craniotomia compromete o quadro cirúrgico e a avaliação neurológica dos pacientes. O trabalho visa identificar as conseqüências da dor em pacientes submetidos à craniotomia eletiva.

MÉTODO: Estudo descritivo, analítico e longitudinal. A casuística foi constituída por 100 pacientes submetidos à craniotomia eletiva. Os pacientes foram avaliados do primeiro ao oitavo dia pós-operatório. As variáveis investigadas foram insônia, tosse, apetite e deambulação. **RESULTADO:** Dos pacientes submetidos à craniotomia, 59% eram do sexo feminino, com média de idade 44, 6 ± 14 , 5 anos e tiveram uma média de internação na unidade de terapia intensiva (UTI) e no hospital de 2, 8 ± 2 , 4 e 21, 8 ± 16 , 9 dias, respectivamente. Em 55% dos casos o diagnóstico médico foi de tumor cerebral, e em 90% o tipo de operação foi supratentorial. A cefaleia foi a principal queixa no pós-operatório, classificada na maioria como moderada e contínua. A maioria dos pacientes não recebeu qualquer tipo de medicação analgésica. A insônia esteve presente em 19% dos pacientes. O apetite esteve diminuído em 11% dos pacientes no primeiro dia avaliação e no oitavo dia pós-cirurgia em 4, 3% dos casos esse sintoma persistia. No terceiro dia pós-cirurgia, 8, 24% dos entrevistados relataram que a dor impedia a deambulação, sendo menos freqüente durante o seguimento do estudo. **CONCLUSÃO:** a avaliação e o tratamento da dor pós-operatória de maneira adequada são fundamentais para evitar complicações cirúrgicas e, por conseguinte, propiciar uma assistência de qualidade.

REFERÊNCIA: Zeynep Baysel Yld r m, Emel Avci, Fuat Torun, Mustafa Cengiz, et al. Airway management for occipital encephalocele in neonatal patients: A review of 17 cases. *J Neurosci Rural Pract.* 2011 2: 159–61. Mahajan C, Rath GP. Intubating children with giant occipital encephalocele in lateral position: Right or left side? *J Anaesthesiol Clin Pharmacol* 2011; 27: 575.

DOR, NÁUSEAS E VÔMITOS APÓS NEFRECTOMIAS PARA TRATAMENTO DE CÂNCER

AUTORES:

Bruno Ferraz de Campos Barone, Luciano Angelo Richetti, Fernando Koji Sakuno*, Gabriel Magalhães Nunes Guimarães, Angela Maria Sousa, Hazem Adel Ashmawi.

INSTITUIÇÃO:

CET da disciplina de anestesiologia da FMUSP.

INTRODUÇÃO: a dor pós-operatória é um problema ainda importante apesar dos atuais avanços no tratamento da dor e a identificação dos fatores de risco modificáveis deve ser o primeiro passo para a prevenção. O objetivo deste estudo foi avaliar os fatores associados à dor pós-nefrectomias. **MÉTODO:** estudo observacional tipo coorte histórica. Após aprovação pelo comitê de ética local, foram coletados dados do intraoperatório e do primeiro dia pós-operatório até o controle da dor (manter dor até moderada que se resolve com analgésicos orais) de 350 pacientes submetidos a nefrectomias por motivo oncológico. **RESULTADO:** dois grupos distintos foram identificados: aqueles sem dor pós-operatória - escala verbal de dor zero - e aqueles com dor pós-operatória. No grupo com dor pós-operatória esta foi inversamente e linearmente proporcional à dose total de opioides ($p < 0,001$), menor nos pacientes com analgesia controlada pelo paciente ($p = 0,02$), maior nas cirurgias mais longas ($p < 0,03$), menor nas videolaparoscópicas comparado às cirurgias abertas ($p = 0,04$) e menor no grupo que usou fentanil como opioide quando comparado ao sufentanil ($p = 0,049$). No grupo sem dor pós-operatória nenhum fator de risco modificável foi identificado (todos com $p > 0,05$). **CONCLUSÃO:** há dois grupos distintos de pacientes quando se considera dor pós-nefrectomias: aqueles que não irão sentir dor e aqueles que irão sentir e esta diferença é importante porque os fatores de risco identificados neste estudo foram mais importantes no segundo grupo (menor dose total de opioide, tipo de opioide, não usar PCA, cirurgia aberta). **REFERÊNCIA:** Gerbershagen HJ, Aduckathil S, van Wijck AJ et al. Pain intensity on the first day after surgery: a prospective cohort study comparing 179 surgical procedures. *Anesthesiology.* 2013 Apr;118(4): 934-44 Campero JM, Ramos CG, Valdevenito R et al. Laparoscopic partial nephrectomy: A series of one hundred cases performed by the same surgeon. *Urol Ann.* 2012 Sep;4(3): 162-5

ENSAIO CLÍNICO TRIPLO-CEGO COMPARANDO EFICÁCIA DO PARECOXIB E CETOPROFENO

AUTORES:

Rogean Rodrigues Nunes, Iana de Almeida Siqueira*, Samuel Lucena Guerra Alencar, Tiago Cestarolli, Túlio Marcus Chaves Osterne, Manuela Bezerril Cipião Fernandes.

INSTITUIÇÃO:

CET-HGF.

INTRODUÇÃO: Anti-inflamatórios não esteroides (AINE) são fármacos utilizados comumente no tratamento da dor pós-operatória. O objetivo deste estudo foi caracterizar a eficácia analgésica pós-operatória do parecoxibe e cetoprofeno em procedimentos ginecológicos com acesso videolaparoscópico, quando administrados após intubação traqueal. **MÉTODO:** Ensaio clínico triplo cego no qual foram avaliadas 30 pacientes submetidas a operações videolaparoscópicas para ooforectomia ou miomectomia utilizando anestesia venosa total (propofol e remifentanil alvo-controlados), com idade entre 25 e 40 anos e IMC entre 21 e 26kg. m⁻², alocadas em dois grupos randomizados de 15. No Grupo P utilizou-se parecoxibe, 40mg i. v. , e no Grupo C, cetoprofeno, 100mg i. v. , ambos após a indução da anestesia. Foram utilizados: BIS, analisador de gases anestésicos e monitorização convencional. As queixas de dor pós-operatória foram quantificadas em 8 momentos intervalares de 1 hora, com escala analógica numérica (EAN) de 0 a 100. **RESULTADO:** Em relação a dor, observou-se que apenas no momento 2 (segunda hora), houve queixa, sendo 80, 00% no grupo P e 86, 66% no grupo C. No que diz respeito à intensidade da dor, no grupo P foi de 22, 66±5, 94 e no grupo C de 22, 23±6, 44 (p>0, 05) e nenhum paciente relatou dor com intensidade acima de 30 no grupo P e acima de 35 no grupo C. O consumo médio de dipirona no grupo P foi de 1265, 33±84, 67mg e no grupo C de 1286, 66±61, 25 (p>0, 05). **CONCLUSÃO:** A importância dos AINE no tratamento da dor pós-operatória reside na sua capacidade de bloqueio da biossíntese de prostaglandina tanto periféricamente (propriedade anti-inflamatória) como no sistema nervoso central (efeito analgésico). Neste estudo, apesar da utilização comparativa de 2 fármacos com meias-vidas diferentes, os procedimentos realizados foram de curta permanência hospitalar e de baixos valores numéricos na escala de dor. Apesar dos baixos valores na escala numérica, 80% dos pacientes no grupo P e 86, 66% no grupo C informaram dor no intervalo correspondente à segunda hora. O tratamento com dipirona resultou em redução da dor para valores menores que 10 EAN, não sendo necessária complementação com tramadol em nenhum dos casos. Em conclusão, a analgesia pós-operatória neste modelo empregado não evidenciou diferenças em relação às técnicas com AINE empregadas em ambos os grupos, sendo irrelevante a escolha seja do parecoxibe ou do cetoprofeno. **REFERÊNCIA:** Belzarena SD, Alves MT, Cucco MLD et al. Analgesia pós-operatória multimodal em cirurgia ginecológica videolaparoscópica ambulatorial. Comparação entre parecoxib e tenoxicam. Rev Bras Anestesiol, 2005;55: 158-164.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA APÓS BLOQUEIO DE PLEXO CELÍACO GUIADO POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

AUTORES:

Anita Perpétua Carvalho Rocha de Castro, Alexandre Brito Cavalcante, Bruno Maciel Paiva, Jedson dos Santos Nascimento.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Santa Izabel - Santa Casa de Misericórdia da Bahia.

INTRODUÇÃO: A neoplasia de pâncreas é uma doença com extensos problemas diagnósticos e terapêuticos, apesar dos avanços tecnológicos. É mais prevalente no sexo masculino (70, 5%) e na faixa etária de 40 a 70 anos, sendo rara antes dos 40 anos. Metástases ocorrem precocemente, pois a rede linfática peripancreática é muito rica e as metástases invadem-na em curto período de tempo. Queixa de dor abdominal e em dorso é a mais prevalente, incidindo em 84% dos pacientes. O bloqueio de plexo celíaco é uma das abordagens para o controle algico em pacientes selecionados. O objetivo deste relato é apresentar o caso de um paciente portador adenocarcinoma de pâncreas irrecorrível com queixas de fortes dores abdominais que cursou com hemorragia digestiva alta maciça após bloqueio do plexo celíaco. **RELATO DE CASO:** Paciente feminino, 71 anos, com Adenocarcinoma de pâncreas pouco diferenciado e metástase gástrica. Relato de sangramento digestivo prévio subclínico. Queixa de dor abdominal persistente apesar da utilização de opióides sistemáticos. Avaliada pela Clínica da Dor que indicou a realização de bloqueio do plexo celíaco, o qual foi realizado pela abordagem retrocural posterior bilateral, guiado por TC. Procedimento sem intercorrência. Dois dias após o procedimento, paciente deu entrada na emergência com quadro de HDA maciça, com instabilidade hemodinâmica. Dois dias após a complicação, paciente recebeu alta hospitalar, evoluindo sem demais intercorrências e com melhora importante do quadro de dor abdominal. **DISCUSSÃO:** O bloqueio neurolítico do plexo celíaco é realizado através da injeção de álcool absoluto em uma complexa rede de nervos, localizada no abdome, na proximidade do tronco celíaco e da aorta. Ele é formado a partir da junção dos nervos esplâncnicos maior e menor, bilateralmente, em associação com o nervo vago e outros plexos menores. Promove a inervação de vísceras localizadas no abdome superior, estando indicado no tratamento de dor decorrente de neoplasia de pâncreas. Está associado a melhora significativa da dor e da qualidade de vida do paciente. Complicações podem estar presentes, destacando-se dor durante a injeção, hipotensão, diarreia, injeção subaracnóidea ou peridural, injeção intravascular e hematoma retroperitoneal. HDA após o bloqueio, embora rara, tem sido descrita. Acredita-se que ocorra como consequência do intenso bloqueio simpático e da vasodilatação dos vasos do trato gastrointestinal, provocando sangramento em indivíduos suscetíveis. **REFERÊNCIA:** Bibliográfica: 1. Arcidiacono PG, Calori G, Carrara S, McNicol ED, Testoni PA. Celiac plexus block for pancreatic cancer pain in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2011 2. Day M. Sympathetic blocks: the evidence. Pain Pract 2008; 8(2): 98-109.

INFUSÃO CONTÍNUA DE ANESTÉSICO LOCAL EM FERIDA OPERATÓRIA: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

AUTORES:

Armando Moreira Mendes Filho, Jane Auxiliadora Amorim, Carmem Maria Carício Maciel, Lucas Wanderley Lima, Eduardo de Vasconcelos Viana Junior, Anderson de Farias Lima.

INSTITUIÇÃO:

Hospital da Restauração.

INTRODUÇÃO: Nas últimas décadas é evidente o crescente interesse com o controle da dor pós-operatória e abordagens terapêuticas aplicadas dentro do contexto multimodal. Recentemente uma nova técnica analgésica tem mostrado resultados promissores. Trata-se da infusão contínua de anestésico local na ferida operatória. O objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia analgésica dessa técnica no controle da dor pós-operatória. **MÉTODO:** Concordearam em participar desse estudo 20 pacientes submetidos à colecistectomia convencional, sob anestesia venosa total, que foram distribuídos aleatoriamente em dois grupos: grupo intervenção (GI) recebeu infiltração de ropivacaína 0, 5% na ferida operatória e um cateter multiperfurado foi implantado na incisão após o fechamento da aponeurose posterior, conectado a uma bomba elastomérica preenchida com ropivacaína 0, 2% que permitiu infusão contínua de 5ml/h durante 48h; e um grupo controle (GC) recebeu infiltração única de ropivacaína 0, 5% na ferida operatória. Em ambos os grupos foram administrados cetoprofeno e dipirona em horários fixos nas primeiras 48h e resgate analgésico com tramadol ou morfina. As variáveis avaliadas foram: intensidade da dor na ferida operatória em repouso e movimento 2h, 6h, 12h, 24h, 48h e 72h, por meio da escala analógica visual; consumo de opióides; incidência de náuseas e vômitos e sinais e sintomas de intoxicação por anestésico local. Após a retirada, os cateteres foram enviados para exame bacteriológico. Foi considerada diferença estatisticamente significativa os valores de $p < 0,05$. **RESULTADO:** Os grupos foram homogêneos quanto à idade, gênero, ASA e IMC. Foi excluído um paciente no grupo intervenção por deslocamento do cateter. O grupo intervenção apresentou menores escores de dor em repouso na avaliação de 24h ($p=0,03$) e em movimento 12h ($p=0,02$), 24h ($p=0,002$) e 72h ($p=0,03$). A incidência de náuseas e vômitos foi estatisticamente menor no grupo intervenção ($p=0,026$) e o consumo de opióides foi estatisticamente maior no grupo controle ($p<0,001$). O exame bacteriológico de todos os cateteres foi negativo. **CONCLUSÃO:** Cirurgias no abdome superior são associadas a dor intensa durante a movimentação, deambulação e respiração que podem interferir negativamente na recuperação pós-operatória. Nesse estudo, a infusão contínua de anestésico local na ferida operatória mostrou benefícios no controle da dor pós-operatória, favoreceu um menor consumo de opióides e reduziu a incidência de náuseas e vômitos. A permanência do cateter não representou risco de infecção. **REFERÊNCIA:** 1-Wu CL, Hurley RW. Postoperative pain management and patient outcome. In: Shorten. Postoperative Pain Management. Philadelphia: Elsevier, 2006; p. 71-81. 2-Liu SS, Richman JM, Thirlby RC et al. Efficacy of continuous wound catheters delivering local anesthetic for postoperative analgesia: A qualitative systematic review of randomized controlled trials. J Am Coll Surg 2006 Dec; 203: 6 914-21.

PERFIL DE PRESCRIÇÃO DE FÁRMACOS OPIÓIDES POR MÉDICOS DO CORPO CLÍNICO DO HOSPITAL ERNESTO DORNELLES - PORTO ALEGRE / RS

AUTORES:

Viviane Mentz Dornelles, Claudio Roberto Gomes, Giovana Bronzatti, Monia Di Lara Dias, Luiz Henrique Hartwig de Araujo, Tailur Alberto Grando.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Ernesto Dornelles.

Há quase um século o ópio e seus derivados opióides vêm sendo empregados com fins medicinais para o controle da dor. A evolução da indústria farmacêutica permitiu o desenvolvimento de fármacos opióides mais potentes ampliando o seu uso, embora ainda existam barreiras que devem ser rompidas para que se possa otimizar o tratamento da dor. Barreiras constituídas tanto por médicos, profissionais da área da saúde em geral como pelos pacientes. De um lado existe o temor dos médicos em relação a efeitos colaterais importantes, por vezes graves e fatais, e de outro, existe a preocupação dos pacientes que associam o uso de opióides a terminalidade, gravidade e adicção. **INTRODUÇÃO:** diversos trabalhos estudaram o uso de opióides no tratamento da dor aguda e crônica, pesquisando benefícios e deficiências da sua prescrição. Neste estudo traçamos o perfil da prescrição destas medicações pelo corpo clínico do Hospital Ernesto Dornelles, avaliando as preferências e explorando o entendimento que os profissionais fazem do seu uso, contribuindo e complementando as informações sobre este assunto tão relevante. Materiais e métodos: estudo transversal, realizado através de uma análise quantitativa de questionários com respostas de múltipla escolha. Após aprovação pelo Comitê de Ética do Hospital Ernesto Dornelles, foram aplicados os questionários de dez perguntas aos médicos das várias especialidades do corpo clínico do hospital. **RESULTADO:** 30% dos questionários foram preenchidos por médicos anesthesiologistas; 30% por médicos da área cirúrgica e 40% por médicos da área clínica. Todos os participantes consideraram importante tratar a dor dos seus pacientes e a maioria considerou utilizar com frequência mais de um grupo de fármacos analgésicos em sinergismo. O fármaco opióide considerado a ser utilizado mais frequentemente foi a codeína e 16% dos participantes referiram preferência pela prescrição de dolantina, que foi também considerado o opióide mais potente. A prescrição de opióides em esquema de demanda foi considerada como bom método de analgesia e geralmente suficiente. O efeito mais temido foi a depressão respiratória e adicção. A maioria referiu que a morfina é prescrita corretamente pelos médicos em geral. **CONCLUSÃO:** pelos dados obtidos é possível concluir que existem diversos mitos e medos por parte dos médicos quando pensam em prescrever um fármaco opióide. Muitos equívocos em relação aos conceitos de potência analgésica dos opióides, subjetividade da dor, tolerância farmacológica, vício e adicção precisam ser esclarecidos. **REFERÊNCIA:** Basler MH. Bad medicine: pain. Ignorance, opioids, and bliss. BMJ. 2010 Jan 26;340. Krsiak M. How to advance in treating pain with opioids: less myths-less pain. Cesk Fysiol. 2004;53(1): 34-8.

PREVALÊNCIA, TRATAMENTO E FATORES PREDITORES DA DOR PÓS-OPERATORIA EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA CARDÍACA

AUTORES:

Joyce Mendes Soares, Lorena Fernandes Rosendo de Melo, Adriana Serpa Brandão de Andrade Lima, Marília Capitulino de Queiroz Neves, Léa Menezes Couceiro, Luciana Cavalcanti Lima, Tania Cursino Menezes Couceiro*.

INSTITUIÇÃO:

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP.

INTRODUÇÃO: A cirurgia é a fonte mais comum e previsível de dor pós-operatória (DPO). A cirurgia cardíaca apresenta altos índices de DPO e cerca de 50% a 75% dos pacientes não recebem tratamento adequado. Compreender os preditores da DPO ajuda a identificar pacientes suscetíveis que exigem cuidados adicionais no manejo da mesma. **OBJETIVO:** avaliar prevalência, descrever as características e identificar os fatores preditores da DPO em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. **MÉTODO:** Realizado um estudo transversal descritivo no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), em Pernambuco. Foram incluídos pacientes adultos submetidos à cirurgia cardíaca eletiva entre janeiro de 2012 e janeiro de 2013. Os pacientes selecionados foram entrevistados antes da cirurgia para avaliação dos fatores de risco (ansiedade, dor crônica, expectativa de DPO, experiência prévia de DPO, apoio familiar e compreensão acerca do procedimento) para o desenvolvimento de DPO. No PO foram questionados sobre a presença da dor e suas características (localização, intensidade, caráter e variável) e anotados os dados sobre profilaxia e tratamento da DPO. Para análise dos dados foi utilizado o programa EPI-INFO versão 3.5.1. **RESULTADO:** A amostra composta por 85 pacientes, dos quais 52, 9% eram do sexo masculino. A média de idade foi 54, 6 anos (DP ± 17). A profilaxia da DPO foi realizada em 98, 8% dos pacientes, sendo o fentanil o medicamento mais empregado (97, 6%). Nas 12 horas de PO, 14 pacientes (16, 5%) relataram DPO, desses, 11 (78, 5%) localizaram a dor na incisão/retroesternal, 10 (76, 9%) classificaram como moderada/intensa e 6 (42, 8%) consideraram como compressiva. O tratamento foi realizado em 90, 6% pacientes, sendo tramadol o fármaco mais prescrito (83, 5%). Nas 24 horas de PO, 38 pacientes (44, 7%) apresentaram DPO, desses, 34 (89, 5%) localizaram a dor na incisão/retroesternal, 27 (71%) classificaram como moderada/intensa e 12 (31, 6%) consideraram como constritiva. Nas 48 horas de PO, 33 pacientes (38, 8%) tiveram DPO, desses, 29 (34, 1%), localizaram a dor na incisão/retroesternal, 23 (69, 7%) classificaram como moderada/intensa e 10 (11, 8%) consideraram como compressiva. A dipirona foi o fármaco mais utilizado para tratamento da dor nas 24 e 48 horas de PO. Nas três avaliações realizadas, o esforço foi a variável isolada mais relacionada à dor. Não houve registro da utilização de morfina em nenhum momento da pesquisa. **DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:** neste estudo, observa-se que em todos os momentos da avaliação, a maioria dos pacientes referia dor na esternotomia/retroesternal, que a prevalência foi alta, e a DPO foi agravada pelo movimento, semelhante a outras pesquisas. Para o tratamento, o tramadol e a dipirona foram os fármacos mais prescritos diferente do recomendado pela literatura. Este achado comprova que ainda há falha na avaliação e na terapêutica da dor e aponta a necessidade de implantação de programas educacionais em nossa instituição.

RELATO DE CASO: ANALGESIA CONTROLADA PELO PACIENTE COM FENTANIL EM CRIANÇA

AUTORES:

Patricia Sanae Ito*, Bianca Angélica Bianchini, Maruão Omais, Armando Vieira de Almeida, Édina Rodrigues Te-ruya, João Maximiano Pierin Barros.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Regional de Mato Grosso do Sul

INTRODUÇÃO: A dor é considerada pela OMS problema de saúde pública, uma vez que há dados estatísticos comprovando seu subtratamento. Esforços tem sido feitos para melhorar as modalidades de controle da dor, principalmente no manejo da dor pós operatória em pediatria. Analgesia controlada pelo paciente (ACP) na pediatria é bem vista na literatura e tem sido demonstrada segura e efetiva no pós operatório. **RELATO DE CASO:** S. B. A, 4 anos, sexo feminino, 20kg, após quadro de meningococemia e choque séptico, evoluiu com lesões necróticas difusas, principalmente em membros inferiores sendo submetida a intervenções cirúrgicas semanais para o debridamento das lesões, por três semanas consecutivas. Foi iniciado a ACP endovenoso, controlada pela mãe, no pós operatório da primeira intervenção cirúrgica, sem dose de indução, infusão contínua de 0, 3 µg/kg/h, com doses de demanda de 0, 1µ/kg, com intervalo de 12 minutos, associado a dipirona 15mg/kg/dose de 6 em 6 horas. Paciente mantida em unidade de terapia intensiva pediátrica, sob monitorização regular de pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e oximetria de pulso. Iniciado gabapentina 20 mg/kg na fase aguda de dor pós operatória. Paciente avaliada através da escala facial da dor a cada 12 horas por anestesiológicos, não apresentou alterações de sinais vitais e quaisquer efeitos colaterais durante o período. Verificou-se que a maioria dos bolus foi realizada durante os curativos. No 14º dia de ACP, a infusão contínua foi reduzida para 0, 2 µg/kg/h, com aumento da dose bolus para 0, 6 µg/kg, com intervalo de 4 minutos. Finalizado o PCA no 18º dia. Iniciado fentanil 0, 5µ/kg e midazolam 0, 01 mg/kg somente durante os curativos. A paciente permaneceu assintomática após a retirada da medicação até o último dia de seguimento (15 dias), sem sinais de abstinência. **DISCUSSÃO:** Durante as últimas décadas tem havido significativas descobertas e melhorias na abordagem da dor aguda pós-operatória nas crianças. Analgesia controlada pelos pais em crianças menores de 6 anos ou com déficits cognitivos tem demonstrado bons resultados. O fentanil é lipofílico, opióide sintético com a potência 50 a 100 vezes maior que a morfina. Não há efeitos cardiovasculares, induz efeitos analgésicos mais rapidamente e a sua curta meia vida torna mais fácil a sua infusão contínua. O uso da gabapentina reduz a hiperexcitabilidade dos neurônios do corno dorsal da medula espinal induzida pela lesão que é responsável pela sensibilização central. Dor mal controlada pode resultar na não adesão ao tratamento, prejudicar o cuidado e aumentar o risco de transtornos de estresse pós-traumático em crianças. **CONCLUSÃO:** A analgesia controlada pelo paciente com fentanil em infusão contínua foi um método seguro e eficaz de analgesia. **REFERÊNCIA:** Franson H. Postoperative patient-controlled analgesia in the pediatric population: a literature review. AANA journal. 2010; 78: 374-378.

TRATAMENTO DO ESTADO DE MAL-ENXAQUECOSO PELA ANESTESIA GERAL. RELATO DE CASO

AUTORES:

Artur Udelsmann TSA, Priscila Saccomani, Elisabeth Dreyer, Alberto Luiz Cunha da Costa.

INSTITUIÇÃO:

Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, SP.

INTRODUÇÃO: O estado de mal-enxaquecoso é uma complicação da migrânea caracterizada por cefaléia severa por mais de 72 h não responsiva à terapêutica habitual com risco de acidente vascular cerebral e suicídio, tratando-se de emergência. Pesquisas para tratá-lo têm se direcionado às drogas que estimulam receptores GABA pois estas têm demonstrado maior eficácia. Propofol e isoflurano estimulam os subreceptores GABA(A) e, teoricamente, poderiam ser interessantes em determinadas circunstâncias, tendo o primeiro já feito objeto de pesquisas no tratamento da migrânea severa. Opióides são agentes largamente empregados em casos de dor, o uso crônico em cefaléias é discutível mas são frequentemente empregados nos casos agudos. O objetivo deste trabalho é apresentar um caso de estado de mal-enxaquecoso severo, refratário à terapêutica usual repetidas vezes, em que optou-se, como último recurso, na tentativa de quebrar o ciclo de dor, pela prática de uma anestesia geral. **RELATO DE CASO:** Tratou-se de paciente do sexo feminino com 50 anos em estado de mal-enxaquecoso havia 5 dias com várias passagens anteriores por serviço de urgências já tendo sido medicada por via endovenosa com dipirona, dexametasona, clorpromazina, haloperidol, cetoprofeno, meperidina, lidocaína, valproato de sódio, anti-eméticos, alguns mais de uma vez, todos sem resultado. Não tinha comorbidades, estava desidratada e sem alimentar-se havia 3 dias, descrevia sua dor como “muito superior a 10” na escala numérica visual (ENV). Após consulta à literatura e face à gravidade aparente do quadro optou-se pela realização de uma anestesia geral; a indução foi realizada com 200 µg de fentanil, 150 mg de propofol e 7 mg de vecurônio, foi intubada, ventilada mecanicamente e a manutenção realizada com isoflurano 0,5% e infusão contínua de propofol 1 mg/kg/h por 2 h. Manteve-se estável hemodinamicamente, ao término foi extubada e enviada à RPA. No primeiro contato classificou sua dor com ENV 3, teve alta após 5 h com ENV 2 tendo ingerido água e permanecido sem náusea. Retomou posteriormente o tratamento, seu quadro se estabilizou o que permitiu a reintrodução da medicação preventiva habitual. Uma semana após em consulta, a paciente informou que seu quadro de cefaléia havia se estabilizado até então conforme padrões anteriores à crise de mal-enxaquecoso. **CONCLUSÃO:** O mal-enxaquecoso é uma complicação rara mas muito incapacitante, um dilema para o seu tratamento. Agentes anestésicos vários têm sido objeto de pesquisas no tratamento da migrânea severa; a opção de uma anestesia geral com 2 agentes que estimulam os receptores GABA, propofol e isoflurano, aliados ao opióide fentanil, mostrou-se eficaz e deve incentivar novas pesquisas na área. **REFERÊNCIA:** 1- Krusz JC, Scott V, Belanger J - Intravenous propofol: unique effectiveness in treating intractable migraine. *Headache* 2000;40: 224-30. 2- Rothrock JF - Treatment-refractory migraine: the case for opioid therapy. *Headache* 2008;48: 850-4.

Dor Crônica e Cuidados Paliativos

BLOQUEIO DE FIBRAS SACRAIS COM FENOL A 5% EM PACIENTE COM DOR ONCOLÓGICA REFRACTÁRIA

AUTORES:

João Nathanael Lima Torres, José Osvaldo Barbosa Neto, Thais Khouri Vanetti, Hazem Adel Ashmawi, Sílvia Maria Machado Tahamtani, Angela Maria Sousa.

INSTITUIÇÃO:

Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

INTRODUÇÃO: O uso de bloqueio neurolítico subaracnoideo no controle de dor tem diminuído nos últimos anos devido à introdução de novas técnicas, mas ainda tem importância no controle de dor oncológica refratária. O objetivo deste estudo foi apresentar um caso de dor oncológica, em que esta técnica foi utilizada para controle da dor. **RELATO DO CASO:** Paciente do sexo masculino, 45 anos, diagnosticado com carcinoma espinocelular de canal anal localmente avançado e lesão ulcerada em região perineal com presença de fístula retovesical e infecção local. O paciente apresentava dor intensa com escala verbal numérica (EVN) =10 e recebia tratamento farmacológico com doses altas de opioide e adjuvantes sem boa resposta. Foi realizado bloqueio neurolítico subaracnoideo com fenol a 5% e após realização do bloqueio houve melhora significativa do quadro doloroso, tendo paciente referindo alívio de 80% após 20 minutos do procedimento. A melhora permaneceu até o 21º dia após bloqueio quando o paciente foi a óbito devido complicações infecciosas. **DISCUSSÃO:** O caso ilustrou o uso do bloqueio subaracnoideo com fenol a 5% para controle de dor oncológica. Conclui-se que para casos selecionados, onde a expectativa de vida é limitada, esta técnica pode ser empregada com sucesso. **REFERÊNCIA:** 1-vanden Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG, et al. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol.* 2007;18(9): 1437-49. 2. Burton AW, Hamid B. Current challenges in cancer pain management: does the WHO ladder approach still have relevance? *Expert Rev Anticancer Ther.* 2007;7(11): 1501-2.

BLOQUEIO DO GANGLIO ÍMPAR POR RADIOFREQUENCIA NA DOR PERIANAL

AUTORES:

Nivaldo Simoes Correa, João Paulo Simões Domeni, Humberto Arcoverde Viana Coelho, José Luiz de Campos, Gabriel José Redondano de Oliveira, Fernanda Ferreira Teles.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Vera Cruz.

INTRODUÇÃO: A dor em região perianal pode chegar a ser incapacitante. Constante, difusa em queimação, não respeita a linha média e pode ter sido causada por uma instabilidade óssea que leva a inflamação dos músculos e tecidos relacionados. O tratamento consiste no uso de anti-inflamatórios, analgésicos, fisioterapia, bloqueio com infiltração percutânea e radiofrequência. O gânglio de Walter ou Ímpar é retroperitoneal, situado anteriormente a união sacrococcígea a cadeia paravertebral. Inerva perineo, reto distal, ânus, vulva, terço distal da vagina. Sua infiltração está indicada nas dores viscerais, somáticas, neuropáticas procedentes da estrutura perineal e pélvica. A primeira técnica foi descrita por Plancart et al utilizando uma agulha 22g através do ligamento ano-coccígea, porém preferimos utilizar a técnica através do primeiro disco intercoccígea por suas técnica simples e eficaz. **DISCUSSÃO DO CASO:** M. A. S. T. , 65 anos, feminino, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes melitus tipo 2, síndrome depressiva, sem antecedentes cirúrgicos, GII/PII/A0, apresentando dor perianal e perineal, incapacitante com irradiação lombo sacral. Inicialmente foi instituído o uso de medicação: analgésicos periféricos e anti-inflamatórios, posteriormente analgésicos potentes centrais: gabapentina e metadona, porém a mesma continuava a referir sintomas. Foi realizando um bloqueio anestésico com melhora parcial da dor passando de 9 para 6 numa escala de 0 a 10. Optou-se pela radiofrequência do gânglio Ímpar e a mesma referiu melhora dos sintomas após alta hospitalar, diminuindo o uso de medicação analgésica. **DISCUSSÃO:** as cadeias ganglionares simpáticas a nível do sacro convergem no gânglio Ímpar. Desde 1990 há descritas técnicas para bloqueio da dor perianal. A abordagem tanto pode ser pelo ligamento anococcígea curvando a agulha para a porção antero-superior da articulação sacrococcígea, porém passível de perfuração anal, e para evitar tal feito, realizamos a técnica através do disco vertebroccígea, com ajuda de radioscopia, sendo realizado a radiofrequência com melhora dos sintomas da paciente. Ainda que relatemos um único caso, o controle da dor crônica com resultados satisfatórios se torna importante, visto que cada vez mais pacientes podem ter acesso a esse tipo de tratamento, diminuindo o uso de anti-inflamatorios e analgésicos potentes de forma crônica, evitando seus efeitos adversos e melhorando a qualidade de vida. **REFERÊNCIA:** 1. Wray C. Coccydynia. Aetiology and treatment. J Bone Joint Surg 1991; 73-B: 335-338 2. Plancarte R, Amescua C, Patt RB, Allende S. Presacral Blockade of the Ganglion of Walter. Anesthesiology 1990; 73: A751. 3. Michalek P, Dolecek L, Stadler P. Ganglion impar block in non-cancer perineal pain: what drugs, what strategy? Anesthesiology 2005; 103: 212.

BLOQUEIO ESPLÂNCNICO EM PACIENTE COM DOR ABDOMINAL DE ORIGEM ONCOLÓGICA

AUTORES:

Nivaldo Carlos Arruda, Flávio Annicchino, José Luiz de Campos, Fernanda Ferreira Teles, Gabriel José Redondano de Oliveira, Humberto Arcoverde Viana Coelho.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Vera Cruz - Campinas.

INTRODUÇÃO: O câncer de pâncreas é responsável por 4% de todas as mortes por câncer no mundo. Sua incidência é de 2%, afetando mais de 185000 pessoas a cada ano. Esta neoplasia pode ter manifestações clinicas pouco específicas, dificultando o diagnóstico precoce. A dor, tema deste caso, é mais freqüente em tumores de corpo e cauda pancreática. Entre as terapias paliativas está o controle da dor oncológica, síndrome multifatorial de difícil controle que afeta até 75% dos pacientes com câncer em fase avançada. Destes 30% classificam a dor como insuportável e 50% como moderada. Sendo assim o objetivo deste estudo foi apresentar o bloqueio esplâncnico como terapêutica para o controle da dor visceral, causada pela invasão neoplásica.

RELATO DO CASO: paciente com 87 anos, sexo feminino, adenocarcinoma de cabeça de pâncreas diagnosticado oito meses antes. Encaminhada ao serviço de dor da instituição para controle de suas queixas algicas, iniciadas há sete semanas e sem melhora com terapêutica instituída. A paciente relatava dor importante 7/10 na escala numérica para avaliação de dor (EAV), constante, sem localização precisa no abdôme. Optou-se pela técnica de neurólise do nervo esplâncnico, ao nível T10- T11, pelo acesso transdiscal. Monitorizada com oximetria de pulso, pressão arterial e cardioscópio; posicionada em decúbito ventral. A agulha Quincke, calibre 22, 178 mm de comprimento, foi a escolhida para realização do procedimento. Sedada com propofol 1%, em bomba de infusão contínua, alvo controlada - efeito de 1. 2 mcg/ml. Após localização do nervo esplâncnico com visualização pela utilização de contraste não iônico, foi injetado anestésico local - lidocaína 2% com vasoconstritor - seguido da injeção de fenol 7. 5%, três mililitros, bilateralmente. Em seguimento realizado pelas 6 semanas seguintes a paciente relatou melhora importante do quadro inicial, atualmente classificada como 3/10 na EAV. **DISCUSSÃO:** A inervação pancreática é composta por fibras simpáticas e parassimpáticas. As fibras simpáticas eferentes são originadas nos dermatômos T5 a T11; estas podem se direcionar diretamente ao plexo celíaco ou através dos gânglios paravertebriais ou nervos esplâncnicos. As fibras parassimpáticas eferentes procedem dos nervos vago direito e esquerdo; atravessam o plexo celíaco e seguem o feixe simpático pelo interior da glândula. Já as fibras nervosas simpáticas aferentes entram na medula através de T6 - T10, bilateralmente. Para o tratamento da dor visceral causada pela invasão tumoral pancreática, os bloqueios neurólíticos devem sempre ser considerados como alternativa, caso não haja controle adequado com os planos terapêuticos iniciais. Dentre os bloqueios neurólíticos, podem ser indicados o bloqueio de plexo celíaco e o bloqueio de nervo esplâncnico. **REFERÊNCIA:** Loukas M, Klaassen Z, Merbs W, Tubbs RS, Gielecki J, Zurada A. A review of the thoracic splanchnic nerves and celiac ganglia. Clin Anat 2010;23(5): 512-522.

BLOQUEIO SIMPÁTICO-TORÁCICO: ÚTIL PARA O TRATAMENTO DA DOR DO MEMBRO FANTASMA?

AUTORES:

João Nathanael Lima Torres, Marcos Fernando Breda de Moraes, José Osvaldo Barbosa Neto, Luciana Chaves de Morais, Angela Maria Sousa, Hazem Adel Ashmawi.

INSTITUIÇÃO:

Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

INTRODUÇÃO: A sensação do membro fantasma é um fenômeno que acomete pacientes submetidos à amputação de qualquer um dos membros, e essa sensação pode ser acompanhada ou não de dor. Este relato teve por objetivo apresentar um caso no qual o bloqueio do sistema nervoso simpático foi utilizado como adjuvante no tratamento da dor do membro fantasma. **RELATO DO CASO:** Paciente portador de carcinoma epidermoide de punho que evoluiu com dor do membro fantasma após amputação do antebraço esquerdo. Foi submetido a tratamento conservador e de reabilitação física, porém a analgesia obtida com terapia farmacológica foi insuficiente e o paciente evoluiu com dor do coto de amputação e dor mediada pelo sistema nervoso simpático. Finalmente, o paciente foi submetido a bloqueio simpático venoso seguido de bloqueio diagnóstico da cadeia simpática torácica com redução significativa da dor. **DISCUSSÃO:** Nesse caso foi utilizado o bloqueio do sistema nervoso simpático por meio de infusão venosa de lidocaína, seguido de bloqueio da cadeia simpática torácica como opção terapêutica para dor do membro fantasma. Nessa sequência, foi obtido alívio da dor, sem surgimento de efeitos adversos. **REFERÊNCIA:** 1-Giummarra MJ, Moseley GL. Phantom limb pain and bodily awareness: current concepts and future directions. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2011;24(5): 524-31 2-Perkins FM, Kehlet H. Chronic pain as an outcome of surgery. A review of predictive factors. *Anesthesiology.* 2000;93(4): 1123-33.

CEFALÉIA POR SÍNDROME DA HIPOTENSÃO LIQUÓRICA IDIOPÁTICA: TRATAMENTO COM BLOOD PATH

AUTORES:

Diego Neves Sacramento*, Jedson dos Santos Nascimento, Anita Perpétua Carvalho Rocha de Castro, Lillian Mendes de Vasconcelos, Luciano Barreto do Nascimento, Artur Viana França.

INSTITUIÇÃO:

Santa Casa de Misericórdia da Bahia - hospital Santa Izabel

INTRODUÇÃO: A síndrome de hipotensão liquórica é caracterizada por baixa pressão do líquido cefaloraquidiano (LCR) associada à cefaléia postural, náuseas, vômitos, distúrbios visuais além de paralisia dos nervos cranianos. Como fatores etiológicos estão: punções lombares (fístulas liquóricas), trauma e neoplasias. Nos casos de etiologia indefinida, denomina-se idiopática. O diagnóstico pode ser confirmado pela aferição da pressão liquórica ou por imagem com ressonância magnética e cisternocintilografia. O tratamento geralmente é conservador, porém nos casos refratários considera-se o uso de sangue autólogo no espaço peridural, Blood Path (BP). **RELATO DE CASO:** Paciente feminina, 40 anos, hipertensa, obesa, em uso de anticoncepcional oral, com passado de cefaléia recorrente, cursou com cefaléia apresentando mudança de padrão, em peso, occipital que irradiava para a região frontal e cintura escapular há 8 meses da internação. A dor piorava em ortostase e melhorava com o decúbito dorsal. Referiu náuseas. Negou febre, alterações de linguagem, visuais, déficits focais ou mesmo punções lombares prévias e traumatismos. Estudo do líquido inicial sem pleocitose, com proteína e glicose normais, porém com monometria evidenciando pressão de abertura em decúbito lateral de 0 cmH₂O. Exames de imagem mostravam apenas espondiloartroses e discopatias degenerativas. A cisternocintilografia não evidenciou fístulas liquóricas, contudo dinâmica liquórica alterada com ascensão incompleta para convexidades cerebrais em imagens tardias. Paciente evoluiu com melhora parcial da dor após uso de analgésicos (codeína, paracetamol, nortriptilina e baclofeno), sem alterações ao exame neurológico admissional. Indicado BP devido à persistência dos sintomas que a incapacitavam apesar do tratamento inicial. Após procedimento com Injeção de 15 ml de sangue autólogo epidural a paciente evoluiu com melhora completa dos sintomas 6 horas após o tratamento. **DISCUSSÃO:** O tratamento da cefaléia por síndrome da hipotensão liquórica visa a melhora dos sintomas com o retorno as atividades diárias. Comumente feito de forma conservadora, com boa resposta. Alguns pacientes mantêm sintomas incapacitantes apesar do tratamento inicial. Uma alternativa é o BP que visa o aumento da pressão sobre o espaço subaracnoideo como também o fechamento de possíveis fístulas liquóricas. Entretanto no paciente que não obtiveram resultados positivos com o primeiro BP, novas tentativas podem ser feitas posteriormente. Neste caso a paciente teve benefício com um único BP. **REFERÊNCIA:** 1- Cagy, M, Bardy FB, Filho FP et al. Hipotensão intracraniana espontânea; relato de caso. *Arq. de Neuro-psiq.* 1998;56: 838-40. 2- Horikoshi T, Watanabe A, Uchida M et al. Effectiveness of an epidural blood patch for patients with intracranial hypotension syndrome and persistent spinal epidural fluid collection after treatment. *J Neurosurg* 2010;113: 940-46.

DESSENSIBILIZAÇÃO CENTRAL APÓS USO PROLONGADO DE OPIOIDES EM PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL

AUTORES:

Franklin Silva de Novais*, Anita Perpétua Carvalho Rocha de Castro, Jedson dos Santos Nascimento, Catharina Silva Borges, Helder Barreto Silva Junior.

INSTITUIÇÃO:

SCMB – Santa Casa de Misericórdia da Bahia, Praça Conselheiro Almeida Couto, 500, Nazaré – Salvador/BA, CEP 40050-410.

INTRODUÇÃO: A tolerância e a hiperalgisia induzida por opioides são efeitos que podem estar relacionados ao uso prolongado destes fármacos e cujo diagnóstico diferencial exclusivamente pelos sintomas torna-se complexo na prática clínica. O objetivo deste relato é apresentar um caso de paciente portador de dor crônica, em uso prolongado de opioide, desenvolvendo quadro de dor de difícil controle. **RELATO DE CASO:** Paciente masculino, 38 anos, testemunha de Jeová, portador de valvulopatia reumática e com diagnóstico de adenocarcinoma gástrico há dois anos da admissão já tendo sido submetido à gastrectomia parcial na época do diagnóstico e submetido a três linhas de quimioterapia, porém sem controle do quadro oncológico e progressão da doença com metástase hepática. Admitido com dor abdominal em hipocôndrio direito, de forte intensidade e difícil controle, em uso crônico opioides e outros analgésicos venosos. Devido ao estado geral comprometido, o paciente não possuía condições clínicas de ser submetido ao bloqueio de plexo celíaco, sendo então optado pela realização de bloqueio peridural torácico (T10) com colocação de cateter peridural, apresentando boa evolução do quadro algico e controle da dor. Entretanto, após dez dias da introdução do cateter, ocorreu sua exteriorização espontânea e, mesmo após este fato, o paciente evoluiu com controle adequado da dor e retorno das funções habituais em uso de morfina sistemática em baixas doses e gabapentina. **DISCUSSÃO:** O uso crônico de opioides pode desencadear dificuldade no manejo da dor crônica pelo surgimento do efeito da tolerância farmacológica ou pela hiperalgisia induzida. A hiperalgisia tende a ser de início abrupto, se associa com sensibilização central, redução no limiar da dor, expansão do campo receptivo e aumento da resposta ao estímulo nociceptivo. Na tolerância, ocorre diminuição gradual do efeito analgésico ao longo do tempo com a dose do opioide e não há melhora com o aumento da dose. Ao avaliar a resposta clínica no manejo da dor crônica do paciente, a própria evolução intrínseca da doença de base também seria um fator agravante para o manejo da dor. Neste cenário complexo, a introdução de cateter peridural e administração de anestésico local, representaria uma alternativa viável, por possibilitar analgesia por mecanismos distintos e a consequente redução do uso sistêmico de opiáceos, favorecendo a dessensibilização do sistema nervoso central a estes fármacos; exemplificado na manutenção de adequado controle da dor com morfina oral após a exteriorização do cateter e perda da analgesia peridural. **REFERÊNCIA:** JONES, Tania. The management of opioid-induced hyperalgisia. *The British Journal of Clinical Pharmacy* 2010; 2: 153-156. SILVERMAN, Sanford M. Opioid Induced Hyperalgisia: Clinical Implications for the Pain Practitioner. *Pain Physician* 2009; 12: 679-684. LEAL, Plínio da Cunha et al. Hiperalgisia induzida por opioides (HIO). *Rev. Bras. Anesthesiol.*, v. 60, n. 6, Dec. 2010.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA SÍNDROME COMPLEXA DE DOR REGIONAL

AUTORES:

Ana Paula Santana Huang, Fernanda Avezum Paes, Munique Martins Monteiro.

INSTITUIÇÃO:

UNIFESP.

D. D. F. S, 50 anos, sexo feminino, aposentada. Atendida no ambulatório de Dor do Hospital São Paulo 09. 05. 2013 com queixa principal de dor em membro superior direito há 8 anos. Referia início de dor em punho e mão direita, forte intensidade (EN 10), tipo latejante, diária, contínua, sem fatores de melhora ou piora, associada a edema e irradiação para antebraço, cotovelo e ombro (lado direito), há 8 anos. Fazia uso de analgésicos simples, se dor forte. Ao Exame Físico: Pele delgada, com brilho em mão direita, associada a edema. Unhas eutróficas. Força muscular reduzida em membro superior direito. Diminuição da sensibilidade tátil e térmica em mão direita. Ausência de sudorese, alodínea ou alterações de temperatura. **INTRODUÇÃO:** A Síndrome Complexa de Dor Regional, formalmente conhecida como Distrofia Simpático Reflexa é uma síndrome dolorosa com fisiopatologia desconhecida e curso clínico variável. Ocorre como complicação de cirurgia ou trauma, mais frequentemente em uma extremidade. Os sintomas consistem em uma combinação de: dor, alteração sensorial, disfunção vasomotora e da sudorese e sinais tróficos e motores. A doença é frequentemente resistente à terapia e o curso natural nem sempre é favorável. **DISCUSSÃO:** Paciente encaminhada ao nosso ambulatório por Reumatologista sob suspeita de Síndrome Complexa de Dor Regional. Após realização do exame físico, observou-se que paciente praticava o garroteamento do membro acometido por dor, através de enfaixamento compressivo no mesmo. Encaminhada para avaliação psiquiátrica. **CONCLUSÃO:** A Síndrome Complexa de Dor Regional requer uma lista extensa de diagnósticos diferenciais, já que muitos dos sintomas podem ser causados também por síndromes vasculares, dor miofascial, inflamação e problemas psiquiátricos (transtornos somatoformes e Síndrome de Munchhausen). **REFERÊNCIAS:** Bibliográficas 1. Eijs F, Stanton-Hicks M, Zundert J V et al. Complex Regional Pain Syndrome. *Pain Practice*, 2010; 11: 70-87. 2. Bruehl S, Harden RN, Galer BS et al. Complex regional pain syndrome: are there distinct subtypes and sequential stages of the syndrome. *Pain*, 2002; 95: 119-124.

DOR CRÔNICA PÓS TORACOTOMIA: RELATO DE CASO

AUTORES:

Rioko Kimiko Sakata, Munique Martins Monteiro, Ana Paula Santana Huang.

INSTITUIÇÃO:

CET – Disciplina de Anestesiologia, Dor e Terapia Intensiva da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina.

INTRODUÇÃO: A prevalência de dor crônica pós-operatória (DCPO) é elevada, acometendo tanto cirurgias de pequeno porte como as de grande porte. A dor pós toracotomia pode não se limitar ao pós operatório imediato, mas pode evoluir, em mais de 52% dos pacientes, em dor crônica pós operatória, que invariavelmente afeta sua qualidade de vida. Caso: C. O. J., sexo feminino, 14 anos, gastrectomizada e submetida a diversas dilatações esofágicas, sem sucesso, devido estenose de esôfago após ingestão acidental de soda cáustica com 1 ano de idade. Foi então submetida a esofagectomia através de toracotomia a direita e esofagostomia cervical. O procedimento cirúrgico seguiu sem intercorrências, durando 7 horas, sob anestesia geral e passagem de cateter peridural em nível de T 7, sendo administrado morfina 2 mg, via peridural ao fim da cirurgia. Não houve complicações anestésicas. Ao fim da cirurgia, a paciente foi encaminhada à UTI, onde permaneceu por 4 dias, em ventilação mecânica, o cateter peridural foi sacado no terceiro dia de pós-operatório, sendo realizado analgesia pós-operatória sistêmica com tramadol em bomba de infusão. Após 2 meses de cirurgia foi encaminhada para clínica de Dor com queixa de dor em região da toracotomia, latejante, de forte intensidade, associado a parestesia.

DISCUSSÃO: A DCPO está presente em até 52% das toracotomias e pode apresentar dor limitante em 3-16% dos pacientes. O controle da dor pós toracotomia é vital não apenas para o conforto do paciente, mas também para minimizar complicações pulmonares pós operatórias e diminuir a ocorrência de dor crônica. A causa de dor pós toracotomia não é bem definida, mas parece estar associada a lesão de nervos intercostais, uso de afastadores, síndrome miofascial e costochondrite. Vários fatores de riscos estão envolvidos no desenvolvimento de DCPO, sendo a dor aguda pós-operatória mal controlada um fator importante. A analgesia multimodal é mais adequada para tratamento da dor, com redução de efeitos colaterais, tanto no contexto da dor aguda como na dor crônica pós operatória. **CONCLUSÃO:** A dor crônica pós-operatória é uma morbidade de alta incidência e afeta qualitativamente a vida dos pacientes, embora muitas vezes negligenciada pela equipe médica. A DCPO é de difícil tratamento sendo a medida mais eficaz a sua prevenção. **REFERÊNCIA:** Bibliográficas 1. Sadatsune E, Sakata R et al. Chronic postoperative pain: pathophysiology, risk factors and prevention. Rev Dor. São Paulo, 2011 jan-mar;12(1): 40-45 2. Gerner P et al. Postthoracotomy pain management. Anesthesiol Clin 2008; 26: 355

DOR NEUROPÁTICA CRÔNICA EM TERRITÓRIO DO NERVO TRIGÊMIO (V1 E V2) A DIREITA EM PACIENTE SUBMETIDA A RESSECÇÃO CIRÚRGICA POR VIA TRANSESFENOIDAL DE ADENOMA DE HIPÓFISE

AUTORES:

Cristiano Hiroshi Vieira Horiguchi, Gustavo Rodrigues Costa Lages, Romildo Loures de Alcantara, Grazielle Sales Diniz, Luiz Paulo Bastos, Paulo Jacinto Morato Menezes .

INSTITUIÇÃO:

Hospital das Clínicas da UFMG.

INTRODUÇÃO: Os adenomas de hipófise representam em torno de 10% de todas as neoplasias intracranianas operadas. A cirurgia está indicada quando o paciente apresenta produção hormonal com tratamento clínico ineficaz ou quando o tumor apresenta efeito de massa com sintomas como alterações visuais e cefaléia. O tratamento cirúrgico pode ser realizado por craniotomia ou via transesfenoidal. **RELATO DE CASO:** Paciente E. M. G., 46 anos, portadora de síndrome de cushing, apresentando cefaleia e distúrbio visual. Submetida em 2011 à ressecção cirúrgica de microadenoma produtor de hormônio adrenocorticotrófico. Em 2013 iniciou com dor incapacitante, contínua em hemiface direita em território do 1 e 2 ramos do nervo trigêmio; acompanhado de edema, eritema, enoftalmia e ptose palpebral ipsilateral. Encaminha para clínica de dor em abril de 2013 em uso de: amitriptilina 25 mg, clorpromazina 25 mg, carbamazepina 200 mg, dipirona 500 mg de 6/6 horas, citalopram 20 mg e prednisona 2, 5 mg. Aventada a hipótese de hemicrania contínua, sendo iniciado indometacina, sem resposta. Aumentado dose de carbamazepina até 1200 mg dia, sem melhora. Realizado bloqueios do gânglio estrelado e dos nn maxilar e supraorbitário com melhora fugaz. Iniciado pregabalina 75 mg ao dia por 2 dias e depois 75 mg de 12/12 horas e gabapentina 2% + lidocaína 2 % gel no local de 6/6 horas e realizado bloqueio do gânglio esfenopalatino a direita com lidocaína 1%. Paciente retorna em 7 dias com melhora de 90 % no quadro dor, mantendo edema e eritema na hemiface direita. Orientada a manter a medicação prescrita e realizar no domicílio o bloqueio do gânglio esfenopalatino com cotonete embebido em solução de lidocaína 1% por via nasal de 3 em 3 dias. Atualmente paciente se apresenta com melhora total do quadro doloroso e melhora importante do humor. **DISCUSSÃO:** A cirurgia para ressecção de tumor de hipófise via transesfenoidal apesar de segura e apresentar baixa incidência de complicações, deve-se lembrar que elas ocorrem e devem ser informadas aos pacientes para que o tratamento adequado seja realizado o mais precoce possível. No caso descrito, possivelmente houve lesão do gânglio esfenopalatino durante a realização do acesso cirúrgico. O gânglio esfenopalatino está localizado na fossa pterigo-palatina, posterior ao corneto médio nasal, coberto apenas com uma fina camada de tecido conectivo e membrana mucosa. Esse gânglio tem grande importância no SNAS e emite ramificações para diversas estruturas como o gânglio de Gasser e ramos do n trigêmeo. Há muitas indicações para o bloqueio do gânglio esfenopalatino como cefaléia tipo cluster, neuralgias faciais, dor orofacial atípica. A abordagem transnasal é simples e pode ser feita no ambulatório. A paciente teve remissão da dor com o tratamento proposto, dispensando técnicas mais invasivas. **REFERÊNCIA:** 1. Zakrzewska JM . Diagnosis and differential diagnosis of trigeminal neuralgia Clinical Journal of Pain 2002; 18 (1Orofacial Pain) 14–21.

DROGADIÇÃO DE OPIÓIDES EM PACIENTE SOB TRATAMENTO PARA DOR NEUROPÁTICA AGUDA – RELATO DE CASO

AUTORES:

Claudia Marquez Simões, Julius Cesar Bonifacio Baranauskas*, Fernanda Marques Ferraz de Sá, Ana Carolina Lopes Pinheiro, Cláudia Panossian Cohen, João Valverde Filho.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Sírio Libanês / Serviços Médicos de Anestesia Ltda.

INTRODUÇÃO: A dor neuropática deve ser abordada com terapêutica multimodal, que inclui muitas vezes, o uso de opióides. Já é conhecida a tendência dos usuários crônicos de opióides à dependência psicológica e química a essa classe medicamentosa, porém, alguns indivíduos demonstram fatores de risco e comportamentos anômalos durante a utilização aguda dessas substâncias, o que deve ser acompanhado e tratado de forma enfática, evitando o abuso sem controle de medicações terapêuticas. **RELATO**

DE CASO: Paciente do sexo feminino, 31 anos, IMC: 35 kg/m², com histórico de asma e episódio de pancreatite prévia sem causa conhecida, em pós-operatório tardio de gastroplastia redutora, com posterior reversão devido a fístulas gastropleurais e dispnéia. Deu entrada no serviço para realizar decorticação pulmonar, durante a qual foi realizado bloqueio peridural associado a anestesia geral. No pós-operatório imediato, após retirada da PCA peridural, evoluiu com dor neuropática caracterizada por alodínea térmica e hiperpatia em hemitórax, de T6-T8, no local de inserção do dreno. Optado por iniciar PCA venoso de morfina, associado a anticonvulsivantes, relaxantes musculares, analgésicos e antiinflamatórios. A paciente evoluiu com comportamento fissurante e dependência emocional da medicação, sendo suspenso seu uso após 11 dias devido a tais características comportamentais. A dor passou então a ser controlada com medicações orais e opióides de baixa potência. **DISCUSSÃO:** Cerca de 26% dos usuários de opióides nos EUA desenvolvem dependência. Isso gera um custo anual de, aproximadamente, 8, 6 bilhões de dólares. Os opióides com maior taxa de abuso são a hidrocodona e a oxicodona. Como manejo terapêutico ideal deve-se realizar uma avaliação antes do início do tratamento levando em consideração os fatores de risco já bem estabelecidos, além de comportamentos de risco e visar a identificação precoce do potencial de abuso. A terapia com opióides deve ser guiada por metas e o acompanhamento deve ser preciso, para que intervenções sejam feitas precocemente ao menor sinal de abuso. É papel do médico responsável pelo acompanhamento de dor não formar opiniões e julgamentos e, sim, auxiliar o paciente no seu momento de desconforto e fragilidade. **REFERÊNCIA:** Nalini Sehgal et al, Prescription Opioid Abuse in Chronic Pain: A Review of Opioid Abuse Predictors and Strategies to Curb Opioid Abuse. Pain Physician; 15: ES67-ES92.

ESTUDO PILOTO COMPARANDO BLOQUEIO CAUDAL COM ULTRASSONOGRAFIA E FLUOROSCOPIA

AUTORES:

Thiago Ramos Grigio, Yuri de Abreu, Bruno Prandini, Marcelo Vaz Perez, Emanuela Lombardi, Judymara Lauzi Gozzani.

INSTITUIÇÃO:

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

INTRODUÇÃO: O sacro é um osso largo triangular formado pela fusão de 5 vértebras sacrais. Tem uma ponta romba na parte caudal que se articula com o cóccix. Na parte cefálica tem a base larga e articula-se com a quinta vértebra lombar. O hiato sacral é formado pelo forame vertebral sacral com forma triangular. Considerável variabilidade ocorre na anatomia do hiato sacral em indivíduos de origem, raça e estatura semelhantes. A curvatura sacral também varia substancialmente. Esta variação tende a ser mais pronunciada nos homens. O significado deste achado é que a agulha de peridural tende a passar mais facilmente no canal de mulheres do que de homens. O ângulo entre o canal lombar e o canal sacral varia de 70 a 70o em pacientes com hiperlordose. As indicações de bloqueio peridural caudal são essencialmente as mesmas que as do bloqueio peridural lombar, mas seu uso é preferido quando se quer atingir principalmente as raízes sacrais. Está indicado em dores crônicas por radiculopatias secundária a hérnias de disco, estenose espinhal, síndrome pós laminectomia, polineuropatia diabética, neuralgia pós herpética, síndrome dolorosa complexa regional e dor pélvica crônica. A abordagem do hiato sacral pode ser feita levando em consideração a referência anatômica e perda da resistência ou utilizando o estudo de imagem com auxílio do ultrassom (USG) ou da fluoroscopia. Após aprovação do comitê de ética foram selecionados 3 pacientes com dor lombar crônica e irradiação para membros inferiores sem melhora com medicação e fisioterapia, com idade maior que 18 anos, ASA II. Este estudo tem objetivo de comparar o bloqueio peridural caudal realizado com ultrassonografia e fluoroscopia. Os bloqueios foram guiados por ultrassonografia para identificação do hiato sacral e inserção da agulha. A fluoroscopia com contraste foi utilizada para confirmação do local. Os métodos de imagem diminuem o erro do posicionamento da agulha no espaço peridural, quando comparados com a técnica baseada somente na anatomia. Optou-se por utilização da técnica de USG pois garante o correto posicionamento sem as desvantagens de irradiação e necessidade de fluoroscopia e técnico. Além disso, a localização da agulha por USG coincidiu nos três casos com a da fluoroscopia. Em conclusão, a utilização de métodos de imagem para bloqueio peridural caudal em pacientes com lombalgia crônica possibilita maior segurança nos procedimentos realizados. **REFERÊNCIA:** Ekiguchi M, Yabuki S, Satoh K, et al: An anatomic study of the sacral hiatus: A basis for successful caudal epidural block. Clin J Pain. 2004;20: 51-54.

GABAPENTINA NO TRATAMENTO DA DOR PERSISTENTE PÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO. RELATO DE CASO

AUTORES:

Camilla Oliveira Lima, Stephanie Chagas Feitosa, Alex Ricardo Ferreira, Carlos Umberto Pereira, Isabela Soares Costa, Alyne Andrade Lima.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal de Sergipe.

INTRODUÇÃO: O trauma cirúrgico ativa numerosos receptores algícos. Semelhante à lesão nervosa, a lesão cirúrgica de tecido tem sido indicada na sensibilização espinal, ativação metabólica e hiperexcitabilidade dos neurónios nociceptivos espinais, na expansão de campos receptivos sensoriais, e alterações no processamento de estímulos inócuos, com o desenvolvimento de dor "patológica", caracterizada por hiperalgesia e alodinia. Os gabapentinóides têm propriedades anti-hiperalgésica e anti-alodínica com apenas um pequeno efeito sobre a nocicepção normal, com potencial papel para analgesia pós-operatória, ansiólise pré-operatória e a prevenção de doenças crônicas pós-cirúrgica. **RELATO DE CASO:** AMS, 27 anos doméstica, apresentou dor em punho bilateral, sendo compatível neurologicamente e eletromiograficamente com síndrome do túnel do carpo de intensidade moderada, submetida a descompressão cirúrgica do túnel do carpo a direita com melhora relativa. Após dois meses apresentou dor persistente e noturna de intensidade acentuada que não cedia ao uso de analgésicos simples. Submetida a fisioterapia motora, e anti-inflamatórios não hormonais, sem melhora. Foi iniciado tratamento com gabapentina após um mês de uso houve regressão total da sintomatologia. **DISCUSSÃO:** A gabapentina é um análogo estrutural do ácido gama-amino-butírico (GABA) cuja ação primária é regular as subunidades 2 e 1 canais de cálcio voltagem-dependentes expressas e hiperativas nas colunas posteriores da medula espinal e nos gânglios da raiz dorsal de um nervo lesado, podendo explicar a ação da gabapentina em danos neurogênicos. Mais de 30 ensaios clínicos que avaliaram os potenciais papéis dos gabapentinóides para analgesia pós-operatória, ansiólise pré-operatória e a prevenção de doenças crônicas pós-cirúrgica indicam sua eficácia no tratamento da dor pós-operatória aguda, tanto em reduzir o score da dor quanto em diminuir o consumo de opióides, quando associados. Poucos desses estudos avaliaram o efeito da gabapentina na dor pós-operatória crônica, mas uma vez que esse medicamento inibe a sensibilização central, um dos mecanismos atribuídos ao desenvolvimento das síndromes dolorosas crônicas, pode-se esperar que o mesmo tenha lugar na prevenção dessas síndromes. Apesar dos benefícios dos gabapentinóides, deve-se ser cauteloso sobre os efeitos colaterais, sendo os dois mais comuns o aumento das taxas de tontura e sedação em pacientes cirúrgicos. Mesmo assim, alguns autores relatam que o uso prévio por via oral de gabapentinóides podem evitar a ocorrência de dor crônica persistente. **REFERÊNCIA:** Bibliográficas Eipe N, Penning J, Ansari M et al. A protocol for a systematic review for perioperative pregabalin use. *Systematic Reviews*. 2012;1: 40 Imani F, Rahimzadeh P. Gabapentinoids: Gabapentin and Pregabalin for Postoperative Pain Management. *Anesth Pain*. 2012;2(2): 52-53.

HIDRODISCECTOMIA PERCUTÂNEA PARA TRATAMENTO DE HÉRNIA DISCAL CERVICAL

AUTORES:

Gabriel José Redondano de Oliveira, Fernanda Ferreira Teles, Walter Luiz Ferreira Lima, José Luiz de Campos, Nivaldo Simoes Correa, João Paulo Simões Domeni.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Vera Cruz - Campinas.

INTRODUÇÃO: Freqüente desordem músculo esquelética, a hérnia discal é caracterizada pela ruptura do anel fibroso, com deslocamento da massa do central do disco para os espaços intervertebrais, gerando compressão de estruturas nervosas adjacentes. A radiculopatia em consequência ao prolapso do disco intervertebral cervical, ocorre com maior freqüência entre a terceira e quarta décadas de vida. O rompimento do ânulo fibroso leva a formação da hérnia; o processo inflamatório e o fragmento do disco intervertebral contralateral à raiz nervosa cervical resultam em cervicobraquiálgia distribuída pelo dermatomo correspondente à raiz nervosa acometida. **RELATO DO CASO:** paciente sexo masculino, 57 anos, branco, 112 quilos, apresentando cervicalgia associada à dor e parestesia em ombro e mão direita. Ressonância magnética mostrava lesão osteofitária em C5-C6, com moderada compressão na porção anterior do saco tecal e constrição foraminal parcial bilateralmente, nesse nível. A técnica escolhida foi a Hidrodiscectomia cervical percutânea. O paciente foi monitorizado; posicionado em decúbito dorsal, sedado com propofol sob infusão contínua - alvo 2. 7 mcg/mL. Utilizada abordagem lateral no espaço entre C5-C6, guiado por fluoroscopia, na técnica de túnel; confirmado posicionamento intradiscal da cânula através das incidências ântero-posterior e oblíqua. Utilizando uma agulha fina é realizada uma punção discal guiada por fluoroscopia para colocação da sonda de aspiração discal dentro do disco, no núcleo da hérnia discal. A sonda é conectada a um aparelho de aspiração, e, através de ciclos aspira o conteúdo do núcleo. Além disso, uma pequena lâmina localizada na ponta da cânula é capaz de cortar massa do disco e da hérnia em pequenos pedaços. Todo material é aspirado e coletado em recipiente do aparelho, permitindo avaliação posterior. **DISCUSSÃO:** As indicações cirúrgicas para tratamento da cervicalgia secundária a estenose do canal ou dor discogênica são limitadas. Em geral se encaixam como candidatos aqueles pacientes sem sucesso no tratamento conservador por mais de três meses e aqueles com deficit neurológico progressivo. As técnicas cirúrgicas minimamente invasivas para tratamento de hérnias discais têm se difundido muito nos últimos anos. A hidrodiscectomia percutânea apresentou boa tolerabilidade pelo paciente; houve necessidade apenas de leve sedação e o resultado final obtido durante acompanhamento pós operatório do paciente demonstrou boa evolução. Houve melhora da dor, graduada inicialmente como 6/10 e atualmente 2/10, na escala numérica da dor; e regressão dos sintomas neurológicos com desaparecimento da parestesia em membro superior. **REFERÊNCIA:** 1. Casey E. Natural History of radiculopathy. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2011;22: 1-5. 2. Bonaldi G, Minonzio G, Belloni G, et al. Percutaneous cervical diskectomy: preliminary experience. *Neuroradiology*. 1994;36: 483-86.

INJEÇÃO INADVERTIDA DE CORTICOSTERÓIDE ASSOCIADO AO ANESTÉSICO LOCAL NO ESPAÇO SUBARACNOIDEO: RELATO DE CASO

AUTORES:

Guilherme Abreu de B. Comte de Alencar*, Pedro Henrique de Mello N. Nobre Machado, Vera Lucia Adas Pettersen, José Costa, Paulo Roberto Alcantara Aguiar.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Naval Marcílio Dias- HNMD.

INTRODUÇÃO: As síndromes dolorosas lombares constituem uma grande causa de morbidade e incapacidade. A terapêutica destas doenças é normalmente baseada em medidas conservadoras ou cirúrgicas. Antes que os corticosteróides fossem utilizados no espaço peridural, a injeção subaracnóidea (SA) era a escolha. As punções SA acidentais com injeção de corticóides para tratamento de dor podem apresentar complicações. Os seus riscos são inúmeros, variando de sintomas leves a lesões nervosas graves.

RELATO DE CASO: Paciente, branca, 37anos, ASA I, com lombocia-talgia à esquerda, refratária ao tratamento conservador da discopatia lombar. Pela neurocirurgia foi indicado bloqueio peridural com anestésico local e corticoide. Realizada punção do espaço peridural entre L4-L5 com agulha de Tuohy 16G. Foi preparada uma solução (10 ml) contendo 20 mg de bupivacaína a 0, 25% e 80 mg de acetato de metilprednisolona em solução fisiológica. Após aspiração negativa de sangue ou líquido cefalorraquidiano (LCR) foram administrados 4 ml desta solução, quando o paciente referiu dor intensa sendo interrompida a administração. Foi realizada nova punção peridural entre L3-L4 com agulha 16G, o restante da mistura (6ml) foi administrada. A paciente foi posicionada em decúbito dorsal e relatou parestesia e bloqueio motor nos quatro membros. Foi observada repercussões hemodinâmicas brandas, sendo corrigidas com cristalóide e vasopressor. Realizada uma tomografia computadorizada (TC) da coluna lombar 4 horas após o procedimento que demonstrou a presença de ar no espaço peridural sem qualquer outra alteração. Após 24 h, retornou com motricidade e sensibilidade nos membros afetados. **DISCUSSÃO:** A origem da terapia com esteróides por via SA teve início em 1961. A transição da terapia SA para a peridural teve início em 1972, e obteve sucesso com injeções de pequenos volumes de metilprednisolona, demonstrando que sua ação foi o mecanismo terapêutico. Os resultados com injeções peridurais foram melhores. Essa transição foi importante devido à ocorrência de inúmeras complicações com injeção SA. A injeção proposta neste caso foi via peridural, mas houve punção inadvertida da dura-máter. Apesar de não ter sido visível o refluxo de LCR na agulha, certamente ocorreu injeção parcial da solução no espaço SA, que induziu bloqueios motor e sensitivo evidentes, o que não seria esperado com o volume e a concentração de anestésico local utilizados, se o mesmo fosse depositado no espaço peridural. No presente caso, não houve grandes complicações. **REFERÊNCIA:** 1-Armon C, Argoff CE, Samuels J et al. – Assessment use of epidural steroid injections to treat radicular lumbosacral pain: report of the Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 2007;68: 723-729. 2- Parr AT, Diwan S, Abdi S. Lumbar interlaminar epidural injections in managing chronic low back and lower extremity pain: A systematic review. *Pain Physician* 2009; 12: 163-188.

NEURÓLISE DE PLEXO LOMBAR PARA TRATAMENTO DE DOR EM PACIENTE COM LUXAÇÃO DO QUADRIL, PORTADOR DE SÍNDROME DO ENCARCERAMENTO

AUTORES:

Cristiano Hiroshi Vieira Horiguchi, Gustavo Rodrigues Costa Lages, Grazielle Sales Diniz, Gabriela Raposo Tavares, Rachel de Andrade Ivo, Thiago de Deus.

INSTITUIÇÃO:

Hospital das Clínicas da UFMG.

INTRODUÇÃO: A síndrome do encarceramento (Locked-in syndrome) é causada por um insulto à ponte ventral, mais comumente um infarto, hemorragia ou trauma. As características da síndrome são quadriplegia e afasia com a preservação da consciência. O paciente mantém o movimento vertical dos olhos, facilitando a comunicação não-verbal. Tipicamente ocorre paralisia do olhar medial e lateral. Entretanto o paciente costumam manter o controle da pálpebra superior e o movimento ocular vertical, permitindo a comunicação. Em decorrência da dificuldade de comunicação, a dor pode ser sub diagnosticada, resultado em controle algico insatisfatório e sofrimento adicional. **RELATO DO CASO:** V. C. O, 68 anos, masculino. Admissão hospitalar em 12/7/2012 quando apresentou mal estar súbito seguido de paresia do dimidio direito, dificuldade de fala, rebaixamento do nível de consciência. TC crânio não mostrava sinais de sangramento, sendo feito trombólise com alteplase, sem melhora. Posteriormente, nova TC mostrou hipodensidade extensa occipital à esquerda e em tronco encefálico. Evoluiu com quadriplegia, afasia, com preservação da consciência. História pregressa de fratura de fêmur esquerdo 3 meses antes da internação, não operada. Relatava, antes da internação, dor intensa em articulação coxo femoral esquerda, referida em todo membro inferior esquerdo. Havia piora da dor à manipulação e discreta melhora após uso de Dipirona. Foi prescrito, desde a admissão para tratamento da dor em articulação coxo femoral esquerda, Dipirona (2 g/dia) e Morfina em doses crescentes até 4 mg EV 4/4 horas. Paciente se comunicava através da elevação dos olhos, confirmando dor em MID. Como não foi observado melhora clínica, foi indicado bloqueio de plexo lombar. Em 28/8/2012 foi realizado bloqueio teste de plexo lombar, guiado por ultrassonografia e ENP. Usado Ropivacaína 0, 3%, 5 ml com melhora da dor e do humor. Em 31/8/2012 foi realizado neurólise de plexo lombar, guiado por ultrassonografia e ENP. Usado Ropivacaína 0, 3%, 5 ml e a seguir álcool absoluto 12 ml. Melhora da dor expressa pela família, equipe de fisioterapia e terapia ocupacional. Em 1/9/2012 apresentou sepse, foco pulmonar. Recebeu suporte ventilatório e hemodinâmico, foi tratado com Meropenem sem melhora clínica. Evoluiu para óbito em 5/9/2013. **DISCUSSÃO:** O controle de sintomas, em pacientes portadores da síndrome do encarceramento é de extrema importância. A dor pode e deve ser investigada e adequadamente tratada. Quando a doença de base ocasiona limitação de função motora/sensitiva importante, os procedimentos neurolíticos se apresentam como uma possibilidade de tratamento da dor. Tais procedimentos devem ser realizados sob os cuidados de profissionais experientes minimizando as complicações inerentes à técnica. **REFERÊNCIA:** 1) BMJ Clinical review. Locked-in syndrome. Eimear Smith, Mark Delargy. 2005. 2) In the Clinic Palliative Care. Keith M. Swetz, Arif H. Kamal. 2012 American College of Physicians.

AVALIAÇÃO ATRAVÉS DE IMAGEM ULTRASSONOGRÁFICA DA REFERÊNCIA ANATÔMICA CORRESPONDENTE À LINHA DE TUFFIER EM AMOSTRA POPULACIONAL DE UM HOSPITAL ESCOLA DO DISTRITO FEDERAL

AUTORES:

Jônata Freitas Virginio, Janini Siqueira Muniz, Ana Paula Cronemberger, José Henrique Leal Araújo.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Regional da Asa Norte - Distrito Federal

INTRODUÇÃO: Na literatura existe uma considerável incidência de trauma neurológico após anestesia espinhal. Uma das causas está no julgamento errado do espaço intervertebral pelos anestesiológicos, que utilizam métodos palpatórios de referências anatômicas, e uma delas é a linha imaginária que cruza as cristas ilíacas, chamada linha de Tuffier. Há divergências quanto à correspondência da linha, variando desde L3-L4 até L5-S1. O presente estudo foi conduzido com a finalidade de, através de análise ultrassonográfica, determinar a mais comum referência anatômica de correspondência da linha de Tuffier com a coluna lombar em uma amostra populacional, verificando se existe concordância com a literatura. **MÉTODO:** Foram examinados pacientes ou voluntários adultos, nas enfermarias e centro cirúrgico do HRAN. Ficaram na posição sentada durante o exame, e com auxílio de um régua, determinou-se o ponto da coluna por onde passa a linha de Tuffier. Com a ultrassonografia da região lombar, identificou-se a que espaço correspondia o ponto. **RESULTADO:** Foram incluídos 80 pacientes. Destes, 48, 21% apresentaram a linha de Tuffier sobre o corpo de L4, enquanto que 35, 7% entre L3-L4, 8, 9% entre L4-L5 e 3, 57% no corpo de L3, a mesma percentagem no corpo de L5. Comparando a localização da linha de Tuffier com estatura do voluntário, 87, 5% dos pacientes abaixo de 1, 70m estava acima de L4, enquanto 77, 7% dos pacientes acima de 1, 70m acima de L4, não havendo diferença significativa entre os grupos. **CONCLUSÕES:** Em concordância com a literatura, há uma grande variação na localização da linha de Tuffier, e a predominante corresponde ao corpo de L4 e interesse L3-L4. A estatura parece não ter influência. **REFERÊNCIA:** 1. Broadbent CR, Maxwell WB, Ferrie R et al. Ability of anaesthetists to identify a marked lumbar interspace. *Anaesthesia* 200; 55: 1122-1126. 2. Van Gessel EF, Forster A, Gamulin Z. Continuous spinal anesthesia: where do the spinal catheters go? *Anesth Analg* 1993; 76: 1004-7. 3. Tanaka K, Irikoma S, Kokubo S. Identification of the Lumbar interspinous Spaces by Palpation and Verified by X-Rays. *Rev Bras Anestesiologia*. 2013;63(3): 245-248. 4. Thavasothy M. The reproducibility of the iliac crest as a marker of lumbar spinal level. *Anaesthesia* 1997; 52: 811. 5. Hamandi K, Mottershead J, Lewis T, Ormerod IC, Ferguson IT. Irreversible damage to the spinal cord following spinal anesthesia. *Neurology* 2002; 59: 624-6. 6. Reynolds F. Damage to the conus medullaris following spinal anaesthesia. *Anaesthesia* 2001; 56: 238-47. 7. Ahmad FU, Pandey P, Sharma BS, Garg A. Foot drop after spinal anesthesia in a patient with a low-lying cord. *Int J Obstet Anesth* 2006; 15: 233-6.

DESENVOLVIMENTO DO CURSO INTRODUTÓRIO PARA RESIDENTES DE ANESTESIOLOGIA (CIPRA): O RESIDENTE MAIS EXPERIENTE COMO PROFESSOR

AUTORES:

João Marcelo Wardini Dantas do Amaral, Adele Lino Alfano, Claudia Marquez Simões, Bruno Francisco de Freitas Tone-lotto*, Cláudia Panossian Cohen.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Sirio-Libanês.

INTRODUÇÃO: Muitas são as aspirações e necessidades de contentamento quando iniciamos o programa de residência em anestesia. Por ser uma especialidade de peculiaridades únicas, o “mundo” anestésico é pouco conhecido e vivenciado durante o ensino superior. Desta forma em muitas vezes há falhas no processo de transição entre essas duas realidades tão diferentes e o residente do segundo e terceiro ano podem ser fundamentais na orientação e recepção de novos residentes. **METODOLOGIA:** Durante as avaliações periódicas do programa de residência médica os residentes trouxeram a iniciativa de montarmos um programa que consistisse nos aspectos e procedimentos básicos que um residente no início do ano deverá se habituar. A partir desta iniciativa iniciou-se a criação do CIPRA – Curso introdutório do programa de residência médica. O curso é dividido em 2 partes: presencial e à distância. Foram criadas vídeo-aulas disponibilizadas por meio da plataforma moodle além do currículo da semana introdutória presencial. O residente tem um papel ativo nestas atividades educacionais como professor. **RESULTADO:** O envolvimento dos residentes como professores e instrutores do curso possibilitou a criação de uma nova reforço dos temas referentes ao ME1 e deverá auxiliar a recepção de novos residentes no programa em 2014. A plataforma de ensino à distância foi incorporada às atividades dos médicos em especialização sendo cada vez mais utilizada, disponibilizando o conteúdo gerado pelos próprios médicos em especialização. O desempenho acadêmico dos residentes envolvidos no projeto apresentou melhora sensível, tanto no interesse das atividades práticas do programa de residência quanto no desempenho acadêmico em notas teóricas. **CONCLUSÃO:** O sucesso no início da carreira anestésica não depende somente de trabalho, método e dedicação, mas também de atitudes por parte dos coordenadores do programa de ensino com o intuito de promover adequadamente a transição entre o ensino superior e o programa de anestesia. O residente atuando como professor acaba desenvolvendo habilidades diversas onde em modelos tradicionais de treinamento temos grande dificuldade de obtenção. O modelo de avaliação de treinamento de Kirkpatrick propõe que podemos mensurar 4 níveis: reação, aprendizagem, comportamento e resultados. A parceria com os médicos em especialização no treinamento de seus pares tem papel essencial no desenvolvimento do programa de formar o do especialista. Pessoas-chave podem reforçar conhecimentos e habilidades recém-adquiridas através do apoio e responsabilização. A intensidade desta parceria se correlaciona diretamente à melhoria do desempenho com resultados positivos. **REFERÊNCIA:** Steinert Y, Mann K, Centeno A, et al. A systematic review of faculty development initiatives designed to improve teaching effectiveness in medical education: BEME Guide No. 8. *Medical teacher* 2006;28: 497-526.

ENSINO-APRENDIZAGEM DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO CURSO DE GRADUAÇÃO DE MEDICINA EM UNIVERSIDADE BRASILEIRA

AUTORES:

Alberto Esteves Gemal, Luis Antonio dos Santos Diego, Alexandra Rezende Assad.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal Fluminense.

INTRODUÇÃO: O ensino/aprendizado, de forma estruturada, dos princípios da segurança do cuidado considerando suas bases atuais de estudo, não é difundido, de forma sistemática, nos cursos de graduação de Medicina em universidades brasileiras, não constando da grade curricular obrigatória e também como disciplina optativa disponível. **MÉTODO:** O Departamento de Cirurgia Geral e Especializada (MCG) da Universidade Federal Fluminense, localizada em Niterói (RJ), promoveu em 2010 um Fórum de discussão sobre os princípios da qualidade e segurança em saúde. A partir das discussões dele oriundas foi possível a elaboração de conteúdo programático e ementa para uma disciplina optativa específica sobre o tema, a qual, após a sequência de trâmites necessários à regulamentação na universidade, foi aprovada pelo conselho de curso. **RESULTADO:** A disciplina optativa de Segurança do Paciente (MCG01030)¹ pôde ser oferecida a turmas de 10 alunos da graduação da faculdade de medicina já no primeiro semestre de 2011 com carga horária de 15 horas por semestre. A média de alunos desde então tem sido de 6 alunos por período com aproveitamento integral. **CONCLUSÃO:** A discussão, na área acadêmica, de temas atuais na gestão da prática clínica, ainda que apresentem um perfil transversal, desempenham papel relevante e podem vir a integrar a grade curricular da graduação em medicina. **REFERÊNCIA:** 1. <https://sistemas.uff.br/iduff/sid137avUfd98/consultaMatrizCurricular.uff> Acessado em 10/08/2013

NARRAÇÃO REFLEXIVA - PROJETO BANDEIRA CIENTÍFICA

AUTORES:

Breno Altero Longo;, Keila Raissa Fernandes Filgueira*, Thatiana Moreno Horta, Thatiana Moreno Horta, Joaquim Edson Vieira, Luiz Fernando Ferraz da Silva.

INSTITUIÇÃO:

FMUSP.

INTRODUÇÃO: Bandeira Científica (BC) é um projeto de extensão universitária, organizado e supervisionado por acadêmicos da Universidade de São Paulo. Desenvolve atividades interdisciplinares em municípios com particularidades na atenção à saúde, ao mesmo tempo em que proporciona ao graduando a experiência de uma realidade diferenciada do ambiente acadêmico (Silva LFF 2012). Criada em 1957 e reeditada em 1997, o projeto teve sua primeira versão cirúrgica em Julho de 2013. O objetivo desta investigação é apresentar a experiência de quatro residentes em anesthesiologia, sob supervisão docente na BC no interior do Mato Grosso do Sul. Descrição: A expedição deslocou uma equipe de ginecologistas, radiologistas, patologistas e anesthesiologistas de São Paulo-SP para Coxim-MS, para realizar cirurgias ginecológicas (n=32), em uma estadia de curta permanência (quatro dias cirúrgicos em uma semana). Foram realizadas histerectomias (via vaginal e laparoscópica) e correção de incontinência urinária. Os residentes de anesthesiologia descrevem as experiências que julgam enriquecedoras substancialmente suas formações pessoais e profissionais. Entre estas: a localização (255 km) do centro de referência mais próximo, limitada disponibilidade de alguns fármacos e primeiro contato com fármacos nunca antes utilizados, disponibilidade restrita de concentrado de hemácias e de equipamentos, tomada rápida de decisões frente a eventos adversos (EA) e emergenciais, atuação como orientadores na formação de acadêmicos de medicina e trabalho em equipe. **DISCUSSÃO:** A experiência apontou algumas necessidades de atendimento em atendimento cirúrgico para a BC cirúrgica: 1. Dois anesthesiologistas por sala cirúrgica – a alta rotatividade, a estafa laboral (jornadas de 13 horas por dia), visitas pré e pós-anestésica, a eventual permanência noturna hospitalar em casos de EA e o preenchimento de questionários; 2. Monitores de reserva com capnografia – a falha implicaria em atrasos nos procedimentos; 3. Bomba de infusão ou semelhante – necessidade, eventual, de infusão de droga vasoativa; 4. Reserva de vaga para UTI – o centro de referência mais próximo necessita de ambulância UTI, acompanhada de um médico. Um dos casos, emblemáticos para o contexto, foi acompanhado em improvisada semi-intensiva com um residente em plantão; 5. Banco de sangue, considerando que a disponibilidade local era de duas bolsas de concentrado de hemácias de cada tipo sanguíneo; 6. Cirurgião Geral participante da equipe – considerando a potencial chance de complicações cirúrgicas (2 pacientes necessitaram reabordagem por sangramento ativo). **REFERÊNCIA:** Silva LFF. Projeto Bandeira Científica. História, estratégias e resultados. Revista Cultura e Extensão USP 2012; 7: 53-65).

PARTICIPAÇÃO DA ANESTESIOLOGIA NO ENSINO-APRENDIZAGEM DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO CURSO DE GRADUAÇÃO DE MEDICINA

AUTORES:

Alberto Esteves Gemal, Luis Antonio dos Santos Diego, Alexandra Rezende Assad.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal Fluminense.

Participação da Anestesiologia no Ensino-aprendizagem da Segurança do Paciente no Curso de Graduação de Medicina **INTRODUÇÃO:** O ensino/aprendizado dos princípios da segurança do paciente, considerando seu conteúdo abrangente e indispensável à prática clínica moderna, não é oferecido de forma sistemática ao aluno da graduação em medicina. A anestesiologia insere-se, sobretudo, no Sistema da Qualidade em qualquer instância institucional. No exercício profissional, interage com sistemas responsáveis pela farmacovigilância, hemovigilância e tecnovigilância, entre outros. A ausência do tema, especificamente, na grade curricular das faculdades de medicina é a norma. **MÉTODO:** O Departamento de Cirurgia Geral e Especializada (MCG) é responsável pelo ensino-aprendizado dos princípios da anestesiologia¹, no âmbito da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF), localizada em Niterói (RJ). A discussão do tema “Segurança do Paciente” e sua inclusão no conteúdo programático a ser apresentado aos alunos da graduação da medicina foi discutida em reuniões de departamento. **RESULTADO:** Além da disponibilização da disciplina optativa de Segurança do Paciente (MCG01030)¹, oferecida aos alunos da graduação da Faculdade de Medicina da UFF desde o primeiro semestre de 2011 com carga horária de 15 horas/semestre letivo, também foi incluída na ementa da anestesiologia o tema da Segurança do Paciente, com foco no programa “Cirurgia Segura Salva Vidas” da OMS², o qual recomenda aplicação da lista de verificação cirúrgica (*checklist*). **CONCLUSÃO:** A discussão, na área acadêmica, de temas atuais na gestão da prática clínica, ainda que apresentem um perfil transversal, desempenha papel relevante e podem vir a integrar a grade curricular da graduação em medicina. **REFERÊNCIA:** 1. <https://sistemas.uff.br/iduff/sid137avUfd98/consultaMatrizCurricular.uff> Acessado em 10/08/2013 2. MS/OPAS/ANVISA. Cirurgias Seguras Salvam Vidas – Manual. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf Acessado em 10/08/2013.

REVISÕES SISTEMÁTICAS EM ANESTESIOLOGIA: QUAL SEU REAL VALOR PARA A PRÁTICA CLÍNICA?

AUTORES:

Reinaldo da Silva Santos Júnior*, Regina Paolucci El Dib, Paulo do Nascimento Júnior.

INSTITUIÇÃO:

Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.

INTRODUÇÃO: O objetivo principal das revisões sistemáticas da Colaboração Cochrane é oferecer para a comunidade médica informação atualizada para a prática clínica, evidências consistentes e recomendações objetivas de condutas. Entretanto, essas revisões têm sofrido críticas pela frequente inconsistência de evidências e incapacidade de gerar recomendação^{1, 2}. Apenas 3, 81% dessas revisões foram capazes de gerar recomendação, dispensando a necessidade de realização de estudos adicionais². O objetivo desse estudo foi analisar as revisões sistemáticas do Grupo de Anestesia da Colaboração Cochrane (Cochrane Anaesthesia Group), verificando qual sua recomendação para a prática clínica, a partir da conclusão de seus autores. **MÉTODO:** Realizou-se estudo transversal, analisando todas as revisões sistemáticas publicadas no Cochrane Anaesthesia Group até dezembro/2012, identificando-se número de estudos controlados e aleatorizados em cada revisão, bem como número de metanálises e o grau de recomendação para a prática clínica. **RESULTADO:** Identificaram-se 78 revisões sistemáticas. Destas, 39, 7% concluíram ser a intervenção provavelmente benéfica, mas 37, 1% recomendavam a realização de mais estudos. O número de intervenções consideradas nocivas foi de 8, 9%, sendo que 7, 7% requereram estudos adicionais. No geral, 96, 1% das revisões recomendavam a realização de novos estudos, independente dos resultados obtidos (benefício, malefício ou ausência de evidências para qualquer recomendação). O número médio de estudos controlados aleatorizados em cada revisão foi de 22, 1, variando entre zero e 737. O número médio de metanálises foi igual a 9, 5, variando entre zero e 92. **CONCLUSÃO:** Apenas um pequeno número das revisões sistemáticas da Colaboração Cochrane em Anestesia não clamam por mais estudos. A baixa proporção de evidências geradas para a prática clínica reafirma a necessidade de realização de novos estudos controlados e aleatorizados. **REFERÊNCIA:** (1) El Dib RP, Atallah NA, Andriolo RB. Mapping the Cochrane evidence for decision making in health care. *J Eval Clin Pract*, 2007;13: 689-92. (2) Villas Boas PJF, Spagnuolo RS, Kamegasawa A et al. Systematic reviews showed insufficient evidence for clinical practice in 2004: what about in 2011? The next appeal for the evidence-based medicine age. *J Eval Clin Pract*, 2012. [Epub ahead of print] doi: 10.1111/j.1365-2753.2012.01877.x

Estudos Experimentais

A ANESTESIA BALANCEADA COM SEVOFLURANO PODE INDUZIR DANOS NO DNA E ESTRESSE OXIDATIVO EM PACIENTES SUBMETIDOS A PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS MINIMAMENTE INVASIVOS?

AUTORES:

José Eduardo B. Orosz, Leandro G. Braz, Rosa Beatriz Amorim, José Reinaldo C. Braz, Mariana G. Braz.

INSTITUIÇÃO:

Faculdade de Medicina de Botucatu

INTRODUÇÃO: A genotoxicidade dos anestésicos halogenados tem sido avaliada com resultados controversos. É descrito que o procedimento cirúrgico pode causar aumento das espécies reativas de oxigênio, que induz a produção de malonaldeído (MDA), como reflexo da peroxidação lipídica. Os halogenados também podem contribuir para a alteração do estado redox. Há escassez de informações na literatura sobre eventual influência do sevoflurano sobre genotoxicidade, peroxidação lipídica e capacidade antioxidante do plasma em pacientes jovens, ASA I, submetidos a cirurgias eletivas. Assim, o estudo teve como objetivo avaliar os danos oxidativos no DNA, os níveis de MDA e a capacidade antioxidante em pacientes submetidos a cirurgias minimamente invasivas sob anestesia com sevoflurano. **MÉTODO:** Após aprovação da Comissão de Ética da Instituição e obtenção de consentimento informado, foram avaliados 15 pacientes ASA I de ambos os sexos, de 18 a 44 anos, submetidos a septoplastia e timpanoplastia, com duração mínima de 120 min. A anestesia foi induzida com fentanil 5mcg. kg⁻¹, propofol 2mg. kg⁻¹ e rocurônio 0, 6mg. kg⁻¹ iv, e mantida com 1, 0-1, 5 CAM de sevoflurano (2-3%). Amostras de sangue foram colhidas: antes da indução anestésica, 15 minutos após mas antes da cirurgia, com 120 min de anestesia e no primeiro dia do pós-operatório. O nível de danos no DNA de linfócitos foi determinado pelo teste do cometa, utilizando-se as enzimas formamidopirimidina DNA glicosilase e endonuclease III para detecção de purinas e pirimidinas oxidadas, respectivamente. Para determinação do estresse oxidativo, a peroxidação lipídica (MDA) e a capacidade antioxidante plasmática foram avaliadas por fluorometria. O teste de Friedman foi utilizado para estudo estatístico e foi considerado significativo $P < 0,05$. **RESULTADO:** Não houve diferença estatística quanto às bases oxidadas de DNA, bem como da capacidade antioxidante entre os momentos avaliados. Os níveis de MDA diminuíram apenas durante a anestesia ($P=0,006$) em relação ao primeiro dia do pós-operatório. **CONCLUSÃO:** Pela primeira vez, demonstrou-se que a anestesia com sevoflurano em pacientes ASA I submetidos a cirurgia pouco invasiva não induz danos oxidativos no DNA nem altera o quadro de estresse oxidativo. Diferentemente desses resultados, achados positivos em relação à genotoxicidade de dois relatos anteriores^{1, 2}, com pacientes ASA I ou com comorbidades, submetidos a cirurgias mais invasivas, podem estar relacionados a fatores complicadores, relativos aos pacientes recrutados (ASA II, idosos) e/ou aos tipos de cirurgia, bem como as metodologias empregadas. Portanto, a anestesia balanceada com sevoflurano não oxida a molécula de DNA, não induz peroxidação lipídica e não altera a capacidade antioxidante de pacientes ASA I submetidos a cirurgias minimamente invasivas. **REFERÊNCIA:** 1Karabiyik L, Sardas S, Polat U, et al. *Mutat Res* 2001;492: 99-107. 2Alleva R, Tomasetti M, Solenghi MD, et al. *Mutagenesis* 2003;18: 423-428.

ALTERAÇÕES HEMODINÂMICAS NO TRATAMENTO DA INTOXICAÇÃO POR BUPIVACAÍNA COM TRÊS SOLUÇÕES LIPÍDICAS. ESTUDO EXPERIMENTAL EM SUÍNOS

AUTORES:

Marcos de Simone Melo, Ana Claudia Vaz Tostes Lima*, Artur Udelsmann.

INSTITUIÇÃO:

Unicamp.

INTRODUÇÃO: A cardiotoxicidade da bupivacaína quando acidentalmente administrada por via intravascular é uma complicação grave e sem tratamento específico até recentemente. Em 1998 foi proposta a utilização de emulsões lipídicas em animais e a partir de 2006 vários trabalhos demonstraram seu interesse nos casos de intoxicação por anestésico local com diminuição da morbimortalidade em humanos. São várias as preparações lipídicas e os resultados na terapia da intoxicação são díspares necessitando mais estudos para a melhor escolha. **OBJETIVO:** estudar as alterações hemodinâmicas da injeção intravascular de bupivacaína em suínos e do tratamento com 3 tipos de soluções lipídicas. **MÉTODO:** suínos foram anestesiados com 25 mg. kg⁻¹ de tiopental, intubados e mantidos em ventilação mecânica com isoflurano a 1%. As variáveis hemodinâmicas foram registradas com monitor específico a partir da pressão invasiva e catéter Swan-Ganz introduzido na artéria pulmonar. Após 30 minutos de estabilização, foram realizadas medidas de repouso, em seguida foram administrados 5 mg. Kg⁻¹ de bupivacaína 0, 5% EV e realizadas novas medidas em 1 minuto. Os animais foram então divididos em 4 grupos e receberam 4 ml. Kg⁻¹ de solução salina 0, 9 ou uma de três soluções lipídicas diferentes: LCT derivado de soja com triglicérides de cadeia longa, MCT derivado de óleo de soja e coco com 50% de triglicérides de cadeia média e 50% de cadeia longa, e SMOF derivado de óleo de oliva e peixe; novas medidas foram realizadas aos 5, 10, 15, 20 e 30 minutos **RESULTADO:** após a intoxicação houve queda da pressão arterial, frequência cardíaca, índice cardíaco e índices de trabalhos dos ventrículos esquerdo e direito. As soluções lipídicas melhoraram a PAM à custa do aumento das resistências vasculares. Observamos que a pressão arterial respondeu melhor ao SMOF e ao MCT, a frequência cardíaca ao SMOF, o índice cardíaco, paradoxalmente, à solução salina. A intoxicação não teve repercussão na pressão arterial pulmonar nem nas resistências vasculares sistêmicas ou pulmonares, mas o SMOF foi o agente que mais aumentou esses valores; o índice do trabalho do ventrículo esquerdo recuperou-se mais rapidamente com o SMOF, o índice do trabalho do direito respondeu igualmente ao SMOF e ao MCT. **CONCLUSÃO:** resultados preliminares indicam que a solução SMOF parece mais interessante no combate à intoxicação pela bupivacaína em suínos. Mais investigações sobre o uso das emulsões lipídicas serão necessárias mas as expectativas são encorajantes. **REFERÊNCIA:** 1- Ruan W, French D, Wong A et al. A mixed (long- and medium-chain) triglyceride lipid emulsion extracts local anesthetic from human serum in vitro more effectively than a long-chain emulsion. *Anesthesiology* 2012;116: 334-9. 2- Melo MDS, Bonfim MR, Dreyer E et al. Hemodynamic changes in lipid emulsion therapy (SMOFlipid) for bupivacaine toxicity in swines. *Acta Cir Bras.* 2012;27: 318-24.

AValiação DO DANO GENÉTICO NO USO REPETIDO DE ANESTÉSICOS LOCAIS: UM ESTUDO EXPERIMENTAL EM RATOS

AUTORES:

Patrícia Gatti Silva*, Nádia Derli Salvador Lemes Soares, Mariliza Casanova de Oliveira, Gisele Alborghetti Nai.

INSTITUIÇÃO:

Universidade do Oeste Paulista.

JUSTIFICATIVA: Estudos com alguns anestésicos locais mostraram que estes podem causar dano genético. Porém ainda não foi testada a genotoxicidade frente ao uso repetido destes. **OBJETIVO:** O objetivo deste estudo foi avaliar o potencial genotóxico de anestésicos locais com uso repetido, por meio do teste de micronúcleo. **MÉTODO:** Foram utilizados 80 ratos Wistar albinos, machos, com 12 semanas, divididos em 4 grupos: A – Composto por 16 ratos que receberam injeção de cloridrato de lidocaína intraperitoneal (4, 4 mg/kg); B – Composto por 16 ratos que receberam injeção de mepivacaína a 3% intraperitoneal (4, 4 mg/kg); C – Composto por 16 ratos que receberam injeção de articaína a 4% intraperitoneal (7, 0 mg/kg); D – Composto por 16 ratos que receberam injeção de prilocaína a 3% intraperitoneal na dose de 6, 0 mg/kg; E – Composto por 8 ratos, os quais receberam ciclofosfamida em dose única subcutânea (50mg/kg) (grupo controle positivo); F – Composto por 8 ratos, os quais receberam injeção de 0, 5ml de soro fisiológico intraperitoneal (grupo controle negativo). Oito ratos do grupo A, B, C e D receberam a dose do anestésico apenas uma vez no primeiro dia do experimento e os demais receberam doses diárias durante cinco dias. Foi coletado material da medula óssea de cada rato para realização do teste do micronúcleo. O teste de Kruskal-Wallis, seguido das comparações múltiplas de Student-Newman-Keuls, foi utilizado para análise estatística. **RESULTADO:** A mediana de micronúcleos no grupo exposto a Lidocaína por 1 dia foi de 1. 00 e por 5 dias foi de 0. 50, a Mepivacaína por 1 dia e por 5 dias foi de 1. 00, a Articaína por 1 dia 1. 00 e por 5 dias 0. 00, a Prilocaína por 1 dia e por 5 dias 0. 00, a ciclofosfamida foi 10. 00 e no grupo de controle negativo exposto por 1 dia foi 1, 00 e no exposto por 5 dias foi de 0, 00 ($p < 0, 0001$). Houve diferença estatística entre o número de micronúcleos em relação ao grupo controle positivo (ciclofosfamida) e os anestésicos locais estudados (quanto ao tipo e tempo de exposição) ($p = 0, 0001$), porém não em relação ao grupo controle negativo ($p > 0, 05$). **CONCLUSÃO:** Não foi observado aumento da frequência de micronúcleos com relação à exposição de 1 ou 5 dias em todos os anestésicos locais avaliados.

AValiação DO EFEITO DO SULFATO DE MAGNÉSIO EM DOSE ÚNICA SOBRE O INÍCIO DE AÇÃO E DURAÇÃO CLÍNICA DO BLOQUEIO NEUROMUSCULAR INDUZIDO PELO ROCURÔNIO

AUTORES:

Núbia Verçosa Figueiredo, Ana Maria da Costa Marques, Raphael Cazagrande Rodrigues, Vitor Noronha Andrade, Paulo Alipio Germano Filho, Ismar Lima Cavalcanti.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Federal de Bonsucesso.

AValiação do efeito do Sulfato de Magnésio em dose única sobre o início de ação e duração clínica do bloqueio neuromuscular induzido pelo Rocurônio: estudo prospectivo, aleatório e duplamente encoberto. **INTRODUÇÃO:** O sulfato de magnésio ($MgSO_4$) em bolus seguido de infusão contínua esta relacionado a redução do tempo de início de ação e incremento da duração clínica (Dur25%) em adultos e pacientes com mais de 60 anos (1). Este estudo tem o objetivo de avaliar se uso do $MgSO_4$ em dose única, sem dose de manutenção, é capaz de alterar a latência e Dur25% do bloqueio neuromuscular induzido pelo Rocurônio. **MÉTODO:** Após aprovação pelo comitê de ética em pesquisa e obtenção de consentimento informado foram estudados 80 pacientes de ambos os gêneros, ASA 1 ou 2, com idade entre 18 e 65 anos. Foram excluídos portadores de doenças neuromusculares, insuficiência renal ou hepática, hiper ou hipomagnesemia e uso de fármacos que interfiram no bloqueio neuromuscular. Distribuídos eletronicamente em dois grupos de acordo com a solução infundida (15 min antes da indução anestésica): 100 mL de solução contendo $MgSO_4$ 40 mg/Kg (grupo Mg) e 100 mL de solução salina (grupo C). Coletado sangue para mensuração da magessemia. Após a indução da anestesia e perda de consciência, a contração do músculo adutor do polegar em resposta a estimulação do nervo ulnar foi quantificada por acelerometria, com calibração e estabilização do sinal, no modo sequência de quatro estímulos (TOF). Todos os pacientes receberam Rocurônio 0. 6 mg/Kg e a intubação traqueal foi realizada após o TOF 0 em três medidas consecutivas. A anestesia foi mantida com infusão de remifentanil e propofol alvo controlada. O estímulo TOF a cada 15 segundos foi utilizado para determinar o tempo de início de ação clínica (Dur 25%). Os dados foram comparados por meio do teste t não pareado. **RESULTADO:** Sete doentes foram excluídos por desvios do protocolo, assim foram analisados 73 pacientes. Os grupos foram semelhantes quanto aos dados demográficos, tipo e tempo de cirurgia. O teste t não pareado apresentou diferenças significativas quanto a Dur25% e resultados homogêneos quanto ao início de ação entre os grupos Mg e C (tabela 1). **CONCLUSÃO:** De acordo com o método estudado, o sulfato de magnésio aumentou a duração clínica e não interferiu no início de ação do bloqueio neuromuscular induzido pelo rocurônio. **REFERÊNCIA:** 1- Rotava P, Cavalcanti IL, Verçosa N et al. Effects of magnesium sulphate on the pharmacodynamics of rocuronium in patients aged 60 years and older: A randomized controlled study. Eur J Anaesthesiol 2013; 30 [Epub ahead to print] Tabela 1- RESULTADORocurônio Grupo N Média (desvio padrão) Min Max P Início de ação (s) Mg 37 97. 2(45. 6) 45 232 0. 57 C 36 90. 5(55. 7) 35 380 Dur 25% (min) Mg 37 46. 2(16. 6) 22 102 0. 021 C 36 38. 4(11. 3) 19 73 t-test não pareado ($p < 0, 05$ =significativo).

DOSE ÚNICA DE PARECOXIBE PREVINE LESÃO TUBULAR E RESPOSTA INFLAMATÓRIA DETERMINADAS POR CHOQUE HEMORRÁGICO EM RATOS

AUTORES:

Verusca Michele Oliva*, Vitor Vasquez dos Santos, Andre Carnevali da Silva, Nathalie Izumi Iritsu, Mariana Takaku, Yara Marcondes Machado Castiglia.

INSTITUIÇÃO:

Faculdade de Medicina de Botucatu Unesp Departamento de Anestesiologia.

INTRODUÇÃO: Parecoxibe, inibidor seletivo da COX-2, é utilizado para diminuir a dor pós-operatória. Alguns estudos sugerem que esses inibidores pioram a função renal em eventos com hipotensão e isquemia, como hemorragia. Avaliou-se, no rato, a influência do pré-tratamento com dose única de parecoxibe na função, lesão celular e resposta inflamatória renais, em hemorragia aguda. **MÉTODO:** Foram alocados em 4 grupos (n=11) 44 ratos Wistar adultos, anestesiados com sevoflurano: placebo/sem hemorragia (Plc/NH); parecoxibe/sem hemorragia (Pcx/NH); placebo/hemorragia (Plc/H); parecoxibe/hemorragia (Pcx/H). Todos os animais foram hidratados com solução de Ringer lactato, 5, 7 ml. kg⁻¹. h⁻¹. Os grupos Pcx receberam dose única intravenosa de parecoxibe (20mg. kg⁻¹) 30 min antes da hemorragia, enquanto os grupos com placebo, de soro fisiológico. A hemorragia foi de 30% da volemia (10% a cada 10min), sem reposição, sendo que, 30min após o seu término, os animais sofreram nefrectomia bilateral e foram sacrificados. Avaliaram-se a função renal (clearances de para-aminohipurato de sódio e iotalamato de sódio, fração de filtração, fluxo sanguíneo e resistência vascular), a histologia renal e a resposta inflamatória, determinada de acordo com os níveis de citocinas séricas e teciduais (IL1- α , IL1- β , IL-6, IL-10 e TNF- α). **RESULTADO:** A pressão arterial média e o hematócrito diminuíram nos grupos com hemorragia. Plc/H exibiu os mais altos níveis séricos de citocinas. Houve expressão de todas as citocinas nos rins dos animais dos 4 grupos, sem diferença significativa entre eles. Com a hemorragia, não houve diferença significativa, no decorrer do tempo, nos fluxos sanguíneo e plasmático efetivo renais e no ritmo de filtração glomerular, mas a resistência vascular renal diminuiu. Plc/H mostrou a maior porcentagem de dilatação e degeneração tubulares e o Pcx/H, as menores. **CONCLUSÕES:** O pré-tratamento com dose única de parecoxibe reduziu a resposta inflamatória e a lesão tubular do rim e não interferiu na função renal de ratos submetidos à hemorragia aguda. **REFERÊNCIA:** 1- de Souza Silva M, Castiglia YM, Vianna PT, Viero RM, Braz JR, Cassetari ML. Rat model of depending prostaglandin renal state: effect of ketoprofen. Ren Fail. 2006;28: 77-84.

EFEITO DA ASSOCIAÇÃO DA L ACETIL CARNITINA COM O ÁDICO ALFA LIPÓICO SOBRE A DOR AGUDA, EM RATOS

AUTORES:

Naira Correia Cusma-Pelógia, Alisson Person de Almeida, Luciana Mulato Haddad*, Oscar César Pires, Irimar de Paula Posso.

INSTITUIÇÃO:

Universidade de Taubaté.

INTRODUÇÃO: A associação da L-acetyl-carnitine (LAC) com o alpha lipoic acid (ALA) tem sido utilizada como adjuvante no controle da dor. O objetivo deste estudo foi verificar o efeito da associação LAC+ALA na dor aguda em ratos, pelo método de retirada da cauda. **MÉTODO:** Após aprovação pelo Comitê de Ética foram estudados 37 ratos divididos em 3 grupos. G1 (n=7) - grupo controle, grupo G2 (n=10) - os animais receberam LAC 70 mg+ALA 10 mg por via oral e grupo G3 (n=10) - os animais receberam LAC 140 mg+ALA 20 mg por via oral. Após 30, 60 e 90 min a cauda foi colocada sobre uma resistência aquecida e foi medido o tempo de retirada de cauda. Os dados foram analisados pelos testes ANOVA e Bonferroni. **RESULTADO:** Houve redução significativa do tempo da latência no G1 aos 60 min (2. 2 \pm 0. 6 seg) em comparação com o tempo 30 min (3. 4 \pm 0. 4 seg). Houve redução significativa do tempo da latência no G2 após 60 min (2. 7 \pm 0. 6 seg) e 90 min de (2. 9 \pm 0. 5 seg) em comparação com o tempo 30 min (3, 2 \pm 0, 7 seg). Não foram observadas alterações no tempo de latência do G3. Após 90 min o G2 apresentou tempo de retirada da cauda (46. 5 \pm 6. 0 seg) significativamente menor que o G3 (55. 4 \pm 8. 2 seg) e o G1 (55. 0 \pm 5. 6 seg). **CONCLUSÃO:** A associação LAC 70 mg+ALA 10 mg promoveu diminuição do limiar da dor, enquanto que a associação LAC 140 mg+ALA 20 não alterou o limiar da dor. **REFERÊNCIA:** 1. Coelho, CF, Mota JF, Bragança E, et al. Aplicações clínicas da suplementação de L-carnitina. Rev Nutr 2005, 18(5): 651-659.

EFEITO DA ASSOCIAÇÃO ROPIVACAÍNA-PANCURÔNIO NA TRANSMISSÃO NEUROMUSCULAR. EFICÁCIA DA NEOSTIGMINE E 4-AMINOPIRIDINA NA REVERSÃO DO BLOQUEIO. ESTUDO EXPERIMENTAL

AUTORES:

Angelica de Fatima de Assunção Braga, Vanessa Henriques Carvalho*, Franklin Sarmento da Silva Braga, Glória Maria Braga Potério, Filipe Nadir Caparica Santos.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

INTRODUÇÃO: É possível que os anestésicos locais (AL) possam atuar em várias fases da transmissão neuromuscular, fato que motivou a realização de vários estudos. Em baixas doses eles não interferem na transmissão neuromuscular, mas em altas doses podem comprometer a transmissão neuromuscular e potencializar os efeitos de bloqueadores neuromusculares^{1, 2}. O objetivo do estudo foi avaliar, em diafragma de rato, a influência da ropivacaína no bloqueio neuromuscular produzido pelo pancurônio e a efetividade da neostigmine e 4-aminopiridina na reversão do bloqueio. **MÉTODO:** Foram utilizados ratos, com peso entre 250 e 300g. A preparação foi feita de acordo com a técnica descrita por Bulbring. Formaram-se grupos de acordo com a droga em estudo: ropivacaína (Grupo I); pancurônio (Grupo II) e pancurônio com ropivacaína (Grupo III). Em todos os grupos as concentrações empregadas de ropivacaína e pancurônio foram 5µg. mL⁻¹ e 2 µg. mL⁻¹, respectivamente. As concentrações de neostigmine e 4-aminopiridina, empregadas para a reversão do bloqueio, foram respectivamente 2 µg. mL⁻¹ e 20 µg. mL⁻¹. Foram também realizados estudos eletrofisiológicos. Parâmetros estudados: 1) a amplitude das respostas do diafragma à estimulação indireta, antes e 60 minutos após a adição da ropivacaína e do pancurônio; 2) os potenciais de membrana (PM) e potenciais de placa terminal em miniatura (PPTM); 3) a eficácia da neostigmine e 4-aminopiridina na reversão do bloqueio neuromuscular. A análise estatística com Wilcoxon e t de Student ($p < 0, 05$). **RESULTADO:** A ropivacaína isoladamente não alterou a amplitude das respostas musculares. A exposição prévia à ropivacaína potencializou o bloqueio neuromuscular produzido pelo pancurônio. O bloqueio foi parcial e totalmente revertido pela neostigmine e 4-aminopiridina, respectivamente. A ropivacaína não alterou o potencial de membrana e ocasionou diminuição da frequência e amplitude dos PPTM. **CONCLUSÃO:** Os resultados permitem concluir que a ropivacaína potencializa o bloqueio neuromuscular produzido pelo pancurônio, devido a ação pré-sináptica evidenciada por alterações de PPTM, eficaz reversão do bloqueio com a 4-aminopiridina e antagonismo parcial com a neostigmine. **REFERÊNCIA:** 1. Matsuo S, Rao DB, Chaudry I et al. Interaction of muscle relaxants and local anesthetics at the neuromuscular junction. *Anesth Analg.* 1978;57: 580-87; 2. Carvalho VH, Braga Ade F, Braga FS et al. The influence of lidocaine and racemic bupivacaine on neuromuscular blockade produced by rocuronium. A study in rat phrenic nerve-diaphragm preparation. *Acta Cir Bras.* 2009;24: 211-15.

EFEITOS DA DEXMEDETOMIDINA SOBRE A LESÃO DE ISQUEMIA E REPERFUSÃO RENAL EM RATOS: AVALIAÇÃO PELA NGAL, HISTOLOGIA

AUTORES:

Norma Sueli Pinheiro Módolo, Gabriel Pinheiro Módolo, Karen Santos Braghioroli*, Marília Pinheiro Módolo, Cláudio Mueller Kakuda, Vinicius Monteiro Arantes.

INSTITUIÇÃO:

CET/SBA Departamento de Anestesiologia da Faculdade de Medicina de Botucatu.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVO: A lesão renal aguda isquêmica é fenômeno comum no período perioperatório e em doentes críticos internados em unidades de terapia intensiva. O restabelecimento do fluxo sanguíneo pode piorar a lesão pelo mecanismo de isquemia e reperfusão (I/R). Os biomarcadores de lesão renal aguda, principalmente a lipocalina associada à gelatinase dos neutrófilos (NGAL), têm sido motivo de várias pesquisas por sua proposta de detecção precoce da lesão. O objetivo do estudo foi avaliar o efeito do uso da dexmedetomidina no rim de ratos, em modelo experimental de I/R por meio da dosagem plasmática do biomarcador NGAL e histologia renal. **MÉTODO:** Foram selecionados 34 ratos Wistar e alocados em quatro grupos aleatórios. Grupo Controle – C (nefrectomia direita, infusão de salina e manobras de I/R, n=10), Grupo Dexmedetomidina – D (nefrectomia direita, infusão de dexmedetomidina e manobras de I/R, n=8), Grupo Sham – S (nefrectomia direita e infusão de salina, n=8), Grupo Sham com dexmedetomidina – SD (nefrectomia direita e infusão de dexmedetomidina, n=8). Os animais foram anestesiados com isoflurano. Avaliou-se peso, frequência cardíaca (FC), pressão arterial sistólica (PAS), diastólica (PAD) e média (PAM), temperatura intraoperatória (T) nos momentos M0 (monitorização inicial), M1 (após estabilização), M2 (após isquemia), M3 (após reperfusão). Os rins direito e esquerdo foram analisados histologicamente. **RESULTADO:** Os grupos foram uniformes quanto ao peso. A temperatura do grupo SD em M0 foi inferior a M1 e M2, sem diferenças nos demais grupos. A FC do grupo S foi maior que do grupo D em M2 e M3, sem diferenças nos demais grupos e momentos. A análise da PAS, PAD e PAM mostrou redução nos momentos M2 e M3 nos grupos D e SD. Na análise de NGAL os valores foram estatisticamente superiores em M3 nos grupos C e D em relação a S e SD e M3 foi superior aos valores de M1 em todos os grupos. Histologicamente, os grupos C e D lesão nos rins esquerdos, mas sem diferenças entre eles, e não houve lesão nos rins esquerdos dos grupos S e SD; não houve lesão em nenhum rim direito. **CONCLUSÃO:** a administração de dexmedetomidina acarreta queda nos níveis pressóricos e redução da FC. A dosagem da NGAL não evidenciou proteção ou lesão renal. A análise histológica para necrose tubular aguda demonstrou que o uso da droga não protegeu os rins da lesão de isquemia e reperfusão. **REFERÊNCIA:** 1) Bellomo R, Ronco C, Kellum JA, Mehta RL, Palevsky P. Acute renal failure - definition, outcome measures, animal models, fluid therapy and information technology needs: the Second International Consensus Conference of the Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI) Group. *Crit Care* 2004;8: R204-12. 2) Mishra J, Dent C, Tarabishi R, et al. Neutrophil gelatinase-associated lipocalin (NGAL) as a biomarker for acute renal injury after cardiac surgery. *Lancet* 2005;365: 1231-8.

EFEITOS DA DILUIÇÃO COM SORO FISIOLÓGICO AQUECIDO E DA PRESSURIZAÇÃO NAS CARACTERÍSTICAS DO CONCENTRADO DE HEMÁCIAS. ESTUDO IN VITRO

AUTORES:

Flora Margarida Barra Bisinoto, Alexandre Pinto Ribeiro, Ariele Patrícia da Silva*, Ricardo Aparecido Olivo, Luciana Paiva, Laura Bisinotto Martins.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

INTRODUÇÃO: A hemorragia severa é a causa evitável mais comum de morte após trauma. Práticas mais recentes enfatizam a administração precoce de hemocomponentes, consolidadas desde as últimas guerras. A utilização de produtos sanguíneos na ressuscitação apresenta dificuldades na infusão rápida pela alta viscosidade dos concentrados de hemácias (CH) e pelas baixas temperaturas de estocagem que podem piorar o estado de choque do paciente. O objetivo desse estudo foi avaliar os efeitos da diluição com solução fisiológica 0,9% (SF) aquecida e da pressurização do CH nas características finais do hemocomponente. **MÉTODO-** Oito concentrados de hemácias foram submetidos a diluições com 100 ml e 200 ml de SF 0,9% à temperatura ambiente e a 70 °C, e a dois níveis de pressão externa (nenhuma e 300 mmHg). O CH foi conectado ao SF através de um sistema de 3 vias e a uma via final (60 cm) ligada a um extracath (16 G ou 18 G). A viabilidade da solução final foi analisada através do grau de hemólise, obtido pela dosagem de hemoglobina (Hb) livre e de potássio plasmático (K). Além disso, avaliou-se o tempo de estocagem, o peso do CH, o hematócrito, a temperatura final da solução a ser infundida e a velocidade de infusão da solução final (ml/min) submetida à pressurização externa. A análise estatística foi feita pelo teste t de Student, com $p < 0,05$ estatisticamente significativo. **RESULTADO:** A diluição das bolsas de CH com SF 0,9% somente se mostrou eficaz em elevar significativamente a temperatura da solução administrada quando se utilizou um volume de 200 ml a 70 °C ($p < 0,05$), obtendo-se uma temperatura média em torno dos 27 °C. Quando se utilizou 100 ml à temperatura ambiente ou aquecido a 70 °C, e mesmo 200 ml à temperatura ambiente, não houve diferença entre a temperatura final que ficou por volta dos 12–13 °C. Não houve aumento significativo na porcentagem de Hb livre em nenhuma das diluições ($p > 0,05$) e houve uma redução significativa na dosagem do K ($p < 0,05$) entre o CH antes e após as diluições com 100 ou 200 ml de SF, à temperatura ambiente ou a 70 °C. A pressurização das soluções não alterou as características das mesmas ($p > 0,05$). Na diluição com 200 ml de SF a 70 °C, houve um aumento significativo da velocidade de infusão quando se utilizou o extracath 16G, com uma velocidade média de infusão de 227 ml. min⁻¹ ± 10, 1 (média ± DP), significativamente superior às outras diluições ($p < 0,05$). **CONCLUSÃO:** O experimento realizado neste estudo se mostrou seguro do ponto de vista de manutenção da qualidade do sangue a ser administrado, visto que os índices de Hb livre não se alteraram e houve uma redução na concentração do K. A pressurização externa viabiliza a administração rápida da solução sem alterar as características do produto infundido. **REFERÊNCIA:** Thomas D, Wee M, Clyburn P et al. Blood transfusion and the anaesthetist: management of massive haemorrhage. *Anaesthesia*, 2010, 65: 1153–1161.

EVIDÊNCIA DE AÇÃO PRÉ E PÓS-SINÁPTICA DOS ANESTÉSICOS LOCAIS. ESTUDO EXPERIMENTAL

AUTORES:

Angelica de Fatima de Assunção Braga, Vanessa Henriques Carvalho, Franklin Sarmento da Silva Braga, Glória Maria Braga Potério, Filipe Nadir Caparica Santos.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

INTRODUÇÃO: É possível que os anestésicos locais (AL) por diferentes mecanismos, possam atuar em várias fases da transmissão neuromuscular^{1, 2}. Neste estudo avaliamos in vitro as prováveis ações da ropivacaína, da mistura enantiomérica em excesso de 50% de bupivacaína (S75-R25) e da levobupivacaína na junção neuromuscular. **MÉTODO:** Foram utilizados ratos, com peso entre 250 e 300g. A preparação foi feita de acordo com a técnica descrita por Bulbring. Formaram-se 3 grupos (n=5) de acordo com o fármaco em estudo: ropivacaína, bupivacaína (S75-R25), levobupivacaína. Para os três anestésicos locais (AL) a concentração utilizada foi de 5 µg. mL⁻¹. Avaliou-se: 1) efeitos dos AL sobre o potencial de membrana (PM) e potenciais de placa terminal em miniatura (PPTM). Também foi utilizada preparação biventer cervicis de pintainho, de acordo com metodologia de Ginsborg e Warriner, para avaliar o efeito dos AL na resposta contraturante à acetilcolina (5 µg. mL⁻¹). Foram feitos experimentos (n=4) para a detecção da curva de acetilcolina antes e 30 minutos depois da adição de cada anestésico local. A análise estatística com Wilcoxon e t de Student ($p < 0,05$). **RESULTADO:** A ropivacaína, a mistura com excesso enantiomérico de 50% de bupivacaína (S75-R25) e a levobupivacaína nas concentrações estudadas, não causaram alterações significativas sobre os potenciais de membrana e ocasionaram diminuição da frequência e amplitude dos PPTM. Em preparação biventer cervicis de pintainho a bupivacaína (S75-R25) e a levobupivacaína diminuíram a resposta a ação contraturante à acetilcolina com significância estatística em relação a observada com a ropivacaína. **CONCLUSÃO:** Nas concentrações empregadas a levobupivacaína e a bupivacaína (S75-R25) mostraram ações pré e pós sinápticas evidenciadas pelas alterações nos potenciais em miniatura da placa terminal e na resposta contraturante à acetilcolina. A ropivacaína apresentou somente ação pré-sináptica. **REFERÊNCIA:** 1. Matsuo S, Rao DB, Chaudry I et al. Interaction of muscle relaxants and local anesthetics at the neuromuscular junction. *Anesth Analg*. 1978;57: 580-87; 2. Carvalho VH, Braga Ade F, Braga FS et al. The influence of lidocaine and racemic bupivacaine on neuromuscular blockade produced by rocuronium. A study in rat phrenic nerve-diaphragm preparation. *Acta Cir Bras*. 2009;24: 211-15.

INFLUÊNCIA DA IDADE NA PERCEPÇÃO NOCICEPTIVA DE RATAS OOFORECTOMIZADAS EM MODELOS DE HIPERNOCICEPÇÃO MECÂNICA

AUTORES:

Hazem Adel Ashmawi, Claudia Carneiro de Araújo Palmeira, João Nathanael Lima Torres.

INSTITUIÇÃO:

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

INTRODUÇÃO: Diferenças na percepção dolorosa são documentadas na literatura, onde mulheres relatam mais dor que homens, procuram auxílio médico com maior frequência. Nos últimos anos várias evidências surgiram a respeito das diferenças na resposta à dor entre os sexos, incluindo o limiar de dor e a tolerância aos tratamentos estabelecidos. Boa parte dos efeitos dos hormônios na dor e analgesia que, no início, era atribuída à liberação gonadal de hormônios pode, de fato, dever-se à síntese de estradiol. O envelhecimento traz consigo morbidades que são específicas da idade e outras que se tornam mais frequentes com o envelhecer. Sabe-se que a prevalência de dor em pessoas mais velhas é maior que em populações mais jovens. Idosos apresentam maior vulnerabilidade à lesões teciduais e têm maior chance de evoluírem com cronificação da dor. A base fisiológica de porque a nocicepção e certos tipos de nocicepção alteram-se com a idade permanece desconhecida e pouco se conhece a respeito das diferenças à percepção dolorosa entre os sexos em pessoas idosas. Ratas wistar adultas jovens e idosas foram selecionadas para realização dos procedimentos com anestesia geral. Sob anestesia geral, foi realizada incisão da pele na região dorsal, divisão da musculatura paraespinal dos processos espinhosos de L4 até a o início da região sacral. Foi feita a ligadura da raiz de L5 do lado esquerdo, e em seguida realizada a secção do nervo 2 mm distal à ligadura. Os animais que apresentarem distúrbios de marcha (lesão motora) foram descartados. O limiar de retirada depois do estímulo mecânico foi testado na pata posterior esquerda. Ratas com três semanas de idade (pré-púberes) e idosas submetem-se a ligadura dos ovidutos com fio de seda 4-0. Os ovidutos foram seccionados e os ovários removidos. As medições foram realizadas antes da ligadura de L5(basal), no 7° PO e no 14°PO com algésímetro digital (Von Frey). Foram obtidas 5 medidas, calculando-se a média das mesmas. A Análise estatística foi realizada comparando-se os grupos. Foram comparados utilizando-se o teste ANOVA com medidas repetidas para dois fatores (grupo e tempo). **RESULTADO:** comparando-se ratas jovens ooforectomizadas, antes da ligadura de L5(basal), ratas jovens(42, 6-47, 1) e ratas idosas (46, 8-58) com $p < 0, 05$, mostrando menor percepção dolorosa em ratas idosas. No 7°po ratas idosas(15, 66-28, 36) comparada a ratas jovens (9, 0-23, 0), tiveram uma percepção nociceptica menor comparando-se as ratas jovens com $p < 0, 05$. no 14°. **CONCLUSÃO:** O estudo mostra que, em modelos de ligadura de L5, ratas idosas ooforectomizadas apresentaram menor percepção nociceptiva em relação à ratas jovens ooforectomizadas. 1. Helme RD, Gibson SJ. Pain in older people. In: Crombie, IK, Croft PR, Linton SJ, et al, eds. Epidemiology of Pain. Seattle: IASP Press, 1999, pp 103-112. 2. Greenspan JD, Craft RM, LeResche L et al. - Studying sex and gender differences in pain and analgesia: A consensus report. Pain, 2007;132: 26-45.

O EFEITO DA INFUSÃO DE LIDOCAÍNA TRANS-OPERATÓRIA NA PREVENÇÃO DA HIPERALGESIA INDUZIDA PELO REMIFENTANIL

AUTORES:

Otávio Gomes Terra Leite*, Jorge Hamilton Soares Garcia, Tiago Gomes Búrigo, Thiago Viçoso dos Santos, Clovis Tadeu Bevilacqua Filho.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Governador Celso Ramos, Florianópolis - SC.

INTRODUÇÃO: O remifentanil está associado com o desenvolvimento de hiperalgesia. Nossa hipótese é de que a utilização de uma infusão contínua de lidocaína no período transoperatório pode prevenir o desenvolvimento desta hiperalgesia. **MATERIAIS E MÉTODO:** Este estudo prospectivo, randomizado, duplamente encoberto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição. Randomização foi realizada através de programa de computador. Os pacientes foram divididos em 2 grupos, 1 recebeu lidocaína 2% endovenosa em bolus após a indução e infusão contínua durante a cirurgia (grupo 1) e o outro grupo recebeu soro fisiológico (grupo 2). A indução e manutenção anestésica foi realizada da mesma maneira para os 2 grupos, sendo mantido infusão de remifentanil na dose de 0. 3 microgramas/kg/min. Vinte minutos antes de acabar a cirurgia os pacientes dos 2 grupos receberam morfina 0. 1 mg/kg. Todos os pacientes ficaram 24 horas com PCA de morfina, sendo avaliado o consumo em 24 horas. Foi avaliado dor ao chegar na SRPA e com 24 horas com escala visual analógica, hiperalgesia 24 horas após a cirurgia com filamentos de Von Frey. Chegou-se a um número de 42 pacientes para detectar um efeito de 50%, poder de 80%, alfa de 0. 05. **RESULTADO:** O estudo encontra-se em andamento até a data de envio do resumo e será concluído até a apresentação no congresso, por isso os resultados são apresentados como média e desvio padrão sem análise quanto a diferença estatística, sendo que o n é pequeno. Foram incluídos 13 pacientes até o momento, sendo que 1 foi perdido por receber alta hospitalar pelo cirurgião antes que pudesse ser avaliado. O grupo 1 ficou com 5 pacientes e o grupo 2 com 7. O grupo 1 teve média de hiperalgesia de 1. 4 (DP \pm 2. 35) e o grupo 2 teve média de 1 (DP \pm 2. 33) . O consumo de morfina no grupo 1 foi 22. 66 mg (DP \pm 16. 08) e no grupo 2 de 18. 74 mg (DP \pm 12. 39). Escala visual analógica no grupo 1 na SRPA foi de 3 (DP \pm 3. 69) e com 24 horas de 1 (DP \pm 1. 73), já no grupo 2 foi de 4. 92 (DP \pm 2. 20) e com 24 horas 1. 78 (DP \pm 1. 86). **DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:** O grupo que recebeu soro fisiológico apresentou menos hiperalgesia e consumiu menos morfina em 24 horas, porém sem significância estatística. O grupo que recebeu lidocaína apresentou menor intensidade de dor na SRPA e com 24 horas após, porém também sem significância estatística. Com esses resultados preliminares ainda não podemos concluir se a lidocaína endovenosa diminui a hiperalgesia pelo remifentanil. **REFERÊNCIA:** 1: Vincent Joly, Philippe Richebe, Bruno Guignard et al. Remifentanil-induced Postoperative Hyperalgesia and Its Prevention with Small-dose Ketamine. Anesthesiology 2005; 103: 147-55.

PARECOXIBE DIMINUI LESÃO RENAL EM MODELO DE ISQUEMIA E REPERFUSÃO. ESTUDO EXPERIMENTAL EM RATOS UTILIZANDO NGAL COMO BIOMARCADOR PRECOCE DE LESÃO RENAL

AUTORES:

Norma Sueli Pinheiro Modolo, Guilherme Antônio Moreira de Barros, José Pedro Calistro Neto, Leopoldo Muniz da Silva, Giovanna M. Gonçalves, Romulo D. C. Torres.

INSTITUIÇÃO:

Departamento de Anestesiologia, Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - Universidade Estadual Paulista Botucatu. 2 - Anestesiologia, Hospital São Luis - Rede D'or São Paulo.

JUSTIFICATIVAS E OBJETIVOS: Os antiinflamatórios (AINEs) tem mostrado sua eficácia na abordagem multimodal da dor, reduzindo o consumo de opioides na dor aguda pós-operatória. Embora os AINEs possam afetar a função renal, existem poucos dados da utilização de AINEs coxibes disponíveis nesse contexto. Os biomarcadores precoces de lesão renal aguda podem ser importantes aliados na determinação de lesão real associada ao uso de AINES coxibes no período perioperatório. **Materiais e métodos:** Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Experimental, 40 ratos Wistar foram distribuídos aleatoriamente em quatro grupos. Sob anestesia geral, e dependendo do grupo a qual os animais foram incluídos, eles foram submetidos a isquemia e reperfusão renal. Dois grupos receberam parecoxibe para avaliar a influência deste medicamento na função renal. Dados paramétricos, dosagem de NGAL (serum neutrophil gelatinase-associated lipocalin) um biomarcador precoce de lesão renal e histologia renal bilateral foram realizadas. **RESULTADO:** O grupo isquemia (que não recebeu injeção de parecoxibe) apresentou os maiores níveis de NGAL ($p=0,001$ - tabela 1) e maior frequência de ocorrência de lesão renal. O grupo que sofreu isquemia e recebeu parecoxibe apresentou níveis de NGAL e frequência de ocorrência de lesão renal similares aos outros grupos que não sofreram tal injúria. **CONCLUSÃO:** Neste modelo experimental, parecoxibe mostrou propriedades de proteção renal. **REFERÊNCIA:** 1 Walter H. Hörl, Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs and the Kidney, Pharmaceuticals, 2010, 3, 2291-2321; 2 Jaya Mishra, Catherine Dent, Ridwan Tarabishi et al, Neutrophil gelatinase-associated lipocalin (NGAL) as a biomarker for acute renal injury after cardiac surgery, The Lancet, 2005, 365, 1231-1238 grupos M1 M2 M3 M4 Isquemia 15. 23 ±6. 40 32. 43 ±35. 52 37. 54 ±38. 64 1186. 63 ±1574. 77* parecoxibe 11, 72 ±5. 45 10. 68 ±5. 70 12. 63 ±5. 48 254. 56 ±103. 69 Sham 12. 44 ±5. 51 23. 51 ±34. 86 15. 99 ±5. 21 311. 05 ±163, 20 Controle 11. 80 ±3. 42 10. 02 ±2. 91 12. 84. ±2. 55 296. 63 ±78. 37 [Níveis de NGAL em 4 momentos diferentes do experimento].

QUALIDADE DA RECUPERAÇÃO DA ANESTESIA EM PACIENTES SUBMETIDOS À ANESTESIA GERAL BALANCEADA OU VENOSA TOTAL. ESTUDO PILOTO PROSPECTIVO E RANDOMIZADO

AUTORES:

Nathália Vianna de Matos Leite, Gustavo Farinha Pinto Saraiva, Fábio Caetano Oliveira Leme, Eduardo Toshiyuki Moro, Bernardo Roveda Noronha*.

INSTITUIÇÃO:

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

INTRODUÇÃO. Realizamos um projeto piloto para estudo que comparou a qualidade da recuperação da anestesia segundo a percepção do paciente, por meio do emprego do questionário QoR-40, em indivíduos submetidos a cirurgias otorrinolaringológicas sob anestesia geral balanceada ou venosa total. **MÉTODO:** Após a aprovação do CEP da FCMS da PUC-SP foram avaliados 30 pacientes submetidos à anestesia geral para realização de cirurgias otorrinolaringológicas no Hospital Santa Lucinda e aptos a participar desse estudo clínico piloto, prospectivo e randomizado. Após a monitorização e administração de midazolam e lidocaína, a indução e a manutenção anestésicas foram realizadas da seguinte forma: Grupo V - indução e manutenção com remi-fentanil. Bolus de propofol seguido de infusão contínua. Grupo I - indução e manutenção com remi-fentanil. Bolus de propofol seguido de manutenção com sevoflurano 2% diluído em fluxo de O₂/ar (60%). Para ambos os grupos, foi administrado rocurnônio antes da intubação traqueal. Após o fim do procedimento, os pacientes foram encaminhados para a sala de recuperação da anestesia (SRPA) e permaneceram no setor até a obtenção do critério para a alta. Durante a permanência nesse setor foram registrados os dados referentes à presença de dor, náuseas, vômitos, temperatura abaixo de 36,0, tempo de permanência e outras complicações. Após a alta da SRPA, todos os pacientes receberam, por via venosa, dipirona cada 6 horas e tramadol quando o paciente considerou o esquema analgésico insuficiente. Náuseas e vômitos foram tratados com dimenidrinato. A intensidade da dor, o consumo de analgésicos, a ocorrência de náuseas, vômitos e outras complicações na enfermaria foram registrados. No dia seguinte, os pacientes foram submetidos ao questionário QoR -40 por alunos do curso de Medicina. A qualidade da recuperação, graduada de 40 a 200 pontos, foi comparada entre os grupos. **RESULTADO:** Foram avaliados 30 pacientes, 57% do sexo feminino, estado físico ASA 1 (57%) ou 2 (43%). A idade média da amostra foi de 41 anos. As durações médias dos procedimentos cirúrgicos e do tempo de permanência na SRPA foram de 155 e 72 minutos, respectivamente. A incidência de NVPO na SRPA foi de 7% e na enfermaria, 13%. Dois pacientes apresentaram dor >4 na SRPA e 9 na enfermaria. O valor médio do QoR foi de 186,3. **CONCLUSÃO.** Não houve diferença na qualidade da recuperação, segundo a percepção do paciente, quando as duas técnicas anestésicas (venosa ou inalatória) foram comparadas. **REFERÊNCIA:** 1. Myles PS, Weitkamp B, Jones K et al. Validity and reliability of a postoperative quality of recovery score: the QoR-40. Br J Anaesth 2000; 84: 11-15. 2. Schwerdtfeger CMMA. Qualidade de recuperação em anestesia: abordagem da satisfação dos pacientes submetidos ao procedimento anestésico. [Tese] Bauru. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, 2010; 1-144

Eventos Críticos e Complicações

A ANEMIA E OS TESTEMUNHAS DE JEOVÁ: REVISÃO SISTEMÁTICA DE PACIENTES COM CONCENTRAÇÕES ABAIXO DE 3G/DL

AUTORES:

Iuri Resedá Magalhães*, Ivia Carolina Resedá Magalhães, Camila Paula Oliveira Ribeiro, Ana Clara Gordiano Carneiro, Luis Vicente Garcia, Liana Maria Torres de Araújo Azi.

INSTITUIÇÃO:

CET em Anestesiologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP.

INTRODUÇÃO: O nível crítico de transporte de oxigênio (ponto em que sua oferta aos tecidos se torna inadequada, tornando a transfusão imperiosa para normalização das condições fisiológicas) varia entre as espécies animais e seus parâmetros não podem ser extrapolados a seres humanos. Atualmente não há evidência suficiente acerca dos valores mínimos considerados seguros de hemoglobina, mas é certo que relatos de casos, principalmente em pacientes Testemunhas de Jeová, mostram uma tolerância cada vez maior dos profissionais médicos em relação à níveis reduzidos de hemoglobina. **MÉTODO:** Foi realizada revisão sistemática por meio da busca eletrônica nas bases de dados MedLINE (via Ovid e via PubMed) entre 1966 e junho de 2013 e nos Registros de Ensaios Clínicos Controlados da Colaboração Cochrane, no período entre 1993 e junho de 2013. A busca foi limitada ao idioma inglês e foi utilizada como palavra-chave (no MESH) o termo “Jehovah’s Witnesses”. Casos crônicos de anemia foram excluídos. **RESULTADO:** Foram encontrados 748 artigos relacionados a todos os aspectos de seu manejo. Destes, 28 artigos relatavam pacientes clínicos ou cirúrgicos que tinham, durante algum momento de sua internação, apresentado níveis de hemoglobina menor ou igual a 3. 0g. dl-1. Trinta e um pacientes foram identificados nesses estudos, dos quais 22 sobreviveram (70, 9%). A média de idade dos pacientes que sobreviveram foi 38. 65 anos e dos que não sobreviveram foi 41. 57 anos (diferença não significativa). O valor mais baixo encontrado associado a sobrevida sem sequelas foi de 1. 4g. dl-1. As maiores taxas de sobrevidas foram encontradas nos estudos mais recentes, possivelmente devido a maior disponibilidade de recursos e técnicas, como a recuperação de células no intra e pós-operatório (cell saver), uso de eritropoietina, antifibrinolíticos e dos substitutos sanguíneos. **CONCLUSÃO:** Apesar de extremamente grave, casos de níveis extremamente reduzidos de hemoglobina vêm sendo associados a melhores taxas de sobrevidas sem sequelas. Níveis tão baixos de hemoglobina sem óbito fazem repensar a real tolerância do ser humano a concentrações de hemoglobina tão baixas. **REFERÊNCIA:** – Viele MK, Weiskopf RB. What can we learn about the need for transfusion from patients who refuse blood? The experience with Jehovah’s Witnesses. *Transfusion.* 1994;34: 396-401.

ACIDOSE LÁTICA NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA UROLÓGICA EM PACIENTE USUÁRIO PRÉVIO DE METFORMINA

AUTORES:

Catharina Silva Borges*, Murilo Pereira Flores, Jedson dos Santos Nascimento.

INSTITUIÇÃO:

Santa Casa de Misericórdia da Bahia - Hospital Santa Izabel.

INTRODUÇÃO: metformina é considerada, atualmente, a droga inicial para tratamento da maioria dos pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2. Exibe 10-20 vezes menor risco de acidose láctica que a fenformina, cujo principal mecanismo envolve a redução da fosforilação oxidativa a nível mitocondrial, desviando o metabolismo de aeróbio para anaeróbio.

RELATO DE CASO: RJO, 61 anos, masculino, diagnóstico de adenocarcinoma de próstata, portador de hipertensão arterial sistêmica e DM2 compensadas. Em uso de enalapril 40mg/dia, hidroclorotiazida 25mg/dia, anlodipina 10mg/dia e metformina 1700mg/dia. Consulta pré-anestésica com exames normais e orientação de suspensão da metformina 48h antes do procedimento. Admitido para prostatovesiculectomia radical. Submetido à peridural com Novabupi 0, 5% 25mg sem vasoconstrictor e morfina 2mg, seguida de indução anestésica com fentanil 250mcg, propofol 150mg e cisatracúrio 10mg e IOT, sem intercorrências. Manutenção anestésica com sevoflurano. Procedimento sem intercorrências com duração de 3h, sendo procedida extubação após reversão do bloqueio neuromuscular com atropina 1mg e neostigmina 2mg. Evoluiu com desconforto respiratório associado à dessaturação. Observado no CRPA com monitorização multiparamétrica e oxigenoterapia com máscara de Venturi 50%, sem melhora do quadro. Transferido para UTI, taquipnéico, SpO₂ de 94% (FiO₂=50%), taquicárdico, normotenso. Acidose metabólica (pH= 7, 34; pCO₂= 33mmHg; HCO₃= 17mmol/L; BE= -7, 0) e lactato de 7, 9mmol/L. ECG e enzimas cardíacas normais. Função renal mantida. Leucometria de 29300, sem desvio. Colhidas culturas e introduzida antibioticoterapia. Realizadas IOT e monitorização hemodinâmica invasiva (PVC, PAI, PAP, PAOP) evidenciando padrão vasoplégico. Realizado desafio volêmico e posterior introdução de norepinefrina e dobutamina. Doze horas após admissão, apresentou piora da acidose (pH= 7, 18; pCO₂= 44mmHg; HCO₃= 16mmol/L; BE= -11) e níveis crescentes de lactatemia (máximo de 10, 3mmol/L). Suspeita de acidose láctica induzida por metformina e introdução de hemodiálise (CVVHD). Após 24h em hemodiálise, houve normalização dos níveis de lactato e resolução da acidose. Culturas negativas. Extubado 96 horas após admissão, cursando com quadro compatível com delirium. Resolução do quadro neurológico 48h após extubação. Alta da UTI no 9ºDPO e hospitalar no 11º DPO. **DISCUSSÃO:** Condições que aumentam o risco de hipóxia/anóxia tissular ou de redução do clearance da droga, como disfunção cardiovascular, hepática e renal, mesmo que transitórias, indicam interrupção da mesma. Diante do risco dessa grave complicação, recomenda-se suspensão 24-48h no período pré-operatório. **REFERÊNCIA:** 1-Calabrese AT, Coley KC, DaPos SV et al. Evaluation of Prescribing Practices. Risk of Lactic Acidosis With Metformin Therapy. *Arch Intern Med.* 2002;162: 434-437. 2-Peters N, Jay N, Barraud D et al. Metformin-associated lactic acidosis in an intensive care unit. *Critical Care* 2008, 12: R149.

AGITAÇÃO PSICOMOTORA PÓS BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

AUTORES:

Erick Freitas Curi, Thales Gê de Oliveira, Leonardo Fenyves Ferreira, Gabriela Bispo Pimenta, Paulo Antonio de Mattos Gouvêa, Cassiano Franco Bernardes.

INSTITUIÇÃO:

Centro de Ensino e Treinamento da AF ECC/Hospital Santa Rita de Cássia - Vitória - ES.

INTRODUÇÃO: O bloqueio do plexo braquial objetiva analgesia e anestesia da cintura escapular e membro superior. O plexo pode ser acessado em diferentes topografias. No nível axilar, os nervos já estão individualizados. Por isso, espera-se maior incidência de falhas nesse acesso e também uma maior latência. **RELATO DE CASO:** Paciente, masculino, 47 anos, ASA I e pesando 80 kg. Encaminhado ao centro cirúrgico para ser submetido a uma osteosíntese de rádio distal. Na sala de operação o paciente foi monitorado de acordo com a Resolução 1802/2006 (CFM). Instalou-se um cateter nasal com oxigênio suplementar (2 l. min.⁻¹). Puncionou-se um acesso venoso periférico no membro superior esquerdo com cânula 20 G. Administrou-se, por via intravenosa (IV), midazolam (3 mg + 2 mg) e fentanil (100 µg). Decidiu-se por bloqueio de plexo braquial por via interescalênica e axilar. Com o auxílio de um estimulador de nervo periférico, posicionou-se a agulha na região interescalênica, sob um estímulo de 0, 5 mA. Após cuidadosa aspiração (negativa) injetou-se ropivacaína 0, 5% (100 mg – 20 mL). Também com o auxílio do estimulador, puncionou-se a região axilar. Observou-se resposta ao estímulo (0, 5 mA), através da extensão do carpo e dedos da mão. Após cuidadosa aspiração (negativa) injetou-se ropivacaína 0, 5% (10 mg – 2 mL). Não ocorreu interrupção da resposta motora ao estímulo. Reposicionou-se a agulha. Procedeu-se nova aspiração, mantendo-se negativa. Injetou-se ropivacaína 0, 5% (90 mg – 18 mL). Não ocorreu interrupção completa da resposta motora ao estímulo. Um minuto após o término da injeção, o paciente apresentou uma grave agitação psicomotora e gritos, necessitando ser contido na mesa cirúrgica. Administrou-se oxigênio suplementar sob máscara facial. Injetou-se, IV, midazolam (5 mg) e propofol (150 mg). Realizou-se intubação orotraqueal. O paciente foi mantido em ventilação mecânica com sevoflurano (2%) com oxigênio (50%). O procedimento aconteceu sem qualquer intercorrência. Após extubação, no final do procedimento, paciente apresentava-se estável hemodinamicamente, eupnéico e com bloqueio motor completo do membro superior direito. **DISCUSSÃO:** Os anestésicos locais são relativamente seguros se administrados em doses apropriadas e em localizações anatômicas corretas. Reações sistêmicas acometem primariamente o sistema nervoso central (SNC), mais susceptível, e o cardiovascular. Os sinais de intoxicação podem surgir com vertigem e tontura, seguidos de sintomas visuais e auditivos. São comuns situações inespecíficas de desorientação e agitação. Em seguida, evoluiu-se para abalos musculares, convulsão e por fim depressão do SNC. **REFERÊNCIA:** Zugliani AH. Bloqueios de nervos periféricos dos membros superiores e inferiores. Rio de Janeiro, Revinter, 2007; 85-90. Berde CB, Strichartz GR. Local Anesthetics. In: : Miller RD. Miller's Anesthesia. 7ª Ed. Philadelphia, Churchill Livingstone Elsevier, 2009; 932.

ALTERAÇÕES VOLÊMICAS APÓS CIRURGIAS DE CONTOURNO CORPORAL. É POSSÍVEL CONTROLAR? SUGESTÃO DE PROTOCOLO

AUTORES:

Marcel Vinicius de Aguiar Menezes, Priscila Teles Archanjo*, José Siqueira Prado, Thiago Antônio Barros Gama, Bruno Garcia Dias, Lúcio Antonio Garcia Dias.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal de Sergipe.

JUSTIFICATIVA: A avaliação correta do estado de hidratação é de vital importância para acompanhamento pós-operatório de qualquer paciente. A avaliação perioperatória da diurese e estabelecimento de um protocolo para se obter índices de diurese adequados no trans e pós-operatório podem ser fundamentais para diminuição das perdas volêmicas bem como para recuperação e retorno mais precoce a atividades habituais. **OBJETIVO:** Avaliar, através de protocolo de monitorização do débito urinário, a evolução clínica dos pacientes em cirurgias do contorno corporal. **MÉTODO:** Estudo prospectivo, observacional, tipo coorte, com pacientes de um consultório privado submetidas à cirurgia de contorno corporal, envolvendo lipoaspiração, entre 30 de junho de 2011 e 31 de maio de 2013. O procedimento anestésico monitorizado padrão consistiu em anestesia geral associada à raquianestesia. Todas pacientes foram hidratadas no transoperatório com soluções cristalóides aquecidas com objetivo de manter diurese acima de 1 ml/kg/hora. **PROTOCOLO DE HIDRATAÇÃO:** Ringer Lactato 3000ml IV em 24h (500ml 4/4h) para atingir débito urinário >1ml/kg/h. Em caso de diurese abaixo de 1ml/kg/h, a rotina foi hidratação de resgate com Ringer Lactato 500ml IV, sendo avaliada como insuficiente caso não se conseguisse atingir diurese adequada com até 1000ml de resgate. Foram padronizadas duas avaliações da hidratação: 1-após 6horas; 2-após 18horas do término do procedimento. Foram colhidos dados buscando identificar sinais sugestivos de desidratação/hipovolemia/hipoperfusão, hipervolemia e possíveis complicações precoces. **RESULTADO:** Foram avaliadas prospectivamente 27 pacientes, com idade média de 36, 8 anos (de 24 a 54 anos). **AValiação DO PROTOCOLO:** Em 89% (24/27) dos casos, o protocolo de hidratação se mostrou eficaz em apresentar diurese >1mL/kg/h. Comparando pacientes submetidas a lipoaspiração e lipoaspiração associada à abdominoplastia, o protocolo foi eficaz em ambos ao atingir meta >1mL/kg/h, tanto nas 6h quanto nas 18h. Porém, houve maior diurese no grupo de lipoaspiração (2, 5vs 1, 3 e 2, 5vs1, 7, respectivamente). No grupo lipoaspiração associada à abdominoplastia, houve aumento da diurese das 6h para as 18h de pós-operatório(1, 3vs1, 7). **CONCLUSÃO:** Tanto o grupo lipoaspiração isolada como o grupo lipoaspiração associada à abdominoplastia obtiveram débito urinário significativo, o primeiro apresentando débito urinário maior. Assim, a monitorização cuidadosa e ajustada aos sinais vitais é essencial, já que mantendo o débito intra e pós-operatório >1ml/kg/h, consequências adversas como hipovolemia não foram encontradas. O protocolo de hidratação se mostrou eficaz, seguro e isento de complicações sistêmicas (hipovolemia, edema pulmonar, ICC) nas cirurgias do contorno corporal. Apesar de satisfatórios, faz-se necessário maior casuística e estudos multicêntricos para melhor comparação e validade externa dos dados apresentados, a fim de que se confirme ainda mais a eficácia e padronização proposta.

ANESTESIA EM PACIENTE COM DERRAME PERICÁRDICO GRAVE

AUTORES:

Kérsia Gomes Ribeiro, Rômulo Frota Lôbo, Francisco Diego Silva de Paiva, Germano Pinheiro Medeiros, Hermes Reis Silva*, Rogean Rodrigues Nunes.

INSTITUIÇÃO:

GET-HGF.

INTRODUÇÃO: O derrame pericárdico (DP) tem várias etiologias: infecciosas, não-infecciosas e autoimunes. O DP de evolução aguda, com maior taxa de acúmulo de fluido, pode resultar em tamponamento cardíaco. O manuseio anestésico deve ser bastante cuidadoso e é fundamental o conhecimento da sua fisiopatologia. Relato de caso-paciente com 73 anos, masculino, programado para operação de Whipple por tumor de papila duodenal. Portador de insuficiência renal crônica dialítica, sem outras comorbidades. Exame físico: 58Kg, AC: RCR, 2T, bulhas hipofonéticas difusamente; edema em membros inferiores. Radiografia de tórax com área cardíaca aumentada, ECG com baixa voltagem, ecocardiograma transtorácico (ETT) com fração de ejeção de 82%, pressão média da artéria pulmonar de 28mmHg, refluxos aórtico e mitral leves e DP grave sem sinais de tamponamento. Admitido em sala cirúrgica, monitorização convencional, pré-medicação com midazolam 3mg, IV. Realizada punção de artéria radial e instalação de Flotrac®. Indução anestésica venosa com fentanil 150µg, lidocaína 60mg, etomidato 20mg e succinilcolina 90mg, todos i. v. Administrado cisatracúrio 10mg i. v. após intubação. Anestesia mantida com sevoflurano, remifentanil em bomba de infusão contínua e cetamina 0, 2 mg. kg⁻¹. h⁻¹. Duas horas após indução, paciente apresentou redução do DC (de 4, 5 para 3, 1 L. min⁻¹) e do IC (de 2, 6 para 1, 9L. min⁻¹. m⁻²), porém a VVS manteve-se em 8% . Iniciado dobutamina 3 µg. kg⁻¹. min⁻¹ e aumento progressivo até os seguintes alvos: DC > 4L. min⁻¹, IC > 2, 5L. min⁻¹. m⁻² e SvcO₂ > 70%. Tempo cirúrgico de 8 horas, sendo encaminhado à UTI com dobutamina 17µg. kg⁻¹. min⁻¹. Administrados 1500 ml de SF 0, 9%, 3500 ml de RL, 2U de PFC e 2U de CH. **DISCUSSÃO:** No DP, o ETT evidencia o grau de afastamento dos folhetos pericárdicos e a compressão de câmaras cardíacas. Ao Doppler, evidencia-se tamponamento cardíaco através da variação do fluxo transmitral. No intraoperatório, a monitorização invasiva é essencial. Neste caso, a VVS não se mostrou um bom monitor para responsividade a fluidos, pois o volume sistólico é relativamente fixo devido a restrição diastólica. A pressão sistólica parece ser um bom parâmetro para guiar o aporte de volume nesse paciente. Os objetivos hemodinâmicos são manutenção e, usualmente, aumento da pré-carga, manutenção da pós-carga, da contratilidade e da frequência cardíaca. É fundamental utilizar drogas indutoras que não causem instabilidade hemodinâmica e ventilação com pressão positiva mínima. **REFERÊNCIA:** Grocott HP, Gulati H, Srinathan S et al. Anesthesia and the patient with pericardial disease. Can J Anesth, 2011; 58: 956-966. Pablo Miranda H, Figueroa CC. Consideraciones anestésicas en el manejo del taponamiento cardíaco. Rev Chil Anest, 2010; 39: 85-92.

ASPIRAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA COM USO DE MÁSCARA LARÍNGEA

AUTORES:

Rafael Amaral Papatella, Vanessa Gonçalves Chaves, Ricardo Hernani de Almeida Chaves, André Luiz dos Santos Barra, Marcos Daniel de Faria, Júnio Rios Melo.

INSTITUIÇÃO:

Hospital das Clínicas da UFMG.

INTRODUÇÃO: Apesar do uso disseminado da máscara laríngea existem poucos relatos na literatura sobre lesões dentárias com sua inserção. Este relato de caso tem como objetivo descrever o manejo anestésico-cirúrgico após aspiração traqueal de prótese dentária por avulsão acidental. **RELATO DE CASO:** FJF, sexo masculino, 46 anos, hipertenso, artrite reumatoide, submetido a artroplastia total de joelho esquerdo em 2004. Em fevereiro de 2012 foi internado para revisão da prótese por fratura periprotética, evoluiu com várias abordagens cirúrgicas devido a complicações na prótese e artrite séptica. Houve piora do quadro com derrame articular e necessidade de retirada da prótese. Após melhora clínica reinterna para artrodese de joelho esquerdo. Hb=10, 2; Leucócitos 8120; PlaQ 322000; RNI=1, 02; Ur=17; Cr=0, 69. Submetido então a raqui-anestesia com 20mg de bupivacaina pesada mais bloqueio femural com ropivacaina a 0, 25% para analgesia pós-operatória. Como o procedimento cirúrgico se prolongou mais do que o previsto com necessidade de retirada de enxerto de crista ilíaca, houve necessidade de se passar uma máscara laríngea número 5 em procedimento sem intercorrências. Ao final da cirurgia, a máscara laríngea foi retirada, porém uma prótese dentária, não informada pelo paciente, foi arrancada e aspirada para via aérea. Paciente foi entubado e encaminhado ao CTI, a cirurgia torácica foi contatada para retirada do corpo estranho. Paciente foi trazido novamente ao bloco cirúrgico para retirada de corpo estranho sob broncoscopia rígida. Procedimento realizado com sucesso, sendo levado novamente ao CTI, onde foi extubado sem intercorrências. **DISCUSSÃO:** O uso de máscara laríngea é considerado um procedimento seguro e eficaz como opção a entubação oro-traqueal. Porém, não é isento de complicações. Especial atenção deve ser dada a consulta pré anestésica sobre as condições dentárias e o uso de próteses principalmente na nossa população que possui condições de conservação dentária inadequadas. Bibliografia: 1. Takashi Asai. Dental Damage Caused by the Intubating Laryngeal Mask Airway. Anesth Analg. 2006 Sep;103(3): 785. 2. Givol N, et al. Peri-anesthetic Dental Injuries: Analysis of Incident Reports J Clin Anesth. 2004 May;16(3): 173-6.

A ASSISTOLIA EM PACIENTE IDOSO DURANTE A LARINGOSCOPIA DIRETA EM CIRURGIA PARA REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

AUTORES:

Edvaldo Casoti Júnior*, Sigmar Aurea Cabral, Marcos Célio Brocco, Antônio Roberto Carraretto, André Ricardo Bessa Ferraz.

INSTITUIÇÃO:

CET HUCAM-HAFPES.

INTRODUÇÃO: a ocorrência de assistolia durante a laringoscopia direta é uma complicação rara em adultos. Diversos estímulos físicos, fisiopatológicos ou por drogas anestésicas desencadeiam desaceleração da condução atrioventricular causando bradicardia ou até mesmo assistolia. Na maioria das situações, a cessação do estímulo é suficiente para reverter o quadro de bradicardia, mas em alguns casos pode haver necessidade de intervenção farmacológica. **RELATO DE CASO:** paciente, sexo masculino, hipertenso, 70 anos e 70 Kg. Proposta cirúrgica de revascularização do miocárdio. Bloqueio de ramo esquerdo intermitente. Precordialgia há 4 anos aos pequenos esforços; ecocardiograma transtorácico mostrando alterações do relaxamento de VE e FE de 66%. Em sala operatória, monitorização conforme resolução 1802/2006 do CFM; frequência cardíaca(FC) de 80bpm, pressão arterial média (PAM) de 85mmHg e saturação de 96% à oximetria de pulso. Indução com sufentanil, etomidato e pancuronio. No ato da laringoscopia direta, FC de 76 bpm e PAM de 75 mmHg, houve instantânea evolução para assistolia, com registro de PAM de 0 (zero). Retirado laringoscópio imediatamente, com retorno espontâneo da FC(65) e PAM (72) logo em seguida. Segundos depois, nova tentativa de laringoscopia direta, com nova bradicardia/ assistolia. Com isso, apesar da contra-indicação relativa à atropina nesses pacientes coronariopatas, foi realizado 0, 5mg de atropina cuja FC foi à 90bpm e PAM de 78mmHg. Realizada nova laringoscopia direta sem intercorrências. **DISCUSSÃO:** bradicardia é definida com FC menor que 60. Durante a intubação, a bradicardia é comumente observada em pacientes pediátricos, especialmente em situações de hipóxia. No entanto, adultos podem também apresentar dominância vagal e diante de intensa estimulação de fibras parassimpáticas pode ocorrer bradicardia reflexa. Durante a laringoscopia pode haver ativação do reflexo vasovagal (ou neurocardiogênico) por estimulação dos nervos vago (X) e glossofaríngeo (IX). Dentre os fatores que podem desencadear bradicardia, cita-se: diminuição do retorno venoso que ativa o reflexo vasovagal de vias aferentes cardíacas (químio e mecanorreceptores) e arteriais (barorreceptores aórticos); esporte físico; hipóxia; opióides (estimulam o núcleo do nervo vago); propofol (altera o componente solitário do barorreflexo cardíaco); succinilcolina (via receptores muscarínicos). A atropina é utilizada em adultos na dose de 0, 5mg; podendo ser repetida a cada 3-5min, com dose máxima de 3mg. No entanto, grande cautela no uso dessa droga nos coronariopatas, pois, com a elevação da FC, pode-se piorar o quadro isquêmico. **REFERÊNCIA:** 1) Blanie A; Penon C; Edouard A et al. Lettres à la rédaction / Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. Asystole during direct laryngoscopy; 25 (2006) 902-910. 2) Martins MP, Duarte NMC, Pires OC. Suporte Avançado de Vida em Anestesia. Sociedade Brasileira de Anestesiologia, Rio de Janeiro, 2011.

ASSOCIAÇÃO DE DEXMEDETOMIDINA E BLOQUEIO PERIDURAL REPERCUTINDO COM BRADICARDIA GRAVE

AUTORES:

Aline Almeida de Oliveira, Marcos Ribeiro Machado, Rafael Mercante Linhares, Roberto Carvalho Brandão, Kelly Me-deiros Perdigão*.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Municipal Miguel Couto.

INTRODUÇÃO: A Dexmedetomidina (Dex) é um potente agonista dos receptores α -2 promovendo redução do tônus simpático, analgesia, ansiólise, e sedação. Por possuir propriedades simpaticolíticas ela pode cursar com bradicardia e hipotensão, sendo necessário ser criterioso em seu uso. A escolha desta droga como sedativo único, excluindo o uso de opióides e benzodiazepínicos é uma possibilidade que vem despertando interesse dos anestesiológicos, principalmente, pela segurança em relação a ausência de depressão respiratória. Há poucos estudos na literatura indicando a associação desta droga à bloqueios de neuroeixo, no entanto, o presente relato tem como objetivo descrever a interação entre estas duas técnicas que proporcionam bloqueio simpático com influências cronotrópicas negativas e suas possíveis conseqüências. **RELATO DE CASO:** Paciente feminina, 48 anos, 60 kg, 1, 60m. Nega alergias, cesariana há 24 anos sob raquianestesia sem intercorrências. Risco cirúrgico ASA I. Encaminhada ao Centro Cirúrgico para realização de histerectomia devido a miomatose uterina. Ansiosa, com PA de 150 x 90 mmHg e FC= 90 bpm. Optamos por iniciar uma dose de ataque de Dex de 1 Mcg/kg IV durante 10 minutos e manutenção de 0, 5 Mcg/Kg/h IV. Procedemos então, a punção peridural, L1-L2, doglioti positivo, com passagem de cateter, sem intercorrências. Feito dose teste pelo cateter com Lidocaína 2% 3 ml + adrenalina 1: 200. 000. Observou-se queda da PA (100 x 60 mmHg) e da FC (75 bpm). Após 20 minutos foi realizada dose de Lidocaína 2% 5 ml + adrenalina 1: 200. 000 pelo cateter, sem repercussão hemodinâmica. Após 10 min. a paciente queixou-se de náuseas e tonteira, sendo administrado 10 mg de Efedrina IV. Ao mesmo tempo observamos bradicardia súbita, com FC de 30 bpm e depressão do sensorio. Foi administrado Atropina 0, 75 mg IV, Efedrina 40 mg IV e O2 sob máscara, concomitante a suspensão da infusão de Dex. A paciente respondeu com aumento da PA (150 x 110 mmHg) e da FC (140 bpm). Aguardamos a estabilização da paciente por 1h, não houve nenhum déficit neurológico, e optamos pela suspensão da cirurgia com retirada do cateter peridural. **CONCLUSÃO:** A dose de ataque preconizada de Dex associada a bloqueio peridural, mesmo com dose e volume baixos de anestésico local repercutiu de forma desfavorável, potencializando os efeitos simpaticolíticos de ambas as técnicas. Há relatos de bradicardia grave levando a parada cardíaca. Nesse sentido, é de fundamental importância rever as doses empregadas de Dex e estabelecer critérios de uso para diferentes técnicas anestésicas. **REFERÊNCIA:** Afonso J, Reis F- Dexmedetomidina: Papel atual em anestesia e cuidados intensivos. Rev Bras Anestes, 2012; 62: 1: 118-133. Thistlethwaite PA, Manecke GR, Ingersoll-Weng E- Dexmedetomidine and Cardiac Arrest, Anesthesiology, 2004: 100: 738-739.

AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DE UM PROTOCOLO PARA PROFILAXIA DE NÁUSEAS E VÔMITOS NO PÓS-OPERATÓRIO

AUTORES:

Jorge Hamilton Soares Garcia, João Felipe Schadeck Locatelli, Maria Eduarda Dias Brinhosa, Gabriela Nerone*.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Governador Celso Ramos.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVO: Náuseas e vômitos no pós-operatório (NVPO) são as complicações mais frequentes no pós-operatório imediato e a principal causa de reinternação hospitalar após cirurgia ambulatorial, por isso o Serviço de Anestesiologia do Hospital Governador Celso Ramos (HGCR) elaborou um protocolo para profilaxia de NVPO. O presente estudo avalia a frequência de utilização do protocolo para a profilaxia de NVPO e a sua efetividade na redução da incidência desses eventos após cirurgias eletivas no HGCR. **MÉTODO:** Após aprovação no comitê de ética em pesquisa da instituição, procedeu-se a estudo prospectivo observacional com amostra sequencial constituída por pacientes acima de 16 anos submetidos a cirurgias eletivas finalizadas até as 14 horas no HGCR. Critérios de exclusão foram síndrome de hipertensão intracraniana e uso de corticoterapia. Os pacientes foram avaliados quanto ao gênero, tabagismo e história prévia de NVPO ou cinetose. Foram coletadas doses de opióides, em equivalentes de morfina, utilizadas no transoperatório e durante a permanência na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), a técnica anestésica utilizada e o tipo e duração da cirurgia, bem como os medicamentos antieméticos administrados. A profilaxia utilizada foi classificada em aquém, conforme ou além do preconizado pelo protocolo vigente no serviço. O instrumento para a avaliação da incidência de náuseas foi uma escala analógica visual (EAV) de 100mm e a incidência de vômitos foi quantificada em número de episódios. Os desfechos foram avaliados na chegada do paciente à SRPA e após 2, 4 e 24 horas. **RESULTADO:** A profilaxia antiemética foi utilizada aquém do protocolo em 26, 7% dos casos, conforme o protocolo em 40, 8% e além do protocolo em 32, 5%. A incidência global de náuseas e vômitos nos 120 pacientes que compuseram a amostra foi de 23, 3% e 6, 6% respectivamente. Não houve significância estatística na diferença de incidência de NVPO entre os grupos estudados. **CONCLUSÃO:** Houve baixa adesão ao protocolo da instituição. A frequência de NVPO em pacientes submetidos a cirurgia eletiva no HGCR foi alta e não houve redução na incidência de NVPO com a utilização do protocolo. **REFERÊNCIA:** Gan TJ, Meyer TA, Apfel CC et al. Society for Ambulatory Anesthesia guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. *Anesth Analg.* 2007 Dec;105(6): 1615-28, table of contents. Apfel CC, Roewer N, Kortilla K. How to study postoperative nausea and vomiting. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2002 Sep;46(8): 921-8.

AVALIAÇÃO NO TRATAMENTO DA CEFALÉIA PÓS-PUNÇÃO EM UM GRUPO DE ANESTESIOLOGISTAS

AUTORES:

João Maximiano Pierin Barros, Armando Vieira de Almeida*, Luis Felipe Ximenes Nogueira, Maruân Omais, Rodrigo da Silveira Gomes Laúdo, Édina Rodrigues Teruya.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Regional Maria Aparecida Pedrossian.

INTRODUÇÃO: A cefaléia pós-punção (CPP) é uma das complicações anestésicas mais comuns. O anestesiolegista deve estar preparado para esta intercorrência, tratando-a de forma mais efetiva possível. No entanto, ele pode ser feito de várias formas. Este trabalho tem como objetivo avaliar a conduta que um grupo de anestesiolegistas faz perante a um caso de CPP, com suas variantes pessoais e técnicas, propondo no futuro um protocolo de tratamento. **MÉTODO:** Foi entregue um relato de CPP individualmente a cada anestesiolegista entrevistado e em seguida, um questionário sobre conduta e tratamento clínico ou intervecionista. **RESULTADO:** Foram entrevistados 51 anestesiolegistas sendo 72, 5% homens com idade média de 43, 8 anos. A formação médica é de 19, 3 anos e da anestesiologia 16, 2 anos. Como tratamento imediato para o caso, seis anestesistas (11, 7%), decidiram fazer o tampão sanguíneo. Eles foram questionados se fariam tratamento clínico em casa após o tampão, e apenas um faria. Se falhasse o tratamento, quatro fariam novamente o tampão nas mesmas condições. 45 (88, 2%) anestesistas descrevem o tratamento clínico no hospital até a melhora dos sintomas. Desse grupo, 44 (97, 7%) fazem hidratação venosa, com volumes variando de 1000 a 3000 ml de solução cristalóide. A ordem das medicações utilizadas foi: analgésicos (100%), benzodiazepínicos (72%), anti-inflamatórios (AINES) (68%), corticoides (61%), antieméticos (34%), opióides fortes (20%), broncodilatadores (13%), opióides fracos (6%) e outras medicações (4-2%). 41 (91, 1%) anestesiolegistas fariam tratamento em casa após a remissão dos sintomas, com: analgésicos (66%), associações de analgésicos e cafeína (33%), relaxantes musculares (39%), AINES (24%), e outras medicações (5-2%). Dos anestesiolegistas que optaram pelo tratamento clínico, em se havendo falha, 30 (66, 6%), fariam tampão sanguíneo, 10 (22, 2%) refariam o tratamento clínico. Dentre os dois grupos, seis (11, 7%) decidiram chamar o neurologista se houver falha em seus tratamentos. De todo o grupo apenas 3, 9% faz um retorno ambulatorial independente do estado do paciente. Todos fazem algum tipo de orientação para a paciente, como aumento na ingestão líquida e repouso relativo. **CONCLUSÃO:** A raquianestesista, mesmo quando bem feita, pode ocasionar CPP. É a complicação mais comum com uma incidência de cerca de 2%. O anestesiolegista deve estar preparado tecnicamente para o tratamento. Observamos neste estudo uma grande variação na abordagem do tratamento da CPP, isto em decorrência de literatura vasta e do uso de experiências pessoais. Protocolos bem definidos tecnicamente ajudam a nortear o tratamento a ser realizado pelo anestesiolegista. **REFERÊNCIA:** Imbelloni LE, Carneiro ANG. Cefaléia Pós-Raquianestesia: Causas, Prevenção e Tratamento. *Rev. Bras. Anesthesiol.* 1997;47: 5: 453-464.

BLOQUEIO ÁTRIO-VENTRICULAR COMPLETO DURANTE INTRODUÇÃO DO FIO GUIA NA PUNÇÃO VENOSA CENTRAL EM PACIENTE COM BLOQUEIO RAMO ESQUERDO PRÉVIO

AUTORES:

André Ricardo Bessa Ferraz, Marcos Célio Brocco, Edvaldo Casoti Júnior*, Sigmar Aurea Cabral.

INSTITUIÇÃO:

CET HUCAM-HAFPES

INTRODUÇÃO: punção venosa central (PVC) está relacionada a diversas complicações como arritmias, pneumotórax, hemotórax e embolia aérea. As arritmias ocorrem, principalmente, por fatores mecânicos da introdução do fio guia do cateter. **RELATO DE CASO:** paciente, masculino, 80 anos, 60kg, hipertenso, diabético, dilipidêmico e tabagista. Indicação de revascularização do miocárdio. Em uso de enalapril, furosemida, caverdilol e sinvastatina. Eletrocardiograma: frequência cardíaca (FC) de 78bpm, ritmo sinusal, bloqueio de ramo esquerdo. Cineangiocoronariografia: coronariopatia obstrutiva difusa; ecocardiografia: fração de ejeção de 56%. Em sala operatória, monitorização conforme resolução 1802/2006 do CFM. Indução anestésica com sufentanil, etomidato e pancurônio, e mantida com inalatório. Durante a PVC via subclávia direita pelo cirurgião, o paciente apresentou assistolia imediatamente após a introdução do fio guia. Solicitou-se recuo imediato do fio guia. O paciente retornou os batimentos cardíacos (25bpm), mas com ritmo de bloqueio átrio-ventricular total (BAVT) de complexo largo ao cardioscópio e hipotensão arterial. Em poucos segundos, evoluiu para BAVT de complexo estreito e FC de 31bpm. Realizado dois testes com atropina (0, 5mg em bolus), ambos negativos. Iniciado dopamina na dose beta agonista, sem resposta de aumento da FC, mas pressão arterial estabilizou em 120x80mmHg. Optou-se, então, pela continuidade da cirurgia, mantendo a dopamina até a instalação do marca-passo epicárdico transitório que não foi usado, uma vez que após a circulação extracorpórea, o ritmo cardíaco do paciente foi semelhante ao da avaliação pré-operatória. **DISCUSSÃO:** durante a PVC, a ponta do cateter pode mecanicamente irritar a superfície do endocárdio e, assim, precipitar o aparecimento de arritmias. Esta irritação é mais provável em ramo direito por ser mais superficial. A maioria dos casos de arritmias são autolimitadas, mas há casos fatais. Os principais fatores de risco do paciente são: idade avançada, cardiopatias, arritmias prévias, fibrilação atrial crônica, focos ectópicos, função renal alterada, acidose, presença de outros guias intracavitários, uso de diuréticos e potássio plasmático alterado. O manejo da arritmia é imediato recuo do fio guia, ofertar oxigênio, atenção à hemodinâmica e verificar disponibilidade do desfibrilador. Em caso de BAVT, a atropina em bolus, é a primeira opção medicamentosa. Caso persista o BAVT ou na presença de BAVT com instabilidade hemodinâmica ou déficit de perfusão tecidual, usar MPTC (marca-passo transcutâneo). Na indisponibilidade do MPTC, usar dopamina ou epinefrina. **REFERÊNCIA:** 1) Rivas T, R. Complicaciones mecánicas de los accesos venosos centrales. Rev. Med. Clin. Condes 22(3) 350-360, 2011. 2) Unnikrishnan, D; Idris, N; Varshneya, N. Complete heart block during central venous catheter placement in a patient with pre-existing left bundle branch block. British Journal of Anaesthesia 91 (5): 747±9 (2003).

BLOQUEIO ÁTRIO-VENTRICULAR TOTAL DURANTE INDUÇÃO ANESTÉSICA. RELATO DE CASO E CONSIDERAÇÕES SOBRE O MANEJO DE BRADIARRITIMIAS NO INTRA-OPERATÓRIO

AUTORES:

Igor Prado Oliveira, Anna Gisele Nunes Coutinho, Nichelson Carlos de Oliveira Souza, Diogo do Nascimento Torres, Kyldare Feitosa Nogueira*, Liana Maria Torres de Araújo Azi.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Universitário Professor Edgard Santos - UFBA.

INTRODUÇÃO: Bloqueio atrioventricular define o distúrbio de condução do impulso cardíaco traduzido por um atraso de propagação ou por um impedimento total do impulso supraventricular em ativar os ventrículos (BAVT). O objetivo deste relato é apresentar o surgimento de BAVT após indução venosa em anestesia geral. **RELATO DE CASO:** paciente do sexo masculino, 67 anos, 70 kg, diabético e em pré-operatório para realização de cirurgia endoscópica nasal sob anestesia geral. Na avaliação pré-anestésica apresentava eletrocardiograma com FC=40 bpm associada a BAV de 2º grau tipo 2: 1, diagnosticado pelo serviço de cardiologia, que o liberou para o procedimento proposto. Deu entrada na sala de cirurgia com FC= 59 bpm e PA= 160x100 mmHg. Foi sedado com fentanil (50mcg) e houve diminuição da FC para 45 bpm associada ao traçado eletrocardiográfico do bloqueio referido. Foi realizado teste terapêutico com 1mg de atropina que culminou com o aumento da FC= para 78 bpm, sendo optado pela realização do procedimento. Após indução venosa com fentanil (300 mcg), propofol (100 mg) + rocurônio (40 mg) o paciente apresentou bradicardia importante (FC= 30 bpm) com PA= 93x58 mmHg, sustentada e com duração de aproximadamente 5 minutos, não responsiva a duas doses de atropina (1mg) alternadas em intervalos de 2 minutos. Administrou-se etilefrina (2mg), com aumento da FC para 59 bpm e PA = 152x72 mmHg. O paciente foi despertado (naloxona 0, 2 mg e sugamadex 400 mg) e a cirurgia suspensa, tendo em vista o caráter eletivo da mesma. O paciente foi extubado sem intercorrências (orientado, consciente e sem déficits motores), sendo encaminhado para a Unidade Coronariana, onde foi implantado marcapasso cardíaco. Realizou a cirurgia proposta após 21 dias, sem intercorrências. **DISCUSSÃO:** Durante a anestesia geral ou regional, poderemos notar conseqüências das drogas sobre o sistema cardiovascular. Vasodilatação, inotropismo negativo, aumento ou diminuição do cronotropismo, hipotensão, hipóxia e hiper carbacia são exemplos que podem ocorrer, desencadeando disritmias. Saber a condição clínica do indivíduo e conhecer as ações farmacológicas das drogas anestésicas sobre a hemodinâmica são fundamentais para evitar o surgimento destas complicações. Em determinados casos, pacientes com BAV de 2º grau devem ser submetidos a implante de marcapasso como profilaxia para BAVT, uma vez que a resposta positiva à administração de atropina pré-operatória não exclui a evolução do quadro para um BAVT. **REFERÊNCIA:** 1. Sérgio Luiz do Logar Matos. Suporte Avançado de Vida: Bradicardia. Disponível em: . Acessado em: 04/08/2013. 2. Martino Martinelli Filho, Leandro Ioschpe Zimerman, Adalberto Menezes Lorga, José Tarciso de Vasconcelos. Diretrizes Brasileiras de Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis. Disponível em: <http://www.deca.org.br/Medica/arquivos/Diretriz_DCEI.pdf>. Acessado em: 04/08/2013.

BLOQUEIO INTERMITENTE DE RAMO ESQUERDO DESCOBERTO DURANTE A ANESTESIA

AUTORES:

Thiago Shinji Kajishima Gomes, Ana Cristina Pinho Mendes Pereira, Paulo Sérgio Gomes Lavinias, Nathalia Rodrigues Sampaio, Leonardo Vianna Salomão, Fabiana Coutinho Polinelli.

INSTITUIÇÃO:

Instituto Nacional do Câncer - HC1.

INTRODUÇÃO: O bloqueio de ramo esquerdo intermitente (BREI) durante a anestesia é raro. Grande parte dos casos estão relacionados à doença cardíaca, sendo imperativo o diagnóstico diferencial de isquemia miocárdica. Interessante caso de BREI diagnosticado durante a indução anestésica decorreu de uma associação de fatores como hipertrofia ventricular esquerda (HVE), lidocaína e isquemia miocárdica. **RELATO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 54 anos, com indicação de tireoidectomia por carcinoma papilífero. HPP incluía dislipidemia (sinvastatina 20 mg/dia), hipotireoidismo (levotiroxina 75 mcg/dia) e ex-tabagismo (CT 20 Maços Ano), sem histórico de hipertensão e doença cardíaca. Exame físico, RX de tórax e laboratório sem alterações. ECG com critério para sobrecarga de VE. À monitorização na SO, ritmo sinusal com morfologia estreita do QRS. Realizada pré-oxigenação, seguida de lidocaína 120 mg e propofol 60 mg IV, quando foi detectado BRE, sendo interrompida a indução. Após 5 minutos, o QRS retornou ao padrão estreito, dando-se sequência à indução IV de propofol 40 mg, sufentanil 15 mcg, cisatracúrio 14 mg e intubação orotraqueal. Após a intubação, a paciente evoluiu com pausa sinusal de 30 segundos, sendo feito atropina 0,5 mg IV. Evoluiu com alternância de períodos de condução com QRS alargado e períodos QRS estreito. A cirurgia durou 150 minutos e transcorreu sem outras intercorrências. Na SRPA, realizado ECG que evidenciou BRE. Marcadores seriados de necrose miocárdica foram solicitados, sendo todos negativos. A paciente recebeu alta hospitalar no segundo DPO com instrução de acompanhamento cardiológico. **DISCUSSÃO:** Diversos fatores podem estar associados ao BREI, como lidocaína e quinidina, além das doenças cardíacas, com destaque para HVE, doenças valvares e isquemia miocárdica. No caso em estudo, a ocorrência do BREI após a administração de lidocaína levanta a hipótese dele ter decorrido de alterações de condução pelo medicamento. Outro fator possível é a HVE. Ademais, em paciente com fatores de risco para isquemia miocárdica, como dislipidemia, SVE e ex-tabagismo, esse diagnóstico diferencial deve ser ativamente pesquisado. Autores afirmam que BREI secundário não decorre de causa única, mas de associação de fatores, culminando com o BRE. Apesar de não ser possível determinar o diagnóstico etiológico específico para este BREI, a paciente necessita de avaliação cardiológica suplementar para reduzir a morbimortalidade cardiovascular perioperatória no futuro. **REFERÊNCIA:** 1. Tyagi A, Sethi AK, Agarwal V, Mohta M. Rate-dependent left bundle branch block during anaesthesia. *Anaesthesia and Intensive Care*. 2004;32: 715-718 2. Bauer GE. Transient bundle branch block. *Circulation*. 1964;29: 730-5.

BLOQUEIO SUBDURAL ACIDENTAL - CASO SUSPEITO

AUTORES:

Julio C. M. Brandão, Haroldo B. Barreto, Rafael C. Hardman, Marcos A. C. de Albuquerque.

INSTITUIÇÃO:

Coopanest – Cooperativa dos Anestesiologistas de Sergipe.

INTRODUÇÃO: Na literatura há relatos de bloqueio subdural acidental durante a realização de anestesia subaracnóidea ou peridural. Por ser uma complicação pouco conhecida, sua apresentação clínica acaba sendo atribuída a outras causas. A injeção subdural de anestésico local pode apresentar-se como bloqueio sensitivo alto, às vezes até envolvendo os nervos cranianos em função da extensão do espaço subdural até o crânio. Habitualmente, o bloqueio é desproporcional à quantidade de droga administrada. O objetivo deste relato é apresentar um caso com suspeita de bloqueio subdural acidental. **Relato do Caso -** Paciente do sexo masculino, 10 anos, 35 kg, 1,53 m, estado físico ASA IE, a realizar procedimento cirúrgico para abordagem de osteossíntese de fêmur direito. Optou-se por anestesia subaracnóidea. Jejum adequado e exames laboratoriais normais. Não recebeu medicação pré-anestésica. Paciente corroborava bem com a equipe. Monitorizado com oximetria de pulso, cardioscópio e pressão arterial não invasiva. Em sala, foi administrado 2mg de midazolam endovenoso e instalado cateter nasal de O₂. Em seguida, realizada raqui-anestesia na posição de decúbito lateral direito, no espaço L3-L4, punção mediana, com agulha de Quincke número 27G com guia introdutório e injetada a solução previamente preparada com bupivacaína hiperbárica 0,5% 15mg e fentanila 25mcg. A solução foi injetada em aproximadamente 30 segundos e o paciente foi imediatamente posicionado em decúbito dorsal horizontal. Após um período de latência de 10 minutos, foi então pesquisado o nível sensitivo e este se apresentava aproximadamente em T4. Foi repetida a dose de midazolam endovenoso e passados 25 minutos do início do procedimento houve hipotensão, bradipnéia e bradicardia. O paciente apresentou também diminuição do nível de consciência. Optou-se por ventilação com máscara facial e foi então administrado flumazenil endovenoso, sem resposta. A hipotensão foi discreta e logo compensada com infusão de cristalóides aquecidos via endovenosa. Em seguida, optou-se pela IOT e ventilação mecânica (VM). Neste momento, foram colhidas glicemia capilar (98mg/dl) e gasometria arterial (acidose respiratória). No campo cirúrgico não houve alterações significativas nem sangramento excessivo. O paciente ficou bem acoplado à VM e por isto não utilizamos anestésicos venosos ou inalatórios para a manutenção. Após cerca de 1h e 20min o paciente recuperou o nível basal de consciência e apresentava-se em VM com parâmetros mínimos e gasometria normal. Após o término do procedimento, o paciente foi extubado, sem intercorrências e encaminhado à sala de recuperação pós-anestésica. O paciente negava dor e relatava não recordar do procedimento. Durante internação, evoluiu bem e recebeu alta sem alterar outros exames e sem alterações clínico-neurológicas. **DISCUSSÃO:** Apesar de potencialmente grave, a suspeição precoce e o diagnóstico correto associados à intervenção adequada são essenciais para um desfecho favorável.

BRONCOASPIRAÇÃO EM PACIENTES COM JEJUM PROLONGADO

AUTORES:

David Ferez, Alessandra Ferreira, Giovanna Regina Putini Cassavia*.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Beneficência Portuguesa.

INTRODUÇÃO: Aspiração pulmonar perioperatória é conceituada como a aspiração de conteúdos gástricos após a indução da anestesia geral, até o período do pós-operatório. A frequência varia entre os estudos devido a predominância da população estudada: idosos com ASA mais elevado, crianças, gestantes e submetidos a cirurgia de urgência apresentam maior risco de aspiração. O jejum prolongado leva a ansiedade o que pode aumentar a secreção gástrica, e consequentemente o risco de broncoaspiração. **RELATO DE CASO:** Paciente masculino, 25 anos, 78 kg, 1, 75m, ASA 1, foi internado para submeter-se à septoplastia e rinoplastia, em jejum prolongado de 20 horas. Paciente negou ingestão de líquidos antes do procedimento, sendo o jejum absoluto de líquidos e sólidos, confirmado por seu acompanhante. Não apresentava critérios de via aérea difícil. Foi submetido a anestesia geral, induzido com fentanil 250 mcg, propofol 200 mg e rocurônio 50 mg, previamente oxigenado com O₂ 5l/min e otimizado posicionamento. Realizada primeira laringoscopia direta, Cormack II, sendo encontrado dificuldade em progredir o tubo traqueal, realizado a aspiração de VAS com sonda vesical 14 devido a presença de grande quantidade de secreção líquida incolor, com aspecto viscoso. Realizado IOT pelo mesmo anestesista com cânula 8, 0 com cuff e fio guia, confirmada IOT por capnografia. À inspeção, expansibilidade torácica assimétrica, abolida à direita e ausculta pulmonar com murmúrio vesicular presente à esquerda com roncos e ausência de murmúrio vesicular à direita associados a estertores bolhosos e roncos. Realizado broncofibroscopia com ausência de rolhas ou de intubação seletiva à visualização direta. Passado SOG com aspiração de 50 ml de líquido claro e viscoso. Realizada radiografia de tórax ântero posterior, opacificação difusa de pulmão direito. Achados radiográficos sugestivo de pneumonite multilobar de pulmão direito secundária a broncoaspiração. Cirurgia foi suspensa e o paciente encaminhado para UTI, onde foi mantido sedado por 6 horas e extubado nas primeiras 24 horas de internação, evoluindo com melhora radiológica e do padrão ventilatório. **DISCUSSÃO:** A aspiração do conteúdo gástrico, exige para prevenção, guias de jejum pré-operatório sugerem períodos menores de jejum, permitindo maior conforto ao paciente, diminuindo o risco de hipoglicemia e desidratação, sem aumentar a incidência de aspiração; o uso rotineiro de mediações que diminuem o pH e o volume gástrico, estão indicados para pacientes de alto risco. O melhor método para proteção da via aérea continua sendo a intubação orotraqueal. A pressão na cartilagem cricóide, a indução em rápida ou com paciente acordado, exercem papel importante na prevenção da aspiração pulmonar. **REFERÊNCIA:** 1-Marik PE. Aspiration pneumonia and pneumonia: a clinical review. *N Engl J Med* 2001; 344: 665-672. 2-Ortenzi AV, D'Ottaviano CR - Jejum Pré-Operatório e o Paciente de Estômago Cheio em: Atualização em Anestesiologia, SAESP, 1996;94-106.

CEFALÉIA PÓS-PUNÇÃO ACIDENTAL DA DURA-MÁTER EM PACIENTE IDOSO. RELATO DE CASO

AUTORES:

Mário de Nazareth Chaves Fascio, Bruno Mendes Carmona, Bruno Barros Nascimento, André Varela Guimarães, Paulo Roberto Vieira Guedes.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Ophir Loyola.

INTRODUÇÃO: A cefaleia pós-punção é uma complicação esperada após perfuração acidental da dura-máter durante tentativa de bloqueio peridural. A incidência de cefaleia pós-punção da dura-máter é sabidamente maior em pacientes do sexo feminino, jovens e gestantes, podendo chegar a índices entre 2, 8 e 8, 7%, dependendo do tipo de agulha utilizada. A hipotensão líquórica, por extravasamento do LCR, e a consequente tração das estruturas intracranianas é o mecanismo mais aceito para justificar este quadro. **RELATO DO CASO:** Paciente do sexo masculino, 67 anos, hipertenso, estado físico ASA II, portador de neoplasia prostática. Após monitorização obrigatória e venóclise, o paciente foi sedado (midazolam e fentanil) e submetido a punção peridural com agulha de Touhy 16 G em T12-L1 por via mediana através da técnica de Dogliotti, entretanto houve perfuração acidental da dura-máter. Então, o anestesista responsável optou por nova punção no interespaço T10-T11 sem intercorrências e administrou Novabupi® 0, 25% 15 ml e morfina 2 mg. A Indução da anestesia geral foi com doses convencionais de fentanil, lidocaína, propofol e pancurônio, seguida de intubação traqueal e manutenção com O₂ 100% e sevoflurano. Ao final da cirurgia o paciente foi extubado e encaminhado ao CTI, onde referiu cefaleia fronto-occipital relacionada à posição ortostática no 1º pós-operatório. Pelas características da cefaleia e histórico de perfuração acidental da dura-máter com agulha de grosso calibre, diagnosticou-se cefaleia pós-punção dural apesar da idade do paciente. Então, optou-se por tratamento clínico com tramadol 100 mg e dipirona 2 g 6/6 h, hidratação com ringer simples 2.000 ml em 24 h e repouso no leito em decúbito horizontal. Houve melhora da cefaleia postural após 12 h de tratamento. O paciente recebeu alta da UTI e foi mantida a terapia instituída por mais 24 h, não havendo recorrência dos sintomas. **DISCUSSÃO:** Os mecanismos que explicam a cefaleia pós-punção acidental da dura-máter durante a tentativa de identificação do espaço peridural através da técnica de perda de resistência de Dogliotti são a injeção subaracnóidea de ar e perda excessiva de LCR. No caso relatado acreditamos que a injeção de ar, causando pneumoencéfalo tenha sido o principal mecanismo da cefaleia, pois além da idade do paciente, o quadro regrediu completa e rapidamente sem a necessidade de tampão sanguíneo, coincidindo com o tempo de absorção do ar injetado. **REFERÊNCIA:** 01) Neves JFNPd, Vieira VLR, Saldanha RM, Vieira FdAD, Neto MC, Magalhaes MG, et al. Uso da Hidrocortisona no Tratamento e na Prevenção da Cefaléia Pós-Punção da Dura-Máter. *Relato de Casos. Rev Bras Anesthesiol.* 2005;55(4): 343-9. 02) Höehr ACR, Londero2 RG. Cefaleia pós-punção em pacientes puérperas submetidas a raqui-anestesia. *Revista da AMRIGS.* 2012;56(2): 125-8.

COMPARAÇÃO ENTRE A INCIDÊNCIA DE PARADA CÂRDÍACA E ÓBITO EM PACIENTES GERIÁTRICOS EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE ATENDIMENTO TERCIÁRIO NOS PERÍODOS DE 1996 A 2003 E DE 2004 A 2011

AUTORES:

Karen Santos Braghiroli*, Thais Santos OLiveira, Fernando Akira Koga, Lorena Mendes de Carvalho Lucio, José Reinaldo Cerqueira Braz, Leandro Gobbo Braz.

INSTITUIÇÃO:

CET/SBA Departamento de Anestesiologia da Faculdade de Medicina de Botucatu.

INTRODUÇÃO: Alguns estudos descrevem que a idade avançada aumenta a incidência de parada cardíaca (PC) durante a anestesia^{1, 2}. O estudo analisou e comparou a incidência de PC e de óbito nos pacientes submetidos a procedimentos anestésicos nos períodos de 1996 a 2003 e de 2004 a 2011. **MÉTODO:** Utilizou-se o Banco de Dados do Departamento de Anestesiologia que possui as informações do paciente e do procedimento. Foram definidas quatro categorias de fator desencadeante da PC e do óbito: doença/condição do paciente, cirurgia e anestesia, sendo esta dividida em fator contributivo ou fator principal. Depois da coleta dos dados, os dois períodos de estudo foram comparados entre si. A análise estatística, para a maioria dos dados colhidos, foi realizada através da comparação múltipla de proporções de Tukey. Para comparação entre os dois períodos o teste do χ^2 foi utilizado com a significância de $p < 0,05$. **RESULTADO:** Foram realizadas 8.590 anestésias no período de 1996 a 2003 e 11.276 anestésias no período de 2004 a 2011. No primeiro período, a incidência de PC foi de 53,5:10.000 anestésias (46 PC) e de óbitos com incidência de 37,2:10.000 anestésias (32 óbitos). Já a incidência de PC do segundo período foi de 52,3:10.000 anestésias (56 PC) e de óbitos com incidência de 35,4:10.000 anestésias (40 óbitos). Houve redução na incidência de óbitos perioperatórios quando comparados os dois períodos ($p=0,03$). A faixa etária entre 75 a 90 anos de idade apresentou aumento na incidência de PC quando foram comparados os dois períodos ($p=0,005$). Houve diminuição da incidência de PC por fator anestésico de 5,9 do primeiro período para 0,9:10.000 anestésias no segundo período ($p=0,02$). O mesmo ocorreu com a incidência de óbito por fator anestésico de 3,5 do primeiro período para 0,1:10.000 anestésias no segundo período ($p=0,02$). Dessa maneira, houve diminuição do índice de letalidade anestésica (0%; $p=0,01$). Manteve-se, nos dois períodos, o predomínio da ocorrência de PC nos pacientes submetidos a procedimentos de emergência, nos classificados como ASA ≥ 3 , nos submetidos à anestesia geral e naqueles submetidos a procedimentos de mais de uma especialidade (multiclínica) e da cirurgia cardíaca. **CONCLUSÃO:** Houve grande melhora da segurança em anestesia geriátrica em nossa Instituição nos últimos anos pela diminuição da incidência de PC e de óbito por fator anestésico. O aumento da incidência de PC em pacientes com idade superior a 75 anos são indícios fundamentais na futura prevenção de complicações em anestésias em pacientes geriátricos. **REFERÊNCIA:** 1. Braz LG, Módolo NS, Nascimento Jr P et al. Perioperative cardiac arrest: a study of 53.718 anaesthetics over 9 years from a Brazilian teaching hospital. *Br J Anaesth.* 2006;96: 569-75. 2. Tamdee D, Charuluxananan S, Punjasawadwong Y et al. Factors related to 24-hour perioperative cardiac arrest in geriatric patients in a Thai University Hospital. *J Med Assoc Thai.* 2009;92: 198-207.

COMPLICAÇÕES DA RAQUIANESTESIA EM VIGÊNCIA DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL PÓS-TRAUMA: RELATO DE CASO

AUTORES:

Tatiana Spivak, Sérgio Teixeira Sant'Anna Junior, Caroline Rodrigues de Abreu Vieira, Lorena Almenara Silva Pelisson, Daniel Mattos Ranhe*, Flávio Elias Callil.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Municipal Souza Aguiar.

INTRODUÇÃO: A parada cardiorrespiratória (PCR) em pacientes no período perioperatório tem origem multifatorial, podendo ter relação direta ou indireta com o ato anestésico. O anestesiológista deve atentar ao controle dos fatores que afetam o débito cardíaco, de modo a evitar tal situação. A raquianestesia influencia diretamente o débito cardíaco, tendo em vista a vasodilatação periférica, decorrente do bloqueio simpático. Em pacientes previamente saudáveis, esse efeito pode ser fisiologicamente compensado. Porém, em pacientes que dependem primariamente do tônus simpático para manutenção da pressão arterial ou na presença de complicações devido ao ato cirúrgico, a simpatectomia pode contribuir sobremaneira para a presença de instabilidade hemodinâmica (IH) e PCR. **RELATO DE CASO:** A. M. S., sexo masculino, 23 anos, ASA IIIE (uso de óleo mineral intramuscular), vítima de trauma motociclístico há 15 dias, deu entrada no Hospital Municipal Souza Aguiar com tumoração inguinal e em coxa esquerda e sinais de reposta inflamatória sistêmica (leucócitos 15.900 células e FC 140bpm); exame clínico demonstrando sinais de isquemia distal à lesão e visualizada redução de fluxo sanguíneo arterial e venoso ao doppler. Proposta abordagem cirúrgica de urgência pela Cirurgia Vascular para inguilotomia exploradora e fasciotomia, com diagnóstico perioperatório de volumoso hematoma. Procedimento realizado sob raquianestesia lombar L3-L4, utilizando-se Bupivacaína isobárica 0,5% 15mg com agulha 25G de Quincke, nível sensitivo alcançado em T10. Cerca de 45 minutos pós-bloqueio, após drenagem do hematoma, paciente evoluiu com bradicardia e três episódios de PCR em atividade elétrica sem pulso. Realizado suporte avançado de vida com sucesso, seguido de retorno da circulação espontânea após 1 minuto de reanimação cardiopulmonar. Conduzido à unidade intensiva, extubado no terceiro dia de pós-operatório sem déficits neurológicos, clinicamente compensado. **DISCUSSÃO:** O acompanhamento da evolução do procedimento cirúrgico é essencial para a prática anestésica, principalmente em procedimentos de urgência e quando o diagnóstico pré-operatório encontra-se incerto. A raquianestesia é uma técnica anestésica segura, com baixo índice de complicações, sendo a hipotensão arterial a mais comum, proporcional à extensão da simpatectomia e à posição do paciente. No entanto, seu efeito autonômico, na presença de sangramento profuso agudo, pode contribuir para uma evolução clínica desfavorável, como IH e PCR. Nessas situações, o anestesiológista deve estar atento para intervir intensiva e precocemente, de modo a aumentar as chances de sucesso na reversão dessas complicações. **REFERÊNCIAS:** 1) Limongi JAG, Lins RSM. Parada cardiorrespiratória em raquianestesia. *Rev Bras Anesthesiol.* 2011; 61 (1): 110-120. 2) Ressuscitação Cardiopulmonar. In: Morgan Jr GE, Mikhail MS, Murray MJ. *Anestesiologia Clínica.* 4a edição. Rio de Janeiro, Ed. Revinter, 2010; 875-894.

CONCENTRAÇÃO DE HEMOGLOBINA E SOBREVIDA: REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE NÍVEIS ABAIXO DE 3G/DL

AUTORES:

Iuri Resedá Magalhães, Ivia Carolina Resedá Magalhães, Ana Clara Gordiano Carneiro, Camila Paula Oliveira Ribeiro, Luis Vicente Garcia, Liana Maria Torres de Araújo Azi.

INSTITUIÇÃO:

CET em Anestesiologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP.

INTRODUÇÃO: Níveis de hemoglobina extremamente baixos é uma condição clínica associada com elevada morbimortalidade. Entretanto, não há evidências suficientes que assegurem qual o nível mínimo de hemoglobina (Hb) tolerado pelos seres humano. Este estudo objetivou avaliar casos descritos na literatura de pacientes com níveis de Hb < 3, 0g/dl, as condutas adotadas e as taxas de sobrevivência. **MÉTODO:** Foi realizada revisão sistemática por meio de busca eletrônica nas bases de dados MedLINE (via PubMed) entre 1966 e julho de 2013 sobre casos publicados de pacientes com níveis de Hb. **RESULTADO:** Foram selecionados 24 artigos, que descreveram casos clínicos (61, 1%) e cirúrgicos (38, 9%) de pacientes que apresentaram níveis de Hb < 3, 0g/dl durante algum momento da internação. A média de idade geral foi de 31 ± 17 anos e o sexo masculino foi mais prevalente (57, 1%). Oitenta e nove por cento dos pacientes sobreviveram mesmo após atingirem níveis de Hb extremamente baixos. O menor nível de Hb descrito associado com sobrevivência foi de 1, 5g/dl. A conduta mais adotada foi a transfusão de células sanguíneas (29, 2%), seguido da utilização de eritropoietina (25, 0%). Cinquenta e sete por cento dos pacientes descritos eram Testemunhas de Jeová. Neste grupo de pacientes, a intervenção médica mais realizada foi a utilização de eritropoietina (50, 0%). Não houve relato de sequelas graves. **CONCLUSÃO:** Os casos de pacientes com níveis de hemoglobina extremamente baixos descritos na literatura revelam taxa de sobrevivência elevada. Não houve relato de sequelas graves, o que pode evidenciar um avanço nas intervenções médicas ou também maior capacidade adaptativa dos pacientes para suportar níveis de Hb mais reduzidos. Deve-se aventar a possibilidade de vies nas taxas de sobrevivência, uma vez que relatos com sobrevivência tendem a ser mais publicados. **REFERÊNCIA:** Goodnough LT, Shander A. Current status of pharmacologic therapies in patient blood management. *Anesth Analg.* 2013 Jan;116(1): 15-34. *Anesthesia and analgesia.*

CONDUÇÃO DE UM PACIENTE HEMOFÍLICO SUBMETIDO À CIRURGIA ORTOPÉDICA: RELATO DE CASO

AUTORES:

Maysa Delamare Espindola*, Ana Carolina Fonseca de Abreu Borba, Daihane Carvalho Teixeira, Márcio Luiz Benevides.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Geral Universitário - Cuiabá.

INTRODUÇÃO: Hemofilia é uma doença hereditária relacionada ao cromossomo x, que devido a uma mutação genética cursa com deficiência do fator VIII da coagulação na hemofilia tipo A, e do fator IX na hemofilia tipo B. Entretanto, apesar da forte evidência hereditária, mais de 1/3 dos casos não cursam com história familiar prévia. O essencial é diagnosticá-la e sempre suspeitar de paciente com história de hematomas na infância, sangramento espontâneo ou excessivo após trauma ou cirurgia. Relataremos o caso de um paciente hemofílico submetido a duas cirurgias ortopédicas, sendo realizada a reposição do fator VIII liofilizado apenas no segundo procedimento. **RELATO DE CASO:** Paciente masculino, 24 anos, com diagnóstico de hemofilia A leve na infância, sem acompanhamento adequado, foi submetido à correção cirúrgica de fratura de diáfise de fêmur direito há quatro anos. Realizada sob anestesia geral, sem a reposição do fator VIII. O paciente evoluiu com sangramento importante de sítio cirúrgico no pós-operatório (PO), instabilidade hemodinâmica e necessitou de transfusão de 10 unidades (uni) de concentrado de hemácias, 14uni de crioprecipitado/dia e 3uni de plasma fresco/dia durante os 7 dias de internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Na segunda abordagem, em julho de 2013, foi realizada reposição de fator VIII com as seguintes doses: 3. 500uni 30min antes do procedimento, 1. 500uni 8/8h do 1º ao 3º PO, 12/12h do 4º ao 8º PO e de 24/24h do 9º ao 14ºPO. Realizada anestesia geral com monitorização básica. Durante o procedimento o paciente apresentou sangramento considerável, sendo necessária transfusão de 02 concentrados de hemácias. Paciente extubado em sala, encaminhado a UTI. Recebeu alta hospitalar no 14º dia do PO. **DISCUSSÃO:** Na primeira abordagem não foi administrada reposição de fator VIII, representando grande risco ao paciente devido ao sangramento. No segundo momento, com avaliação, preparo e manejo perioperatório adequados, a cirurgia cursou com sangramento muito menor que o da primeira cirurgia. O paciente manteve estabilidade hemodinâmica, e excelente evolução clínica. A descrição do caso deixa clara a importância da avaliação pré-anestésica minuciosa e, nos casos indicados, da avaliação especializada, que neste caso resultou na diminuição do tempo de internação e da necessidade de hemotransfusão. **REFERÊNCIA:** 01- Ingerslev, J, Hvid, I. Surgery in Hemophilia. The General View: Patient Selection, Timing, and Preoperative Assessment. *Journal semihematol.* 2005. 11. 024; 02- Srivastava, A, Brewer, AK, Mauser-Bunschoten! EP, et al. Guidelines for the management of hemophilia. *Haemophilia* (2013), 19, e1–e47.

CONDUTAS SOB CONDIÇÕES LIMITADAS EM REGIÕES ISOLADAS- RELATOS DE CASOS

AUTORES:

Jamile Barbosa Pereira, Joaquim Edson Vieira, Keila Raissa Fernandes Filgueira, Breno Altero Longo.

INSTITUIÇÃO:

Universidade de São Paulo.

INTRODUÇÃO: A Bandeira Científica é um projeto de extensão universitária, organizado por acadêmicos da Universidade de São Paulo (USP) com atividades interdisciplinares clínicas e experiências diferenciadas do ambiente acadêmico (Silva LFF 2012). Esta foi a primeira versão cirúrgica na cidade de Coxim-MS, que realizou cirurgias ginecológicas (n=34) em estadia de curta permanência, com equipe de médicos ginecologistas, anesthesiologistas, patologistas, radiologistas e alunos de graduação. Neste trabalho relatamos três complicações pós-operatórias que ocorreram durante a expedição e o balanço de decisões pautadas pela limitação de recursos no Hospital Regional local. **DESCRIÇÃO DE CASOS:** Caso 1: AMP, 40 anos, ASA 1, submetida a histerectomia via vaginal (HV) sob raquianestesia + sedação (RS), sem intercorrências. Evoluiu no pós-operatório imediato (aproximadamente 4h após) com sudorese, dor abdominal com descompressão brusca positiva, PA 80x50 mmHg responsiva à infusão rápida de 500 mL de Ringer Lactato (PA 100x 60 mmHg). Opção por reabordagem via laparoscópica mostrou sangue e coágulos intraabdominais e hemorragia em retroperitônio. Realizada rafia de parede vesical. Caso 2: MBA, 64anos, ASA 3, DM2 e HAS não controladas e ex tabagista(carga tabagística 30 maços/ano), varizes de MMII. Submetida a HV+ correção de cistocele e retocele sob anestesia geral. Já no intraoperatório apresentou difícil controle da pressão arterial e evoluiu com dispnéia em sala de RPA. Hipóteses diagnósticas (HD): IAM, TEP e hiperreatividade brônquica. Realizado ECG mostrando duvidosa elevação em V4 e V5 e dosagem de CKMB com discreta elevação; Rx de tórax e Doppler de membros inferiores sem alterações. Realizadas medidas terapêuticas orientadas pelas HD. Paciente evoluiu com melhora dos sintomas com alta hospitalar em três dias. Caso 3: MSM, 55 anos, ASA 2, HAS, submetida a herniorrafia incisional sob RS. Evoluiu com sangramento coletado por dreno a vácuo já na primeira hora pós-operatória (300 ml). Em enfermaria, manteve sangramento por dreno, esvaziado repetidamente (total de 1 litro). Realizado Hb/Ht seriado da paciente e do líquido do dreno. Queda progressiva de Hb e manutenção do sangramento, sugeriram reabordagem cirúrgica com achado de sangramento de vasos perfurantes. Realizadas rafias. **DISCUSSÃO:** A experiência apontou necessidades para segurança do paciente em atendimentos cirúrgicos em áreas isoladas. Complicações inesperadas e poucos recursos balizaram as decisões. O encaminhamento para centro de referência a 255 km de distância ficou a critério da equipe de anesthesiologistas, com opção final de cuidados no local. Além disso, no hospital havia apenas duas bolsas de concentrado de hemácias de cada tipo sanguíneo. Outra dificuldade foi a falta de outras equipes cirúrgicas, considerando a potencial chance de complicações. **REFERÊNCIA:** Silva LFF. Projeto Bandeira Científica. História, estratégias e resultados. Revista Cultura e Extensão USP 2012; 7: 53-65).

CONSCIÊNCIA INTRA-OPERATÓRIA - RELATO DE CASO

AUTORES:

Giuliano Parreira de Oliveira, Márcio Placedino Martins, Frederico Kneipp Soares Leite, Alipio Maciel Lima de Brito, Marcela Hooper Carmo, Vanessa Gonçalves Chaves*.

INSTITUIÇÃO:

Hospital das Clínicas da UFMG

A anestesia geral é constituída por hipnose, analgesia, relaxamento muscular e bloqueio dos reflexos autonômicos. A consciência durante a anestesia geral é uma complicação grave, podendo trazer comprometimento psicológico por longos períodos. Ocorrência de 0, 1 a 0, 2%. **RELATO DE CASO:** Paciente A. P. O. L. , sexo feminino, 42 anos, 40 Kg, com história de câncer de colo uterino ressecado, sem outras comorbidades, chegou na urgência com sepse para realizar colostomia devido fístula reto-vesical com infecções recorrentes. Paciente admitida no bloco cirúrgico, realizada venóclise com cateter 20 G, monitorização padrão PANI, Oximetria de pulso, ECG, BNM. Dados vitais: FC 100 bpm, PA 120X70 mmHg, Sat O2 em ar ambiente 97%. Optado por realização de anestesia geral venosa total. Indução com midazolam 2mg, fentanil 200 mcg, lidocaina 1% SV 45 mg, propofol TCI efeito 3500, rocurônio 45 mg . Durante a intubação traqueal, paciente apresentou taquicardia e hipertensão, sendo administrado mais 100 mcg de fentanil. Mantida anestesia com remifentanil 0, 3 mcg/kg/min e propofol alvo 3500. Durante o procedimento, a paciente manteve FC próxima de 100 bpm. Dose de alfentanil 1, 5 mg foi administrada, aumentado o remifentanil para 0, 4 mcg/kg/min e propofol para 4500 em resposta a elevações da FC e PA. Controlada a FC após ajuste das medicações, a paciente movimentou-se, sendo associados 3 mg de midazolam, sevoflurano 0, 8 CAM e 5 mg de rocurônio. Procedimento com 90 minutos de duração. Após o término, revertido bloqueio neuromuscular com 0, 8 mg de atropina e 1, 6 de neostigmina. Profilaxia de náuseas e vômitos com ondasetrona e dexametasona. Para a dor pós operatória, dipirona 1, 5g, tenoxicam 40 mg, morfina 4 mg. Paciente acordou bastante agitada, gemente, balbuciando palavras incompreensíveis. Levada à SRPA mantendo a agitação, queixando-se de não ter sido anestesiada, que teria visto todo o procedimento e sentido muita dor, que tentava falar com a equipe e não conseguia se movimentar. Ainda na SRPA, equipe anestésica esclareceu e orientou a paciente sobre as possibilidades do ocorrido, mantendo o acompanhamento com visitas ao leito. Paciente aparentou tranquilidade após as conversas, aceitando bem o ocorrido e descartou a necessidade de apoio psicológico. **CONCLUSÃO:** A incidência de estresse pós traumático em pacientes que experimentaram a consciência intra operatória é alto 70%. Devido a alta incidência de sequela psicológica de difícil tratamento devemos nos preocupar em prevenir este tipo de complicação. **REFERÊNCIA:** Intraoperative Awareness From Neurobiology to Clinical Practice, George A. Mashour, M. D. , Ph. D. , * Beverley A. Orser, M. D. , Ph. D. , † Michael S. Avidan, M. B. , B. Ch. ‡ Anesthesiology, V 114 • No 5 1218 May 2011; Prevention of Intraoperative Awareness with Explicit Recall Making Sense of the Evidence, Michael S. Avidan, M. B. , B. Ch. , * George A. Mashour, M. D. , Ph. D. †Anesthesiology, V 118 • No 2 February 2013 pag 449.

CONVULSÃO APÓS BLOQUEIO INTERESCALÊNICO COM USO DE MISTURA DE LIDOCAÍNA E BUPIVACAÍNA

AUTORES:

Lyses Villas Boas Filho*, Haward Hideo Uoieno Iosto.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Federal de Ipanema.

INTRODUÇÃO: Para a realização do bloqueio de plexo braquial geralmente são utilizadas grandes quantidades de anestésicos locais (AL). A toxicidade cardiovascular e do sistema nervoso central (SNC) da mistura de bupivacaína e lidocaína parece ser aditiva. Provavelmente, a associação desses AL foi fator importante para a ocorrência de convulsão no caso relatado. **RELATO DE CASO:** Paciente feminina, 32 anos, 70 kg, ASA 1. Cirurgia proposta: osteossíntese de rádio direito. Optou-se pela realização de bloqueio interescalênico com neuroestimulador. Com resposta adequada em 0, 42mA, foi feita a injeção de 20 ml de lidocaína 2% + 20ml de bupivacaína 0, 5% misturadas, com aspiração a cada 5ml sem retorno venoso. Após 10 minutos a paciente evoluiu com convulsão tônico-clônica. Feito diazepam 5mg IV e administração de oxigênio a 100% havendo melhora do quadro. Após 30 minutos, a paciente estava acordada, negando outros sintomas e a cirurgia foi realizada sem intercorrências com o membro superior bloqueado. Foi encaminhada com Aldrete 10 para SRPA. **DISCUSSÃO:** Várias práticas são recomendadas para evitar a toxicidade dos AL, porém nenhuma delas totalmente eficaz. A paciente estava acordada e cooperativa; foi utilizado neuroestimulador e realizada a aspiração a cada 5ml injetados, após monitorização adequada. No entanto, a mistura da bupivacaína com lidocaína na mesma seringa, com o objetivo de diminuir a latência, mantendo-se a duração prolongada, mostrou-se o principal fator contribuinte para a ocorrência de convulsão neste caso, devido ao efeito aditivo da mistura no SNC e cardiovascular. Não ter adicionado vasoconstrictor pode ter aumentado a absorção do AL, em especial da lidocaína. A causa mais provável de intoxicação nesse caso foi absorção maciça, devido à latência prolongada para aparecimento dos sinais neurológicos e pelo bloqueio eficaz do plexo braquial. Desse modo, a diminuição da dose total dos AL poderia ter evitado a convulsão. Quando se optar pelo uso da mistura de AL, não se deve utilizar a dose tóxica de cada um em separado. O uso de lipídios poderia ter sido considerada para evitar a intoxicação do sistema cardiovascular. **REFERÊNCIA:** Mets B, Janicki PK, James MF, Erskine R, Sasman B. . Lidocaine and bupivacaine cardiorespiratory toxicity is additive: a study in rats. *Anesth Analg.* 1992 Oct;75(4): 611-4. Bases da anestesia, Ronald D. Miller C. Pardo, Jr; Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

CRISE CONVULSIVA APÓS INFUSÃO VENOSA DE GADOLÍNIO: RELATO DE CASO

AUTORES:

Leandro Felisberto de Carvalho*, Jane Auxiliadora Amorim, Ana Karla Arraes Von Sohsten, Otávio Damázio Filho, Jailton Luiz Cordeiro Júnior, Mirella Tavares de Carvalho.

INSTITUIÇÃO:

Centro de Ensino e Treinamento em Anestesiologia dos Hospitais da Restauração, Getúlio Vargas e Universitário Osvaldo Cruz. Endereço: Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby– R.

INTRODUÇÃO: O Gadolínio (Gd) é um metal utilizado na forma de soluções compostas para o realce em exames de imagem. O efeito desejado e, conseqüentemente, o mais importante decorrente do seu uso como meio de contraste para a Ressonância Magnética (RM) é a obtenção de uma imagem de excelente qualidade em curto espaço de tempo tornando a RM uma ferramenta diagnóstica importante na prática médica atual. Reações adversas ao Gd geralmente são de menor gravidade, como náuseas, vômitos, urticária, cefaleia, irritação, ardor e sensação de frio. Reações adversas graves, como laringoespasma e choque anafilático, são raras, tendo incidência de 0, 01%. A ocorrência de crises convulsivas após o seu uso é ainda mais rara, sendo poucos os casos descritos na literatura. A fisiopatologia desta raríssima complicação não é clara entretanto acredita-se que o Gd aumente a excitabilidade da célula nervosa, especialmente nos indivíduos que apresentam maior permeabilidade da barreira hematoencefálica. **RELATO DE CASO:** paciente do sexo feminino, 36 anos, ASA I, exame físico dentro da normalidade e sem histórico de doença neurológica, programada para realizar RM de coluna lombar com contraste, sob sedação anestésica, devido a quadro de lombociatalgia. Submetida à sedação com fentanil e midazolam por via venosa. Monitorizada com oxímetro de pulso, cardioscópio e pressão não invasiva, recebendo oxigênio 3l/min. , via cateter nasal, durante todo o procedimento. Dez minutos após administração venosa da solução de Gd, a paciente apresentou crise convulsiva generalizada, queda da saturação periférica de oxigênio (<90%) e perda de consciência. A crise convulsiva foi abortada com a administração de propofol, seguido de intubação orotraqueal. Após estabilização do quadro clínico, a mesma foi extubada ainda na sala de exame. Optou-se pela realização de TC de crânio, cujo resultado não apresentou anormalidades. A paciente foi encaminhada à Unidade de Terapia Intensiva, onde evoluiu satisfatoriamente e obteve alta hospitalar no dia seguinte sem sequelas. **DISCUSSÃO:** O Gd é uma substância largamente empregada como meio de contraste em procedimentos de RM. As complicações decorrentes do seu uso, apesar de raras, podem ser graves, com necessidade de diagnóstico e intervenção imediata. Estudos recentes que relataram complicações decorrentes da infusão do Gd mostraram ser indispensável a presença do anestesiológico para minimizar os danos ao paciente. Desse modo, este caso chama atenção para importância do anestesiológico como parte da equipe que realiza exames de imagem, proporcionando tranquilidade, conforto e segurança para os pacientes. **REFERÊNCIA:** Junior JE, Santos AC, Koenigkam M. Complicações do uso intravenoso de agentes de contraste à base de gadolínio para ressonância magnética. *Radiol Bras.* 2008 Jul/Ago; 41(4): 263–267; Maranhão M V M, Gomes E A, Carvalho P E. Epilepsia e Anestesia. *Rev Bras Anesthesiol.* 2011; 61: 2: 232-254;

DÉFICIT NEUROLÓGICO PÓS OPERATÓRIO EM ANESTESIA COMBINADA PARA EXENTERAÇÃO PÉLVICA

AUTORES:

Gustavo Siqueira Elmiro*, Daniel Marques Ielpo, Felipe de Souza Fernandes Leão, Maria Cecília Lessa Beloni, Júnio Rios Melo, Ricardo Hernani de Almeida Chaves.

INSTITUIÇÃO:

C. E. T do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

INTRODUÇÃO: As Exenterações pélvicas estão mais rotineiras devido ao envelhecimento e mudança do perfil da população. Além disso, são cirurgias com grandes desvios de fluidos, apresentando o potencial de transfusão maciça, coagulopatia e lesões neurológicas por afastadores pélvicos. Por se tratar de cirurgias oncológicas, a associação de bloqueios neuroaxiais à anestesia geral pode ser um importante fator para evitar maior crescimento tumoral (menor uso de opióides) e diminuir estresse intraoperatório e dor pós operatória. Todavia, o bloqueio de neuroeixo gera um fator de confusão caso ocorra déficit neurológico pós-operatório. Relato de caso-MGA, feminino, 60 anos, hipertensa em uso de hidroclorotiazida e losartan, internou no HC/UFMG devido a tumor pélvico invasivo, sem sítio primário estabelecido (côlon?bexiga?) com proposta de Exenteração Pélvica com participação das equipes de Coloproctologia e Urologia. Avaliação pré-anestésica mostrou apenas HAS controlada e exames laboratoriais normais. Foi optado por técnica anestésica combinada, sendo realizada punção epidural previamente a indução e inserido cateter para manejo de dor. Apresentou instabilidade hemodinâmica, sangramento importante, sendo necessária reposição volêmica agressiva, com franca recuperação e extubada ao final, mantendo parâmetros hemodinâmicos e respiratórios adequados. Devido a coagulopatia persistente, foi optado por retirada do cateter no 3o DPO 1h após terapia transfusional. Foi observada por membros da equipe anestésica e orientado ao CTI comunicar qualquer anormalidade. No 4o DPO evoluiu com fraqueza de MIE, sendo comunicada à Neurologia e solicitados RNM de urgência (excluindo hematoma epidural) e EMG, revelando tratar-se de neuropatia de n. femoral devido a compressão por afastadores cirúrgicos. **DISCUSSÃO:** As complicações neurológicas nessas cirurgias são raras e geralmente atribuídas a anestesia regional. Porém, a lesão neurológica ocorre pelo posicionamento do paciente ou uso de afastadores cirúrgicos, ao invés de lesão direta. Além disso, a prevalência da neuropatia pós-operatória varia em função de: tipo de cirurgia, tempo cirúrgico, posicionamento e abordagem cirúrgica. Os nervos mais acometidos nessas cirurgias são: femoral, ilioinguinal, iliohipogástrico, genito-femoral e cutaneolateral da coxa. No caso relatado, houve provável lesão de n. femoral, que ocorre principalmente nas cirurgias profundas da pelve, onde há compressão desse contra a parede pélvica, na sua emergência na borda do musculo psoas, o que gera os sintomas de fraqueza e/ou déficit da sensibilidade da face anterior e lateral da coxa. **CONCLUSÃO:** Assim, é importante diferenciar as possíveis complicações do bloqueio de neuroeixo daquelas por lesão de nervos periféricos, assim como solicitar avaliação de neurologista e exames de neuroimagem logo no início do quadro. **REFERÊNCIA:** Cardosi RJ, Cox CS, Mitchel SH. Postoperative Neuropathies After Major Pelvic Surgery. *Obstetrics and Gynecology*, 2002;100. 240-44.

DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA COM REMIFENTANIL NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA

AUTORES:

Mariana Suete Guimarães*, Bruna Matedi Barreira Moyses, Marcos Célio Brocco, Antônio Roberto Carraretto, Carlos Eduardo David de Almeida.

INSTITUIÇÃO:

CET Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes - Hospital da Associação dos Funcionários Públicos do Espírito Santo.

INTRODUÇÃO: A analgesia é um dos componentes da anestesia geral. Os opióides constituem a classe de medicamentos mais comumente utilizada na atualidade para se obter analgesia durante anestesia. O remifentanil é o opióide mais recentemente comercializado no nosso país desde 1999. Cuidados como a lavagem do equipo utilizado na infusão de remifentanil são fundamentais para seu uso com segurança. **RELATO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 80 anos, estado físico ASA III (hipertensão arterial, insuficiência cardíaca congestiva, bloqueio atrioventricular total), programado para implantação de ressin-cronizador epicárdico. Paciente monitorizado de acordo com a resolução do CFM N° 1802/2006. Induzida anestesia geral com 0.5 mg/kg peso de etomidato, 0.15 mg/kg de peso de cisatracúrio e infusão contínua de remifentanil 0,5 µg. kg⁻¹. min⁻¹ titulada segundo o estímulo cirúrgico. O procedimento transcorreu sem intercorrências. Após o procedimento, paciente foi encaminhada a sala de recuperação anestésica acordada, lucida, orientada, sem dor, com respiração espontânea e saturação oxigênio 98%. Após 40 minutos do término do procedimento foi administrada 1g de dipirona para controle da dor pós operatória, paciente evoluiu com depressão respiratória e miose necessitando de ventilação assistida por bolsa-máscara por 5 minutos. Após recuperação do drive respiratório, paciente evoluiu para alta da sala de recuperação anestésica sem outras intercorrências. **CONCLUSÃO:** O cuidado com o equipamento em anestesia é fundamental. Ao ser finalizada uma infusão de remifentanil, toda extensão ou conexão venosa deve ser purgada com a solução de hidratação para evitar haver injeção inadvertida de um bolus de remifentanil acumulado entre a entrada da solução de remifentanil no sistema e a veia do paciente. Nesse caso, hipotetizamos que a injeção de dipirona na mesma via em que foi infundido o remifentanil injetou um bolus do opioide acumulado causando a depressão respiratória observada na paciente. **REFERÊNCIA:** Videira RLR, Cruz JRS. Remifentanil na Prática Clínica. *Rev Bras Anestesiologia*. 2004; 54: 1: 114 – 128.

DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA PROLONGADA POR OPIÓIDE

AUTORES:

Erick Freitas Curi, Giovanna Silva Vicente, Bruno Pimentel de Oliveira Carvalho, Paulo Antonio de Mattos Gouvêa, Eliana Cristina Murari Sudré, Cassiano Franco Bernardes.

INSTITUIÇÃO:

Centro de Ensino e Treinamento da AF ECC/Hospital Santa Rita de Cássia - Vitória - ES.

INTRODUÇÃO: Fatores farmacológicos relacionados à cirurgia e anestesia podem prejudicar a ventilação, oxigenação e manutenção das vias aéreas. Assim como outros μ -agonistas opióides, o sufentanil causa depressão respiratória em doses associadas com analgesia clínica.

RELATO DE CASO: Paciente, sexo feminino, 58 anos, 84 kg, encaminhada ao centro cirúrgico (CC) para ser submetida a uma colecistectomia por via videolaparoscópica. Na avaliação pré-anestésica observou-se hipertensão arterial sistêmica (uso de propanolol e losartana), ansiedade exacerbada, alérgica a iodo, dentição precária, pescoço curto e Mallampati II. Na sala de operação (SO) foi monitorada de acordo com a Resolução 1802/2006 (CFM). Não se utilizou medicação pré-anestésica. Indução anestésica intravenosa (IV): lidocaína (80 mg); sufentanil (40 μ g); propofol (120 mg) e atracúrio (40 mg). Procedeu-se a intubação orotraqueal (IOT). Manutenção anestésica: isoflurano (1, 5%) em oxigênio 60%. Administrou-se cefazolina (2 g), analgésicos não opióides e omeprazol. Procedimento durou 80 minutos. Interrompeu-se o anestésico inalatório. Após trinta minutos a paciente apresentou movimentos voluntários, estando responsiva ao comando verbal e estímulo tátil. Administrou-se atropina (0, 75 mg) e neostigmina (4 mg). Retirou-se o tubo orotraqueal. Após dois minutos paciente se tornou não responsiva a estímulos. Ventilou-se sob máscara facial. Na sequência se optou pela IOT. Administrou-se por via IV naloxone, tituladamente (doses: 20 μ g a cada 10 minutos). Dose total: 400 μ g. Após 150 minutos, paciente acordou sem queixa algica e discretamente sonolenta. Recebeu alta da Sala de Recuperação Pós-Anestésica 90 minutos após admissão, totalizando 10 pontos na Escala de Avaliação de Aldrete-Kroulik. **DISCUSSÃO:** A diminuição abrupta de um estímulo nocivo (ex: extubação traqueal) pode promover obstrução da via aérea ou hipoventilação ao alterar o equilíbrio entre a depressão pela medicação e a estimulação pelo desconforto. No caso de hipoventilação excessiva por opióides, a titulação IV de naloxone reverte a depressão respiratória sem alterar a analgesia. No entanto, em casos graves se torna necessária uma via aérea definitiva até a solução do problema. Registra-se que pacientes com apnéia obstrutiva do sono são mais sensíveis à depressão causada pelos opióides. **REFERÊNCIA:** Mecca RS. Recuperação pós-operatória. In: Barash PG, Cullen BF, Soelting RK. Anestesia Clínica. 4ª Ed. São Paulo, Manole, 2001;1377-95. Coda BA. Opióides. In: Barash PG, Cullen BF, Soelting RK. Anestesia Clínica. 4ª Ed. São Paulo, Manole, 2001;345-71.

DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA SECUNDÁRIA AO USO DE OPIÓIDES NO NEUROEIXO

AUTORES:

Mariana Rabelo Maia, Núbia Campos Faria Isoni, Marina Ferraz Teixeira de Queiroz, Eduardo Azevedo de Castro, Bernardo Drumond Matias, Diogo de Sousa Lopes.

INSTITUIÇÃO:

Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte.

INTRODUÇÃO: A depressão respiratória é o efeito colateral mais temido do uso de opióides no neuroeixo quando são usados adjuvantes. O objetivo do trabalho é apresentar dois casos de depressão respiratória tardia em paciente submetido à anestesia geral combinada. Relato dos casos: O primeiro paciente, do sexo masculino, 38 anos, ASA2, submetido a ressecção de tumor gástrico (GIST) e o segundo, do sexo feminino, 42 anos, ASA1, submetida a ooforectomia devido massa anexial. Ambos receberam anestesia geral combinada com a mesma técnica anestésica: anestesia peridural com punção única em L2-L3, infusão de 50mg de Bupivacaína 0, 5% com vasoconstritor, 2mg de Morfina espinhal, 100mcg de Fentanil espinhal e ABD estéril com volume final de 20ml e concentração final de Bupivacaína de 0, 25%. Indução anestésica com Propofol 2 mg/kg, Fentanil 5 mcg/kg, Lidocaína 2 mg/kg e Cistacúrio 0, 15 mg/kg. Mantida anestesia com Sevoflurano 0, 5 CAM. Sintomáticos: Dipirona 2g ev e Ondasentrona. Ambos extubados na sala cirúrgica sem intercorrências e encaminhados para SRPA, permanecendo por cerca de 2h. O primeiro paciente aproximadamente 6h após a realização do ato anestésico, apresentou quadro de rebaixamento do sensório (ECG 3), pupilas mióticas e hipopnéia. Realizado suporte ventilatório invasivo, encaminhamento ao CTI e uso de Naloxona venosa com boa resposta. Porém, novo rebaixamento após 20 minutos não permitiu a extubação. A segunda paciente apresentou evolução e tratamento semelhante. Não foram identificados fatores metabólicos que justificassem o quadro dos pacientes. Tomografias computadorizadas normais. Após 24h do início do quadro, o 1º paciente apresentou melhora clínica sendo extubado e mantido sem suporte ventilatório. Paciente evoluiu bem após alta do CTI e recebeu alta hospitalar em 72 h. A 2ª paciente teve melhora mais precoce, sendo extubada 12h após o episódio, também com boa evolução. **DISCUSSÃO:** A depressão respiratória pode ser classificada em precoce, quando acontece até 2 h após injeção do opióide, e em depressão tardia, observada depois de 2 horas da injeção, por migração cefálica no líquor e interação com os receptores opióides da medula ventral. Já com a utilização de Morfina acontece entre 6-12h, podendo ocorrer até 24h após sua injeção. O risco de depressão respiratória está aumentado em situações específicas: disfunções respiratórias, insuficiência renal, associação de benzodiazepínicos, aumento das doses, idade avançada, uso concomitante de opióides sistêmicos, cirurgias prolongadas, presença de comorbidades e cirurgias torácicas. A diminuição do nível de consciência é sinal confiável de depressão respiratória, pois o paciente pode manter frequência respiratória normal com diminuição de Po2 e aumento de Pco2. A base do tratamento é o suporte ventilatório e Naloxona venosa. **REFERÊNCIA:** 1. V, Dahlgren N, Irestedt L. Severe neurological complications after central neuraxial blockades in Sweden 1990-1999. Anesthesiology 2004; 101: 950-959.

DERMATITE PÓS-OPERATÓRIA RELACIONADA À POSIÇÃO DE LITOTOMIA

AUTORES:

Breno Altero Longo, Keila Raissa Fernandes Filgueira, Joaquim Edson Vieira, Jamile Barbosa Pereira, Thatiana Moreno Horta*.

INSTITUIÇÃO:

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

INTRODUÇÃO: O posicionamento em cirurgia pode causar complicações pós-operatórias como neuropatia, perda de visão, alopecia, lesões dermatológicas nos pontos de pressão e até síndrome compartimental (Ferreira Jr AJ e col 2011). Relatamos caso ocorrido durante expedição cirúrgica na cidade de Coxim/MS no projeto Bandeira Científica (BC), um projeto de extensão universitária da Universidade de São Paulo com atividades interdisciplinares em municípios com particularidades na atenção à saúde (Silva LFF 2012). Criada em 1957 e reeditada em 1997, o projeto teve sua primeira versão cirúrgica em Julho de 2013. **RELATO DE CASO:** Paciente sexo feminino, 47 anos, peso 90Kg, altura 1,70 cm, com história de alergia à paracetamol e cetoprofeno, lombalgia crônica e parestesia de membros inferiores secundária à protusão discal. Submetida a cirurgia para correção de cistocele, retoccele e perineorrafia sob anestesia geral balanceada (midazolam, fentanil, propofol, isoflurano), com passagem de iGel número 4. Anestesia teve duração de 240 minutos e cirurgia de 180 minutos. A paciente permaneceu em posição de litotomia com barras “candy cane”, sem que a pele entrasse em contato direto com partes metálicas. Após cirurgia foi encaminhada a recuperação anestésica e teve alta para enfermagem em 120 minutos. No segundo pós-operatório a paciente retornou ao serviço devido ao aparecimento de lesão em dorso com discreto prurido e ardor local. Exame físico: placa eritematosa, infiltrada, com bordas irregulares e limites bem definidos, em região lombar (abaixo de L3), sacral e nádegas. Também se notaram duas lesões circulares semelhantes, pequenas e localizadas nos flancos na altura da crista ilíaca ântero-superior, que coincidiam com as áreas de dobra na pele quando na posição de litotomia. Períneo, face interna da coxa, e região anal sem lesões. Em consulta, paciente relatou alergia aos medicamentos previamente citados e também a metais e a látex. Introduzido prednisona via oral 20mg/dia e betametasona tópica e encaminhamento para dermatologia. **DISCUSSÃO:** O antecedente de atopia relatado pela paciente, associado a localização das lesões apenas nos pontos de maior pressão em contato com a mesa cirúrgica durante a posição de litotomia levaram ao provável diagnóstico de dermatite de contato. Essa hipótese é reforçada pela duração do procedimento cirúrgico e pela obesidade grau 1 da paciente. Queimadura por agente químico ou pelo uso do bisturi elétrico foi descartada devido ao aspecto da lesão e ao seu surgimento tardio. **REFERÊNCIA:** 1. Ferreira Jr. AJ, Silva IL, Correa RT. Problemas Decorrentes do Posicionamento do Paciente na Mesa Operatória. In: Cangiani e col. Tratado de Anestesiologia SAESP 2011, Ed. Atheneu, São Paulo, pp. 2755-2766. 2. Silva LFF. Projeto Bandeira Científica. História, estratégias e resultados. Revista Cultura e Extensão USP 2012; 7: 53-65).

DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO APÓS TRAUMA TORÁCICO FECHADO EM ADULTO JOVEM DURANTE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

AUTORES:

Carlos Adolfo B. Pinto Calçada, Márcio de Pinho Martins, Daniel Bauer, Rafael Barbosa Braz*, Letícia C. Cardoso Fontes dos Santos.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Central da Polícia Militar RJ.

INTRODUÇÃO: O IAM pós-trauma torácico fechado é complicação rara, potencialmente fatal. Este relato refere-se a um caso de IAM com supra de ST em paciente jovem, no pré-operatório de osteossíntese de cotovelo, após trauma torácico durante atividade física. **RELATO DO CASO:** Paciente masculino, 36 anos, 80 kg, ASA I, sem história familiar de cardiopatias. Após queda da própria altura, sofreu trauma torácico. Procurou atendimento médico na emergência, que evidenciou fratura do cotovelo, com indicação de intervenção cirúrgica imediata. Apresentou precordialgia na sala pré-operatória. ECG evidenciou repolarização ventricular precoce e extrassístoles supraventriculares. Após 20 minutos, o paciente referiu piora da dor, tratada com opióide EV. Novo ECG demonstrou supra de ST nas derivações D2, D3 e AVF. Administrado AAS, dinitrato de isossorbida e O2. Monitorizado com cardioscopia, oximetria de pulso e pressão arterial não invasiva. Com evidências de IAMEST de parede inferior, optou-se pela realização de coronariografia precoce. Trombólise venosa foi contra-indicada, devido a possibilidade de sangramento no foco da fratura fechada. Enzimas cardíacas encontravam-se elevadas. Coronariografia evidenciou trombo proximal obstruindo a artéria descendente anterior (DA). Na tentativa de reperfusão, houve fragmentação do trombo, com nova obstrução distal da DA. Administrou-se heparina não fracionada e tirofiban, e o paciente retornou a UTI do hospital de origem. O paciente apresentou boa evolução clínica, optando-se pela realização da cirurgia uma semana após o incidente. **DISCUSSÃO:** O IAM secundário a trauma torácico fechado é raramente descrito como complicação nas lesões cardíacas relacionadas ao trauma. Mecanismos de injúria cardíaca não-penetrante incluem: rápida aceleração/desaceleração, trauma direto, compressão entre o esterno e segmento torácico da coluna vertebral, e rápido aumento da pressão intra-aórtica por compressão abdominal ou de MMII. Mecanismos contribuintes para o IAM podem incluir: lesão intimal, hemorragia subintimal, trombose intraluminal e espasmo. Qualquer artéria coronariana pode ser acometida, porém a mais citada nos relatos de caso é a descendente anterior, seguida da coronária direita e circunflexa. **REFERÊNCIA:** 1. Piegas LS et al. IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST (2009). Disponível em: Acesso em: 13 abr 2013 2. Klein LW, Nathan S. Coronary artery disease in young adults. J Am Coll Cardiol 2003; 41: 529-31.

DISTÚRBO ELETROLÍTICO COM ARRITMIA INTRA-OPERATÓRIA EM RESSECÇÃO TRANSURETRAL DE BEXIGA

AUTORES:

Flávio Elias Callil, Julia Cid Crespo Guimarães, Sérgio Teixeira Sant'Anna Junior, Fabricio Azevedo Cardoso, Guilherme Frederico Lopes da Silva, Rafaela Correia da Silva*.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Municipal Souza Aguiar.

INTRODUÇÃO: Mecanismos homeostáticos são adequados usualmente para a manutenção do balanço hidroeletrolítico. Entretanto, doenças críticas e suas estratégias de tratamento podem causar perturbações significativas no status eletrolítico, podendo piorar o prognóstico. Desordens na concentração do sódio podem levar à disfunção neurológica, já desordens do potássio são influenciadas primariamente por insultos que resultam no aumento da perda corporal total de potássio ou alterações na sua distribuição.

RELATO DE CASO: J. C. , sexo masculino, ex-tabagista, 77 anos, 70kg, ASA pIII, internado no Hospital Municipal Souza Aguiar em 02/06/2013, com quadro de dor abdominal e hematúria macroscópica. Exames imagenológicos revelaram imagens sugestivas de cálculo e divertículos vesicais, proposta ressecção transuretral de bexiga. Procedimento realizado sob raqui-anestesia lombar, interespaço L3/L4, mediana com agulha 25G de Quincke, utilizando-se 12, 5mg de bupivacaína hiperbárica 0, 5%, nível sensitivo alcançado em T8. Após 5 minutos de instalação do bloqueio em decúbito dorsal, foi posicionado em litotomia; procedimento com duração total de 20 minutos, irrigação vesical contínua com solução manitol-sorbitol. Demonstrada pequena tumoração vesical com sinais de sangramento ativo, realizada exérese e hemostasia. Após 50 minutos de bloqueio do neuroeixo, cursou com quadro de desorientação, bradicardia (média 50-60 bpm) e hipotensão importante. Realizada reposição volêmica, anticolinérgico e vasopressores intravenosos, com estabilização do quadro. Exames complementares demonstraram hemoglobina sérica 9, 1g/dL, hipocalemia (K 2, 95mEq/L), hipernatremia (Na 150mEq/L), CKMB 79mg/dL, troponina-I 0, 1mg/dL, fibrilação atrial, bradicardia (52bpm), extra-sístoles ventriculares esparsas, achatamento de onda T. Iniciada reposição volêmica com solução salina a 0, 45% com base no cálculo de déficit de água e reposição de potássio por via intravenosa 8mEq/hora. Paciente após medidas cursou lúcido e orientado, calemia normalizada após 48 horas, curva enzimática cardíaca decremental. Recebeu alta com seis dias de pós-operatório, assintomático.

DISCUSSÃO: Distúrbios hidroeletrolíticos são entidades extremamente comuns no período peroperatório sendo o anestesiológista profissional com habilidade para reconhecer-los e para iniciar tratamento precoce. A hipocalemia pode cursar com alterações eletrocardiográficas, arritmias e labilidade tensional em função de disfunção autonômica, ficando a reposição intravenosa reservada na presença de manifestações cardíacas graves. **REFERÊNCIA:** 1) Prough DS, Funston JS, Svensén CH, et al. Fluids, Electrolytes, and Acid-base Physiology. In: Barash PG. Clinical Anesthesia. 7ª ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2013; 327-361. 2) Controle dos pacientes com distúrbios hidoeletrolíticos. In: Morgan Jr GE, Mikhail MS, Murray MJ. Anestesiologia Clínica. 4ªed. Rio de Janeiro, Ed. Revinter, 2010; 590-615.

EDEMA AGUDO PULMONAR APÓS USO DE NALOXONA

AUTORES:

Luiza Rodrigues Cucco, Juliana Santos Vieira da Fonseca, Eduardo Martins Zortéa, Daniel Carlos Cagnolati.

INSTITUIÇÃO:

CET-SBA da Clínica de Anestesiologia de Ribeirão Preto (CARP).

INTRODUÇÃO. Embora alguns estudos relatem que o uso de naloxona para reversão do efeito de altas doses de opióides não apresenta significativas alterações cardiovasculares, estudos mais recentes descrevem complicações em pacientes cirúrgicos após administração deste fármaco.

RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 20 anos, 62kg e 1, 80m. Estado físico P1 (ASA). Exames laboratoriais Hb 14, 3 g/dl; Ht 42, 9%; plaquetas 168. 000; Na 139 mmol/L e K 4, 4 mmol/L. Apresentando quadro de dor abdominal há 4 dias, foi programada laparotomia exploradora por suspeita de abdome agudo inflamatório. Na avaliação pré-anestésica negou doença em tratamento bem como uso de medicações contínuas; informou somente o uso freqüente de maconha e a realização de osteossíntese de punho há 3 anos sem intercorrências. Monitorizado com cardioscopia, oximetria de pulso, capnografia e pressão arterial não invasiva. Venóclise com cateter de calibre 20 em membro superior direito. Induzida anestesia geral com IOT em sequencial rápida utilizando remifentanil 1mcg/kg, propofol 2mg/kg e rocurônio 0, 6mg/kg sem intercorrências. Após foi administrado sufentanil 0, 3mcg/kg. Manutenção da anestesia com sevoflurano em aproximadamente 1 CAM, ar comprimido e O2. O procedimento teve duração de 120 minutos. No processo de extubação, o paciente apresentava, após a interrupção do agente inalatório, ventilação espontânea com uma frequência de 6 rpm, pupilas mióticas e ausência de resposta aos estímulos. Cogitada a hipótese de depressão respiratória por acúmulo de opióide, foi administrada naloxona em doses fracionadas. O paciente despertou sendo extubado com sucesso. Mantendo padrão ventilatório e saturação adequados, foi transferido para a SRPA. Transcorridos 10 minutos na SRPA apresentou queda da saturação, taquipnéia e taquicardia. Também foram observados secreção rósea em via aérea e alteração na ausculta pulmonar. O quadro de edema agudo pulmonar foi tratado com furosemida 20mg e O2 a 100% sob máscara. O paciente apresentou melhora completa do quadro clínico, sendo ainda realizado RX de tórax o qual não evidenciou alterações. **DISCUSSÃO:** O uso terapêutico dos antagonistas opióides tem utilidade no tratamento das sobredoses de opióides. Contudo eles podem apresentar complicações cardiovasculares, pulmonares e até parada cardiorrespiratória. Assim, seu uso deve ser criterioso e na menor dose necessária a obtenção de seu efeito. **REFERÊNCIA:** 1. Partridge BL, Ward CF. Pulmonary edema following low-dose naloxone administration. Anesthesiology; 1986;65: 709-710. 2. Vitalone V, Lopresti C. Acute pulmonary edema after intravenous naloxone. Minerva Anestesiologia; 1992;58(2): 225-227 3. Van Dorp E, Yassen A, Dahan A. Naloxone treatment in opioid addiction: the risks and benefits. Expert Opin Drug Saf; 2007;6(2): 125-132.

EDEMA PULMONAR POR PRESSÃO NEGATIVA

AUTORES:

Chardesson Fernandes do Carmo*, Leopoldo Palheta Gonzalez, Ivandete Coelho Pereira, Lilian Patrícia de Almeida Lopes, Clarissa Santana Cruz.

INSTITUIÇÃO:

Fundação Hospital Adriano Jorge.

INTRODUÇÃO: O edema pulmonar por pressão negativa (EPPN) geralmente ocorre quando o paciente tenta inalar contra a obstrução das vias aéreas na ocorrência de laringoespasmos, obstrução do tubo traqueal, corpo estranho, curarização residual ou quando ocorre extubação precoce, gerando alta pressão negativa intratorácica. O objetivo deste relato é mostrar tal ocorrência em paciente jovem sem comorbidade cardíaca ou pulmonar. Relato do caso-Paciente sexo masculino, 26 anos, 70 Kg, 1,70m, estado físico P1, submetido a correção cirúrgica de fratura de escápula com enxerto ósseo de crista ilíaca. O paciente foi monitorizado com cardioscopia em três derivações, pressão arterial não invasiva, oximetria de pulso e analisador de gases (após intubação). A indução anestésica foi feita com propofol 200mg, fentanil 250mcg, e atracúrio 35mg. A intubação orotraqueal ocorreu sem intercorrências e foi mantida sob ventilação mecânica controlada a volume com O₂ e sevoflurano. Infundido 1000 ml de Ringer Lactato e o tempo anestésico cirúrgico foi de 55 min sem intercorrências. Após extubação paciente apresentou dispnéia e diminuição abrupta de saturação de oxigênio e não respondeu a manobras de ventilação com pressão positiva sob máscara facial e administração de hidrocortisona 500mg endovenosa. Evoluiu com crepitações pulmonar bilateral e secreção rosácea e aerada e ao Rx apresentou infiltrado intersticial bilateral. Administrado furosemida 40mg, morfina 4mg endovenoso e suporte de O₂. Encaminhado a UTI sob ventilação não invasiva sob pressão positiva e liberado para enfermagem após 24h. **DISCUSSÃO:** O EPPN é um evento raro que acontece em cerca de 0,1% dos doentes submetidos a anestesia geral com predominância em jovens que apresentam musculatura desenvolvida. Resolve-se em muitos casos apenas com medidas de suporte e administração de oxigênio sob pressão positiva e tem bom prognóstico em pacientes com bom perfil clínico se diagnosticado e tratado precocemente. **REFERÊNCIA:** 1. Mulkey Z, Yarbrough S, Guerra D, et al. Postextubation pulmonary edema: a case series and review. *Respir Med.* 2008;102: 1659-62. 2. Krodel J D, Eikermann M. Acute postoperative negative pressure pulmonary. *Anesthesiology* 2011, 114: 461-8.

EDEMA PULMONAR POR PRESSÃO NEGATIVA EM BLOQUEIO NEUROMUSCULAR RESIDUAL APÓS O USO DE ROCURÔNIO – RELATO DE CASO

AUTORES:

Mariana Costa Franklin dos Reis*, Walter Henrique Morandi Guimarães, Thiago Gonçalves Wolf, Dener Augusto Diniz, Reinaldo Guimarães, Elmo Paula Campos Júnior.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Universitário São José.

INTRODUÇÃO: o Bloqueio Neuromuscular Residual Pós-operatório (BNRPO) está associado a grande morbidade e complicações graves, como Edema Agudo de Pulmão por Pressão Negativa. O EPPN decorre de episódios de obstrução aguda das vias aéreas superiores após a extubação traqueal, ocorrendo transudação de líquido para o interstício pulmonar em resposta ao aumento na pressão negativa intratorácica. O objetivo deste trabalho foi relatar um caso BNRPO por rocurônio que evoluiu com EPPN. **RELATO DE CASO:** paciente do sexo masculino, 36 anos, 90 KG, 1,90m, estado físico ASA I, deu entrada no Bloco Cirúrgico do Hospital Universitário São José para realização de apendicectomia videolaparoscópica. Na avaliação pré-anestésica realizada não houve alterações no exame clínico e laboratorial. Exame físico sem alterações, com PA de 120x70 mmHg, FC de 80 bpm, mallampati II. A monitorização constou de oximetria de pulso, PNI, ECG, capnografia e analisador de gases. Venoclise realizada com cateter 18G em membro superior esquerdo. Após a monitorização foi realizada a indução de anestesia geral com propofol, fentanil e rocurônio. Mantido a ventilação mecânica com oxigênio e sevoflurano. O procedimento anestésico-cirúrgico evoluiu sem intercorrências, com duração total de uma hora e quinze minutos. Ao final do procedimento foi feita reversão do bloqueio neuromuscular com neostigmina (2mg) e atropina (1mg). Após assumir a ventilação espontânea o paciente foi extubado e apresentou desconforto respiratório, com esforço inspiratório significativo, tosse, expectoração espumosa, estertores e diminuição da saturação de oxigênio para 80%. Foi então administrado atropina (0,5mg) e neostigmina (0,5mg) e iniciado ventilação por pressão positiva (CPAP). Foi solicitado radiografia de tórax que constou aumento de líquido no pulmão. Realizado o diagnóstico de EPPN, o paciente foi encaminhado para o CTI, onde permaneceu em observação com cateter nasal com saturação de 97% e tendo alta na manhã seguinte. **DISCUSSÃO:** o relato exemplifica um caso de bloqueio neuromuscular prolongado com complicação grave, EPPN. A curarização residual pós-operatória continua um problema mesmo com os novos bloqueadores neuromusculares de ação intermediária. É de suma importância a monitorização objetiva de todos os pacientes submetidos à anestesia geral. **REFERÊNCIA:** 1. Morais BS, Castro CH, Teixeira VC ET AL. – Bloqueio neuromuscular residual após o uso de rocurônio ou cisatracúrio. *Rev. Brás. Anesthesiol.* 2005; vol. 55. 2. Dieu T, Upjohn E. Negative pressure Pulmonary Edema in healthy Cosmetic Surgery Patients. *Aesthet Surg J.* 2003;24: 270-3.

EDEMA PULMONAR POR PRESSÃO NEGATIVA NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE MAMOPLASTIA REDUTORA EM REGIME AMBULATORIAL

AUTORES:

José Mariano Soares de Moraes, Alexandre Almeida Guedes, Gustavo Nascimento Silva*.

INSTITUIÇÃO:

CET HU - UFJF / HMTJ/JF.

INTRODUÇÃO: O edema pulmonar por pressão negativa é uma entidade conhecida relacionada à obstrução das vias aéreas superiores. É freqüentemente subdiagnosticado. Ocorre com maior freqüência em situações de laringoespasmopasm após procedimentos com anestesia geral. **RELATO DE CASO:** Paciente feminina, 23 anos, 65 kg, admitida para mamoplastia redutora em regime ambulatorial. Na avaliação pré-anestésica, anamnese e exames físico sem relatos dignos de nota, e exames complementares dentro da normalidade. Realizada venóclise (mse, cateter 20 G teflon) e monitorização preconizada para o caso (spO₂, cardioscopia contínua, capnografia e pressão arterial não invasiva). Após desnitrogenação, indução venosa com midazolam (2, 5 mg), fentanil (350 mcg), propofol (140 mg) e rocurônio (50 mg). Após 3 minutos, IOT. Anestesia mantida com O₂ + isoflurano em ventilação mecânica controlada a volume. No perioperatório, administrou-se cefazolina 2g, dexametasona 10 mg, cetoprofeno 100 mg, dipirona 2, 5g e ondasetron 4 mg. A cirurgia transcorreu dentro da normalidade, com duração de 2, 5 horas. Ao final, paciente recebeu neostigmine (2 mg ev lento) associado à atropina (1 mg ev lento), sendo extubada a seguir, quando apresentou leve obstrução das vias aéreas superiores, sendo necessária a colocação de cânula orofaríngea e O₂ por máscara facial por aproximadamente 4 minutos e encaminhada à SRPA, apenas com suplementação de O₂ por cateter nasal. Após cerca de 45 minutos na SRPA, paciente queixou-se de náuseas e 15 minutos após, evoluiu subitamente com dispnéia, agitação psicomotora, eliminação de secreção róseo-sanguinolenta pela boca e estertores. Procedeu-se com O₂ por máscara de Hudson, céfalo-oclive, hidrocorisona (500 mg ev) e furosemida (60 mg ev), sendo reencaminhada à Sala Operatória para monitorização e suporte. Manteve estabilidade hemodinâmica e gradualmente recuperou a estabilidade respiratória. Recebeu sondagem vesical de demora (diurese total de 1400 ml). Reencaminhada à SRPA e após 2 horas, totalmente desperta e contactuante a paciente foi encaminhada ao leito. **DISCUSSÃO:** O principal mecanismo fisiológico na formação desse edema está na geração de uma pressão intratorácica negativa que leva ao aumento do volume vascular pulmonar, da pressão hidrostática vascular e da pressão transmural capilar pulmonar. Caracteriza-se por apresentar rápida evolução (em minutos), com melhora nas primeiras 36h com bom prognóstico. No entanto, 9 a 18% dos casos requerem pressão positiva contínua nas vias aéreas e 34 a 46% dos doentes necessitam de ventilação mecânica controlada por intubação. **REFERÊNCIA:** Orotraqueal. Westreich R, Sampson I, Shari CM. Negative-pressure pulmonary edema after routine septorhinoplasty: discussion of pathophysiology, treatment, and prevention. Arch Facial Plast Surg. 2006;8(1): 8-15. / Van Kooy MA, Gargiulo RF. Postobstructive pulmonary edema. Am Fam Physician. 2000;62(2): 401-4.

EDEMA PULMONAR POR PRESSÃO NEGATIVA PÓS-EXTUBAÇÃO TRAQUEAL – RELATO DE CASO

AUTORES:

Luiz Augusto Carneiro Neto, Rute Maria Araújo Cavalcante, Thiago Victor Sousa Chagas, Cícero Ivan de Amorim Rodrigues, Cibelle Magalhães Pedrosa Rocha, Marilman Maciel Benício Zan.

INSTITUIÇÃO:

Instituto Dr. José Frota Fortaleza-CE.

INTRODUÇÃO: O edema pulmonar por pressão negativa (EPPN) é causa infrequente de insuficiência respiratória no período pós-operatório imediato, com incidência em torno de 0, 1%. Pode acontecer em indivíduos, geralmente jovens e hígidos, que inspiram contra uma obstrução aguda da via aérea. O aumento do volume sanguíneo pulmonar e da pressão hidrostática capilar, associados à redução da pressão intersticial e alveolar, são os fatores implicados na fisiopatologia. **RELATO DO CASO:** Paciente de 24 anos, ASA I, IMC 30, Mallampati III, candidata a colecistectomia laparoscópica eletiva. Decidiu-se pela broncofibroscopia, em ventilação espontânea, com anestesia geral inalatória, para intubação traqueal. Após monitorização e venóclise, administrou-se 2 mg de midazolam IV. Seguiu-se indução inalatória com Sevoflurano 4% em mistura de oxigênio e óxido nitroso (1: 1). Foi tentada intubação por fibroscopia, sem sucesso, devido à persistência dos reflexos da via aérea. Após a segunda tentativa, a paciente apresentou redução da saturação periférica de oxigênio (SpO₂), sendo ventilada com pressão positiva sob máscara facial com dificuldade. Apresentava sibilos bilaterais à ausculta pulmonar. Foi intubada por laringoscopia direta após indução venosa, realizando-se, em seguida, medidas para tratamento do broncoespasmo, quando então houve melhora do quadro. A cirurgia prosseguiu sem outras intercorrências. Ao final do procedimento, com a paciente ventilando espontaneamente, boa SpO₂ e respondendo a comandos, foi realizada a extubação. Foi observada secreção espumosa de coloração rosada no interior do tubo e, em minutos, a paciente evoluiu novamente com dificuldade respiratória e hipoxemia. À ausculta pulmonar apresentava crepitações nas bases bilateralmente e não havia sibilos. Instituído suporte de oxigênio com máscara de Venturi a 50% e diuréticos, sendo a paciente transferida para a SRPA. A radiografia de tórax mostrou infiltrado pulmonar bilateral. Teve boa evolução clínica: Sem suplementação de O₂ em 6 horas, com SpO₂ de 95%; Alta no segundo PO. **DISCUSSÃO:** Por não ser técnica corriqueira na intubação por fibroscopia em adultos, mas sim em crianças, a opção da anestesia inalatória deve levar em consideração a possibilidade de não proporcionar um bloqueio adequado dos reflexos protetores da via aérea, com desenvolvimento de pressão negativa excessiva e suas possíveis complicações, como o EPPN. O reconhecimento precoce e manuseio correto do EPPN é essencial para um bom prognóstico. O caso apresentado mostrou resposta satisfatória à suplementação de oxigênio, porém outras medidas como VNI, reintubação e ventilação mecânica com altas pressões expiratórias no final da expiração podem ser necessárias. **REFERÊNCIAS:** 1. Udeshi A, Cantie SM, Pierre E. Postobstructive pulmonary edema. Journal of Critical Care, 2010; 25: 508. e1–508. e5. 2. Ferez D, Rebuglio R. Manuseio da Via Aérea Difícil. Tratado de anestesiologia SAESP. 7. ed. São Paulo, Atheneu, 2011;1397-1418.

EMBOLIA AÉREA DURANTE INTRAOPERATÓRIO DE HEPATECTOMIA. RELATO DE CASO

AUTORES:

Luis Paulo Araújo Mesquita, Bruno Mendes Carmona, Ana Cláudia Inácio Gaioso, Andria Melissa Oliveira Bardier, Priscila Gonçalves de Oliveira.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Ophir Loyola.

INTRODUÇÃO: A embolia aérea é uma complicação que pode ocorrer durante diversos tipos de procedimentos cirúrgicos e está relacionada à alta morbimortalidade. O principal mecanismo de envolvimento é quando o sítio cirúrgico encontra-se acima do nível do coração e ocorre o arraste de ar ambiente para dentro das veias. **RELATO DO CASO:** Paciente masculino, 47 anos, estado físico ASA I, submetido à hepatectomia direita para ressecção de tumor hepático. A anestesia realizada foi peridural analgésica e geral balanceada. O paciente foi posto em decúbito dorsal horizontal com coxim posicionado sob a transição toracoabdominal para melhor exposição hepática. Durante isolamento da veia cava inferior (VCI) houve lesão inadvertida da mesma, com percepção pela equipe cirúrgica de aspiração de ar pelo orifício da VCI. Após 3 min, paciente evoluiu com instabilidade hemodinâmica súbita e parada cardíaca em fibrilação ventricular. As manobras de reanimação cardiopulmonar foram iniciadas imediatamente havendo retorno à circulação espontânea após 10 minutos de reanimação, entretanto durante massagem cardíaca houve laceração do pedículo hepático que estava clampeado por uma pinça vascular, o que causou choque hipovolêmico. As lesões foram tratadas pela equipe cirúrgica e o paciente foi politransfundido (6 unidades de CHPL e 3 de PFC). Ao final do procedimento cirúrgico o paciente foi encaminhado à UTI em estado grave, evoluindo à óbito após 8 h por CIVD. **DISCUSSÃO:** Hepatectomia eletiva é uma cirurgia com grande risco de sangramento maciço, mas a embolia aérea não é frequente neste procedimento, o que pode dificultar o diagnóstico. No caso relatado, houve a equipe cirúrgica comunicou o evento ao anestesiolista responsável que preparou-se e diagnosticou de imediato a embolia aérea por diminuição abrupta do CO₂ exalado associada a instabilidade hemodinâmica e parada cardíaca. O uso de PEEP não é capaz de prevenir tal situação. **REFERÊNCIA:** 01) Lobo FRM, Yamamoto AE, Patini DR. Anestesia em hepatopatias. In: Cangiani LM, Stullitel A, Potério GMB, Pires OC, Posso IdP, Nogueira CS, et al., editors. Tratado de Anestesiologia. 1. 7 ed. São Paulo: Atheneu; 2011. p. 1121-31.

EMBOLIA GASOSA DURANTE VIDEOLAPAROSCOPIA: RELATO DE CASO

AUTORES:

Rudi Finger Júnior, Cátia Sousa Govêa, Luís Cláudio de Araújo Ladeira, Edisio Pereira, Edno Magalhães, Heitor Azevedo Rodrigues*.

INSTITUIÇÃO:

Universidade de Brasília.

INTRODUÇÃO: A redução do dano cirúrgico e suas complicações está entre os objetivos da técnica cirúrgica videolaparoscópica. Embora rara, uma das graves complicações é a embolia gasosa. Sua principal causa é o dióxido de carbono (CO₂), utilizado na produção do pneumoperitônio. O objetivo deste relato é descrever um caso não fatal de embolia gasosa por CO₂ durante operação laparoscópica. **RELATO DO CASO:** Paciente de 49 anos, sexo feminino, com doença do refluxo gastroesofágico e sem outras comorbidades, a ser submetida à anestesia geral para herniorrafia hiatal videolaparoscópica. Após 25 minutos de pneumoperitônio com CO₂, a paciente evoluiu com taquicardia, súbita hipotensão arterial e diminuição da FeCO₂. Frente à hipótese de embolia gasosa, foram adotadas as condutas: desinsuflação do pneumoperitônio, administração de vasopressores e reposicionamento em cefalodeclive. A operação foi encerrada pela técnica aberta. A paciente evoluiu com melhora do padrão hemodinâmico e da ventilação pulmonar, foi extubada e encaminhada à sala de recuperação pós-anestésica, sem intercorrências. **DISCUSSÃO:** A incidência de embolia gasosa em cirurgias laparoscópicas pode variar amplamente de acordo com o método de sua avaliação, seja por sinais clínicos ou o uso de ecocardiografia transesofágica. A absorção do CO₂ pode acarretar desde hipertermia até embolia fatal, com formação de bolhas dentro do átrio ou ventrículo direito, embolia pulmonar com hipóxia e parada cardíaca. A gravidade das manifestações está diretamente ligada à velocidade de absorção do CO₂ e pelo tamanho das bolhas. Na literatura, a seqüência dos sintomas mais freqüentemente relatada é a diminuição súbita da pressão arterial, associada à diminuição da FeCO₂. Assim, desenvolvem-se alterações na relação ventilação/perfusão, com aumento do espaço morto fisiológico e hipoxemia. No presente relato, a velocidade de absorção foi rápida o suficiente para diminuir subitamente a FeCO₂. Devido à esta redução, o capnógrafo temporariamente torna-se pouco útil como parâmetro para a ventilação pulmonar. O tratamento instituído neste caso clínico, assim como o descrito na literatura, consistiu na liberação do pneumoperitônio e reposicionamento da paciente em posição de cefalodeclive, para que a quantidade de gás que avançaria do coração direito para a circulação pulmonar fosse menor e se deslocasse lateral e caudalmente da região do fluxo ventricular direito. A ventilação pulmonar instituída também mostrou-se fundamental na eliminação de CO₂. O diagnóstico imediato e o tratamento precoce foram de extrema importância para a boa evolução do caso descrito. **REFERÊNCIA:** Mirski MA, Lele AV, Fitzsimmons L et al. Diagnosis and Treatment of Vascular Air Embolism. *Anesthesiology* 2007; 106: 164-7. Park EY, Kwon JY, Kim KJ. Carbon Dioxide Embolism during Laparoscopic Surgery. *Yonsei Med J* 2012; 53(3): 459-466.

EMULSÃO LIPÍDICA A 10% NA REVERSÃO DE FIBRILAÇÃO VENTRICULAR POR USO INADVERTIDO DE BUPIVACAÍNA EM SOLUÇÃO CARDIOLÓGICA DURANTE VALVULOPLASTIA AÓRTICA. RELATO DE CASO

AUTORES:

Bruno Santos Afonso de Melo, Ana Emília Souza de Lorenna, Nádia Maria da Conceição Duarte, Fernanda Lobo Lago Flores, Alexandre de Araújo Altamiranda*, Ana Maria Menezes Caetano.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal de Pernambuco.

INTRODUÇÃO: A intoxicação sistêmica por anestésicos locais (ISAL) é complicação potencialmente fatal. O reconhecimento, tratamento adequado e cuidados pós ISAL são essenciais para um desfecho favorável. Na vigência de sinais de ISAL, além das manobras de ressuscitação padrão preconizadas pelo ACLS, a emulsão Lipídica a 20% por via endovenosa é a substância recomendada nos algoritmos propostos para esta situação. **RELATO DE CASO:** Paciente feminina, 41 anos, 62 Kg, estado físico ASA III, portadora de estenose aórtica, foi admitida para colocação de prótese valvar aórtica. Optou-se pela anestesia venosa total utilizando infusão contínua de propofol e remifentanil. Sessenta minutos (min) após a indução da anestesia a aorta foi clampeada e iniciou-se a circulação extracorpórea (CEC). Depois de concluído o implante valvar, e 20 min após a segunda infusão de cardioplegia, o coração não apresentava qualquer atividade elétrica. Após alguns minutos de massagem cardíaca interna (MCI) o ritmo converteu-se em fibrilação ventricular (FV). A FV foi refratária a MCI associada a várias tentativas de desfibrilação. Este evento perdurou por 20 minutos até ser identificada como causa a troca inadvertida de lidocaína por bupivacaína 0, 5% (100 mg) na solução cardioplégica, que havia sido infundida diretamente em óstio coronariano. Solicitou-se, então, um frasco de emulsão lipídica a 20%, mas naquele momento só havia no hospital a solução a 10%. Após a injeção por veia central de um bolus de 90ml (1, 5ml. kg⁻¹) desta emulsão, foi realizada outra desfibrilação com imediata reversão da FV, sendo então mantida infusão de 0. 5ml. kg. h⁻¹ nos 30 minutos seguintes. Assim, foi possível a saída de CEC após 110 min do seu início, com tempo total em anóxia de 75 min. A paciente permaneceu estável hemodinamicamente sem drogas vasoativas, foi extubada em sala e encaminhada para UTI obedecendo a comandos, sem queixas e sem déficit neurológico. **DISCUSSÃO:** A ISAL durante anestesia regional é uma complicação grave e de difícil reversão, principalmente na vigência da utilização da bupivacaína. No caso descrito, sob anestesia geral, a causa da intoxicação (por acréscimo inadvertido de bupivacaína à solução cardioplégica) é incomum, bem como a concentração da solução lipídica utilizada (10%) para o seu tratamento, por não ser a preconizada na literatura e ainda não descrita para tal. Apesar disso, a emulsão lipídica a 10% foi eficaz no tratamento da ISAL e deve ser pensada como uma alternativa à utilização daquela a 20%. **REFERÊNCIA:** Bibliográfica: Neal, J. M, Bernards, C. M, Butterworth, J. F, et al. ASRA Practice Advisory on Local Anesthetic Systemic Toxicity. Reg Anesth Pain Med. 2010;35: 152-6.

EPISÓDIO DE TAQUICARDIA VENTRICULAR MONOMÓRFICA SUSTENTADA NO PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO DE LAPAROTOMIA EXPLORADORA

AUTORES:

Matheus Fachini Vane, Andreza Gonzaga Bartilotti, Carla Ramos Andrade.

INSTITUIÇÃO:

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

INTRODUÇÃO: A taquicardia ventricular monomórfica sustentada é uma arritmia incomum ocorrendo em menos de 1% em todos os tipos de cirurgia. No entanto, acomete mais pacientes com doença cardíaca estrutural ou com isquemia miocárdica. Ainda há poucos dados na literatura sobre TV sustentada em cirurgias não cardíacas. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de taquicardia monomórfica sustentada em paciente com abdome agudo e FA crônica.

RELATO DE CASO: Paciente L. G. S, sexo feminino, 90 anos, admitida às 18h do dia 05 de julho de 2013, no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da FMUSP. Paciente deu entrada com queixa de dor abdominal e vômitos há 4 dias. Relatava história de inapetência, empachamento e desconforto abdominal com perda ponderal de 20kg no período. Há 05 dias com piora da dor abdominal e há 2 dias com vômito. Ao exame físico, paciente em regular estado geral, descorada +/4, desidratada +/4, eupnéica, anictérica, acianótica, afebril. FC 130, PAM 55, SatO₂ 89% com máscara de O₂. Abdome globoso, RHA presentes, massa em flanco, aderida a planos profundos. Paciente hipertensa, renal crônica não dialítica, com história de insuficiência cardíaca congestiva, hipotireoidismo, e provável infarto agudo do miocárdio e edema agudo de pulmão prévios. Evoluiu com insuficiência respiratória, sendo necessária IOT e transferência para UTI às 20: 30. Transferida ao centro cirúrgico à 00: 30 para tratamento do quadro de abdome agudo obstructivo. Admitida em ventilação mecânica, com fibrilação atrial (FA) de baixa resposta ventricular, sem droga vasoativa. Submetida à anestesia balanceada, sendo monitorizada com PAM e CVC. Realizada laparotomia exploradora, onde se constatou necrose extensa de alças intestinais, sendo ressecados íleo distal, cólon ascendente e confeccionada ileostomia terminal. Durante o procedimento, evoluiu com instabilidade hemodinâmica, sendo iniciada noradrenalina. Gasometria arterial ph: 7, 32 pO₂: 91 pCO₂: 38 HCO₃: 20, 6 BE: -5, 5 lactato: 19 Na: 135 Cai: 5, 32 K: 3, 8 Às 04: 15 evoluiu com taquicardia ventricular com pulso, de difícil controle, apresentando frequência cardíaca de 175 a 180, com piora da instabilidade hemodinâmica e dobrada a dose de droga vasoativa. Realizada cardioversão elétrica sincronizada (Bifásica 200J). Apresentou alternância entre ritmos de fibrilação atrial e taquicardia ventricular com pulso. Realizadas novas cardioversões sincornizadas e optado por introduzir amiodarona. ECG evidenciando FA e bloqueio de ramo esquerdo. Durante internação na UTI, desenvolveu choque séptico refratário, evoluindo para o óbito às 19: 50 do dia 09 de julho de 2013. **DISCUSSÃO:** O pronto diagnóstico da TV monomórfica e o reconhecimento de sua causa pelo anestesiológista definem o prognóstico do paciente. O impacto fisiológico da arritmia vai depender da duração da arritmia, taxa de resposta ventricular e da função cardíaca prévia. Amar D. Strategies for perioperative arrhythmias. Best Pract Clin Anesthesiol 2004 Dec;18(4): 565-77.

FATORES DE RISCO PARA HIPOTERMIA NÃO INTENCIONAL INTRA-OPERATÓRIA

AUTORES:

Lígia Andrade da Silva Telles Mathias, Ricardo Caio Gracco de Bernardis, Eduardo Brigatto Sperling*, Daniel Dongiu Ki, Thales Abreu Tedoldi, Aldemar Kimura Junior.

INSTITUIÇÃO:

Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

INTRODUÇÃO: A hipotermia é definida como temperatura central menor que 36°C e ocorre em procedimentos anestésicos(1). A redistribuição interna de calor após indução anestésica é a causa mais importante de hipotermia, outros fatores potencializam a hipotermia como a quantidade de tecido adiposo, a exposição de cavidades corporais(2). O objetivo do presente estudo foi avaliar os fatores de risco que potencializam a hipotermia em pacientes submetidos à anestesia geral. **MÉTODO:** Após aprovação do CEP da Instituição, durante 30 dias foram avaliados 300 pacientes adultos a serem submetidos a cirurgias eletivas sob anestesia geral, com duração superior a 90 min, selecionados aleatoriamente quanto ao gênero, idade, índice de massa corpórea, estado físico (ASA), tipo de cirurgia, utilização ou não de manta térmica e temperatura na sala de operação (SO). A temperatura dos fluidos no intra-operatório (38°C) e a temperatura da manta térmica (43°C) foram padronizadas. Foi utilizado o termômetro esofágico. Foi analisada a variação de temperatura em relação a: idade, IMC, ASA, porte cirúrgico e uso de manta térmica. Foi considerada diferença estatística significativa quando $p < 0,05$. **RESULTADO:** O estudo mostrou os seguintes resultados: gênero (masculino 174/ feminino 126), idade (16-85 anos; média=49, 5 anos), índice de massa corpórea (13, 3 – 52, 1 kg. cm⁻²; média=25, 6 kg. cm⁻²), estado físico (ASA I 25%, II 46%, III 29%), tempo médio de cirurgia 258 min, uso de manta térmica (GCom 71% / 29% GSem) e temperatura média na SO (22°C). A variação da temperatura do grupo com manta térmica em relação às variáveis idade, ASA, tipo/porte cirúrgico e IMC pode ser vista na tabela abaixo. TEMP. (°C) INDUÇÃO 30 min 60 min 90 min TEMP. FINAL ASA I 36, 35 36, 24 36, 17 36, 18 36, 38 ASA II 36, 29 36, 10 35, 97 36, 01 36, 30 ASA III 36, 23 36, 02 35, 88 35, 95 36, 17 CIR. CARDÍACA 36, 08 35, 64 35, 42 35, 16 35, 32 GRANDE PORTE 36, 21 35, 94 35, 86 36, 00 36, 08 MÉDIO PORTE 36, 39 36, 16 36, 17 36, 18 36, 48 NEUROCIR. 36, 01 35, 77 35, 56 35, 55 36, 14 IMC <18, 5 36, 28 36, 09 35, 79 35, 86 35, 96 IMC 18, 5 – 25 36, 16 36, 04 35, 92 36, 07 36, 25 IMC 25 – 30 36, 06 36, 00 35, 93 36, 01 36, 18 IMC > 30 36, 14 36, 09 36, 11 36, 22 36, 38 IDADE < 61 a 36, 13 35, 98 35, 93 35, 90 36, 24 IDADE ≥ 61 a 36, 06 35, 78 35, 68 35, 64 35, 97 Verificou-se diferença estatística entre os grupos e em relação ao tempo (ANOVA $p < 0,0001$). **CONCLUSÃO:** O estudo concluiu que ASA, porte cirúrgico, IMC e idade são fatores que potencializam a hipotermia não intencional intra-operatória em pacientes submetidos à anestesia geral. **REFERÊNCIA:** 1) Biazzotto CB, Brudniewski M, Schmidt AP, et al. Hipotermia no período peri-operatório. Rev Bras Anestesiologia. 2006;56: 89;106. 2) Taguchi A, Kurz A. Thermal management of the patient: where does the patient lose and/or gain temperature? Curr Opin Anaesthesiol. 2005;18: 632-9.

FIBRILAÇÃO ATRIAL DESENCADEADA POR IMPLANTE DE CATETER VENOSO DE LONGA PERMANÊNCIA - RELATO DE CASO

AUTORES:

Sérgio Aparecido Vital, Guy José Alves de Gouvêa Junior, Magda Andreia Oliveira Vaz de Mello, Sergio Ricardo Botrel e Silva, Luiz Cláudio Dias Pereira, Wendell Valadares Campos Pereira.

INSTITUIÇÃO:

Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais.

INTRODUÇÃO: Os cateteres venosos de longa permanência têm sido amplamente utilizados em terapias prolongadas, como quimioterapia, devido ao conforto e à segurança que proporcionam. Entretanto, várias complicações como arritmias podem ocorrer durante a sua colocação e o seu uso. **RELATO DE CASO:** Paciente VLMS, 43 anos, ASA II com diagnóstico de recidiva de tumor de cólon submetida à colectomia há dois anos, encaminhada para implantar cateter venoso de longa permanência (CVLP). Realizada avaliação pré-anestésica. Exames clínico e laboratoriais normais. ECG com ritmo sinusal. Durante a introdução do guia, após a punção da subclávia direita realizada pelo cirurgião, a paciente apresentou fibrilação atrial (FA) com resposta alta, sem repercussão hemodinâmica motivo pelo qual não foi tratada. O procedimento foi realizado com sucesso. A paciente foi transferida para a sala de recuperação anestésica (SRPA) assintomática, com FA e frequência cardíaca em torno de 165 BPM sem repercussão hemodinâmica. Como a paciente seria encaminhada para a enfermaria, optamos pela tentativa de cardioversão farmacológica. Após a administração de adenosina (12mg), observamos ritmo sinusal que logo em seguida retornou a FA, quadro que se repetiu após a administração em bolus de amiodarona (300mg) ainda na SRPA. Como a paciente mantinha a FA, hemodinamicamente estável e assintomática, foi encaminhada ao CTI para observação, onde recebeu mais um bolus de amiodarona, seguido de infusão contínua com reversão da FA para ritmo sinusal com frequência normal que se manteve até a alta hospitalar. **DISCUSSÃO:** Apesar da cirurgia para implante de CVLP ser um procedimento simples, suas complicações não podem ser subestimadas. No presente relato, a arritmia desencadeada pelo estímulo mecânico do guia foi prontamente diagnosticada e abordada sem complicações. No entanto, o desfecho poderia ter sido catastrófico se a monitorização, o diagnóstico e a conduta não tivessem sido adequados no per e no pós-operatório. **REFERÊNCIA:** 1- Shahar Bar-Yosef, MD, Rebecca A. Schroeder, MD and Jonathan B. Mark, MD. Hemodynamic Monitoring; Longnecker DE, Brown DL, Newman MF, Zapol WM- Anesthesiology. New York, McGraw Hill Medical, 2008;519-551. 2- Dr. Jorge Blas Macedo, Cateterismo venoso central: complicaciones atribuidas al extremo distal del cateter Rev - Asoc Mex Med Crit y Ter Int 2004;18(4): 123-126

FÍSTULA CUTÂNEA-LIQUÓRICA. UMA COMPLICAÇÃO RARA DA ANESTESIA PERIDURAL

AUTORES:

Ivani Correia Mesquita*, Roseane de Paula Souza, Alexandra Arias Manjarrez.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Universitário Pedro Ernesto.

INTRODUÇÃO: Paciente sexo feminino, 73 anos, 1,60 m e 53kg, Asa II, candidata retosigmoidectomia. História de HAS e uso de atenolol e hidroclorotiazida. História de ruptura de aneurisma cerebral com clipagem há 10 anos. Exames pré-operatórios normais. Realizado bloqueio peridural lombar contínuo com ropivacaína e anestesia geral venosa e inalatória. Ao final da cirurgia foi feita Morfina pelo cateter para analgesia. A cirurgia decorreu sem alterações. Paciente extubada na SO sem intercorrências. No segundo dia de pós-operatório paciente apresentava-se sonolenta e saía gotículas de um líquido límpido pelo orifício da pele onde estava o cateter peridural. Retirado o cateter sem intercorrências e feito curativo compressivo. Permanecia a saída de liquor no 3 e 4 dia de pós-operatório. Houve queda da consciência, colhido material para análise laboratorial, tomografia computadorizada de crânio e coluna e contato com a neurocirurgia. Diagnóstico de fístula liquórica e hidrocefalia. Conduta pela neurocirurgia: drenagem liquórica, aumento da hidratação venosa, diamox, sem melhora. No sétimo dia optou-se por fazer uma derivação ventricular externa que resolveu o caso. Bibliografia: Sanches, Ninton P; Moro, Eduardo T; Bras, Jose Reinaldo C; Nascimento Paulo Jr. _ Fístula cutânea de líquido cefalorraquidiano. Uma complicação rara da anestesia peridural. **REFERÊNCIA:** Revista brasileira de anestesia 1996; 46: 2: 130-132 Galera R, Greitz: Hydrocephalus in adult secondary to the rupture of intracranial arterial aneurysms. J Neurosurg 1970 32: 634-641

FISTULA LIQUÓRICA PÓS ANESTESIA RAQUIDIANA - RELATO DE CASO

AUTORES:

Eduardo D'Andrea Vargas, Paulo Nicolau Ferreira Achê, Flavio Fernandes, Sergio Pinto de Oliveira.

INSTITUIÇÃO:

CET Hospital São Francisco de Ribeirão Preto SP.

INTRODUÇÃO: Este relato apresenta um caso de bloqueio subaracnóideo, com falha parcial, cefaléia pós-raqui, alterações neurológicas, decorrente de fístula liquórica. Paciente do sexo feminino, 33 anos, 100 kg, estado físico ASA II, submetida a artroscopia de joelho esquerdo em regime ambulatorial. Após avaliação pré-anestésica a paciente foi submetida à venopunção com cateter plástico (20G) e instalado SF-(500ml) A monitorização foi rotineira (Multiparâmetros); a sedação foi com midazolam (7mg) e Fentanil (100mcg). A paciente foi posicionada sentada, assepsia (clorexidina a 0,5%), "botão" local de anestésico (lidocaína - 60 mg), realizada no espaço intervertebral L3-L4. Atingiu-se o espaço subaracnóideo com punção única, (agulha 27G Whitacre) através da via mediana e auxílio de guia. Após gotejamento, seguiu-se a injeção de bupivacaína hiperbárica (15mg). No momento da injeção do AL, a paciente pendeu para trás e subitamente foi deslocada para frente, na posição inicial que se encontrava, pelo assistente de sala. A agulha ainda encontrava-se no espaço subaracnóideo, pois líquido refluiu, e mantida fixa pela mão do anestesiológista. Confirmado a posição da agulha no espaço, prosseguiu-se com a injeção do restante de AL e a retirada da agulha. O bloqueio sensitivo e motor instalou-se insuficiente. A anestesia foi complementada com propofol, (BI-70mg/kg/min). Ao final do ato cirúrgico injetou-se morfina intra-articular (10mg) e conduzida a SRPA. Após 6 horas do início da raquianestesia, a paciente apresentou intensa cefaléia, náuseas e vômitos com a cabeceira ao nível 30o, piora dos sintomas se maior elevação da cabeceira e ortostatismo, e melhora dos sintomas na posição horizontal, mas não desaparecendo por completo. Optou-se pela internação hospitalar e tratamento conservador com hidratação, analgésicos, (AINEs,) e repouso por 48 horas. Sem nenhuma melhora, realizou-se o tampão sanguíneo ("blood patch") (15ml de sangue autólogo). Após melhora considerável recebeu alta hospitalar. Após 8h do "blood patch", no domicílio, a paciente teve recorrência da cefaléia, dor lombar, "déficit" motor nos membros (superiores e inferiores) associado a parestesias. Reavaliada (RNM crânio) e continuando a apresentar alterações neurológicas (fotofobia, rigidez muscular, choques, parestesias, afasia e confusão mental) foi concluído portar de forte síndrome de hipotensão liquórica com possível fístula liquórica e leve hemorragia subaracnóidea (Fig. 1). Após quinze dias. recebeu alta para recuperação residual no domicílio. Após 4 meses está bem porém com alguns sinais deficitários. O abrupto movimento da paciente e a agulha fixada na coluna provocaram uma lesão na dura-mater e o aparecimento de fístula liquórica associada a hemorragia aracnoidea. (HSA). **REFERÊNCIA:** 1) Rev Bras Anesthesiol 1996;46: 130-132 2) Rev Bras Anesthesiol 2010;60;1-12

HEMODIÁLISE NO INTRAOPERATÓRIO DE CIRURGIA EMERGENCIAL PARA CORREÇÃO DE HIPERCALEMIA REFRACTÁRIA

AUTORES:

Guilherme Oliveira Campos, Eduardo Ferreira da Silva Biscarde, Antônio Jorge Barreto Pereira, Danilo Machado Lima. *, Nelson Alves de Sousa Filho.

INSTITUIÇÃO:

GET Hospital São Rafael.

INTRODUÇÃO: A incidência de pacientes com doença renal crônica (DRC) em estágio terminal tem aumentado nas últimas décadas, consequentemente aumentaram os casos de cirurgias emergenciais nestes pacientes, que estando compensados ou não, apresentam-se como um desafio seu manejo perioperatório para o anestesiológista. **RELATO DO CASO:** Paciente de 44 anos, hipertenso, diabético tipo II, DRC estágio 5, submetido a transplante renal. Evoluiu no pós-operatório em unidade fechada com oligúria, ascensão das escórias nitrogenadas, queda da hemoglobina (Hb) e USG renal com coleção perirrenal. Inicialmente foram adotadas medidas conservadoras pelos médicos assistentes da UTI. Nos dias seguintes apresentou hipotensão importante, sinais de choque, sugestivo de abdomen agudo hemorrágico. Foi levado ao centro cirúrgico, com instabilidade hemodinâmica, em uso de drogas vasoativas, sendo submetido a 2 cirurgias consecutivas no mesmo dia para controle da hemorragia na anastomose renal e em seguida a enterectomia por isquemia mesentérica. Apresentou hipercalemia importante, refratária às medidas clínicas e choque hemorrágico. Submetido a laparotomia com hemodiálise no intraoperatório para tentativa de correção da hipercalemia. Apesar das condutas adotadas o paciente veio a óbito. **DISCUSSÃO:** A anesthesiologia moderna permite a realização de procedimentos cada vez mais complexos e emergenciais em pacientes sem função renal. O tratamento da hipercalemia refratária nestes pacientes, no entanto, tem sido um desafio a esta prática, levando ao anestesista a requerer mais frequentemente o uso de hemodiálise no intraoperatório para a correção de distúrbios hidroeletrólíticos. A hipercalemia representa uma alteração hidroeletrólítica de risco à vida, especialmente em situações que requerem cirurgias emergenciais, nas quais não é possível o equilíbrio pré-operatório adequado. As tentativas de deslocar o K⁺ para o intracelular, atenuar os seus efeitos nos tecidos excitáveis ou remover o K⁺ do corpo, são opções úteis no tratamento. Neste caso, a despeito do uso de várias dessas condutas, permaneceu uma hipercalemia impotente. Foi optado pela hemodiálise no intraoperatório devido à instabilidade hemodinâmica e o comprometimento intestinal. A hemodiálise representa uma forma segura e rápida de realizar a diminuição da calemia simultaneamente a intervenção cirúrgica, apresentando melhora no prognóstico dos pacientes. **REFERÊNCIA:** 1-Cooper, James R. ; Kurtz, Stephen B. ; Sawyer, Mark D. ; et al. Intraoperative Hemodialysis during Emergency Laparotomy. *Anesthesiology*, 2000, 93(5): 1356-1357. 2- Derek R. Townsend, Sean M. Bagshaw, Michael J. Jacka, et al. Intraoperative Renal Support During Liver Transplantation. *Liver Transplantation*, 2009, 15: 73-78.

HEMOFILIA A NÃO RELATADA NA AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA DE URGÊNCIA. RELATO DE CASO

AUTORES:

Francisco Ivo Lopes Filho, Oscar César Pires, Marcel Arnaldo de Medeiros*, Octávio Henrique Mendes Hypolito, Thamiris Marques da Silva, Carla Leal Nogueira.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Municipal dr. Jose Carvalho de Florence.

INTRODUÇÃO: A avaliação pré-anestésica tem como objetivo otimizar a condição clínica do paciente candidato a cirurgias com vistas a reduzir a morbimortalidade perioperatória. Em situações de urgência/emergência, a gravidade do caso influi na sua completa realização, podendo prejudicar a anamnese e exame físico. Durante esta avaliação é de grande importância a colaboração do paciente ou de seu representante legal, além da habilidade do anestesiológista em investigar tais condições. No entanto, mesmo diante de uma avaliação cuidadosa, há sempre o risco da omissão de determinados dados podendo resultar em prejuízos à escolha da técnica anestésica, e de outras condutas, aumentando os riscos e a morbimortalidade. **RELATO DO CASO:** Paciente masculino, 42 anos, 70 kg, ASA IIIIE, deu entrada no PS trazido pelo resgate com histórico de dor abdominal em flanco e fossa ilíaca direita, febre, disúria e vômitos há 4 dias associado à irritação peritoneal, apresentando histórico de artrite tratado com medicações homeopáticas e em uso de Tropinal (brometo de homatropina, hiosciamina, hioscina, dipirona) e Piroxicam prescritos em consulta particular no dia anterior. Exames admissionais: Hb: 12 g. dL-1, Htc: 35, 2 %; Leuc: 16. 200. mm³-1. Conduzido ao Centro cirúrgico com hipótese de abdômen agudo hemorrágico e realizado laparotomia exploradora. Admitido no CC com PA: 100x60 mmHg e FC: 150 bpm, foi realizada anestesia geral balanceada sob sequência rápida de intubação com etomidato 20 mg, fentanil 450mcg, cisatracurio 4mg e succinilcolina 50 mg e mantido a Isoflurano, O₂ em FiO₂ de 0, 5. Evoluiu no intra-operatório com redução da pressão arterial; 90 X 50 mmHg e taquicardia, Hb: 5, 1 g. dL-1, Htc: 14, 7% devido a abundante sangramento difuso, sendo necessário transfusão de 5UI de CH e 2UI de PFC. Ao final do procedimento cirúrgico, apresentava PA de 120 x 70 mmHg, FC: 120 bpm e Hb: 8, 5g. dL-1. Após término da cirurgia, devido ao excessivo sangramento durante o procedimento, informações colhidas pela equipe com familiares, evidenciou ser o mesmo portador de Hemofilia A. A partir desta informação foi administrado Crioprecipitado antes do encaminhamento à UTI. **DISCUSSÃO:** A hemofilia A é uma doença hemorrágica recessiva ligada ao cromossomo X que em 85% dos casos é causada por deficiência do fator VIII. Ocorre em 1 entre 5000 a 10000 homens e pode ser classificada como leve, moderada ou grave. O presente caso mostra que a precária avaliação pré-anestésica em situações de urgência ou emergência, seja por omissão de informações importantes por parte do paciente receoso de uma possível discriminação ou com um propósito de suicídio, principalmente em portadores de distúrbios psiquiátricos, além dos transtornos mentais, auditivos, visuais ou da fala pode comprometer o desfecho anestésico-cirúrgico quando não acompanhados de familiares. **REFERÊNCIA:** Flores RPG, Bagatini A, Santos ATL, Gomes CR, Fernandes MS, Molon RP - Hemofilia e Anestesia. *Rev Bras Anesthesiol* 2004;54: 6: 865-871.

HEMORRAGIA SUBARACNOÍDEA TRAUMÁTICA: DIAGNÓSTICO DURANTE A RAQUIANESTESIA. RELATO DE CASO

AUTORES:

Marco Antônio Ribeiro de Almeida, Laura Bisinotto Martins, Flora Margarida Barra Bisinoto, Kalebe Alexandre Capuci.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

INTRODUÇÃO: A hemorragia subaracnóidea traumática (TSAH) é a hemorragia intracraniana mais comum e ocorre como consequência de um trauma craniano grave. O diagnóstico é realizado pela tomografia computadorizada de crânio (TCC) e pela punção lombar, que detecta a presença de sangue no espaço subaracnóideo. O objetivo deste trabalho é relatar o diagnóstico acidental de uma TSAH através de uma raquianestesia, e suas repercussões. **RELATO DE CASO:** Paciente do gênero masculino, 34 anos, vítima de atropelamento, e com quadro de déficit cognitivo e fratura diafisária de tibia e fíbula direita, com indicação de tratamento cirúrgico ortopédico (haste intramedular). No segundo dia de trauma, o paciente foi encaminhado para o centro cirúrgico, sem avaliação da neurocirurgia. Apesar de os exames pré-operatórios estarem normais, o paciente encontrava-se confuso (escala de Glasgow: 13) e taquicárdico (frequência cardíaca de 95 bpm). Na sala de cirurgia ele foi monitorizado com cardioscopia, oxímetria de pulso e pressão arterial não invasiva. Optou-se por realizar uma raquianestesia, observando-se o refluxo de líquido sanguinolento na agulha Quincke número 26 G. Em razão do quadro apresentado, o procedimento foi abortado e optou-se pela anestesia geral. O procedimento cirúrgico foi sem intercorrências, com duração de 3 horas. O paciente foi extubado e encaminhado para o CTI com uma solicitação de TCC. Esta evidenciou hematoma subgaleal parieto-occipital esquerdo e hemorragia subaracnóidea, que foi classificada como Fischer 2. O tratamento foi conservador, e o paciente evoluiu satisfatoriamente, recebendo alta hospitalar no 17º dia de pós-operatório. **DISCUSSÃO:** No caso citado o paciente apresentou um desfecho benigno em vista da presença de uma hemorragia de pequena magnitude, mas a punção subaracnóidea poderia ter sido catastrófica, ao ocasionar uma descompressão abrupta e diminuição acentuada da pressão intracraniana, levando à herniação do tronco cerebral e até mesmo ao óbito. Por isso devemos ficar atentos antes de realizar qualquer punção naqueles pacientes com história de trauma, e que não apresentam avaliação criteriosa da neurocirurgia, e que também não realizaram exame de imagem, uma vez que a TCC avalia a possibilidade de efeito de massa no encéfalo, contra-indicando a punção. **REFERÊNCIA:** Terapia Intensiva em Neurologia e Neurocirurgia – Charles André - Editora Revinter/Treggiari-Venzi, M; Suter, PM; Romand, JÁ. Review of Medical Prevention of Vasoospasm after Aneurysmal Subarachnoid hemorrhage: A Problem of Neurointensive Care. Neurosurgery 2001; 48: 249-62

HIPERTERMIA NO TRM CERVICAL AGUDO. RELATO DE CASO

AUTORES:

Stephanie Chagas Feitosa, Alyne Andrade Lima, Ana Cristina Lima Santos, Carlos Umberto Pereira, José Anísio Santos Júnior, Rodrigo Oliveira Passos.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal de Sergipe.

INTRODUÇÃO: Hipertermia ou hipotermia devido à disfunção na termoregulação tem sido comum na fase aguda do TRM cervical e torácico alto. A termoregulação é uma função autonômica. Complicações clínicas como febre em pacientes com TRM apresenta papel fundamental nos custos hospitalares, permanência hospitalar e no prognóstico. **RELATO DO CASO:** JFX, masculino, 27 anos de idade, vítima de acidente de trânsito, deu entrada na emergência desperto, alcoolizado e tetraplégico. TC de coluna cervical: fratura luxação entre C3-C4. TC de crânio: normal. Após 24 horas da internação apresentou temperatura axilar de 41°C. **RESULTADO:** Sendo prescrito anti-térmico, antibiótico, compressas com éter nas regiões axilares e inguinal. No 3º dia de internamento a temperatura era de 41. 4°C. Nova TC de crânio realizada não apresentou alterações significativas em relação à primeira. Radiografia de tórax: normal. No 5º dia pós-trauma apresentou parada cardiorespiratória, seguida de óbito. **CONCLUSÃO:** Hipertermia é comum em pacientes vítimas de TRM cervical, geralmente é devido à hiperreflexia autonômica. Presença de febre na fase precoce do TRM cervical pode ter causas infecciosas e não-infecciosas. As causas não infecciosas são tromboembolismo, disfunção da termoregulação transitória ou prolongada e drogas relatadas com febre. Portanto, em caso de febre na fase aguda de TRM cervical, deve ser diagnosticada precocemente e tratada adequadamente. Seu prognóstico é reservado. **REFERÊNCIA:** Li, J. ; Jiang, J. Y. Chinese Head Trauma Data Bank: effect of hyperthermia on the outcome of acute head trauma patients. J Neurotrauma. 2012, 29: 96-100. Delialioglu, S. U. ; Kaya, K. ; Onat, S. S. et al. Fever during rehabilitation in patients with traumatic spinal cord injury: analysis of 392 cases from a national rehabilitation hospital in Turkey. J Spinal Cord Med. 2010, 33: 243-8.

INCAPACIDADE DE VENTILAÇÃO DO PACIENTE APÓS INDUÇÃO ANESTÉSICA

AUTORES:

Daniel Bauer, Priscila Sucasas Souza, Flávia Almeida SantAlmeida*, Mariella Fanchin, Raquel Nacif de Toledo Piza, Márcio de Pinho Martins.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Central da Polícia Militar.

INTRODUÇÃO: O objetivo deste tema livre é mostrar que a checagem automática pode não detectar possíveis falhas na montagem do aparelho de anestesia gerando falha no fornecimento de oxigênio após a indução anestésica. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo masculino, 25 anos, sem comorbidades ou alergias, ASA PI, sem história de cirurgia prévia. Proposta cirúrgica: Osteossíntese de úmero esquerdo. Exame físico: boa abertura de boca e Mallampati I. Antes do início da anestesia, foi realizado o auto-teste no aparelho de anestesia Fabius® Plus - Dräger para verificação de fugas, complacência e auto-ajuste de compensação automático do sistema de anestesia que não identificou qualquer problema. A técnica inicial para anestesia foi o bloqueio de plexo braquial interescalênico. Devido ao bloqueio incompleto, optamos por indução anestésica com fentanil (2mcg/kg), propofol (2mg/kg), e lidocaína (1mg/kg) para verificação da ventilação sob máscara antes do relaxamento muscular. Surpreendentemente, não foi possível ventilar sob máscara facial apesar de FAG 8l/min. O paciente apresentou cianose, SaO₂ de 62% e FC de 130 bpm. Desistimos de ventilar o paciente empregando o sistema de anestesia e iniciamos ventilação com dispositivo bolsa-válvula-máscara. Relaxado com vecurônio 8 mg e IOT por laringoscopia direta com lâmina 4 Macintosh com tubo 7, 5. Identificamos que o ramo inspiratória encontrava-se ligada à válvula expiratória formando uma alça cega. Após correção deste erro de montagem, o paciente foi conectado ao sistema respiratório do Fabius® Plus - Dräger e ventilado sem dificuldade. **DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:** A falha na ventilação é uma das principais causas de morbimortalidade relacionadas à anestesia. Os modernos sistemas de anestesia apresentam procedimentos de checagem automática, que podem ser considerados incompletos se comparadas com a o check list pré-operatório elaborado pela ASA em 2008. A realização de um check list completo pode reduzir consideravelmente a morbimortalidade de cirurgias com redução de morte de 1, 5% para 0, 8%. A inspeção completa do aparelho de anestesia deve incluir verificação manual de todas as conexões do sistema respiratório. A falha neste procedimento de segurança pode levar a complicações graves evitáveis e desnecessárias. **REFERÊNCIA:** Recommendations for Pre-Anesthesia Checkout Procedures (2008). Sub-Committee of ASA Committee on Equipment and Facilities. Available at <http://asatest.asahq.org/clinical/FINALCheckoutDesignguidelines02-08-2008.pdf>. Acesso em 24 Julho, 2013. Eng TS, Durieux ME. Case report: automated machine checkout leaves an internal gas leak undetected: the need for complete checkout procedures. *Anesth Analg*. 2012;114(1): 144-6.

INCIDÊNCIA DE PARADA CARDÍACA E MORTALIDADE DURANTE A ANESTESIA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE ATENDIMENTO TERCIÁRIO NO PERÍODO DE 2005 A 2012

AUTORES:

José Reinaldo Cerqueira Braz, Leandro Gobbo Braz, Karen Santos Braghiroli, Marília Pinheiro Modolo, Wangles Pignatton, Lorena Mendes de Carvalho Lucio*.

INSTITUIÇÃO:

Faculdade de Medicina de Botucatu - FMB - UNESP.

INTRODUÇÃO: Com os avanços ocorridos na anestesia e cirurgia e com a maior atenção adquirida nos últimos anos na segurança dos pacientes, a morbidade e a mortalidade perioperatórias declinaram nos últimos 50 anos e, de forma mais importante, a partir da década de 1990. A pesquisa teve como objetivo estudar a incidência e causas das paradas cardíacas (PC) e óbitos ocorridos na sala de operação e sala de recuperação pós-anestésica durante o período de 2005 a 2012, em hospital de ensino de atendimento terciário. **MÉTODO:** A incidência de PC ocorrida durante a anestesia em 55.002 pacientes foi identificada utilizando-se um Banco de Dados. Os casos de PC e óbito foram discutidos por uma Comissão de Estudos de PC e Óbito determinando o fator desencadeante: doença/condição do paciente, complicações cirúrgicas ou anestésicas. A incidência de PC foi calculada em relação à idade, sexo, estado físico segundo a classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA), clínica cirúrgica, tipo de atendimento e tipo de anestesia. Utilizou-se como análise estatística a comparação múltipla de proporções de Tukey e o teste do χ^2 . A significância utilizada foi $p < 0,05$. **RESULTADO:** Ocorreram 139 PC (25,1:10.000 anestésias). A incidência de PC foi significativamente maior nas crianças abaixo de 1 ano e em pacientes geriátricos com idade igual e superior a 65 anos; em pacientes com estado físico ASA III ou superior; em atendimento de emergência; durante anestesia geral; e com as especialidades multiclinicas (mais do que 1 clínica) e em cirurgia cardíaca ($p < 0,05$). A doença/condição do paciente foi o fator desencadeante principal de PC (20,5:10.000) seguida pelos fatores cirúrgico (3,0:10.000) e anestésico (1,6:10.000) ($p = 0,01$). Ocorreram 88 óbitos, com incidência de 16,0:10.000 anestésias. A doença/condição do paciente foi o principal fator que levou ao óbito (13,8:10.000), seguida da cirurgia (2,2:10.000) ($p = 0,02$). Não houve óbito tendo como fator a anestesia. Não houve diferença estatística em relação ao sexo. A sepse com falência de múltiplos órgãos foi a primeira causa de PC enquanto a ruptura de aneurisma foi a primeira causa de óbitos de fatores desencadeantes doença/condição do paciente e do fator cirúrgico. A dificuldade ventilatória e/ou intubação foi relevante nos casos de PC do fator anestésico principalmente em crianças com pior estado físico (ASA III ou superior). **CONCLUSÃO:** A maior incidência de PC ocorre nas faixas etárias extremas, em pacientes de estado físico ASA III a V, em atendimentos de emergência, em anestésias gerais, nos grupos das cirurgias multiclinica e cardíaca e em crianças com sepse com falência de múltiplos órgãos. Nas PCs relacionadas ao fator anestésico, dificuldade ventilatória e/ou intubação foi o fator crucial para a sua ocorrência. Não houve óbito pelo fator anestésico. **REFERÊNCIA:** 1Braz LG, Braz DG, da Cruz DS et al. Mortality in anesthesia: a systematic review. *Clinics*. 2009;64:999-1006.

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO APÓS IMPLANTE DE MARCAPASSO. RELATO DE CASO

AUTORES:

Fábio Lúcio Araújo Silva, Márcio Henrique Lopes Barbosa, Jedson dos Santos Nascimento, Raquel Amorim Correia.

INSTITUIÇÃO:

Santa Casa de Misericórdia da Bahia.

INTRODUÇÃO: Os pacientes com idade acima de 75 anos representam mais da metade dos que implantam marcapassos permanentes e eles apresentam maior risco de complicações precoces. Doença cardiovascular é a principal causa de morte após anestesia e cirurgia. A identificação dos pacientes com risco de doença coronariana é importante para iniciar estratégia para redução de risco perioperatório de complicações. **RELATO DE CASO:** Paciente sexo feminino, 83 anos, estado físico ASA III, hipertensão arterial e BAV 2º grau internada para realizar eletivamente implante de MP definitivo. Após o implante apresentou, no CRPA, episódio de dor torácica intensa com melhora espontânea. Solicitado marcadores de necrose miocárdica e ECG. Houve elevação de MNM: troponina 2, 56; ECG em ritmo sinusal, ESV isoladas frequentes, sem alterações isquêmicas. Encaminhada a UTI assintomática. Realizou CATE posteriormente: coronária direita dominante, com estenose segmentar de 25% no segmento médio e estenose focal de 50% no segmento médio-distal; e ventrículo esquerdo com volume diastólico final aumentado com acinesia ântero - médio - apical, apical e ínfero - médio - apical, com a contratilidade preservada nos segmentos basais. Evoluiu de forma satisfatória com alta e tratamento clínico. **DISCUSSÃO:** A frequência de implante de marcapasso continua aumentando e novas indicações se desenvolvem regularmente. A morbidade relacionada ao procedimento não é significativa e o paciente deve ser informado destas e consentir o procedimento previamente. Com a experiência do cirurgião há redução nas complicações. **REFERÊNCIA:** 1. Ellery SM and Paul VE, "Complications of biventricular pacing," *European Heart Journal Supplements*, V. 6, Supp. D (2004), pp. D117-D121.

INFUSÃO ENDOVENOSA INADVERTIDA DE LEVOBUPIVACAÍNA EM PÓS OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA MINIMAMENTE INVASIVA: RELATO DE CASO

AUTORES:

Déborah Paula Gomes*, Alexandre Silva Pinto, Carolina Lima Coelho Teixeira, Guilherme Silveira Lopes, Flávia Regina Coutinho Soares.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Márcio Cunha - Ipatinga/MG.

INTRODUÇÃO: O pós operatório de cirurgia cardíaca é extremamente doloroso e medidas para controle analgésico têm sido adotadas para aumentar o conforto e diminuir complicações pós operatórias. A técnica minimamente invasiva por toracotomia lateral, bloqueio de neuroeixo e bloqueio intercostal estão entre as medidas disponíveis para tal controle. **RELATO DE CASO:** Paciente SMS, 43 anos, sexo feminino, em pós operatório imediato de correção cirúrgica de comunicação interatrial por técnica minimamente invasiva. Ao final do procedimento cirúrgico, foi implantado um cateter peridural no espaço intercostal da toracotomia, à direita, para analgesia pós-operatória. A paciente foi encaminhada à Unidade Coronariana (UCO) intubada, sedada e recebendo pelo cateter levobupivacaína 0, 1% sem vasoconstritor a 10mL/h, através de bomba de infusão contínua. Extubada duas horas após chegada à UCO, mantendo escore de dor igual a zero. Paciente apresentava boa evolução clínica, porém cinco horas após o procedimento iniciou quadro de aumento progressivo do lactato, sem causas aparentes, mantendo estabilidade hemodinâmica. Foram checadadas as causas possíveis do aumento do lactato e então encontrado o equipo da levobupivacaína conectado ao cateter de veia central. A justificativa para o grave erro foi que ao estimular a deambulação precoce da paciente dentro da UCO, foram retirados todos os conectores de infusão. Após retorno ao leito, foram reconectados os equipos, sendo o do cateter peridural erroneamente colocado no cateter de veia central. Após identificação, houve correção imediata, com regressão completa da hiperlactatemia, sem sequelas. **DISCUSSÃO:** O uso de anestésico local para analgesia pós operatória traz grande benefício para o paciente e facilidade no manejo da dor intensa. Entretanto, sua cardiotoxicidade poderia levar a um quadro de depressão miocárdica severa e até parada cardiorrespiratória de duração prolongada e difícil reversão. A infusão endovenosa inadvertida de anestésico local é fato extremamente grave considerando o potencial de complicações graves. A observação rigorosa contínua dos pacientes pode indicar de forma precoce a ocorrência de infusão endovenosa, permitindo intervenção imediata e prevenindo lesões graves. **REFERÊNCIA:** 01 - Walther T, Falk V, Metz S, et al. Pain and quality of life after minimally invasive versus conventional cardiac surgery. *Ann Thorac Surg* 1999; 67: 1643-47. 02 - Hamano K, Kawamura T, Gohra H, et al. Stress caused by minimally invasive cardiac surgery versus conventional cardiac surgery: incidence of systemic inflammatory response syndrome. *World J Surg* 2001; 25: 2: 117-21.

INJEÇÃO SUBARACNÓIDEA ACIDENTAL DE ANESTÉSICO LOCAL APÓS BLOQUEIO EPIDURAL-IMPORTÂNCIA DA MONITORIZAÇÃO CEREBRAL

AUTORES:

Vitor Tércio de Queiroz Simão, Geovar Bezerra Peixoto Júnior, Raphael de Almeida Girão, Rogean Rodrigues Nunes, Cristiane Gurgel Lopes Farias, Alexandre Pontes Belarmino*.

INSTITUIÇÃO:

GET-HGF.

INTRODUÇÃO: A injeção subaracnóidea acidental de grandes volumes de solução de anestésico local utilizada para anestesia epidural pode produzir rápida progressão para raquianestesia total. Esta se manifesta com anestesia sensitiva e motora associada à perda de consciência, apnéia e midríase. O presente relato objetiva apresentar um caso de raquianestesia total após bloqueio epidural e discutir a aplicação da monitorização cerebral durante o evento e suas implicações. Relato de caso-Paciente masculino, 35 anos, estado físico P2, programado para se submeter a uma dermolipectomia sob anestesia epidural. Administrou-se midazolam 5mg iv e, 10 minutos após, realizada punção entre T12-L1 com paciente sentado. Utilizou-se 15 ml de Levobupivacaína 0,5% com epinefrina 1:200.000. Paciente evoluiu com quadro de dificuldade respiratória, disartria, queda da SpO2 e midríase, seguidos de perda de consciência. Feito o diagnóstico de raquianestesia total acidental, optou-se por manter ventilação com máscara laríngea e iniciar a operação. Utilizou-se o BIS para avaliação da profundidade anestésica e realizou-se seguimento clínico para decisão do momento ideal de administração de hipnóticos, analgésicos ou ambos. Após 15 minutos do diagnóstico, constatou-se BIS de 54 e 1 hora e 15 minutos, este apresentava BIS igual a 74, com atividade eletromiográfica (EMG), momento no qual decidiu-se fazer uso de propofol alvo-controlado (titulado até 2,5 µg. mL⁻¹). Uma hora após início do propofol, o BIS registrava 52, mas com atividade EMG elevada, quando decidiu-se iniciar remifentanil, 3ng. mL⁻¹, o que resultou em atividade EMG desejável (menor que 30dB). Durante todo o procedimento o paciente foi mantido hemodinamicamente estável, sendo necessário um total de 10mg de efedrina. Não houve registro de taxa de supressão diferente de zero. Houve regressão da midríase e despertar adequado ao final da operação (4h e 30 min). **DISCUSSÃO:** A raquianestesia total acidental é complicação rara da abordagem epidural que necessita ser prontamente diagnosticada e adequadamente conduzida. Apnéia e perda da consciência podem ser resultantes do comprometimento dos centros ventilatórios medulares por isquemia ou efeito direto do anestésico local acima do forame magno. O tratamento consiste em: suportes hemodinâmico e ventilatório. Neste caso, com uso da monitorização cerebral, foi possível identificar o momento ideal para iniciar hipnóticos e analgésicos, bem como avaliar possível isquemia do sistema nervoso central, pela taxa de supressão. **REFERÊNCIA:** Duarte LTD, Saraiva RA. Raquianestesia total após bloqueio do plexo lombar por via posterior. Relato de caso. Rev Bras Anesthesiol, 2006; 56: 518-523.

INJÚRIA DO NERVO FIBULAR ASSOCIADA À POSIÇÃO DE LITOTOMIA

AUTORES:

José Mariano de Melo Cavaleiro de Macêdo, Bruno Mendes Carmona, Jarila Regina Mendes de Assunção, Andria Melissa Oliveira Bardier, Larissa Sara Cardoso Pinheiro, Lutti Paes de Souza.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Ophir Loyola.

INTRODUÇÃO: As lesões de nervos periféricos durante anestesia podem estar relacionadas a diversos fatores. Apesar de serem mais frequentes durante a realização de bloqueios dos nervos periféricos, podem ocorrer durante anestesia geral e anestesia do neuroeixo, podendo estar associadas ao posicionamento do paciente durante a cirurgia e tornarem-se debilitantes. **RELATO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 53 anos, 56 kg, estado físico ASA II, submetida a amputação abdominoperineal do reto por câncer colorretal. Antes da cirurgia apresentava anemia (Hb 9,6 g/dl, Ht 27,1%) e hiponatremia (Na⁺ sérico 128 mm/L), estando os demais exames normais. Após venoclise (cateter 16 G) e inserção de cateter central em veia jugular interna direita, a paciente foi monitorizada com oximetria de pulso, cardioscopia, capnografia, pressão arterial invasiva e temperatura. A paciente foi sedada com midazolam (2 mg) e fentanil (50 mcg) e, em seguida, submetida a peridural analgésica (T12-L1) com bupivacaína 0,5% 10 ml com excesso enantiomérico S75: R25 e morfina 2 mg, punção mediana única sem intercorrências. Após pré-oxigenação adequada com O2 100%, realizou-se anestesia geral balanceada com fentanil 200 µg, lidocaína 40 mg, propofol 150 mg, pancurônio 6 mg e sevoflurano 2%. Após a intubação traqueal, a paciente foi mantida em posição de litotomia com cefalodeclive de 45°. O procedimento cirúrgico foi realizado sem intercorrências e a paciente extubada com sucesso após 7 h e encaminhada ao CTI respirando espontaneamente. No 1º dia de pós-operatório, a paciente relatou sensação de “peso” em MID, além de apresentar alteração da sensibilidade, diminuição da força muscular neste segmento e da dorsiflexão do pé direito. Diante do quadro, solicitou-se a avaliação neurocirúrgica. Optou-se por tratamento conservador com fisioterapia motora diária durante toda a internação. A paciente recebeu alta após 55 dias, pois evoluiu com quadro infeccioso no sítio cirúrgico de difícil tratamento, o que inviabilizou a terapia com corticoide. A função do nervo fibular apresentou melhora progressiva com recuperação completa após 3 meses. **DISCUSSÃO:** A maioria das lesões dos nervos periféricos relacionadas ao posicionamento intraoperatório do paciente resolvem-se em 6 a 12 semanas, podendo persistir por meses ou anos. A litotomia exagerada por tempo prolongado (> 2 h) está associada a este de lesão do nervo fibular comum. **REFERÊNCIA:** 01) Warner MA, Martin JT. Posicionamento do paciente. In: Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK, editors. Anestesia Clínica. 4 ed. Barueri, SP: Manole; 2004. p. 639-66.

INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA APÓS REVERSÃO FARMACOLÓGICA DE BLOQUEADOR NEUROMUSCULAR EM GESTANTE COM ECLÂMPSIA

AUTORES:

Denice Bernardes Campoli*, Edgar Yague, Mônica Braga da Cunha Gobbo, Karen Raquel Barban, Roberta Araujo de Castro, José Eduardo Bagnara Orosz.

INSTITUIÇÃO:

Hospital e Maternidade Celso Pierro - PUC Campinas.

INTRODUÇÃO: A pré-eclâmpsia acomete 5% da população obstétrica e é responsável por considerável aumento da morbimortalidade materna. As manifestações clínicas da pré-eclâmpsia incluem hipertensão, proteinúria e edema, podendo evoluir para eclâmpsia com convulsão e coma. O caso relata uma paciente em eclâmpsia com ocorrência de insuficiência respiratória aguda pós-operatória, que apesar do emprego de drogas seguras e modernas, não foi capaz de manter respiração competente. **RELATO DE CASO:** JSP, feminino, primigesta, IG 38 sem, encaminhada para o centro obstétrico de emergência após 2 convulsões tônico-clônicas pré-hospitalares onde foram administrados sulfato de magnésio e hidralazina. Ao exame físico apresentava-se obnubilada, PA=170x110 e hiperreflexia. Indicada anestesia geral com indução venosa em sequência rápida com fentanil, propofol e rocurônio. Monitorização: cardioscopia, oxímetro de pulso, pressão arterial não invasiva, capnografia, débito urinário e bloqueio muscular. A cirurgia transcorreu sem intercorrências. Ao término, procedeu administração de atropina e prostigmine para extubação sem sucesso. Em seguida foram administrados sugammadex e naloxone para reversão dos efeitos residuais dos fármacos. Realizado a avaliação do bloqueio muscular com TOF de 100%, sendo extubada. Houve fadiga respiratória e necessidade de reintubação. O resultado da gasometria arterial e eletrólitos foi normal e a paciente foi encaminhada à UTI. Após 5 horas a paciente apresentou condições ventilatórias adequadas e foi extubada com sucesso. **Discussão:** a opção pela anestesia geral garantiu via aérea e proteção para possível broncoaspiração. Na fase de recuperação anestésica, a paciente evoluiu com insuficiência respiratória aguda, sendo necessária a reintubação. As hipóteses diagnósticas de insuficiência respiratória aguda na recuperação pós-anestésica incluiria distúrbio hidroeletrólítico, devido ao fato do paciente estar em terapia com sulfato de magnésio endovenoso. Os exames laboratoriais estavam normais e optou-se pela reversão do bloqueio neuromuscular com sugammadex (4mg/kg) com reversão total do TOF, contudo não houve recuperação da respiração espontânea. O presente caso mereceu estudo, pois se configurou como um caso real sobre a incapacidade de ações calçadas no plano farmacológico de reestabelecermos a capacidade ventilatória da paciente após a anestesia geral. A distinção é importante por se tratar de uma situação que mesmo seguindo todos os ensinamentos preordenados, verificou-se uma ação autônoma e independente de casos anteriores estudados e enunciados. **REFERÊNCIA:** B. Grandjeana, et al.: Sugammadex and profound rocuronium neuromuscular blockade induced by magnesium sulphate, *Lettres à la rédaction / Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 32 (2013) 375–379.

INTOXICAÇÃO POR SULFATO DE MAGNÉSIO EM CESAREANA DE URGÊNCIA

AUTORES:

Fabio Poças Zambelli, Ricardo Damiano Campos*, Renato Couvre, Lucas Costa Souza, Thaisa Lins de Melo.

INSTITUIÇÃO:

Hospital de Ensino Alcides Carneiro - Faculdade de Medicina de Petropolis (FMP).

INTRODUÇÃO: Intoxicação por Sulfato de Magnésio em Cesareana de Urgência Caso Clínico: Paciente 34 anos, feminina, obesa, hipertensa em tratamento irregular com hidralazina, metildopa e nifedipina durante o período gestacional. Foi iniciado sulfato de magnésio na dose 2 gramas por hora, tendo sido feito um total de 24 gramas pré-operatório. Deu entrada no centro cirúrgico para cirurgia cesariana de urgência, com PA : 150 x 90 mmHg, fc : 60 bpm e cooperativa, porém sonolenta. A técnica anestésica foi bloqueio espinal foi realizado com bupivacaína hiperbárica 12mg e morfina 80mcg instalando-se em T5. A diurese no pré-operatório foi de 100ml cursando com anúria no per-operatório. Manteve hipotensão severa após o bloqueio sendo necessário varias doses de efedrina intravenosa para corrigir, sendo um total de 100 mg (em um período de 20 minutos). Foi retirado o conceito vivo, 5 minutos após o início da cirurgia. Nesse momento foi parado a infusão de sulfato de magnésio. Após 30 minutos, paciente iniciou desconforto respiratório e hipotensão, sendo prontamente induzida com ketamina 15mg e propofol 80mg e atracurio 15 mg. Foi intubada com TOT 7, 0 sem dificuldades. Manteve-se hipotensa (PA 70 x 30 mmHg)Iniciou-se noradrenalina 0, 5mcg/Kg/min, com boa resposta e a paciente manteve-se normotensa com a infusão de noradrenalina. Deve-se ressaltar que para tentar corrigir a hipotensão foi feito previamente 3 litros de ringer lactato intravenoso. Após 2 horas do bloqueio e com o procedimento já terminado, mantinha-se dependente de noradrenalina e totalmente acoplada ao ventilador mecânico com manutenção anestésica sevoflurano a 0, 2%. Foi então administrado hidrocortisona 100mg, se melhora do quadro, e posteriormente (20 minutos) midazolam 3mg, gluconato de cálcio 2g e furosemida 40mg. Após 1h e 30min e com diurese de 500 ml foi extubada, acordada, algo sonolenta, com fraqueza muscular importante e encaminhada ao CTI. Recebeu alta da unidade intensiva no dia seguinte. **DISCUSSÃO:** O tratamento clássico da pré-eclâmpsia utiliza altas doses de sulfato de magnésio, entretanto a intoxicação por esta “sobre-dose” não é comum, quadros clínicos graves ocorrem 0, 2% (depressão respiratória) a 1, 7% (ausência de reflexos patelares), apesar de sintomas leves como náuseas e vômitos serem comuns (19, 5%). Um fator que provavelmente causou este quadro, foi a anúria, pois este tem eliminação renal, o tratamento deve ser feito com diuréticos e gluconato de cálcio. Esta hipótese diagnostica deve sempre ser levantada em choque refratária em grávidas em uso de sulfato de magnésio. **Bibliografia:** Smith et al. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2013, 13: 34 Omu AE, Al-Harmi J et al. *Med Princ Pract* 2008;17: 227–232.

INTOXICAÇÃO POR ANESTÉSICO LOCAL EM BLOQUEIO DO PLEXO BRAQUIAL – RELATO DE CASO

AUTORES:

Antonio Marcos Pena de Souza, Nazel Oliveira Filho.

INSTITUIÇÃO:

Hospital São Rafael, Salvador - BA.

INTRODUÇÃO: Os anestésicos locais (AL) produzem perda transitória das funções sensorial, motora e autonômica em regiões limitadas do corpo, mediante a ligação a canais de sódio no estado inativado, impedindo a ativação do canal e o influxo de sódio, o que lentifica a despolarização da membrana plasmática das células e o potencial de ação não é propagado. Assim sendo, é presumível que os AL apresentem uma potencial capacidade de intoxicação sistêmica ao penetrarem inadvertidamente o espaço intravascular. O sistema nervoso central é o sítio dos sinais premonitórios de intoxicação por AL. Os sintomas iniciais são parestesia perioral e da língua, vertigem, zumbido, turvação visual, sinais excitatórios, seguidos, por fim, de alterações na fala, sonolência e inconsciência. **RELATO DO CASO:** Paciente masculino, 62 anos, 80Kg, portador de mieloma múltiplo, admitido para tratamento cirúrgico de urgência de fratura de rádio distal esquerdo secundária à queda da própria altura. Monitorizado com cardioscopia, oximetria de pulso e pressão arterial não-invasiva. À admissão, apresentava-se eunéico, normotenso, normocárdico, em Glasgow 15. Sedado com 2mg de midazolam e 50mcg de fentanil. Realizado bloqueio do plexo braquial por acesso axilar, guiado por ultrassonografia (USG), utilizando agulha para bloqueio de plexo (22Gx2"). Administrados 15mL de lidocaína 2% com adrenalina 1: 200. 000 e 15mL de ropivacaína 0, 75%. Um minuto após injeção do AL, o paciente evoluiu com rebaixamento do nível de consciência e bradipnéia, sendo iniciada ventilação assistida sob máscara facial em sistema valvular. Foi solicitada solução parenteral de lipídio, que não foi administrada em virtude da rápida melhora neurológica e manutenção da estabilidade hemodinâmica. Houve falha parcial do bloqueio, sendo optado por associação de anestesia geral. Realizada indução anestésica com fentanil (1mcg/Kg) e propofol 1% (2mg/Kg). Posicionada máscara laríngea nº 4 e instituída ventilação mecânica controlada a volume (Vt 600mL, FR 12 ipm, FiO2 50%). Manutenção da anestesia com sevoflurano 2%. Após a cirurgia, o paciente foi despertado sem intercorrências. Na sala de recuperação pós-anestésica não houve complicações, tendo alta em Aldrete 10. **DISCUSSÃO:** A intoxicação por AL é uma complicação potencialmente letal. O auxílio da USG, a dose-teste, a administração lenta, a aspiração intermitente e a administração de dose mínima do AL suficiente para prover anestesia adequada são medidas úteis na tentativa de evitar a intoxicação. Entretanto, mesmo com a observação judiciosa de todas estas medidas, o anestesiológico deve estar preparado para enfrentar eventos adversos na anestesia regional. **REFERÊNCIA:** 1. C. L. Jeng and T. M. Torrillo et al. Complications of peripheral nerve blocks. *British Journal of Anaesthesia*. 2010; 105: 97–107. 2. Joseph M. Neal and Christopher M. Bernards et al. ASRA Practice Advisory on Local Anesthetic Systemic Toxicity. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*. 2010: 2.

LESÃO NEUROLÓGICA APÓS REALIZAÇÃO DE TAMPÃO SANGUÍNEO PERIDURAL PARA TRATAMENTO DE CEFALÉIA PÓS-PUNÇÃO DA DURA-MÁTER

AUTORES:

João Hermínio Pessoa dos Santos, Bruno Mendes Carmo-na, Rosângela do Socorro Cantuário da S. Ferreira, Handy Marcela da Silva Santos, Lutti Paes de Souza, Bruno Barros Nascimento.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Ophir Loyola.

INTRODUÇÃO: A cefaléia pós-punção da dura-máter é um evento adverso esperado da anestesia subaracnóidea, com vários fatores relacionados à sua incidência, como calibre da agulha, idade entre 18 e 50 anos, sexo feminino, gestação e história prévia de cefaléia. O tampão sanguíneo peridural (blood patch) é o tratamento mais eficaz, com baixo índice de recidiva, entretanto é necessária técnica asséptica rigorosa, estando contraindicado na vigência de sepse e coagulopatias. **RELATO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 38 anos, G4P3(2N/1C)A1, IG 40 semanas com diagnóstico de diabetes gestacional, doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) grave e infecção do trato urinário, sendo indicada cesariana segmentar. Realizado raquianestesia por punção única paramediana esquerda entre L2 e L3, com agulha de Quincke 25 G. Injetado de bupivacaína pesada 0, 5% 15 mg e morfina 0, 1 mg. Não houve intercorrências intraoperatórias, porém, no 3º dia de pós-operatório, a paciente evoluiu com cefaléia de forte intensidade, localizada na região fronto-occipital associada a posição ortostática. Optou-se pela realização de tampão sanguíneo peridural através de técnica asséptica e injeção de 20 ml de sangue autólogo. A punção peridural foi realizada no interespaço T9-T10 com agulha de Tuohy 17 G. Houve resolução do quadro de cefaléia e alta hospitalar no 6º PO. No dia seguinte, a paciente evoluiu com dor lombar que se agravou com paralisia e parestesia dos MMII e distúrbio esfíncteriano, sendo reinternada no 13º PO. A ressonância magnética da coluna demonstrou imagens fusiformes medindo 2, 3 x 1, 1 cm no total, localizadas no espaço epidural posterior à esquerda T9-T10, comprimindo a medula anteriormente e à direita, sugestiva de processo infeccioso ou hemangioma. Diante do quadro foi realizado a laminectomia descompressiva ao nível de T9-T10 com diagnóstico intraoperatório de abscesso epidural, cuja cultura do material coletado revelou a presença de *Staphylococcus epidermidis*, sendo instituído a antibioticoterapia com vancomicina, metronidazol e ceftriaxone por 21 dias. A paciente recebeu alta hospitalar sem melhora do quadro neurológico, evoluindo ainda com os mesmos sintomas e segue, além de infecção de repetição do trato urinário por sonda vesical prolongada. **DISCUSSÃO:** Complicações graves podem ocorrer pelo uso do tampão sanguíneo peridural para tratamento da cefaléia pós-punção dural. Por este motivo, a indicação desta terapia deve ser extremamente precisa para que os seus benefícios suplantem os riscos, que podem ser devastadores como no caso apresentado. **REFERÊNCIA:** 01) Cangiani LM, Cangiani LH, Lutti MN, Esteves LO. Anestesia subaracnóidea. In: Cangiani LM, Slullitel A, Potério GMB, Pires OC, Posso IdP, Nogueira CS, et al., editors. *Tratado de Anestesiologia*. 2. 7 ed. São Paulo: Atheneu; 2011. p. 102.

MANEJO ANESTÉSICO EM ANGIOPLASTIA COMPLICADA COM PERFURAÇÃO DE CORONÁRIA DIREITA, RELATO DE CASO

AUTORES:

Gustavo Márcio Silvino Assunção, Sergio Ricardo Botrel e Silva, Daniel Barreto Andrade, Laura D'Angelo Ferreira de Melo*, Alysso Higino Gonçalves da Silva, Fabio Maciel Rosa Pereira.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Felício Rocho.

INTRODUÇÃO: procedimentos hemodinâmicos sob anestesia são cada vez mais frequentes. A perfuração de coronárias ocorre em 1 a 3% das angioplastias. Apesar de rara, é temida pelo potencial de gravidade, principalmente quando a perfuração ocorre para o pericárdio podendo causar tamponamento cardíaco em 17% dos casos, com mortalidade de 44%. A hiperinsuflação do balão ou lesão direta pela corda guia causam perfurações classificadas por Ellis et. al. como: Tipo I: orifício extraluminal sem extravasamento de contraste(8% de risco de tamponamento cardíaco). Tipo II: Presença de blush de contraste sem extravasamento em jato(13% de risco de tamponamento). Tipo III: extravasamento de contraste em jato, por orifício vascular maior que 1mm de diâmetro(63% de risco de tamponamento). Tipo "Cavity Spilling": extravasamento de contraste para dentro de uma câmara cardíaca. **RELATO DE CASO:** M. P. T, mulher, 83 anos, hipertensa, hipotireoideia, Internada após precordialgia. ECG sem alterações isquêmicas. Hemograma, função renal, coagulograma e ionograma sem alterações. Troponina. T positiva. Na UTI realizou ecocardiograma (FEVE 79% hipertrofia leve de ventrículo esquerdo com função sistólica preservada). Troponinas seriadas mostraram valores em ascensão. CATE sob sedação revelou lesões graves em CD e DA, optado por angioplastia de CD. Durante a insuflação do balão, ruptura da coronária percebida rapidamente por um "blush" de contraste evidente. Realizada insuflação prolongada do balão repetidas vezes e reversão da anticoagulação com protamina enquanto um stent revestido era solicitado. Realizada implantação de stent recoberto com interrupção do extravasamento de contraste. Paciente manteve estabilidade hemodinâmica durante todo o procedimento, sem necessidade de drogas vasoativas. ECO na sala de hemodinâmica revelou hemopericárdio moderado, sem tamponamento. Paciente levada à UTI e acompanhada com ECO. Manteve-se estável e evoluiu bem. **DISCUSSÃO:** a angioplastia apresenta riscos, necessitando de manejo anestésico cuidadoso. Cabe ao anestesiológista a prevenção, detecção e tratamento de complicações. Uma avaliação pré-anestésica com detecção de fatores de risco é importante. A comunicação entre anestesista e equipe de hemodinâmica durante a angioplastia sobre os tempos do procedimento, dificuldades técnicas e peculiaridades do caso são essenciais. A gravidade da perfuração varia com o grau de extravasamento sanguíneo e a identificação dos eventos críticos deve ser rápida com intervenção adequada para um bom prognóstico. É necessário estar preparado para as complicações desde a estabilização hemodinâmica até a necessidade de uma punção pericárdica. Além disso, equipe de cirurgia deve estar disponível para uma urgência, uma vez que a intervenção endovascular pode não ser bem sucedida. **REFERÊNCIA:** Tanamati, C, Marciel MLB. Suporte Cardiovascular Avançado. In: Schettino G, Cardoso LF, Mattar J et al. Paciente Crítico. 2. ed. São Paulo, Manole, 2012, 520-30.

MANEJO ANESTÉSICO EM CRIANÇA COM HISTÓRIA FAMILIAR POSITIVA DE HIPERTERMIA MALIGNA

AUTORES:

Tiago Freire da Fonte*, Lucas Gianni Menegaz, Silvia Kangussu Rios, Marcos Lopes de Miranda, Rodrigo Montebello de Araújo, Carlos Darcy Alves Bersot.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Federal da Lagoa.

INTRODUÇÃO: A Hipertermia Maligna (HM) é uma miopatia rara e potencialmente fatal caracterizada por um estado hipermetabólico agudo. O objetivo deste relato de caso é demonstrar a importância do manejo e preparo perioperatório adequado no paciente com história familiar positiva a HM, sem a possibilidade de confirmação diagnóstica.

RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, pré escolar, com história familiar positiva de HM, admitido para a realização de hernioplastia umbilical, inguinal direita e postectomia em caráter eletivo. Foram realizados cuidados pré anestésicos que envolviam a troca da cal cuidados e circuitos de via aérea, assim como a retirada dos vaporizadores do aparelho de anestesia e a limpeza do sistema com fluxo de oxigênio. Havia a disponibilidade imediata de dantrolene, gelo e leito de UTI. Realizou-se anestesia geral venosa total alvo controlada e bloqueio peridural caudal. A monitorização incluiu temperatura orofaríngea. O paciente permaneceu hemodinamicamente estável durante o ato anestésico cirúrgico, sendo encaminhado a sala de recuperação pós anestésica e submetido a alta hospitalar após 48 horas do procedimento sem intercorrências. **CONCLUSÃO:** A HM é uma complicação grave com alto potencial para letalidade e que demanda intervenção rápida e tratamento adequados. Em pacientes com história familiar positiva os cuidados perioperatórios adequados devem ser providenciados para prevenir o desencadeamento desta síndrome. **REFERÊNCIA:** Anesthesiology 2011; 114: 205-12 Anesth Analg 2010;110: 498-507.

MANEJO ANESTÉSICO PARA CIRURGIA ORTOPÉDICA EM PACIENTE JOVEM VÍTIMA DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

AUTORES:

Carlos Adolfo B. Pinto Calçada, Márcio de Pinho Martins, Daniel Bauer, Letícia C. Cardoso Fontes dos Santos, Rafael Barbosa Braz*.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Central da Polícia Militar RJ

INTRODUÇÃO: Pacientes com doença cardiovascular podem sofrer descompensação durante o ato anestésico, devido a múltiplas agressões do trauma cirúrgico. A American Heart Association sugere que cirurgias eletivas devam ser realizadas apenas após 4 a 6 semanas da ocorrência de um evento isquêmico. O presente relato refere-se a uma anestesia realizada em paciente jovem, com IAM (há 7 dias), candidato à osteossíntese de cotovelo direito, em caráter de urgência. **RELATO DE CASO:** Paciente de 36 anos, ASA III, devido a IAM de parede anterior, ocorrido há uma semana por trauma torácico fechado, sem outras comorbidades associadas. Proposta cirúrgica de osteossíntese de cotovelo direito por fratura-luxação sob anestesia geral. Monitorização com cardioscópio, oxímetro de pulso e pressão arterial não invasiva. Punções de artéria radial esquerda e veia subclávia esquerda. Antes da indução anestésica, administrou-se 10 mg de metoprolol, e infusão contínua de noradrenalina em baixas doses (0, 1 mcg/kg/min), ambas visando a prevenção de alterações perioperatórias bruscas do duplo produto (frequência cardíaca e pressão arterial). Indução anestésica com midazolam, fentanil e rocurônio; manutenção com sevoflurano. Todo o procedimento transcorreu sem intercorrências. Analgesia pós operatória com morfina intradérmica (sem realização de bloqueio periférico associado). A cirurgia apresentou duração total de 90 minutos, tendo sido realizada isquemia no membro superior direito por 75 minutos. Sangramento intraoperatório desprezível. Antes da desinsuflação do garrote, foram administrados 90 mL de manitol a 20% e 30 mL de bicarbonato de sódio a 8, 4%, como medida protetora no processo de reperfusão e liberação de radicais livres. Encaminhado à UTI extubado, sem queixas álgicas, estável hemodinamicamente, sem uso de amins, eupneico, respirando em ar ambiente. **CONCLUSÃO:** As avaliações pré e perioperatória bem-sucedidas e o adequado manejo dos pacientes cardíacos de alto risco submetidos à cirurgia não-cardíaca requerem equipe cuidadora, além de boa comunicação entre cirurgiões e anestesistas. **REFERÊNCIA:** 1. Savaris N, Marcon EN. Avaliação Pré-Operatória Do Paciente Cardiopata. Rev Bras Anestesiol 1997; 47(4): 350-362 2. Fleisher LA, Beckman JA, Brown KA, et al. ACC/AHA 2007 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Care for Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2007;116: e418-e500. Disponível em: . Acesso em 14 junho 2013.

MIELITE TRANSVERSA AGUDA PÓS RAQUIANESTESIA

AUTORES:

Diego Grimaldi Figueirôa, Lucas Coutinho de Sá Oliveira, João José Borges de Barros dos Santos, Aldalice Correia da Silva Guedes, Bruno Gardélio Pedreira de Cerqueira, Silvana Neves Ferraz de Assunção.

INSTITUIÇÃO:

Hospital da Bahia.

INTRODUÇÃO: Os sintomas neurológicas pós raqui-anestesia (RA) são raros mas extremamente temidos entre os anesthesiologistas. Muitas vezes estão relacionados a complicações cirúrgicas, posicionamento do paciente ou em raros casos à doenças neurológicas agudas. A mielite transversa(MT) é uma síndrome clínica na qual um processo imunomediado causa lesões neurais na medula espinhal, resultando em vários graus de fraqueza, alterações sensoriais e disfunção autonômica, que também pode ocorrer em associação a processos pós-infecciosos. É rara, com incidência de 1 à 8 casos por milhão de pessoas/ano. **RELATO DE CASO:** Masculino, 54 anos, portador de Diabetes Melitus II e HCV (tratado). Nega outras patologias. Admitido com retenção urinária há 3 dias. Indicada ressecção transuretral de próstata. Exames pré-operatórios normais. Monitorizado e puncionado acesso venoso periférico. Realizado bloqueio subaracnoideo, punção mediana, L3-L4, agulha 27G whitacre, Bupivacaína hiperbárica 0, 5% 15mg sem intercorrências. Procedimento cirúrgico realizado em 40 minutos, posição de litotomia, sem intercorrências. No pós-operatório(PO) imediato evoluiu com parestesia em membros inferiores. No 1º dia PO apresentou fraqueza muscular em membros inferiores, com predomínio à esquerda, e no 2º dia PO cursou com paraparesia espástica assimétrica (força muscular à direita grau IV/V e à esquerda grau I/V) com nível sensitivo correspondente a T6. Realizada Ressonância Magnética(RNM) de coluna dorsal, que apresentou lesão medular de aspecto inflamatório em T5-T6 com captação heterogênea de contraste de predomínio à esquerda; RNM de crânio, coluna cervical e lombar sem alterações; Líquor apresentou: 60 células, proteínas 61 e glicose 120. Paciente referiu infecção viral em vias aéreas superiores que evoluiu com diarreia profusa há 05 semanas da data da internação, com diagnóstico de infecção viral por Rotavírus. Suspeitado de mielite aguda pós-infecciosa. Iniciado tratamento com solumedrol em pulsoterapia. Apresentou melhora parcial do quadro, tendo alta para acompanhamento ambulatorial. **DISCUSSÃO:** A MT pós infecciosa muitas vezes ocorre após a melhora dos sintomas infecciosos. A hipótese é que represente uma lesão autoimune e não uma infecção direta da medula, caracterizada pela inflamação de origem focal na medula espinhal. Manifestações clínicas se devem à disfunção neural resultante de vias motoras, sensoriais e autonômicas que estão presentes na área inflamada ou que passam por ela. Tratamento consiste em pulsoterapia com glicocorticóides e nos casos fulminantes plasmafêrese. Alguns trabalhos relacionam a ocorrência de ativação da doença associado ao estresse do procedimento cirúrgico, independentemente o tipo de anestesia. Não parece ser correto assumir relação direta entre RA e MT já que esta continua ser de causa desconhecida. **REFERÊNCIA:** Kaur R, Girdhar KK, Banerje N. Transverse myelitis following spinal anaesthesia-a case report. Indian J Anaest 2002;46(5): 476-7.

ÓBITO ENVOLVENDO TRATAMENTO DE DERRAME PLEURAL E TAMPONAMENTO CARDIACO EM CRIANÇA DEVIDO A TUMOR DE MEDIASTINO: RELATO DE CASO

AUTORES:

Ricardo Jardim Berbigier, Emilton Arena Silva Júnior.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Infantil Joana de Gusmão.

INTRODUÇÃO: O objetivo deste relato de caso é apresentar o manejo anestésico e intercorrências envolvendo paciente portador de tumor de mediastino anterior. **RELATO DE CASO:** Paciente feminina, 11 anos, com queixa de fadiga, dispnéia aos mínimos esforços e ortopnéia, evolução de 2 meses. Exame físico: Sinais vitais estáveis. Murmúrio vesicular abolido à esquerda e diminuído em base direita; bulhas cardíacas rítmicas e hipofonéticas; cianose distal bilateral em mãos e turgência jugular direita. RX do tórax: derrame pleural extenso à esquerda, com desvio das estruturas mediastinais para direita e alargamento do mediastino. Tomografia do tórax: massa sólida volumosa, em mediastino anterior, colapso parcial de estruturas vasculares venosas, desvio da traquéia para direita, colapso do brônquio fonte esquerdo e colapso total do pulmão esquerdo e parcial do direito. Derrame pericárdico associado. Ecocardiografia: derrame pericárdico importante com disfunção diastólica biventricular e colapso do átrio e ventrículo direitos. A cirurgia proposta foi drenagem pericárdica e pleural esquerda. Paciente em decúbito dorsal, cabeceira elevada 45 graus. Foi administrado midazolam (0,05 mg/kg), cetamina (0,1 mg/kg) e bloqueio intercostal em três níveis (T2, T3 e T4) com ropivacaína 18 mg (9 ml a 0,2%). Foi drenado 2.000 ml de líquido pleural seguido de moderado desconforto respiratório. Ofertou-se oxigênio sob pressão positiva contínua e sevoflurano a 1%. A punção pericárdica foi infrutífera devido à dificuldade de acesso pela grande massa tumoral. O quadro respiratório agravou-se, seguido de hipotensão e taquicardia. Procedida intubação orotraqueal após midazolam (0,1 mg/kg) e succinilcolina (1 mg/kg) e iniciada infusão de drogas vasoativas: dobutamina (10 mcg/kg/minuto), dopamina (10 mcg/kg/minuto) e reposição volêmica com 10 ml/kg de cristalóide, sem melhora hemodinâmica, e com posterior edema agudo de pulmão. Após monitorização invasiva, foi drenado 250 ml do pericárdio após ampliação da toracotomia, sem melhora hemodinâmica. Iniciada infusão de adrenalina (0,1 µg.kg⁻¹.min⁻¹), sem resposta. Nova ecocardiografia de urgência mostrou obstrução grave do átrio e ventrículo direito. O quadro clínico evoluiu com bradicardia e parada cardíaca. As manobras de ressuscitação cardiopulmonar foram ineficazes resultando em óbito da paciente. **DISCUSSÃO:** O desabamento tumoral sobre as estruturas do mediastino após uso de relaxantes musculares pode ocasionar colapso respiratório e/ou cardiovascular. Ventilação mecânica com pressão positiva é contraindicada. Ideal é anestesia local com ventilação espontânea. Material para intubação difícil deve estar à disposição, e frente à instabilidade cardiorespiratória não responsiva à medidas terapêuticas, toracotomia de urgência para deslocamento manual do tumor pode ser medida salvadora. "Bypass" cardiopulmonar pode ser planejado de maneira eletiva no início da cirurgia. Em conclusão, avaliação rigorosa e detalhada é mandatória.

OBSTRUÇÃO DE TUBO ARAMADO EM CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES:

Daniele Tondolo Martins, Andre Soubhia, Samira Farina Menegat, Felipe Pinto Monezzi, Julio Cesar Coracini, Cecilia Kleinubing Abal.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal do Rio Grande, Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Junior.

INTRODUÇÃO: A intubação endotraqueal é feita para estabelecer uma via aérea segura, contudo, isso pode trazer riscos e a obstrução de um tubo endotraqueal (TET) é um evento potencialmente fatal. A obstrução aguda causada por muco, sangue ou torção não é incomum, mas difícil de discernir entre outras causas. **RELATO DE CASO:** Paciente de 3 anos, nascido a termo com 12kg, sem comorbidades, sem cirurgias prévias, submetido a adenoidectomia. Ausculta pulmonar limpa antes da indução anestésica. Esta foi realizada com sevoflurano, óxido nítrico (50-60%), alfentanil (500mcg) e propofol (30mg) com pressão na via aérea de 20cmH₂O. Intubação endotraqueal com tubo aramado número 4, sem utilização de fio guia, realizada sem dificuldade. Na manutenção da anestesia optou-se por sevoflurano em ventilação controlada por volume e o paciente foi medicado com dipirone (500mg), dexametasona (0,15mg) e cefazolina (400mg). Após 30 minutos da indução anestésica ocorre um aumento súbito da pressão nas vias aéreas para mais de 30cmH₂O. Com o término do procedimento são retirados os campos cirúrgicos e verificado o tubo que está corretamente posicionado. A ausculta pulmonar evidencia sibilos difusos, sendo o paciente medicado com salbutamol (100mcg) pelo tubo endotraqueal, sem resposta. Ocorre importante diminuição da expansão torácica e dos murmúrios vesiculares, com manutenção da saturação de oxigênio em 99% e gás carbônico quase ausente. Realizada uma dose de adrenalina (0,05mg) sem resposta adequada. Optou-se então pela troca do tubo aramado por um tubo simples número 4,5 sem balonete. Paciente responde com retorno da expansibilidade torácica e dos sinais vitais. Constatado tampão mucoso espesso obstruindo quase toda luz do tubo aramado. A criança foi extubada 10 minutos após a troca do tubo, com ausculta pulmonar normal. Alta para enfermagem após 6 horas, alimentando-se adequadamente. **DISCUSSÃO:** Uma obstrução no tubo aramado, como referido em outros estudos, pode ocorrer tanto em anestesia inalatória como venosa total. A rápida identificação da obstrução é necessária para o retorno adequado da ventilação do paciente. No entanto, alguns sinais clínicos, como sibilos pulmonares podem ser fatores de confusão, levando a considerar outras causas como anafilaxia e broncoespasmo, nas quais não estaria indicada a troca do tubo pelo provável edema de glote. O súbito aumento da pressão em vias aéreas sem alteração da saturação de oxigênio podem ser sinais auxiliares na detecção de obstrução do tubo. Portanto, é necessário que o anestesista esteja atento a todos sinais clínicos e de alteração da ventilação mecânica para uma rápida identificação de uma obstrução em TET e realização da troca do mesmo com segurança. **REFERÊNCIA:** Szekely SM, Webb RX, Williamsom JA, Russel WJ. The Australian Incident Monitoring Study. Problems related to the Endotracheal tube: an analysis of 2000 incident reports. *Anaesth Intensive Care.* 1993;21: 611-616

PARADA CARDIO-RESPIRATÓRIA APÓS RAQUIANESTESIA EM PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA ORTOPÉDICO

AUTORES:

Gabriel Azevedo Terra Cunha*, Vanessa Maria Barone Moraes, Hugo Camara Tinoco de Siqueira, Robson Fascina, Elizabeth Vaz da Silva, Ismar Lima Cavalcanti.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal Fluminense - Hospital Universitário Antônio Pedro.

INTRODUÇÃO: A incidência de parada cardio-respiratória (PCR) e óbito em anestesia é rara. Define-se como um evento ocorrido do momento pré-anestésico à alta da SRPA ou até 24h após o procedimento¹. As manobras de reanimação incluem necessariamente o tratamento da causa da PCR, sem o qual a reanimação não terá êxito. **RELATO DO CASO:** Masculino, 46 anos, IMC de 37, 55kg. m-2, hipertenso em uso irregular de nifedipina, vítima de trauma com fratura de acetábulo esquerdo. Admitido para cirurgia de correção da fratura 10 dias após o trauma. Manteve-se acamado sem profilaxia para trombose venosa profunda (TVP) e em uso de dipirona para controle da dor. Planejada anestesia combinada (raquianestesia lombar + geral). Monitorização: cardioscopia, oximetria de pulso e pressão arterial não invasiva. O paciente foi colocado em decúbito lateral direito (DLD) e realizada raquianestesia (20mg de bupivacaína isobárica + 100mcg de morfina + 30mcg de clonidina). Nível sensitivo T8 após 10 minutos de bloqueio, ainda em DLD. Foi colocado em decúbito dorsal para indução de anestesia geral, quando apresentou dessaturação à oximetria de pulso e hipotensão arterial refratários à oxigenoterapia e ao uso de vasopressores. Apresentou bradicardia, queda do nível de consciência e PCR em atividade elétrica sem pulso. Realizadas manobras de reanimação cardiopulmonar e, como a embolia foi a principal hipótese diagnóstica, foi administrado Streptoquinase, como agente trombolítico. Retornou à circulação espontânea após a administração do trombolítico (após 20 minutos do início da PCR). Apresentou nova PCR em assistolia e o óbito foi declarado após 90 minutos. **DISCUSSÃO:** Sabe-se que incidência de PCR relacionada exclusivamente à anestesia vem diminuindo principalmente com a disseminação de novos monitores e educação continuada relacionada à segurança¹. Trombose Venosa Profunda é a causa mais comum de morte evitável em pacientes cirúrgicos. Vítimas de trauma, principalmente os ortopédicos de quadril, fêmur e joelho e àqueles acamados devem receber uma atenção especial para o alto risco de TVP e consequente embolia pulmonar, que pode ser fatal em alguns casos². Desta forma, medidas profiláticas podem diminuir estas estatísticas. **REFERÊNCIA:** 1- Chan RP, Auler Junior JO. Estudo Retrospectivo da Incidência de Óbitos Anestésico-Cirúrgicos nas Primeiras 24 Horas. Revisão de 82. 641 Anestésias. Rev Bras Anesthesiol. 2002; 52: 6: 719-27. 2- Guyatt GH, Akl EA, Crowther M et al. Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012;141: 7S-47S.

PARADA CARDIORESPIRATÓRIA EM RAQUIANESTESIA

AUTORES:

Rafael Moura Rezende de Oliveira, Marcelo Grisólia Gonçalves, Carlos Darcy Alves Bersot, Ana Laura Barros Laurêdo, Ana Carolina Teixeira da Silva Fontes, Bernardo Alvarez Rivello.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Federal da Lagoa.

INTRODUÇÃO: Reconhecer e abordar as particularidades da parada cardiorespiratória em raquianestesia. **MATERIAIS E MÉTODO:** Paciente do sexo masculino, 55 anos, tabagista, obesidade grau I submetido à prostatectomia suprapúbica. Após avaliação pré anestésica e assinatura do termo de consentimento informado, optou-se por raquianestesia. O paciente foi monitorizado com cardioscópio, PNI, oxímetro de pulso. Realizado venoclise MSE J18, máscara de Hudson 5l/min, sedação com midazolam 2 mg e fentanil 50 mcg EV, após ser submetido a raquianestesia com bupivacaína 0, 5% hiperbárica 15 mg mais fentanil 25 mcg IT, o paciente apresentou uma bradicardia severa não responsiva à atropina evoluindo com parada cardiorrespiratória em assistolia. Iniciado prontamente manobras de reanimação cardiopulmonar associado a adrenalina 1 mg EV por 30 segundos com retorno do ritmo para taquicardia sinusal. A cirurgia foi suspensa e o paciente encaminhado para o CTI para vigilância por 24 horas. Eletrocardiograma sem alterações isquêmicas e marcadores de necrose miocárdico negativos. Alta hospitalar sem déficit neurológico focal em 48 horas com remarcação da cirurgia de acordo com a equipe cirúrgica. **DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:** A raquianestesia é uma técnica anestésica de fundamental importância na prática da anestesiologia, e isso se deve ao elevado índice de sucesso, previsibilidade e satisfação por parte dos pacientes, além do baixo índice de complicações. Porém, não é isenta de eventos adversos e a parada cardiorrespiratória é uma das suas maiores complicações. O reconhecimento deste evento, assim como sua incidência, etiologia, fatores predisponentes, formas de prevenção e o tratamento correto de forma precoce são de suma importância para o anestesiológico. **REFERÊNCIA:** 1) Pollard JB. Cardiac arrest during spinal anesthesia: common mechanisms and strategies for prevention. Anesth Analg. 2001;92: 252-6. 2) Carpenter RL, Caplan RA, Brown DL et al. - Incidence and risk factors for side effects of spinal anesthesia. Anesthesiology, 1992;76: 906-916. 3) Limongi JAG, Lins RSM - Parada Cardiorespiratória em Raquianestesia. Rev Bras Anesthesiol 2011;61(1): 110-120.

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM CESARIANA

AUTORES:

Gabriel Spat Carlesso, Lúcia Prevedello Carvo, Florentino Fernandes Mendes, Helena Rodrigues de Barros, Vasco Miranda Júnior, Fernando Rudem Brasil*.

INSTITUIÇÃO:

UFCSPA - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

INTRODUÇÃO: Colapso materno é evento incomum, porém ameaça de modo iminente a vida da gestante e de seu conceito. Envolve diferentes etiologias e exige intervenção médica imediata. **RELATO DO CASO:** HSS, 39 anos, negra, 100 kg, 161 cm, G5-P0-C3-A1, IG 37s + 4d por DUM, submetida à cesariana eletiva devido 3 cesarianas prévias. HAS e DM2. Nega alergias medicamentosas e cesárias prévias sem intercorrências. Utilizava propranolol, enalapril, hidrocortizida e glibenclamida. Jejum de oito horas. Exame físico sem anormalidades significativas. Foi monitorizada com cardioscopia, oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva a cada três minutos e diurese (cateterização vesical após o bloqueio espinhal). Optou-se pela realização de um BSA, sentada, em L3-L4 com 13mg de bupivacaína hiperbárica e 0,08mg de morfina. A punção lombar e a instalação do bloqueio transcórreeram normalmente e sem alterações cardiovasculares significativas. A cirurgia transcórreu sem intercorrências até o nascimento do neonato, com 3.450 g e em boas condições. Logo após o nascimento do conceito iniciou-se a infusão de 10U ocitocina. Ao término da histerorrafia e cerca de dez minutos após o nascimento do conceito, a paciente levantou o tronco e o MSE da maca. A paciente apresentava uma frequência cardíaca de 82 bpm, saturação periférica de oxigênio de 99%, sendo a última pressão arterial aferida, 90s antes, de 115 x 75 mmHg. Aproximadamente 10s após o início da sintomatologia a paciente desenvolveu bradicardia súbita e progressiva que não respondeu à administração de 1 mg de atropina e 10 mg de efedrina. Apenas alguns instantes depois, esta bradicardia evoluiu para uma parada cardíaca em assistolia. Iniciou-se massagem cardíaca externa e ventilação com oxigênio a 100%. 1mg de adrenalina foi administrada a cada 3min enquanto se mantinham as medidas para suporte básico da vida, foi realizada intubação traqueal. Após cerca de 8 minutos do início das manobras de reanimação, a paciente desenvolveu uma FV. Neste momento, foi realizada a desfibrilação com 360 J. Esta manobra foi bem-sucedida, sobrevivendo o ritmo sinusal com pulso periférico amplo e frequência cardíaca de 120 bpm. Logo após a restauração da circulação espontânea foram puncionadas uma PAM na artéria radial esquerda e um acesso venoso central. A parturiente foi encaminhada para UTI estável hemodinamicamente. Paciente apresentou boa evolução com alta da UTI em 3 dias e hospitalar em 6 dias. **DISCUSSÃO:** É indispensável que o anestesista domine as intervenções necessárias durante este evento, tais como: reanimação cardiopulmonar na grávida, e cuidados pós-parada cardíaca. Acreditamos que no caso apresentado o diagnóstico precoce da PCR e o início imediato das manobras de ressuscitação na gestante foram fundamentais para o desfecho favorável do caso. **REFERÊNCIA:** Martins CR. Anestesia para operação. In: Cangiani LM, Slullitel A, Potério GMB et al. Tratado de anesthesiologia SAESP. 7. ed. São Paulo, Atheneu, 2011;2305-2324.

PERDA DA ACUIDADE VISUAL PÓS CIRURGIA DE COLUNA CERVICAL. RELATO DE CASO

AUTORES:

Alyne Andrade Lima, Stephanie Chagas Feitosa, Carlos Umberto Pereira, Liani Patrícia Andrade Santos, Ana Cristina Lima Santos, José Anísio Santos Júnior.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal de Sergipe.

INTRODUÇÃO: A perda da acuidade visual é uma complicação rara pós-cirúrgica da coluna vertebral. Sua incidência varia entre 0,028% e 0,2% dos procedimentos cirúrgicos da coluna vertebral, mais comum em cirurgias em decúbito ventral. Sua etiopatogenia é incerta, porém tem sido relacionada com isquemia do nervo óptico, oclusão de artéria central da retina e lesão ocular externa. A isquemia do nervo óptico é a principal causa, podendo acometer a região anterior ou posterior do nervo e ocorre por hipotensão arterial ou compressão do verno durante o ato cirúrgico. Fatores de risco relacionados ao paciente são idade avançada, presença de aterosclerose, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, glaucoma, insuficiência renal, doenças do colágeno, policitemia e insuficiência vascular. Relacionados ao procedimento cirúrgico temos a extensão do tempo cirúrgico, hipotensão arterial, grandes perdas sanguíneas, anemia e/ou reposição volêmica inadequada durante a cirurgia. **RELATO DO CASO:** JMS, 68 anos, feminino, com queixa de dor cervical unilateral e monoradicular no trajeto de C6 há três meses. Exame de RM de coluna cervical evidenciou hérnia discal extrusa no espaço C6-C7 à direita. Foi submetida à cirurgia sob anestesia geral, em decúbito ventral para exérese da hérnia discal. Houve perda sanguínea no ato cirúrgico de 600 mL, sendo repostos durante o procedimento cerca de 300 mL. A duração do procedimento foi de 185 minutos. No pós-operatório imediato apresentou perda da acuidade visual bilateral. Ao exame físico não havia sinais de compressão externa dos globos oculares. Exame de fundoscopia não revelou alterações significativas. No terceiro dia de pós-operatório começou a apresentar recuperação parcial da acuidade visual, com melhora total no décimo sexto dia. **DISCUSSÃO:** Neste caso apresentado, a etiologia provável foi a presença de decúbito ventral prolongado, bem como perda transitória sanguínea. É importante que toda a equipe, que engloba cirurgiões e anestesiológicos, estejam atentos às possíveis complicações do procedimento, trabalhando nos fatores modificáveis. A profilaxia baseia-se no correto posicionamento do paciente na mesa operatória, hidratação normovolêmica, evitar perda sanguínea abundante no procedimento cirúrgico e redução do tempo cirúrgico. **REFERÊNCIA:** Baig MN, Lubow M, Immesoete P et al. Vision loss after spine surgery: review of the literature and recommendations. Neurosurg Focus. 2007; 23: 15-17. Abraham M, Sakhuja N, Sinha S. Unilateral visual loss after cervical spine surgery. J Neurosurg Anesthesiol. 2003; 15: 319-22.

PESQUISA DE CORPOS ESTRANHOS RETIDOS EM FILTROS DE PARTÍCULAS DE EQUIPOS DE SOROS UTILIZADOS EM PACIENTES SUBMETIDOS A ANESTESIAS AMBULATORIAIS

AUTORES:

Fábio Mendes Azarias, Daniel de Carli, Victor Torres Pacheco, José Fernando Amaral Meletti, Reinaldo Vargas Bastos de Miranda, Rafael Mendes Corrêa Campos*.

INSTITUIÇÃO:

Centro de ensino e treinamento da disciplina de Anestesiologia da Faculdade de Medicina de Jundiá.

INTRODUÇÃO: Equipos de soro estão entre os materiais hospitalares mais utilizados e, alguns, ainda são comercializados sem a presença de filtro retentor de partículas em seu trajeto. Dentre as complicações que podem ser relacionadas ao uso destes equipamentos destacamos a contaminação por corpos estranhos. A perfuração com agulhas das rolhas de injetores de equipos de soro, de frascos de soro, ou de medicações, pode desprender um pedaço pequeno de fragmento que, ao atingir a circulação, pode causar flebites, manifestações pulmonares (TEP), lesões granulomatosas em intestinos e rins, cirrose hepática nodular, indução da resposta imune, lesões cerebrais obstrutivas e sepse. O presente trabalho objetiva avaliar a prevalência de corpos estranhos retidos em filtros de partículas presentes nos equipos de infusão parenteral de pacientes submetidos a cirurgias ambulatoriais e avaliar a importância deste equipamento na prevenção da inoculação de corpos estranhos nos pacientes. **MÉTODO:** Através de um estudo observacional descritivo, foram pesquisados com lente de aumento de dez vezes 164 filtros de partículas de câmaras gotejadoras de equipos de soro, descartados após a interrupção do acesso venoso no pós-operatório de procedimentos cirúrgicos, realizados sob anestesia em regime ambulatorial em Hospital Público Universitário. Para cada equipo foram registrados o tipo e a duração da cirurgia, a quantidade de frascos de soro, de ampolas e de frascos de medicamentos utilizados. Assim que identificados, os corpos estranhos foram fotografados e investigados com o intuito de esclarecer a sua origem. A análise estatística dos resultados foi realizada pelo teste T de Student. **RESULTADO:** Em 11 das 164 câmaras (6, 71%) foram encontrados 17 corpos estranhos ($p=0,04$), sendo sete de vidro (41, 18%), quatro de linha (23, 53%), três de borracha (17, 65%) e três sem identificação da origem (17, 65%). Nas cirurgias em que se identificaram corpos estranhos o tempo médio de cirurgia foi de 90, 91 minutos ($DP\pm 23, 11$), constatou-se a utilização média de 2, 91 ($DP\pm 0, 54$) frascos de soro e 11, 09 ($DP\pm 2, 91$) frascos ou ampolas de medicação. Nas 153 cirurgias em que não se constatou a presença de corpos estranhos prevaleceu um tempo médio de 52, 35 minutos ($DP\pm 22, 66$) ($p<0, 01$), utilizou-se uma média de 1, 84 ($DP\pm 0, 7$) frascos de soro ($p<0, 01$) e 7, 31 ($DP\pm 3, 17$) frascos ou ampolas de medicação ($p<0, 01$). **CONCLUSÃO:** Observou-se presença de corpos estranhos retidos nos filtros de partículas de 6, 71% dos equipos, sendo mais frequentes nas cirurgias com tempo cirúrgico aumentado e com a utilização de maior número de ampolas, frascos de medicamentos e frascos de soro. Concluímos que a utilização de equipos com filtros deve ser recomendada, com o objetivo de evitar a inoculação de corpos estranhos e suas complicações. **REFERÊNCIA:** 1. Zahir AF, C. hoy CY, Rushdan R. Glass particle contamination of parenteral preparations of intravenous drugs in anaesthetic practice. SAJAA 2008;14(3): 17-19.

PNEUMOENCÉFALO PÓS-INJEÇÃO INTRATECAL DE QUIMIOTERÁPICO – RELATO DE CASO

AUTORES:

Carlos Umberto Pereira, José Anísio Santos Júnior, Alyne Andrade Lima, Ana Cristina Lima Santos, Stephanie Chagas Feitosa.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal de Sergipe.

INTRODUÇÃO: A administração de quimioterápicos por via intratecal facilita o tratamento e a profilaxia dos tumores primários ou metastáticos do sistema nervoso central, da leucemia meníngea, da carcinomatose decorrente do câncer de mama, linfoma e rhabdomyosarcoma, já que grande parte dos quimioterápicos não atravessa a barreira hematoencefálica. A técnica da punção lombar exige que durante a introdução da agulha, retire-se o êmbolo da seringa utilizada, seja periodicamente ou logo após que a pele seja perfurada, para verificar o fluxo de LCR. Quando a agulha alcança o espaço subaracnóide, há possibilidade de a introdução de ar e 2 a 4 ml já são suficientes para causar pneumoencéfalo. **RELATO DO CASO:** criança com leucemia 3 anos masculino, com cefaleia, náuseas e vômitos, usou metotrexato via tecal, exacerbou a cefaleia. TC de crânio sem contraste apresentou pneumoencefalo em porção anterior do tronco cerebral e intraventricular, submetida a tratamento conservador com resolução do quadro de ar intracraniano. **DISCUSSÃO:** Pneumoencéfalo consiste em presença de ar na cavidade intracraniana, podendo localizar-se no espaço extradural, subdural, subaracnóideo e intraventricular. A injeção de ar no espaço subaracnoideo é uma causa iatrogênica de pneumoencéfalo. Os sintomas neurológicos decorrentes da presença de ar intracraniano dependem da localização, ao passo que a duração e severidade dos sintomas estão relacionados com a quantidade de ar no interior do crânio. O pneumocéfalo geralmente cursa com cefaleia, náuseas, vômitos ou alteração do estado de consciência e, raramente, crise convulsiva. A cefaleia decorrente de pneumoencéfalo é geralmente de início súbito, agravada por qualquer movimento e não tem alívio com o decúbito dorsal e há melhora gradual ao longo de 4-5 dias, a medida que o ar é reabsorvido, sem necessidade de tratamento específico. Quando grandes quantidades de ar persistem, podem cursar com síndrome da hipertensão intracraniana, necessitando de tratamento cirúrgico. A TC de crânio tem sido utilizada para diagnóstico, orientação de tratamento e prognóstico. O tratamento de pequenas coleções de ar é, geralmente, expectante, e com bons resultados. **REFERÊNCIA:** Lemos FA, Lima RAG, Mello DF. Assistência à criança e ao adolescente com câncer: a fase da quimioterapia intratecal. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2004;12(3): 485-493. Marec-Bérard P, Bissery A, Kebaili K, et al. A positioning pillow to improve lumbar puncture success rate in paediatric haematology-oncology patients: a randomized controlled trial. BMC Cancer. 2009;9: 21.

PREVALÊNCIA DE HIPOTERMIA NÃO INTENCIONAL EM HOSPITAL QUATERNÁRIO DA CIDADE DE SÃO PAULO

AUTORES:

Ligia Andrade da Silva Telles Mathias, Ricardo Caio Gracco de Bernardis, Thales Abreu Tedoldi, Eduardo Brigatto Sperling*, Daniel Dongju Ki, Aldemar Kimura Junior.

INSTITUIÇÃO:

Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

INTRODUÇÃO: Hipotermia é definida como temperatura corporal central menor que 36°C e ocorre frequentemente durante procedimento anestésico, devido à inibição do centro termorregulador, aumento da exposição corporal ao ambiente e diminuição do metabolismo e da produção de calor(1, 2). O método mais efetivo de manutenção da normotermia intra-operatória é a prevenção por meio de aquecimento ativo. A manta térmica é considerado o método mais efetivo para manter a temperatura do paciente.

OBJETIVO: O estudo avaliou a prevalência de hipotermia em hospital quaternário público da cidade de São Paulo em pacientes submetidos à anestesia geral com e sem manta térmica. **MÉTODO:** Após aprovação do Comitê de Ética da Instituição e obtenção do consentimento livre e esclarecido, foram avaliados 300 pacientes adultos a serem submetidos a cirurgias eletivas sob anestesia geral, com duração superior a 90 min, durante 30 dias. Os pacientes foram selecionados aleatoriamente quanto ao gênero, idade, índice de massa corpórea, estado físico, tipo de cirurgia, utilização ou não de manta térmica e temperatura na sala de operação (SO). A temperatura dos fluidos no intraoperatório (38°C) e a temperatura da manta térmica (43°C) foram padronizadas. Foi utilizado como método de aferição da temperatura o termômetro esofágico na SO. Foi considerada diferença estatística significativa quando $p < 0,05$. **RESULTADO:** O estudo mostrou os seguintes resultados: gênero (masculino 174/ feminino 126), idade (16-85 anos; média=49, 5 anos), índice de massa corpórea (13, 3 – 52, 1 kg. cm⁻²; média=25, 6 kg. cm⁻²), estado físico (ASA I 25%, II 46%, III 29%), tipo de cirurgias (cardíaca 5%, bucomaxilofacial 8%, plástica 6%, vascular 8%, tórax 8%, urologia 9%, neurologia 13%, geral 43%), tempo médio de cirurgia 258 min, uso de manta térmica (GCom 71% / 29% GSem) e temperatura média na SO (22°C). A variação da temperatura quando comparado os grupos com e sem manta térmica pode ser vista na tabela abaixo. Verificou-se diferença estatística significativa entre os grupos e em relação ao tempo (ANOVA – $p < 0,0001$). TEMPERATURA (°C) INDUÇÃO 30 min 60 min 90 min TEMP. FINAL S/ MANTA TÉRMICA 36, 27 36, 06 35, 90 35, 74 35, 63 C/ MANTA TÉRMICA 36, 26 36, 12 36, 03 36, 03 36, 34.

CONCLUSÃO: O estudo concluiu que a maior parte dos procedimentos cirúrgicos foi realizada com o uso de manta térmica (79%) e que prevalência de hipotermia em hospital quaternário público foi maior no grupo que não utilizou dispositivo de aquecimento ativo, iniciando-se após 60 minutos da indução da anestesia, com diminuição progressiva da temperatura até o final da anestesia. **REFERÊNCIA:** 1) Biazzotto CB, Brudniewski M, Schmidt AP, et al. Hipotermia no período peri-operatório. Rev Bras Anesthesiol. 2006; 56: 89-106. 2) Taguchi A, Kurz A. Thermal management of the patient: where does the patient lose and/or gain temperature? Curr Opin Anaesthesiol. 2005; 18: 632-9.

QUEBRA DO CATETER PERIDURAL NO ESPAÇO PERIDURAL – RELATO DE CASO

AUTORES:

Weber Rodrigues Trindade*, Antônio Fernando Carneiro, camila vilela de oliveira, Felipe Bufaiçal Rassi Carneiro, Paulo Cesar da Silveira Filho, Bruno Alves Rodrigues.

INSTITUIÇÃO:

CET Clínica de Anestesia de Goiânia, Rua 8A, 10/1200 Goiânia/GO 74115-090.

INTRODUÇÃO: O cateter peridural tem se tornado um importante componente do arsenal anestésico. Permite a realização de bloqueios cirúrgicos, analgesia de parto e pós-operatória, bem como alívio na dor de origem oncológica. As contraindicações para a cateterização são, em princípio, as mesmas para bloqueios de neuroeixo: infecção no local de punção, paciente com distúrbio de coagulação e aquele que recuse o procedimento. Entre as complicações podem ser citadas: abscesso, hematoma espinal, radiculopatia, nó e quebra do cateter. O objetivo desse relato é apresentar um caso de quebra do cateter peridural e sua retirada do espaço peridural. Relato de caso – Paciente feminina, 32 anos, 55kg, estado físico ASA I, cirurgia de lipoaspiração e abdominoplastia. Feita avaliação pré-anestésica com exame clínico e laboratorial normais. Nega antecedentes de trombofilia e/ou alterações no neuroeixo. Durante a avaliação optou-se pela anestesia peridural com o consentimento da paciente e acompanhante. Paciente recebeu medicação pré-anestésica(15mg de midazolam VO). No centro cirúrgico, foi monitorada com ECG, oximetria, PANI, venóclise com jelco 18 MSE. Após medicada com cefalotina 2g em soro fisiológico de 125ml, paciente foi sedada com midazolam(2mg). Consciente e responsiva, foi colocada em posição sentada, feita punção peridural em T8-T9(mediana com agulha 17g Tuohy) primeira tentativa, identificação do espaço, dose teste, injeção pela agulha de 10ml de ropivacaína 0, 5%, passagem do cateter deixando a marca 3 como referência. Ao deitá-la, injetou-se mais 15ml da mesma solução. Bloqueio atingiu nível T4 e não houve intercorrências anestésico-cirúrgicas. Ao término do procedimento, solicitou-se ao anesthesiologista a retirada do cateter. Em decúbito dorsal e leve lateralidade, com os membros inferiores em semiflexão, observou-se dificuldade na retirada do cateter. Ao ser removido, notou-se a falta de 5cm de seu comprimento total. Paciente foi encaminhada para o quarto e avaliada clinicamente no dia seguinte. Ela recebeu explicações sobre o fato e o encalçou com naturalidade. Foi explicado que inicialmente não havia indicação para a retirada do cateter. No retorno de 30 dias, programou-se uma tomografia de todos os segmentos da coluna torácica. No exame não se localizou o fragmento. Agendou-se uma ressonância para seguimento. **DISCUSSÃO:** Apesar de na grande maioria dos casos ocorrer quebra do cateter quando há grande resistência para retirá-lo, outros fatores de risco no momento da introdução puderam ser identificados. Defeitos de fabricação foram descritos no passado quando o equipamento foi introduzido na prática e, portanto, é prudente inspecionar o cateter e agulha à procura de defeitos antes da punção. **REFERÊNCIA:** Dounas M, Peillon P, Lebonhomme JJ et al. Difficulties in the removal and rupture of a peridural catheter. Ann Fr Anesth Reanim, 2002;21: 600-602. Hobaika ABS. Quebra de cateteres peridurais: etiologia, prevenção e conduta. Rev Bras Anesthesiol, 2008;58.

REAÇÃO ALÉRGICA À SOLUÇÃO DE GELATINA A 3, 5%. RELATO DE CASO

AUTORES:

Eduardo Mansur Etcheverry, José Abel de Almeida Neto, Diego Sousa Lucas Sampaio, Thiago Braga De-Cnop, Thadeu Carlos de Paula Mozella, Vanessa Silveira Barbosa.

INSTITUIÇÃO:

GET Hospital da Piedade.

OBJETIVOS: Demonstrar, através da experiência vivida, a fundamental importância do conhecimento por parte dos anesthesiologistas a cerca das substâncias infundidas no per operatório e as suas possíveis complicações. Relato de caso. Paciente S. C. F, sexo feminino, 34 anos, estado físico P1. Nega alergias, tabagismo, cirurgias prévias, comorbidades ou uso de medicamentos. IMC: 28, Mallampati I. Nenhum critério de VAD. Proposta cirúrgica: Wertheim-Meigs. Proposta anestésica: Anestesia Combinada Peridural e Geral balanceada. Punção peridural em espaço L2-L3, com e injeção de Ropivacaína 0, 5% 15ml e passagem de Cateter Peridural. A indução anestésica com Remifentanil em bomba infusora, Propofol, seguido de Vecurônio e Lidocaína, IOT sem intercorrências. Mantida em ventilação mecânica. Manutenção com Sevoflurane e Remifentanil. A paciente manteve-se estável por 3 horas e 20 minutos, quando apresentou hipotensão arterial que não respondeu ao aumento da infusão de cristalóide sendo então indicada a infusão de Hisocel® 3, 5% 500ml em acesso perférico. Aproximadamente 10min após início de infusão deste a paciente apresentou elevação da FC (80→110 bpm) e hipotensão (80x50→60x40mmhg), sendo realizado 15mg efedrina IV. Paciente apresentou exantema urticariforme importante em MSE no trajeto da veia do acesso. Suspendeu-se infusão de Hisocel®, pausada a BI de Remifentanil, e administração de Sevoflurano, e iniciada hidratação vigorosa com RL. Evoluiu com piora hemodinâmica: FC= 135bpm, PA= 50x30mmhg, dessaturação (89%), broncoespasmo bilateral e edema conjuntival e periorbitário. Realizou-se mais 15mg efedrina IV, hidrocortisona 1g IV, adrenalina 0, 2mg IV (sendo repetida por mais 3 vezes) e 4 puffs de Salbutamol pelo TOT. Devido à refratariedade do choque, optou-se por punção venosa profunda e infusão de noradrenalina em BI. Após 20min, com melhora progressiva do quadro, desmame de amina, ausculta normal e retorno dos sinais vitais à normalidade (FC= 90bpm, PA= 110x60mmhg, SO₂= 100%), e estabilidade ventilatória e hemodinâmica, a paciente foi extubada, permanecendo apenas exantema em MSE. Foi encaminhada ao CTI, estável. No dia seguinte obteve alta para a enfermaria. **DISCUSSÃO:** As gelatinas são derivados polipeptídeos polimerizados artificialmente (unidos por pontes de uréia). Os efeitos adversos mais importantes das gelatinas são as reações anafiláticas e anafilactóides (incidência de 0, 006% a 30%) e, entre os colóides, estas apresentam maior potencial de reações alérgicas graves. Entretanto, a maior parte das reações é de grau leve caracterizada principalmente por sinais exantemáticos urticariformes, infelizmente no nosso caso tivemos um grau de choque grave com repercussão hemodinâmica e choque circulatório necessitando de aminas vasopressoras. **REFERÊNCIA:** Rodrigues Jr GR - Complicações Causadas Pelo Uso de Expansores. Plasmáticos Sintéticos, em: Auler JrJOC-Atualização em Anestesiologia, Volume VII, 2002, SãoPaulo, Office, 2002;101-110.

REAÇÃO ALÉRGICA AO AZUL PATENTE EM QUADRANTECTOMIA COM BIÓPSIA DE LINFONODO SENTINELA. RELATO DE CASO

AUTORES:

Anny Caroline Porto Chagas*, Bianca Souza Leal, Lucas Jorge Santana de Castro Alves, Onofre Eduardo Carvalho de Oliveira, Antonio Herlandson Freire da Cunha, Rosanne Pedreira Xavier.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Santo Antônio.

INTRODUÇÃO: O azul patente é um corante comumente usado em mastologia para identificação do linfonodo sentinela. Os primeiros relatos de anafilaxia com essa substância foram descritos em 1966, sendo sua incidência média de 1, 8%. **RELATO DE CASO:** Paciente do gênero feminino, 45 anos, ASA II, portadora de HAS e antecedente de AVC há 15 anos. Nega antecedentes de alergia. Exames pré-operatórios sem alterações. Portadora de carcinoma ductal invasivo em mama esquerda, sendo indicada quadrantectomia com biópsia de linfonodo sentinela. Realizada monitorização com cardioscopia, oximetria de pulso, capnografia e pressão arterial não invasiva. Após falha da anestesia peridural torácica, realizada pré-oxigenação e indução venosa com: alfentanil; atracúrio; lidocaína e propofol. Manutenção da anestesia com sevoflurano. Após 20 minutos da injeção de azul patente em mama esquerda, observou-se rash cutâneo com máculas e pápulas de tom azulado e halo hiperêmico em tórax, região inguinal, membros superiores e face. Não houve alteração na oximetria de pulso ou nos parâmetros ventilatórios, entretanto foi observada discreta elevação da frequência cardíaca e redução da pressão arterial. Foram instituídas medidas de suporte como hidratação venosa, epinefrina, corticoesteróides e anti-histamínicos. Após o fim do procedimento cirúrgico, constatada a estabilidade hemodinâmica e regressão do rash cutâneo, a paciente foi extubada e encaminhada à unidade de terapia semi-intensiva. **DISCUSSÃO:** As reações ao azul patente podem ser classificadas como grau 1, caracterizada por urticária, prurido, máculas azuis e/ou rash generalizado, sendo descritas em 69-87% dos casos; nas reações de grau 2, presentes em 3, 2-8% dos casos, as alterações são mais graves, apresentando hipotensão transitória (PAM < 70mmHg), sem necessidade de drogas vasoativas, sendo estas as alterações compatíveis com o presente relato. Enquanto as reações grau 3 são mais raras (1, 1% dos casos) e necessitam de suporte com vasopressores. **REFERÊNCIA:** 1-Del Massa EC, Grion LFC, Ghaname NS. Reação alérgica ao azul patente. Sao Paulo Med J. 2005;123(Suppl): 53. 2-Lanitis S, Filippakis G, Sidhu V et al. Atypical anaphylactic reaction to Patent Blue during sentinel lymph node biopsy for breast cancer. Ann R Coll Surg Engl 2008; 90: 338-339.

REAÇÃO ALÉRGICA AO LÁTEX: RELATO DE CASO

AUTORES:

Mirella Tavares de Carvalho*, Jane Auxiliadora Amorim, Adriano Bueno Sá, Ana Karla Arraes Von Sohsten, Otávio Damázio Filho, Fernanda Lobo Flores.

INSTITUIÇÃO:

Centro de Ensino e Treinamento em Anestesiologia dos Hospitais da Restauração, Getúlio Vargas e Universitário Osvaldo Cruz.

INTRODUÇÃO: O látex tem sido citado como o agente causador de 16, 6% dos casos de reações alérgicas em geral. Em profissionais de saúde, sobretudo aqueles que usam luvas de borracha regularmente e são atópicos, a prevalência de alergia é de aproximadamente 24%. O objetivo deste relato é apresentar um caso de reação alérgica ao látex no intraoperatório em paciente profissional de saúde, visando alertar os anestesiológicos quanto à importância de identificar os grupos de risco para alergia ao látex antecipadamente na avaliação pré-anestésica. **RELATO DO CASO:** Mulher, 53 anos, ASA I, auxiliar de enfermagem, com diagnóstico de apendicite aguda. Na avaliação pré-anestésica relatou antecedentes cirúrgicos sem intercorrências, negou alergia medicamentosa e doenças associadas e o exame físico era normal. Na SO foi monitorizada com pressão arterial não invasiva, oximetria de pulso, cardioscopia e sonda vesical de demora (SVD). Optou-se pela raquianestesia, com 20mg de bupivacaína hiperbárica e 80mcg de morfina. Após 40 minutos do início da cirurgia, a paciente apresentou broncoespasmo, cianose, SatO₂54%, e pressão arterial 50x30mmHg. Imediatamente foram administrados etilefrina 10mg, adrenalina 0, 5mg, 500mg de hidrocortisona e infusão de cristalóide. A ventilação sob máscara mostrou-se inadequada procedendo-se intubação orotraqueal após administração de 100mcg de fentanil, 15mg de etomidato e 80mg de succinilcolina. A anestesia geral foi mantida com sevoflurano e rocurônio 40mg para bloqueio neuromuscular. Ao final da cirurgia a paciente foi encaminhada para unidade de terapia intensiva em ventilação mecânica, SatO₂ de 99%, pulso de 110bpm, e pressão de 92/48mmHg. Com a melhora do quadro clínico, foi extubada após 6 horas, acordada, responsiva ao contato verbal, hemodinamicamente estável, ausculta pulmonar normal, SatO₂ de 99% e foi retirada a SVD. No pós-operatório, a coleta de história clínica detalhada revelou que a paciente tinha história de alergia a frutas(uva e morango), asma intermitente moderada e manifestações cutâneas e respiratórias após contato com luvas no ambiente de trabalho. Foi aventada a hipótese de alergia ao látex confirmada quatro semanas após o episódio com a dosagem de IgE específica ao látex = 7, 55KU/L. **DISCUSSÃO:** O látex é a segunda maior causa de anafilaxia intraoperatória. O anestesiológico pode deparar-se com reações de gravidade variável que, se não forem previstas, podem ser catastróficas. Desta forma, é importante que na avaliação pré-anestésica seja abordado este tema de forma clara e que sejam identificados os grupos de risco, a fim de auxiliar o anestesiológico a diagnosticar precocemente e tratar adequadamente reações adversas que podem definir o prognóstico do paciente. **REFERÊNCIA:** 1. Med Clin North Am, 2010;94: 761-789. 2. Holzman RS, Katz JD; "Occupational latex allergy: the end of theinnocence"; Anesthesiology; 1998;89: 287-289.

REAÇÃO ALÉRGICA AO SUGAMADEX EM CIRURGIA PARA CORREÇÃO DE PROGNATISMO. RELATO DE CASO

AUTORES:

Raphael Brandão Barros*, Eliomar Santana Trindade, Fabrício Gil Teixeira das Neves, Onofre Eduardo Carvalho de Oliveira, Paulo Sérgio Santana dos Santos, Elias Santana Santos Queiroz.

INSTITUIÇÃO:

CET - Associação Obras Sociais Irmã Dulce - Hospital Santo Antônio, Salvador - BA.

INTRODUÇÃO: Sugamadex é uma gama ciclodextrina modificada que age como um Agente de Ligação Seletivo dos Relaxantes. No plasma, forma um complexo com os agentes bloqueadores neuromusculares (BNM) rocurônio ou vecurônio, o que reduz a quantidade de agente bloqueador neuromuscular disponível para se ligar aos receptores nicotínicos da junção neuromuscular. Isto resulta na reversão do bloqueio neuromuscular induzido pelos citados BNM. A incidência de hipersensibilidade ou reação alérgica ainda é desconhecida.

RELATO DO CASO: Paciente do gênero feminino, 32 anos, ASA I. Programação cirúrgica de osteoplastia para prognatismo, osteotomias segmentares, osteoplastia de mandíbula e osteoplastia tipo Lefort I. Realizada monitorização com cardioscopia, oximetria de pulso, capnografia e pressão arterial não-invasiva; utilizado botas pneumáticas em membros inferiores e manta térmica. Realizada pré-oxigenação e indução venosa com: sulfentanil, propofol e rocurônio. Manutenção venosa da anestesia com: propofol dose alvo controlada entre 2 a 2, 5 mg. dl-1 e remifentanil em bomba de infusão com dose entre 0. 15 a 0. 2 mcg. kg-1. min-1. A equipe cirúrgica realizou bloqueios dos nervos infraorbitário e alveolar inferior com bupivacaína a 0. 5% com vasoconstrictor. Após 6 horas de cirurgia os cirurgiões solicitaram relaxamento muscular para o bloqueio da maxila à mandíbula, foi administrado rocurônio 20 mg, 25 minutos depois a cirurgia foi concluída e foram interrompidos os fármacos de manutenção venosas. O despertar da paciente ocorreu 8 minutos após a administração de 200 mg de Sugamadex sendo a mesma extubada sem intercorrências. Decorridos 5 minutos após a administração do sugamadex observou-se rash máculo papular em região de face, tórax, abdômen, membros superiores e inferiores, associado a edema bipalpebral. Não houve observação de alterações na oximetria de pulso ou nos parâmetros ventilatórios, entretanto foi observado elevação da frequência cardíaca. Foram instituídas medidas de suporte como hidratação venosa, corticoesteróide e anti-histamínico. Em 10 minutos foi observada a regressão do rash cutâneo e do edema bipalpebral e a paciente foi encaminhada à unidade de terapia intensiva. **DISCUSSÃO:** As reações alérgicas e as reações de hipersensibilidade ao Sugamadex ainda estão indefinidas e faltam dados estatísticos. A FDA ainda não liberou o seu uso justamente pela falta de estudos referentes à hipersensibilidade e distúrbios de coagulação. Nesse caso relatado foi observado reação do tipo 1 e não houve instabilidade hemodinâmica, apenas aumento de frequência cardíaca. **REFERÊNCIA:** 1 - Rodrigues RB, Lima IF, Silva JB. SUGAMADEX – Novos horizontes para a reversão do bloqueio neuromuscular. Rev Med Minas Gerais 2011; 21(2 Supl 3): S63-S71. 2 - Mathias LAST, Silva MP. Reanimação em situações especiais I: Anafilaxia peroperatória. In: Martins MP, Duarte NMC, Pires OC. Suporte Avançado de Vida em Anestesia. Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Rio de Janeiro, 2011.

REAÇÃO ANAFILÁTICA OU SÍNDROME DO HOMEM VERMELHO APÓS ADMINISTRAÇÃO DE VANCOMICINA. RELATO DE CASO

AUTORES:

Felipe Simões C. Francis Chehuan*, Antônio Maurício Costa Filho, Marcos Lopes de Miranda, Carlos Darcy Alves Bersot.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Federal da Lagoa.

INTRODUÇÃO: A administração de vancomicina pode levar a duas reações imunes: anafilática ou anafilatóide. A morbimortalidade dessas reações é elevada se a mesma não é rapidamente diagnosticada e tratada com adrenalina, sendo assim o objetivo deste relato de caso é demonstrar a importância deste manejo precoce na reação imune a vancomicina. **RELATO DE CASO:** Paciente masculino de 20 anos foi submetido à anestesia geral balanceada para drenagem de coleção extradural. No intraoperatório, ao se constatar que a coleção se tratava de abscesso epidural foi solicitada a administração de 2 g de vancomicina. Cerca de 40 minutos após o início da infusão o paciente apresentou taquicardia e hipotensão (40x24 mmHg) acompanhada de angioedema e eritema principalmente em tronco e membros. A infusão foi prontamente interrompida e iniciada hidratação vigorosa e adrenalina IV. A terapêutica demonstrou-se rapidamente eficaz e, ao final da cirurgia, o paciente foi extubado e encaminhado aos cuidados pós-operatórios estável hemodinamicamente e sem queixas. **CONCLUSÃO:** As reações anafilática e anafilatóide (síndrome do homem vermelho) apresentam diferentes fisiopatologias, todavia no episódio agudo ambas demandam um rápido diagnóstico e o mesmo tratamento, baseado na rápida administração de adrenalina, afim de reduzir a morbimortalidade do evento. **REFERÊNCIA:** Anesth Analg November 2003 vol. 97 no. 5 1381-1395, Crit Care. 2003; 7(2): 119-120.

REAÇÃO HEMOLÍTICA TRANSFUSIONAL DURANTE AMPUTAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR. RELATO DE CASO

AUTORES:

Bruno Mendes Carmona, João Hermínio Pessoa dos Santos, Clauber Claudino Alves Almeida, Lutti Paes de Souza, Paulo Roberto Vieira Guedes.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Ophir Loyola.

INTRODUÇÃO: As reações transfusionais não são frequentes, porém podem ser letais. A maioria dos casos ocorrem devido transfusão de sangue incompatível. É importante que todos os profissionais envolvidos na prescrição e administração de hemoderivados estejam capacitados a prontamente identificar e utilizar estratégias para resolução de possíveis complicações. **RELATO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 44 anos, 62 kg, 160 cm, estado físico ASA II, portadora de osteossarcoma em tibia esquerda e anemia (Hb 9, 0 mg/dL), submetida a cirurgia de amputação de membro inferior esquerdo ao nível do joelho. Realizado venóclise com cateter 18 G, monitorização obrigatória e sedação com midazolam 2 mg e fentanil 50 µg. A anestesia foi raquidiana por via mediana em L3-L4, com agulha de Quincke 25 G e injeção de bupivacaína hiperbárica 0, 5% 20 mg e morfina 100 µg. Após retirada da peça cirúrgica, paciente encontrava-se hemodinamicamente estável e recebeu uma unidade de concentrado de hemácias pobre em leucócitos. Durante a hemotransfusão a paciente evoluiu com hipotensão arterial subta, controlada com efedrina 10 mg em bolus (total de 30 mg). Não houve outras intercorrências até o término do procedimento. Ao final do procedimento cirúrgico, a paciente foi encaminhada à sala de recuperação pós anestésica, onde permaneceu assintomática. Entretanto, foi observada urina de coloração avermelhada. Após revisão do prontuário constatou-se a administração de sangue incompatível no intra-operatório: hemoderivado infundido com tipagem B+, enquanto a tipagem da paciente era A+. A paciente foi encaminhada para UTI, recebendo alta para enfermaria após 48 h. **DISCUSSÃO:** A reação transfusional é definida como qualquer sinal ou sintoma que ocorra no início, durante ou até 24 horas após uma transfusão, sendo classificada como aguda ou tardia, imune ou não. Dentre as reações agudas, destaca-se as: hemolítica, não hemolítica febril, urticariforme, anafilática e TRALI (lesão pulmonar aguda induzida por transfusão). As reações hemolíticas ocorrem quando o tipo sanguíneo errado é administrado a um paciente. Em um paciente sob anestesia, as reações podem ser mascaradas, no entanto a alteração na coloração da urina pode ser o primeiro sinal de hemólise, além da presença de hipertermia, níveis aumentados de pressão das vias aéreas, mudança aguda na produção ou na cor da urina, urticaria, hipotensão e taquicardia. **REFERÊNCIA:** 01) Patwardhan KM, Nirkhi AM, Upasani CB. Management of mismatched blood transfusion – a case report. The internet journal of anesthesiology. 2010;22-2. 02) Miller RD. Hemoterapia. In: Miller RD, Jr. MCP, editors. Bases da Anestesia. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. p. 348-55.

RELATO DE CASO – REAÇÃO ANAFILÁTICA/ ANAFILACTOIDE (RAA) GRAU III DURANTE INDUÇÃO DE ANESTESIA GERAL PARA REALIZAÇÃO DE ARTRODESE DE COLUNA LOMBO SACRA COM POSTERIOR REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO

AUTORES:

Daniel Werneck Rocha Pessoa, Marcelo Vaz Nunes, Rafael Coelho Tiburcio*, Núbia Campos Faria Isoni, Cláudia Helena Ribeiro da Silva, Thaísa Belligoli Senra.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Santa Casa de Belo Horizonte (MG).

INTRODUÇÃO: A incidência de relatos de RAA durante o ato anestésico-cirúrgico vem aumentando. No entanto, o mais dramático é a incidência de óbitos que varia de 3-9% dos pacientes com choque anafilático. Quanto mais precoce o diagnóstico e início do tratamento maior a chance de recuperação do paciente. **CASO CLÍNICO:** Paciente 67 anos, 70 kg, 1, 67m, portadora de hérnia de disco em região lombo sacral, admitida para realização de artrodese em L4, L5 e S1. Paciente hipertensa e hipotireoideia em uso de Indapamida e Levotiroxina. Nega alergias prévias. Passado de quatro cirurgias com bloqueio de neuroeixo sem intercorrências. Puncionado acesso periférico em membro superior esquerdo jelco 20 e monitorização com oxímetro, PNI e ECG. Realizado 2mg de Midazolam e iniciado Remifentanil a 0, 1 mg/kg/h (colocado 10 mg de Cetamina na solução de Remifentanil). Diluído no SF0, 9% 500 ml estava 2g de Cefazolina, 0, 150mg de Clonidina e 2500mg de Ácido Tranexânico. Indução com Remifentanil, Lidocaína, Propofol e Cisatracúrio. Evoluiu com dificuldade de ventilação sob máscara associado a queda dos níveis pressóricos (PAM inicial de 90 mmHg para 50 mmHg após indução). Realizado IOT com ausculta abolida à direita e sibilos discretos em hemitórax esquerdo. PAM após IOT de 43 mmHg. Feito 10 mg de Efedrina com nova PAM de 33 mmHg. Feito mais 10mg de Efedrina com PAM de 34mmHg. Observado rash cutâneo em membro superior esquerdo e abdômen. Retirado SF0, 9% e substituído por Ringer Lactato e puncionado PIA e AVC simultaneamente a bolus de 0, 100mg de Epinefrina em um total de 0, 300mg e 2, 5 L de Ringer Lactato. Transferida para o CTI intubada, estável hemodinamicamente sendo extubada posteriormente sem intercorrências. Retornou no dia 09/08/13 para realização do procedimento com relatório do Alergologista. Teste para Lidocaína e Latex negativos. Não fez teste para as outras medicações. Realizado indução com Remifentanil, Etomidato e Lidocaína. Manutenção com Sevoflurano e Remifentanil, além de Clindamicina e ondansetrona. Analgesia com Dipirona e Nalbufina. Levada ao CTI com posterior alta para enfermaria, seguido de alta hospitalar com novo relatório e uma carta de informação. **DISCUSSÃO:** O diagnóstico das RAA durante o ato anestésico é mais difícil quando comparado a situações mais comuns, porque na maioria das vezes os pacientes já se encontram intubados. Assim não há sintomas clássicos como dispneia, prurido, etc. No momento da indução são utilizados vários fármacos num curto espaço de tempo o que aumenta a chance de RAA e dificulta elucidar a etiologia. Outro fato é que muitos fármacos produzem alterações cardiovasculares e/ou respiratórias que podem agravar o quadro da RAA e confundir o anesthesiologista, o que dificulta o diagnóstico. **REFERÊNCIA:** 1- Mertes PM, Laxenaire MC. Allergy and anaphylaxis in anesthesia. *Minerva Anesthesiol.* 2004;70: 28591. 2- Reducing the risk of anaphylaxis during anaesthesia. *Abbreviated text. Ann Fr Anesth Reanim.* 2002;21 Suppl 1: 7s-23s.

RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO EM PACIENTE UTILIZANDO LIRAGLUTIDA

AUTORES:

Carlos Eduardo Ferraresi de Andrade, Diego Marcelo May, Álvaro Antônio Guaratini.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Israelita Albert Einstein.

INTRODUÇÃO: A liraglutida é um fármaco bastante novo, aprovado pelo FDA em 2010 para o tratamento do diabetes mellitus tipo 2 em adultos. Este fármaco é um análogo das incretinas que são hormônios peptídicos secretados no intestino que aumentam a secreção de insulina em resposta à alimentação. As incretinas são metabolizadas pela enzima dipeptidil peptidase (DPP4) porém a liraglutida por ser resistente a clivagem pelo DPP4 consegue agir favoravelmente no controle glicêmico por tempo prolongado. Um dos efeitos colaterais com o seu uso é uma perda de peso significativa resultando de um retardo no esvaziamento gástrico e efeitos centrais para induzir a anorexia. **RELATO DO CASO:** Paciente JCV, masculino, 54 anos, 1, 74 m, 91kg, admitido para realização de endoscopia digestiva alta devido a epigastralgia, tosse seca persistente e sensação de plenitude gástrica. Refere hipertensão arterial, esofagite de refluxo e dislipidemia. Em uso de olmeztartana 20mg/dia, omeprazol 20mg/dia, sinvastatina 20 mg/dia e liraglutide 2 mg/dia, injetável para emagrecimento. Endoscopia anterior evidenciou esofagite grau B de Los Angeles e pangastrite enantemática leve. Ao exame físico apresenta-se em bom estado geral, normotenso, calmo e colaborativo. Refere jejum total de 12 horas. Havia aplicado a injeção de 2mg de liraglutide há 24 hs. Após monitoramento com cardioscopia, oximetria de pulso e pressão arterial não invasiva foi ofertado oxigênio a 3l/minuto via cateter nasal e com o paciente em decúbito lateral esquerdo administrado 50 µcg de fentanil e 60mg de propofol lentamente que causou a perda de consciência e de reflexos porém manutenção da ventilação espontânea. Logo após a introdução do endoscópio no estômago foi observado grande quantidade de conteúdo gástrico sólido. Diante do risco de broncoaspiração o procedimento foi interrompido e o aparelho retirado. Não houveram alterações significativas da pressão arterial, frequência cardíaca e saturação e o paciente despertou após 7 minutos sem intercorrências. **DISCUSSÃO:** Além dos fatores de risco intrínsecos para broncoaspiração como obesidade e RGE o uso concomitante da liraglutida potencializou sobremaneira o risco de um evento adverso grave devido a estase gástrica que esta promove. No paciente em questão, por se tratar de um exame diagnóstico endoscópico sob sedação, foi possível visualizar a condição de estômago cheio e prontamente interromper o exame. No caso de uma indução de anestesia geral em um paciente aparentemente sem comemorativos que nos levasse a pensar no risco de broncoaspiração, o uso do liraglutide pode estar associado a um maior risco de broncoaspiração, devido a estase gástrica promovida pelo fármaco. **REFERÊNCIA:** Michael Horowitz, Anne Flint, Karen L Jones, et al. Effect of the once-daily human GLP-1 analogue liraglutide on appetite, energy intake, energy expenditure and gastric emptying in type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice* Vol 97, Issue 2, Pages 258-266, Aug 2012

SÍNDROME DA EMBOLIA GORDUROSA NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

AUTORES:

Douglas Pellizzaro*, Flávia Vieira Guimarães Hartmann, Breno Jardim Grossi, Lucas Macedo da G. Medeiros de Queiroz, João Paulo Vasconcelos de Matos, Igor Barreto de Moura.

INSTITUIÇÃO:

CET/SBA Hospital de Base do Distrito Federal.

INTRODUÇÃO: A descrição da síndrome de embolia gordurosa (SEG) foi realizada após autópsia em 1861, caracterizada pelo aparecimento de gordura livre na circulação sanguínea e órgãos. A tríade clássica, insuficiência respiratória aguda (IRA) com infiltrado pulmonar difuso, disfunção neurológica e rash petequeial ocorre em 0, 5%-2% dos casos. Em 90%, ocorre após fratura de ossos longos, geralmente de membros inferiores. Este relato visa destacar a SEG na SRPA. **RELATO DE CASO:** Homem, 21 anos, hígido, vítima de acidente automobilístico, com fratura diafisária de fêmur bilateral e exposta de perna esquerda, operado 1 dia após o acidente. Exames pré operatórios normais. Realizada raquianestesia com 15mg de bupivacaína hiperbárica e 100ug de morfina, sedado com 50ug fentanil + 2mg midazolam. Procedimento sem intercorrências, durante 140 minutos, com colocação de tração transesquelética no fêmur bilateral e fixação externa da perna. Levado a SRPA estável hemodinamicamente. Com 12h de evolução, apresentou quadro de taquicardia e taquidispneia com dessaturação, associado com rebaixamento do nível de consciência, sendo submetido a IOT, mantido sedado em VM, apresentando 32h após a cirurgia rash petequeial em tronco, pescoço e conjuntivas. Gasometria arterial com pO₂ de 48 mmHg e FiO₂ 0,6. Radiografia de tórax com infiltrado difuso bilateral, TC de crânio sem alterações, TC tórax com infiltrados perihiliares e bibasais. Levado a UTI, mantido em suporte intensivo + sedoanalgesia e VM por 6 dias, evoluindo com melhora do quadro respiratório e alta da UTI. **DISCUSSÃO:** – IRA é uma entidade bem estabelecida na SRPA, tendo como diagnóstico diferencial a embolia gordurosa, principalmente em cirurgias ortopédicas de ossos longos. A SEG é definida com lesão e disfunção de órgãos, causadas por êmbolos gordurosos, tratando-se de uma complicação ou evolução atípica da embolia gordurosa. O envolvimento pulmonar decorre do progressivo número de alvéolos que vão sendo preenchidos por sangue e/ou exsudato, ou que sofrem atelectasia, resultando num quadro de hipóxia generalizada. As alterações neurológicas variam de sonolência à coma, sendo o segundo órgão mais acometido. Na SEG, tanto os sintomas respiratórios, como os neurológicos começam a se manifestar entre 12 e 48h após o trauma. Esse lapso de tempo é atribuído à demora na conversão dos triglicérides da gordura neutra em ácidos graxos livres. O aparecimento de petéquias, 24h a 48h após o trauma, praticamente assegura o diagnóstico SEG. A principal causa de óbito nos pacientes com SEG é a insuficiência respiratória progressiva, com lesão pulmonar que evolui para SARA. O manejo desses pacientes é baseado em suporte ventilatório e monitorização em UTI. **REFERÊNCIA:** Alves JD, Arantes LR, Magalhães SEM. Síndrome da Embolia Gordurosa. Rev Med Minas Gerais 2009; 19(1): 63-66. Filomeno LTB, Carelli CR, Silva NCLF et al. Artigo de revisão - Embolia Gordurosa: Uma revisão para a prática ortopédica atual. Acta Ortop Bras 13(4)-2005.

TAMPONAMENTO PERICÁRDICO DIAGNOSTICADO NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

AUTORES:

Daihane Carvalho Teixeira*, Maysa Delamare Espíndola, Rubens Jardim Nochi Junior, Márcio Luiz Benevides.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Geral Universitário de Cuiabá.

INTRODUÇÃO: Tamponamento pericárdico é a mais séria complicação pós implante de marcapasso. Conhecer esta complicação é de fundamental importância para o diagnóstico e manejo terapêutico precoce. O relato objetiva enfatizar a importância da monitorização e avaliação do paciente na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) com o propósito de detectar precocemente complicações pós operatórias e antecipar possível intervenção. **RELATO DE CASO:** Paciente masculino, 77 anos, 1,72m de altura e 78kg, hipertenso, diabético; com história de dispnéia progressiva aos esforços e BAV total ao ECG, associado a episódio de síncope. Foi conduzido ao centro cirúrgico para implante de marcapasso via acesso esquerdo. Não se obtendo sucesso, foi reabordado quatro dias após pelo lado direito, sendo implantado marcapasso bipolar, com fixação via perfusor retrátil sob sedação e infiltração de anestésico local. Após 1h e 40min foi encaminhado para SRPA. Trinta minutos após, evoluiu com dispnéia intensa, agitação, ligeira cianose, hipotensão (80x50mmHg) e abafamento de bulhas. Foi prontamente re-conduzido à sala operatória e notificado equipe cirúrgica. À cardioscopia, observou-se alternância elétrica e evidência de perfuração de parede anterior de ventrículo direito. Administrou-se 2000ml de cristalóide, 500ml de colóide além de um concentrado de hemácias e vasopressores. Sucedeu-se indução anestésica com cetamina 150mg e suxametonio 100mg. Realizada drenagem de Marfan, cujo volume final foi de 400ml de sangue. Em seguida foi conduzido à UTI e obteve alta hospitalar no quinto dia pós operatório. **DISCUSSÃO:** Lesões iatrogênicas constituem uma das principais causas de tamponamento cardíaco, possivelmente em virtude do crescente desenvolvimento de procedimentos invasivos associado a uso de potentes drogas antitrombóticas. A ecocardiografia é exame crucial no diagnóstico e manejo terapêutico do tamponamento pericárdico. Embora nem sempre presente nas unidades hospitalares, a disponibilidade do exame não minimiza a importância da monitorização básica e a presença de profissional habilitado na SRPA. Já o tratamento consiste na drenagem pericárdica, podendo ser precedido por medidas de suporte sintomático a fim de restaurar a pressão sanguínea, buscando-se a manutenção de um retorno venoso aceitável em detrimento da pressão pericárdica muito elevada. No caso relatado, foi crucial a imediata suspeição diagnóstica garantindo-se terapêutica precoce; considerando o tamponamento pericárdico ser uma complicação ameaçadora à vida e de difícil recidiva, se tratamento bem sucedido. **REFERÊNCIA:** 1. Mahapatra S, Bybee KA, Bunch TJ, et al. Incidence and predictors of cardiac perforation after permanent pacemaker placement. Heart Rhythm, 2005; 2: 907-911. 2. Hines R, Barash PG, Watrous G, et al. Complications Occurring in the Postanesthesia Care Unit: A Survey. Anesth Analg, 1992; 74: 503-9.

TAXA DE SUPRESSÃO NO BIS EM PACIENTE COM CHOQUE HEMORRÁGICO

AUTORES:

Cristiane Gurgel Lopes Farias, Rogean Rodrigues Nunes, Alexandre Pontes Belarmino, Caio Régis de Oliveira M. Pimenta, Iana de Almeida Siqueira, Vitor Tarcio de Queiroz Simão*.

INSTITUIÇÃO:

CET-HGF.

INTRODUÇÃO: O Índice Biespectral (BIS) é um monitor de profundidade anestésica, o qual se baseia na análise de 4 parâmetros do EEG, e seus valores oscilam de 0 (isoelétrico) a 100 (alerta). Vários fatores podem alterar tanto BIS como a taxa de supressão (TS), dentre elas: maior profundidade da anestesia, hipotermia e hipoperfusão cerebral. Nesta situação, é válido ressaltar a importância de avaliar a TS, que se correlaciona diretamente com sofrimento encefálico. Diante disso, muitos profissionais vêm utilizando o BIS com o intuito de monitorar a perfusão cerebral. Relato do Caso - Paciente feminino, 70 anos, 52kg, 155cm, P2 com quadro de dor abdominal. A tomografia do abdome evidenciou formação expansiva em contato com o pâncreas, sendo indicado tratamento cirúrgico. Os exames laboratoriais eram normais, exceto glicemia de jejum (150mg. dL-1). Admitida alerta em sala de operação, sendo monitorizada com oximetria, PAI, ECG e BIS. Administrado midazolam 2mg i. v. e realizado bloqueio peridural torácico com ropivacaína 30mg, associada a sufentanil 20 µg e morfina 2mg, seguida de anestesia geral com: sufentanil 15 µg, remifentanil e propofol alvo controlados e cisatracúrio 3mg, todos i. v. Após indução, puncionado acesso venoso central. Mantido BIS entre 40 e 60. Paciente apresentou-se estável hemodinamicamente até a 2ª hora da operação. Ao ressecar o tumor (massa invadia a veia cava), houve sangramento volumoso, evoluindo com choque. Realizada reanimação volêmica com cristalóides, colóides, hemoderivados e noradrenalina. Houve redução progressiva dos valores do BIS (atingindo valor 7) e elevação da TS para 84. Com as medidas adotadas, conseguiu-se estabilidade hemodinâmica e, ao término do procedimento, foi encaminhada à UTI intubada. No 6º PO, sem sedação, apresentava pupilas isocóricas e fotorreagentes, abertura ocular espontânea, mas sem interação com o examinador. Evoluiu com sepse e sangramento, sendo reoperada no 10º PO, evoluindo para óbito após 24 horas. **DISCUSSÃO:** Durante o choque hemorrágico, observou-se baixos valores do BIS e aumento na TS, o que poderia estar relacionado com o coma vigil observado no pós-operatório da primeira operação. Já está bem consolidada na literatura uma relação direta entre os valores do BIS e a possibilidade de recuperação da consciência em pacientes com dano cerebral severo. A TS elevada também tem sido relacionada com hipoperfusão cerebral. Portanto, a redução no valor do BIS associada à elevada TS podem ter sido indicadores das alterações neurológicas observadas. **REFERÊNCIA:** Suárez FEF, Tamargo LA, Álvarez AG. Cambios en el índice biespectral(BIS) em uma parada circulatória durante la circulación extracorpórea, Rev Esp Anestesiol Reanim. 2011;58: 261-263.

TRANSFUSÃO SANGÜÍNEA MACIÇA DURANTE EXÉRESE DE TUMOR RENAL

AUTORES:

Guy José Alves de Gouvêa Junior*, Verônica Lívia Dias, Laura D'Angelo Ferreira de Melo, Filipe Maia Araújo, Waldo Sapucaia Roland, Gustavo Márcio Silvino Assunção.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Felício Rocho.

INTRODUÇÃO: O choque hemorrágico constitui a principal causa de morte prevenível em pacientes vítimas de trauma, tornando-se imperativo ao anesthesiologista o conhecimento sobre fisiopatologia e tratamento adequados desta síndrome. **RELATO DE CASO:** MA, 54 anos, ASA 2 (hipertensa controlada com IECA), evoluindo há 2 meses com dor abdominal. Em tomografia computadorizada de abdome foi diagnosticado tumor renal à direita com invasão da veia cava inferior, sendo indicada nefrectomia total. Procedida à anestesia peridural contínua por cateter para analgesia pós operatória associada à anestesia geral venosa total. Indução e intubação sem intercorrências. Durante a exérese do tumor, houve laceração extensa da cava inferior, ocasionando hemorragia grave com rápida repercussão hemodinâmica. Foram estabelecidos acessos periféricos calibrosos, realizada monitorização invasiva (PIA e PVC), solicitada ao banco de sangue reserva de hemoderivados e realizados exames laboratoriais a cada hora (gasometria, hemograma, íons). A despeito das medidas terapêuticas (reposição volêmica, aminas, controle de eletrólitos e temperatura), a paciente manteve instabilidade hemodinâmica durante boa parte do procedimento, apresentando-se em alguns momentos com PIA "zero". A rafia das lesões vasculares foi difícil devido à localização retroperitoneal, fazendo com que o sangramento abundante persistisse, prejudicando ainda mais a visualização do campo operatório. O procedimento cirúrgico prolongou-se por 8h. A paciente recebeu no total 16 litros de cristalóides, 4 litros de colóides, 17 concentrados de hemácias, 14 bolsas de plasma, 14 bolsas de plaquetas e 5 unidades de crioprecipitado. Após correção das lesões vasculares com resolução do processo hemorrágico, a paciente foi enviada ao CTI, onde permaneceu por uma semana intubada com midríase fixa e sem sedativos (TC de crânio normal). Considerada com prognóstico ruim, após esse período iniciou recuperação neurológica progressiva, sendo extubada e encaminhada para o leito de enfermaria. Alta hospitalar 03 semanas após procedimento cirúrgico sem qualquer seqüela neurológica clinicamente evidenciada. **DISCUSSÃO:** transfusão sanguínea maciça, apesar de rara numa rotina de bloco cirúrgico, deve ser discutida e estudada de forma que o conhecimento sobre o assunto seja íntimo de todos. O controle da temperatura (superior a 35 graus centígrados), reposição volêmica adequada (1 +1+1), controle dos íons, principalmente cálcio ionizado (importante para débito cardíaco e vasoconstricção) e uso precoce de aminas são fundamentais para um desfecho favorável. **REFERÊNCIA:** 1) Jordan M. Raymer, Lisa M. Flynn, and Ronald F. Martin. Management of Peri-operative Complications Massive Transfusion of Blood in the Surgical Patient. Surg Clin N Am, 2012; 92(2); 221-234. 2) Fuller G, Bouamra O, Woodford M, et al. Recent massive blood transfusion practice in England and Wales: view from a trauma registry. Emerg Med J, Feb 2012;29(2): 118-23.

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR BILATERAL EM CIRURGIA DE FÊMUR – RELATO DE CASO

AUTORES:

Dirce de Abreu, Nelson Unzer dos Santos Filho*, Luiz Antonio de Moraes, Patrícia Mayumi Honda.

INSTITUIÇÃO:

CET/SBA/MEC da Santa Casa de Marília – SP.

INTRODUÇÃO: A incidência de TVP em fraturas do membro inferior é de até 50% dos pacientes; se não tratados, 10% destes evoluem para TromboEmbolismo Pulmonar e 2% vão a óbito. No TEP, um trombo venoso da extremidade inferior migra até obstruir ramos da artéria pulmonar. Os sintomas variam de acordo com o tamanho dos êmbolos e a mais comum manifestação clínica é a dispnéia. Embolia gordurosa deve ser lembrada. **RELATO DE CASO:** Paciente, masc, 49 anos, c/cirurgia para retirada de tumor cerebral na infância (sic), sem sequelas neurológicas e sem uso de medicação após esta cirurgia. Progr. p/osteossíntese de fêmur direito, após acidente há 03 dias. Feito raqui c/80ug de morfina e 20mg de bupivacaina pesada. Cirurgia sem intercorrências e duração de 3 horas. Na SRPA após 01 hora evoluiu com quadro de dispnéia com sat. de O₂ de 84% em ar ambiente. F. C. = 98 bat/minuto. P. A. de 140/80mmHg e FR = 30 rpm. Com máscara de oxigênio, sat. de O₂ = 90%. Consciente, sem agitação, temp. de 38, 3°C, feito dipirona EV. A ausculta pulmonar diminuiu pouco acentuada de murmúrio vesicular em bases pulmonares. Pedido RX de tórax, sugestivo de TEP bilateral. Pedido tomografia computadorizada, a qual não foi realizada por falta de radiologista. Foi p/ UTI e feito heparina de baixo peso 60mg SC de 12/12 horas. Não foi entubado permaneceu c/máscara de O₂ e sat de O₂ entre 90 e 92%. Na manhã seguinte feita a tomografia de tórax c/diagnóstico de TEP bilateral, maior à esquerda. Feito também ecocardiograma c/laudo de refluxo tricúspide moderado e pressão de artéria pulmonar =40. Submetido a colocação de filtro de veia cava inferior, sem problemas. Heparina de baixo peso diminuída para 40mg SC ao dia. Alta da UTI, 03 dias após, eupneico com sat. de O₂ de 95% em ar ambiente. **DISCUSSÃO:** O TEP, envolve mais os doentes internados, tem mortalidade de 10 a 15% na 1ª hora, em torno de 13% na 2ª semana e de 18% nos primeiros 3 meses de evolução. Embora em muitos casos não haja sintomas evidentes, a manifestação clínica mais comum é a dispnéia. Com êmbolos maiores, podemos ter hipoxemia grave, dor torácica, broncoespasmo, dor isquêmica em consequência da redução do fluxo coronariano, angústia e até óbito nos casos mais graves. No RX de tórax são vistas áreas translúcidas avasculares, c/dilatação do tronco da artéria pulmonar, átrio direito e ventrículo direito, que ocorre de imediato após a oclusão embólica e podem regredir em dias. Medidas profiláticas para os pacientes de maior risco, a saber, , obesos, idade maior que 40 anos, portadores de neoplasias ou doenças que não permitam deambular precoce após a cirurgia, incluem heparina não fracionada ou de baixo peso molecular de acordo c/o risco do paciente, além de compressão pneumática ou meias elásticas e, se possível, deambulação precoce. **REFERÊNCIA:** 01- Oscar Cezar Pires. Complicações Respiratórias. In: Luiz Marciano Cangiani. Tratado de Anestesiologia. 7ª Ed. São Paulo. Atheneu 2012.

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR PÓS FIXAÇÃO ORTOPÉDICA DE FRATURA DE FÊMUR

AUTORES:

André Fernandes Silva, Leonardo Souza Patrocínio Pereira, Joaquim Belchior Silva, Eliane Cristina de Souza Soares, Gabriela Ferreira Duarte, Leandro Pereira Vieira.

INSTITUIÇÃO:

Instituto Mario Penna - Hospital Luxemburgo.

INTRODUÇÃO: Complicações tromboembólicas são as principais causas de morbimortalidade após cirurgias ortopédicas. A artroplastia total de joelho e as cirurgias de correção de fratura de quadril e pelve têm as maiores incidências de tromboembolismo venoso, incluindo trombose venosa profunda (TVP) e tromboembolismo pulmonar (TEP). Sem profilaxia, a TVP desenvolve-se em 40-80% dos pacientes ortopédicos e 1-24% mostram evidência clínica ou laboratorial de TEP. Este relato apresenta um caso de TEP após fixação ortopédica de fratura de fêmur. **RELATO DE CASO:** Mulher, 62 anos, portadora de adenocarcinoma de endométrio avançado, hipertensa e coronariopata apresentando fratura patológica de colo de fêmur direito há 10 dias, com indicação de fixação cirúrgica por artroplastia parcial sem cimentação. Apresentava-se debilitada, emagrecida com restrição ao leito devido à dor pela fratura, recebendo trombopprofilaxia. Realizada monitorização com ECG, oximetria de pulso e pressão intra arterial. Após venóclise em MSD e MSE (cateter 16G), realizada anestesia geral balanceada. Indução com propofol 2mg/kg, cisatracúrio 150mcg/kg e remifentanil 0, 3mcg/kg/min e manutenção com sevoflurano 1 CAM e remifentanil 0, 2mcg/kg/min. Após cerca de 80 minutos da indução, apresentou hipoxemia súbita sem instabilidade hemodinâmica. Realizada modificação dos parâmetros de ventilação mecânica (aumento da PEEP, aumento FiO₂, mudança do modo ventilatório) com boa resposta e melhora da saturação periférica. Colhidos exames para propedêutica. Ao término do procedimento cirúrgico, paciente apresentava condições clínicas e laboratoriais de extubação, realizada sem intercorrências. Em ventilação espontânea, manteve-se levemente hipoxêmica, com necessidade de oxigênio suplementar por máscara facial. Transferida ao CTI e realizada angiogramografia de tórax que diagnosticou tromboembolismo pulmonar. Recebeu heparinização e suporte ventilatório por ventilação não invasiva. Alta em boas condições clínicas no 7o dia pós-operatório. **DISCUSSÃO:** A embolia pulmonar é uma das principais complicações tromboembólicas associadas à cirurgia de fixação de fratura de quadril. A restrição ao leito, o uso inadequado da profilaxia tromboembólica e o retardo no tempo entre a ocorrência da fratura e a abordagem cirúrgica são os fatores usualmente relacionados à ocorrência desta complicação. Estratégias de prevenção devem ser prioridades neste grupo de pacientes, incluindo métodos farmacológicos de trombopprofilaxia e o trabalho de uma equipe multidisciplinar que objetive a abordagem rápida da fratura, idealmente dentro de 48h após a admissão. **REFERÊNCIAS:** Januel JM et al. Symptomatic in-hospital deep vein thrombosis and pulmonary embolism following hip and knee arthroplasty among patients receiving recommended prophylaxis: a systematic review. JAMA, 2012; 307(3): 294-303. / National Clinical Guideline Centre, (2011) [The Management of Hip Fracture in Adults]. London: National Clinical Guideline Centre.

USO DE COCAÍNA RELACIONADO A HEMORRAGIA INTRACEREBRAL EM ADULTO JOVEM. RELATO DE CASO

AUTORES:

Alyne Andrade Lima, Isabela Soares Costa, Carlos Umberto Pereira, Stephanie Chagas Feitosa, Ana Elisabeth Leal Varjão, Alex Ricardo Ferreira.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal de Sergipe.

INTRODUÇÃO: A cocaína possui uma ação neuropsico-farmacológica que depende primariamente de ação estimuladora global sobre os sistemas monoaminérgicos. Atualmente vem sendo uma das substâncias de uso ilícito mais freqüentemente envolvida em complicações clínicas decorrentes do abuso de drogas, perdendo apenas para o etanol. Uma das complicações clínicas relatadas é a hemorragia intracerebral, principalmente em adultos jovens. A incidência desta patologia varia de acordo com os estudos e depende da prevalência do uso da droga e idade do paciente, tendo aumentado substancialmente. Manifesta-se com quadros neurológicos diversos, como cefaleia, crises convulsivas, déficits motores e distúrbios do movimento.

RELATO DO CASO: masculino, 30 anos de idade, deu entrada no setor de emergência com história de cefaleia de início súbito e de forte intensidade, seguida de perda da consciência. Feito medicação para hipertensão arterial no local, em seguida transferido para este serviço. Hipertenso, consumidor crônico de drogas injetáveis. Ao exame apresentava fácies congesta, presença de lesões secundárias em dorso das mãos e face anterior dos antebraços. PA: 180 x 120 mmHg. Exame neurológico: torporoso, pupilas puntiformes, não reagentes aos estímulos luminosos e hipotonia muscular generalizada. ECG 8. TC de crânio: hemorragia intraventricular primária. Foi submetido a tratamento conservador com medicação anti-hipertensiva, diurético osmótico e protetor da mucosa gástrica. Após 24hs do tratamento apresentou parada cardiorrespiratória, evoluindo para óbito. **DISCUSSÃO:** A maior parte dos AVC associados ao uso de drogas ocorre em jovens, entre 30 e 40 anos e do sexo masculino. Os mecanismos que justificam os acidentes vasculares são multifatoriais. As principais hipóteses propostas são vasoespasmo, embolia cardiogênica, vasculites e efeito trombogênico direto. Deve-se estar atento para complicações neurovasculares em pacientes usuários crônicos de cocaína, que na maioria das vezes são jovens, sem doença neurológica prévia e cursam com péssimo prognóstico. **REFERÊNCIA:** Nolte KB, Brass LM, Fletterick CF. Intracranial hemorrhage associated with cocaine abuse. A prospective autopsy study. *Neurology*. 1996; 46: 1291. Schild SM, Albright KC, Halleli H et al. Intracerebral hemorrhage in cocaine users. *Stroke*. 2010;41: 680-684.

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA PARA TRATAMENTO DE EDEMA PULMONAR POR PRESSÃO NEGATIVA

AUTORES:

Marco Aurélio Soares Amorim*, Edno Magalhães, Cátia Sousa Govêia, Luís Cláudio de Araújo Ladeira, Fellipe Cardoso Neves, Lívia Maria Campos Teixeira.

INSTITUIÇÃO:

Universidade de Brasília.

INTRODUÇÃO: O Edema Pulmonar por Pressão Negativa (EPPN) é uma complicação pouco comum e potencialmente grave. Apresenta patogênese multifatorial, com destaque para a geração de grande pressão negativa intratorácica na inspiração profunda contra uma via aérea obstruída. O objetivo deste é descrever o caso de paciente submetida a anestesia geral que cursou com EPPN, tratado com ventilação não invasiva (VNI). **RELATO DE CASO:** Paciente de 26 anos, sexo feminino, 58 Kg, 1,65 m. Portadora de síndrome vaso-vagal, em uso de atenolol 50 mg/dia e otite média crônica. Programada para timpanoplastia esquerda. Exames físico e laboratoriais normais. Anestesia realizada com remifentanil 0,5 mcg/kg/min, propofol e rocuroônio. Após intubação orotraqueal, iniciou-se ventilação mecânica em modo VCV (VC: 360 mL, FR: 12 ipm, FiO₂: 0,4, PEEP: 5 cmH₂O) e manutenção da anestesia com isoflurano e remifentanil. Operação sem intercorrências. Ao final, bloqueio neuromuscular revertido com neostigmina (2,5 mg) e atropina (1,0 mg). Após interrupção do isoflurano, a paciente apresentava-se em ventilação espontânea e com reflexo de deglutição presente. Foi extubada após aspiração de orofaringe. Evoluiu de forma súbita com dificuldade de ventilação (respiração paradoxal), sem curva de capnografia e rápida dessaturação. Realizou-se ventilação com pressão positiva sob máscara facial e administração de propofol (30 mg), com melhora da ventilação. Permaneceu com SpO₂ variando entre 89-91% (máscara de Venturi 50%) e a ausculta pulmonar evidenciou estertores crepitantes em bases bilaterais. Apresentou episódios de tosse paroxística, sem dispneia e hemoptise. Encaminhada à SRPA com SpO₂ 94% sob O₂. Realizada radiografia de tórax, que não permitiu boa visualização dos campos pulmonares. Instalada VNI modo PSV, PEEP de 5 a 7 cmH₂O por 60 minutos, com boa resposta do quadro pulmonar e melhora da ausculta respiratória. Evoluiu com resolução do quadro clínico e alta hospitalar no primeiro dia pós-operatório. **DISCUSSÃO:** O EPPN é uma entidade de grande importância para o anestesiológico. A incidência varia de 0,5-5% dos procedimentos anestésicos e acomete mais adultos jovens e crianças. Pode ter início rápido ou retardar-se em até 4 horas após o fenômeno obstrutivo. Geralmente é autolimitado, pode resolver-se em 12 a 24 horas com tratamento de suporte. A VNI tornou-se uma ferramenta fundamental para tratar o EPPN, uma vez que diminui o trabalho respiratório e promove recrutamento alveolar. Dessa forma, reduz o número de intubações, o tempo de hospitalização e a morbimortalidade no pós-operatório. A VNI apresenta-se como uma forma de tratamento eficaz para o EPPN. **REFERÊNCIA:** Bhaskar B, Fraser JF. Negative pressure pulmonary edema revisited: pathophysiology and review of management. *Saudi Journal of Anaesthesia*. 2011;5: 308-13.

EFEITO DO DROPERIDOL E ONDANSETRONA NO INTERVALO QT EM PACIENTES SUBMETIDOS A ANESTESIA GERAL: REVISÃO SISTEMÁTICA

AUTORES:

Clarice de Meneses Costa Moura, Cátia Sousa Govêia, Ewerton Aryel Sales Sobreira, Luís Cláudio de Araújo Ladeira, Edno Magalhães, Jáder Allan Oliveira Lagares*.

INSTITUIÇÃO:

Universidade de Brasília-DF.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVO: O intervalo QT (iQT) representa o período de despolarização e repolarização dos ventrículos. Seu prolongamento indica atraso da repolarização ventricular e pode estar associado ao maior risco de taquicardia ventricular polimórfica tipo torsades de pointes (TdP). Os antieméticos droperidol e antagonistas dos receptores 5-HT₃ são eficazes na prevenção e tratamento de náuseas e vômitos pós-operatórios (NVPO), mas podem prolongar o iQT, assim como fármacos anestésicos. Ainda não está claro o efeito da associação de antieméticos com anestesia geral sobre o iQT. O objetivo deste estudo foi realizar revisão sistemática sobre o efeito dos antieméticos, droperidol e ondansetrona, sobre o iQT em pacientes submetidos a anestesia geral. **METODOLOGIA:** O desfecho primário foi avaliação de prolongamento do iQT após administração de droperidol ou ondansetrona em pacientes submetidos a anestesia geral e os desfechos secundários, a presença de arritmias e alterações hemodinâmicas. A busca foi realizada nas bases de dados Pubmed, Embase, Cochrane e Scopus, em junho de 2013, e pesquisados termos relacionados a “antieméticos”, “droperidol”, “ondansetrona”, “anestesia geral”, “monitorização intropertória”, e “QT”. Foram incluídos ensaios clínicos com pacientes de ambos os sexos, estado físico I, II ou III (ASA), submetidos à anestesia geral e que receberam ondansetrona ou droperidol para prevenção e tratamento de NVPO, com avaliação do iQT. Os dados foram tabulados para tipo de estudo, número de participantes, faixa etária, gênero, estado físico, tipo e dose de antiemético e variação do iQT. **RESULTADO:** A busca nas bases de dados retornou 398 publicações. De modo independente, dois pesquisadores selecionaram 18 artigos. Destes, cinco preencheram os critérios de inclusão do desfecho primário, com o total de 279 pacientes. Em dois estudos, foram encontrados aumento e diferença significativa do iQT entre os grupos, com maior prolongamento promovido pelo uso de droperidol. Nos outros três estudos, ocorreu aumento do iQT, porém sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Em apenas um estudo ocorreram alterações da frequência cardíaca e pressão arterial, porém sem repercussão clínica importante. Nenhum dos ensaios relatou ocorrência de arritmias. **CONCLUSÃO:** Em pacientes submetidos a anestesia geral, a administração concomitante dos antieméticos droperidol e ondansetrona promove aumento do iQT, mas não causa repercussões hemodinâmicas significativas. É permissível considerar segura a profilaxia de NVPO com droperidol e ondansetrona associada à anestesia geral. **REFERÊNCIA:** Charbit B, Alvarez J C, Dasque E, et al. Droperidol and Ondansetron-induced QT Interval Prolongation. *Anesthesiology* 2008; 109: 206–12.

HIPOTENSÃO ARTERIAL PERSISTENTE DURANTE RAQUIANESTESIA EM PACIENTE USUÁRIO DE AMITRIPTILINA

AUTORES:

Marcio Leandro Fernandes Ferreira*, Alessandra Yukari Azuma, Olavo Satoshi Arantes, Bárbara Maria de Macedo Samaan, Jair de Castro Junior, João Gilberto Maranhão.

INSTITUIÇÃO:

Faculdade de Medicina de Marília.

INTRODUÇÃO: Antidepressivos Tricíclicos são fármacos muito utilizados como adjuvantes do tratamento da depressão. Contudo, mesmo em doses terapêuticas, podem apresentar efeitos significativos sobre o sistema cardiovascular durante a anestesia. O objetivo deste estudo é relatar hipotensão arterial refratária no perioperatório de pacientes em tratamento com antidepressivo tricíclico. **RELATO DO CASO:** MLS, 65 anos, IMC: 35, foi submetido à osteossíntese de tornozelo direito. História clínica: uso de amitriptilina (75mg/dia) para tratamento de depressão. Monitorização com pressão arterial automática não-invasiva, oximetria de pulso e cardioscópio (DII e V5). Realizado anestesia subaracnoidea (bupivacaína pesada 15 mg e morfina 100 µg). Após instalação do bloqueio, Nível sensitivo em T10, o paciente apresentou hipotensão arterial (PA 75x38) não responsiva à hidratação (20 ml/kg em 10 minutos) e uso de efedrina. Introduzimos infusão contínua defenilefrina (100 µg/min) e bicarbonato de sódio (1mEq/kg). Paciente permaneceu na sala de recuperação (6 horas) até o restabelecimento dos parâmetros hemodinâmicos. **DISCUSSÃO:** os antidepressivos tricíclicos apresentam efeitos significativos sobre o sistema cardiovascular através da combinação de atividade anticolinérgica e alfa-adrenérgico, bloqueio da recaptção de norepinefrina, diminuição da contratilidade miocárdica e ação estabilizadora de membrana. Alterações graves ocorrem em menos de 5% dos pacientes com doses terapêuticas (inferior a 100 mg/dia). Entretanto, durante a anestesia, fármacos e técnicas utilizadas podem interagir de maneira imprevisível e causar profundas alterações cardiovasculares. O tratamento da hipotensão arterial depende da experiência do serviço, mas em geral, consiste de hidratação, alcalinização (obter pH de 7, 5), aminas simpatomiméticas de ação direta e, no caso de arritmias, não utilizar antiarrítmicos do grupo IA pelo risco de morte súbita. Outros autores administram glucagon e fenitoína para atenuar a depressão miocárdica. Logo, antidepressivos tricíclicos podem causar hipotensão arterial de difícil controle no perioperatório. **REFERÊNCIA:** Peixoto AJ. Hipotensão Arterial Refratária no perioperatório de Paciente Idosa em Uso Crônico de Antidepressivo Tricíclico. *Rev Bras Anestesiologia*. 2000; 50: 14-7.

HIPOTENSÃO ARTERIAL REFRACTÁRIA PERIOPERATÓRIA EM PACIENTE IDOSA

AUTORES:

José Eduardo de Oliveira Lobo, Daniele Oliveira Minelli, José Costa, Claudia Ribeiro Dias Porto da Luz, Luiz Fernando Lopes.

INSTITUIÇÃO:

Centro de Ensino e Treinamento da Clínica de Anestesiologia do Hospital Naval Marcílio Dias.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVO: Hipotensão arterial (HA) no perioperatório ocorre frequentemente por diversas causas. O objetivo deste relato de caso é apresentar um caso de HA refratária a reposição volêmica e vasopressores de ação mista. **RELATO DE CASO:** Paciente sexo feminino, 78 anos, branca, 53 kg, estado físico (ASA III) a ser submetida a artroplastia do ombro direito. Portadora de hipertensão arterial sistêmica e síndrome depressiva, em uso de olazapina 2, 5 mg/dia, nortriptilina 25 mg/dia, amlodipina 5 mg/dia e enalapril 20 mg/dia. Realizada monitorização de rotina, que revelou pressão arterial (PA) de 120 x 80 mmHg e frequência cardíaca (FC) de 80 bpm. Foi realizado bloqueio de plexo braquial direito via interescalênica com auxílio do neuroestimulador, com a perda do estímulo desejado a 0, 6 mA. Após aspiração negativa para sangue ou líquido foram injetados 20 mL de ropivacaína 0, 75%. Foi pré-oxygenada e procedida indução anestésica com fentanil 200 µg, lidocaína 60 mg, propofol 60 mg, rocurônio 35 mg e entubada sem dificuldade. Imediatamente após a indução ocorreu HA (60 x 40 mmHg) refratária à reposição volêmica (1500 mL de RL) e vasopressor (80 mg de efedrina no total), evoluindo para níveis inaudíveis de PA por 10 minutos. Foi então administrados metaraminol (total de 2 mg) e epinefrina (em bolus 5-10 µg), havendo melhora parcial dos níveis pressóricos (80 x 40 mmHg). Decorridos 90 minutos do início do procedimento anestésico e 60 da estabilização hemodinâmica a paciente foi então posicionada, e o início da cirurgia, autorizado. Tendo duração estimada de 120 minutos. Ao final, a paciente foi extubada e encaminhada para a unidade pós-operatória, hemodinamicamente estável, sem injúria neurológica, ECG e enzimas cardíacas sem alterações. **DISCUSSÃO:** A metabolização da nortriptilina pela isoenzima citocromo P450 2D6 é reduzida em uma pequena parcela da população caucasiana (7-10%). Também ocorre aumento dos níveis plasmáticos dos antidepressivos tricíclicos quando administrados junto a drogas como fenotiazinas, lidocaína e fentanil, ocorrendo inibição ou competição como substrato desta isoenzima. Cabe ressaltar que os antidepressivos tricíclicos, bloqueiam a ação da noradrenalina e serotonina nos terminais pré-simpáticos, podendo causar dessensibilização e diminuição da densidade dos receptores adrenérgicos, justificando a refratariedade as aminas simpaticomiméticas de ação indireta, sugerindo a vasopressina como terapia de resgate. Os antipsicóticos atípicos causam bloqueio α -adrenérgico em graus variados, e de forma dose-dependente. **CONCLUSÃO:** A HA refratária ocorreu em consequência de interações entre as drogas cronicamente utilizadas pela paciente e as administradas no período de indução da anestesia e só teve resolução após o uso de epinefrina em doses altas. **REFERÊNCIA:** Peixoto AJ. Hipotensão arterial refratária no perioperatório de paciente idosa em uso crônico de antidepressivo tricíclico. Rev Bras Anestesiologia. 2000; 50(1) : 14-17.

INTERAÇÃO ENTRE BLOQUEADOR NEUROMUSCULAR E A CLINDAMICINA

AUTORES:

Pedro Adas Pettersen*, Vera Lucia Adas Pettersen, José Costa, César Aurélio Serra, Luis Fernando Lopes, Daniele Oliveira Minelli.

INSTITUIÇÃO:

Centro Universitário Serra dos Órgãos.

INTRODUÇÃO: Pacientes recebendo antibióticos para tratamento ou profilaxia de infecções são frequentemente encontrados na prática anestésica. O principal problema para o anestesiológico nesta ocasião é a interação destes fármacos com os bloqueadores neuromusculares, prolongando a necessidade de suporte ventilatório além de complicar a reversão do bloqueio neuromuscular (BNM). **RELATO DE CASO:** feminina, 35 anos, ASA 2(E), submetida a cirurgia videolaparoscópica para investigação diagnóstica, em uso de clindamicina (2400mg/dia) recebeu na indução anestésica, propofol, alfentanil e 40 mg do bloqueador neuromuscular rocurônio para IOT e ventilação controlada mecânica. A manutenção foi feita com sevoflurano, doses suplementares de alfentanil e 10 mg de rocurônio administrados 40 min antes do término da cirurgia. Após o término da cirurgia que teve duração de 120 min, a paciente respirava espontaneamente com EtCO₂ 40 mmHg e após reversão do BNM com 1, 5 mg de neostigmine e 0, 75 mg de atropina foi extubada apresentando SpO₂ de 98% que declinou rapidamente sendo ventilada com máscara facial. Neste exato momento ocorreu a infusão rápida de 600 mg de fosfato de clindamicina diluídos em 100 ml de NaCl 0, 9%. Foi avaliado o grau do BNM através do train-of-four (TOF), que demonstrou valor de 0, 70. Lúcida, relatava falta de ar, dificuldade para abrir os olhos, não sustentava a cabeça, não demonstrava força de apreensão nas mãos, não movimentava membros superiores (MMSS) e inferiores (MMII). Feita injeção de doses adicionais de neostigmine até a dose máxima (70 mcg/kg) sem apresentar melhora da fraqueza muscular, foi mantida máscara facial por mais 90 min na sala de operação sob sedação com midazolam (2 mg). A gasometria arterial demonstrou valores dentro da normalidade, sendo encaminhada ao centro de terapia intensiva (CTI) apresentando SpO₂ de 95% em ar ambiente. Na análise clínica do BNM apresentava capacidade de sustentar espontaneamente a cabeça por mais de 5 seg, capacidade de sustentar a mordida e força de apreensão nas mãos, mas ainda demonstrava fraqueza muscular nos MMSS e MMII. No CTI foi feita a opção por não acessar a via aérea novamente, desta forma foi observada pelo intensivista, com melhora progressiva do BNM que desapareceu totalmente após 6 horas. **DISCUSSÃO:** A clindamicina aumentou sinergicamente o BNM induzido pelo rocurônio, que não foi revertido pela neostigmine. A fraqueza muscular prolongada necessitou de acompanhamento intensivo até a recuperação espontânea do quadro. Os anestesistas devem estar conscientes destas interações, e pois a vigilância e a monitorização da JNM são importantes para um desfecho favorável. **REFERÊNCIA:** Lee JH, Lee SI, Chung CJ et al.: The synergistic effect of gentamicin and clindamycin on rocuronium-induced neuromuscular blockade. Korean J HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23459675"AnesthesiolHYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23459675". 2013;64(2): 143-51.

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO STOP BANG EM PACIENTES BRASILEIROS COM APNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO

AUTORES:

Maria Angela Tardelli, Ana Paula de Andrade Fernandes, José Apolinário Silva Neves Júnior, Sônia Maria Perereira Guimarães Togeiro Moura, Sérgio Tuffik, Helga Cristina Almeida da Silva.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal de São Paulo - Hospital São Paulo.

JUSTIFICATIVA: A Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) é caracterizada por pausas repetidas na respiração, de 10 segundos ou mais, por obstrução das vias aéreas superiores durante o sono. Sintomas: pausas respiratórias, engasgos e roncos durante o sono, fadiga e sonolência diurna. A SAOS relaciona-se a via aérea difícil e dificuldade de intubação traqueal. A polissonografia é o método padrão ouro para identificar a SAOS. O questionário STOP BANG, é um instrumento específico eficaz para triagem da SAOS e avalia oito itens: ronco, cansaço diurno, apneia observada durante sono, hipertensão arterial sistêmica (HAS), índice de massa corpórea (IMC) > 35kg/m², idade > 50 anos, circunferência do pescoço > 40 cm e gênero masculino. A presença de 2 itens indica paciente de baixo risco para SAOS e igual ou maior que 3 indica alto risco. **OBJETIVO:** traduzir e validar o questionário STOP BANG para a população brasileira. **MÉTODO:** realização da tradução-tradução reversa (translation-back translation) do STOP BANG. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a versão aprovada em português foi utilizada em 10 pacientes com SAOS para avaliar sua aceitabilidade e compreensão, sendo consideradas satisfatórias. O questionário foi então aplicado em 63 pacientes submetidos previamente à polissonografia e classificados em grupos de acordo com a gravidade, utilizando o índice de apneia-hipopneia (IAH). Características demográficas, IAH, os itens e a pontuação final do questionário STOP BANG foram comparados entre grupos. **RESULTADO:** Considerando a polissonografia os pacientes foram classificados em 4 grupos: G1: controle (22); G2: leve (15); G3: moderado (6) e G4: grave (20); IAH: G4>G1, G2 e G3; G3>G1; Anova p< 0, 001. Análise estatística (Anova) não mostrou diferenças nas variáveis quantitativas idade e altura, ao contrário do peso (G4>G1; p< 0, 05), IMC (G4>G1 e G3; p<0, 001), circunferência do pescoço (G4>G1, G2 e G3; G3>G1; p<0, 0001), e pontuação final do STOP BANG (G2 e G4>G1; p<0, 001). Variáveis qualitativas (p<0, 05; qui-quadrado): a) frequência de homens em G4>G1, G2 e G3, e G3>G2; b) frequência de cansaço diurno não diferiu entre grupos; c) frequência de apneia observada durante sono em G2 e G4>G1; frequência de ronco G2>G1; d) frequência de HAS: G2 e G3>G1. **CONCLUSÃO:** O questionário STOP-BANG traduzido para o português mostrou-se capaz de discriminar o grupo controle e os subgrupos leve e grave de pacientes com SAOS. **REFERÊNCIA:** 1) American Academy of Sleep Medicine Task Force. Sleep Related Breathing Disorders in Adults: Recommendations for syndrome definition and measurement techniques in clinical research. Sleep, 1999, 22 : 667-689. 2) Chung F, Yegneswaran B, Liao P, et al. STOP questionnaire: A tool to screen patients for obstructive sleep apnea. Anesthesiology 2008; 108: 812-821.

ANÁLISE DO NÍVEL DE INFORMAÇÃO A CERCA DA HIPERTERMIA MALIGNA ENTRE OS ANESTESIOLOGISTAS DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO PRIVADO DO ESTADO DE SÃO PAULO – RESULTADOS PARCIAIS

AUTORES:

Bruno Francisco de Freitas Tonelotto*, Diogo Barros Florenzano de Sousa, Claudia Marquez Simões, João Marcelo Wardini Dantas do Amaral, Hyder Mattos Gurgel, Monica Gulak Ioris.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Sirio-Libanês.

INTRODUÇÃO: A hipertermia maligna (HM) é uma afecção hereditária e latente, caracterizada classicamente por um evento potencialmente fatal, resultante de resposta hipermetabólica aos anestésicos voláteis, tais como o halotano, enflurano, isoflurano, sevoflurano e desflurano e aos bloqueadores neuromusculares despolarizantes. A mortalidade e morbidade resultantes podem ser reduzidas pelo diagnóstico precoce e tratamento específico com o dantrolene sódico. O objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento dos anesthesiologistas a cerca da hipertermia maligna; identificando os principais deficits e direcionar o programa de educação continuada, para otimizar a qualidade da assistência anestésica. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo, utilizando metodologia quantitativa. Dos anesthesiologistas convidados a responderem o questionário (n=56) 12, 5% recusaram-se a participar do estudo. Os médicos foram entrevistados após esclarecimento sobre o objetivo do trabalho e autorização dos mesmos, por meio de um termo de consentimento livre e esclarecido. Os dados foram coletados por meio de um questionário contendo dez questões de múltipla escolha com o objetivo abranger os aspectos mais importantes do diagnóstico e tratamento da HM. **RESULTADO:** Os resultados apresentados são referentes às respostas de 44, 54% dos médicos do serviço. Foram obtidas 100% de respostas certas sobre definição da hipertermia maligna. Além disso 95, 6% dos entrevistados sabem reconhecer os fatores desencadeantes. Por outro lado, 59% das respostas sobre a clínica variada da HM estavam incorretas. Com relação ao tratamento um terço dos entrevistados desconhece a dose terapêutica do dantrolene e 81% desconhecem seus efeitos colaterais. **CONCLUSÃO:** Os resultados acima refletem a necessidade de educação continuada nos temas mais raros da prática clínica diária. Alguns aspectos da doença que merecem atenção adicional como sintomas atípicos e sobre o tratamento específico foram identificados. As respostas auxiliam a avaliação do grau de conhecimento sobre este assunto dentro do serviço, mas denotam insuficiente motivação caracterizada principalmente pela recusa de alguns anesthesiologistas em participar do estudo ao saberem do tema. Destes achados conclui-se ser necessário ampliar os esforços de educação continuada, contemplando todo os diferentes tópicos deste importante tema da Anestesiologia, principalmente o tratamento específico com dantrolene sódico. Outra iniciativa derivada destes dados iniciais foi a disponibilização do algoritmo de tratamento juntamente ao dantrolene sódico, como ferramenta complementar para auxílio terapêutico. **REFERÊNCIA:** Denborough M - Malignant Hyperthermia. Lancet, 1998;352: 1131-1136.

ANESTESIA EM PACIENTE PORTADORA DE LES E SAAF

AUTORES:

Irene Lopes Mello*, Cláudia Regina Fernandes, Débora Maia da Costa, Fernando Heládio de Oliveira M. Pimenta, Cira Queiroz da Cunha.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Universitario Walter Cantídio.

INTRODUÇÃO: Anticoagulantes são as medicações de escolha para prevenção e tratamento de trombozes. Heparina de baixo peso molecular, heparina não fracionada, fondoparinax e warfarin são extensivamente estudados e empregados com inibidores diretos da trombina, geralmente reservados para pacientes com complicações ou aqueles que requerem intervenção. Hemorragia é o principal evento adverso inerente a todos os anticoagulantes. Dentre outros efeitos colaterais, pode ser citado trombocitopenia induzida pela heparina. **RELATO DO CASO:** Paciente CSM, feminino, 38 anos, admitida na Emergência da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) com quadro de STV há 1 mês da admissão e hipótese de trombose arterial em MSE. Paciente com diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistêmico desde 2007 e Síndrome do Anticorpo Antifosfolípideo (epi-sódio de TVP cerca de 20 dias antes desta internação). Após diagnóstico de SAAF com tratamento adequado da TVP, paciente iniciou uso de Marevan que desencadeou quadro de STV. Na internação, Marevan foi suspenso e iniciado uso de Clexane em doses terapêuticas. Foi realizado USTV que evidenciou presença de mioma uterino submucoso/intramural. Hipótese de trombose arterial em MSE foi descartada após realização de US doppler, que não evidenciou presença de trombos. Cirurgia vascular realizou aposição de filtro de veia cava. Conduta proposta: suspender clexane para realização de histerectomia. Após procedimento, reiniciar heparina e, posteriormente, clexane. Durante internação da paciente, foi constatado quadro de plaquetopenia, que se iniciou após introdução de clexane (plaquetas iniciais: 184.000, evoluiram para 110.000 e, posteriormente, para 89.000). Além desta alteração em plaquetas, paciente também apresentava quadro de anemia (hemoglobina: 8,9). Durante avaliação pré-anestésica, foi preconizada seguinte conduta: suspender Clexane 24h antes do ato cirúrgico; reservar 02 plasmas e fazer no trans-operatório juntamente com 2-4g de Ipsolon se sangramento expressivo; realizar a anestesia geral balanceada, reservar 02 concentrado de hemácias, retornar Clexane 8-12h após cirurgia devido alto potencial trombogênico e observar sinais de hematoma de parede. Anestesia e cirurgia foram realizadas sem intercorrências. Pós-operatório ocorreu sem intercorrências. Paciente recebeu alta no 5º PO. **DISCUSSÃO:** Apesar de não haver contraindicação absoluta à realização de bloqueio de neuroeixo, foi decidido realizar anestesia geral para maior segurança da paciente e do ato anestésico. **REFERÊNCIA:** Anticoagulants: A Review of the Pharmacology, Dosing, and Complications. Mohammed Alquwaizani, Leo Buckley, Christopher Adams et al. British Journal of Anaesthesia 107 (S1): i96-i106 (2011) doi: 10.1093/bja/aer381. Regional anaesthesia in the patient receiving antithrombotic and antiplatelet therapy T. T. Horlocker Department of Anesthesiology, Mayo Clinic, Rochester, MN 55905, USA.

AVALIAÇÃO DA DIFERENÇA ENTRE O PESO AFERIDO E O AUTO-REFERIDO PELO PACIENTE DURANTE A CONSULTA PRÉ-ANESTÉSICA NO AMBULATÓRIO DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO (HNSC)

AUTORES:

Daisson José Trevisol, Ricardo Viana Rezende*, Thissiane Engel Brandt, Eduardo Bianchini.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Nossa Senhora da Conceição.

INTRODUÇÃO: Para a realização de uma anestesia geral a dose da grande maioria das medicações administradas durante a indução, manutenção ou término de uma anestesia são calculadas conforme o peso do paciente (peso real ou corrigido). Investigações apontam que os homens tendem a superestimar o valor do peso corporal enquanto as mulheres a subestimá-lo. Este trabalho teve como objetivo avaliar se há diferença entre o peso aferido e o peso referido pelo paciente durante a consulta pré-anestésica no ambulatório do HNSC. **MÉTODO:** Estudo transversal para avaliação de todos os pacientes do ambulatório pré-anestésico do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Tubarão-SC. Foram incluídos todos os pacientes maiores de 18 anos submetidos à cirurgia no período 24 de junho a 25 de julho de 2013. **RESULTADO:** Foram avaliados 123 pacientes sendo 69 (56,1%) mulheres e 54 (43,9%) homens. A maioria dos entrevistados não possuía ensino fundamental completo. Com relação ao tipo de anestesia verificou-se que 32,5% foram submetidos à anestesia geral. A média do peso referido foi de 71,9 kg (DP=14,5), enquanto que a média do peso aferido foi de 73,0 kg (DP=15,2). Na comparação de médias houve uma tendência significativa entre o peso referido e o aferido, sendo que o peso aferido foi maior (P=0,07). Quando avaliados por sexo a diferença mostrou-se significativa para o sexo masculino (P<0,001), mas não mostrou diferença no feminino (P=0,157). **CONCLUSÃO:** Conclui-se que houve uma tendência em reduzir o peso entre os entrevistados. No entanto, diferente do encontrado em algumas literaturas, o sexo masculino foi o que apresentou diferença significativa com relação ao peso. Há necessidade de continuidade do estudo para aumento do tamanho da amostra e confirmação dos resultados. **REFERÊNCIA:** 1. Rech CR, Petroski EL, Böing O, Júnior RJB, et al. Concordância Entre as Medidas de Peso e Estatura Mensuradas e Auto-Referidas para o Diagnóstico do Estado Nutricional de Idosos Residentes no Sul do Brasil. Rev Bras Med Esporte 2008; 14: 126-30. 2. Marangon AFC, Fernandes LGM, Marcondelli P. Peso e altura auto-referidos: um breve relato da literatura. Universitas Ciências da Saúde; 03: 161-71.

AValiação DO AMBULatório PRÉ-ANESTÉSICO DO HOSPITAL ESCOLA – UFPEL – A VISÃO DO PACIENTE

AUTORES:

Juliana Nobre Kabke, Mateus da Silva Meireles, Eliana Antunes Westrupp, Roberta Perim Rigobello, Gastão Fernandes Duval Neto.

INSTITUIÇÃO:

HE-UFPEL.

INTRODUÇÃO: A promoção da avaliação pré-operatória de alta qualidade é a chave principal para o bom preparo pré-operatório e definição da conduta peri-operatória anestésica. Quando realizada em nível ambulatorial, essa avaliação permite uma análise mais aprofundada, tornando possíveis investigações adicionais, podendo melhorar o quadro clínico de alguns pacientes, inclusive diminuindo os custos hospitalares e melhorando a qualidade e segurança do atendimento do paciente cirúrgico. As publicações sobre o atendimento pré-operatório ambulatorial em anestesia (APOA) tem evidenciado um aumento significativo em sua qualidade, muito embora, a satisfação do paciente em relação ao mesmo tenha sido pouco pesquisada até o presente (2, 4 5). **OBJETIVOS E JUSTIFICATIVAS:** O presente estudo, retrospectivo e prospectivo, objetivou observar a importância da avaliação ambulatorial anestésica (APOA) sob a específica visão dos pacientes submetidos ao APOA no Hospital Escola – UFPEL (HE-UFPEL). A pesquisa visou a melhoria do atendimento do APOA baseado nos conceitos emitidos pelos pacientes submetidos ao mesmo, avaliando a validade de sua criação, manutenção e possível reestruturação. **MATERIAIS E MÉTODO:** A pesquisa se baseou na utilização de um questionário contendo perguntas sobre a visão do paciente do APOA do HE-UFPEL no período de um ano (01 de agosto de 2011 a 31 de julho de 2012). O questionário foi aplicado por residentes da anestesiologia em dois momentos: na noite prévia ao procedimento, ou na sala cirúrgica imediatamente antes da cirurgia. O consentimento livre esclarecido foi considerado como aceitação em participar do estudo. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética do HE-UFPEL. Foram excluídos pacientes menores de 14 anos, pacientes com déficit cognitivo, pacientes portadores de necessidades especiais neurológicas ou que não se dispuseram a responder o questionário. **RESULTADO:** Dos 181 entrevistados 98% consideram o APOA importante, dentre as respostas afirmativas: 38% referem à importância por esclarecer dúvidas; 13% pela atenção recebida; 12% porque a consulta o deixou tranquilo; 12% porque o procedimento anestésico foi explicado; 12%; porque foram solicitados mais exames diagnósticos; 5% porque tem medo da anestesia; 5% porque o médico realizou questionário de tudo; 5% porque é obrigatório para realizar a cirurgia; 3% para o anestesista conhecer o paciente; 2% porque o médico realizou exame físico; 1% para saber os riscos que tem e 2% outras justificativas. Dos 2% que não consideram o APOA importante; 67% responderam que consideram perda de tempo e 33% responderam negativamente como ter que ir mais de uma vez ao hospital. **CONCLUSÃO:** A significativa porcentagem das respostas afirmativas, ao questionário do presente trabalho, evidencia a qualidade do APOA-HE-UFPEL e justificam a sua manutenção.

CONDUTA ANESTÉSICA PERIOPERATÓRIA EM PACIENTES COM INSULINOMA

AUTORES:

Cristiane Gurgel Lopes Faria, Rogean Rodrigues Nunes, Fábio Pontes de Oliveira*, Patrícia Perla da Fonseca, José Carlos Rodrigues Nascimento, Leonardo Gurgel Leite.

INSTITUIÇÃO:

CET-HGF.

INTRODUÇÃO: O insulinooma é um tumor das células beta pancreáticas que pode causar hipoglicemia grave. As manifestações estão ligadas à exacerbação da atividade do sistema nervoso simpático levando à taquicardia, palpitações e diaforese. Em relação ao sistema nervoso central, determina sintomas que variam desde cefaléia até convulsões.

RELATO DE CASO: Mulher, 24 anos, P1, com sintomas neuroglicopênicos atribuídos a insulinooma. Constatou-se hipoglicemia com elevação da insulina (glicemia 40mg. dL-1 e insulina 90uUI. mL-1). Ultrassonografia endoscópica: nódulo 17 x 10 mm em cabeça de pâncreas. Hemograma, coagulograma, eletrocardiograma e radiografia de tórax normais. Durante jejum de 6h, administrou-se 0, 3g. kg-1. h-1 de glicose i. v. , com glicemias horárias de 100 a 155mg. dL-1. Eletrólitos eram normais 1h antes do procedimento. Monitorização: cardioscópio, oxímetro de pulso, BIS, Presep® e Flotrac®. Infundidos 3mg de midazolam e 5µg de sufentanil. Realizado bloqueio epidural T9-T10 com ropivacaína 0, 375%-45mg, morfina 2mg e sufentanil 20ug, inserido-se cateter. Indução realizada com propofol 80mg, sufentanil 15µg, cisatracúrio 2, 5mg, todos i. v. , e intubação traqueal. Manutenção com sevoflurano, remifentanil(Se) e sulfato de magnésio, mantendo-se BIS entre 40 e 60. Glicemias aferidas a cada 30 minutos com níveis entre 75 e 200 mg. dl-1, com infusão de glicose 0, 15 a 0, 30g. kg-1. h-1, interrompida após ressecção do tumor. Após este tempo cirúrgico, as glicemias variaram de 166 a 175mg. dL-1, sugerindo retirada tumoral. Paciente manteve parâmetros de boa perfusão tecidual durante todo o procedimento. Extubada em sala. Administrada morfina 2mg no cateter epidural. Pós-operatório em UTI por 24h, recebeu alta hospitalar no oitavo dia. **DISCUSSÃO:** O jejum aumenta o risco de hipoglicemia no pré-operatório, sendo necessária a administração de glicose neste período. A infusão pode ser mantida durante o procedimento ou interrompida 2 a 3 horas antes da incisão cirúrgica. A monitoração frequente da glicemia é necessária durante a ressecção do insulinooma. Manifestações de hipoglicemia como taquicardia e sudorese podem ser interpretadas como plano superficial de anestesia, podendo ocorrer principalmente durante a manipulação do tumor, e o retardo em tratá-las pode resultar em lesões no sistema nervoso central. Para manter níveis seguros de glicose sanguínea sugerem-se medições a cada 10 ou 15 minutos. Nesse caso, a glicemia foi aferida a cada 30 minutos o que foi, aparentemente, adequado. Sinais de hiperatividade simpática, sobretudo após a manipulação tumoral, justificam novas dosagens da glicemia para afastar o risco de hipoglicemia grave. **REFERÊNCIA:** aMuir JJ, Endres SM, Offord K et al. – Glucose management in patients undergoing operation for insulinooma removal. Anesthesiology, 1983; 59: 371-375.

ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE QUESTIONÁRIO AUTO APLICADO PARA AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA: ESTUDO PILOTO

AUTORES:

Walter Escouto Machado, Gabriel Spat Carlesso, Vasco Miranda Júnior, Fernando Rudem Brasil, Eduardo Lopes Machado, Candissa Silva da Silva.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

JUSTIFICATIVA: A utilização de questionários auxilia o anestesiológico na obtenção de informações para a avaliação pré-operatória (APO). Assim, um questionário auto aplicado (QAA) com informações relevantes e confiáveis torna-se um importante instrumento para essa avaliação. **OBJETIVO:** Elaborar e validar um QAA para auxiliar a APO e para a triagem de pacientes que necessitam de consulta presencial prévia dos que podem ser avaliados na mesma data da cirurgia. **MÉTODO:** Foram recrutados pacientes do serviço de APO da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. A amostra foi composta de 41 pacientes de ambos os sexos com idade entre 14 e 74 anos. Inicialmente, os pacientes homologaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Responderam ao QAA que consistia em 39 perguntas, sendo que dessas 3 eram abertas e 36 fechadas, sendo permitido ajuda de um familiar e/ou acompanhante. Posteriormente, um anestesiológico aplicava o mesmo questionário ao paciente. Ao final dessa etapa, o paciente foi encaminhado à APO com anestesiológico cegado quanto às respostas do questionário. A análise das informações foi realizada por dois avaliadores independentes que correlacionavam às respostas do paciente, do anestesiológico entrevistador e do anestesiológico da APO, na presença de divergência foi recrutado um terceiro avaliador. Assim, buscou-se responder as seguintes perguntas: “As respostas dos pacientes são semelhantes tanto no QAA quanto na entrevista com um anestesiológico?”; “O QAA consegue triar os pacientes que necessitam de consulta prévia dos que podem ser avaliados no mesmo dia da cirurgia?”. Para a análise estatística, utilizou-se o software Statist versão 10. Utilizou-se o teste exato de Fisher para comparação de frequências, sendo considerado estatisticamente significativo $p < 0,05$. **RESULTADO:** A amostra foi composta por 27 mulheres e 14 homens, idade $49,7 \pm 15,2$. Do total de pacientes avaliados 10% necessitaram de ajuda para responder ao QAA. Nas perguntas fechadas: “sim”, “não” e “não sei”, as respostas entre pacientes e anestesiológico foi respectivamente: 18, 3 vs 20, 9%; 76, 8 vs 78, 7%; 2, 2 vs 0, 4% ($p > 0,05$); 2, 7% das perguntas não foram respondidas pelos pacientes. A partir das respostas obtidas pelo QAA, 65, 8% dos pacientes poderiam ter sido liberados da consulta prévia da APO. O QAA apresentou 75% de sensibilidade e 60% de especificidade para a triagem dos pacientes. **CONCLUSÃO:** O questionário obteve respostas semelhantes tanto na forma auto aplicável quanto na entrevista com o anestesiológico. Além disso, foi capaz de triar os pacientes que necessitavam de APO prévia daqueles que poderiam ser avaliados no mesmo dia da cirurgia. **REFERÊNCIA:** Mendes, Florentino F et al. Avaliação Pré-Operatória: Triagem Por Meio De Questionário. Rev Bras Anesthesiol. 2013;63(4): 347-351.

EXAMES COMPLEMENTARES: RELAÇÃO CUSTO-BENEFÍCIO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

AUTORES:

Jerusa Guilermonmi Castilho, Felipe Siqueira Ramos, Elton Constantino, Oscar César Pires, Irimar de Paula Posso.

INSTITUIÇÃO:

Universidade de Taubaté.

INTRODUÇÃO: Os exames laboratoriais eram considerados métodos de triagem de doenças pré-existentes ou ainda não diagnosticadas. Com a racionalização dos custos fez com que os médicos fossem precisos quanto à história e ao exame físico, a fim de limitar os exames para casos indicados. A avaliação pré-anestésica consiste no reconhecimento clínico de informações que determinarão a conduta adequada no pré-operatório, restringindo exames às reais necessidades do paciente, aumentar a qualidade do ato anestésico e reduzir a morbimortalidade e os custos. Fora do contexto clínico, o excesso de exames pode gerar um elevado número de falso positivos e negativos. Assim, com base na literatura estudada, é necessário avaliar a existência de correlação clínica e os exames complementares pré-operatórios de pacientes submetidos a anestesia, e analisar o impacto financeiro decorrente dos custos da realização destes. Este estudo teve como objetivo avaliar o custo benefício da realização de exames de rotina no pré-operatório de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos no Hospital Universitário de Taubaté. **MÉTODO:** Estudo transversal, aprovado no comitê de ética, realizado com 120 pacientes, de ambos os sexos, com idade superior a 01 ano, agendados para cirurgias eletivas no Hospital Universitário de Taubaté, nas mais diversas especialidades, coletando dados do prontuário médico e avaliando, por meio de análises estatísticas, a prevalência de falso-positivos, falso-negativos e o custo financeiro da coleta de exames desnecessários. **RESULTADO:** Dos 120 pacientes participantes, 66 eram do sexo feminino (55%) e 54 masculino (45%) média de idade de 46 anos ($DP=17,82$); estado físico 75 pacientes eram ASA I (62, 5%), 43 ASA II (35, 8%) e 2 ASA III (1, 7%). Apresentavam comorbidades 45 (37, 5%) desses 23 (19, 2%) foram avaliados por outros especialistas. Foram coletados 1015 exames complementares pré-operatório, 800 (78%) sem evidências clínicas para coleta; com índice de alteração em 40 (3, 9%); sem houver suspensão da cirurgia ou mudança na conduta anestésica. O custo a instituição baseado nos valores repassados pelo SUS contabilizou 4 mil reais; sendo que 120 cirurgias correspondem a 20% das cirurgias eletivas realizadas mês. **CONCLUSÕES:** A avaliação pré-anestésica tem como objetivo reduzir a morbidade peri operatória, e quando realizada por profissionais anestesiológicos gera diminuição de gastos pela instituição, direcionando recursos para outras finalidades. É necessário também uma sintonia entre a equipe cirúrgica e o ambulatório de pré anestésico visando reduzir solicitação de exames e de interconsultas com especialistas desnecessárias. **REFERÊNCIA:** 1. Roizen MF, Foss JF, Fisher SP. Preoperative Evaluation. In Miller RD. Anesthesia. 5 ed, Churchill Livingstone, 824-883, 2000. 2. Issa MRN, Isoni NFC, Soares AM, et al. Avaliação Pré-Anestésica e Redução dos Custos do Preparo Pré-Operatório. Revista Brasileira de Anestesiologia, 2011; 61: 1: 60-71.

HIPOCALCEMIA SEVERA INTERFERINDO NO ATO ANESTÉSICO - RELATO DE CASO

AUTORES:

Renan Argolo, Denise Fróes Brandão, Marcos A. C. de Albuquerque, Julio C. M. Brandão.

INSTITUIÇÃO:

Coopanest-SE.

INTRODUÇÃO: A hipocalcemia é um dos distúrbios hidro-eletrolíticos mais prevalentes dentre os pacientes internados, ficando atrás da hiponatremia. O cálcio tem papel primordial na condução dos impulsos nervosos, como mediador intracelular, na coagulação e na contração das fibras musculares. O objetivo desse relato de caso é mostrar um caso de hipocalcemia severa considerado erroneamente como normal após erro laboratorial e percebido após sinal de Trousseau durante monitorização com o esfigmomanômetro para medição da pressão arterial antes da indução anestésica. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo masculino, 29 anos, ASA III, com antecedente de laparotomia após ferimento por arma branca(FAB) em abdome há 10 dias, evoluindo com deiscência da sutura da aponeurose e eventração. Foi programada cirurgia para ressutura e correção da hérnia incisional em caráter eletivo. O paciente apresentava sinais clínicos de desnutrição com perda considerável do peso (peso na admissão: não mensurado; peso atual: 55kg; altura: 1, 70m). Antes do FAB o paciente não tinha nenhum antecedente médico significativo. Foi agendada a cirurgia em caráter eletivo após correção de hipocalcemia, hipomagnesemia e hipocalcemia associadas a(A) desnutrição. Apresentava anemia(hemoglobina sérica: 7, 9mg/dL) e demais exames laboratoriais normais, incluindo cálcio: 8, 8mg/dL(VR: 8, 8 - 10 mg/dL). O paciente foi recebido em jejum no centro cirúrgico e orientado quanto ao procedimento. Planejamento anestésico: Anestesia Geral. Possuía acesso venoso em membro superior esquerdo. Monitorização empregada: cardioscopia, oximetria de pulso, capnografia e PANI. Em seguida, logo após a colocação do esfigmomanômetro e realizada a primeira medição da pressão arterial não invasiva, verificou-se contratura da musculatura do mesmo membro(que foi filmado), caracterizando o sinal de Trousseau, com alta sensibilidade para hipocalcemia. O mesmo se repetiu após a segunda medida. Assim, a equipe médica optou por solicitar nova coleta de eletrólitos, incluindo o cálcio sérico e o procedimento foi postergado ate a chegada do resultado. Após análise, o resultado dos exames evidenciou hipocalcemia severa(6, 3mg/dL). Assim, optou-se por correção do distúrbio hidro-eletrolítico antes da realização do procedimento cirúrgico. **DISCUSSÃO:** A hipocalcemia e outros distúrbios hidro-eletrolíticos idealmente deverão ser corrigidos antes dos procedimentos cirúrgicos eletivos. O sinal de trousseau costuma ocorrer com níveis séricos de cálcio muito baixos. Tal distúrbio hidroeletrólítico poderá afetar o procedimento alterando a coagulação sanguínea, promovendo dificuldade de manutenção dos níveis pressóricos, além de dificuldade e desconforto para medir a pressão arterial em função das contraturas associadas ao uso do esfigmomanômetro.

IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA SOBRE A ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

AUTORES:

Luiz Marcelo Pianção Araújo, João Hermínio Pessoa dos Santos, Bruno Mendes Carmona, Handy Marcela da Silva Santos, Lutti Paes de Souza, Larissa Sara Cardoso Pinheiro.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Ophir Loyola.

INTRODUÇÃO: Este trabalho objetiva avaliar a importância da avaliação pré-anestésica (APA) sobre a ansiedade e depressão dos pacientes oncológicos do Hospital Ophir Loyola, analisando a prevalência destes fenômenos antes e depois da APA, além de aferir os fatores de risco e dados sócios demográficos que concorrem para o aparecimento dos mesmos. **MÉTODO:** Estudo transversal, com 45 pacientes portadores de doença oncológica cirúrgica, sendo 22 ambulatoriais e 23 internados, todos submetidos à APA em consultório. Foram incluídos no estudo pacientes com estado físico ASA I a III, de ambos os sexos, a partir de 18 anos de idade. Foram excluídos do estudo pacientes com estado físico maior que III, portadores de patologia psiquiátrica, cirurgias de urgência/emergência, deficientes auditivos, de fonação ou mental e aqueles em uso de substâncias psicoativas. Os participantes da pesquisa responderam ao questionário de dados sócio-demográficos e escalas de ansiedade e depressão (HADS). Os pacientes foram distribuídos aleatoriamente em dois grupos. Os do grupo AAPA responderam às HADS antes do início da APA, enquanto que os do grupo DAPA responderam HADS na véspera da cirurgia, depois da APA. Os pontos de corte para considerar os pacientes com/sem ansiedade e com/sem depressão foram: HAD-ansiedade: sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade ≥ 9 ; HAD-depressão: sem depressão de 0 a 8; com depressão ≥ 9 . Os testes utilizados foram teste t de Student para comparação de médias, teste G de Independência e teste Qui-quadrado de Independência, sendo p valor de 0, 05. **RESULTADO:** Constatou-se que somente existe associação significativa entre ansiedade e o estado civil do paciente ($\alpha = 0, 04$; $p < 0, 05$), sendo os casados menos propensos a apresentarem ansiedade, quando comparados ao restante. Os demais dados sócio-demográficos não apresentaram associação estatística com ansiedade ou depressão. Observou-se predomínio de ansiedade em pessoas na faixa etária de 55 a 64 anos (42, 1%), gênero feminino (80%), cor branca (55%) e católica (65%), com ensino fundamental incompleto (50%), desempregado (65%), com renda familiar de um a dois salários mínimos (57, 9%). Quanto à depressão, obteve-se predomínio na faixa etária de 55 a 64 (40%), gênero feminino (81, 8%), cor parda (63, 6%), católica (54, 5%), casado (45, 5%), com ensino médio completo (63, 6%), desempregado (63, 6%), renda familiar de um a dois salários mínimos (54, 5%). **CONCLUSÃO:** Sobre os dados sócio-demográficos em relação à ansiedade constatou-se que somente o estado civil do paciente é significativo, sendo os casados menos propensos a apresentarem ansiedade, quando comparados aos demais. **REFERÊNCIA:** 01) Marcolino JAM, Mathias LAdST, Filho LP, Guaratini AA, Suzuki FM, Alli LAC. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão: Estudo da Validade de Critério e da Confiabilidade com Pacientes no Pré-Operatório. Rev Bras Anestesiologia. 2007;57(1): 052-62.

INCIDÊNCIA DE NÁUSEAS E VÔMITOS NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS ONCOLÓGICAS DE GRANDE PORTE

AUTORES:

Fernando Koji Sakuno*, Bruno Ferraz de Campos Barone, Luciano Angelo Richetti, Gabriel Magalhães Nunes Guimarães, Angela Maria Sousa, Hazem Adel Ashmawi.

INSTITUIÇÃO:

CET da Disciplina de Anestesiol. da FMUSP.

INTRODUÇÃO: náuseas e vômitos pós-operatórios (NVPO) são considerados como piores que a dor por grande parte dos pacientes e apesar da existência de escores de risco como o escore de Apfel estes não são usados com frequência em anestésias não somente no Brasil mas em todo o mundo (Collins 2013). As cirurgias oncológicas de grande porte estão associadas a uma intensidade maior de dor e, por sua maior duração, à maior incidência de NVPO, contudo é necessário quantificar a probabilidade condicional deste evento (PONV) para o auxílio à decisão. **OBJETIVO:** quantificar a incidência de PONV dado o escore de Apfel e número de medidas antieméticas em cirurgias oncológicas de grande porte. **MÉTODO:** estudo observacional tipo coorte histórica. Após a aprovação pelo comitê de ética local foram coletados a escala de Apfel e número de antieméticos profiláticos e incidência de PONV nas primeiras 24h pós-operatórias de 410 pacientes. **RESULTADO:** a distribuição de medidas antieméticas não se relacionou com a escala de Apfel ($p=0,84$). A diminuição na incidência de PONV previsto pela escala de Apfel não foi linear, sendo muito maior nos grupos de risco e não sendo estatisticamente significativa nos grupos Apfel zero e um. **CONCLUSÃO:** assim como descrito por Collins (Collins 2013), os modelos de fatores de risco devem ser utilizados para que o custo de nossas decisões superem os riscos, sendo importante concentrar os recursos de antieméticos em pacientes de risco (escore de Apfel maior que 1). **REFERÊNCIA:** Collins G, Le Manach Y. Multivariable risk prediction models: it's all about the performance. *Anesthesiology*. 2013 Jun;118(6): 1252-3.

MANTA DE AQUECIMENTO RESISTIVO NA PREVENÇÃO DE HIPOTERMIA INTRAOPERATÓRIA: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

AUTORES:

Luana Leal Gomes, Jane Auxiliadora Amorim, Otávio Damázio Filho, Juliano Farias Cordeiro, Rosamaria Berto Alves, Diana Míriam Fernandes.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Getúlio Vargas, Recife-PE.

INTRODUÇÃO: Hipotermia é o estado em que a temperatura corporal central é $< 36^{\circ}\text{C}$. É classificada em leve ($35,9$ a 34°C), moderada ($33,9$ a 30°C) e grave $< 30^{\circ}\text{C}$. Estudos avaliaram as complicações advindas da hipotermia no intraoperatório e mostraram que além de desconforto térmico, ocorreu um aumento na incidência de complicações decorrentes de alterações prejudiciais em diversos sistemas orgânicos. Recentemente, uma nova técnica utilizando uma manta de aquecimento resistivo tem sido recomendada para prevenir hipotermia, porém são escassos os estudos que avaliaram as vantagens desse sistema de aquecimento. O objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia da manta de aquecimento resistivo na prevenção de hipotermia intraoperatória, com e sem pré-aquecimento dos pacientes. **MÉTODO:** Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa 30 pacientes programados eletivamente para cirurgias abdominais convencionais e videolaparoscópicas, sob anestesia geral, foram convidados a participar desse estudo e divididos aleatoriamente em três grupos de 10 indivíduos: Grupo A - a manta foi utilizada 30 minutos antes da indução anestésica e no intraoperatório na temperatura de 42°C ; Grupo B - a manta foi utilizada no intraoperatório na temperatura de 42°C ; Grupo C (controle) - não foram utilizados métodos ativos na prevenção de hipotermia. Em todos os pacientes a temperatura timpânica foi aferida imediatamente antes da indução anestésica (no grupo A também antes e ao término do pré-aquecimento) e após admissão na SRPA ou UTI. No intraoperatório a temperatura central foi aferida por meio de um termômetro nasofaríngeo, em intervalos de 30 minutos, até o término da cirurgia e a temperatura ambiente foi concomitantemente registrada. Foi avaliada a presença de tremor ao despertar. Considerou-se estatisticamente significativo o valor de $p < 0,05$. **RESULTADO:** Os grupos foram homogêneos quanto à idade, gênero, ASA, IMC e tempo de cirurgia. A incidência de hipotermia foi superior e estatisticamente significativa no grupo C (100% vs. 50% grupo B e 10% grupo A, $p < 0,001$). Os pacientes dos Grupo A e B apresentaram apenas hipotermia leve ($35,9^{\circ}\text{C}$ - $35,3^{\circ}\text{C}$), enquanto 40% dos pacientes do grupo C hipotermia moderada ($33,7^{\circ}\text{C}$ - $30,2^{\circ}\text{C}$). Não existiu associação estatisticamente significativa entre hipotermia e a intervenção cirúrgica ($p = 0,296$). Apenas pacientes do grupo C (7/10, $p < 0,001$) apresentaram tremor na SRPA. **CONCLUSÃO:** Nesse estudo, a manta de aquecimento resistivo mostrou eficácia na prevenção de hipotermia, especialmente no grupo em que foi aplicado o pré-aquecimento a indução anestésica. Porém na impossibilidade de realizar o pré-aquecimento este dispositivo foi capaz de evitar hipotermia moderada e grave no transoperatório. **REFERÊNCIA:** Jan L. De Witte, Caroline Demeyer, and Els Vandemaele. Resistive-Heating or Forced-Air Warming for the Prevention of Redistribution Hypothermia. *Anesth Analg* 2010;110: 829-33.

PARADA CARDÍACA RELACIONADA A ANESTESIA E PERIOPERATÓRIA. REVISÃO SISTEMÁTICA COM META-ANÁLISE PROPORCIONAL E META-REGRESSÃO

AUTORES:

Fernando Akira Koga, William Wakasugui, Verusca Michele Oliva*, Regina El Dib, Leandro Gobbo Braz, José Reinaldo Cerqueira Braz.

INSTITUIÇÃO:

Faculdade de Medicina de Botucatu Unesp Departamento de Anestesiologia.

INTRODUÇÃO: Devido ao aumento progressivo na demanda de procedimentos anestésico-cirúrgicos tem se dado maior ênfase à segurança perioperatória. Com o avanço tecnológico e melhoria das condições de atendimento, alguns estudos tem apontado uma tendência de queda de complicações relacionadas à anestesia ao longo dos anos¹. O objetivo deste estudo foi determinar o risco de parada cardíaca (PC) relacionada à anestesia e perioperatória de acordo com o índice de desenvolvimento humano (IDH) de cada país (< 0. 8 versus ≥ 0. 8) e ao longo das décadas (pre-1990s versus 1990s-2010s). **MÉTODO:** Uma revisão sistemática foi realizada para identificar estudos (sem restrições de idioma) publicados até fevereiro de 2013. Dois autores selecionaram os estudos para inclusão e extraíram informações para identificar autor(es), período de publicação e recrutamento, país de origem, população anestésica, método de coleta de dados e incidência de PC. Foi realizada uma meta-análise proporcional com os pesos estimados de cada estudo com um intervalo de confiança (IC) de 95%. Uma análise de meta-regressão foi realizada para avaliar a incidência de PC ao longo do tempo e quanto ao IDH. **RESULTADO:** Cinquenta estudos com 11, 706, 077 anestésias foram incluídos seguindo critérios propostos. A incidência de PC relacionado à anestesia declinou ao longo das décadas tanto nos países com elevado IDH [2 por 10, 000 (IC 95% 2-2) para 0. 6 por 10, 000 (IC 95% 0. 5-0. 6)] como nos países com baixo IDH [13 por 10, 000 (IC 95% 10-16) para 3 por 10, 000 (IC 95% 2-3)]. A incidência de PC no período perioperatório decresceu ao longo das décadas tanto nos países com elevado IDH [7 por 10, 000 (IC 95% 7-8) para 6 por 10, 000 (IC 95% 6-6)] como nos países com baixo IDH [27 por 10, 000 (IC 95% 24-31) para 17 por 10, 000 (IC 95% 16-19)]. As incidências de PC relacionada à anestesia e no período perioperatório foram mais altas nos países com baixo IDH comparadas aos países com alto IDH (p<0. 0001). A análise de meta-regressão demonstrou relação significativa do risco de PC relacionada à anestesia e perioperatória com IDH (p=0. 027 e 0. 016, respectivamente). **CONCLUSÕES:** A incidência de PC relacionada à anestesia e perioperatória declinaram significativamente tanto nos países com baixo, como também nos países com alto IDH ao longo das décadas, com maior redução nos países em desenvolvimento. Ao longo das décadas, as incidências foram maiores nos países com baixo IDH comparadas aos países com alto IDH. **REFERÊNCIA:** 1- Bainbridge D, Martin J, Arango M et al. Perioperative and anaesthetic-related mortality in developed and developing countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2012;380: 1075-81.

Monitorização e Avanços Tecnológicos

ALTERAÇÕES NO ÍNDICE BISPECTRAL RELACIONADAS À HIPOGLICEMIA

AUTORES:

Fernanda Carnielli Uliana*, Mariana Suede Guimarães, Marcos Célio Brocco, Carlos Eduardo David de Almeida, Antônio Roberto Carraretto.

INSTITUIÇÃO:

CET integrado Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes - Hospital da Associação dos Funcionários Públicos do Espírito Santo.

INTRODUÇÃO: O índice bispectral (BIS) é um parâmetro multifatorial derivado do eletroencefalograma que permite a monitorização do componente hipnótico da anestesia. Os valores observados do BIS podem sofrer alterações e influência de agentes anestésicos não incluídos durante sua elaboração e variadas situações clínicas, como hipoglicemia.

RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 66 anos, estado físico ASA II, portadora de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2. Programada para cirurgia de derivação bilio-digestiva. Monitorizada conforme a resolução do CFM nº 1802/2006, além de pressão arterial invasiva e índice bispectral. Submetida à anestesia geral com remifentanil (alvo de 2ng/ml), propofol (2mg/Kg) e cisatracúrio (0, 15mg/Kg) e mantida com remifentanil e sevoflurano. Os valores de BIS foram mantidos em torno de 37. Após cerca de 30 minutos de cirurgia, com alvo do remifentanil a 5ng/ml, sevoflurano à 1% , PAM de 80mmHg e FC de 85 bpm, o BIS apresentou progressiva diminuição alcançando valores entre 20 e 25 com taxa de supressão de 18. Realizada glicemia capilar com valor de 52mg/dL. Administrado glicose hipertônica elevando a glicemia para 95mg/dL e observado aumento do BIS para 42, com taxa de supressão de zero.

DISCUSSÃO: A associação entre hipoglicemia e diminuição do BIS é demonstrada na literatura. É importante estar atento a este fato, principalmente em pacientes diabéticos. A diminuição dos valores do BIS, sem motivos aparentes, durante anestesia geral pode estar relacionada a hipoglicemia e não necessariamente ao plano anestésico, influenciando condutas e manuseio do paciente. **REFERÊNCIA:** Vivien B, Langeron O, Riou B. Increase in Bispectral Index (BIS) While Correcting a Severe Hypoglycemia. *Anesth Analg*. 2002;95: 1824-25. Duarte LTD, Saraiva RA. Quando o índice bispectral (BIS) pode fornecer valores espúrios. *Rev Bras Anesthesiol*. 2009;59: 99-109

CONCORDÂNCIA DO MONITORAMENTO NÃO INVASIVO DA HEMOGLOBINA PELO CO-OXÍMETRO DE PULSO (SPHB) COM A MEDIÇÃO INVASIVA DO LABORATÓRIO

AUTORES:

Edmundo Pereira de Souza Neto, Rafael Carvalho Hardman, Juliana Laís Carneiro, Pedro Freitas Mortatti, Osni Lalier Junior, José Francisco Cursino de Moura Jr. .

INSTITUIÇÃO:

Hospital Regional de Presidente Prudente.

INTRODUÇÃO: Durante a cirurgia, os anesthesiologistas necessitam lidar com eventos hemorrágicos quando a hemoglobina muda rapidamente. Um método não invasivo, utilizando a espectrofotometria, chamado CO-oxímetro de pulso (SpHb) esta disponível. No presente estudo, testamos se a SpHb é semelhante a medição invasiva do laboratório em períodos hemorrágicos. **MATERIAIS E MÉTODO:** Após a aprovação pelo Comitê de Ética local, e obtenção do consentimento informado, adultos submetidos a cirurgias com possibilidade de grande perda sanguínea, foram selecionados. Todos os pacientes foram monitorados com Radical-7® Pulse CO-oxímetros, (sensores F, Masimo SET 7. 8. 0. 1, Portátil R7. 7. 4. 8, D Station (DC) R5. 1. 4. 0. Masimo Corp, Irvine, CA). Foi colhida uma amostra de sangue arterial para medição dos níveis de hemoglobina (Hb): 15 minutos após a incisão, nos momentos hemorrágicos (perda de pelo menos 400 ml em 40 minutos) e no final da cirurgia. O valor da SpHb no momento da colheita do sangue foi comparado o valor do laboratorial obtido em 02 aparelhos, o XE-2100® (Sysmex Corporation, Kobe, Japão) [HbXE] e o COBAS B221® (Roche Diagnostics, Indianapolis, USA) [HbC]. O teste de Bland e Altman foi utilizado para determinar o Viés (erro), a precisão e a concordância entre o valor da SpHb e o de cada método laboratorial. Calculamos a porcentagem de outliers que foram definidos como valores de SpHb, diferentes de cada método laboratorial de pelo menos 1 g. dL-1. Foram utilizados os testes não paramétricos de Wilcoxon, para comparação entre as medidas. Os resultados serão expressos como media \pm desvio absoluto da media (DAS). $P < 0, 05$ foi considerado como significativo (StatView TM, version 4. 57, Abacus Concepts Inc. , Berkeley, CA, USA). **RESULTADO:** Ao total, 20 colheitas de sangue e 20 valores simultâneos de SpH foram coletados de 08 pacientes. A media \pm DAS da hemoglobina foi de 10, 5 \pm 1, 9 [7, 1 - 14, 7] para a HbC, 10, 4 \pm 1, 8 [7, 0 - 14, 2] para a HbXE e 10, 6 \pm 1, 6 [7, 4-14, 8] para a SpHb. O Viés (erro), a precisão, e o numero de outliers entre os três métodos são mostrados abaixo: Viés (g/dL) LC (g/dL) IC 95 % (g/dL) Outliers n (%) HbC vs SpHb 0, 01 \pm 1, 25 0, 01 \pm 2, 48 [- 1, 36; 1, 39] 4 (20%) HbXE vs SpHb 0, 06 \pm 1, 18 0, 06 \pm 2, 36 [-1, 29; 1, 42] 5 (25 %) IC 95% = Intervalo de confiança de 95 %; LC = Limite de concordância; SpHb = hemoglobina calculada por espectrofotometria; HbC = hemoglobina calculada pelo aparelho COBAS B221®, HbXE = hemoglobina calculada pelo aparelho XE-2100®. **CONCLUSÃO:** Nosso estudo, com um número reduzido de pacientes, mostrou uma boa acurácia da SpHb com dois métodos de medição laboratorial da hemoglobina. Como a SpHb é não-invasiva, contínua e imediata, ele tem vantagens sobre as medições intermitentes. Novos estudos, com maior amostragem, são necessários para evidenciar possíveis diferenças. **REFERÊNCIA:** 1 - Lamhaut L, et al. Anesthesiology 2011;115(3): 548-54.

ERRO DE AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL INVASIVA EM PACIENTE COM DOENÇA ATEROSCLERÓTICA: RELATO DE CASO

AUTORES:

Mariana Suede Guimarães, Marcos Célio Brocco, Antônio Roberto Carraretto, Carlos Eduardo David de Almeida, Fernanda Carnielli Uliana*.

INSTITUIÇÃO:

CET integrado Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes - Hospital da Associação dos Funcionários Públicos do Espírito Santo.

INTRODUÇÃO: A monitorização invasiva da pressão arterial é indicada em procedimentos com previsão de grandes oscilações de pressão arterial e em cirurgias onde é necessário acompanhar batimento a batimento a perfusão de órgãos importantes. Em cirurgias da artéria carótida, a preocupação da conduta anestésica está em manter a perfusão cerebral adequada, sendo obrigatória a monitorização invasiva da pressão arterial. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino, 67 anos, estado físico ASA III, portadora de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2 e doença aterosclerótica sistêmica. Programada para cirurgia de endarterectomia de carótida esquerda. Monitorizada de acordo com a resolução do CFM nº 1802/2006 e realizada sedação com 50 μ g de fentanil e 2mg de midazolam. Ao exame a pressão arterial não invasiva em membro superior esquerdo foi de 140x80mmHg. Prosseguiu-se com cateterismo de artéria radial esquerda para monitorização da pressão arterial invasiva que apresentou valor de 110x95mmHg. Observou-se que o traçado da onda no monitor apresentava-se com qualidade duvidosa, com ondas de baixa amplitude e tendência à convergência das pressões sistólica e diastólica. Avaliado então os pulsos periféricos da paciente e notou-se um pulso de maior amplitude em artéria pediosa direita. Optou-se pelo cateterismo desta que apresentou valor de pressão arterial de 180x100mmHg. Seguiu-se com procedimento cirúrgico sendo as condutas direcionadas com base nos maiores valores de pressão. **DISCUSSÃO:** Pacientes submetidos à cirurgia vascular geralmente apresentam doença aterosclerótica sistêmica com comprometimento do fluxo sanguíneo em diversas regiões do corpo. Dessa forma os pulsos se apresentam com amplitudes diferentes e, se não notados, podem prejudicar a monitorização e condutas no intraoperatório. Esse fato mostra a importância da avaliação dos pulsos periféricos antes de se obter um acesso arterial para monitorização de pressão invasiva. **REFERÊNCIA:** Wax DB, Lin H, Leibowitz AB. Invasive and Concomitant Noninvasive Intraoperative Blood Pressure Monitoring: Observed Differences in Measurements and Associated Therapeutic Interventions. Anesthesiology. 2011;115: 973-78. Frank SM, Norris EJ, Christopherson R et al. Right and Left arm Blood Pressure Discrepancies in Vascular Surgery Patients. Anesthesiology. 1991;75: 457-63.

INTERFERÊNCIA DA MOVIMENTAÇÃO NO MÉTODO OSCILOMÉTRICO DE MEDIDA DE PRESSÃO ARTERIAL

AUTORES:

Mariana Suete Guimarães*, Fernanda Carnielli Uliana, Marcos Célio Brocco, Antônio Roberto Carraretto, Carlos Eduardo David de Almeida.

INSTITUIÇÃO:

CET Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes - Hospital da Associação dos Funcionários Públicos do Espírito Santo.

INTRODUÇÃO: Aparelhos de pressão não invasivos são usados extensivamente para medir de forma acurada e automática a pressão arterial de pacientes cirúrgicos. A acurácia da medida depende de vários fatores, dentre eles, a movimentação do membro do paciente. Relatamos um caso em que a medida da pressão foi afetada por esse artefato. **RELATO DO CASO:** Paciente do sexo masculino, 35 anos, estado físico ASA I, programado para cirurgia de colecistectomia videolaparoscópica. Monitorizado de acordo com a resolução do CFM N° 1802/2006 acrescido de monitorização de bloqueio neuromuscular e BIS. Induzida anestesia geral com 5 µg/kg peso de fentanil, 0.6 mg/kg de peso de rocurônio e 2 mg/kg de peso de propofol sem intercorrências. Medidas da pressão arterial seriadas de 3 em 3 minutos normais e compatíveis com o nível de profundidade anestésica e valores pré indução. Após 45 minutos de cirurgia, medidas de pressão arterial progressivamente mais altas foram notadas apesar dos valores constantes do BIS e frequência cardíaca. Realizados ajustes da anestesia como novos bolus de fentanil, aumento na infusão de propofol e administração de droperidol sem sucesso. Notado que a monitorização do bloqueio neuromuscular (estímulo simples de 1Hz) era realizada no mesmo membro em que o manguito estava posicionado. Após a interrupção do estímulo elétrico no nervo ulnar, as medidas de pressão arterial mostraram-se compatíveis com o nível de profundidade anestésica do paciente. O caso continuou sem outras intercorrências. **CONCLUSÃO:** O monitor de pressão arterial não invasivo utiliza o método oscilométrico para estimar as pressões arteriais média, sistólica e diastólica. As pulsações arteriais são transmitidas para o manguito que estima as pressões. Como o manguito é usado para medir essas pulsações, o monitor é sensível a outros sinais pulsáteis externos detectados pelo manguito, como artefatos de movimento do membro. Nesse caso hipotetizamos que a movimentação do membro do paciente causada pelo monitor de bloqueio neuromuscular em uma frequência constante (1 Hz) interferiu na medida da pressão arterial. O caso ilustra a importância da verificação dos aparelhos de monitorização e da adequação da monitorização na existência de múltiplos aparelhos. **REFERÊNCIA:** Ramsey M. Blood pressure monitoring: automated oscillometric devices. J Clin Monit 7: 56-57, 1991.

MONITORIZAÇÃO ELETROENCEFALOGRÁFICA COM CSI E MORTE ENCEFÁLICA

AUTORES:

Jéssica Silva Miranda, Leopoldo Jorge de Menezes*, Odon Tavares de Souza Neto, Cristiane Gurgel Lopes Farias, Rogean Rodrigues Nunes, João Victor Lopes Damasceno.

INSTITUIÇÃO:

CET-HGF.

INTRODUÇÃO: O índice de estado cerebral (CSI) é obtido da análise das alterações da atividade elétrica cerebral observada desde a perda até o retorno ao estado consciente de um paciente sob anestesia geral e foi desenvolvido para monitorizar a profundidade da anestesia utilizando parâmetros corticais e subcorticais. A sua aplicação é materializada em um monitor com dois canais referenciais de análise da atividade elétrica do sistema nervoso central (SNC). Os valores indicados pela monitorização CSI variam de 0 a 100, correspondendo ao intervalo entre inatividade elétrica cerebral e estado de alerta, respectivamente. Os valores entre 40 e 60 são adequados durante a manutenção da anestesia geral. A taxa de supressão, cujo valor normal é zero, pode indicar hipoperfusão quando seus valores são diferentes de zero. A eletromiografia, que representa atividade bulbopontina, está presente em pacientes não anestesiados e apresenta valor igual a zero quando a atividade elétrica do tronco cerebral está ausente ou muito baixa. A morte encefálica (ME) é definida como condição na qual há perda irreversível das funções cerebrais, incluindo o tronco encefálico. Relato de caso-Paciente com 55 anos e história de hipertensão arterial sistêmica em uso de atenolol, 50mg ao dia, apresentou cefaléia súbita com perda da consciência, sendo encaminhada ao hospital. Tomografia computadorizada evidenciou hemorragia subaracnóideia e EEG com supressão da atividade elétrica. Foi intubada em ventilação mecânica e posterior diagnóstico de morte cerebral. Ao ser instalado o CSI, observou-se os seguintes parâmetros: taxa de supressão de 100%, CSI igual a zero e eletromiografia igual a zero. Neste momento a paciente não estava sob efeito de agentes anestésicos nem bloqueadores neuromusculares. **CONCLUSÃO:** Baseado nos dados fornecidos pelo equipamento (CSI, TS e EMG) os quais foram indicativos de comprometimento grave, tanto de córtex como de tronco cerebral, em pacientes com diagnóstico de morte cerebral, sugere-se como mais uma possibilidade de critério diagnóstico, não invasivo, de ME. No entanto, muitos estudos ainda são necessários para validar o papel desses monitores, como critério legal, na confirmação da morte cerebral. **REFERÊNCIA:** Fyntanidou B, Grosomanidis V, Aidoni Z, et al. Bispectral index scale variations in patients diagnosed with brain death. Transplantation Proceedings, 2012, 44, 2702-2705. Jacobsohn E, De Wet C, Tymkew H, et al. Use of ter patient state index(PSI) to assist in the diagnosis of perioperative neurological injury and brain death, 2005;19: 219-222.

MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA NA AVALIAÇÃO DE RESERVA FUNCIONAL HEPÁTICA NO INTRA-OPERATÓRIO

AUTORES:

Beatriz Ferreira Alves, Daniel Vieira de Queiroz, Lucas Moura Lopes, Felipe Wanderley Coelho, Marialice Vieira Cardoso.

INSTITUIÇÃO:

CET Prof. Fabiano Gouvea do Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro.

INTRODUÇÃO: A ressecção hepática é o tratamento de escolha para tumores hepáticos primários e secundários. Apesar dos avanços nas técnicas de ressecção, das intervenções anestésicas e do cuidado perioperatório, a falência hepática continua sendo a maior causa de morbimortalidade após hepatectomias extensas. Uma estimativa correta da reserva funcional hepática é essencial para prevenir a falência hepática pós-operatória. Porém, testes bioquímicos hepáticos não mostraram valores preditivos satisfatórios. O clearance do verde de indocianina vem sendo estudado e utilizado como preditor precoce de disfunção hepática pós-operatória e sua mensuração pode ser realizada através de monitores hemodinâmicos (PICCO®). **RELATO DO CASO:** Paciente de 68 anos, sexo masculino, portador de múltiplas metástases hepáticas devido tumor de cólon direito já ressecado, com proposta de ressecção hepática direita e enucleação de lesão à esquerda, com mensuração intraoperatória da função hepática através do clearance do verde de indocianina. Devido a alteração neste teste após hepatectomia direita, não foi realizada a abordagem da lesão à esquerda. **DISCUSSÃO:** O verde de indocianina, após injeção intravenosa, é completamente eliminado do plasma pelo fígado e excretado pela bile, correlacionando-se bem com a reserva funcional hepática. O clearance do verde de indocianina, mensurado por espectrofotometria de pulso através do uso do PICCO®, é um teste rápido, não invasivo e confiável em pacientes submetidos à hepatectomias, que auxilia na predição e detecção precoce de disfunção hepática pós-operatória. No caso relatado, o uso intraoperatório do clearance do verde de indocianina alterou a conduta cirúrgica, reduzindo a extensão da ressecção inicialmente proposta pela equipe cirúrgica. **Bibliografia:** DA O'Reilly, K Dajani, P Ghaneh ET AL. Perioperative use of the LiMON method of indocyanine green elimination for the prediction and early detection of post-hepatectomy liver failure. *EJSO* 35 (2009) 957-962. Miller's Anesthesia, 7a Ed. Chapter 75.

POSICIONAMENTO ALTERNATIVO DOS ELETRODOS DO BIS EM CIRURGIA DE RESSECÇÃO DE TUMOR FRONTAL

AUTORES:

Lidianne Vasconcelos Crespo, Ludmila Bastos Henrique, Helena de Mattos Saboia, Marco Antonio Ferro, Paulo Alipio Germano Filho, Armin Guttman.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Federal de Bonsucesso.

INTRODUÇÃO. O índice bispectral (BIS) é um parâmetro multifatorial que permite a monitorização da atividade cortical cerebral e por conseguinte se correlaciona com a profundidade anestésica. Isto tem utilidade para prevenção da consciência intraoperatória e diagnóstico de sofrimento cerebral por meio da taxa de supressão. Para tanto a atividade elétrica cortical é capturada por meio de eletrodos com posicionamento padronizado na região fronto-temporal. Este relato de caso tem como objetivo demonstrar a utilização dos eletrodos do BIS em posição alternativa, nas cirurgias em que a região frontal do paciente não está acessível. **Relato de caso.** Paciente gênero masculino, 53 anos, portador de massa cerebral fronto-parietal à esquerda com indicação de tratamento cirúrgico. Optou-se pela anestesia venosa total com uso de remifentanil, propofol alvo controlado e rocuroônio. Além da monitorização convencional, o BIS foi mensurado com instalação dos eletrodos na região parieto-occipital direita. Os valores do BIS foram compatíveis com o regime de infusão de fármacos, bem como clinicamente com o despertar. A taxa de supressão permaneceu em zero durante todo o procedimento. **DISCUSSÃO:** O BIS provê medidas quantificáveis do efeito de fármacos anestésicos no cérebro. Em caso de inacessibilidade da região fronto-temporal para colocação dos eletrodos, estes podem ser instalados na região occipital. Apesar dessa disposição não ser usual, há descrição da efetividade desse padrão de monitorização. Shiraishi, em estudo envolvendo 25 pacientes submetidos a clipagens de aneurismas cerebrais não rotos, utilizou, em cada paciente, os eletrodos de BIS na posição occipital e frontal, e comparou os medidas obtidos nas duas posições. Os sujeitos do estudo apresentaram forte correlação entre os valores de BIS encontrados nas duas montagens, bem como a taxa de supressão. Conclui-se que os eletrodos de BIS podem ser colocados na região occipital nos casos em que o campo operatório impeça o posicionamento original. **REFERÊNCIA:** Shiraishi T, Uchino H, Sagara T et al. A comparison of frontal and occipital bispectral index values obtained during neurosurgical procedures. *Anesth Analg*, 2004;98: 1773-1775.

PUNÇÃO DE VEIA JUGULAR INTERNA GUIADA POR ULTRASSOM – RELATO DE UMA SÉRIE DE CASOS EM UM CENTRO DE ENSINO E TREINAMENTO (CET)

AUTORES:

Luiz Henrique Hartwig de Araujo*, Cristiano Hahn Englert, Fábio Amaral Ribas, Viviane Mentz Dornelles, Claudio Roberto Gomes.

INSTITUIÇÃO:

Centro de ensino e treinamento - Sociedade de Anestesiologia - SANE.

INTRODUÇÃO: A inserção de um cateter venoso central é uma necessidade para diversos procedimentos anestésicos de média e alta complexidade. A técnica de inserção tradicional, baseada em referenciais anatômicos, está associada a riscos e complicações potencialmente fatais em até 21% das inserções, além de ocorrer falha do procedimento em até 20% das tentativas (1). O uso do ultrassom (US) para guiar a punção de veia jugular interna (VJI) é descrito como um método adjuvante seguro e efetivo para auxiliar a inserção de cateter central, capaz de reduzir as complicações associadas ao procedimento, mesmo quando utilizado por profissionais com menos experiência (2). Esta série de casos pretende descrever a experiência com o ultrassom para punção de veia central em um CET. Descrição: O ultrassom está disponível rotineiramente em dois hospitais onde o grupo atua. Neste ano, alguns anestesiológicos e residentes do CET, frequentaram dois cursos para o treinamento da punção da VJI utilizando o US. Estes difundiram seus conhecimentos para os demais membros e residentes do CET. Ao todo, desde 15 de maio deste ano, foram realizadas 29 punções de VJI guiadas por US. Todos os pacientes submetidos ao procedimento haviam assinado termo de consentimento livre e esclarecido para realização da anestesia. Não houve nenhuma complicação nos casos em que foi utilizada a técnica. Destas, 22 foram realizadas por médicos anestesiológicos e sete por residentes em treinamento.

DISCUSSÃO: A implantação da punção da veia jugular interna guiada por ultrassom no nosso CET têm se mostrado segura e sem complicações. É importante salientar que no mesmo serviço, de 05 de dezembro de 2012 até 31 de julho de 2013, foram registradas 16 punções arteriais inadvertidas, em 1046 casos de tentativa de acesso venoso central com a técnica baseada em referências anatômicas (1, 5%). Portanto, nos parece de suma importância a implantação do US para punção de VJI como rotina no grupo, especialmente em se tratando de um serviço com médicos em especialização. Não obstante, deve-se salientar que segundo referências literárias, se faz necessário um maior número de punções guiadas por ultrassonografia (5 a 15 dependendo do autor) para que todos os membros do grupo possam ser considerados adequadamente treinados com o método (1, 2). **REFERÊNCIA:** (1) F. L. D. Neto, C. Roehrig, P. Morandi et al. , Safety of a training program for ultrasound-guided internal jugular vein catheterization in critically ill patients. Rev Assoc Med Bras 2011; 57(4): 394-397 (2) T. J. Wigmore, J. F. Smythe, M. B. Hacking et al. , Effect of the implementation of NICE guidelines for ultrasound guidance on the complication rates associated with central venous catheter placement in patients presenting for routine surgery in a tertiary referral centre. BJA 2007;99(5): 662-5.

SENSOR BIS EM POSIÇÃO ALTERNATIVA

AUTORES:

Rogean Rodrigues Nunes*, Paulo Alcântara Xavier, Antonio Tiago Mota Pinheiro, Cristiane Gurgel Lopes Farias, Germano Pinheiro Medeiros, Sara Lúcia Ferreira Cavalcante.

INSTITUIÇÃO:

CET-HGF.

INTRODUÇÃO: A monitorização da profundidade anestésica fornecida pelo Índice Bispectral (BIS) é amplamente validado na literatura utilizando-se pontos convencionados em eletroencefalografia, como o sistema 10-10. A montagem clássica de posicionamento dos eletrodos, recomendada pelo fabricante, torna-se insatisfatória em situações onde o sítio operatório corresponde ao local de colocação do sensor. O objetivo deste caso foi mostrar uma posição alternativa do sensor, baseando-se na recomendação observada no sistema 10-10 sem alterar a função primária de cada eletrodo, comparando-se com a posição clássica. Relato de Caso-Paciente feminino, 23 anos, estado físico P1, 60kg, 1,64m, operação proposta: mamoplastia redutora. A técnica anestésica utilizada foi a venosa total com propofol e remifentanil, ambos sítio efeto e rocurônio 18mg i. v. Intubação orotraqueal sem intercorrências. Monitorização com PANI, cardioscopia, oximetria de pulso e 2 sensores BIS: um na posição clássica(direita) e outro na alternativa(esquerda). O posicionamento alternativo dos eletrodos foi realizado alocando-se o eletrodo 1 no referencial A1 (auricular esquerdo), o eletrodo 2 (terra virtual) no ponto FT11, o eletrodo 4 na posição F11, captando frequências de atividade eletromiográfica, e o eletrodo 3 no ponto FT9. A cada 10 minutos, foram anotados os valores do BIS, SEF95%, EMG e taxa de supressão. A duração do ato anestésico foi de 120 min. **DISCUSSÃO:** Os pontos convencionados como referenciais são: FPz, AFz, Fz, FCz, Cz, CPz, Pz, POz e Oz (correspondendo a uma linha que segue do násion até o ínon) e os pontos A1 e A2, denominados de auricular esquerdo e direito, respectivamente. O eletrodo 2 ou terra virtual pode ser alocado em qualquer ponto. O eletrodo 4 deve ser posicionado em pontos que captem frequências relacionadas à atividade eletromiográfica e o eletrodo 3 em pontos que captem frequências mais baixas, conceitos que foram obedecidos na posição alternativa utilizada. Os resultados obtidos mostraram-se equivalentes para os valores do BIS, SEF95%, EMG e taxa de supressão comparando-se as posições clássica e alternativa. **REFERÊNCIA:** Nelson P, Nelson JA, Chen AJ, et al. An alternative position for the BIS-Vista montage in frontal approach neurosurgical cases. J Neurosurg Anesthesiol, 2013;25: 135-142. Nunes RR, Chaves IMM, Alencar JCG, et al. Índice bispectral e outros parâmetros processados do eletroencefalograma: uma atualização. Rev Bras Anesthesiol, 2012;62: 111-117.

SÍNDROME DE LEIDEN E CORREÇÃO DE DEFEITO DO SEPTO ATRIOVENTRICULAR EM PACIENTE PEDIÁTRICO - RELATO DE CASO

AUTORES:

Vivian Cirineu*, Ana Cristina Aliman Arashiro, Renato Samy Assad, Petrônio Generoso Tomaz, Anderson Benicio.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Samaritano.

INTRODUÇÃO: Síndrome de Leiden é a trombofilia hereditária mais comum, presente em cerca de 5% da população caucasiana. Embora o risco de eventos trombóticos seja descrito, pouco se sabe sobre risco peri-operatório. A mutação do fator V leva à hipercoagulabilidade, que pode ser catastrófica no pós-operatório. Este relato é sobre uma criança com Síndrome de Leiden submetida a correção de defeito do septo atrioventricular e o objetivo é discutir uso de antifibrinolíticos e monitorização da coagulação. **RELATO DO CASO:** Criança do sexo masculino, 2 anos, 12 kg, P2 pela classificação do ASA: Síndrome de Leiden conhecida, Comunicação Interatrial (4, 7 mm) e fenda mitral; demais exames normais. Foi pré-medicada com midazolam 10 mg VO. Em sala cirúrgica, monitorizada, a indução anestésica foi inalatória com sevoflurano a 5% e após venoclise, sufentanil 1 mcg. kg⁻¹ e cisatracúrio 0,1 mg. kg⁻¹ IV. Foi intubada com sonda orotraqueal sem cuff no 4, puncionada A. radial direita, V. jugular interna direita, além de temperatura esofágica e retal, diurese e BIS. Recebeu metilprednisolona 30 mg. kg⁻¹ e difenidramina 1,2 mg. kg⁻¹ IV. Terapia antifibrinolítica não foi utilizada. O TCA inicial foi 94s e o tromboelastograma (TEG), apesar de limites normais, apresentou gráfico tendendo a hipercoagulabilidade. Após 3 mg. kg⁻¹ de heparina, TEG apresentou padrão de alargado. Durante a CEC, utilizado sevoflurano 0,5 CAM através de vaporizador especial na máquina de CEC. O tempo de CEC foi 200 min e 90 min de clampamento aórtico; heparina foi revertida com protamina e o TCA final foi 132s. O TEG apresentou padrão de hiperfibrinólise e não necessitou hemocomponentes. Após o término, à UTI pediátrica sob ventilação mecânica, recebendo dobutamina 5 mcg. kg⁻¹. min⁻¹; onde permaneceu 5 dias recebeu alta. **DISCUSSÃO:** A Síndrome de Leiden pode se manifestar com trombose venosa profunda e infarto cerebral, este, mais em crianças que adultos. O período peri-operatório aumenta o risco, mas até hoje, sua relevância é desconhecida. A perda sanguínea pós-operatória e a necessidade de transfusão se correlacionam diretamente com a CEC. Em um dos estudos descobriu-se que portadores desta síndrome tiveram média de perda sanguínea 30% menor pós-CEC, e a chance de não receber hemocomponente foi de 46% versus 28% para os não portadores. Em outro estudo, o risco de trombose venosa central foi relatada em uma série de 20 pacientes após reparo de defeitos cardíacos congênitos (1). O desafio ao anesthesiologista começa em identificar os pacientes com este risco peri-operatório. Pacientes com diagnóstico conhecido de coagulopatias devem ser monitorados no intra-operatório. O TEG é uma ferramenta eficaz para guiar conduta pelos seus resultados rápidos e diferenciais das vias da coagulação. Quanto aos antifibrinolíticos, seu papel em precipitar eventos trombóticos é controverso e seu uso em coagulopatias não é recomendado. **REFERÊNCIA:** Anest Analg 2004;98: 1623-24(1); Anest Analg 2004;98: 1598-603.

USO DO BIS NA ENDARTERECTOMIA CAROTÍDEA - RELATO DE CASO

AUTORES:

Hermes Melo Teixeira Batista*, Luiz Carlos de Abreu, Rachel Filgueiras de Menezes.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Regional do Cariri.

INTRODUÇÃO: durante a endarterectomia carotídea, existe um momento crítico para o resultado final, que é o clampamento da carótida comum. Nesse momento pode haver prejuízo no aporte de oxigênio e nutrientes para o hemisfério cerebral correspondente e nem sempre há circulação colateral adequada. Além disso, é necessário um nível pressórico para manter a oxigenação nesse novo ambiente, que pode ter um valor acima dos valores prévios ao clampamento. Este relato descreve um caso onde a otimização da pressão arterial alterou de modo positivo os valores da taxa de supressão no BIS, no momento da isquemia. **RELATO DO CASO:** paciente masculino, 87 anos, admitido para endarterectomia carotídea. Durante o clampamento apresentou elevação na taxa de supressão, que atingiu valores de 26 em pressão arterial média de 85 mmHg. Após elevação dos níveis pressóricos para 90 mmHg a taxa de supressão diminuiu para 01 e persistiu até o final do procedimento. O paciente foi extubado ao final do procedimento e encaminhado para a SRPA. **DISCUSSÃO:** a monitorização neurofisiológica com BIS pode afetar o desfecho em endarterectomias carotídeas e o parâmetro taxa de supressão pode servir como elemento balizador na otimização dos níveis pressóricos, detectando situações de perfusão tecidual cerebral deficiente, que em alguns casos pode ser revertida com elevação da pressão arterial, mesmo em valores discretos. **REFERÊNCIA:** 1- Rogean Rodrigues Nunes, Itagyba Martins Miranda Chaves, Júlio César Garcia de Alencar et al. Índice Bispectral e Outros Parâmetros Processados do Eletroencefalograma: uma Atualização. Rev Bras Anesthesiol, 2012;62(1): 111-117. 2- Matthew T. V. Chan, Benny C. P. Cheng, Tatia M. C. Lee et al. BIS-guided Anesthesia decreases postoperative delirium and cognitive decline. J Neurosurg Anesthesiol 2013;25: 33-42.

USO DO ULTRASSOM TRANSTORÁCICO NO DIAGNÓSTICO DE CHOQUE

AUTORES:

Rogério Luiz da Rocha Videira, Viviane Barrada Ribeiro, Gabriel da Silva Cazarim, Marco Antônio Cardoso de Resende, Hugo Camara Tinoco de Siqueira, Joana de Almeida Figueiredo.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal Fluminense.

INTRODUÇÃO: Choque pode ser classificado como hipovolêmico, cardiogênico ou distributivo. A ultrassonografia transtorácica (US) permite avaliar a função cardíaca e estimar o volume venoso de forma não-invasiva, o que facilita o diagnóstico diferencial e a escolha do tratamento apropriado. **RELATO DO CASO:** Paciente feminino, 54 anos, 60 Kg, 1,58 m, com hipertensão arterial, em uso de captopril, atenolol e hidroclorotiazida. Mastectomia direita há 5 anos por neoplasia maligna, seguida de radioterapia e quimioterapia com adriamicina e tamoxifeno. Admitida para reconstrução mamária com retalho de músculo reto abdominal (TRAM). Exames pré-operatórios normais. Monitorada com ECG, SpO₂, PANI, e débito urinário. Anestesia induzida com midazolam, fentanil, lidocaína, propofol e cisatracúrio venosos (iv) e mantida com sevoflurano. Permaneceu estável nas 4 h de cirurgia. Após extubação traqueal, recebeu dipirona e ondansetrona iv. Após 30 min na RPA, apresentou dor torácica na região operada, PA 180/110 mmHg, recebeu captopril SL e tramadol iv. Teve náusea e recebeu ondansetrona iv. Houve redução do nível de consciência, da SpO₂ (60%) e da PA (60/30 mmHg). Ventilada sob máscara facial com FiO₂ 100%, recebeu cristalóide e etilefrina iv e houve aumento transitório da PA e bradicardia sinusal. Evoluiu com acidose metabólica, aumento do lactato, redução da Hb (14 para 8,9 g. dL⁻¹) e aumento da CK-MB, mas não da troponina. Após 1 L de cristalóide e 500 mL de colóide, atingiu PA 80/30 mmHg, SpO₂ 85% e despertava ao chamado. O US mostrou hipocontratibilidade de VE na janela subcostal e edema intersticial pulmonar. Após infusão de dobutamina iv e restrição volêmica, houve melhora gradativa do nível de consciência, da PA e do débito urinário. Encaminhada à unidade coronariana consciente e estável hemodinamicamente, apresentou aumento de troponina com a hipótese diagnóstica de IAM sem supra de ST. O US cardíaco foi normal, mas a cintilografia mostrou hipocaptção em 9% sob estresse farmacológico. **DISCUSSÃO:** A adriamicina tem ação cardiotoxicidade subdiagnosticada e pouco valorizada. Está associada à disfunção miocárdica tardia e recomenda-se a monitoração precoce quanto à cardiotoxicidade. A instabilidade hemodinâmica perioperatória pode se tornar um desafio nesses pacientes. O US é uma ferramenta não-invasiva que pode melhorar a qualidade da decisão clínica quanto ao tratamento com fluidos ou inotrópicos/vasoconstritores na vigência de choque. Esse exame consome pouco tempo e pode ser feito “à beira do leito”, mas requer treinamento, 2 que futuramente deverá ser realizado em todos os CETs da SBA. **REFERÊNCIA:** 1- Chung WB, Yi JE, Jin JY, et al. Early cardiac function monitoring for detection of subclinical doxorubicin cardiotoxicity in young adult patients with breast cancer. *J Breast Cancer* 2013;16: 178-83. 2- Holm JH, Frederiksen CA, Juhl-Olsen P et al. Perioperative use of focus assessed transthoracic echocardiography (FATE). *Anesth Analg* 2012;115: 1029-32.

Outros

ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA ENTRE OS ANESTESIOLOGISTAS E MÉDICOS EM ESPECIALIZAÇÃO DE UM SERVIÇO PRIVADO DO ESTADO DE SÃO PAULO

AUTORES:

Cláudia Panossian Cohen, Bruno Francisco de Freitas Tonelotto*, Cláudia Marquez Simões, Hyder Mattos Gurgel, João Marcelo Wardini Dantas do Amaral, Diogo Barros Florenzano de Sousa.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Sirio-Libanês.

INTRODUÇÃO: A vida do anestesiolegista se dá em turnos e ambientes desfavoráveis confinados por períodos prolongados. Como peculiaridades da especialidade ainda podemos destacar diversas situações que podem prejudicar a qualidade geral de vida na especialidade como: privação de sono no período noturno, alta carga horária e ainda poluição sonora. Não podemos deixar de citar ainda a pressão por agilidade e resultados. Todos esses fatores ainda podem ser agravados se considerarmos a fase de especialização. O objetivo deste estudo é avaliar a qualidade de vida geral entre os anestesiolegistas e médicos em especialização em um hospital privado. **METODOLOGIA:** A amostra do estudo foi definida de acordo com o número de anestesiolegistas e residentes de anesthesiologia que se dispuseram a responder o questionário, totalizando 55 profissionais, 37 anestesiolegistas formados e 18 médicos em especialização. Foi utilizado o questionário WHOQOL-bref da organização mundial da saúde, após solicitar autorização e esclarecer os participantes sobre o objetivo do trabalho e obter a autorização dos mesmos, por meio de um termo de consentimento livre e esclarecido. Os dados foram coletados por meio de um questionário inicial de identificação com dados demográficos dos respondentes e do questionário propriamente dito, para auto-preenchimento. **RESULTADO:** Não houve recusa na participação do estudo. Do total de respondentes 70, 9% eram do sexo masculino e 29, 1% do sexo feminino. A maior parte dos respondentes é casado 60, 2% e considerou sua saúde como boa ou muito boa (61, 8%). Não houve diferença estatística entre os diversos domínios comparando-se os médicos assistentes e os residentes conforme a tabela abaixo: Assistentes Médicos e especialização p Físico 71, 04±16, 14 65, 87±14, 08 0, 25 Psicológico 69, 03±13, 62 61, 57±13, 14 0, 059 Relações sociais 67, 34±18, 77 69, 90±16, 94 0, 62 Meio Ambiente 65, 03±15, 35 61, 11±9, 60 0, 32. **CONCLUSÃO:** O domínio que apresentou maior pontuação no grupo de médicos formados foi o físico, enquanto nos médicos em especialização a maior pontuação foi do domínio de relações sociais. Apesar de não ter apresentado diferença estatística significativa o domínio que apresentou maior variação entre os grupos foi o psicológico, sendo menor no grupo de médicos em especialização. Estes resultados reforçam a concepção que já temos trabalhado dentro do nosso centro de ensino e treinamento onde o médico em especialização tem uma atenção específica para sua formação de identidade profissional e atenção especial voltada aos aspectos psicológicos durante o período de formação. **REFERÊNCIA:** Fleck MPA et al – Propriedades psicométricas do instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde no Estado Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2006;22(12): 2585-2597.

AVALIAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM ANESTESIOLOGIA APÓS UM PLANTÃO DE 24 HORAS

AUTORES:

Edmundo Pereira de Souza Neto, Cristiana Nogueira Brogiatto, Ricardo Bassani, Juliana Laís Carneiro*, Luciano Augusto Fernandes, José Francisco Cursino de Moura Jr.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Regional de Presidente Prudente.

INTRODUÇÃO: A privação do sono no trabalho é uma realidade diária em hospitais. Ela abrange todas as especialidades e em particular a anestesia [1]. No Brasil, há poucos dados científicos sobre o período de tempo necessário para a recuperação do cansaço acumulado após a exposição ao trabalho noturno. O objetivo do nosso estudo foi avaliar o efeito da fadiga, após um plantão de 24 horas, em internos de anestesiologia do Hospital Regional de Presidente Prudente. Materiais e métodos Após consentimento informado, foi analisado o desempenho de 15 residentes em anestesiologia antes e depois de um plantão de 24 horas. Foi utilizado o teste de vigilância psicomotora (PVT Teste de Vigilância Psicomotora), que é um teste cognitivo muito sensível à privação do sono e ao ritmo circadiano. Este teste utiliza um dispositivo portátil com uma tela para medir o tempo de reação a estímulos ao longo de um período de cinco minutos [2]. Avaliou-se o tempo de reação médio, que é uma medida sensível aos efeitos de privação de sono. Todos os residentes responderam a questionários sobre a duração e a qualidade do sono (questionário de Pittsburgh), a sonolência diurna (Escala de Sonolência de Epworth) sobre a atividade física, e a uma auto-avaliação de sua saúde física e mental. O teste de Wilcoxon foi utilizado para análise estatística. Os resultados são expressos como mediana \pm desvio absoluto da mediana e $p < 0,05$ foi considerado significativo. As análises estatísticas serão executadas, utilizando-se o Programa de Statview™ para Windows (Abacus Concepts Inc., Berkeley, CA, USA, 1996, versão 457). **RESULTADO:** As medidas foram feitas antes (7h45) e ao final do plantão (08h15). A idade mediana dos residentes era de $27 \pm 0,5$ anos. Nenhum deles apresentava distúrbio do sono, problema físico ou mental que poderia influenciar os resultados. Todos os residentes trabalharam continuamente até 02h:30 da madrugada com um tempo de repouso após esse horário de $4 \pm 0,5$ horas. O tempo de resposta ao PVT antes do plantão foi de 314 ± 34 milissegundos e de 329 ± 43 milissegundos no final do plantão ($p < 0,05$). **DISCUSSÃO:** Em outro estudo, a privação do sono aumenta o risco de sonolência no trabalho e conseqüentemente, os de erros médicos [1]. Os nossos resultados indicam um aumento do tempo de resposta após um plantão de 24 horas. Estes resultados merecem confirmação, no entanto, sugerem que a sonolência no final do plantão de 24 horas pode afetar as funções cognitivas executivas. **REFERÊNCIA:** 1 - N Engl J Med 2004, 351 (18): 1838-1848 2 - Behav Res. Meth Instrum Comput 2004, 36 (2): 339-346.

AVALIAÇÃO DAS MODIFICAÇÕES DA TÉCNICA DE INDUÇÃO EM SEQUÊNCIA RÁPIDA PARA CIRURGIAS DE EMERGÊNCIA NO HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU NO PERÍODO DE JULHO/11 A JULHO/12

AUTORES:

Bruno Pacheco Ibraim, Rafael Campos Gaio, Ismael Borges Moraes, Flávio Elias Callil, Márcia Cavalcanti Carneiro, Thirza Veloso Correia.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Geral de Nova Iguaçu

INTRODUÇÃO: Estudo retrospectivo observacional a fim de avaliar as modificações das técnicas de indução em sequência rápida em cirurgias de emergência no HGNI; as vantagens e desvantagens de cada técnica. **MÉTODO:** Foram analisadas as fichas de anestesia ocorridas no período de julho de 2011 a julho de 2012 no Hospital Geral de Nova Iguaçu e selecionadas quatrocentas e setenta e uma fichas de anestesia geral com indução em sequência rápida para cirurgias de emergência. Os parâmetros analisados referentes ao ato anestésico foram: idade, gênero, especialidade cirúrgica, hipnótico, bloqueador neuromuscular, opióide, priming dose, manobra de Sellick, intubação traqueal, regurgitação ou presunção de broncoaspiração, perfil hemodinâmico pré-indução anestésica e desfecho. **RESULTADO:** A maioria da população era adulta (70, 3%) e do gênero masculino (63, 3%). A especialidade cirúrgica predominante foi a cirurgia geral (68, 6%). O fármaco hipnótico mais utilizado foi o propofol (75, 2%) e o bloqueador neuromuscular foi a succinilcolina (98, 5%), acompanhados pela administração de fentanil em 71, 3% dos casos. Priming dose de relaxante muscular adespolarizante foi observado em 16, 8% dos casos e o registro da realização da manobra de Sellick em apenas 7, 2%. Relato de intubação traqueal difícil foi observado em 1, 3%. Não houve qualquer relato de regurgitação ou presunção de broncoaspiração nas quatrocentas e setenta e uma fichas analisadas. Trezentos e noventa e um pacientes (83%) apresentavam-se com PAM maior que 80mmHG no momento pré-indução anestésica. **CONCLUSÃO:** A técnica clássica de indução em sequência rápida tem se modificado muito ao longo dos anos. Neste estudo, observamos uma preferência pela técnica que inclui o uso do fentanil, propofol e succinilcolina, sem a realização da manobra de Sellick e com relevante estabilidade cardiovascular. Por se tratar de um assunto que apresenta muitas controvérsias, a prática profissional individual, o treinamento prévio e o bom senso nortearão a conduta médica diante de cada caso até que novos estudos evidenciem a superioridade de uma técnica sobre outra. **REFERÊNCIA:** BRISSON, P; BRISSON, M. Variable application and misapplication of cricoid pressure. J Trauma. 2010 Nov; 69(5): 1182-4. BRAGA, A. F. A. ; POTÉRIO, G. M. B. Bloqueadores Neuromusculares e Antagonistas. In: CANGIANI, LM; POSSO, IP; POTÉRIO, GMB; NOGUEIRA, CS. et al. Tratado de Anestesiologia SAESP. 7. ed. São Paulo, Atheneu, 2011; 707-31. CORK, RC; WEISS, JL; HAMEROFF, SR; BENTLEY, J. Fentanyl preloading for rapid-sequence induction of anesthesia. Anesth Anal. 1984; 63: 60-4. EL-ORBANY, M; CONNOLLY, LA. Rapid sequence induction and intubation: Current controversy. Anesth Analg 2010; 110: 1318-25.

CISTOLITOTOMIA EM PACIENTE PORTADORA DE SIDA, MIELOPATIA HERPÉTICA E SÍNDROME DO QT LONGO

AUTORES:

Felipe Millen Azevedo, Fabiano Soares Carneiro, Felipe de Souza Fernandes Leão, José Henrique de Magalhães Lopes, Paulo Márcio Alves Pereira, Sérgio Vinicius Pereira de Melo.

INSTITUIÇÃO:

Hosp.das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

INTRODUÇÃO: A síndrome do QT longo (QTc >480ms) caracteriza-se por prolongamento do intervalo QT no ECG e está relacionada à morte súbita cardíaca. O seu reconhecimento é fundamental para o anestesiológico, pois várias drogas podem prolongar esse intervalo e causar arritmias fatais. A SIDA pode cursar com plaquetopenia e antirretrovirais podem causar acidose metabólica. A mielorradiculopatia viral, apresenta-se mais comumente em pacientes imunossuprimidos e constitui uma contraindicação relativa ao bloqueio de neuroeixo (BNE). Relato de caso – Paciente CAC, 46 anos, HIV positivo desde 2007, em uso de TARV (AZT, 3TC, EFZ), portadora de hidronefrose e urolitíase bilateral, cálculo vesical de 5, 8 cm de diâmetro, admitida no BC-HC-UFMG dia 15/052013 para cistolitotomia. Deu entrada no HC há um mês para tratamento de ITU de repetição. Evoluiu com choque séptico e PCR em FV por 5 minutos, revertida com sucesso. ECG basal QTc 680ms. Avaliação pré-operatória realizada pelas equipes de anesthesiologia e cardiologia. Exame físico: REG, descorada(+/4+), hidratada, acianótica, anictérica, sem edemas, caquética; RCR 3T, B4, sem sopros, PA 100x60, FC98; MV+, ARA; sem de preditores de VAD. Comorbidades associadas: DRC não dialítica (ClCr: 55mL/min) de etiologia desconhecida; mielorradiculopatia herpética com sequela motora em MMII e prejuízo à deambulação; ICC NYHA I. Exames complementares: Hb 9, 5; Cr 1. 2, demais exames normais. GATE 22/04 VE com hipocinesia difusa, sem lesões coronarianas; ECOTT FE 72%, PSAP 50mmHg, função sistólica biventricular preservada. Urinocultura negativa. Em uso atual de Losartan 50mg, Carvedilol 3, 125mg. Vaga em CTI pós-operatório. Indução anestésica sem intercorrências, realizada com Rocurônio 30mg, Propofol 90mg, Fentanil 250mcg. Monitorização do BNM com TOF. Anestesia mantida com Propofol (alvo 2500ng/ml) e Remifentanil 0, 20mcg/kg/min. Analgesia pós operatória, 4mg de Morfina. Profilaxia para náuseas e vômitos realizada com Dexametasona 4mg. Extubada na sala, após reversão completa do BNM, sem antagonismo farmacológico. Encaminhada à enfermaria. **DISCUSSÃO:** – A síndrome do QT longo é consequência de anormalidades nos canais iônicos cardíacos. Cursa com quadros de arritmias ventriculares, síncope e morte súbita. Anestésicos voláteis, anticolinérgicos, BNM despolarizantes, anticolinesterásicos e Ondansetrona prolongam o intervalo QT. A associação de ARV com infusão contínua prolongada de Propofol está relacionada a acidose láctica e disfunção mitocondrial. Doenças neurológicas preexistentes não constituem contraindicação absoluta para o BNE. Entretanto, por questões judiciais, muitas vezes, opta-se por evitá-lo em pacientes com algum comprometimento neuroaxial. Como a paciente não apresentava preditores de VAD, foi realizada AVT visando evitar complicações cardíacas e invasão do neuroeixo. **REFERÊNCIA:** JAMA. 2003 Apr 23-30;289(16): 2120-7. Miller's Anesthesia, 7th ed. Current Opinion in Anesthesiology 2009, 22: 412– 418.

CORRELAÇÃO DA TÉCNICA ANESTÉSICA COM A OCORRÊNCIA DE METÁSTASE EM PACIENTES COM CÂNCER PRIMÁRIO DE MAMA EM CENTRO DE REFERÊNCIA NO TRATAMENTO DO CÂNCER NA AMAZÔNIA OCIDENTAL

AUTORES:

Monique Freire Dos Reis, Mirlane Guimarães De Melo Cardoso, Gustavo Oliveira Barros*, Daniele Oliveira Barros.

INSTITUIÇÃO:

Universidade do Estado do Amazonas.

INTRODUÇÃO: A recorrência metastática após tratamento cirúrgico de tumores sólidos é uma das principais causas de morbidade e mortalidade nos pacientes oncológicos. O interesse no período perioperatório relacionado com a recorrência do câncer está crescendo rapidamente, com pesquisas recentes sugerindo que alguns anestésicos ou técnicas anestésicas podem influenciar a fisiopatologia da metástase no pós-operatório. **OBJETIVO:** Identificar dados de prontuários sobre as técnicas anestésicas utilizadas em mastectomias por câncer primário de mama realizadas na Fundação CECON-AM no período de Janeiro a Dezembro de 2009 correlacionando com as taxas de recidiva da doença. **MÉTODO:** Tratou-se de um estudo observacional, retrospectivo e descritivo, com análise de prontuários de pacientes mastectomizadas em 2009 e acompanhadas até dezembro de 2012. Foram triados 170 prontuários de pacientes com diagnóstico inicial de câncer de mama no período estudado. Atendidos os critérios de exclusão (perda de seguimento, óbitos, prontuários incompletos etc), restaram 61 prontuários para análise. **RESULTADO:** Nossos resultados identificaram que 93% (57) realizaram anestesia geral balanceada – inalatória e endovenosa - (grupo 1) e 6, 5% (4) realizaram bloqueio peridural associado ou não à anestesia geral (grupo 2). Destes, 5% (3) utilizou anestesia geral associada a bloqueio peridural e 1, 5% (1) realizou bloqueio peridural isolado. Na população estudada, a frequência de metástases foi de 14, 7% (9), e 85, 2% (52) não apresentaram tal desfecho. O tempo livre de doença foi em média 23, 2 meses com DP de 9, 7. **DISCUSSÃO:** Devido ao pequeno número de pacientes que foram submetidas ao bloqueio peridural durante o período estudado e ausência de metástases neste grupo de pacientes não foi possível estabelecer a relação do bloqueio peridural com a diminuição da incidência de metástases. Com o aumento da amostra e do seguimento das pacientes, talvez seja possível estabelecer alguma relação, apesar de existirem muitas variáveis que possam atuar na incidência de metástases após a cirurgia de câncer. **CONCLUSÃO:** Os resultados demonstrados, apesar de uma amostragem pequena, estão de acordo com alguns dados encontrados na literatura, onde estudos de biologia molecular e clínicos, sugerem que os bloqueios regionais associados ou não com anestesia geral teriam papel protetor contra recidiva de doença e indiretamente influenciando na sobrevida e qualidade de vida de pacientes oncológicos. Novos estudos, principalmente prospectivos, randomizados e bem delineados são necessários para avaliar a influência da técnica anestésica na recorrência do câncer a longo prazo. **REFERÊNCIA:** Exadactylos, Aristomenis K. et al. Can anesthetic technique for primary breast cancer surgery affect recurrence or metastasis? Anesthesiology, 2006; 105: 660-64. TAVARE, Aniket N. et al. Cancer recurrence after surgery: direct and indirect effects of anesthetic agents. International Journal Of Cancer, Londres, 2012; 130: 1237-50.

DISTÚRBO IATROGÊNICO DA COAGULAÇÃO: PAPEL DA TROMBOELASTOMETRIA NA ELUCIDAÇÃO DIAGNÓSTICA - RELATO DE CASO

AUTORES:

Lucas de Souza Mata, Roberta Monteiro Nicodemos, Viviana Ugenti, Nivaldo Ribeiro Villela, Vinicius Soto Lopes, Simone Soares Leite.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal do Rio de Janeiro.

INTRODUÇÃO: A tromboelastometria é uma ótima ferramenta para o diagnóstico das coagulopatias à beira do leito. O temograma (TG) é a representação gráfica da formação e lise do coágulo a partir de alterações viscoelásticas durante a coagulação in vitro. Descrevemos um caso onde o método foi útil para o diagnóstico de coagulopatia induzida pela heparina. **RELATO DE CASO:** Paciente fem., 5 anos, 16Kg, ASA III, portadora de Coréia Idiopática há 3 anos. Foi internada com quadro de sepse de origem pulmonar que evoluiu com piora dos movimentos coreiformes e fratura acidental de fêmur direito com indicação de correção cirúrgica. Ademais, existia um quadro coagulopatia (prolongamento do INR e PTT; sangramento gengival e hematúria) de início recente, a priori atribuída a sepse; tratada empiricamente com plasma fresco. Na SO: Monitoração básica, iniciada anestesia venosa e inalatória. Paciente tinha a VJID puncionada, mas a mesma estava obstruída. Após tentativa de desobstrução com SF sobre pressão, os pediatras assistentes informaram que já haviam realizado tal manobra com heparina. Neste momento, a equipe anestésica aventou a possibilidade da coagulopatia ser resultante de heparização plena iatrogênica. A fim de esclarecer o caso, realizou-se um TG cujo primeiro resultado demonstrou um tempo de coagulação na via intrínseca (Intem®) prolongado, reforçando a hipótese diagnóstica inicial. Optou-se por administrar 10mg de protamina e após aproximadamente 20 minutos foi colhida nova amostra para novo Intem®, que demonstrou a via intrínseca incoagulável, aventando a possibilidade de deslocamento de resquícios de heparina após desobstrução do acesso pela equipe de anestesia. Foi realizado então o Heptem® com a amostra incoagulável, que evidenciou normalização do tempo de coagulação da via intrínseca. A partir destes dados, foi concluído que a causa da discrasia sanguínea era, de fato, causada pela heparina circulante. Foi administrada nova dose de protamina, completando 50mg totais. A paciente foi encaminhada ao CTI do hospital de origem, sem evidências de sangramento, sedada e em ventilação controlada. Exames laboratoriais pós-operatórios evidenciaram perfil de coagulação normal.

DISCUSSÃO: Tal relato demonstra a importância de uma anamnese completa no pré-operatório e da tromboelastometria no diagnóstico e tratamento. **REFERÊNCIA:** 1. Haas T, Spielmann N, Mauch J, et al. Comparison of thromboelastometry (ROTEM®) with standard plasmatic coagulation testing in paediatric surgery. BJA 2012;108: 36-41; 2. Theusinger OM, Nürnberg J, Asmis LA, Seifert B, Spahn DR. Rotation thromboelastometry (ROTEM®) stability and reproducibility over time. Eur J Cardiothorac Surg 2010;37: 677-83.

HEMODILUIÇÃO NORMOVOLÊMICA AGUDA EM PACIENTE COM INCOMPATIBILIDADE SANGUÍNEA SUBMETIDO A CIRURGIA DE GRANDE PORTE

AUTORES:

Marco Antônio Ribeiro de Almeida, Kalebe Alexandre Capuci, Flora Margarida Barra Bisinoto.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

INTRODUÇÃO: A hemodiluição normovolêmica aguda (HNA) é uma técnica de transfusão autóloga que tem como vantagens prevenir a transmissão de doenças infecciosas, as reações transfusionais, a aloimunização, sendo essencial em pacientes que apresentam tipos sanguíneos raros e com múltiplos anticorpos. O objetivo é relatar um paciente com incompatibilidade sanguínea submetido a uma amputação abdomino-perineal videolaparoscópica (cirurgia de Miles). **RELATO DO CASO:** Paciente sexo masculino, 73 anos, história de HAS e adenocarcinoma de reto, em uso de metildopa 500 mg ao dia, indicado pela equipe cirúrgica a técnica de Miles. Foi solicitado na internação: avaliação cardiológica e pré-anestésica. A cardiologia classificou como risco moderado e a anestesia liberou como ASA 2 e orientou reserva de sangue e vaga na UTI. Após determinado uma incompatibilidade sanguínea, devido a prova cruzada positiva, a hematologia orientou trocar a metildopa por outro anti-hipertensivo, pela provável indução de auto anticorpos eritrocitários por esta droga. Apesar de todos os esforços não conseguiu sangue compatível para o paciente, que aguardou quarenta dias na tentativa de sangue. Em acordo as equipes cirúrgica e anestésica optaram por realizar o procedimento sem a reserva sanguínea. No dia da cirurgia o hemograma era: hemácias (Hc) 4. 300. 000/mm³, hemoglobina (Hb) 12, 80 mg/dL, hematócrito (Htc) 39, 2%. Paciente foi submetido a anestesia geral com midazolam, fentanil, lidocaína, propofol, etomidato, rocurônio e sevoflurano. Monitorizado através de ECG, oximetria de pulso, capnografia, monitorização do bloqueio neuromuscular (TOF), pressão arterial invasiva e monitor de débito cardíaco (Vigileo). Após a indução anestésica foi coletado 600 ml de sangue do paciente que foi repostado ao mesmo tempo com solução de Ringer lactato. O procedimento foi sem intercorrências, com infusão de 8500 mL de Ringer lactato e 1000 mL de colóide. Após sete horas de cirurgia, o hemograma apresentava: Hc 3. 900. 000/mm³, Hb 9, 7 mg/dL e Ht 30, 1%, e o sangue retirado foi reinfundido. Após a extubação traqueal, o paciente foi encaminhado para UTI estável e apresentando HC 3. 530. 000/mm³, Hb 11, 1 mg/dL e Htc 34, 2%. Teve alta hospitalar no sexto dia de pós-operatório. **DISCUSSÃO:** A HNA é um recurso capaz de permitir a redução do sangramento pós-operatório e das necessidades de transfusões de sangue de doadores, em pacientes submetidos a extensos procedimentos cirúrgicos principalmente com incompatibilidade sanguínea. **REFERÊNCIA:** The National Blood Resource Education Program Expert Panel. The use of autologous blood. JAMA, 1990;263: 414 - 417.

IAM POR HIPOTENSÃO GRAVE APÓS DIPIRONA EM BOLUS

AUTORES:

Bruno Farah Alvarenga, Natália Barbosa Saad, Igor Oliveira Viana, Maria Cecília Lessa Beloni, Marcos Daniel de Faria, Fabiano Soares Carneiro.

INSTITUIÇÃO:

Hospital das Clínicas da UFMG.

INTRODUÇÃO: A dipirona é amplamente utilizada na prática anestésica visando analgesia preemptiva ou pós-operatória. Como toda medicação não é isenta de efeitos colaterais, sendo mais comuns as reações de hipersensibilidade. Neste relato descreve-se um caso de hipotensão grave após bolus dessa droga que complicou com IAM. AXS, 69 anos, 72 kg, branco, casado, motorista, natural e procedente de BH-MG. Admitido no HC-UFMG para tratamento cirúrgico de adenocarcinoma de cólon. Hipertenso, coronariopata, com história de IAM em 1997 e implante de marcapasso por BAVT em 2009, IC NYHA I, hipertireoidismo, dislipidêmico, ex-tabagista e etilista social. Em uso domiciliar de: omeprazol, losartan, furosemida, AAS, carvedilol, sustrate, sinvastatina, tapazol. Exames pré-operatórios laboratoriais normais, ECG ritmo de marcapasso, programado DOO FC 70 bpm no dia da cirurgia; ECO FEVE 45%. Submetido à hemicolectomia direita sob anestesia venosa total com propofol, cetamina, sufentanil e atracúrio em BIC. Puncionado PIA e acesso central. Paciente manteve estabilidade hemodinâmica com baixas doses de noradrenalina durante a cirurgia. Ao final, realizou-se analgesia com 2g de dipirona em bolus. Em seguida paciente apresentou hipotensão grave, demandando aumento da dose de noradrenalina e início de dobutamina, com restabelecimento da PA, porém apresentando alterações no ECG, sugerindo SST. Repentinamente, paciente apresentou TV revertida com RCP (2 minutos), antes da chegada do carrinho de parada. Paciente foi encaminhado ao CTI, onde foram realizadas dosagens enzimáticas que confirmaram IAM SSST (Tp 6, 7). Realizou-se ECO FE 30% e CATE CD OT proximal. Evoluiu com complicações sépticas no CTI tratada com vancomicina e meropenem. Sem intercorrências na enfermagem, recebeu alta cerca de um mês após o procedimento para acompanhamento clínico com as equipes de cardiologia e proctologia. A hipotensão foi descrita em 5% do total de complicações relacionadas à dipirona no site da FDA, sendo que há 3 casos citados de IAM após administração de dipirona. O mecanismo dessa hipotensão permanece obscuro, porém está relacionada à administração rápida e é proporcional à dose administrada. No caso relatado, supõe-se que a hipotensão grave causada pela administração rápida de dipirona foi o evento causador de IAM per operatório que cursou com arritmia grave (TV) e ameaçou a vida do paciente. A prática clínica fala a favor da administração venosa lenta (> 3 min) de dipirona, especialmente em crianças e idosos debilitados. **REFERÊNCIA:** United States Food and Drug Administration (FDA) Adverse Event Reporting System (AERS). Dipyron and Myocardial Infarction. Disponível em: < <http://www.drugcite.com/indi/?q=DIPYRONE&s=&a=3&i=MYOCARDIAL+INFARCTION#showRxAdverseEvents>>. Acesso em 8/8/2013. Vale N. Desmistificando o Uso da Dipirona. In: Cavalcanti II, Cantinho FAF, Assad A. Medicina Perioperatória. Rio de Janeiro, Sociedade de Anestesiologia do Estado do Rio de Janeiro, 2006; 1108: 1123.

INFLUÊNCIA DO SULFATO DE MAGNÉSIO NA DURAÇÃO DO BLOQUEIO NEUROMUSCULAR E DOR PÓS-OPERATÓRIA: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO DUPLAMENTE ENCOBERTO

AUTORES:

Felipe Lira Tavares, Holmes Naspolini Filho, Ana Karla Arraes Von Sohsten, Rogério Camilo Alcoforado Barroso Braga, Jane Auxiliadora Amorim, José Erickson Torres Lopes Filho.

INSTITUIÇÃO:

CET dos Hospitais da Restauração/ Getúlio Vargas/ Oswaldo Cruz de Recife.

INTRODUÇÃO: O sulfato de Magnésio é uma droga utilizada na prevenção de convulsões em gestantes com pré-eclâmpsia e arritmias cardíacas. Na anestesiologia tem mostrado benefícios como adjuvante na anestesia geral devido aos seus efeitos na potencialização do bloqueio neuromuscular, redução do consumo anestésico e analgesia. Este estudo teve como objetivo avaliar a atuação do sulfato de magnésio como potencializador do bloqueio neuromuscular e sua ação analgésica no pós-operatório. **MÉTODO:** Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa 36 pacientes, ASA I e II, programados para colecistectomia videolaparoscópica, sob anestesia venosa total, foram convidados a participar desse estudo e divididos aleatoriamente em dois grupos de 18 indivíduos: Grupo S- Na indução anestésica foi administrada uma infusão de sulfato de magnésio em bolus de 50 mg. kg⁻¹, durante 30 minutos, seguida de infusão contínua na dose de 15 mg. kg. h⁻¹ até a retirada da vesícula; Grupo P- foi administrado o mesmo volume de uma solução de cloreto de sódio a 0,9% O bloqueador neuromuscular utilizado para todos os participantes foi o rocurônio, na dose de 0,6 mg. kg⁻¹, apenas antes da intubação. Ambos os grupos receberam no intraoperatório dipirona, cetoprofeno, tramadol e infiltração dos portais de entrada dos trocâters com ropivacaína a 0,5%. No pós-operatório receberam dipirona e cetoprofeno em horários fixos e morfina ou tramadol como resgate analgésico. As variáveis avaliadas foram: tempo de recuperação do bloqueio neuromuscular na sala de cirurgia, por meio da sequência de quatro estímulos(SQE), sendo anotados dois tempos: T1 - tempo decorrido entre a infusão do rocurônio e o retorno da quarta resposta na SQE e T2 - tempo decorrido entre o aparecimento da quarta resposta na SQE e uma relação T4/T1 = 50%; e escore de dor pós-operatória por meio da escala visual analógica de dor (EVA) uma hora após o término da cirurgia. Foi considerada diferença estatisticamente significativa os valores de p<0,05. **RESULTADO:** Os grupos foram homogêneos quanto a idade, gênero e IMC. T1 foi superior no grupo S (72, 27 ±12, 24min vs. 60, 59 ±8, 92 min, p=0,005). T2 também foi superior no grupo S (18, 33 ±3, 89min vs. 15, 71 ±3min, p=0,043). Os escores de dor na primeira hora após a cirurgia foram inferiores no grupo S (3, 13 ±0, 806 vs 4, 22 ±1, 045, p=0,047). Um paciente do grupo S foi excluído devido a reação alérgica grau I após a indução anestésica. Não houve efeito colateral grave em nenhum dos participantes. **CONCLUSÃO:** O nosso estudo concluiu que o sulfato de magnésio, atuando como droga adjuvante na anestesia geral venosa total, conseguiu aumentar a duração do bloqueio neuromuscular e reduzir a dor pós-operatória, sem mostrar efeitos adversos graves. **REFERÊNCIA:** 1-Fawcett WJ, Haxby EJ, Male DA. Magnesium physiology and pharmacology. British Journal of Anaesthesia 1999; 83: 302-20. 2-James MFM. Clinical use of magnesium infusion in anaesthesia. Anesthesia and Analgesia 1992; 74: 129-36.

LESÃO PULMONAR AGUDA ASSOCIADA A TRANSFUSÃO EM PÓS-OPERATÓRIO DE LAPAROTOMIA EXPLORADORA. RELATO DE CASO

AUTORES:

Carlos Othon Bastos, Juliana Cardoso de Araújo*, Carlos Alberto Figueiredo Côrtes, Jacqueline Pinto Ventorin Bastos, Henrique de Paiva Torres, Paula Angélica Neves Benette.

INSTITUIÇÃO:

Maternidade de Campinas.

INTRODUÇÃO: A lesão pulmonar aguda associada à transfusão (TRALI) é uma complicação clínica grave relacionada à transfusão de hemocomponentes que contém plasma. Recentemente, TRALI foi considerada a principal causa de morte associada à transfusão nos EUA e Reino Unido. É manifestada tipicamente por dispnéia, hipoxemia, hipotensão arterial, febre e edema pulmonar não cardiogênico, que ocorre durante ou dentro de 6 horas após a transfusão. Postula-se que TRALI esteja associada à infusão de anticorpos contra antígenos leucocitários e a mediadores biologicamente ativos presentes em componentes celulares estocados. Pode ocorrer em todas as faixas etárias e distribuídas uniformemente em ambos os sexos. A maioria dos casos envolve uso de sangue total, plasma fresco congelado, concentrado de hemácias, de plaquetas e granulócitos coletados por aférese. A severidade clínica da TRALI não parece estar relacionada ao volume ou ao tipo do componente sanguíneo transfundido. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino, 29 anos, estado físico I (ASA), submetida à laparotomia exploradora por gravidez ectópica rota, sob anestesia geral. Apresentou sangramento transoperatório necessitando de hemotransfusão para estabilização hemodinâmica. Na SRPA, após início da transfusão de concentrado de hemácias a paciente evoluiu com broncoespasmo, hipóxia e hipotensão arterial sendo diagnosticada TRALI. A paciente foi sedada, novamente intubada e mantida sob ventilação mecânica e monitorização hemodinâmica invasiva, com melhora progressiva do quadro, recebendo alta da UTI no quinto dia de pós-operatório. **DISCUSSÃO:** Os fatores de risco relacionados ao desencadeamento da reação pulmonar tipo TRALI são: cirurgia recente, sepse, trauma, transfusões, doenças hematológicas e cardíacas. Não existe um tratamento específico para a TRALI. Segundo consenso, o tratamento da TRALI baseia-se na manutenção do equilíbrio hemodinâmico do paciente e necessidade de aplicação de suporte ventilatório o mais precoce possível. O uso de vasopressores pode ser indicado para o tratamento da hipotensão arterial. Em virtude da morbidade e mortalidade, a TRALI tornou-se uma das mais sérias complicações relacionadas à transfusão nos dias de hoje. Um melhor entendimento da epidemiologia e da fisiopatologia da TRALI, conseguido com mais informações e pesquisas sistemáticas, pode ser útil para a implementação de novas estratégias que visem assegurar aos pacientes menor risco para o desenvolvimento desta complicação que pode ser fatal. **REFERÊNCIA:** 1- Fabron Jr A, Lopes BL, Bordin OJ. Lesão Pulmonar Aguda Associada a Transfusão. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 2007;33: 206-12. 2- Slumensky GB, Silva CR. Ocorrência de Lesão Pulmonar Aguda Relacionada com Transfusão (TRALI) em Pós-Operatório de Mastectomia com Reconstrução Microcirúrgica de Mama. *Rev Bras Anestesiologia*, 2009;59(1): 67-73.

MANEJO ANESTÉSICO PARA PERFUSÃO ISOLADA DE MEMBRO INFERIOR PARA TRATAMENTO DE MELANOMA – RELATO DE CASO

AUTORES:

Bruno Falconi Fontoura, Luciana de Souza Cota Carvalho Laurentys, Érica Carla Lage de Oliveira, Daniel de Andrade Araújo, Roberta Carolina Nogueira Costa Lanna, Carolina Passos Diniz.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Alberto Cavalcanti – FHEMIG, Belo Horizonte, Minas Gerais.

INTRODUÇÃO: A perfusão isolada de membro (PIM) foi desenvolvida com objetivo de tratar lesões tumorais irremediáveis com altas concentrações de quimioterápicos e baixa toxicidade sistêmica. Como a literatura é escassa neste assunto, divulgação do caso torna-se relevante. **Relato de Caso:** Mulher, 76 anos, 50 kg, diagnosticada como melanoma invasor lentiginoso acral em membro inferior direito (MID) por biópsia, estadiada como TNM pT4b sendo indicada PIM hipertérmica do MID. Optado por anestesia geral balanceada combinada com peridural. Foi realizada punção peridural em L2/L3 com técnica de perda da resistência, dose teste de 10ml lidocaína com vasoconstritor e bolus de 20ml sendo 25mg de bupivacaína com vasoconstritor e 2mg de morfina. Indução da anestesia geral com fentanil 250mcg, propofol 150mg e rocurônio 20mg, intubação orotraqueal e mantida em ventilação mecânica sob anestesia com sevoflurano. Recebeu monitoração invasiva e de temperatura esofágica. Foi iniciada inguiniotomia D, canuladas artéria e veia femoral D e estabelecido garroteamento do membro. Recebeu 2mL de heparina e foi iniciado circulação extracorpórea no MID. Feito teste de extravasamento do circuito com tecnécio e, então, iniciado Melfalano. Permaneceu em CEC por 1h. Ao final do procedimento, o sangue do MID foi desprezado antes de restabelecer circulação sistêmica. Apresentou hipotensão logo após início da infusão do quimioterápico, corrigido com bolus de efedrina. Procedimento transcorreu sem maiores intercorrências. Recebeu 3500ml de SF0,9%, 500ml de Voluven® e 600ml de concentrado de hemácias, diurese de 200ml. Pós operatório em terapia intensiva, sendo extubada após 24 horas. Alta hospitalar depois de 05 dias. No acompanhamento ambulatorial, apresentou regressão das lesões do MID, mas com piora dos nódulos pulmonares sendo optado por quimioterapia paliativa. **DISCUSSÃO:** O pós-operatório da PIM hipertérmica é geralmente doloroso devido à toxicidade local dos quimioterápicos e às altas temperaturas. Hiperemia, edema e descamação do membro são frequentes, podendo em raros casos evoluir com necessidade de amputação do membro. Não havendo contraindicação, o bloqueio analgésico deve ser utilizado. A toxicidade sistêmica é mais grave e mais intensa quando há vazamento do circuito e o paciente pode evoluir a óbito. É importante o anestesista estar atento durante todo o procedimento e, na suspeita de vazamento, comunicar imediatamente. Uma técnica possível para monitoração do vazamento é realizar anestesia venosa total e acrescentar gás anestésico ao circuito de CEC, uma vez que, se houver vazamento, isto será rapidamente mensurado pelo analisador de gases. **REFERÊNCIA:** MORENO-RAMIREZ, D., et al. Isolated Limb Perfusion for Malignant Melanoma: Systematic Review on Effectiveness and Safety. *The Oncologist* 2010;15:416–427. STANLEY, G. et al Desflurane as a Marker of Limb-to-systemic Leak during Hyperthermic Isolated Limb Perfusion. *Anesthesiology*, V 93, No 2, Aug 2000.

O PAPEL DO ANESTESIOLOGISTA NA VISÃO DO PACIENTE

AUTORES:

Patricia Sanae Ito*, Armando Vieira de Almeida, Édina Rodrigues Teruya, João Maximiano Pierin Barros, Werner Alfred Gemperli.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Regional de Mato Grosso do Sul.

INTRODUÇÃO: O conhecimento sobre as funções dos anesthesiologistas nas salas de operações, bem como em outras áreas do hospital é insuficiente na população. Estudos internacionais atuais retratam a falta de conhecimento dos pacientes em relação à formação e ao papel do anesthesiologista. A partir desses dados, o presente trabalho foi desenhado com o objetivo de retratar o panorama atual de conhecimento dos pacientes em relação à formação e ao papel do anesthesiologista em um hospital universitário brasileiro. **MÉTODO:** Estudo observacional em hospital universitário terciário de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. Os pacientes foram entrevistados nos ambulatórios e enfermarias do hospital por um período de dois meses. **RESULTADO:** Foram incluídos no estudo 100 pacientes, sendo 44% homens e 54% mulheres entre 18 e 75 anos, a maioria trabalhadores urbanos e com nível de escolaridade o ensino fundamental. Em relação a experiência anestésico-cirúrgica, 32% dos pacientes tiveram dois procedimentos cirúrgicos, 30% um procedimento, 22% três ou mais procedimentos e 16% não apresentavam experiência cirúrgica prévia. Somente 51% dos pacientes reconheceram o anesthesiologista como médico. A maioria identificou a decisão do tipo de anestesia a ser realizada como responsabilidade do anesthesiologista juntamente com o cirurgião. Em relação ao papel do anesthesiologista durante a cirurgia: 67% dos entrevistados responderam que o anesthesiologista não realiza raio-x; 78% sabiam que o anesthesiologista verifica se o paciente acordou bem da anestesia; 39% acreditam que o profissional oferece materiais cirúrgicos ao cirurgião; 71% acreditam que o anesthesiologista verifica se o paciente está apto a cirurgia e controla a pressão arterial e frequência cardíaca durante a cirurgia; somente 50% acreditam ser papel do anesthesiologista verificar se o paciente está com dor ou vômitos no pós-operatório imediato; 43% informam que não é papel do anesthesiologista aplicar medicamentos e soro e decidir por transfusão sanguínea se necessário. Somente 56% dos pacientes gostariam de mais informação sobre o ato anestésico; 71% dos pacientes não tem preferência por nenhum tipo de anestesia. **CONCLUSÕES:** Os pacientes entrevistados tem conhecimento limitado sobre a formação e atribuições do anesthesiologista. Avaliando o conhecimento da população sobre o profissional anesthesiologista é possível perceber a necessidade de impor maiores esforços para reformular meios de divulgação e orientação dos pacientes. **REFERÊNCIA:** 1) Hariharan S, Merritt-Charles L, Chen D – Patient perception of the role of anesthesiologists: a perspective from the Caribbean. *J Clin Anesth*, 2006;18: 504-509. 2) Oliveira F. O, Clivatti J, Munechika M et al. O que o paciente sabe sobre o trabalho do anesthesiologista? *Rev Bras Anest*, 2011; 31: 6: 720-727.

PERFIL E FREQUÊNCIA DE EFEITOS COLATERAIS EM UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA DE MEDICINA DIAGNÓSTICA

AUTORES:

George Miguel Góes Freire*, Diego Marcelo May, Carlos Eduardo Ferraresi de Andrade, Mara P Oliveira.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Israelita Albert Einstein.

INTRODUÇÃO: A Unidade de Recuperação Pós Anestésica (URPA) da Medicina Diagnóstica reflete o resultado final do tratamento dado ao paciente desde a sua admissão para a execução do exame até a sua alta. Os procedimentos realizados com anestesia ou sedação ou apenas anestesia local são encaminhados e observados nesta unidade de recuperação até que o paciente esteja em plenas condições de retorno ao seu cotidiano. Alguns exames diagnósticos e/ou terapêuticos são realizados apenas com anestesia local, porém os pacientes são encaminhados a URPA para que o médico executor possa dar alta com a segurança de que o paciente não terá uma evolução inesperada. A característica desta unidade de recuperação é de receber pacientes em sua grande maioria P1 ou P2 (ASA I ou ASA II) provenientes de setores da medicina diagnóstica do hospital, entretanto pacientes submetidos a procedimentos terapêuticos como quimioembolizações ou biópsias hepáticas P3 ou P4 (ASA III ou IV) também são admitidos. O surgimento de efeitos colaterais causa aumento do tempo de permanência na URPA o que compromete a dinâmica das admissões além de causar insatisfação dos pacientes. **OBJETIVOS:** O estudo procurou traçar um perfil global de recuperação anestésica centrada no atendimento a pacientes de exames diagnósticos e terapêuticos através da observação de sua demanda. Ao mesmo tempo, identificou os procedimentos que geram um maior número de efeitos colaterais para estabelecer metas a fim de dirimir estas complicações. **MÉTODO:** De jan a dez de 2012 foram selecionadas as fichas de recuperação anestésica dos pacientes que apresentaram efeitos indesejáveis na URPA. Dos 1398 pacientes, (440) 31, 47 % apresentaram algum desconforto durante sua permanência. Das queixas, a dor foi a mais frequente (242) 55 % acompanhada por náuseas/vômitos (81)18, 40% e sonolência (68)15, 45 %. Dos exames, aqueles que causaram maior número de efeitos colaterais foram os exames provenientes das biópsias guiadas por USG (117) 26, 59 %, seguidos das ressonâncias (109) 24, 77 % e quimioembolização hepática e renal (68) 15, 45 %. A idade média da amostra foi de 57 anos e com 62, 51% do sexo masculino. Tempo médio de permanência na RPA foi de 3h. **RESULTADO E CONCLUSÃO:** A observação dos exames que mais frequentes que causam qualquer desconforto alerta todo corpo clínico para necessidade de prevenção e tratamento precoce destes indivíduos, evitando a permanência prolongada na URPA e aumentando a segurança e satisfação do cliente. A dor está sendo mapeada e há completa interação entre os médicos e enfermeiros para o controle deste evento. Há necessidade de uma busca e informação constante dos adventos ocorridos na unidade de recuperação anestésica principalmente para indivíduos ambulatoriais no intuito de melhora da prática e atendimento destes. **REFERÊNCIA:** 01. Ashburn MA et al. Practice Guidelines for Acute Pain Management in the Perioperative Setting. *Anesthesiology*, 2004;100: 1573-1581.

PRESENÇA DE ARTEFATO EM CRIANÇAS SUBMETIDAS A SEQUÊNCIA FLAIR DA RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA, SOB ANESTESIA GERAL COM FIO2 A 100%

AUTORES:

Luiz Marciano Cangiani, Juliana Helena Romano, Rita Cássia Cerqueira Viana, Valter Montandon Ramos, Lucas Ferreira Vilarinho, Ricardo Francisco Simoni.

INSTITUIÇÃO:

CET Centro Médico de Campinas.

INTRODUÇÃO: – A sequência FLAIR (Fluid attenuated inversion recovery) é utilizada para cortes intracranianos em ressonância nuclear magnética (RNM), sendo considerada ideal para detectar exudatos e transudatos no líquido cefalorraquidiano (LCR). No entanto, altas concentrações de oxigênio no sangue aumentam também sua concentração no líquido, provocando o aparecimento de artefatos que podem simular hemorragia. O objetivo desse relato de casos é mostrar o surgimento do artefato em casos de crianças submetidas a anestesia inalatória com FIO₂ a 100% e três outros casos nos quais o artefato não apareceu, sendo que a FIO₂ não ultrapassou 35%. Relato dos Casos – Em todos os casos crianças foram submetidas a RNM utilizando a sequência FLAIR. Caso nº 1 - Criança com 4 anos. A indução foi inalatória com sevoflurano e O₂ a 100% e venosa com propofol 1mg. kg⁻¹ e lidocaína 1mg. kg⁻¹, seguida de intubação traquel. A anestesia foi mantida com sevoflurano a 2%, ventilação espontânea, sistema de Rees-Baraka e FIO₂ a 100%. Houve a presença do artefato. Caso nº 2 – Criança de 5 anos. A mesma técnica anestésica foi utilizada, com acréscimo de N₂O a 66% (FIO₂ – 34%) na indução e na manutenção da anestesia. Não houve a presença de artefato. Casos nº 3 e 4 – Criança com 5 anos. A mesma técnica do caso nº1 foi utilizada, com FIO₂ a 100%, sendo que o artefato apareceu. Posteriormente foi acrescentado N₂O a 66% (FIO₂ a 66%), a sequência FLAIR foi repetida e o artefato desapareceu. Caso nº 5 – Criança com 13 anos submetida a indução da anestesia com propofol 1mg. kg⁻¹ e fentanil 75µg, e mantida com propofol em infusão contínua, ventilação espontânea, com cânula de Guedel com cateter de O₂ (2L. min⁻¹). Não ocorreu artefato. **DISCUSSÃO:** A sequência FLAIR é utilizada para a supressão do sinal do LCR nas imagens ponderadas. Estudos com phantom confirmaram que a alteração de sinal observada em pacientes submetidos à anestesia eram mais provavelmente influenciadas pela pressão parcial de O₂ do que pelo efeito da concentração do anestésico utilizado e sugeriram que qualquer paciente ao receber O₂ suplementar, podem ter alteração similares. Outros estudos demonstraram que estas alterações são visíveis em todos os pacientes que recebem O₂ a 100%, independente do anestésico utilizado, e que este artefato não é observado quando o O₂ é administrado abaixo de 50%, porém atualmente preconiza-se que o ideal é manter FIO₂ próximo de 30%. **REFERÊNCIA:** Braga FT e col Rocha Relationship between the Concentration of Supplemental Oxygen and Signal Intensity of CSF Depicted by Fluid-Attenuated Inversion Recovery Imaging. AJNR Am J Neuroradiol: 2003;1863–1868.

QUALIDADE DE VIDA DOS ANESTESIOLOGISTAS DO ESTADO DO PARÁ

AUTORES:

Rosa Maria da Silva Beltrão, Bruno Mendes Carmona, Maria Eda Gil Alves Valle, Giselle Acácia de Cristo Canto, Thiago Cavalcante da Cruz, Andria Melissa Oliveira Bardier.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Ophir Loyola.

INTRODUÇÃO: Os anesthesiologistas, pela natureza de seu trabalho, estão submetidos a um estresse crônico devido às pressões das instituições onde trabalham, aos riscos de repercussões judiciais derivados de suas atividades e do sentimento de que seus conhecimentos e habilidades não são suficientemente reconhecidas¹. Pesquisas semelhantes revelaram que, em uma análise subjetiva, um percentual elevado de anesthesiologistas (44, 6%) possuem percepção negativa ou indefinida sobre sua qualidade de vida. Essa percepção foi influenciada pelo grau de satisfação com a saúde e pelo excesso de trabalho². Objetivou-se avaliar a qualidade de vida dos anesthesiologistas atuantes no Pará.

MÉTODO: Estudo analítico-descriptivo e transversal com 50 anesthesiologistas, realizado por meio de questionários compostos por 2 blocos de questões: 1º bloco: identificação geral; 2º bloco: questionário desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, o WHOQOLBREF que é composto de 26 questões. São 2 perguntas gerais sobre a qualidade de vida e o grau de satisfação com a saúde e 24 perguntas envolvendo os domínios físico e psicológico, a relação social e o meio ambiente. Com ele, é possível avaliar o grau de satisfação pessoal do entrevistado com sua capacidade de trabalho, aparência física, acesso a informações, lazer, vida sexual, situação financeira, condições de trabalho e serviços de saúde, relações sociais em geral, segurança no trabalho e moradia. **RESULTADO:** Dos anesthesiologistas que responderam à pesquisa 52% eram do sexo masculino, faixa etária entre 29 e 39 anos (38%), casados (70%), com filhos (70%), praticantes de atividades físicas (62%) e de lazer (86%), sendo metade da casuística etilista (50%), não tabagistas (94%), não usuários de substâncias ilícitas (98%), trabalham 5 dias por semana (48%) e aos fins de semana (84%), realizam plantões noturnos (58%) e apresentam tempo de formação entre 6 e 15 anos (44%), com uma boa auto-avaliação da qualidade de vida (56%), satisfeitos com a própria saúde (48%). A avaliação da qualidade de vida mostrou que os domínios meio ambiente e físico apresentam os mais baixos níveis, classificados como regular. Por outro lado, os domínios psicológico e relações sociais apresentaram bons níveis de qualidade de vida. **CONCLUSÃO:** De modo geral, a qualidade de vida destes médicos obteve média elevada revelando uma boa qualidade de vida, o que não exclui a necessidade de estudos e programas que visem o bem-estar e a manutenção da saúde dos mesmos. **REFERÊNCIA:** 01) Calumbi RA, Amorim JA, Maciel CMC, Filho OD, Teles AJF. Avaliação da qualidade de vida dos anesthesiologistas da Cidade do Recife. Rev Bras Anesthesiol. 2010;60(1): 42-51. 02) Torres BF, Pérez LMR, Vélez AG, Rodríguez TR, Guillén AG, Béjar MDIM. Prevalencia del síndrome de Burnout en los anesthesiologistas del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2006;53: 359-62.

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR APÓS ABDOMINOPLASTIA COM ANESTESIA PERIDURAL

AUTORES:

Julia Vidor Alves Santos, Roberta de Lima Machado, Hugo Camara Tinoco de Siqueira, Guilherme de Moraes Ancora Braga Netto.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal Fluminense.

INTRODUÇÃO: Em pacientes cirúrgicos o tromboembolismo pulmonar (TEP) é frequentemente associado a cirurgias de médio e grande porte sob anestesia geral, imobilização prolongada, alterações de coagulação e restrição ao leito. Este trabalho descreve TEP maciço em paciente sem comorbidades submetida a cirurgia de baixo risco, sob anestesia locorregional. Relato do caso - Paciente feminina, 31 anos, IMC 28 kg/m², estado físico P1, Mallampati I, usuária de anticoncepcional oral (ACO) submetida a abdominoplastia. Não houve medicação pré-anestésica. Realizada venóclise e monitorização com cardioscopia, pressão não invasiva e oximetria de pulso. Seguiu-se peridural contínua com Ropivacaína e Fentanil, com bloqueio sensitivo em T6 e sedação com Midazolam 2mg. Manteve-se estável hemodinamicamente durante todo procedimento, que durou 180 minutos. Foi encaminhada à recuperação anestésica assintomática, com pressão arterial estável e eupneica. Após 24h apresentou dor no sítio cirúrgico, sendo injetados 70 mcg de morfina no cateter peridural que foi então retirado sem intercorrências. Na noite do terceiro dia de pós-operatório apresentou episódio de dispneia súbita e lipotimia. Exames laboratoriais, eletrocardiograma, ecocardiograma e radiografia de tórax sem alterações. A angiotomografia de tórax revelou falha de enchimento em troncos das artérias pulmonares, sendo internada em unidade intensiva com diagnóstico de TEP e iniciada anticoagulação. A pesquisa para coagulopatias foi negativa. Recebeu alta após sete dias estável clinicamente e assintomática. **DISCUSSÃO:** TEP possui difícil diagnóstico perioperatório e deve ser suspeitado em pacientes com taquidispneia súbita inexplicada, dor torácica, hemoptise, tosse, taquicardia, queda abrupta na capnometria e/ou hipoxemia. Obesidade, idade acima de 40 anos, imobilização prolongada, estados de hipercoagulabilidade, hipotensão persistente e cirurgias com duração superior a 70 minutos e de cavidade abdominal são fatores predisponentes. Bloqueio diferencial, com possibilidade de mobilização muscular em curto prazo, atenuação da resposta inflamatória ao trauma e conseqüentemente da ativação da cascata de coagulação podem estar relacionados a anestesia peridural atuar como fator protetor. Meias de compressão graduada, compressores pneumáticos de membros inferiores e analgesia adequada para deambulação precoce tem sido utilizados para profilaxia. No caso em questão, apesar do bloqueio peridural, a paciente evoluiu com TEP maciço, tendo como único fator de risco o uso de anticoncepcional hormonal. Deve-se manter alto índice de suspeição para o diagnóstico, dada a inespecificidade da apresentação clínica e à gravidade da doença se não tratada. **REFERÊNCIA:** Preoperative Evaluation of Patients with Coexisting Disease. In: Miller RD, Lars EI et al. Miller's Anesthesia, 7th ed. Philadelphia, Elsevier, 2010; 1030 – 1031.

Reanimação e Ressuscitação

CARDIOVERSÃO ELÉTRICA EM PACIENTE EM POSIÇÃO PRONA: RELATO DE CASO

AUTORES:

Silvia Amalia de Melo Moura*, Suéleen Moura Lima, Fabiana Fontes Vieira, Marcelo dos Anjos Reis, Emilio Carlos Del Massa, Tarcisio Vieira Ramos.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Santa Marcelina.

INTRODUÇÃO: O ACLS descreve quatro posicionamentos de desfibriladores, podendo o profissional considerar posições alternativas. A posição prona (PP), adotada em diversas cirurgias, dificulta algo já tão dramático como as manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP) e se apresenta efetiva tanto para choque quanto para massagem cardíaca. **RELATO DO CASO:** Paciente feminina, 65anos, 80kg, hipertensa controlada, mastectomizada à direita, com indicação de ressecção de metástase cerebelar. Ao exame, apresentava derivação ventrículo-peritoneal, sem sinais de hipertensão intracraniana ou sinais focais, lúcida e orientada. Em DDH, monitorizada apresentando PA=120/80mmHg, FC=80bpm, Sat=97% (ar ambiente). Induzida em venóclise 20G MSE com: propofol 200mg, fentanil 200µg, cisatracúrio 12mg e, IOT sem intercorrências. Venóclise 18G MSE e 16G MID, acesso central em veia subclávia direita. PAM por dissecação da artéria radial MSE. Posicionada em PP mantida com remifentanil 0, 25-0, 5 µg/kg/min e propofol em TCI 1. 8-2. 3 µg/mL mais 300µg de fentanil. Durante abertura, houve laceração acidental do seio venoso dural e sangramento de 1300 ml, associado à instabilidade hemodinâmica. Realizada expansão volêmica de 1000mL de soro fisiológico, noradrenalina na dose de 0, 16 µg/kg/min e 02UI concentrados de hemácias; feita gasometria de controle com Hb10. 3g/dL e osmolaridade de 288. Evoluiu com estabilidade hemodinâmica e desmame da noradrenalina. Durante o fechamento dural, novo vultuoso sangramento de 800mL, e rápida deterioração hemodinâmica, queda de capnografia=20mmHg, PAM=40mmHg, FC=150bpm, reiniciada noradrenalina 1 µg/kg/min e bolus de 500ml de colóides, ocorrendo ausência de capnografia e oximetria, PAM=20mmHg e FC=180bpm, ritmo de taquicardia supraventricular, apesar do controle hemorrágico. Em decúbito ventral realizada cardioversão elétrica sincronizada com bifásico 120J com pá à direita em região superior do tórax e à esquerda em região medial à escápula. Houve reversão para ritmo sinusal, capnografia=27mmHg, PAM=65mmHg, com redução gradativa de noradrenalina e FC 120bpm. Gasometria de controle com acidose metabólica, Hb 7. 8g/dL, Osm 288. Administrado 03UI de concentrados de hemácias, 04UI de plasma fresco congelado, 100mEq bicarbonato de sódio, obtendo-se Hb 10g/dL e compensação da acidose metabólica e noradrenalina a 0, 1 µg/kg/min, diurese 1075mL. Término da cirurgia sem outras intercorrências, duração anestésica de 5 horas, paciente posicionada em DDH, mantida em ventilação mecânica sob sedação, encaminhada à UTI, sendo extubada e desmamada da noradrenalina no 1°PO, sem déficit motor, lúcida, com alta hospitalar no 5°PO. **DISCUSSÃO:** Quanto mais precoce, maiores as chances de sucesso da RCP. Iniciar as manobras em PP reduz esse tempo e evita os riscos de virar um paciente com o sítio cirúrgico exposto. **REFERÊNCIA:** Taylor JCL, Buchanan CCR, Rumball MJ et al. Cardiac arrest during craniotomy in prone position. Trends in Anaesthesia and Critical Care (2013).

HISTOLOGIA E EXPRESSÃO DE CITOCINAS RENAIS IMEDIATAS À RESSUSCITAÇÃO FLUÍDICA DE RATOS SUBMETIDOS À HEMORRAGIA AGUDA SOB ANESTESIA PELO SEVOFLURANO

AUTORES:

Yara Marcondes Machado Castiglia, Marcela Marcondes Pinto Rodrigues, Fabio dos Santos Cosso Martins, Mariana Cecília Ramirez Zamorano, Pedro Thadeu Galvão Vianna, Verusca Michele Oliva*.

INSTITUIÇÃO:

Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp Departamento de Anestesiologia.

INTRODUÇÃO: Na clínica observam-se situações de hemorragia aguda em pacientes submetidos a cirurgias que normalmente não apresentariam grandes perdas sanguíneas. A reposição dessa perda nunca é imediata, tanto com solução cristalóide como com colóide, ou mesmo com sangue. Quais as reais consequências que essa situação traz para o rim? Investigou-se a influência da ressuscitação fluídica com soluções de Ringer e hidroxietilamido 130/0, 4 (HEA) na pressão arterial média e na histologia e expressão de citocinas renais em ratos submetidos à hemorragia aguda sob anestesia pelo sevoflurano. **MÉTODO:** Foram alocados em 4 grupos (n=12), 48 ratos anestesiados com sevoflurano: GSevo - hemorragia sem ressuscitação fluídica; GRinger - hemorragia e ressuscitação com solução de Ringer (3: 1 de perda sanguínea); GHEA - hemorragia e ressuscitação com HEA (1: 1) e GSham - sem hemorragia. A hemorragia foi de 30% da volemia (10% a cada 10 min). Todos os animais receberam 7mL/kg/h de solução de Ringer como hidratação basal. Cessada a ressuscitação, que teve duração de 20 min, nefrectomia bilateral foi realizada para análise da histologia e da expressão de fator- de necrose tumoral (TNF-) e interleucina-1 (IL-1) renais. **RESULTADO:** Todos os grupos, exceto GHEA, apresentaram hipotensão arterial no final do experimento. Degeneração tubular foi a lesão mais intensa e frequente observada em todos os grupos. IL-1 expressou-se em todos os rins, mas com significância estatística apenas em GHEA. Todos os grupos apresentaram expressão de TNF- no rim, mas sem significância estatística entre eles. **CONCLUSÃO:** A resposta da pressão arterial média foi melhor com ressuscitação pela solução de HEA. O sevoflurano seria o responsável pela degeneração tubular observada e pela expressão renal de IL-1 e TNF- . A hidratação basal com solução de Ringer permitiu melhora da resposta inflamatória, enquanto a solução de HEA acentuou a resposta da IL-1. **REFERÊNCIA:** Guedes Jr FS et al. Renal histology and immunohistochemistry after acute hemorrhage in rats under sevoflurane and ketoprofen effect. *Acta Cir Bras* 2012;27: 37-42.

MANEJO DE PACIENTE VÍTIMA DE FERIMENTO POR ARMA DE FOGO COM LESÃO CARDÍACA EM TORACOTOMIA DE EMERGÊNCIA – RELATO DE CASO

AUTORES:

André Cançado Frois*, Carolina Passos Diniz, Daniella Semino Tavares, Érica Carla Lage de Oliveira, Luciana de Souza Cota Carvalho Laurentys, Roberta Carolina Nogueira Costa Lanna.

INSTITUIÇÃO:

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.

INTRODUÇÃO: Trauma cardíaco penetrante por arma de fogo é um dos mais fatais, porém, eventualmente, chegam ao pronto socorro e são submetidos a toracotomia de emergência. Uma visão geral da função multiorgânica e uma estratégia voltada para o controle de danos podem determinar prognóstico mais favorável a este grupo de pacientes. Este relato de caso visa suscitar a discussão a respeito da conduta na toracotomia de emergência. **RELATO DE CASO:** 31 anos, M, vítima de trauma torácico por projétil de arma de fogo (PAF). Admitido em unidade de politraumatizados de Hospital de referência, duas horas após o trauma, com intubação orotraqueal e dreno em hemitórax direito, instável hemodinamicamente. Apresentava ferida de entrada abaixo do mamilo esquerdo e PAF palpável em parede de hemitórax direito. Ultrassonografia de saco pericárdico evidenciou líquido local, sendo encaminhado ao centro cirúrgico para toracotomia de emergência. Drenado hemopericárdio e, durante rafia de lesão ventricular direita, evoluiu com parada cardiorrespiratória (PCR) em atividade elétrica sem pulso. Realizada pronta ressuscitação cardiopulmonar, com massagem cardíaca direta e adrenalina 2mg, evoluindo para fibrilação ventricular, quando administrou-se choque intratorácico, com conversão para ritmo sinusal, após seis minutos de PCR. A ressuscitação volêmica consistiu em 5000mL de cristóides, 500 mL de colóides e 300 mL de hemoconcentrado. Revisão laboratorial mostrou acidose metabólica grave, hipocalcemia e hiperlactatemia, sendo otimizados controle hidroeletrólítico e ventilatório. Ao décimo dia pós-operatório, paciente encontrava-se em ventilação espontânea e melhora progressiva. **DISCUSSÃO:** A abordagem terapêutica de grave descompensação hemodinâmica e metabólica ainda é motivo de debate, e há evidências de que estratégias convencionais podem exacerbar a coagulopatia e a morbimortalidade. Este caso demonstra que a abordagem precoce com estratégia anestésica focada no controle de danos com ressuscitação hipotensiva e hidroeletrólítica tem papel importante para o sucesso do tratamento. Recomendações atuais priorizam rápida identificação e correção do colapso circulatório, principal causa de óbito nestes pacientes. Não obstante, na tentativa de restaurar a perfusão tecidual, os pacientes usualmente recebem solução cristalóide e concentrado de hemácias, ausentes em fatores de coagulação, o que ocasiona efeito dilucional, e os efeitos da acidose metabólica não são revertidos com a simples reposição de bicarbonato. É crucial que evoluções deletérias sejam detectadas o mais cedo possível para que o manejo adequado seja iniciado. O levantamento de dados e atualização científica do anestesiológico irá facilitar a gestão destes pacientes. **REFERÊNCIA:** Nunez, TC et al. Early prediction of massive transfusion in trauma: simple as ABC (assessment of blood consumption) *J Trauma*, 2009;66: 346-352. Moloney JT et al. Anesthetic management of thoracic trauma. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2008;21(1): 41-6.

O PAPEL DA REPOSIÇÃO VOLÊMICA ADEQUADA NO CHOQUE HEMORRÁGICO

AUTORES:

Rafael Campos Gaio, Bruno Pacheco Ibraim, Ismael Borges Moraes, Thirza Veloso Correia.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Geral de Nova Iguaçu.

INTRODUÇÃO: Discutir a abordagem adequada quanto à reposição volêmica no paciente politraumatizado na realidade do sistema de saúde pública brasileiro (integração entre equipe de resgate, porta de entrada e anestesiologia).

RELATO DO CASO: Paciente masculino, 25 anos, cerca de 85 kg, ASA 1 pE, vítima de queda de motocicleta, com fratura de clavícula direita e lesão de vasos subclávios subjacentes. Ao exame físico apresentava volumoso hematoma supraclavicular à D e ausência de pulsos arteriais em MSD (confirmado por Doppler). Admitido no centro cirúrgico para controle anatômico da hemorragia, apresentando Glasgow 14 (3/5/6), pupilas anisocóricas, PA: 110 x 60; FC: 110; pulso filiforme em MSE, pressão capilar periférica lentificada, pele fria e pegajosa. Relatos do prontuário indicavam reposição agressiva de volume baseada em cristalóides na emergência (3500 mL de Ringer Lactato); não há relato de infusão volêmica na unidade de resgate em via pública. No centro cirúrgico, o paciente foi submetido à anestesia geral balanceada, tendo a equipe de anestesiologia realizado reposição de hemocomponentes e cristalóides e/ou colóides em uma proporção de 2/3 (6 bolsas de concentrado de hemácias e 2 de plasma fresco congelado; 4000 mL de SF 0, 9%, 1500 mL RL e 500 mL solução colóide). A infusão de componenetes sanguíneos teve indicação clínica (choque hipovolêmico hemorrágico), porém não seguiu o protocolo da SAVA (1: 1: 1 – concentrado de hemácias / plasma fresco congelado / plaquetas)); por sua vez, a abordagem na emergência não contemplou o preconizado pelo ATLS (3: 1- cristalóides / hemocomponentes). Após a cirurgia, o paciente mantinha-se chocado, sendo transferido para o CTI intubado, em uso de Noradrenalina. Evoluiu para óbito após 2 dias, sem melhora clínica, apesar do controle cirúrgico da hemorragia. **CONCLUSÕES:** O seguimento dos protocolos (ATLS e SAVA) nos atendimentos a pacientes politraumatizados em serviço de emergência de hospital público da região metropolitana da cidade do Rio de Janeiro (e nos hospitais públicos de emergência em geral no Brasil) encontra empecilhos como desconhecimento dos protocolos por parte da equipe de saúde, falta de sincronismo entre as condutas das equipes de resgate, emergência e centro cirúrgico, entaves burocráticos (demora pra liberação de hemocomponentes, deficiência dos bancos de sangue, entre outros). Desse modo, vai de encontro aos resultados dos trabalhos em que são baseados os protocolos citados, nos quais o atendimento de excelência demonstra os melhores resultados de morbimortalidade; a assistência que destoa desses padrões acaba por prejudicar o prognóstico desses pacientes. **REFERÊNCIA:** Suporte Avançado de Vida em Anestesia; Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia / SBA, 2011. Tratado de Anestesiologia SAESP; Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo; 7 ed; São Paulo: Editora Atheneu, 2011. Advanced Trauma Life Support; 9th ed.

Terapia Intensiva

A ADMINISTRAÇÃO CONJUNTA E ISOLADA DE NEOSTIGMINA E/OU ATROPINA NO PÓS-OPERATÓRIO NÃO ALTERA A SOBREVIVÊNCIA DOS ANIMAIS EM SEPSE EXPERIMENTAL

AUTORES:

Giovani de Figueiredo Locks, Cristine Bitencourt Fernandes*.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

INTRODUÇÃO: Em 2000, foi demonstrado que a acetilcolina (o principal neurotransmissor do nervo vago) atenuava significativamente a liberação de mediadores pró-inflamatórios. Foi proposto para esta descoberta, o nome de Via Colinérgica Antiinflamatória. Posteriormente, foi identificado que o subtipo de receptor nicotínico envolvido na inibição da liberação de mediadores pró-inflamatórios por macrófagos era o receptor nicotínico homopentamérico alfa-7 (nACh α 7). O objetivo deste estudo é avaliar a influência da administração de atropina e de neostigmina na evolução clínica de um modelo de sepse experimental.

MÉTODO: Foram utilizados ratos machos albinos (n = 32) da linhagem Wistar, com idade aproximada de 180 dias e peso entre 350 e 400g. Após a anestesia, os animais foram submetidos ao modelo de sepse experimental de ligadura e punção de ceco. Ao final da cirurgia foram administrados 5ml, para cada 100g de peso corporal, de solução de cloreto de sódio 0, 9% aprotônica em região subdérmica. Os animais foram aleatoriamente divididos em grupos de igual número, em atropina, neostigmina, neostigmina + atropina e controle, onde todos receberam a solução duas vezes ao dia, em via intramuscular, por 72h. 40 μ g/Kg de atropina foram injetadas nos ratos do grupo atropina; 80 μ g/Kg de neostigmina em seu grupo correspondente. Os animais do grupo neostigmina + atropina receberam 80 μ g/Kg de neostigmina e 40 μ g/Kg de atropina. Os animais do grupo controle receberam o mesmo volume de solução aprotônica de cloreto de sódio a 0, 9%. Os animais foram acompanhados por 7 dias para avaliação da sobrevivência e registro do momento em que ocorreu o óbito. A análise estatística consistiu de curva de Kaplan-Meier e teste Log Rank. **RESULTADO:** O grupo da administração isolada de atropina obteve o maior valor em sobrevivência na avaliação dos 7 dias de pós-operatório (62, 5%), comparado aos grupos neostigmina (37, 5%), neostigmina+atropina (25%) e controle (25%), porém, sem significância estatística (p 0. 418). **CONCLUSÃO:** Concluímos, com este estudo, que não existem diferenças significativas na sobrevivência de animais sépticos após a administração de atropina e neostigmina isoladas ou em conjunto. **REFERÊNCIA:** Borovikova LV, Ivanova S, Zhang M et al . Vagus nerve stimulation attenuates the systemic inflammatory response to endotoxin. Nature. 2000;405: 458-62. Jonge W, Ulloa L. The alpha7 nicotinic acetylcholine receptor as a pharmacological target for inflammation. British journal of pharmacology. 2007;151(7): 915-29.

ABORDAGEM ANESTÉSICA DE PACIENTE COM BÓCIO COLÓIDE GIGANTE

AUTORES:

Érica Carla Lage de Oliveira, Jayme Bueno de Castilho, Bruno Carvalho Cunha de Leão, Carolina Passos Diniz, Roberta Carolina Nogueira Costa Lanna, Antônio Flávio Rodrigues*.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Júlia Kubitshek - FHEMIG.

INTRODUÇÃO: A presença de bócio tireoidiano quando associado a compressão das vias aéreas (VA) é fator predisponente à intubação orotraqueal difícil. Nesses casos, a intubação orotraqueal acordado (IOA) é a estratégia de escolha em pacientes que serão submetidos a cirurgia sob anestesia geral. **RELATO DE CASO:** Homem, 77 anos, 83 com proposta cirúrgica de tireoidectomia total devido a bócio colóide gigante, apresentando disфонia, disfagia, tosse, estridor inspiratório, não tolerando decúbito menor que 30 graus. Comorbidades prévias: hipertireoidismo, DM tipo II e HAS de difícil controle em tratamento. Coronariopata grave com três eventos coronarianos agudos prévios, atualmente em tratamento clínico devido a extensão das lesões. Classe funcional de NYHA III, com angina estável. Em tomografia, bócio de 12 cm deformando e obstruindo parcialmente a traqueia. O paciente foi orientado quanto ao risco de manipulação da VA, da possibilidade de VA cirúrgica e da possibilidade de evento cardíaco. Optado por IOA, recebeu monitorização invasiva da pressão arterial (PA). Administrado 10mg de escopolamina visando hipossalivação, anestesia tópica da língua e região faríngea com lidocaína 10% spray e da narina com lidocaína geleia. **INTRODUÇÃO:** de fibroscópio até visualização da região laríngea e cordas vocais. Paciente apresentou inquietação e elevação de PA, quando foi iniciada remifentanil 0,05mcg/kg/min. Instilação, sob visão fibroscópica, de 15 ml de lidocaína 2% sem vasopressor em porção supraglótica e traqueia. **INTRODUÇÃO:** de tubo aramado número 7, 5 e imediata indução anestésica com remifentanil 0,3 mcg/kg/min, etomidato 20 mg e cisatracúrio 10mg, mantida anestesia geral balanceada com sevoflurano e remifentanil. O paciente manteve níveis estáveis dos parâmetros hemodinâmicos e ventilatórios. A PAM mínima aceitável foi de 80mmHg, sendo eventualmente requerido bolus de 50mcg de fenilefrina. A extubação foi realizada após constatação intraoperatória da perviedade traqueal e rigorosa hemostasia, em céfalo-aclive de 30 graus, sem exacerbação hemodinâmica. Observada importante melhora do padrão respiratório. Pós-operatório em UTI. **DISCUSSÃO:** A IOA requer anestesia que ofereça conforto, condições de intubação adequadas e estabilidade hemodinâmica, que foi adquirida com a associação de anestesia tópica e remifentanil. O paciente apresenta ainda risco alto para evento coronariano peroperatório, o que requer um bom planejamento da técnica anestésica e uma equipe multidisciplinar coesa para uma anestesia de sucesso sem eventos inesperados. **REFERÊNCIA:** VOYAGIS, G. S. Kyriakis, K. P. The Effect of Goiter on Endotracheal Intubation. A & A March 1997 vol. 84 no. 3 611-612. Anette-Marie MACHATA, A. M. Et al. Awake Nasotracheal Fiberoptic Intubation: Patient Comfort, Intubating Conditions, and Hemodynamic Stability During Conscious Sedation with Remifentanil. A & A September 2003 vol. 97 no. 3 904-908.

AIRTRAQ® PARA INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL EM PACIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE LINFADENECTOMIA CERVICAL + RADIOTERAPIA

AUTORES:

Ivan Dias Fernandes Pereira, Ana Beatriz Thomasi Pastori Colferai*, Daniel Palumbo de Oliveira.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Estadual de Maringá.

INTRODUÇÃO: A intubação traqueal por laringoscopia convencional é considerada o padrão-ouro no manejo das vias aéreas¹. Em alguns casos, a intubação pode ser dificultada pelo fato de não se conseguir uma posição olfatória adequada. Esta dificuldade e, muitas vezes, a incapacidade de intubar um paciente com sucesso, é uma das principais causas de morbidade e mortalidade no ato anestésico¹². Com o objetivo de ajudar em situações de via aérea difícil, videolaringoscópios como o Airtraq®, projetado para fornecer uma visão da glote sem o alinhamento dos eixos oral, faríngeo e traqueal vem sendo utilizados. **RELATO DE CASO:** Paciente masculino, 40 anos de idade, pesando 105 Kg, estado físico ASA I, em pós-operatório tardio de ressecção de tumor de rinofaringe+linfadenectomia cervical direita+radioterapia cervical será submetido à colecistectomia convencional eletiva. Classificado como Mallampati IV, apresentava distância interincisivos <2 cm, distância tireo-mento >6 cm e mobilidade cervical normal. A laringoscopia direta seria impossível ou traumática, assim como a inserção da máscara laríngea, em função da abertura bucal restrita. Optou-se por intubação acordado utilizando o laringoscópio óptico Airtraq®. Foi monitorizado com cardioscópio, oxímetro de pulso e PANI. Realizada sedação com 3 mg de midazolam + 50 mcg de fentanil, anestesia tópica de orofaringe com lidocaína spray e pré-oxigenação com O₂ a 100%. Após introduzir o Airtraq® de maneira justa por entre os incisivos, houve excelente visualização da glote e foi intubado após 2 tentativas com um tubo endotraqueal 7,0. Confirmada localização traqueal pela curva de capnografia. Em seguida, a anestesia geral foi induzida com propofol 200 mg + fentanil 100 mcg + atracúrio 50 mg e mantida com sevoflurano 2% + O₂/N₂O 50%. Ao final da cirurgia, com paciente acordado e respondendo ao comando verbal, procedeu-se à extubação sem intercorrências e encaminhado à SRPA. **DISCUSSÃO:** Pacientes submetidos à linfadenectomia cervical após radioterapia podem apresentar via aérea difícil e a avaliação pré-operatória criteriosa é de extrema importância para se obter sucesso na intubação orotraqueal nesses casos. Como o paciente apresentava Mallampati IV e distância interincisivos <2 cm que impedia a laringoscopia direta, a intubação acordado com uso do Airtraq® se apresentou como alternativa interessante, pois a extrema curvatura de sua lâmina e seus componentes ópticos proporcionam boa visualização da glote¹². Estudos mostram que o Airtraq® é mais fácil de se utilizar do que outros laringoscópios e exige menos habilidade do operador, fatores que o tornam muito importante no manuseio da via aérea difícil. **REFERÊNCIA:** 1. Caplan RA, Posner KL, Ward RJ, Cheney FW. Adverse respiratory events in anesthesia: a closed claims analysis. *Anesthesiology*1990;72: 828-33. 2.Cheney FW. The American Society of Anesthesiologists Closed Claims Project: what have we learned, how has it affected practice, and how will it affect practice in the future? *Anesthesiology* 1999;91: 552-6.

ANESTESIA EM PACIENTE COM SÍNDROME DE HURLER

AUTORES:

Mariana Campos Reis, Flávia Vieira Guimarães Hartmann, Jordana Alverne de Aguiar, Bruno de Castro Fernandes Epitacio, Lucas Macedo da G. Medeiros de Queiroz, Rúbia Garcia Dusi.

INSTITUIÇÃO:

Hospital de Base do Distrito Federal - HBDF.

INTRODUÇÃO: Síndrome de Hurler também chamada de mucopolissacaridose tipo I é um transtorno hereditário degenerativo progressivo, causado pela acumulação excessiva intralisossomal de glicaminoglicanos em diversos tecidos. Esta síndrome é caracterizada por alterações neurológicas, ortopédicas e gastrointestinais. Tem uma incidência de 1: 500000 nascidos vivos. Apesar de ser uma síndrome rara, tem uma grande importância para o anestesiolista pelas dificuldades na via aérea desses pacientes.

RELATO DE CASO: Paciente masculino, 8 anos, 16Kg, portador de síndrome de Hurler escalado para cirurgia de Derivação Ventrículo-peritoneal, apresenta desenvolvimento retardado, hipotonia generalizada, macrocrania com hidrocefalia, convulsões, atrofia cortical, prolapso de válvula mitral, colelitíase, refluxo gastro-esofágico, macroglossia, deformidades ortopédicas conhecidas como disostose múltiplas e instabilidade atlanto-axial. Avaliação de via aérea: impossibilidade de extensão cervical, macroglossia e pequena abertura bucal. Em uso de captopril. História de internação de repetição por pneumonia. Admitido em SO, sonolento, pouco contactante com PA: 130/70mmHg, FC: 66bpm, SatO₂: 96%. Realizado pré-oxigenação com O₂ 100% cerca de 4 min, em seguida, infusão de propofol 90 mg e fentanil 50 mcg, laringoscopia Cormack IV com dificuldade de intubação, porém paciente apresenta boa ventilação sob máscara facial. Havia indisponibilidade de utilização de broncofibroscópio no momento, optou-se por intubação retrógrada. Punção da cartilagem cricóide com cateter plástico 22G, passagem de fio prolene 0 pelo cateter e visualização do fio na cavidade oral, sendo puxado com pinça Magil, tentou-se introduzir um tubo orotraqueal 5. 0, sem sucesso, obtendo-se sucesso apenas com TOT 3. 5 sem cuff. Iniciada ventilação pulmonar, modo PCV FR: 20, P: 20, FiO₂: 0, 5, VC: 50mL, com pequeno vazamento de ar pelo TOT e manutenção anestésica com sevoflurano 2%. Cirurgia aconteceu sem intercorrências. Ao final, foi realizada uma broncoscopia, sendo evidenciada estenose subglótica de cerca de 50% e impossibilidade de dilatação traqueal. Paciente foi extubado, mantido o fio prolene 0 e encaminhado à UTI em respiração espontânea, com oxigênio sob máscara de venturi, SatO₂: 95%. **DISCUSSÃO:** A entubação traqueal nos pacientes portadores de mucopolissacaridose é considerada como a condição de maior dificuldade na anestesia pediátrica. O conhecimento de técnicas alternativas de entubação, como a entubação retrógrada, é fundamental na prática anestésica. Apesar de algumas alegações de que a técnica retrógrada pode ser perigosa para pacientes pediátricos, ela tem resultados promissores descritos na literatura e mostrou-se segura no caso relatado em que a entubação pelo broncofibroscópio seria impossível pelo calibre das vias aéreas.

ANESTESIA EM PACIENTE PORTADOR DE MÁ-FORMAÇÃO CONGÊNITA DOS MAXILARES COM FUSÃO DO PROCESSO CORONÓIDE DA MANDÍBULA NA PORÇÃO POSTERIOR DA MAXILA: RELATO DE CASO

AUTORES:

Luivya Cristina Jacintho Larrubia*, Sandra Maria Velasco, Gustavo Rodrigues Bonheur.

INSTITUIÇÃO:

CET - Santa Casa de Campo Grande.

INTRODUÇÃO: a má-formação congênita dos maxilares com fusão do processo coronóide da mandíbula na porção posterior da maxila cursa com incapacidade de abertura bucal. **RELATO DE CASO:** paciente masculino, 20 dias, 3kg, submetido à cirurgia para osteotomia sob anestesia geral avaliação pré-anestésica: abertura de boca do lado direito com aproximadamente 0, 8cm e sem abertura do lado esquerdo. Técnica anestésica: indução inalatória com oxigênio a 50%, óxido nitroso a 50% e sevoflurano com concentrações variando entre 3 a 6% técnica de intubação: intubação retrógrada via nasal auxiliada por fibroscopia. Efetuadas duas tentativas de intubação retrógrada nasotraqueal com auxílio da fibroscopia anestesia: mantida em ventilação mecânica controlada com sistema respiratório valvular sem absorvedor de CO₂ pós-operatório: cerca de 300 minutos após a indução, com a cirurgia concluída, foi encaminhado à UTI, onde foi mantido em ventilação controlada mecânica extubação: após dois dias, quando não havia mais edema de vias aéreas superiores à laringoscopia direta e a gasometria arterial apresentava resultado satisfatórios. Paciente teve alta hospitalar em sete dias. Foi submetido a nova intervenção cirúrgica, para a realização de ostectomia, após 8 meses criança apresentava retorno do quadro de incapacidade de abertura bucal. Foi realizada nova intubação retrógrada nasotraqueal com auxílio de fibroscopia. Paciente após 45 dias no CTI e 15 dias na enfermaria teve alta hospitalar. **DISCUSSÃO:** as alterações decorrentes desta doença determinam dificuldade na realização de controle de via aérea é de fundamental importância que o anestesiolista reconheça as possíveis dificuldades impostas ao ato anestésico assim como as condutas a serem adotadas para vencê-las. **REFERÊNCIA:** 1. Airway management. In: bissonnette b, dalens b - pediatric anesthesia. Principles & practice. People's medical publishing house - usa, 2011;1167-1185 2. Carmona b m, cerqueira m p, silva w v. Controle não invasivo da via aérea. Suporte avançado de vida em anestesia. In: martins m p, duarte n m c d, pires o c. Sociedade brasileira de anesthesiologia. Rio de janeiro, 2011; 282-286.

ANESTESIA GERAL EM PACIENTE COM SEQUÊNCIA DE PIERRE-ROBIN

AUTORES:

Murilo Gonçalves Sabino*, Ticiania Goyanna Cardoso, Ricardo Almeida de Azevedo, José Admirço Lima Filho, Carlos Kleber de Oliveira Santana, Hugo Eckener Dantas de Pereira Cardoso.

INSTITUIÇÃO:

CET do Hospital Geral Roberto Santos.

INTRODUÇÃO: a seqüência de Pierre-Robin é descrita como uma tríade de anomalias caracterizada por micrognatia, glossoptose e fissura de palato, é relativamente comum, ocorrendo em cerca de 1 em 8.500 nascimentos. Devido a essas características esses pacientes apresentam obstrução das vias aéreas e dificuldades alimentares, sendo mais frequentes e graves no período neonatal. Além dessa tríade, os pacientes podem apresentar alterações do sistema auditivo (anormalidades auriculares, atresia do conduto auditivos, aplasia dos canais laterais semicirculares), na anatomia nasal e da orofaringe. A prioridade no tratamento da sequência de Pierre Robin deve ser a manutenção da permeabilidade das vias aéreas. Devido as múltiplas manifestações clínicas e complexidade dos casos, a assistência a esses pacientes deve ser individualizada e multidisciplinar.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVO: relatar o ato anestésico cirúrgico em lactente com sequência de Pierre-Robin e discutir as implicações anestésicas com ênfase na manutenção da via aérea. **RELATO DE CASO:** lactente 4 meses, prematuro, nascido de parto normal, história prévia há 1 mês de internamento em UTI por quadro de pneumonia e choque séptico, internado para correção cirúrgica eletiva de micrognatia secundária a seqüência de Pierre-Robin, admitido no centro cirúrgico em ventilação espontânea, saturação de O₂ 97% em ar ambiente, com acesso venoso periférico prévio, sem droga vasoativa. Monitorização, pré-oxigenação e indução anestésica com agente inalatório, sevoflurano, mantendo lactente em ventilação espontânea. Realizado laringoscopia direta, cormak III, e intubação orotraqueal sem intercorrências. Após confirmada intubação com capnografia foi administrado fentanil 5 mcg/kg e em seguida, acoplado a ventilação mecânica mantendo anestesia com sevoflurano. Procedimento anestésico realizado sem intercorrências. **DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:** avaliar o ato anestésico cirúrgico em pacientes portadores de sequência de Pierre-Robin enfatizando a previsibilidade de via aérea difícil nesses pacientes. **REFERÊNCIA:** J. Pediatr. (Rio J.) v. 81 n. 1 Porto Alegre jan./fev. 2005. Stoelting's Anesthesia and Co-Existing Disease, 6th ed.; Chapter 27 - Pediatric Diseases. Benumof and Hagberg's Airway Management, 3rd ed.; Chapter 36 - The Difficult Pediatric Airway

ANESTESIA GERAL EM PACIENTE PORTADORA DE SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR

AUTORES:

Leandro de Castro Japiassú, Sérgio Teixeira Sant'Anna Junior, Rafaela Correia da Silva, Caroline Rodrigues de Abreu Vieira*, Julia Cid Crespo Guimarães, Flávio Elias Callil.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Municipal Souza Aguiar.

INTRODUÇÃO: A Síndrome da Veia Cava Superior (SVCS) é uma manifestação clínica da obstrução da veia cava superior com redução grave do retorno venoso (RV) da cabeça, pescoço e membros superiores (MMSS). A maioria dos casos é causada por câncer de pulmão, linfoma e tumores metastáticos. Entretanto, com a crescente utilização de dispositivos intravasculares, como cateteres de acesso venoso central (AVC) permanente, a incidência de SVCS de causas benignas está aumentando. Representa um desafio ao anestesiológico devido a complicações que ameaçam a vida, tais como colapso cardiovascular e completa obstrução da via aérea durante o ato anestésico. **RELATO DE CASO:** S. Q. C., 65 anos, hipertensa e diabética de longa data, em tratamento irregular. Portadora de insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico, ASA p IV. Diagnóstico recente de SVCS, secundária à permanência prolongada de AVC em território subclávio. Internada no Hospital Municipal Souza Aguiar para ligadura de fístula arteriovenosa (FAV) rota em membro superior esquerdo, sem sintomas de dispnéia ou intolerância posicional. Avaliação pré-anestésica denotando Mallampati IV, distância tireoentoniana < 6cm, edema de face e MMSS, edentula. Exames bioquímicos denotando escórias nitrogenadas elevadas (uréia: 185mg/dL, creatinina 4, 7mg/dL), hiperglicemia (255 mg/dL), anemia (hemoglobina sérica 9, 1g/dL). Procedimento ocorrido sob anestesia geral balanceada, via aérea invasiva garantida através de indução em seqüência rápida com manobra de Sellick, utilizando-se fentanil 3mcg/kg, lidocaína 2% 1, 5mg/kg, etomidato 0, 3mg/kg e rocurônio 1, 2mg/kg endovenosos (acesso em membro inferior direito). Manteve estabilidade hemodinâmica durante 150 minutos de procedimento, perda sanguínea compatível. Extubada sem intercorrências em pós-operatório imediato, encaminhada à unidade de recuperação pós-anestésica com pontuação 9 na escala de Aldrete. Em pós-operatório evoluiu com estabilidade, em seguimento hemodialítico e acompanhamento pela Cirurgia Vascular. **DISCUSSÃO:** A SVCS é uma condição complexa, sendo que sua associação à anestesia pode resultar em hipotensão grave, uma vez que há a combinação da redução do RV da porção superior do corpo e vasodilatação farmacológica. O anestesiológico deve evitar o acesso em membros superiores, estar atento ao decúbito do paciente e à manipulação de vias aéreas durante a intubação. A posição semi-sentada deve ser considerada durante a anestesia e na presença de sintomas respiratórios. A pressão venosa aumentada e a congestão tornam maiores as chances de colapso de via aérea, sendo esta ocasionalmente distal ao tubo endotraqueal. **REFERÊNCIA:** 1) Cordeiro SZB, Cordeiro PB. Síndrome da Veia Cava Superior. J Pneumol, 2002; 25(8): 288-293. 2) Munechika M. Anestesia para tumores de mediastino - Tipo de ventilação: espontânea ou controlada? Disponível em . Acessado em 16/07/2013.

ANESTESIA PARA FECHAMENTO DE FÍSTULA TRAQUEOCUTÂNEA

AUTORES:

João Maximiano Pierin Barros, Werner Alfred Gemperli, Armando Vieira de Almeida, Édina Rodrigues Teruya, Patricia Sanae Ito*, Bianca Angélica Bianchini.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Regional de Mato Grosso do Sul.

INTRODUÇÃO: Fístula traqueo-cutânea é uma complicação benigna da traqueostomia e ocorre em até 29% dos pacientes que sofrem decanulação. A principal dificuldade encontrada pelo anestesiológico é manter uma via aérea segura, para tanto, é importante a manutenção da ventilação espontânea. Publicações recentes relatam altas doses de dexmedetomidina para a realização deste tipo de procedimento - um agonista α -2 seletivo que fornece uma "sedação consciente", sem depressão respiratória e potente analgesia. As doses de manutenção variam de 0, 2 a 0, 7mcg/kg/h no Brasil, a até 1, 4mcg/kg/h na Europa. Ramsay e col, em 2004, demonstraram que a dexmedetomidina pode ser usada como agente único em anestesia venosa total desde que as doses sejam aumentadas (manutenção de 0, 7 a 10mcg/kg/h). **RELATO DE CASO:** O trabalho foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da instituição. Foram realizados três anestésias em pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico de fístula traqueo-cutânea, com histórico de intubação orotraqueal prolongada seguido de traqueostomia, idade maior ou igual a 18 anos e classificação de risco anestésico ASA menor ou igual a três. A técnica anestésica foi explicada a cada paciente e o termo de consentimento informado assinado. O protocolo anestésico aplicado foi o uso de dexmedetomidina como droga principal, com dose de ataque de 1mcg/kg infundidos em 10 minutos, seguido de dose de manutenção de 5 a 7 mcg/kg/h e, conforme demanda, bolus de até 30mg de propofol e 1-2mcg/kg de fentanil. Foi realizada infiltração local de lidocaína 2%, em volumes de 5 a 10ml. Os pacientes foram mantidos em ventilação espontânea, com O₂ suplementar. A monitorização foi feita com cardioscópio, oximetria de pulso e pressão arterial não invasiva. **DISCUSSÃO:** Observou-se que altas doses de manutenção de dexmedetomidina proporcionaram condições cirúrgicas adequadas, boa estabilidade hemodinâmica e respiratória. Nos três casos, a saturação periférica de O₂ manteve-se acima de 95%, a pressão arterial (PA) não variou mais do que 20% do valor de entrada e a frequência cardíaca em um dos pacientes teve uma diminuição maior que 20%, chegando a 47bpm, sem comprometimento de PA. Apresentaram um rápido despertar e alto grau de analgesia residual. Portanto, estes resultados estão de acordo com Al Zaben e col, sugerindo uma nova possibilidade de anestesia para este tipo de procedimento. **CONCLUSÃO:** Concluímos que até o momento esta técnica tem se mostrado eficaz quando associada a baixas doses de propofol e fentanil, mas é imprescindível que mais dados sejam coletados, a fim de demonstrar que esta prática é segura e capaz de oferecer benefícios muito maiores que seus riscos. **REFERÊNCIA:** Ramsay MA, Lurterman DL. Dexmedetomidine as a total intravenous anesthetic agent. *Anesthesiology*. 2004;101: 787-90.

ASSOCIAÇÃO DE LARINGOSCOPIA DIRETA À BRONCOSCOPIA FLEXÍVEL EM VIA AÉREA DIFÍCIL

AUTORES:

Mariana Suete Guimarães*, Edvaldo Casoti Júnior, Marcos Célio Brocco, Antônio Roberto Carraretto, Carlos Eduardo David de Almeida.

INSTITUIÇÃO:

CET Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes - Hospital da Associação dos Funcionários Públicos do Espírito Santo.

INTRODUÇÃO: O insucesso na intubação traqueal é uma das principais causas de mortalidade relacionadas à anestesia. É fundamental identificar os fatores que predisõem ao acesso difícil a via aérea. Pelo menos 30% das vias aéreas de difícil acesso continuam não identificadas. A classificação de mallampati, a distância interincisivos, a circunferência do pescoço, a distância tireoentoniana são índices utilizados para identificar uma provável intubação difícil 1. Obesos tem maior probabilidade de apresentar intubação e ventilação difícil além de dessaturação de oxigênio rápida, principalmente na posição supina 2. No caso descrito a traquéia do paciente, com exame de via aérea aparentemente normal, provou se difícil de entubar sob laringoscopia direta e broncoscopia de fibra ótica flexível. A associação dos métodos foi a chave do sucesso. **RELATO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 35 anos, estado físico ASA II (hipertensão arterial), malampatti II, distância tireoentoniana de 7 cm, distância interincisivos de 4 cm, programada para cirurgia bariátrica por via laparotômica. Paciente monitorizada de acordo com a resolução do CFM N° 1802/2006. Realizado sedação com 5mg de diazepam, 50 mcg de fentanil e bloqueio peridural com 75 mg de ropivacaina a 0, 375%, 2mg de morfina e 100 mcg de fentanil sem intercorrências. Induzida anestesia geral com 350 mcg de fentanil, 100 mg de succinilcolina e 180 mg de peso de propofol. Realizado ventilação sob máscara sem intercorrências, procedida a laringoscopia direta tradicional sem sucesso, verificado presença de Comarck e Lehane II e visualizado "floppy epiglottis". Realizada nova tentativa de entubação com o broncoscópio flexível também sem sucesso devido à obstrução da via aérea pela língua e epiglote. Na ausência de cânulas orofaríngeas próprias para auxílio a intubação sob broncoscopia utilizou se a laringoscopia convencional como método auxiliar. Após a inserção do laringoscópio com lâmina 4 (Macintosh) até a valécula por um anestesista auxiliar, foi introduzido o broncoscópio flexível e realizada a intubação traqueal. **CONCLUSÃO:** O relato evidencia que mesmo com o exame de via aérea normal, é fundamental estar preparado para o encontro da via aérea difícil, de especial importância no obeso, com possível ventilação difícil e dessaturação rápida. No caso, a associação de métodos foi imprescindível para o sucesso da entubação. A lâmina do laringoscópio alinha os eixos oral, faríngeo e laríngeo, permitindo o correto posicionamento da lente do broncoscópio na laringe escondida durante a laringoscopia direta, permitindo a entubação traqueal de forma adequada. **REFERÊNCIA:** 1. Mallampati SR, Gatt SP, Gugino LD et al. A clinical sign to predict difficult tracheal intubation: a prospective study. *Can Anaesth Soc J*, 1985;32: 429-434. 2. Brodsky JB. Anesthesia for bariatric surgery. *ASA Refresher Courses Anesthesiol*, 2005;33: 49-63.

ASSOCIAÇÃO DO VIDEOLARINGOSCÓPIO A INTUBAÇÃO ACORDADO COMO ABORDAGEM INICIAL EM VIA AÉREA DIFÍCIL EMERGÊNCIAL

AUTORES:

Luiz Henrique Costa*, Vitor Borges Palau.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Federal do Andaraí.

INTRODUÇÃO: A via aérea difícil se define como uma situação clínica, onde um anestesiológista treinado tem dificuldade em ventilar o paciente, intubar ou ambos. Nesses casos, a utilização de dispositivos de resgate de via aérea e o auxílio de outra pessoa capacitada são boas alternativas. Esse relato visa associar a intubação acordado com a videolaringoscopia como primeira abordagem em paciente com via aérea difícil (VAD) em situação emergencial. **RELATO DE CASO:** Paciente A. B. M. , homem, 65 anos, 110 kg, HAS, coronariopata, em pós-operatório imediato de endarterectomia de carótida é encaminhado para RPA com nupride 0, 1mcg/kg/min. Após 3 horas da cirurgia, evolui com rouquidão, hematoma importante em região cervical e taquidispnéia. Paciente foi levado de imediato à sala cirurgia para proteção de via aérea e reabordagem operatória. Foi feita anestesia tópica com xilocaína spray 10% e tentada intubação acordado com escolha primária do videolaringoscópio. Foram realizadas três tentativas de intubação orotraqueal com Glidescope sem sucesso, devido ao desvio importante da corda vocal, que foi vista em região supero lateral direita e com luz reduzida de tamanho. Última tentativa realizada sob laringoscopia direta também sem sucesso com Cormack-Lehane 3. A cricotireoidostomia por punção foi descartada pelo grande hematoma e alteração anatômica da região. Indicada realização de traqueostomia de urgência. Neste momento, paciente apresentou infra-desnivelamento de ST, cianose e queda do estado geral por provável carbonarose (Sinais Vitais: PA: 90/70mmhg, FC: 128 bpm, Sat: 91 %), iniciado dripping de fenilefrina 0, 5 mcg/kg/min. Procedimento realizado com rapidez, passado tubo orotraqueal 6, 5 com cuff, devido a não progressão das cânulas de traqueostomia. Ao final foi encaminhado para o CTI com reversão completa do infradesnivelamento ST. Em 24h de CTI, paciente estava sem sedação, acordado, lúcido, orientado, enzimas cardíacas negativas e com Ecodoppler-cardiograma transtoracico sem alterações. Em 72h de CTI, paciente já respirava em ar ambiente pela TQT e recebeu alta para enfermaria. **DISCUSSÃO:** O exame da via aérea, as condições do paciente e a habilidade do anestesiológista são fatores fundamentais para traçar os planos de ação. A videolaringoscopia merece destaque, pois é comparativamente melhor que a laringoscopia direta em situações de VAD, mas o seu bom desempenho precisa de treinamento. A via aérea invasiva se mantém como melhor meio de resgate em situações emergenciais e sua indicação deve ser rápida antes que haja risco ao paciente. **REFERÊNCIA:** American Society of Anesthesiologists. Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology* 2013; 118 vol 2 p 251-70. Henderson J. *Airway Management in the adult*. Miller RD. *Miller's Anesthesia* 7. Ed. Philadelphia, Churchill Livingstone Elsevier, 2009, 1573 -1610.

AVALIAÇÃO DE EFICÁCIA DA INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL DIFÍCIL COM DISPOSITIVO DE VÍDEO INTUBAÇÃO

AUTORES:

Leila Mendes, Delcimar Mariotto, Rodrigo Sadami Ito, Arthur Ruzzon Cardoso, Rohnelt Machado de Oliveira, Mileni Celinski.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Nossa Senhora do Rocio - Campo Largo / Hospital Nossa Senhora das Graças- Curitiba.

INTRODUÇÃO: A intubação é definida como “difícil” quando há a necessidade de mais de 3 tentativas ou duração superior a 10 minutos para o correto posicionamento do tubo traqueal, utilizando-se de laringoscopia convencional. A tentativa ótima de laringoscopia deve ser buscada o mais precocemente possível, pois múltiplas tentativas podem levar a edema e sangramento laríngeo, trazendo dificuldade ou mesmo impossibilidade de ventilação. Novas ferramentas são continuamente desenvolvidas para garantir maior segurança aos pacientes que necessitam de intubação traqueal. Este trabalho avalia a performance do dispositivo de vídeo intubação VT-A100® em pacientes com via aérea difícil (VAD). **MÉTODO:** Participaram 200 pacientes, ASA I/II, de forma aleatória, que necessitaram de controle da via aérea através de intubação traqueal em procedimentos eletivos. A tentativa ótima de laringoscopia obedecendo os critérios de inclusão para o uso do VT-A100®: médico experiente (2 anos de prática), ausência de hipertonia muscular, posição olfativa ótima, compressão laríngea externa, lâminas do laringoscópio de tamanhos e tipos adequados e a classificação Cormack Lehane III e IV. **RESULTADO:** 16 pacientes obedeceram aos critérios de inclusão. Sendo 11 pacientes Cormack III e o restante IV. Todos os Cormack III foram entubados com o VT-A100. Sendo que 1 deste grupo teve como complicação um corte na base da língua. 4 pacientes Cormack IV foram entubados com o dispositivo. Apenas 1 deste grupo não houve sucesso na intubação traqueal direta com o dispositivo, necessitando a passagem de um estilete paralelo ao VT-A100 e depois a colocação do tubo traqueal. **DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:** O conhecimento de técnicas alternativas para VAD são necessárias, condição essencial para superar as adversidades impostas. O dispositivo apresenta boa visibilidade da glote mesmo quando não se consegue um bom alinhamento dos eixos oral, laríngeo e faríngeo. O formato anatômico facilita sua inserção. E mesmo quando as cordas vocais foram visualizadas e não se conseguiu inserir o tubo traqueal o dispositivo foi importante como guia de um estilete. O VT-A100 se mostrou eficiente em se obter uma via aérea difícil, justificando sua presença como material de resgate em condições de frustrada laringoscopia usual. **UNITERMOS:** Via aérea, intubação difícil, vídeo intubação. **REFERÊNCIA:** 1- Apfelbaum JL, Hagberg CA, Caplan RA et al. - Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Anesthesiology. *Anesthesiology*, 2013;(118): 251-270.

BRONCOFIBROSCOPIA PARA INTUBAÇÃO NASOTRAQUEAL EM TRAUMA EXTENSO DE FACE

AUTORES:

Oswaldo Custódio de Oliveira Neto*, Ivan Dias Fernandes Pereira, Luciano Lambert Cabral Coelho.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Estadual de Maringá.

INTRODUÇÃO: A fibroscopia é um instrumento valioso para a realização atraumática da intubação traqueal em pacientes com comprometimento das vias aéreas e que, de outra forma, estariam sujeitos à traqueostomia, em virtude da dificuldade ou do insucesso da intubação traqueal com as técnicas convencionais^{1, 2}. **RELATO DE CASO:** Paciente feminina, 52 anos, 60 Kg, ASA I, deu entrada no pronto socorro do HU da UEM, vítima de acidente automobilístico. Após 8 horas de jejum, classificada como GCS 15, foi encaminhada ao centro cirúrgico para reconstrução de língua e rima bucal. Foram diagnosticados edema importante e grande quantidade de fragmentos de vidro em orofaringe, de modo que a ventilação sob máscara facial ou a inserção de qualquer dispositivo supra-glótico para ventilação foram descartados. Na avaliação das vias aéreas, apresentava distância tireo-mento >6 cm, mobilidade cervical normal, abertura bucal limitada por dor e Mallampati IV. A radiografia de coluna cervical não evidenciou alterações ósseas ou articulares. Foi monitorizada com cardioscópio, oxímetro de pulso, PANI e preparada para naso-broncofibroscopia com vasoconstritor nasal, anestesia tópica de fossa nasal com lidocaína gel e orofaringe com lidocaína spray, sedação consciente com 2 mg de midazolam + 50 µg de fentanil e pré-oxigenação com O₂ a 100 %. Tubo traqueal aramado 7, 5 foi inserido pela fibroscopia sem dificuldade. Em seguida procedeu-se a indução anestésica com propofol 100 mg + fentanil 100mcg + atracúrio 30 mg e manutenção com sevoflurano 1% + remifentanil 0, 1 mcg/Kg/min + O₂ a 100%. Monitorização complementar foi realizada com capnógrafo e analisador de gases após intubação naso-traqueal. Ao término da cirurgia, com paciente acordada e respondendo ao comando verbal, procedeu-se à extubação traqueal e encaminhada à SRPA. **DISCUSSÃO:** Em virtude da incapacidade de proceder a ventilação sob máscara bem como a laringoscopia habitual, tornou-se necessária a garantia de perviedade de via aérea. As alternativas se limitavam à realização de traqueostomia ou broncofibroscopia com o paciente acordado. Optou-se pela nasobroncofibroscopia por ser menos invasiva em comparação ao acesso cirúrgico da via aérea. Reconstruída a rima bucal e remoção dos corpos estranhos, foi extubada quando acordada e capaz de manter a via aérea pérvia. Apesar do edema residual de estruturas orofaríngeas que poderiam dificultar a ventilação sob máscara após a extubação traqueal, inserção de cânula orofaríngea ou da máscara laríngea poderiam ser realizadas, assim como a laringoscopia direta. **REFERÊNCIA:** 1-Ovassapian A. The difficult intubation. In fiberoptic airway Endoscopy in Anesthesia and Critical Care. New York, Raven Press, 1990, pp135-148. 2-Benumof JL. Management of the difficult adults airway. With special emphasis on awake tracheal intubation. Anesthesiology. 1991; 75: 1087-10.

DESAFIO NO MANEJO DA VIA AÉREA NA ANGINA DE LUDWIG

AUTORES:

Fernanda Sant Anna Bronca, Flávio Elias Callil, Felipe Leal Darze, Fabiana dos Santos Ferreira Pacheco, Bruno Pacheco Ibraim, Vanessa Montervinos Aragão.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Geral de Nova Iguaçu.

INTRODUÇÃO: A angina de Ludwig é uma celulite de rápido desenvolvimento, classicamente envolvendo os espaços submandibular, sublingual e submentoniano. Constitui um risco em potencial de obstrução das vias aéreas, se manifestando em sua maioria, com aumento de volume do espaço submandibular levando a protusão, elevação da língua e trismo, podendo evoluir em casos mais graves com dispnéia e estridor caracterizando a obstrução progressiva por edema supraglótico. O manejo e manutenção da via aérea, é portanto, o grande desafio diante de um paciente com angina de Ludwig. **RELATO DE CASO:** Paciente masculino, 28 anos, 177cm, 82kg, negava comorbidades, uso de medicações, alergias assim como cirurgias prévias, ASA IE. Deu entrada na emergência apresentando febre, limitação da abertura da boca e aumento de volume em região cervical anterior. Realizou TC, que apresentou abscesso acometendo região cervical anterior, com desvio da traqueia e progressão para região retroesternal. Por conseguinte, foi indicado abordagem cirúrgica pela equipe de bucomaxilo e cirurgia torácica. Ao exame apresentava-se cooperativo, taquicárdico e com sinais flogísticos acometendo região cervical anterior. Na avaliação das vias aéreas observava-se mallampati III, distância interincisivos menor que 3cm, complacência do espaço submandibular reduzida e pescoço grosso. Exames laboratoriais apresentavam leucocitose com desvio para esquerda como alteração. Optou-se pela anestesia geral balanceada com intubação nasotraqueal acordada. Inicialmente realizou-se a monitorização, venoclise, punção venosa profunda de veia femoral esquerda e fentanil 50µg. Posteriormente foram realizadas anestésias tópicas da mucosa nasal com lidocaína gel 2% e da orofaringe com lidocaína spray 10%, sendo em seguida, realizado a intubação nasotraqueal às cegas com o paciente acordado (com tubo número 7, 0 aramado e com cuff) e confirmação sob ausculta pulmonar e capnografia, sem intercorrências. A indução foi feita com etomidato 18mg, fentanil 150 µg e atracúrio 30mg. No final do ato anestésico o paciente foi encaminhado para o CTI sem realizar a extubação e apresentando todos os padrões hemodinâmicos e ventilatórios estáveis. **DISCUSSÃO:** A dificuldade de controle da via aérea é um grave problema desde o início da prática anestésica. Por conseguinte, algoritmos para abordagem da via aérea difícil têm sido idealizados com o objetivo de reconhecer e diminuir a morbidade e mortalidade do procedimento. Cabe ressaltar que o algoritmo pode ser adotado, modificado ou rejeitado de acordo com as necessidades clínicas e limitações do serviço. **REFERÊNCIA:** Updated by the Committee on Standards and Practice Parameters; Apfelbaum, Jeffrey L. M. D. ;(Chair); Hagberg, Carin A. M. D. ; Caplan, Robert A. M. D. et al. Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. Anesthesiology. February 2013, Volume 118, Issue 2, p 251-270.

EFEITO DO ÓXIDO NITROSO NA PRESSÃO INTRABALONETE DE TUBOS TRAQUEAIS – ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

AUTORES:

Raquel Queiroz Guerra de Andrade Coelho, Igor Pelinca Calado, Márcio Rogério de Oliveira Figueredo, Marcelo Neves Silva, Tânia Cursino de Menezes Couceiro*, Luciana Cavalcanti Lima.

INSTITUIÇÃO:

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP.

INTRODUÇÃO: Os tubos traqueais foram desenvolvidos para assegurar a patência das vias aéreas durante ventilação controlada. Consistem de um tubo de material plástico com diâmetro variável que, na maior parte, possuem um balonete inflável em sua porção distal cuja pressão pode ser monitorada. Durante a ventilação controlada a pressão intrabalonete deve ser aferida para evitar o comprometimento do fluxo sanguíneo e danos da mucosa traqueal. Embora a manutenção da pressão intrabalonete abaixo da pressão capilar da mucosa traqueal, entre 20 e 30 cmH₂O, seja mandatória, aferir a pressão do balonete traqueal não é uma conduta rotineira durante anestesia. Baseado no acima exposto o objetivo deste estudo foi comparar a pressão intrabalonete dos tubos endotraqueais durante anestésias gerais balanceadas com o uso de óxido nitroso. **MÉTODO:** realizado ensaio clínico randomizado contemplando 20 pacientes adultos, de ambos os sexos, com idade entre 18 e 75 anos, estado físico ASA I, II ou III, submetidos à intubação traqueal (IOT) para anestesia geral com duração superior a 30 minutos e inferior a 3 horas. Excluídos: pacientes gestantes, presença de patologia que alterasse a anatomia orofacial e do pescoço, cirurgias de urgência/emergência e os pacientes que apresentaram contra-indicações relativas ou absolutas à utilização do óxido nitroso. Randomizados em grupos N (uso de óxido nitroso na manutenção anestésica) e grupo controle A (sem o uso do óxido nitroso na manutenção da anestesia). No grupo A o fluxo adicional de gases (FAG) foi composto de uma mistura de 60% oxigênio/ar comprimido e no grupo N o FAG compreendeu 50% oxigênio/óxido nitroso. Após a IOT, o balonete foi insuflado com ar ambiente até uma pressão de 25 cmH₂O e esta foi aferida pelo Cuffômetro (Posey Cufflator™). **RESULTADO:** os grupos foram homogêneos quanto ao tipo de operação, sexo, idade, estado físico (ASA) e duração da anestesia. Em relação à pressão dos tubos traqueais, no grupo N observou-se um aumento estatisticamente significativo aos 30 e 40 minutos do início da anestesia, com valores de p (0, 0079) e (0, 0051) respectivamente. **DISCUSSÃO:** Este estudo mostrou que a pressão intrabalonete de tubos traqueais aumentou significativamente desde os primeiros minutos da anestesia, principalmente quando o óxido nitroso foi utilizado na mistura anestésica achados, semelhante a outros autores. O aumento de pressão gerado é diretamente proporcional ao tempo de administração da mistura e inversamente proporcional à espessura do balonete. Portanto, a monitorização da pressão intrabalonete em cirurgias prolongadas é recomendável. **CONCLUSÃO:** o óxido nitroso em concentrações de 50% promove aumento na pressão do balonete traqueal em pacientes submetidos à anestesia geral com duração entre 30 minutos e 3 horas. Unitermos: Óxido Nitroso; Pressão intrabalonete; Intubação traqueal; Anestesia Geral. **REFERÊNCIA:** 1- Huckle D, Hughes P. Simple monitoring of cuff tracheal pressures. *Anaesth*, 2010; 65: 207–217.

ESTENOSE GLÓTICA CRÍTICA E PNEUMOTÓRAX HIPERTENSIVO APÓS CPRE

AUTORES:

Aglais Gonçalves da Silva Leite, Rogean Rodrigues Nunes, Germano Pinheiro Medeiros*, Ana Teresa Teixeira Lobo, Thyago Araújo Fernandes, Ticiano Adler de Sousa Sindeaux.

INSTITUIÇÃO:

CET-HGF.

INTRODUÇÃO: Emprega-se cada vez mais a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) no diagnóstico e na terapia das afecções biliopancreáticas. Ocorre em regime ambulatorial, a despeito do baixo, porém inerente, risco de eventos adversos, como pancreatite (1, 6-15, 7%), hemorragia digestiva (1, 3%), colangite (1%) e perfurações gastrointestinais (0, 1-0, 6%). Estas últimas, de modo ainda mais raro, podem gerar complicações secundárias graves. Relato de caso-Paciente feminino, 56 anos, em investigação por perda ponderal, hepatomegalia e colúria, sem outras comorbidades. Ao exame físico, evidenciada icterícia discreta. A avaliação laboratorial mostrava hiperbilirrubinemia total (2, 8mg. dL⁻¹) e direta (1, 9mg. dL⁻¹). Radiografia torácica e ECG normais. Admitida no serviço de endoscopia digestiva em jejum, monitorizada de forma convencional e realizada venóclise com cateter 20G. Após pré-oxigenação, realizou-se anestesia geral com indução venosa, intubação orotraqueal e manutenção com agente inalatório. Houve resistência à introdução de endoscópio na orofaringe e dificuldade de acesso à papila duodenal, o que levou à suspensão do procedimento. Recuperados consciência e drive ventilatório, foi extubada, logo evoluindo com hipoxemia, dispnéia, desconforto torácico, distensão abdominal e enfisema subcutâneo maciço. Optou-se por nova indução, em seqüência rápida. A intubação traqueal foi dificultada por significativo enfisema periglótico. Radiografias exibiram pneumotórax hipertensivo bilateral e pneumoperitônio, enquanto a tomografia abdominal evidenciou perfuração de delgado com extravasamento intraperitoneal de contraste. Foram drenados ambos hemitoraces, a que se seguiu laparotomia exploradora para correção da lesão. O pós-operatório foi conduzido na UTI, onde evoluiu com peritonite, choque séptico refratário e óbito 96 horas após admissão. **DISCUSSÃO:** A perfuração intestinal gerou, por difusão de ar em planos profundos, estenose glótica crítica e insuficiência ventilatória restritiva. A suspeição dessas complicações, bem como seu imediato tratamento, revelou-se fundamental, muito embora não tenha evitado o desfecho. Conclui-se, portanto, que a CPRE envolve morbidade potencial, cuja gravidade merece ser avaliada cuidadosamente pelo anestesiológico, principalmente na ocorrência de complicações respiratórias. **REFERÊNCIA:** Morgan KA, Fontenot BB, Ruddy JM, et al. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography gut perforations: when to wait! When to operate! *Am Surg*, 2009;75: 477-483. Mallery JS, Baron TH, Dominitz JA, et al. Complications of ERCP. *Gastrointest Endosc*, 2003;57: 633-638.

FATORES ASSOCIADOS A PRESSÃO DE INSUFLAÇÃO DO BALONETE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

AUTORES:

Sheila Nascimento dos Santos Morisso, Eduardo Garcia Sartori, Larissa Schultz, Patrícia Wajnberg Gamermann, Rodrigo Wendling.

INSTITUIÇÃO:

HCPA.

INTRODUÇÃO: Os balonetes dos tubos endotraqueais devem ser insuflados de forma a atingir uma faixa de pressão considerada segura, a fim de evitar eventos adversos como lesão traqueal ou aspiração pulmonar. Para tanto, é necessário que se utilize um manômetro para aferir objetivamente a pressão após a insuflação, pois métodos subjetivos nem sempre são confiáveis. O estudo tem como objetivo determinar a frequência em que as pressões nos balonetes dos tubos endotraqueais encontra-se na faixa adequada e inadequada, após insuflação por métodos convencionais, em pacientes submetidos à anestesia geral no bloco cirúrgico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Foram avaliados 156 pacientes submetidos a anestesia geral no HCPA, através da medida da pressão no balonete endotraqueal utilizando transdutor da marca Edwards Lifesciences. Foram coletados dados do tipo de cirurgia, calibre do tubo e profissional responsável pela insuflação do balonete. A faixa de pressão considerada adequada foi 20 a 30 cmH₂O. A média global de pressão no balonete foi de 39,03 cmH₂O (DP 33cmH₂O). Apenas 28, 2% dos pacientes avaliados apresentaram pressão no balonete dentro da faixa adequada. Dos 112 (71, 79%) pacientes cuja pressão no balonete encontrava-se fora da faixa de normalidade, 79 (50, 64%) apresentaram pressão maior que 30 cmH₂O e 44 (28, 2%) apresentaram pressão menor que 20 cmH₂O. Não houve associação significativa entre o tipo de profissional que insuflou o balonete e a pressão encontrada, tampouco houve correlação entre o calibre do tubo e a pressão aferida. **CONCLUSÃO:** A pressão encontrada nos balonetes endotraqueais no transoperatório de pacientes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre é frequentemente inadequada. É necessário que se obtenha a medida objetiva da pressão após a insuflação do balonete endotraqueal, prevenindo-se, assim, eventos como lesão de mucosa traqueal ou aspiração pulmonar. **REFERÊNCIA:** 1. PIERCE L. Management of the Mechanically Ventilated Patient. 2nd ed. St Louis, MO: Saunders Elsevier; 2007. 2. HOFFMANN, R. J. ; JEFREY, R. ; LIPOVIC, D. ; STURMANN, K. M. Linear Correlation of Endotracheal Tube Cuff Pressure and Volume. Western Journal of Emergency Medicine, 2009, Vol. X, no. 3. 3. COMBES, X. ; SCHAUVLIEGE, F. ; PEYROUSET, O. ; MOTAMED, C. ; KIROV, K. ; DHONNEUR, G. ; DUVALDESTIN, P. Intracuff Pressure and Tracheal Morbidity. Influence of Filling Cuff with Saline during Nitrous Oxide Anesthesia. Anesthesiology, 2001, 95(5): 1120-1120.

INSERÇÃO DA MÁSCARA LARÍNGEA SUPREME, COMPARAÇÃO ENTRE A TÉCNICA GUIADA POR “GUM ELASTIC BOUGIE” E A TÉCNICA CLÁSSICA - ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

AUTORES:

Pedro Alexandre Silva Rabêlo, Daniel Gabriele Campelo de Melo, Waston Vieira Silva, Júlio Cezar Oliveira Cardoso Lima, Tânia Cursino de Menezes Couceiro*, Luciana Calvacanti Lima.

INSTITUIÇÃO:

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP.

INTRODUÇÃO: A correta introdução da máscara laríngea é comprovadamente um fator de extrema importância para seu bom funcionamento, ou seja, conseguir ventilar adequadamente o paciente, fato já comprovado em artigos anteriores 5, 7, 8- 16. Sendo assim, diversas técnicas para facilitar o manuseio da máscara e melhorar o índice de sucesso na sua introdução foram desenvolvidas 5, 7, 8- 16. A técnica de inserção como auxílio do GEB foi descrita com sucesso na melhora do índice de inserção na primeira tentativa em alguns modelos de máscaras laríngeas como a ProSeal 5, 12, 13, mas não há artigos demonstrando o uso do dispositivo auxiliando a colocação da ML Supreme. Com base no exposto, faz-se necessário estabelecer qual a melhor técnica de inserção da máscara laríngea Supreme. **MÉTODO:** Ensaio clínico randomizado que comparou dois métodos diferentes de inserção da máscara laríngea Supreme. Após separar os pacientes em 2 grupos, 2 técnicas diferentes foram utilizadas para inserção da ML Supreme e a seguir comparados alguns dados como, tempo de inserção, frequência cardíaca e pressão arterial em diferentes momentos do procedimento, falhas e complicações. Os dados foram analisados utilizando o programa software Epi Info versão 7. **RESULTADO:** Foram incluídas no estudo 30 pacientes, 14 no grupo controle e 16 no grupo GEB. Não houve diferenças significativas entre os grupos em relação ao peso, idade, classificação ASA e Mallampati. O tempo para inserção da máscara foi maior no grupo GEB P=0,08, mas o sucesso na primeira tentativa de inserção da máscara foi maior no mesmo. Quanto à falha de inserção, essa foi maior no grupo controle. Os grupos foram semelhantes no que se refere as alterações na frequência cardíaca ou pressão arterial e a ocorrência de lesões na mucosa oral, língua e queixas de incômodo na garganta ao despertar. (p=0,2). **CONCLUSÃO:** Nesse estudo, a técnica de inserção da ML supreme guiada pelo Bougie demonstrou ser uma boa alternativa à técnica clássica em adultos. Apesar desta técnica ter aumentado o tempo para a inserção deste dispositivo, o número de falhas foi menor e a taxa de sucesso na primeira tentativa foi maior. Unitermos: Máscara Laríngea Supreme; Técnicas de inserção; “Gum Elastic Bougie”. **REFERÊNCIA:** 1. Lopez-Gil M, Brimacombe J, Barragan L, Keller C. Bougie guided insertion of the ProSeal laryngeal mask airway has higher first attempt success rate than the digital technique in children. Br J Anaesth 2006; 96: 238-41.

INTUBAÇÃO ACORDADO COM USO DE FIBROSCÓPIO EM PACIENTE COM ANQUILOSE BILATERAL DE ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

AUTORES:

Manoel Ananias da Silva Neto, Alexandre Dubeux Dourado, Nídia Katarine Fernandes, Maria do Socorro Almeida Barbosa, Jayme Marques dos Santos Neto, Bruno Santos Afonso de Melo.

INSTITUIÇÃO:

Hospital da Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.

INTRODUÇÃO: A anquilose da articulação temporomandibular (ATM) provoca diminuição ou abolição do movimento de abertura bucal. Quando a anquilose ocorre ainda na infância, a mandíbula não se desenvolve, gerando micrognatia e se tornando sinônimo de via aérea difícil, onde a própria introdução do laringoscópio se faz impossível. Assim sendo, é necessário a disponibilidade de métodos alternativos, como a fibroscopia, para a obtenção de via aérea definitiva. **RELATO DE CASO:** Paciente L. M. M. A. , 32 anos, masculino, 80 Kg, altura 1,68m, IMC 28.35, com restrição total da abertura bucal desde a infância, devido a anquilose bilateral de ATM, e micrognatia acentuada, foi admitido para realização de artroplastia bilateral de ATM. A introdução do laringoscópio era impossível. Optou-se então por uma intubação nasal acordada, com o auxílio de broncoscopia. Após esclarecimento sobre o procedimento, o paciente consentiu com a realização do mesmo. Foi então monitorizado e iniciou-se o bôlus de dexmedetomidina, enquanto era gotejado oximetazolina em ambas narinas, e instilado lidocaína 10% na orofaringe. A seguir foi feita a anestesia tópica da narina esquerda e nasofaringe com lidocaína gel 2%. Foi feito 50mcg de fentanil e o bloqueio do nervo laringeo superior bilateralmente. Com o paciente levemente sedado, iniciou-se a broncoscopia, através da qual completou-se a topicalização da laringe e traquéia com a injeção de lidocaína a 0,5% pelo canal de trabalho. Complementou-se a sedação com mais 50mcg de fentanil e, após a obtenção de boa visualização da carina, foi introduzido um TOT 7,0 com cuff, sem intercorrências e com mínimo desconforto. Posteriormente, foi realizada anestesia venosa total, utilizando propofol e remifentanil em infusão contínua, com duração 12 horas. O paciente foi extubado em sala de cirurgia e encaminhado à recuperação pós-anestésica. **DISCUSSÃO:** A impossibilidade de realização da laringoscopia em pacientes com anquilose de ATM deve levar o anestesiológico a escolher métodos seguros para obtenção da via aérea definitiva, com o paciente acordado, ou levemente sedado com topicalização das vias aéreas e bloqueios nervosos, mas com preservação da ventilação espontânea. A Intubação, nesta circunstância torna-se mais segura e permite ao paciente um incômodo mínimo, de maneira que o mesmo permaneça calmo e colaborativo. A fibroscopia é o padrão ouro na maior parte das situações de via aérea difícil previamente reconhecida, sendo a obtenção de uma via aérea definitiva em pacientes com anquilose de ATM, uma de suas grandes indicações. A intubação por fibroscopia é eficaz e bem aceita pelos pacientes, pois não só é menos traumática, como também gera menos repercussão cardiovascular quando comparado a outras alternativas com paciente desperto. **REFERÊNCIA:** Vasconcelos BCE, Carvalho RWF, Falcão PGCB. Método de intubação de pacientes com anquilose da articulação temporomandibular. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac. 2009; 3(9): 97 – 104.

INTUBAÇÃO COM FIBROBRONCOSCOPIO EM PACIENTE COM ESPONDILITE ANQUILOSANTE E DUAS TRAQUEOSTOMIAS PRÉ-OPETARÓRIAS PREVIAS- RELATO CASO

AUTORES:

Dirce de Abreu, Nelson Unzer dos Santos Filho*, José Maurício Pereira Assef, Gabriel Gomes da Costa.

INSTITUIÇÃO:

CET/SBA/MEC da Santa Casa de Marília – SP.

INTRODUÇÃO: A espondilite anquilosante é uma doença inflamatória, que pode provocar anquilose total da coluna vertebral. Esta situação pode ser problemática p/ a realização de anestésias gerais e também bloqueios espinhais. Antes da utilização mais rotineira do fibrobroncoscópio, existiam poucas alternativas para a intubação traqueal destes pacientes e muitas vezes p/ a realização das anestésias gerais eram indicadas traqueostomias. No caso, o paciente tinha sido submetido a duas anestésias gerais p/a realização de prótese de quadril, a cerca de 20 e 25 anos atrás, c/ a indicação de traqueostomias prévias nas duas ocasiões. **RELATO DE CASO:** Paciente masc, 60 anos, 82 Kgs e 1,78. Hipertenso, controlado, com espondilite anquilosante e ausência de mobilidade atlanto-occipital. Programado para revisão de prótese total de quadril. Relatou já ter sido operado duas vezes de prótese de quadril a direita e a esquerda, a cerca de 20 e 25 anos atrás, c/ anestesia geral, c/ indicação prévia nas duas ocasiões de traqueostomia. Indicado p/ ser submetido a anestesia geral com intubação acordada e c/ o uso de fibrobroncoscópio. Na S. O. recebeu 100ug de fentanil e 3mg de midazolam. Submetido a tentativa de intubação por via oral c/ o uso do fibro, sem sucesso. Tentou-se então a via nasal c/ o uso de sonda Portex n 6, 5mm, a qual foi introduzida na traquéia porém sem sucesso na progressão. Retirado o fibroscópio, realizada nova tentativa de intubação nasal c/ o uso do fibroscópio, com sonda Portex nº 6, 0mm, com sucesso. Induzido então com etomidato, bloqueio neuromuscular realizado com pancuronio e a anestesia foi mantida com infusão contínua de propofol e remifentanil e baixas concentrações de isoflurano. Cirurgia sem intercorrências e paciente encaminhado para a UTI aonde foi extubado cerca de 6 horas após e encaminhado para o leito após 24 horas. No pós-operatório recebeu bomba de PCA com fentanil venoso. Nas visitas pós-operatórias, muito satisfeito c/ a solução encontrada para o caso e com a analgesia empregada. **DISCUSSÃO:** A traqueostomia é um método invasivo, com risco potencial maior de complicações e deve ser evitada quando possível, sem causar riscos ao paciente. O insucesso da intubação com o uso do fibroscópio está relatado em 2,5%, mas acredita-se que atualmente esta porcentagem deva estar menor em virtude da maior utilização da técnica. Uma das contra indicações para a intubação endoscópica da traquéia inclui a estenose em alto grau da via aérea, situação esta que foi lembrada pois o paciente tinha duas traqueostomias prévias e com a não progressão da sonda 6,5 mm, optou-se pela retirada do aparelho e a realização com sucesso de nova intubação com sonda nº 6, 0mm, a qual não encontrou resistência. **REFERÊNCIA:** 1—Ruediger R Noppens. Intubação por Fibroscopia Flexível. In: Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Controle da Via Aérea. 1ª Ed. Rio de Janeiro 2012 – 2- Valentin Madrid. Fibroscopia. In: Jorge Barrios Alarcon. 1ª Ed. São Paulo, Artes Medicas, 2004.

INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL EM PACIENTE COM ANGINA DE LUDWIG

AUTORES:

André Ricardo Caesar dos Passos, Beatriz Gonçalves Miron, Luiz Fernando dos Reis Falcão, João Marcos Duque Buono, Christine Lannes Schoeler, Guinther Giroldo Badessa.

INSTITUIÇÃO:

Hospital São Camila Santana.

INTRODUÇÃO: A angina de Ludwig é um processo infeccioso que consiste em celulite do tecido conectivo cervical e assoalho da boca, normalmente de origem dentária. A infecção se difunde rapidamente levando a um aumento de volume nesta região. O manuseio da via aérea em pacientes com esta doença pode ser um desafio para o anestesiológico. Este relato descreve a técnica de intubação endotraqueal em uma paciente com angina de Ludwig. **RELATO DE CASO:** Paciente feminina, 29 anos, estado físico ASA P1. Procurou o P. S. com quadro de febre, dispneia, disfagia, disfonía e edema na região cervical e hemiface direita, iniciados há 2 semanas após inflamação peridental. Na avaliação da via aérea pré-operatória paciente apresentava pouca mobilidade cervical, desvio da traqueia para a esquerda, abertura oral de 1cm. Tomografia computadorizada apresentava extensa lesão óssea em ramo mandibular direito, celulite extensa, abscessos e coleção de gases nos espaços mastigador, submandibular e parafaríngeo à direita. Optado por drenagem cirúrgica sob anestesia geral. Realizado intubação orotraqueal com auxílio de fibroscopio. Sedação realizada com dexmedetomidina 1 µg/kg em 10 minutos em bomba de infusão e 100 µg de fentanila. Realizada anestesia tópica de orofaringe com lidocaína spray a 10%, complementada com lidocaína 2% sem vasoconstrictor pelo fibroscopio a medida que progrediu-se com o aparelho ("spray as you go"). Realizado intubação com tubo orotraqueal 7, 5 sem intercorrências. Confirmada a intubação endotraqueal com a capnografia, seguiu-se a indução venosa da anestesia geral com propofol 150 mg, fentanila 300 µg, cisatracúrio 10 mg. A manutenção da anestesia foi realizada com sevoflurano 2% e a infusão de dexmedetomidina 0, 5µg/kg/h. Transoperatório sem intercorrências. A paciente seguiu entubada para a UTI após a cirurgia. **DISCUSSÃO:** O manuseio da via aérea é o ponto crítico neste tipo de quadro clínico. Optou-se pela intubação com auxílio de fibroscopio. Apesar das tumorações cervicais, as vias aéreas não estavam obstruídas, como fora comprovado através da tomografia, o que determinou a não realização da traqueostomia no caso apresentado. A dexmedetomidina permitiu sedação sem depressão respiratória, evitando-se o risco da obstrução da via aérea superior. A progressão cautelosa do fibroscopio e do tubo endotraqueal associados a anestesia tópica da orofaringe, resultaram em uma intubação segura e efetiva. Neste caso, fica demonstrado a importância da avaliação pré-operatória e familiaridade do anestesiológico com diferentes técnicas de intubação, possibilitando adequado manuseio da via aérea difícil. **REFERÊNCIA:** Rosenblatt WA, Sukhupragarn W. Airway Management. in: Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK et al. Clinical Anesthesia 7. ed. Philadelphia, EUA, LWW, 2013; 762-802.

INTUBAÇÃO POR NASOFIBROSCOPIA EM PACIENTE COM TUMORAÇÃO CERVICAL ANTERIOR. RELATO DE CASO

AUTORES:

Luis Paulo Araújo Mesquita , Bruno Mendes Carmona, Rafael Gomes de Lima Cruz, Lutti Paes de Souza , Paulo Roberto Vieira Guedes.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Ophir Loyola.

INTRODUÇÃO: A via aérea difícil continua sendo um desafio para os anestesiológicos, que devem estar aptos, atualizados, treinados e familiarizados com os dispositivos para controle da via aérea. A indicação da técnica de intubação e do dispositivo a ser utilizado requer também experiência e habilidade do anestesiológico responsável. A intubação traqueal com o auxílio de broncofibroscopia flexível está indicada na presença de tumores e outras afecções da laringe e traqueia. O presente caso relata a utilização de intubação com o paciente acordado sob nasofibroscopia, apresentando tumoração em região cervical anterior. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino, 41 anos, estado físico ASA I, apresentado tumoração em região cervical anterior há 60 dias e com dispneia intensa. Apresentou-se no centro cirúrgico para realização de traqueostomia. Ao exame físico, além da massa cervical, apresentava limitação da abertura da boca (2, 5 cm), índice de Mallampati II, dificuldade de protrusão da mandíbula e dificuldade de extensão e flexão do pescoço. A tomografia da região cervical mostrava desvio da traqueia para direita. Optou-se intubação por nasofibroscopia com o paciente acordado. Após monitorização obrigatória e venóclise, realizou-se sedação consciente com midazolam 2 mg e fentanil 50 µg. Em seguida, administrou-se atropina 0, 05 mg e depois, realizou-se bloqueio bilateral do nervo laríngeo superior com lidocaína 2% 3 ml de cada lado e instilou-se lidocaína spray a 10% em orofaringe. Após passagem do fibroscópio via nasal, houve dificuldade de inserção e progressão do tubo traqueal 7, 5 mm devido ao desvio da traqueia, sendo o mesmo substituído por uma sonda 6, 5 mm, que foi inserida com sucesso. Uma vez retirado o broncoscópio, a intubação traqueal foi confirmada por capnografia e ausculta pulmonar, seguida de indução da anestesia geral com propofol 120 mg e fentanil 150 µg. A paciente foi mantida em ventilação espontânea. **DISCUSSÃO:** A presença de desvio traqueal por massa cervical volumosa dificulta bastante a abordagem da via aérea, inclusive o acesso cirúrgico desta (cricotireoidostomia e traqueostomia). Neste caso a broncofibroscopia flexível com o paciente ainda acordado foi uma boa opção para evitar complicações graves no manuseio de uma VAD, implante tumoral no trajeto da agulha e situações emergências (não intubo/não ventilo). **REFERÊNCIA:** 01) Ferez D, Rebuglio R. Manuseio de via aérea difícil. In: Cangiani LM, Slullitel A, Potério GMB, Pires OC, Posso IdP, Nogueira CS, et al. , editors. Tratado de anesthesiologia. 2. 7 ed. São Paulo: Atheneu; 2011. p. 1039-401.

INTUBAÇÃO TRAQUEAL POR VIDEOLARINGOSCOPIA EM PACIENTE COM ABERTURA ORAL < 1 CM: RELATO DE CASO

AUTORES:

Michelle Alexandre Bastos, Letícia C. Cardoso Fontes dos Santos, Carlos Adolfo B. Pinto Calçada, Michelle Alexandre Bastos.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Central da Polícia Militar do Rio de Janeiro.

INTRODUÇÃO: Este relato tem por objetivo descrever o uso de videolaringoscópio para intubação traqueal em paciente com previsores de via aérea difícil (VAD), decorrentes de complicações do tratamento da doença oncológica. **RELATO DO CASO:** Paciente portador de linfóepitelioma de cavum, com proposta cirúrgica de timpanotomia e colocação de carretel. Após realização de cirurgia para esvaziamento cervical e radioterapia adjuvante, evoluiu com redução da abertura oral (< 1 cm), notadamente à esquerda, limitação importante da mobilidade cervical, com dificuldade de extensão do pescoço e Mallampati IV. Diante da probabilidade de intubação traqueal difícil e indisponibilidade de broncofibroscopia para intubação traqueal, optou-se pelo uso de videolaringoscopia com o paciente acordado, apesar da abertura bucal < 1 cm. O paciente foi meio sedado com midazolam 2 mg EV e após anestesia tópica da cavidade oral com lidocaína gel e spray 10%, foi possível introduzir a lâmina não canalizada do videolaringoscópio King Vision (King Systems, AMBU). Sob videolaringoscopia foi possível observar as estruturas laríngeas sem dificuldade (Cormack-Lehane I) e realizar a intubação traqueal. Procedimento anestésico sem intercorrências, com extubação do paciente acordado. **CONCLUSÃO:** O videolaringoscópio consiste em uma ferramenta alternativa à broncofibroscopia mesmo em casos de abertura oral bastante reduzida.

IOT COM VIDEOLARINGOSCOPIO EM PACIENTE COM LESÃO DE COLUNA CERVICAL

AUTORES:

Saulo Rassi Saud, Roberta Widonsck*, Giovanna Regina Puttini Cassavia, David Ferez.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Beneficência Portuguesa.

INTRODUÇÃO: Atualmente, 2% a 10% dos pacientes com lesão cerebral traumática também possuem lesões na coluna cervical, 25% a 50% dos pacientes com lesões da coluna cervical têm associado a lesão cerebral. Tanto a hipóxia como hipotensão são eventos indesejados na gestão destes pacientes. O nível de lesão mais comum é o C2, seguido por C6 e C7, lesando o corpo vertebral. Proteger as vias aéreas de pacientes com trauma com lesões instáveis da coluna cervical pode ser melhor gerenciado por anestesia tópica e intubação acordado com uso de fibra óptica. Embora a maioria dos pacientes com trauma, imobilizados com colares cervicais são considerados como tendo lesão da coluna cervical possível, estas vias aéreas estão garantidas com laringoscopia direta com indução em sequência rápida e imobilização da coluna cervical. O advento da videolaringoscopia permite vantagens sobre laringoscopia direta com mínima movimentação da coluna cervical, pois, a angulação e o campo de visão é ampliado por 60° a 80°. **RELATO DO CASO:** S. R. P., masculino, 77 anos em investigação de síncope e queda da própria altura ocasionando trauma em face e cervical (TCE). Negou patologias prévias. Submetido a artrodese de coluna cervical para decompressão do canal medular e por piora do quadro neurológico. Ao exame apresentava-se orientado, contactuante com trauma em face, região orbital e em uso de colar cervical. Em avaliação pré anestésica constatou-se que o paciente poderia apresentar via aérea difícil por apresentar abertura de boca menor que 3 cm, pouca mobilidade cervical (trauma cervical/colar cervical), mandíbula normal e mallampati IV. Realizada indução anestésica com fentanil, etomidato e rocurônio, seguida por ventilação sob máscara facial com O2 a 100% e posterior intubação oro-traqueal utilizando o videolaringoscópio, primeira tentativa, utilizada sonda aramada, cormack I e atraumática, sem dificuldades. **DISCUSSÃO:** A intubação é conseguida com sucesso utilizando laringoscopia direta na maioria dos pacientes, porém nem sempre podemos otimizar essa técnica com alinhamento dos eixos oral, faríngeo e traqueal, já o videolaringoscópio tem a vantagem de não haver necessidade do alinhamento dos 3 eixos e proporcionar boa visualização das estruturas glóticas. O presente estudo tem por objetivo mostrar as vantagens do uso do videolaringoscópio em paciente com trauma em região cervical. O videolaringoscópio tem vantagens sobre os demais métodos para este tipo de paciente como: a não necessidade de extensão da cabeça, abertura reduzida de cavidade oral, mallampati >III (preditores de possível via aérea difícil). **REFERÊNCIA:** 1: Hastings RH, Marks JD. Airway management for trauma patients with potential cervical spine injuries. *Anesth Analg* 1991 ;73: 471_82 2: Cooper RM. Use of a new videolaryngoscope (Glidescope) in the management of a difficult airway. *Can J Anaesth* 2003 ;50: 611_3

LARINGOSCOPIA GUIADA POR LUZ RETRÓGRADA EM PACIENTE COM PREDITORES DE VIA AÉREA DIFÍCIL

AUTORES:

André Ricardo Accacio Veloso, Marco Antônio Cardoso de Resende, Rogério Luiz da Rocha Videira, Silvio Ramos Lins, Hugo Camara Tinoco de Siqueira, Gabriel da Silva Cazarim.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Universitário Antônio Pedro.

INTRODUÇÃO: A laringoscopia guiada por luz retrógrada (LGLR), descrita por Hudson e colaboradores em 2010, propõe de maneira heróica a garantia de via aérea definitiva em paciente que se apresentava em apneia e o laringoscópio não portava lâmpada própria funcionando¹. Tal técnica foi estudada posteriormente por Yang, com fins de otimizar o ensino em anestesiologia, concluindo que iniciantes intubaram mais rapidamente, com maiores taxas de sucesso, quando comparada com a laringoscopia direta convencional e, além disso, sugeriu que a visualização da glote seria melhor e mais fácil, pois não há necessidade de individualizar as estruturas de orofaringe². A técnica consiste em iluminar a glote e faringe com luz externa posicionada abaixo da cartilagem tireoide e utilizar laringoscópio convencional com a luz apagada. Pela descrição, a glote aparece como um ponto luminoso por onde se deve introduzir o tubo orotraqueal. **RELATO DE CASO:** MAJS, 53 anos, negro, com 1,82m, 82,5kg, submetido à reconstrução do trânsito intestinal após colostomia à Harttman, por adenocarcinoma de cólon sigmoide. Apresentava Mallampati 3 e abertura de boca menor do que 3cm, como preditores de via aérea difícil. Recebeu indução anestésica com fentanila, propofol e cisatracúrio. A intubação se sucedeu com a utilização de laringoscópio sem lâmpada, e teve como orientação visual somente a iluminação das cordas vocais, por fonte luminosa externa, posicionada abaixo da cartilagem tireoide, localizada por meio de palpação manual. A localização do posicionamento da ponta do laringoscópio na valécula pode ser conferida por visualização direta, utilizando-se a iluminação do ambiente, exibindo, logo em seguida, a glote como uma estrutura circular, iluminada pela lanterna posicionada externamente, em meio às sombras de todas as outras, que não eram individualizadas. Com a passagem do tubo (8,0 DI com balonete), houve velamento parcial da luminosidade da estrutura circular, presumivelmente, borda superior da cartilagem aritenóideia, o que, segundo os relatos de casos, é sinal direto de bom posicionamento, conferido, posteriormente, pela expansão torácica bilateral, curva capnométrica e ausculta pulmonar condizentes. O paciente foi extubado ao final. Não houve intercorrências durante a cirurgia, nem relato de queixas relacionadas no período pós-operatório. **DISCUSSÃO:** A LGLR se trata de técnica fácil, de aprendizado rápido, útil em situações de mau funcionamento de alguns equipamentos ou quando utilizada por profissionais pouco experientes. Apresenta-se como mais uma técnica a ser conhecida, que necessita de maiores estudos, principalmente quanto a sua utilidade em situações de via aérea reconhecidamente difícil. **REFERÊNCIA:** ¹ Hudson J, Vu M, Vu E: Successful intubation using retrograde trans-tracheal illumination after laryngoscope light source failure. *Br J Anaesth* 2010; 105: 96-7² - Y, Tao; et al; Retrograde Light-guided Laryngoscopy for Tracheal Intubation; *Anesth*, 2013 118, 5.

MANEJO DA VIA AÉREA EM PACIENTE COM TRAUMA CERVICAL PENETRANTE

AUTORES:

Rodrigo da Silveira Gomes Laúdo, João Maximiano Pierin Barros, Édina Rodrigues Teruya, Guilherme Lopes de Lima, Armando Vieira de Almeida, Rafael Stachissini*.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Regional Maria Aparecida Pedrossian.

INTRODUÇÃO: Um trauma cervical penetrante pode ocasionar lesões com alto risco de morbidade e mortalidade. Diante de casos assim, o anestesiologista deve estar preparado para uma possível intubação difícil, por conta da relação anatômica da via aérea com as estruturas cervicais. Descrevemos o manejo da via aérea em um caso de trauma cervical extenso. **Relato:** Paciente do sexo masculino, 54anos, 65kg, ASA I, vítima de degola por arma branca, com lesão de aproximadamente 12cm de extensão na região cervical anterior (região supra-hióide), com exposição completa de planos da hipofaringe, visualizando a glote e epiglote, sem sangramentos ou lesões em grandes vasos, esôfago e traquéia. Deu entrada no centro cirúrgico, eupneico, estável hemodinamicamente, com PA inicial de 107X52 mmHg e FC de 108bpm, saturando 93% ao ar ambiente. Foi decidido à realização de uma traqueostomia, para posterior cervicotomia exploradora e fechamento da lesão. Mas uma intubação para garantir a permeabilidade da mesma era necessária antes de qualquer ato cirúrgico. Funcionando 2 acessos venosos de grosso calibre e feito 25mcg de fentanil. Uma laringoscopia convencional foi feita com o paciente acordado após a instilação de lidocaína spray 2% pela boca, mas não havia nenhuma sustentação anatômica. Assim foi decidido fazer a intubação pelo local do trauma. Novamente foi feita a instilação de lidocaína próximo a aérea da epiglote. Com uma sonda 7,5, foi feita a intubação no local do trauma, com o paciente acordado. Após a comprovação da mesma com capnografia, foram injetados 20mg de etomidato, 200mcg de fentanil, 20mg de atracúrio e 5mg de midazolam. O plano anestésico foi mantido com sevoflurano a 3%, com oxigênio e ar comprimido 1-1 l/min. A traqueostomia foi realizada sem intercorrências assim como a extubação. Foram utilizados 300mcg de fentanil durante o ato cirúrgico que demorou 90min, sem nenhuma intercorrência. O paciente foi para o CTI traqueostomizado, estável hemodinamicamente e inconsciente. Permaneceu lá por 1 dia, e encaminhado para enfermaria. Ficou internado por cinco dias, onde passou 4 dias com a traqueostomia, tendo alta do hospital sem a mesma e nenhuma outra sequela. De acordo com o prontuário, o paciente não compareceu ao ambulatório para avaliação posterior. **DISCUSSÃO:** O trauma cervical penetrante impõe alguns desafios. O principal é o manejo da via aérea, por conta das estruturas anatômicas serem tão próximas. No caso descrito a principal dificuldade era a intubação para garantir a permeabilidade da via aérea, pois convencionalmente pela região oral era praticamente impossível sem a sustentação muscular necessária durante a laringoscopia. Como a ferida traumática era grande e a epiglote era de fácil acesso por ela, a intubação por esse local foi à escolha para o caso. Casos como este podem contribuir para a escassa literatura, ajudando a melhorar o manejo das vias aéreas nestas condições. **REFERÊNCIA:** *Laryngoscope* 1975;85(1): 57-75.

MANEJO DE VIA AÉREA DIFÍCIL APÓS RESSECÇÃO ONCOLÓGICA EM REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES:

Ana Carolina Fonseca de Abreu Borba, Janine Quedi Lehnen, Marcos Maçol Rocha, Frederico Bastos de Araujo, Rubens Jardim Nochi Junior.

INSTITUIÇÃO:

CET Cuiabá.

INTRODUÇÃO: O manuseio inadequado da via aérea é causa importante de complicação anestésica que, apesar de rara, corresponde a cerca de 30% dos óbitos de causa exclusiva anestésica. Alterações anatômicas em região de cabeça e pescoço devem ser cuidadosamente avaliadas no pré-operatório com intuito de antecipar dificuldades no momento da anestesia geral. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo masculino, 53 anos de idade, em pós operatório tardio de pelveglossomandibulectomia direita associada a esvaziamento cervical a custa de carcinoma epidermóide em região de hipofaringe. Devido comprometimento de margens cirúrgicas, foi submetido a quimioterapia e radioterapia paliativa. Apresentou quadro infeccioso pulmonar, tratado ambulatorialmente com antibioticoterapia. Evoluiu com piora clínica importante, com insuficiência respiratória aguda hipoxêmica, sendo atendido no pronto-atendimento do nosso hospital. Com intuito de obtenção de via aérea permanente, foi avaliado pela equipe de anestesiologia, quando observou-se critérios clínicos preditivos de intubação e ventilação difíceis: Mallampati IV, espaço submandibular endurecido, distância interincisivos menor que 3 centímetros, distância tireomentoniana menor que 3 centímetros, limitação importante da extensão da cabeça e irradiação de região cervical prévia. Optou-se por tentativa de intubação orotraqueal em centro cirúrgico, sob monitorização básica, posicionamento em posição olfativa, e utilização de drogas de curta duração (succinilcolina e propofol). Mesmo após ventilação com oxigênio a 100%, com bolsa e máscara associada a cânula de Guedel e executada por duas pessoas, observou-se saturação de oxigênio insatisfatória a 84%. Laringoscopia não foi possível por limitação abertura bucal. Como antecipado, optou-se em conjunto com a equipe de cirurgia pela realização de traqueostomia, realizada sem intercorrências. **DISCUSSÃO:** Indivíduos com alterações anatômicas em região de cabeça e pescoço, congênitas ou adquiridas, devem ser avaliados com ênfase aos critérios clínicos preditivos de dificuldade de intubação. Anestesiologistas devem estar preparados e não subestimar tais situações eletivas ou emergenciais de modo a contornar tais dificuldades e assim garantir oxigenação adequada em casos de via aérea difícil. **REFERÊNCIA:** Berkow LC. Strategies for airway management. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2004 Dec;18(4): 531-48 - Neyrinck A. Management of the anticipated and unanticipated difficult airway in anesthesia outside the operating room. Curr Opin Anaesthesiol. 2013 Aug;26(4): 481-8.

MANUSEIO DA VIA AÉREA NA TRAQUEOBRONCOPATIA OSTEOCONDROPLÁSTICA

AUTORES:

Luiz Fernando dos Reis Falcão, Christine Lannes Schoeler, Guinther Giroldo Badessa, Leonardo José Gabrielli Vanzato, Rafael Abadessa Gonçalves*, Beatriz Gonçalves Miron.

INSTITUIÇÃO:

Centro de Ensino e Treinamento em Anestesiologia do Hospital São Camilo, Grupo de Anestesiologistas Associados Paulista (GAAP).

INTRODUÇÃO: A traqueobroncopatia osteocondroplástica (TO) é uma doença rara, benigna, de etiologia desconhecida, caracterizada por múltiplos nódulos submucosos cartilagineos ou ósseos na traqueia, brônquios e, menos frequentemente, na porção subglótica da laringe. A apresentação clínica varia de pacientes assintomáticos à doença grave caracterizada por obstrução das vias aéreas. O caso apresentado refere-se a um paciente previamente assintomático, no qual após a indução anestésica houve impossibilidade de intubação orotraqueal sendo o mesmo posteriormente diagnosticado com TO. **RELATO DO CASO:** Paciente masculino, 41 anos, 76 kg, estado físico PII segundo a American Society of Anesthesiologists (ASA), Mallampati III sem preditores de via aérea difícil, sem antecedentes anestésicos ou cirúrgicos, a ser submetido a cirurgia eletiva de septoplastia. Indução anestésica realizada com fentanila 500 mcg, propofol 200 mg e cisatracúrio 10 mg. Durante a laringoscopia direta visualizada epiglote e pregas vocais (Cormack II), porém não sendo possível a progressão da cânula traqueal de numero 8 para região subglótica. Otimizado posicionamento e realizado nova tentativa com cânula orotraqueal de tamanho inferior 6, 5 sem sucesso. Paciente mantendo ventilação sob máscara facial adequada. Optado pela intubação com broncofibroscopia sendo observada significativa estenose subglótica, impossibilitando a progressão do aparelho. Conversado com a equipe cirúrgica e adiado procedimento, sendo paciente acordado sem intercorrência, orientado e encaminhado para investigação. **DISCUSSÃO:** A incidência da doença é baixa, tendo entre 0, 11% relatados em pacientes submetidos broncoscopia. A presença de proteínas específicas e o fator de crescimento nas lesões traqueais estimulam a matriz extracelular dos condrócitos, levando à formação de nódulos que podem bloquear parte do lúmen da via aérea(1). Mesmo que haja uma avaliação pré-anestésica bem elaborada classificando o paciente como sem preditores de Via Aérea Difícil (VAD), e necessário que tenhamos em mente que podem surgir, durante a laringoscopia, dificuldades inesperadas para a intubação tais como as ocorridas no caso relatado. Para isso tem-se guidelines de VAD onde em situações como esta se deve ter em mente o algoritmo elaborado pela Sociedade Americana de Anestesiologia (2), que em sua ultima revisão já introduz, dentre outras coisas, o uso do videolaringoscópio no manuseio de VAD. Os CLOSED CLAIMS, que são as intercorrências médicas que evoluíram para um processo jurídico, mostram a diminuição do número e da gravidade dos casos após a adoção de algoritmos como este. **REFERÊNCIA:** (1) Tajima K. et al. Immunohistochemical detection of bone morphogenetic protein-2 and transforming growth factor beta-1 in tracheopathia osteochondroplastica. Virchows Arch, v. 431, p. 359-63, 1997 (2) Disponível: <http://journals.lww.com/anesthesiology/Fulltext/2013>. Acessado em: 15. 07. 2013.

MANUSEIO DE VIA AÉREA DIFÍCIL COM INTUBAÇÃO EM PACIENTE ACORDADO PARA GLOSSOPLASTIA

AUTORES:

Rafaela Fernanda Oliveira de Vilas Boas, Antônio Mauro Vieira, Taylor Brandão Schnaider, Antônio Carlos Aguiar Brandão, Leonardo Caldas Vieira.

INSTITUIÇÃO:

UNIVAS - HC da Fac.de Medicina de Pouso Alegre - MG.

INTRODUÇÃO: O procedimento realizado sob anestesia geral inicia e termina com o manuseio das vias aéreas. A pedra angular na prevenção dos eventos indesejáveis é o reconhecimento de uma via aérea difícil (VAD). A definição de VAD pela Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA) é uma situação clínica na qual o anestesiológista convencionalmente treinado tem dificuldade durante ventilação pulmonar com máscara, na intubação traqueal ou ambos. Após reconhecimento de uma potencial VAD, a escolha do controle definitivo da via aérea recai sobre a intubação traqueal com paciente “acordado”. **RELATO DO CASO:** paciente sexo feminino, 41 anos, ASA I, leucoderma. Ao exame físico Mallampati IV, retrognatismo, mobilidade de coluna cervical limitada, macroglossia - com parte da língua exteriorizada permanentemente-, associada à cifoescoliose em região torácica acentuada - decúbito dorsal conseguido com colocação de coxins -, deformidade em ossos ilíacos, dificuldade de mastigação e fonação. Apresentava ainda convívio social limitado. Indicou-se a glossoplastia em “V”, e após reconhecimento de uma VAD optou-se pela intubação “acordada”. Após consentimento livre e esclarecido da paciente iniciaram-se os procedimentos técnicos para intubação: sedação leve com midazolam 2mg IV, ligada bomba de infusão contínua de remifentanil titulando a velocidade de 0, 05-0, 2 mcg/kg/min, após 2min fez-se instilação de lidocaína 2% com vasoconstritor nas narinas, seguida de introdução do tubo nasotraqueal. Através deste foi passado o laringofibroscópio prosseguindo-se a intubação. Durante todo o procedimento a paciente estava estável hemodinamicamente, colaborativa e tolerante ao tubo. Finalizada a intubação deu-se início o ato operatório, transcorrendo sem intercorrências e ao final paciente foi encaminhada à sala de recuperação e extubada. **DISCUSSÃO:** A dificuldade de intubação traqueal constitui um fator de morbi-mortalidade atribuída à anestesia e um desafio para o anestesiológista. Uma vez prevista a VAD é fundamental a disponibilidade de equipamentos adequados e conhecimento das técnicas possíveis para se estabelecer uma via aérea definitiva. Estratégia adequada é buscar precocemente a tentativa ótima de laringoscopia, limitar o número de tentativas, assegurar a oxigenação durante todo procedimento e não negligenciar a extubação. Ortenzi vê a necessidade de enfatizar ao paciente que, embora a intubação “acordada” possa não ser a mais confortável, é a mais segura. **REFERÊNCIA:** 1-Ortenzi AV. Broncofibroscopia – o que o anestesiológista precisa saber? Em: Martins MP, Duarte NMC, Pires OC. Suporte Avançado de vida em Anestesia. Rio de Janeiro, Sociedade Brasileira de Anestesiologia, 2011; 331-40. 2-Ferez D, Rebuglio R. Manuseio da via aérea difícil. Em: Cangiani LM, Slullitel A, Poterio GMB, et al – Tratado de Anestesiologia – Atheneu São Paulo 7ª ed. 2011; 1397-1418.

MÉTODO PARA INSUFLAÇÃO DOS BALONETES DE CÂNULAS ENDOTRAQUEAIS LIMITANDO SUA PRESSÃO

AUTORES:

Rafael de Macedo Coelho*, Ligia Andrade da Silva Telles Mathias, Thiago Trigueiro Morais de Paiva.

INSTITUIÇÃO:

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

INTRODUÇÃO. A insuflação de balonetes das cânulas traqueais é associada à ocorrência de diversas complicações em até 90% dos pacientes(1), resultando da distribuição desigual da pressão sobre a mucosa. A limitação da pressão no balonete através do uso de manômetros é mandatória(2) e reduz a incidência destas complicações, porém é um método pouco utilizado. A possibilidade de limitar esta pressão com método simples e de fácil acesso, pode reduzir a incidência de complicações. O objetivo deste estudo é demonstrar a eficácia de método de insuflação dos balonetes de cânulas traqueais limitando a pressão em seu interior, através da válvula limitadora de pressão ajustável (VLPA) do aparelho de anestesia. **MÉTODO.** Foi realizado estudo experimental da insuflação dos balonetes de cânulas posicionadas em tubo plástico rígido, acoplados do sistema circular do aparelho de anestesia através de um adaptador confeccionado a partir da junção de um conector de Adams de cânula traqueal #7. 5 a uma seringa de 3 ml sem o êmbolo. A VLPA fora ajustada para a pressão máxima de 30 cm/H₂O e o fluxo de oxigênio para 10 L/min. Ao conectar o adaptador ao balão piloto, dava-se início à insuflação apertando continuamente o botão de fluxo rápido de oxigênio (40L/min) durante toda a insuflação. Após o fim desta, a pressão no balonete era medida com um manômetro calibrado. Foram testados três tempos para insuflação (10, 15 e 20 segundos), em cânulas nos tamanhos 6. 5 a 8. 5 de três fabricantes diferentes (Dahlhausen, Portex e Rüschi) totalizando 45 testes diferentes. Valores acima de 30 ou abaixo de 20 cm H₂O foram considerados inadequados (falha). Considerando um erro amostral de 10% e nível de confiança de 95%, foi calculada uma amostra mínima de 32 repetições para cada teste. Foram realizadas 33 repetições, resultando em 1485 insuflações. **RESULTADO:** A pressão média ± DP obtida nos balonetes, em cmH₂O, conforme os fabricantes foi: Dahlhausen: 26, 053 ± 1, 067; Portex: 26, 180 ± 0, 932; Rüschi: 23, 194 ± 0, 839. Houve um total de 8 falhas (0, 53%), todas com tempo de insuflação de 10 s. A pressão no balonete após todos os testes manteve-se abaixo de 30 cm H₂O. **CONCLUSÕES:** O método proposto é eficaz para limitar a pressão no interior do balonete. Todas as falhas ocorreram por pressão inadequadamente baixa e nas insuflações com tempo de 10 segundos, provavelmente por tempo insuficiente para equilíbrio da pressão no sistema, e não por falha do método. Estudos clínicos são necessários para demonstrar a efetividade deste método e a redução das complicações após a intubação traqueal. **REFERÊNCIAS:** [1] Estebe J-P, Delahaye S, Le Corre P. Alkalinization of intra-cuff lidocaine and use of gel lubrication protect against tracheal tube induced emergence phenomena. Br J Anaesth. 2004;92: 361-6. [2] Galinski M, Tréoux V, Garriuge B, et al. Intracuff pressures of endotracheal tubes in the management of airway emergencies: The need for pressure monitoring. Ann Emerg Med. 2006;47: 545-7.

NEM SEMPRE O FIBROSCOPIO É A SOLUÇÃO PARA A INTUBAÇÃO DIFÍCIL – RELATO DE CASO

AUTORES:

Nelson Unzer dos Santos Filho*, Dirce de Abreu, Luiz Antonio de Moraes, Leandro Camargo Izabel.

INSTITUIÇÃO:

CET/SBA/MEC da Santa Casa de Marília – SP.

INTRODUÇÃO: A espondilite anquilosante é uma doença crônica que envolve as articulações da coluna e as partes moles adjacentes. Começa nas artic. sacroilíacas e se move cranialmente podendo provocar a total anquilose da coluna. A conduta anestésica é influenciada pela magnitude do envolvimento vertebral. Avaliação pulmonar deve ser feita, pois estes pacientes podem ter alterações pulmonares típicas. A intub. com o paciente acordado e c/ o uso de fibroscopio, deve ser considerada. No caso, isto foi tentado, sem êxito, optando-se então pela intubação retrógrada, técnica que teve sua indicação diminuída com a evolução do uso do fibroscopio. **RELATO DE CASO:** Paciente, masculino, 55 anos, 52kgs e 1,68 de altura. Com espondilite anquilosante e importante diminuição da mobilidade atlanto – occipital, distancia esterno-mento de 8 centímetros e abertura de boca diminuída. Tabagista há 40 anos, c/ enfisema pulmonar severo. Programado p/ esôfagogastrectomia c/ileostomia. Indic. anest. geral c/intub. acordado e uso do fibrobroncoscopio. Sedado c/ 75ug de fentanil e 2mg de midazolam. Feitas duas tentativas prolongadas de intubação c/ o fibro, uma por via nasal e outra por via oral, sem sucesso. Optou-se então por tentativa de intubação acordado através da técnica retrógrada. Recebeu mais 25ug de fentanil, assepsia da região cervical anterior (clorexidina alcoólica a 2%). Botão anestésico com lidocaína a 2% sem vaso constritor e realizada punção da membrana cricótireoidea, com agulha de intracatch. Através da agulha, passou-se o fio guia do próprio intracatch até a cavidade oral, aonde o mesmo foi tracionado p/ fora c/ pinça de Magill. Vestido o fio guia c/ sonda Portex nº 6, 5 mm, foi realizada intubação com sucesso. Induzida anestesia com propofol e relaxamento muscular com pancuronio. Anest. mantida com infusão contínua de propofol e remifentanil e baixas concentrações de isoflurano. Cirurgia sem intercorrências, paciente ao final foi encaminhado intubado p/ a UTI, aonde foi extubado cerca de 6 horas após e encaminhado para o leito cerca de 24 horas após. **DISCUSSÃO:** Até pouco tempo atrás, relatava-se uma taxa de fracasso de 2,5%, na intubação com o uso do fibroscopio. Hoje esta taxa deve estar menor, mas não zerada, portanto nos casos de fracasso, outras técnicas devem ser consideradas, entre elas a intubação retrógrada, a qual tem índices de complicações maiores. Nesta técnica o material utilizado mais citado, é o uso da agulha de Tuohy nº 17 e fio guia o cateter de epidural. Na literatura é possível encontrar artigos que citam o uso de conjuntos p/ punção de acesso venoso central como opção para o material de intubação retrograda. **REFERÊNCIA:** 1—Ruediger R Noppens. Intubação por Fibroscopia Flexível. In: Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Controle da Via Aérea. 1ª Ed. Rio de Janeiro 2012 – 2-Oh JH, Kim SE, Lee SJ. Successful retrograde tracheal intubation using a central venous catheterization set: two cases. Emerg Med Australas, 2009;21 (3): 233-6.

O DESAFIO DA VIA AÉREA DIFÍCIL EM CRIANÇAS – RELATO DE CASO

AUTORES:

Miriam Isabel dos Santos Rodrigues, Gustavo Siqueira Elmiro, Marcela Hooper Carmo, Vanessa Gonçalves Chaves, Telmo Heleno Gomes, Giuliano Parreira de Oliveira.

INSTITUIÇÃO:

CET Hospital das Clínicas da UFMG/Belo Horizonte-MG.

INTRODUÇÃO: A obtenção de uma via aérea efetiva determina a diferença entre o bom prognóstico e os desfechos adversos de sua manipulação. O manejo de uma via aérea difícil ou potencialmente difícil em pacientes pediátricos é um desafio mesmo para anesthesiologistas experientes devido às peculiaridades desta população. **RELATO DE CASO:** M. A. P., 5 anos, masculino, 25Kg, diagnosticado com Linfoma de Burkitt, com aumento progressivo de massa tumoral em região cervical. Admitido com quadro de febre, náuseas, vômitos, piora da dor e aumento da secreção purulenta em região do tumor. Avaliação ORL diagnosticou paralisia do n. laríngeo recorrente. Durante a internação apresentou invaginação intestinal, sendo indicada laparotomia de urgência. No pós-operatório houve melhora da dor intestinal, porém novo quadro de invaginação intestinal foi constatado 15 dias depois, sendo indicada nova laparotomia. Mãe e equipe negaram dificuldades de ventilação ou intubação em procedimento anterior. Estratégia anestésica: Orientação à mãe sobre a presença de possível via aérea difícil e suas implicações; **DISCUSSÃO:** do caso com equipe cirúrgica; Disponibilizados tubos traqueais e máscaras laríngeas diversas. Optado por indução inalatória sob máscara facial com N₂O + O₂ (50%) e introdução progressiva de sevoflurano. Administrado propofol 2mg/Kg e realizada laringoscopia para avaliação de orofaringe, evidenciando extensa massa desviando a via aérea para a esquerda, Cormack 3. Diante das dificuldades encontradas, administrou-se propofol 2mg/Kg novamente e foi realizada laringoscopia por anestesista auxiliar, sem novos resultados. Administrada succinilcolina 1mg/Kg e realizada intubação orotraqueal TOT nº4 com balonete e auxílio de guia metálico, confirmada pela capnografia. Anestesia complementada com fentanil 0,5 mcg/Kg, atracúrio 0,5 mg/Kg e sevoflurano 1,0CAM. Utilizada ventilação controlada a volume. Procedimento anestésico-cirúrgico sem intercorrências, criança encaminhada ao CTI pediátrico intubada. Realizada anotação em prontuário sobre achados da via aérea, descrição da técnica utilizada e discutido possibilidade de traqueostomia eletiva. **DISCUSSÃO:** O sucesso do manuseio da via aérea difícil depende da antecipação do diagnóstico, preparo e habilidades do profissional, planejamento de estratégias de abordagem e disponibilidade de material adequado. Diversos guidelines vêm sendo propostos e atualizados com o intuito de aperfeiçoar e familiarizar o profissional para esta situação, todavia, pacientes pediátricos podem ter as opções para o manejo de via aérea restritas, em particular aquelas que envolvem intubação acordado. Esses casos requerem uma abordagem individualizada que talvez não seja considerada a primeira escolha para os demais. **REFERÊNCIA:** Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway, Anesthesiology. 2013 Feb;118(2): 251-70.

OBSTRUÇÃO DE VIA AÉREA ALTA EM PACIENTE SUBMETIDA A CIRURGIA ORTOPÉDICA. RELATO DE CASO

AUTORES:

Bruno Alexandre de Oliveira*, Letícia de Oliveira Carvalho Lannes, Liana Maria Torres de Araújo Azi, Bruno Gardélio Pedreira de Cerqueira.

INSTITUIÇÃO:

Centro de Ensino e Treinamento Hospital Universitário Prof. Edgard Santos, Salvador, Bahia.

INTRODUÇÃO: A obstrução de via aérea pode ser decorrente de diversas afecções, evoluindo de forma aguda ou crônica, sendo o seu manejo uma das principais atribuições do anesthesiologista. O objetivo desse trabalho é discutir o manejo anestésico de uma paciente apresentando obstrução de via aérea inferior de causa não esclarecida. **RELATO**

DE CASO: Paciente do sexo feminino, 73 anos, 50kg, hipertensa, ex-tabagista, com relato vago de apnéia do sono (negada pela paciente). Admitida ao centro cirúrgico para artroplastia total de quadril. Após monitorização (cardioscopia, oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva), foram administrados fentanil 50 µg, midazolam 2mg, cefazolina 2g e dexametasona 8mg. Antes que qualquer outro procedimento fosse realizado, a paciente evoluiu com desconforto respiratório importante, com tiragem intercostal, retração de fúrcula externa, estridor laríngeo e dessaturação, mantendo, entretanto, bom nível de consciência e respondendo às solicitações verbais. Diante do quadro de iminente insuficiência respiratória, optou-se por rápida indução venosa e intubação orotraqueal. Durante a laringoscopia, foi observado edema na glote da paciente e alguma resistência durante a progressão do tubo 6, 5. Posteriormente ao controle da via aérea, a paciente foi posicionada em decúbito lateral esquerdo, sendo realizada raquianestesia, sem intercorrências. Na sondagem vesical, evidenciou-se a presença de grumos na urina, sendo o procedimento cirúrgico suspenso devido a suspeita de infecção no trato urinário. Após descuarização adequada e eliminação do anestésico inalatório, com volume corrente e frequência respiratória adequados em ventilação espontânea, decidiu-se pela extubação. Imediatamente após a retirada da cânula, a paciente apresentou episódio de desconforto respiratório idêntico ao quadro inicial, apesar do bom nível de consciência. Foi realizada nova indução venosa e intubação, sendo a paciente encaminhada para unidade fechada. Na unidade de tratamento intensivo, foram feitas 3 novas tentativas de extubação, todas sem sucesso. Foram realizadas broncoscopia e tomografia de pescoço, as quais mostraram apenas edema de vestíbulo laríngeo, glote e aritenóides. Devido a falha de tratamento clínico, foi realizada traqueostomia, com a paciente recebendo alta após 27 dias de internamento. No momento, a paciente encontra-se já sem a traqueostomia, em investigação ambulatorial de paralisia de corda vocal direita e luxação de aritenóide. **DISCUSSÃO:** A paciente deste caso clínico apresentou um quadro clássico de obstrução aguda de via aérea, devido ao agravamento de uma condição preexistente após a sedação. O diagnóstico precoce e a conduta terapêutica adequada proporcionaram uma evolução favorável. **REFERÊNCIA:** Br J Anaesth 2003; 91: 31-39; N Engl J Med 1983; 308: 1566-1570.

OBSTRUÇÃO DE VIA AÉREA POR ÁSCARIS LUMBRICOIDES

AUTORES:

Mariana Suete Guimarães*, Bruna Matedi Barreira Moyses, Marcos Célio Brocco, Antônio Roberto Carraretto, Carlos Eduardo David de Almeida.

INSTITUIÇÃO:

CET Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes - Hospital da Associação dos Funcionários Públicos do Espírito Santo.

INTRODUÇÃO: Obstrução de via aérea superior é um evento relativamente comum e potencialmente fatal em anestesia, causas comuns são corpos estranhos e inflamação. Obstrução da via aérea por um nematódeo é rara, mas existem casos descritos 1, 2. *Ascaris lumbricoides* é um dos maiores parasitas encontrados em humanos. É estimada que 25% da população mundial esteja infectada por esse nematódeo. Vermes adultos podem migrar para o esôfago e entrar na via aérea, especialmente quando irritados por drogas ou anestésicos. A migração é provavelmente facilitada pelo relaxamento do esfíncter esofágico inferior e aumento da pressão intragástrica após uso da succinilcolina 2. **RELATO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 35 anos, estado físico ASA II E (asma brônquica), submetida a abordagem de hérnia umbilical encarcerada. Paciente monitorizada de acordo com a resolução do CFM Nº 1802/2006. Induzida anestesia geral em sequência rápida com 5 µg/kg de fentanil, 1 mg/kg de succinilcolina e 2 mg/kg de propofol. Após intubação traqueal, observada dificuldade de ventilação, com ausência de insuflação do pulmão esquerdo, retirado tubo traqueal, realizada nova intubação traqueal com sucesso, murmúrio vesicular presente bilateralmente. Procedimento transcorreu sem intercorrências. Na recuperação pós anestésica paciente evoluiu com dessaturação arterial, cianose de extremidades e tosse vigorosa, durante avaliação da via aérea da paciente, recuperado verme cilíndrico de aproximadamente 22 cm de comprimento, identificado como *Ascaris lumbricoides*. Após retirada do verme, a ventilação da paciente retornou ao normal. **CON-**

CLUSÃO: Obstrução da via aérea por um verme, apesar de raro, pode ocorrer e deve ser considerado como possibilidade, principalmente em regiões endêmicas, como o Brasil.

REFERÊNCIA: Roy K, Kundra P, Ravishankar M. Unusual foreign body airway obstruction after laryngeal mask airway insertion. *Anesth Analg.* 2005 Jul;101(1): 294-5. 2. Faraj JH. Upper airway obstruction by *Ascaris* worm. *Can J Anaesth* 1993; 40: 471.

OBSTRUÇÃO DE VIA AÉREA SUPERIOR SECUNDÁRIA A LESÃO POR PAPILOMA VIRUS HUMANO

AUTORES:

Felipe Eduardo Soligo*, David Ferez, Rafael Rechtman, Alessandra Ferreira, Giovanna Regina Puttini Cassavia.

INSTITUIÇÃO:

Real e Benemérita Associação Portuguesa de Beneficência - Hospital São Joaquim.

INTRODUÇÃO: O papiloma é considerado o tumor benigno mais comum da laringe, com grande tendência à recorrência e progressão. Geralmente, manifesta-se com rouquidão, mas pode cursar com obstruções das vias aéreas. Relato do Caso M. C. A, 36 anos, ASA II por bronquite crônica. História de rouquidão há 3 anos, com piora nos últimos 18 meses, acompanhado de dispneia. Nasofibrolaringoscopia mostrando lesão tumoral em prega vocal direita, mobilidade das pregas vocais preservada. Cirurgia proposta: laringectomia parcial. Avaliação da via aérea: abertura bucal normal, mobilidade atlanto-occipital normal, distância tireo-mento maior que 6 centímetros, mallampati 2. Acesso venoso periférico 20 G, monitorizado com cardioscopia, oximetria de pulso e pressão arterial não invasiva. Bloqueio dos nervos laríngeos superiores direito e esquerdo via cervical percutânea com lidocaína 2% sem vasoconstrictor – 3 ml. Bloqueio do nervo laríngeo recorrente via punção transcricoidea com lidocaína 2% sem vasoconstrictor – 2ml. Anestesia tópica da região orofaríngea com lidocaína 10% spray. Laringoscopia direta com videolaringoscópio, onde foi visualizada lesão verrucosa, localizada em prega vocal direita, móvel com a variação do tempo respiratório, obstruindo quase totalmente a região glótica. Realizada a introdução da sonda para microcirurgia de laringe número 5, única tentativa, checada posição correta com capnografia. Indução venosa com propofol 2, 5 mg/kg, fentanil 2 mg/kg e rocurônio 0, 5 mg/kg. Manutenção da anestesia com sevoflurano 1, 5% e remifentanil em bomba de infusão contínua (0, 05 a 0, 2 mcg/kg/minuto). Ao final, o paciente foi extubado sem intercorrências e encaminhado à sala de recuperação pós-anestésica. **DISCUSSÃO:** A rouquidão pode ser o primeiro sintoma em um paciente que apresenta lesão glótica, mas também um sinal tardio no caso de lesões supra ou subglóticas. Sua presença já nos informa que há comprometimento das vias aéreas. A presença de estridor implica em redução de, no mínimo, 50% no diâmetro das vias aéreas. A dispneia noturna também indica um grau mais avançado de obstrução. De uma forma geral, pacientes indicados a microcirurgia de laringe se apresentam apenas com rouquidão, e a intubação só será difícil se estes apresentarem sinais que independem do local da patologia. Pacientes que a intubação traqueal é considerada possível, a indução mais segura é aquela em que o paciente mantenha a ventilação espontânea e com todo material disponível e preparado caso seja necessário um procedimento de emergência. **REFERÊNCIA:** Sarmento RO. Anestesia para microcirurgia de laringe. In: Cavalcanti IL, Assad AR, Lacerda MA. Anestesia fora do centro cirúrgico. Rio de Janeiro, Sociedade de Anestesiologia do Rio de Janeiro, 2007; 89-105. Ximenes Filho JA, Simoceli L, Imamura R et al. Papilomatose laríngea recorrente: experiência de 10 anos. Revista Bras Otorrinolaringol. 2003;69: 599-604.

RELATO DE CASO: VIA AÉREA DIFÍCIL EM UM PORTADOR DE ARTRITE REUMATÓIDE E A ESCOLHA DA TÉCNICA DE INTUBAÇÃO

AUTORES:

Diogo de Sousa Lopes, Cláudia Helena Ribeiro da Silva, Lucas Almeida Fernandes Junior, Marcelo Vaz Nunes*, Marcel Andrade Souki, Rafael Coelho Tiburcio.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Santa Casa de Belo Horizonte (MG).

INTRODUÇÃO: A artrite reumatoide é uma doença autoimune crônica, de etiologia desconhecida e que causa rigidez, dor, inflamação e erosão das articulações. É caracterizada por poliartropatia simétrica e envolvimento sistêmico importante. O curso da doença é caracterizado por exacerbação e remissão dos sintomas. **CASO CLÍNICO:** Paciente do sexo feminino, 48 anos, 67 Kg, 1, 64 m, IMC 25, portadora de artrite reumatoide, não fazia uso regular de medicações. Cirurgia eletiva proposta: artroplastia total de quadril direito. Avaliação pré-anestésica: Mallampati classe 4, pescoço curto e grosso, distância interdentária em torno de 4, 5 cm, distância tireo-mento maior que 5 cm e extensão satisfatória da cabeça e do pescoço. Programação anestésica: bloqueio femoral três em um associado à anestesia geral balanceada. Devido aos preditores de via aérea difícil, decidiu-se por intubação com a paciente acordada. Após sedação, foi realizado bloqueio do nervo glossofaríngeo e do nervo laríngeo superior e anestesia da traquéia e laringe abaixo das cordas vocais. Durante a laringoscopia direta, nenhuma estrutura laríngea foi visualizada (Cormack e Lehane grau 4). A equipe de anestesiologia não possuía endoscópio flexível para intubação. Foi, então, optado pelo uso do guia semirrígido para intubação traqueal (bougie), que foi introduzido às cegas, sendo observada a sensação tátil da sua ponta saltando anéis traqueais. O tubo traqueal foi introduzido através do bougie e a intubação orotraqueal foi confirmada pela capnografia. **DISCUSSÃO:** Os procedimentos cirúrgicos mais frequentemente realizados nos pacientes com artrite reumatoide são os ortopédicos e a escolha da técnica anestésica dependerá das condições gerais do paciente e do tipo de cirurgia proposta. A maioria dos pacientes com artrite reumatoide têm envolvimento da coluna cervical e alguns podem cursar com instabilidade. Deve-se ter cautela e limitar os movimentos de extensão e flexão da coluna cervical durante o ato anestésico, o que pode resultar em laringoscopia direta convencional difícil. A disfunção temporomandibular é comumente associada à fixação cervical, produzindo limitação da abertura da boca. É essencial uma avaliação pré-anestésica criteriosa para determinar a extensão do envolvimento articular e sistêmico. A utilização do endoscópio flexível tem sido proposta como método de escolha para intubação de pacientes com artrite reumatoide avançada mas a técnica de intubação acordada pode ser uma alternativa nos locais onde o broncofibroscópio não está disponível. **REFERÊNCIA:** 1- Lisowska B, Rutkowska-Sak L, Maldyk P et al. Anaesthesiological problems in patients with rheumatoid arthritis undergoing orthopaedic surgeries. Clin Rheumatol, 2008;27: 553-556. 2- Vieira EM, Goodman S, Tanaka PP. Anestesia e Artrite Reumatoide. Rev Bras Anestesiologia, 2011;61: 3: 367-375.

SEDAÇÃO PARA INTUBAÇÃO ACORDADA SOB BRONCOFIBROSCOPIA FLEXÍVEL: ARTE OU CIÊNCIA?

AUTORES:

Rafael da Cunha e Menezes Nascimento, Alberto Vieira Pantoja, Luiz Carlos Bastos Salles, Rogério Fragoso de O. Sarmento.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Universitário Gaffree e Guinle.

INTRODUÇÃO: O acesso e controle da via aérea difícil (VAD) são fundamentais para o adequado desfecho clínico, sendo a técnica de intubação acordada com broncofibroscópio flexível (BFF) o padrão-ouro para o seu manejo. Neste contexto, o objetivo da sedação é permitir conforto e cooperação do paciente com a manutenção da ventilação espontânea. **RELATO DE CASO:** L. S. G., feminina, 47 anos, 75kg, P1 (ASA), candidata à cranioplastia pós-ressecção de meningioma. Ectoscopia evidenciando afundamento de crânio à direita, com retração e atrofia dos músculos em região temporal. Abertura de boca limitada, incisivos centrais protusos. Mallampati 4. Sem outros preditores de VAD. Em sala operatória, após monitorização com cardioscopia, pressão não-invasiva e pletismografia, infundiu-se dexmedetomidina na dose de 1 µg. kg⁻¹ por 10 minutos IV, midazolam 2mg IV, atropina 0,5 mg IV e 03 gotas de xilometazolina em ambas as narinas. Ao término do décimo minuto, manteve-se a infusão de 0,5 µg/kg/h de dexmedetomidina. Aplicada xilocaína gel em narina direita e introdução de sonda traqueal (ST) de 7,5 mm com balonete sobre BFF (preparados por imersão em soro aquecido por 10 minutos). A anestesia do restante da via aérea foi feita pela aspersão de lidocaína 2% sob visão direta. Após passagem das cordas vocais e visualização dos anéis traqueiais, induziu-se a anestesia com 200 µg de fentanil e 160 mg de propofol IV. Posicionou-se e fixou-se ST há 3 cm da carina. A anestesia foi mantida com sevoflurano e dexmedetomidina. Extubada com êxito 8 min. após o término do procedimento, recebendo alta para enfermaria com ALDRETE 10. Não houve intercorrências perioperatórias. **DISCUSSÃO:** A intubação acordada com uso de BFF é a técnica de escolha nos protocolos para abordagem de VAD. A experiência pode ser desagradável para o paciente, mesmo quando realizada cuidadosamente. A sedação acordada é preferível não apenas para tornar o procedimento mais confortável para o paciente, mas também para garantir condições ideais de intubação. Medicamentos com meia-vida curta utilizados em infusão contínua são preferidos para a realização deste procedimento, com destaque para propofol e remifentanil e, recentemente, a incorporação da dexmedetomidina. A escassez de estudos randomizados de boa qualidade metodológica na literatura ainda não nos permite definir qual a melhor técnica de sedação a ser usada neste cenário. **REFERÊNCIA:** 1. Johnston DK, Rai MR. Conscious sedation for awake fiberoptic intubation: a review of the literature. *Can J Anesth.* 2013;60:584-599. 2. Reed P. Allan. Evaluation and Recognition of the Difficult Airway. In: Hagberg CA, Gabe CJ et al. *Benumol and Hagberg's Airway Management.* 3ª ed. Philadelphia, PA. Saunders, 2013; 209-21e. 3.

SEGURANÇA DA FIBROBRONCOSCOPIA ÓTICA PARA OBTER VIA AÉREA EM PACIENTE COM MASSA CERVICAL VOLUMOSA

AUTORES:

Edvaldo Casoti Júnior*, Carlos Eduardo David de Almeida, Marcos Célio Brocco.

INSTITUIÇÃO:

CET HUCAM-HAFPES.

INTRODUÇÃO: tumores grandes da tireóide podem comprimir a via aérea do paciente. A tomografia computadorizada (TC) é mandatória nesses pacientes a fim de se avaliar o grau de comprometimento anatômico da região cervical. O uso do fibroscópio flexível é seguro, pois permite avaliar o grau de obstrução e a estabelecer a via aérea definitiva.

RELATO DE CASO: paciente, sexo masculino, 63 anos, ASAI (hipertensão arterial), com indicação de exérese de bócio volumoso de tireóide. Avaliação pré-anestésica: nega cirurgias prévias, massa cervical volumosa, de evolução lenta (40 anos), dispnéia de decúbito, movimentação cervical limitada e Mallampati IV. TC: massa cervical mediana/paramediana (20x20x17cm), voltada à esquerda e não aderida a planos profundos; ausência de deformidades significativas de laringe, epiglote e traquéia, apesar de desviadas à direita. Espirometria: padrão obstrutivo leve. Em sala cirúrgica, monitorização conforme resolução 1802/2006 do CFM. Realizado metoprolol, escopolamina, clonidina e lidocaína gel como preparo para broncofibroscopia. Reconhecimento da via aérea com fibroscópio mostrando desvio da traquéia à direita e epiglote em ômega. Aplicado jato de lidocaína ao visualizar cordas vocais. No segundo momento, passagem do fibroscópio pelas cordas vocais com êxito na intubação nasotraqueal com tubo aramado nº 7,5. Mantida anestesia com sevoflurano, remifentanil em BIC e atracúrio e obtida pressão invasiva. Duração do procedimento: 240 min, sem intercorrências. Remifentanil e metoprolol à extubação após reversão completa do bloqueio neuromuscular ao TOF (train-of-four). Peso da massa cervical igual a 3,345kg. **DISCUSSÃO:** O bócio simples é o diagnóstico final em 82% das tireoidectomias realizadas no nosso meio. A incidência é de 4% a 7% na população geral. Pela classificação da OMS 1994 para tamanho da tireóide, este paciente era grau 2, isto é, tireóide visível à distância. A cirurgia deve ser indicada em qualquer dúvida com relação ao crescimento deste nódulo ou alteração em sintomas associados, como disfagia, tosse, dispnéia, dor ou rouquidão. A TC é primordial nesses casos a fim de se estudar a via aérea. O fibroscópio é imprescindível no estudo do grau de obstrução e na segurança de obter a via aérea. Após a ressecção da massa, é preciso investigar a existência da traqueomalácea subjacente ou uma via aérea colabável. Além disso, massas muito grandes podem dificultar o isolamento do nervo laríngeo recorrente e, em caso de lesão bilateral, o paciente pode apresentar obstrução da via aérea cujo tratamento imediato é a traqueostomia. **REFERÊNCIA:** 1) Arap SS, Montenegro FLM, Michaluart Jr. P et al. Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço; Projeto Diretrizes. Bócio Atóxico: Diagnóstico e Tratamento. AMB, CFM; Agosto, 2005. 2) Wall RT. Doenças Endócrinas. In: Hines RL; Marschall, KE. *Stoelting: Anestesia e Doenças Coexistentes.* 5ª edição (tradução), Rio de Janeiro, Editora Elsevier, 2010; 365-405.

USO DE DEXMEDETOMIDINA PARA INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL EM PACIENTE ACORDADO COM ESPONDILOLISTESE

AUTORES:

Vitor Gonzaga Coimbra Pereira*, Ludmila Pimentel Vieira Antunes, Rafael Mercante Linhares, Daniel Cunha da Trindade, Roberto Carvalho Brandão.

INSTITUIÇÃO:

CET Hospital Municipal Miguel Couto.

INTRODUÇÃO: Pacientes com doenças crônicas da coluna cervical apresentam um desafio específico para o anestesiolegista. O manuseio da via aérea e o acesso ao neuroeixo poderão ser difíceis. Preferência tem sido dada à anestesia geral, mesmo com via aérea difícil reconhecida. A dexmedetomidina é um agonista adrenérgico de receptores alfa-2 potente e altamente seletivo, entre seus efeitos promove a sedação e analgesia sem depressão respiratória, mantendo o paciente cooperativo e sem agitação, mostrou-se uma droga eficaz para intubação orotraqueal em paciente acordado com lesão cervical grave. Relato: J. S, masculino, 78 anos, hipertenso, ASA IIE, mallampati II, apresentando hematoma subdural crônico com alteração do estado clínico nas últimas 24 horas. Estava em uso de colar cervical há 2 anos, em decorrência de espondilolistese cervical, foi atendido na emergência do Hospital Municipal Miguel Couto para drenagem do hematoma. Durante a realização da intubação orotraqueal (IOT) com o paciente acordado, foi usado uma dose de ataque 1 mcg/ kg IV em 10 minutos de dexmedetomidina, prosseguindo uma dose de manutenção de 0,5 mcg/kg/h, durante a intubação foi utilizado lidocaína tópica a 2 % para a realização laringoscopia. Após IOT foi administrado propofol 200 mg e rocurônio 35 mg IV, sendo o paciente mantido com sevoflurano via inalatória, permanecendo durante 2 horas e 20 minutos de cirurgia, estável hemodinamicamente. Não houve intercorrência durante a extubação. **DISCUSSÃO:** A dexmedetomidina um agente agonista α_2 superselativo possui efeitos sedativo com propriedades analgésicas, ansiolíticas e simpaticolíticas. Seu mecanismo de ação envolve a ativação de receptores α_2 pré-sinápticos, diminuindo a liberação de noradrenalina por meio de um mecanismo de retroalimentação negativa, mantendo assim o paciente cooperativo, sem agitação, estável hemodinamicamente, tendo uma diminuição da resposta hormonal ao estresse. Uma vez previstas as dificuldades de intubação traqueal, onde o paciente tem comprometimento cervical, movimentos limitados em flexão, deve-se optar pela intubação com paciente acordado, moderadamente sedado, com anestesia tópica na orofaringe. O seu uso como pré-anestésico tem sido muito estudado. Vários regimes foram propostos para utilização deste fármaco, como administração intravenosa minutos antes da indução, feito no caso relatado. **REFERÊNCIA:** 1-Oliveira CRD. Espondilite anquilosante e anestesia. Rev. Bras. Anestesiol. 2000;57(2): 214-222. 2-Curtis FG, Cstiglia YMM, Stolf AA et al. Dexmedetomidina e sufentanil como analgésicos per-operatórios. Estudo comparativo. Rev. Bras. Anestesiol. 2002;52(5): 525-534.

USO DE LARINGOSCOPIO VIDEOASSISTIDO COMO PRIMEIRA OPÇÃO NA INTUBAÇÃO FALHIDA RELATO DE CASO

AUTORES:

Desire Carlos Callegari, Wanderlei Maria, Tiago Bertacini Gonzaga, Jorge Barrios Alarcon, Gilberto Garba Gomes*, Paulo Bittencourt Dutra Tabacow.

INSTITUIÇÃO:

AACD - Associação de Assistência à Criança Deficiente (Hospital Abreu Sodré).

INTRODUÇÃO: Todo paciente que vai para cirurgia deve ser estudado como um todo e a predição da via aérea deve ser mandatória. Assim, o paciente deve ter sido pesquisado em seus antecedentes médicos, pessoais e familiares. Entretanto, mesmo quando os pacientes são muito bem avaliados existe uma pequena parcela que foge a regra e apresentam um falso negativo para via aérea difícil. Neste momento o anestesiolegista treinado deve utilizar seus conhecimentos e seguir o algoritmo criado para estes momentos de dificuldade. Caso 1 Paciente de sexo masculino de 56 anos, profissional cantor, programado para cirurgia de hérnia lombar, monitorizado com PAI, ECG, Oximetria, sem antecedentes de VAD, apresentava como sinais positivos para uma VAD apenas o fato de ter um Mallampati 3 e ser ronco crônico com doença de apneia noturna de grau moderado para grave, os demais indicadores normais. Foi induzido com Fentanil 100 mcg, Propofol 2 mgs por Kg, e Esmeron 50 mgs, foi realizada a primeira tentativa de intubação sem sucesso, troca de lâmina por uma maior e segunda tentativa também sem sucesso, optou-se então pelo uso de um laringoscópio vídeo assistido como primeira opção de resgate. Ao introduzir a lâmina do videolaringoscópio observou-se a presença de uma grande quantidade de amígdalas sublinguais e na progressão do mesmo foi possível observar com clareza a epiglote e as cordas vogais, a seguir o paciente foi facilmente intubado. Comentários Na edição do mês de fevereiro de 2013 da revista anesthesiology foi publicada uma atualização do guia que existe desde a década de 90, a preparação destas novas diretrizes seguiram um rigoroso processo metodológico, obtendo fontes da evidência científica e a opinião de expertos, entre as principais mudanças estão a introdução dos supra-glóticos e dos laringoscópios vídeoassistidos, no presente caso e em outros estamos utilizando o videolaringoscópio (VLG) como primeira opção de resgate quando as condições estão dadas logicamente para o uso deste tipo de dispositivo, estudos randomizados que comparam a intubação com VLG e laringoscópio normal indicam que com o VLG a visão melhora e o êxito de intubações difíceis é mais frequente, estes mesmos estudos não encontraram diferenças entre a aparição de complicações como trauma de vias aéreas, lábio, trauma dental ou dor de garganta. Entretanto a nossa, experiência pequena ainda, nos faz antever que o uso do VLG como dispositivo primário deve ser avaliado, e o sucesso que obtivemos como dispositivo de resgate como primeira opção para nos foi muito válida, o VLG que utilizamos tem vantagens como: lâminas descartáveis, funciona com bateria alcalina AAA, conexão para cabo e tela grande colorida a LED além de poder gravar, e o preço econômico. **REFERÊNCIA:** 1. - www.ambu.es 2. -www.airwayeslarning.com 3. -Practice guidelines for management of the difficult airway: an updated report by the American Society of Anesthesiologists task force. Anesthesiology, 2013;118(29): 251-270.

USO DO BOUGIE PARA INTUBAÇÃO TRAQUEAL: AVALIAÇÃO E CAPACITAÇÃO DE MÉDICOS E INTERNOS DO CURSO DE MEDICINA

AUTORES:

Flora Margarida Barra Bisinoto, Paulino Anezio Zauli*, Daniel Capucci Fabri.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal do Triângulo Mineiro CTE-SBA.

INTRODUÇÃO: Tanto no centro cirúrgico, quanto na UTI ou serviços de emergência, o manuseio das vias aéreas (VA) ainda é um problema importante, que pode levar a complicações graves. As taxas de intubação traqueal (IT) difícil em reanimação e em medicina pré-hospitalar são próximas de 10%, enquanto que no centro cirúrgico é estimada em 1, 5%. Nos últimos anos novos dispositivos têm ajudado o anestesiológico no sucesso na VA difícil, e dentre eles o Bougie apresenta-se como material de destaque pela sua eficiência e simplicidade. É comprovado que ele diminui o número de tentativas de IT, o que o coloca nos principais guidelines de VA difícil, com sucesso de 78-100%. Assim, consideramos que deve ser de conhecimento de todos os que trabalham com pacientes críticos e em serviços de urgência. O objetivo desse estudo foi quantificar a experiência com o Bougie dos médicos de outras áreas que não a anestesiologia, que trabalham em serviços de emergência, na cidade de Uberaba-MG, e dos internos do curso de medicina da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), e ao mesmo tempo, capacitá-los para sua utilização. **MÉTODO:** O estudo foi realizado de janeiro a julho de 2013, e fizeram parte os médicos das unidades emergência da cidade de Uberaba, intensivistas e internos do curso de medicina da UFTM. Todos receberam um questionário sobre dados pessoais da prática médica, e também sobre o conhecimento e a utilização do Bougie. Após isto foram submetidos a um treinamento prático em manequim apropriado, sobre o dispositivo citado. Foi considerado estatisticamente significativo $p < 0,05$. **RESULTADO:** Participaram do estudo 57 médicos, com tempo de atuação média de 8, 65 anos \pm 7, 5, e 29 internos. O campo de atuação dos médicos foi: 15, 8% (n=9) em UTI, e 84, 2% (n=48) nos serviços de emergência ($p < 0,05$). Relataram ter conhecimento do Bougie 47, 4% (n=27) dos médicos, mas apenas 3, 6% (n=2) já tinham sido treinados e 9, 0% (n=5) já haviam utilizado o dispositivo ($p < 0,05$). Em relação aos internos, 27, 6% (n=8) já conheciam, 3, 5% (n=1) tinham treinamento, e ninguém havia utilizado o Bougie ($p < 0,05$). O treinamento prático se mostrou eficaz: com o máximo de duas simulações, todos se mostraram confiantes com a técnica de uso do dispositivo, totalizando o treinamento de 57 médicos e 29 internos.

DISCUSSÃO: Esses dados obtidos comprovam que o Bougie é muito pouco usado fora do centro cirúrgico, devido à falta de divulgação e de capacitação para sua utilização. Os médicos recém-formados são tão desinformados nesse assunto quanto os formados há mais tempo, o que revela que o mesmo ainda não foi incorporado aos treinamentos em VA no curso de graduação. Concluímos que iniciativas de expansão do seu uso para além da prática anestesiológica são muito importantes. **REFERÊNCIA:** 1. Duwat A, Hubert V, Deransy R et al. – Intubation difficile: evaluation des connaissances et de l'expérience des internes en anesthésia-réanimation. Ann Fr Anesth Reanim 2013;32: 231-234.

VIA AÉREA DIFÍCIL EM CIRURGIA CARDÍACA

AUTORES:

Tomaz Gonzalez Passos Estrela, Camila Lucena Carneiro de Albuquerque, Saulo Pimentel Neves, Lucas Jorge Santana de Castro Alves, Jarbas Machado Almeida, Fabricio Modesto dos Reis.

INSTITUIÇÃO:

CET-Associação Obras Sociais Irmã Dulce-Hospital Santo Antonio Salvador -Ba.

INTRODUÇÃO: a radioterapia cervical pode causar importantes alterações anatômicas na via aérea dos pacientes submetidos a esse procedimento. O reconhecimento da via aérea difícil em pacientes com doença arterial coronariana exige uma programação anestésica que garanta uma via aérea segura sem comprometer a estabilidade hemodinâmica. **RELATO DE CASO:** paciente masculino, 65 anos, ASA III, admitido para revascularização miocárdica. História prévia: hipertensão, carcinoma escamocelular em orofaringe, tratado com radioterapia e quimioterapia que provocou alterações importantes em via aérea – limitação da extensão cervical, atrofia de palato, distância interincisivos menor 2, 5cm, distância tireo-mentoniana 7cm, fibrose e não complacência da região cervical anterior. Raio X de tórax evidenciando desvio de traquéia para a esquerda, associado a sinais de estenose, atribuída a traqueostomia após fístula traqueo-esofágica. Clinicamente cursava com precordialgia. No cateterismo cardíaco evidenciado lesão difusa grave e obstrução de 95% distal no tronco da coronária esquerda, aneurisma na origem da descendente anterior, circunflexa com oclusão proximal, coronária direita dominante ocluída em terço médio, ventrículo esquerdo com hipocinesia antero-apical moderada. Euro Score – 5. Paciente em uso de atenolol, losartana, monocordil, AAS, sinvastatina, isordil, clonidina. Exames laboratoriais sem alterações. Após monitorização multiparamétrica, PAMI e acesso central, iniciado sedação com dexmedetomidina. Tentado bloqueio transcrico-tireoideo, sem sucesso, devido a fibrose intensa em região cervical. Realizado então, bloqueio laríngeo superior e anestesia tópica com lidocaína spray. Laringoscopia direta (LD), evidenciando alterações anatômicas importantes em via aérea. Tentativa de IOT com LD e Bougie sem sucesso. Optado então, por realização de intubação traqueal por traqueostomia. Realizado procedimento cirúrgico sem intercorrência, encaminhado à UTI, hemodinâmica compensada com baixas doses de norepinephrina e dobutamina. Desmame de ventilação mecânica ocorreu em 48 horas e encaminhado para enfermaria com a traqueostomia. Programada alta hospitalar, foi retirada traqueostomia, tendo paciente apresentado insuficiência respiratória e PCR secundária a hipóxia e evoluído para óbito. **DISCUSSÃO:** pacientes com via aérea difícil, associada à coronariopatia, representam um desafio aos anestesiológicos no manejo da via aérea. Nesse caso especial, a persistência na tentativa de intubação sob sedação consciente poderia levar alterações hemodinâmicas importantes, tendo optado por uma via cirúrgica eletiva. Considerando o desfecho do caso clínico, impõe-se que protocolos de extubação, assim como de desmame de traqueostomia, em pacientes com via área difícil são de igual importância. **REFERÊNCIA:** 1- Martins MP, Abrão MA. Extubação segura. In Martins MP, Moraes JMS, Pires OC. Controle da via aérea. Rio de Janeiro, Sociedade Brasileira de Anestesiologia/SBA, 2012;354-75.

VIA AÉREA DIFÍCIL EM PEDIATRIA: ANESTESIA EM PACIENTE COM MAV E LINFHEMANGIOMA DE LÍNGUA – RELATO DE CASO

AUTORES:

Giselle Carvalho de Sousa, Simone Soares Leite, Ricardo Alvim Bretas, Paulo Alipio Germano Filho.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal do Rio de Janeiro.

INTRODUÇÃO: Malformação Arteriovenosa (MAV) é um distúrbio congênito dos vasos sanguíneos. Já o linfohemangioma é uma malformação congênita do sistema linfático, composto de canais e espaços vasculares. Ambas as afecções geralmente se manifestam nos primeiros anos de vida e, juntas, em um órgão nobre como a língua, podem comprometer a alimentação, a respiração ou ocasionar hemorragias. O tratamento de embolização nesse caso requer anestesia geral e consiste num grande desafio, visto que a patência das vias aéreas deve ser preservada, em um paciente não colaborativo. Com este relato objetiva-se discutir sobre o manejo de via aérea em pediatria e aprimorar a abordagem desta condição. **RELATO DE CASO:** Paciente de 1 ano e 11 meses, masculino, 13, 5 kg, 86 cm, portador de linfohemangioma superficial de língua e MAV de língua, candidato a embolização de artéria sublingual esquerda, por quadro de edema e sangramento de língua após trauma. ASA IVE, CF > 4 METs. Mãe refere dispnéia em decúbito dorsal. Ao exame: Hipocorado (3+/4+), língua de grande volume com congestão, edema e pequeno sangramento, projetando-se para fora da cavidade oral com impossibilidade de maior abertura de boca, mallampati IV. Exames físicos e complementares: sem alterações. Doppler de língua evidenciou malformações em seu terço distal. Monitoração: ECG de três derivações, oximetria de pulso, PANI, capnografia, analisador de gases. Venoclise, EC 22 G, MSD. Técnica anestésica: Anestesia geral combinada, venosa e inalatória. Pré-oxigenação com O₂ a 100% seguido de O₂ + sevoflurane sob máscara facial. Intubação nasotraqueal n°4, 5 s/ cuff com broncofibroscopia. Punção de veia subclávia direita com cateter duplo-lúmen. Traqueostomia com cânula n°4, 0 c/ cuff, retirado tubo orotraqueal. Administrado: fentanil 2, 2 mcg/kg, cisatracúrio 0, 15 mg/kg. VMI - VCV: VC 8mL/kg, FR 22 irpm, PEEP 4. Manutenção anestésica: sevoflurane 1 CAM. Estabilidade hemodinâmica e padrão ventilatório normal no intra-operatório. Ao final: administrado midazolam 0, 4 mg/kg. Paciente encaminhado ao CTI em ventilação mecânica. **DISCUSSÃO:** Em pediatria, devido às particularidades da anatomia e fisiologia, a via aérea difícil, antecipada ou inesperada, pode ser um desafio. É preciso, além da técnica correta, reconhecimento, planejamento e acompanhamento desses pacientes desde o pré-operatório, a fim de se garantir sua segurança no peri e pós-operatório. **REFERÊNCIA:** 1. Coté, C. J. Pediatric Anesthesia In: Miller R. D. Miller's Anesthesia 7th edição, Churchill Livingstone Elsevier, 2009; 2579-2581; 2. Gontijo B. , Pereira, L. B. , Silva, C. M. R. Malformações vasculares. An bras Dermatol, Rio de Janeiro 2004; 79(1): 7-25.

VIA AÉREA DIFÍCIL NÃO RECONHECIDA: OBSTRUÇÃO PARCIAL DA LARINGE POR CORPO ESTRANHO ESOFÁGICO

AUTORES:

Maurício Fernando Lima Santos*, Anita Helena Santana Figueiredo, Vera Lúcia Fernandes Azevedo, Antonio Herlandson Freire da Cunha, Eliomar Santana Trindade, Paulo Sérgio Santana dos Santos.

INSTITUIÇÃO:

GET-Associação Obras Sociais Irmã Dulce-Hospital Santo Antonio Salvador -Ba.

INTRODUÇÃO: Reconhecer uma via aérea difícil é fundamental para o planejamento da anestesia. Há pacientes nos quais a dificuldade não é tão óbvia, mas a intubação poderá ser difícil, inesperada, eventualmente complicada por problemas de ventilação, o que torna a situação ainda mais dramática e com maior possibilidade de aspiração pulmonar. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de via aérea difícil não prevista, em um paciente com provável fator de risco incomum para broncoaspiração. **RELATO DE CASO:** Paciente 28 anos, masculino, portador de distúrbio psiquiátrico não definido, sem outras comorbidades, admitido na emergência do Hospital Geral do Estado com história de ingestão de corpo estranho sólido há mais de 24 horas com evolução para vômitos. Não havia sinais ou sintomas respiratórios e nem preditores típicos de via aérea difícil. O paciente foi submetido à Endoscopia Digestiva Alta evidenciando corpo estranho impactado no esôfago proximal com impossibilidade de tratamento endoscópico, sendo encaminhado ao tratamento cirúrgico. Programação cirúrgica de cervicotomia com ordenhamento proximal do corpo estranho. Foi planejado anestesia geral venosa com indução em seqüência rápida e administrado ranitidina e metoclopramida previamente. A indução foi realizada com Propofol, fentanil e rocurônio e realizado intubação traqueal. Na manutenção da anestesia foi administrada Propofol TCI com alvo de 2, 5 mcg/dL e Remifentanil em infusão contínua numa vazão de 0, 2 mcg/Kg/mim. Durante anestesia foi observado padrão obstrutivo na capnografia. Na cervicotomia foi visualizado laceração de esôfago com retirada do corpo estranho. Realizado EDA no intraoperatório confirmando a presença de novos objetos com laceração esofágica distal e material sólido em estômago. Programação cirúrgica modificada para esofagostomia cervical associado à laparotomia com gastrostomia e pós-operatório em UTI. **DISCUSSÃO:** No reconhecimento de uma potencial via aérea difícil, a escolha do controle definitivo da via aérea, deve ser bem planejada, sendo a IOT acordada a melhor opção. Os testes de via aérea difícil isoladamente tem baixo valor preditivo e os critérios tradicionalmente utilizados na avaliação podem não contemplar algumas situações ou características que podem impactar no controle da via aérea. A ASA apresenta 11 critérios preditores de VAD e assim como grande parte da literatura não inclui entre seus critérios obstrução de via aérea por compressão externa de massas esofágicas. No caso relatado a via aérea difícil não foi considerada no planejamento da anestesia, apesar do sucesso, houve dificuldade de IOT com potencial falha e risco para o paciente, principalmente considerando o desconhecimento do conteúdo gástrico, apesar do jejum. **REFERÊNCIA:** Ortenz, AV, Como reconhecer uma via aérea difícil. In: Martins, MP, Moraes JMS, Pires OC. Rio de Janeiro, Controle da via aérea, Sociedade Brasileira de Anestesiologia/SBA, 2012, 21-29.

VIDEOLARINGOSCÓPIO NA VIA AÉREA EMERGENCIAL - RELATO DE CASO

AUTORES:

Hermes Melo Teixeira Batista*, Taise Vasques Dantas Landim, David Gomes de Alencar Gondim, Luiz Carlos de Abreu.

INSTITUIÇÃO:

Hospital Regional do Cariri.

INTRODUÇÃO: a manutenção de uma via aérea pérvia permanece ainda como uma das principais preocupações do anestesiológista . Diversas técnicas e dispositivos tem surgido para auxiliar nesse intuito e um que tem atraído a atenção é o videolaringoscópio estando já inclusos nos algoritmos de via aérea difícil. **RELATO DO CASO:** paciente masculino, 20 anos deu entrada na emergência com fraturas múltiplas de face, laceração de lábio superior e inferior e glossectomia parcial traumática. Encontrava-se não cooperativo por intoxicação alcoólica, tornando inviável intubação acordado e até mesmo classificar o Mallampati. A opção foi por indução com propofol, fentanil e rocurônio e intubação orotraqueal com videolaringoscópio COOPDECH e a opção de resgate seria cricotireoidostomia com traqueostomia subsequente. A laringoscopia foi realizada sem intercorrências , com excelente visualização das cordas vocais, apesar do sangue presente na cavidade oral e edema das estruturas, e a intubação orotraqueal procedeu com sucesso. **DISCUSSÃO:** a intubação orotraqueal faz parte da rotina do anestesiológista e vias aéreas difíceis podem surgir nesse ínterim. Dispositivos alternativos devem estar disponíveis em tempo hábil e treinamento adequado deve ser dispensado aos profissionais do serviço. Este caso traz o uso do videolaringoscópio em situação de emergência e via aérea provavelmente difícil, com estômago cheio e cavidade oral com presença abundante de sangue e desfecho favorável. **REFERÊNCIA:** 1- Serocki G, Bein B, Scholz J, Dörge V (2010) Management of the predicted difficult airway: a comparison of conventional blade laryngoscopy with video-assisted blade laryngoscopy and the GlideScope. Eur J Anaesthesiol 27(1): 24-30). 2- Wayne MA, McDonnell M (2010) Comparison of traditional versus video laryngoscopy in out-of-hospital tracheal intubation. Prehosp Emerg Care. 14(2): 278-82.

ÍNDICE DE AUTORES

A

- Abel Fernando Rech, 40.
Acary Souza Bulle Oliveira, 207.
Adalciades Borges Neto, 35.
Adelaide Moral Tarifa, 125, 164.
Adele Lino Alfano, 202.
Ademar Contiero Júnior, 105.
Adilson Hamaji, 98, 99.
Adilson Roberto Cardoso, 30.
Adriana de Assis Sales, 52.
Adriana Érica Yamamoto, 29, 109.
Adriana Eugenio Piccinini, 135.
Adriana Ferraz de Souza, 85.
Adriana Maria Gurgel da Costa, 230.
Adriana R. Melo, 171.
Adriana Serpa Brandão de Andrade Lima, 193.
Adriano Ávila, 101.
Adriano Bechara de Souza Hobaika, 48, 88, 140, 153, 189.
Adriano Bueno Sá, 249.
Adriano Ramos Campagnoli, 157.
Aglais Gonçalves da Silva Leite, 156, 287.
Airton Bagatini, 14, 15, 19.
Alan Saito Ramalho, 85, 99.
Alana Vital Nazianzeno, 186.
Alberto Esteves Gemal, 203, 204.
Alberto Luiz Cunha da Costa, 194.
Alberto Vieira Pantoja, 38, 40, 119, 298.
Alcebiades Vitor Leal Filho, 74, 75, 168, 170.
Aldalice Correia da Silva Guedes, 242.
Aldemar Kimura Junior, 113, 232, 247.
Alessandra Alves dos Santos, 95.
Alessandra de Carvalho Laudissi, 92.
Alessandra Ferreira, 219, 297.
Alessandra Levy Antoniazzi, 35, 109, 114.
Alessandra Maria Peloso, 148, 151.
Alessandra Yukari Azuma, 177, 256.
Alex Ricardo Ferreira, 200, 255.
Alexandra Arias Manjarrez, 233.
Alexandra Lucia Mello Vieira Guimarães, 84, 169.
Alexandra Rezende Assad, 49, 203, 204.
Alexandre Almeida Guedes, 164, 229.
Alexandre Brito Cavalcante, 191.
Alexandre de Souza Gurgel, 48.
Alexandre Dubeux Dourado, 289.
Alexandre Gonçalves Pereira de Carvalho, 36, 68, 100.
Alexandre Hortense, 176.
Alexandre Mendes, 189.
Alexandre Pereira Rios, 182.
Alexandre Pinto Ribeiro, 209.
Alexandre Pontes Belarmino, 238, 253.
Alexandre Silva Pinto, 33, 237.
Alexandro de Araújo Altamiranda, 231.
Aline Almeida de Oliveira, 215.
Aline Ribeiro Campos, 49.
Alípio Maciel Lima de Brito, 172, 222.
Alisson Person de Almeida, 207.
Almeida AV, 23.
Álvaro Antônio Guaratini, 251.
Alvaro Luiz Salgado Pinto, 116, 179.
Alyne Andrade Lima, 23, 62, 63, 114, 190, 200, 235, 245, 246, 255.
Alysson Higino Gonçalves da Silva, 176, 241.
Amanda Alves Pinto, 129.
Amanda Vivan Taniguchi, 32, 32.
Américo Salgueiro Autran Filho, 64.
Ana Beatriz Thomasi Pastori Colferai, 281.
Ana Carolina Barros Maia, 37, 66.
Ana Carolina Cardoso Alves, 154.
Ana Carolina Fonseca de Abreu Borba, 221, 293.
Ana Carolina Lopes Pinheiro, 199.
Ana Carolina Teixeira da Silva Fontes, 244.
Ana Clara Gordiano Carneiro, 212, 221.
Ana Cláudia Chiaratti Mega, 169, 173.
Ana Cláudia Inácio Gaioso, 59, 230.
Ana Cláudia Mota Bonisson, 159.
Ana Cláudia Mourato, 129.
Ana Claudia Vaz Tostes Lima, 205.
Ana Cristina Aliman Arashiro, 269.
Ana Cristina Lima Santos, 62, 235, 245, 246.
Ana Cristina Pinho Mendes Pereira, 43, 49, 51, 121, 218.
Ana Elisabeth Leal Varjão, 63, 255.
Ana Emilia Aragão de Moraes, 162.
Ana Emilia Souza de Lorena, 149, 231.
Ana Gabriela Cianni Siqueira Campos, 61, 134.
Ana Karla Arraes Von Sohsten, 13, 223, 249, 274.
Ana Kelly de Carvalho, 20.
Ana Laura Barros Laurêdo, 157, 181, 244.
Ana Laura Colle Kauling, 54.
Ana Lucia Costa Martins, 185.
Ana Luft, 45.
Ana Luisa Zacharias, 40, 149.
Ana Luiza Murta Timponi de Moura, 69.
Ana Maria Calil Sallum, 190.
Ana Maria da Costa Marques, 206.
Ana Maria Menezes Caetano, 231.
Ana Maria Vilela Bastos Ferreira, 75, 163.
Ana Nice Zanutto de Lima, 106.
Ana Paula Cronemberger, 147, 202.
Ana Paula de Andrade Fernandes, 258.
Ana Paula de Souza Vieira Santos, 111.
Ana Paula Garcia Paiva, 55.
Ana Paula Santana Huang, 197, 198.
Ana Paula Soares, 55.
Ana Teresa Teixeira Lobo, 287.
Anderson Benício, 269.
Anderson da Silva Costa, 156.
Anderson de Farias Lima, 192.
Anderson Garcia Lima e Paula, 188.
Anderson Luis Silva Amaral, 16.
Anderson Sampaio Marui, 180.
André Angelo Cintra, 50.
André Cançado Frois, 279.
André Carnevali da Silva, 207.
André Fernandes, 37.
André Fernandes Silva, 39, 53, 188, 254.
André Hideo Ono, 182.
André Luis Franco Silva, 41.
André Luiz dos Santos Barra, 214.
André Luiz Monteiro Lavinias, 51.
André Maia Lambert Gomes, 45.
André Mendes dos Santos, 138, 162.
André Ricardo Accacio Veloso, 117, 292.
André Ricardo Bessa Ferraz, 215, 217.
André Ricardo Caesar dos Passos, 290.
André Soubhia, 243.
André Varela Guimarães, 55, 59, 160, 219.
Andrea Alfaya Acuna, 17.
Andréa Cristina Pereira O.de M.Netto, 35.
Andrea Daniela Rodrigues, 30.
Andrea Fogaca Soubhia, 64, 72, 163.
Andrea Goulart Penteado Kalil Issa, 69, 92.
Andreza Gonzaga Bartilotti, 90, 231.
Andreza Monteiro Rodrigues da Silva, 87, 116, 143, 179.
Andriá Melissa Oliveira Bardier, 55, 59, 230, 238, 277.
Angela Maria Sousa, 190, 194, 196, 263.
Angelica de Fatima de Assunção Braga, 93, 136, 208, 209.
Anita Helena Santana Figueiredo, 301.
Anita Perpétua Carvalho Rocha de Castro, 191, 196, 197.
Anna Gisele Nunes Coutinho, 217.
Anníbal Godas Martins, 94.
Anny Caroline Porto Chagas, 248.
Antenor Vieira de Araújo Junior, 98, 106, 155.
Antônio Carlos Aguiar Brandão, 294.
Antonio Christian Evangelista Gonçalves, 186.
Antonio Edinailson Barroso da Silva, 156.
Antonio Feijo de Feijo, 45.
Antônio Fernando Carneiro, 14, 15, 19, 38, 155, 247.
Antônio Flávio Rodrigues, 281.
Antônio Henrique Magalhães Plinschke, 52.
Antonio Herlandson Freire da Cunha, 35, 181, 248, 301.
Antônio Jorge Barreto Pereira, 115, 234.
Antônio Luiz de Oliveira Caus, 152.
Antonio Marcos Pena de Souza, 240.
Antônio Maurício Costa Filho, 250.
Antônio Mauro Vieira, 294.
Antônio Roberto Carraretto, 122, 215, 224, 264, 265, 266, 284, 296.
Antonio Tiago Mota Pinheiro, 268.
Aparecida Helena Horta Perdigão, 126, 131.
Ari Tadeu Lirio dos Santos, 31.
Ariele Patricia da Silva, 209.
Aristeu Correia Costa Filho, 80, 108, 151.
Armando Moreira Mendes Filho, 192.
Armando Pereira de Almeida, 65.
Armando Vieira de Almeida, 22, 56, 57, 81, 193, 216, 276, 284, 292.
Armin Guttman, 64, 91, 107, 128, 267.
Arnaldo Tavares da Silva Júnior, 62.
Arthur de Campos Vieira Abib, 67.
Arthur Ruzzon Cardoso, 60, 171, 285.
Artur Palhares Neto, 48, 88.
Artur Udelsmann, 194, 205.
Artur Viana França, 183, 196.
Augusto Caixeta d'Alcantara, 167.
Ayrton Bentes Teixeira, 61.

B

- Barbara Coelho de Almeida Akutsu Lopes, 134.
Bárbara Luiza Oliveira Vidal, 116.
Bárbara Maria de Macêdo Samaan, 66, 167, 183, 256.
Bárbara Wildeisen de Oliveira, 58.
Barros JMP, 23.
Basilio Yoshio Okuda, 66, 167, 183.
Beatriz Ferreira Alves, 267.
Beatriz Gonçalves Miron, 290, 293.
Beatriz Sophia de Queiroz Robert Fonseca, 119.
Bernard Marcel Barban, 39.
Bernardo Alvarez Rivello, 109, 244.
Bernardo Drumond Matias, 89, 94, 115, 173, 225.
Bernardo Roveda Noronha, 15, 211.
Bianca Angélica Bianchini, 193, 284.
Bianca Souza Leal, 248.
Bráulio Antônio M.de Faria Mota Oliveira, 100, 131.
Breno Altero Longo, 203, 222, 226.
Breno Jardim Grossi, 60, 95, 252.
Bruna Mangaravite Moraes Encinas, 133.
Bruna Matedi Barreira Moyses, 224, 296.
Bruna Rietra Rio, 82.
Bruno Alexandre de Oliveira, 296.
Bruno Alves Rodrigues, 41, 247.
Bruno Araujo Silva, 130.
Bruno Barros Nascimento, 219, 240.

Bruno Campos Fontanella, 40, 149.
Bruno Carvalho Cunha de Leão, 101, 281.
Bruno Cesar Tourinho, 158.
Bruno Coutinho de Melo, 94.
Bruno Damini Fontella, 140, 153.
Bruno de Castro Fernandes Epitacio, 60, 95, 282.
Bruno Falconi Fontoura, 275.
Bruno Farah Alvarenga, 101, 274.
Bruno Ferraz de Campos Barone, 190, 263.
Bruno Francisco de Freitas Tonelotto, 25, 202, 258, 270.
Bruno Garcia Dias, 126, 213.
Bruno Gardélio Pedreira de Cerqueira, 242, 296.
Bruno Gave Rodrigues, 165.
Bruno Gusmão de Oliveira, 115.
Bruno Maciel Paiva, 191.
Bruno Mendes Carmona, 55, 59, 97, 152, 160, 219, 230, 238, 240, 250, 262, 277, 290.
Bruno Pacheco Ibraim, 141, 271, 280, 286.
Bruno Pimentel de Oliveira Carvalho, 225.
Bruno Pinheiro Fontes, 29.
Bruno Prandini, 199.
Bruno Santos Afonso de Melo, 231, 289.
Bruno Serra Guida, 33, 45, 177.
Bruno Tavares Apgaua, 27, 63.

C

Caio Marcio Barros de Oliveira, 183.
Caio Régis de Oliveira M.Pimenta, 253.
Calina Ligia de Sousa Lima, 141.
Camila da Silva Marques, 156.
Camila Fachine Ribeiro, 139.
Camila Ferreira Rodrigues, 157.
Camila Lucena Carneiro de Albuquerque, 300.
Camila Oliveira Falcão, 148.
Camila Paula Oliveira Ribeiro, 212, 221.
Camila Vilela de Oliveira, 155, 247.
Camilla Louise Vaz Mendes, 89, 138.
Camilla Oliveira Lima, 23, 114, 200.
Camilo Ernesto Viana Fritz, 35.
Candido Amaral Sanchez, 89.
Candissa Silva da Silva, 261.
Carla Josefine Barbosa de Lima Ribeiro, 136.
Carla Leal Nogueira, 140, 234.
Carla Oliveira Chicarino de Carvalho, 48.
Carla Ramos Andrade, 87, 90, 231.
Carla Santos Nogueira, 77.
Carlos Adolfo B.Pinto Calçada, 226, 242, 291.
Carlos Alberto Figueiredo Côrtes, 275.
Carlos Alberto Malheiros, 134.
Carlos Alfredo Fonseca Júnior, 159.
Carlos Antônio Barbosa de Carvalho, 56, 57, 65.
Carlos Darcy Alves Bersot, 135, 157, 166, 168, 181, 241, 244, 250.
Carlos Eduardo David de Almeida, 122, 224, 264, 265, 266, 284, 296, 298.
Carlos Eduardo Esqueapatti Sandrin, 127.
Carlos Eduardo Ferraresi de Andrade, 251, 276.
Carlos Eduardo Menegusse Andrade, 70.
Carlos Eduardo Solcia, 79.
Carlos Furtado Macedo, 132.
Carlos Kleber Oliveira de Santana, 71, 77, 117, 283.
Carlos Othon Bastos, 89, 94, 275.
Carlos Quintana Merino, 129.
Carlos R Degrandi Oliveira, 159, 160.
Carlos Umberto Pereira, 62, 63, 114, 190, 200, 235, 245, 246, 255.
Carlus Francisco Matos Pereira, 138.
Carmem Maria Carício Maciel, 129, 192.
Carolina Lima Coelho Teixeira, 33, 237.
Carolina Passos Diniz, 275, 279, 281.
Carolina Quintana de Quadros Brenner, 13, 16, 18, 21, 22, 123.

Carolina Turchi Ribeiro, 44, 93.
Caroline Cesar Machado, 61, 82.
Caroline Rodrigues de Abreu Vieira, 173, 220, 283.
Carvalho CAB, 23.
Cassiano Franco Bernardes, 152, 158, 161, 213, 225.
Cássio Santos Dias da Silva, 82, 149.
Catharina Silva Borges, 197, 212.
Cátia Sousa Govêia, 96, 97, 112, 174, 180, 182, 230, 255, 256.
Cecília Kleinubing Abal, 72, 79, 162, 243.
Celso Ricardo Soubhia, 64, 79, 162.
Celso Schmalfluss Nogueira, 70, 138, 162.
Celso Tutytia, 54.
César Aurélio Serra, 148, 257.
César de Araújo Miranda, 81, 189.
Chardesson Fernandes do Carmo, 174, 228.
Christiane Rodrigues da Silva, 172.
Christiano Matsui, 132, 134.
Christine Lannes Schoeler, 290, 293.
Cibeli da Silva Ricardo, 52.
Cibelle Magalhães Pedrosa Rocha, 229.
Cibelle Nunes de Arruda, 61.
Cícero Ivan de Amorim Rodrigues, 229.
Cira Queiroz da Cunha, 54, 259.
Clariana Guedes Wagner, 72, 79, 163.
Clarice de Meneses Costa Moura, 256.
Clarissa da Silva Ribeiro, 168.
Clarissa dos Santos Correia, 165.
Clarissa Santana Cruz, 174, 228.
Clauber Claudino Alves Almeida, 97, 250.
Claudia Biasi de Britto Pereira, 109, 181.
Claudia Carneiro de Araújo Palmeira, 210.
Claudia Fernanda Silva Guimarães, 143.
Claudia Ferreira da Rosa Sobreira, 107.
Cláudia Helena Ribeiro da Silva, 65, 94, 115, 122, 140, 153, 173, 251, 297.
Claudia Leal Ferreira Horiguchi, 48, 88.
Cláudia Lopes Ribeiro, 175.
Claudia Maria Nogueira Corrêa, 84.
Claudia Marquez Simões, 17, 18, 25, 54, 199, 202, 258, 270.
Cláudia Panossian Cohen, 18, 25, 187, 199, 202, 270.
Cláudia Regina Fernandes, 28, 54, 259.
Claudia Ribeiro Dias Porto da Luz, 257.
Cláudia Welton Sarno, 177.
Cláudio de Almeida Caraciolo e Silva, 13.
Cláudio Kakuda, 67.
Cláudio Mueller Kakuda, 208.
Claudio Roberto Gomes, 20, 192, 268.
Cleiton de Jesus Silva Teixeira, 73.
Clerisson Loures de Paiva, 63.
Cleyverton Garcia Lima, 182.
Clístenes Cristian de Carvalho, 68.
Clovis Tadeu Bevilacqua Filho, 210.
Clóvis Tadeu Bueno da Costa, 79.
Cremilda Pinheiro Dias, 172.
Cristiana Nogueira Brogiatto, 271.
Cristiane Gurgel Lopes Faria, 130, 238, 253, 260, 266, 268.
Cristiano Hahn Englert, 20, 268.
Cristiano Hiroshi Vieira Horiguchi, 48, 88, 189, 198, 201.
Cristina Aparecida Arrivabene Caruy, 30.
Cristina Prata Amendola, 25.
Cristine Bitencourt Fernandes, 280.

D

Daihane Carvalho Teixeira, 221, 252.
Daisson José Trevisol, 259.
Daniel Abrahão Bernardo, 49.
Daniel Barreto Andrade, 100, 131, 241.
Daniel Bauer, 226, 236, 242.
Daniel Câmara de Rezende, 68.
Daniel Capucci Fabri, 124, 300.
Daniel Carlos Cagnolati, 139, 227.

Daniel Cunha da Trindade, 299.
Daniel de Andrade Araújo, 275.
Daniel de Carli, 81, 112, 189, 246.
Daniel Dongju Kim, 113, 134, 232, 247.
Daniel Gabriele Campelo de Melo, 288.
Daniel Gondim Cordeiro, 98.
Daniel Henrique Nunes, 133.
Daniel Maria Diniz Júnior, 166.
Daniel Marques Ielpo, 224.
Daniel Mattos Ranhe, 220.
Daniel Palumbo de Oliveira, 281.
Daniel Regis D'Albuquerque, 57, 95, 115.
Daniel Silva Barbosa, 115.
Daniel Tanaka Rodrigues Silva, 113.
Daniel Vieira de Queiroz, 33, 45, 62, 77, 83, 90, 91, 120, 177, 267.
Daniel Werneck Rocha Pessoa, 65, 251.
Daniela Leonetti Borba, 185.
Daniele Oliveira Barros, 272.
Daniele Oliveira Minelli, 129, 257, 257.
Daniele Regozino Muniz, 36, 84, 123.
Daniele Tondolo Martins, 79, 162, 243.
Daniella Semino Tavares, 279.
Danielle Alves Coelho, 166.
Danielle Cristina de Oliveira Soares, 130.
Danielle da Silva Issa, 103.
Danielle Maia Holanda Dumaresq, 73, 130.
Danielle Mendes de Queiroz Macedo, 28, 78.
Danile Tondolo Martins, 64.
Danilo Machado Lima, 234.
Danúbia Campos Frizzone, 159.
Dário Humberto de Paiva, 41.
Dário Yamashiro, 125, 164.
Davi Zaniboni, 93.
David Ferez, 219, 291, 297.
David Gomes de Alencar Gondim, 302.
David Matos Barreto, 96, 97.
David Reiji Tiba Sato, 98, 99.
David Silveira Marinho, 28.
Débora Cristina Guerra Amaral Fóscolo, 76, 168, 170.
Débora de Oliveira Cumino, 111, 113, 132, 134.
Débora Maia da Costa, 28, 259.
Débora Murad Ferreira, 82.
Déborah Paula Gomes, 33, 237.
Delcimar Mariotto, 285.
Dener Augusto Diniz, 131, 228.
Denice Bernardes Campoli, 39, 124, 239.
Denise Cyrillo da Silva, 42.
Denise Fróes Brandão, 262.
Denise Soares Valente, 182.
Derli Conceição Munhoz Servian, 30, 165.
Desire Carlos Callegari, 137, 299.
Diana Miriam Fernandes, 263.
Diego Abel Leite Sousa, 83.
Diego de Oliveira Silveira, 147.
Diego Fernando Mesquita Diemmer, 45.
Diego Ferreira Afonso Pereira, 38, 40, 119.
Diego Grimaldi Figueirôa, 242.
Diego Marcelo May, 251, 276.
Diego Munhoz Barrios, 135, 137.
Diego Neves Sacramento, 196.
Diego Raphael Silva de Oliveira, 171.
Diego Santana Silva, 183.
Diego Sousa Lucas Sampaio, 248.
Diogo Bahia, 57.
Diogo Barros Florenzano de Sousa, 187, 258, 270.
Diogo de Sousa Lopes, 30, 65, 225, 297.
Diogo do Nascimento Torres, 217.
Diogo Pinto da Costa Viana, 49, 105.
Dirce de Abreu, 254, 289, 295.
Domingos Dias Cicarelli, 27, 92.
Dora Liliana Pieruccini Garcia, 135.

Douglas M. P. Teixeira, 102.
Douglas Pellizzaro, 60, 252.
Douglas Vendramin, 32, 32.
Douglas Vicente Pinto Levier, 149.

E

Ederval Leite Pereira Filho, 182.
Edgar Yague, 50, 69, 92, 124, 239.
Édina Rodrigues Teruya, 22, 56, 57, 65, 81, 193, 216, 276, 284, 292.
Edisio Pereira, 230.
Edmundo Pereira de Souza Neto, 265, 271.
Ednalda Gouveia de Araújo Ferreira, 119.
Edno Magalhães, 96, 97, 112, 174, 180, 182, 230, 255, 256.
Edson Luiz de Moraes, 136.
Edson Vander Xavier da Rocha, 174.
Eduardo Azevedo de Castro, 65, 115, 173, 225.
Eduardo Batista de Souza, 52.
Eduardo Bianchini, 259.
Eduardo Brigatto Sperling, 232, 247.
Eduardo D'Andrea Vargas, 53, 233.
Eduardo de Vasconcelos Viana Junior, 192.
Eduardo Fernandes Orioli Guimarães, 135.
Eduardo Ferreira da Silva Biscarde, 234.
Eduardo Garcia Sartori, 288.
Eduardo Giarola Almeida, 74.
Eduardo Gomes de Azevedo, 187.
Eduardo Gutemberg M. Milhomens, 46.
Eduardo Kohls Toralles, 13, 18, 21, 22.
Eduardo Lopes Machado, 261.
Eduardo Luiz de Araujo Borges, 24, 113.
Eduardo Mansur Etcheverry, 119, 121, 248.
Eduardo Martins Zortéa, 79, 139, 227.
Eduardo Ren Nakashima, 188.
Eduardo Tadeu Moraes Santos, 110.
Eduardo Toshiyuki Moro, 15, 103, 211.
Edvaldo Casoti Júnior, 215, 217, 284, 298.
Elaine Aparecida Felix, 13, 16, 18, 21, 22, 123, 145, 150.
Elialba de Farias Cascudo, 146.
Eliana Antunez Westrupp, 260.
Eliana Cristina Murari Sudré, 152, 158, 161, 225.
Eliana Marisa Ganem, 87.
Eliane Cristina de Souza Soares, 39, 53, 69, 74, 254.
Elias Roberto Cordeiro dos Reis, 46, 154.
Elias Santana Santos Queiroz, 249.
Eliomar Santana Trindade, 156, 249, 301.
Elisabeth Dreyer, 194.
Elizabeth Fernandes Vaz da Silva, 38, 117, 119, 147, 178, 244.
Elizabeth Milla Tambara, 32.
Elke Frerichs, 92.
Elmo Paula Campos Júnior, 228.
Eloá Mascarenhas Soffritti, 83, 90.
Elton Constantino, 261.
Elton Pereira de Sá Barreto Junior, 144.
Elton Shinji Onari, 116, 176.
Emanuela Lombardi, 17, 199.
Emanuella Maria da Silva Vicente, 44.
Emerson Alexandre Penteadó de Carvalho, 186.
Emílio Carlos Del Massa, 73, 125, 164, 180, 182, 278.
Emílio Pinto de Andrade, 37, 66.
Emilton Arena Silva Júnior, 243.
Emmanuel Victor Magalhães Nogueira, 68.
Eneida Maria Vieira, 109, 114.
Enery Gutery Justino dos Santos, 150.
Enis Donizetti Silva, 17, 18.
Enzo Fucci Reali, 124.
Érica Carla Lage de Oliveira, 275, 279, 281.
Erick Freitas Curi, 152, 158, 161, 213, 225.
Erick Martins Faria de Abreu, 155.
Estefania Campos Rafael, 50.
Estefânia Furtado Rocha, 39, 53, 188.

Estevão Luiz Carvalho Braga, 91.
Eulívia de Oliveira Maia, 37, 66, 87, 143.
Ewerton Aryel Sales Sobreira, 112, 256.

F

Fabiana Aparecida Penachi Bosco Ferreira, 36, 84, 123.
Fabiana Coutinho Polinelli, 218.
Fabiana dos Santos Ferreira Pacheco, 286.
Fabiana Fontes Vieira, 278.
Fabiane Cardia Salman, 14, 14, 15, 19.
Fabiano Soares Carneiro, 76, 272, 274.
Fábio Amaral Ribas, 20, 268.
Fábio Caetano Oliveira Leme, 15, 211.
Fabio da Silva Ferreira, 134.
Fabio dos Santos Cosso Martins, 279.
Fabio Ely Martins Bensenor, 92.
Fábio Lúcio Araújo Silva, 237.
Fabio Maciel Rosa Pereira, 241.
Fábio Mendes Azarias, 81, 112, 189, 246.
Fábio Nahuys Thormann, 79, 139.
Fábio Perches, 142.
Fabio Poças Zambelli, 239.
Fábio Pontes de Oliveira, 260.
Fábio Scalet Soeiro, 75.
Fabiola Cristianne e Silva, 80.
Fabiola Prior Caltabeloti, 26, 87.
Fabricio Azevedo Cardoso, 175, 227.
Fabricio Dias Antunes, 69, 155, 179.
Fabrício Eduardo de Souza Vieira, 159.
Fabrício Gil Teixeira das Neves, 249.
Fabricio Modesto dos Reis, 300.
Fabrício Rodrigues de Souza, 117.
Fabrício Tobias Duarte Carneiro, 184.
Felipe Bello Torres, 85.
Felipe Bufaiçal Rassi Carneiro, 155, 247.
Felipe de Castro Freitas, 120.
Felipe de Souza Fernandes Leão, 224, 272.
Felipe Eduardo Soligo, 297.
Felipe Ladeia Garcia, 63.
Felipe Leal Darze, 286.
Felipe Lira Tavares, 13, 274.
Felipe Millen Azevedo, 74, 272.
Felipe Oliveira Ferreira de Lima, 108.
Felipe Pinn, 18.
Felipe Pinto Monezzi, 162, 163, 243.
Felipe Polgati Diehl, 18, 21, 123.
Felipe Porto Rangel, 38, 99, 147.
Felipe Simões C. Francis Chehuan, 166, 250.
Felipe Siqueira Ramos, 261.
Felipe Souza Thyroso de Lara, 70, 162.
Felipe Wanderley Coelho, 33, 62, 91, 120, 267.
Fellipe Cardoso Neves, 255.
Fernanda Agnotti Cucolo, 177.
Fernanda Avezum Paes, 197.
Fernanda Bagatini da Cunha, 29.
Fernanda Carnielli Uliana, 122, 264, 265, 266.
Fernanda Cristina Paes Cunha, 135.
Fernanda Daniele de Souza, 154.
Fernanda Ferreira Teles, 71, 195, 195, 200.
Fernanda Lobo Lago Flores, 231, 249.
Fernanda Marques Ferraz de Sá, 199.
Fernanda Marques Lamounier Fernandes, 46, 76, 172.
Fernanda Montesi Pereira, 55.
Fernanda Oliveira de Castro, 130.
Fernanda Sant Anna Bronca, 286.
Fernando Akira Koga, 220, 264.
Fernando Araujo, 170.
Fernando Araújo Silva Lopes, 189.
Fernando Augusto Mendes Nogueira, 24, 25, 26, 58.
Fernando Bliacheriene, 87.
Fernando Cesar de Oliveira, 77.

Fernando Heládio de Oliveira M. Pimenta, 259.
Fernando Henrique Nagata, 186.
Fernando Koji Sakuno, 190, 263.
Fernando Lima Coutinho, 55, 132.
Fernando Martinez Sanchez, 94.
Fernando Martins Piratelo, 106, 142.
Fernando Nogueira Andrade, 148, 151.
Fernando Rudem Brasil, 144, 245, 261.
Fernando Tartas, 106.
Filipe Cantão de Souza Martins, 33, 91.
Filipe Gonçalves Pereira, 43, 85.
Filipe Maia Araújo, 68, 100, 253.
Filipe Nadir Caparica Santos, 136, 208, 209.
Filipe Novais Matos, 57.
Flávia Almeida SantAlmeida, 236.
Flávia Cassiano Fraga, 83.
Flávia Nancy Helene Cazarotto, 174.
Flávia Pelosi da Cruz Gouveia, 177.
Flávia Quintão Silva Belém, 154, 163.
Flávia Regina Coutinho Soares, 237.
Flávia Salles de Souza, 132.
Flávia Vieira Guimarães Hartmann, 95, 252, 282.
Flávio Amim Abrahão, 70.
Flávio Annicchino, 195.
Flávio Bonfim, 25.
Flávio de Melo Júnior, 134.
Flávio Elias Callil, 84, 169, 173, 175, 220, 227, 271, 283, 286.
Flávio Fernandes, 53, 233.
Flora Margarida Barra Bisinoto, 50, 100, 102, 104, 142, 169, 209, 235, 273, 300.
Florentino Fernandes Mendes, 153, 245.
Francisco Amadeu Pereira Júnior, 187.
Francisco Amaral Egydio de Carvalho, 86.
Francisco Diego Silva de Paiva, 214.
Francisco Ivo Lopes Filho, 184, 234.
Francisco Naeff Oliveira Alves Souza, 54.
Francisco Ricardo Marques Lobo, 28, 29, 78.
Francisco Tadeu Mota Albuquerque, 27.
Francisco Tarcisio Madeiro de M. Carneiro, 130.
Franco Silva Vieira, 65.
Francielle Yaguishita, 32, 32.
Franklin Sarmento da Silva Braga, 93, 136, 208, 209.
Franklin Silva de Novais, 197.
Franz Schubert Cavalcanti, 89.
Frederico Bastos de Araújo, 47, 86, 118, 293.
Frederico Kneipp Soares Leite, 222.

G

Gabriel Azevedo Terra Cunha, 244.
Gabriel Bello Pinto, 63, 114.
Gabriel da Silva Cazarim, 40, 270, 292.
Gabriel Gjordup Barcellos, 170.
Gabriel Gomes da Costa, 289.
Gabriel Grudner Buratto, 99.
Gabriel Henrique Passarelo Pereira, 44, 93.
Gabriel José Redondano de Oliveira, 71, 195, 195, 200.
Gabriel Magalhães Nunes Guimarães, 190, 263.
Gabriel Pinheiro Módolo, 208.
Gabriel Silva Cazarim, 178.
Gabriel Spat Carlesso, 144, 153, 245, 261.
Gabriela Bispo Pimenta, 213.
Gabriela Ferreira Duarte, 53, 188, 254.
Gabriela Nerone, 216.
Gabriela Pretto Rostand Prates, 64, 162, 163.
Gabriela Raposo Tavares, 201.
Gastão Fernandes Duval Neto, 260.
Gellisyane Fernandes Ferreira, 167.
George Miguel Góes Freire, 276.
Georgia Barroso Marques, 73.
Geovar Bezerra Peixoto Júnior, 238.
Geraldo Borges de Moraes Filho, 102, 103.

Geraldo Rolim Rodrigues Júnior, 52.
Gerardo Cristino de Menezes Neto, 187.
Germana Lane Pacheco Pereira, 46, 101.
Germano Paulo Venceslau de Lima, 24, 26.
Germano Pinheiro Medeiros, 130, 214, 268, 287.
Gerônimo Franco de Almeida, 185.
Getúlio Rodrigues de Oliveira Filho, 14, 15.
Gil Fernando Ribeiro Grillo Filho, 127.
Gilberto Bráulio, 16.
Gilberto Garba Gomes, 299.
Gilmara Rodrigues de Souza, 16.
Gildo d'Alcantara Sousa Júnior, 167, 173.
Gilvan da Silva Figueiredo, 186.
Giovana Bronzatti, 192.
Giovani de Figueiredo Locks, 280.
Giovanna M. Gonçalves, 211.
Giovanna Regina Puttini Cassavia, 219, 291, 297.
Giovanna Silva Vicente, 225.
Gisela Magnus, 188.
Gisele Alborghetti Nai, 206.
Giselle Acácia de Cristo Canto, 55, 277.
Giselle Carvalho de Sousa, 301.
Giuliano Parreira de Oliveira, 172, 222, 295.
Giuliano Pasquale, 127.
Gláucio Grégori Nunes Bomfá, 61, 82.
Glayson Carlos Miranda Verner, 146.
Glória Maria Braga Potério, 208, 209.
Graziele Ribeiro Garcia, 186.
Graziele Sales Diniz, 198, 201.
Gualter Lisboa Ramalho, 56, 58, 103, 108, 185.
Guilherme Abreu de B.Comte de Alencar, 148, 201.
Guilherme Antônio de Lima e Silva, 126.
Guilherme Antônio Moreira de Barros, 211.
Guilherme Braga Câmara, 154.
Guilherme de Moraes Ancora Braga Netto, 278.
Guilherme Frederico Ferreira dos Reis, 136.
Guilherme Frederico Lopes da Silva, 175, 227.
Guilherme Furtado Lima, 67.
Guilherme Henrique Quaresma, 188.
Guilherme Lopes de Lima, 292.
Guilherme Luiz de Melo Bernardi, 34.
Guilherme Muriano Brunharo, 19.
Guilherme Oliveira Campos, 95, 115, 234.
Guilherme Silveira Lopes, 33, 237.
Guilherme Vasquez Feteira do Vale, 77.
Guinther Giroldo Badessa, 290, 293.
Gustavo Cossich de Holanda Sales, 62, 77.
Gustavo Cozer, 110.
Gustavo Farinha Pinto Saraiva, 15, 211.
Gustavo Felloni Tshua, 79.
Gustavo Ferreira Machado, 84.
Gustavo Henrique Silva de Oliveira, 172.
Gustavo Marcinko, 40, 149.
Gustavo Márcio Silvino Assunção, 241, 253.
Gustavo Nascimento Silva, 229.
Gustavo Nogueira Barreto, 96.
Gustavo Oliveira Barros, 272.
Gustavo Rodrigues Bonheur, 282.
Gustavo Rodrigues Costa Lages, 48, 88, 163, 172, 189, 198, 201.
Gustavo Sibila Marcondes, 188.
Gustavo Siqueira Elmiro, 168, 224, 295.
Gustavo Tiburtino de Queiroz Sales, 28, 78.
Guy José Alves de Gouvêa Junior, 36, 131, 232, 253.

H

Handy Marcela da Silva Santos, 97, 152, 240, 262.
Haroldo B. Barreto, 218.
Haward Hideo Uoieno Iosto, 223.
Hazem Adel Ashmawi, 190, 194, 196, 210, 263.
Heber de Moraes Penna, 41, 98, 106.

Heitor Azevedo Rodrigues, 230.
Helene Rodovalho Braga Sousa, 47.
Helder Barreto Silva Junior, 197.
Helena de Mattos Saboia, 91, 267.
Helena Rodrigues de Barros, 144, 153, 245.
Heleno de Paiva Oliveira, 24.
Helga Cristina Almeida da Silva, 107, 110, 116, 176, 258.
Heloisa Marques Zaghetto, 143.
Henrique de Paiva Torres, 275.
Henrique Viana Lyra, 151.
Herberth Duarte Cavalcante, 73.
Hermann dos Santos Fernandes, 24, 26.
Hermes Melo Teixeira Batista, 128, 139, 145, 269, 302.
Hermes Reis Silva, 214.
Holmes Napolini Filho, 274.
Hugo Camara Tinoco de Siqueira, 40, 117, 244, 270, 278, 292.
Hugo Eckener Dantas de Pereira Cardoso, 283.
Hugo Hidaka Boulhosa, 55.
Hugo Menin Franco da Fonseca, 68.
Hugo Ribeiro, 185.
Humberto Arcoverde Viana Coelho, 71, 195, 195.
Hyder Mattos Gurgel, 17, 258, 270.

I

Iana de Almeida Siqueira, 191, 253.
Igor Barreto de Moura, 60, 252.
Igor Neves Afonso Castro, 138.
Igor Oliveira Viana, 163, 274.
Igor Pelinca Calado, 287.
Igor Prado Oliveira, 20, 133, 175, 217.
Iluska Andrade Agra, 175.
Ingrid Emanuelle Ribeiro Serafim Mendes, 88.
Ingrid Mariz Araguez, 37, 42.
Irene Lopes Mello, 28, 259.
Irimar de Paula Posso, 207, 261.
Isabela Soares Costa, 200, 255.
Isabella Trausula Gomes, 65.
Isac de Castro, 176.
Isadora Fregonese Antunes, 93.
Ismael Borges Moraes, 141, 271, 280.
Ismar Lima Cavalcanti, 107, 125, 128, 147, 206, 244.
Itajiba Sabbag Fonseca, 113.
Italo Aguiar Freire, 187.
Italo Araújo de Arruda, 31, 126.
Iuri Resedá Magalhães, 212, 221.
Ivan A Faria, 160.
Ivan Dias Fernandes Pereira, 281, 286.
Ivan Mochel Dias, 166.
Ivandete Coelho Pereira, 87, 116, 143, 179, 228.
Ivani Correia Mesquita, 233.
Ivens Garcia Pedrosa, 159.
Ivia Carolina Resedá Magalhães, 212, 221.
Izabela Magalhães Campos, 36.

J

Jaci Custódio Jorge, 88, 155, 179.
Jacqueline Ivonne Arenas Lovera, 118.
Jacqueline Pinto Ventorin Bastos, 275.
Jáder Allan OLiveira Lagares, 112, 256.
Jailton Luiz Cordeiro Júnior, 223.
Jair de Castro Junior, 44, 93, 256.
Jamile Barbosa Pereira, 222, 226.
Janaina Escrove Paião, 137.
Janaina Japiassu Alves Guedes Pereira, 108.
Jane Auxiliadora Amorim, 13, 129, 192, 223, 249, 263, 274.
Janine Quedi Lehnen, 293.
Janini Siqueira Muniz, 202.
Janny Karin de Almeida Bringsken, 47, 86.
Jaqueline Costa Reis, 107.

Jarbas Machado Almeida, 35, 300.
Jarila Regina Mendes de Assunção, 238.
Jayme Bueno de Castilho, 281.
Jayme Marques dos Santos Neto, 82, 289.
Jeane Pereira da Silva Juver, 178.
Jedson dos Santos Nascimento, 74, 83, 95, 144, 183, 191, 196, 197, 212, 237.
Jemenes Lima, 61.
Jerusa Guilermonmi Castilho, 261.
Jessica Lorena Prado Marques, 127.
Jéssica Silva Miranda, 266.
Jesus Pinto Pacheco, 174.
Joana de Almeida Figueiredo, 147, 270.
Joana Zulian Fiorentin, 142.
João Alexandre Dias e Santos, 26.
Joao Bosco Amaral, 67.
João Felipe Schadeck Locatelli, 216.
João Gilberto Maranhão, 256.
João Henrique Silva, 14, 14, 15, 19.
João Hermínio Pessoa dos Santos, 240, 250, 262.
João José Borges de Barros dos Santos, 16, 20, 133, 175, 242.
João Manoel da Silva Junior, 24, 25, 26, 27, 58.
João Marcelo Wardini Dantas do Amaral, 18, 202, 258, 270.
João Marcos Duque Buono, 290.
João Maximiano Pierin Barros, 22, 56, 57, 81, 193, 216, 276, 284, 292.
João Nathanael Lima Torres, 194, 196, 210.
João Paulo Rios Alves, 187.
João Paulo Simões Domeni, 71, 195, 200.
João Paulo Vasconcelos de Matos, 60, 252.
João Valverde Filho, 187, 199.
João Victor Lopes Damasceno, 266.
Joaquim Belchior Silva, 39, 53, 254.
Joaquim Edson Vieira, 98, 203, 222, 226.
Joel Avancini Rocha Filho, 28.
Joice Filla, 32.
Jônata Freitas Virginio, 147, 202.
Jonathan Chagas Feitosa, 63.
Jonathan Grub, 72, 79, 162.
Jordana Alverne de Aguiar, 95, 282.
Jorge Barrios Alarcon, 137, 299.
Jorge Hamilton Soares Garcia, 19, 210, 216.
Jorge Kiyoshi Mitsunaga Junior, 107.
Jorge Valter Meneses Maia, 116.
José Abel de Almeida Neto, 119, 121, 248.
José Admirço Lima Filho, 71, 72, 77, 117, 283.
José Alfredo Alves Ferreira Júnior, 68.
José Anísio Santos Júnior, 62, 235, 245, 246.
José Antônio de Oliveira Silva Junior, 155.
José Apolinário Silva Neves Júnior, 258.
José Aristeu Fachini Frias, 93.
José Breno Ribeiro Nóbrega, 130.
José Carlos Braga Nitzsche, 176.
José Carlos Rodrigues Nascimento, 260.
José Cosme dos Santos Camargo, 117, 161, 178.
José Costa, 148, 201, 257, 257.
José Eduardo Bagnara Orosz, 50, 92, 205, 239.
José Eduardo de Oliveira Lobo, 257.
José Erickson Torres Lopes Filho, 13, 274.
José Fernando Amaral Meletti, 81, 112, 189, 246.
José Francisco Cursino de Moura Jr., 265, 271.
José Henrique de Magalhães Lopes, 76, 272.
José Henrique Leal Araújo, 80, 108, 147, 148, 151, 202.
José Luiz de Campos, 195, 195, 200.
José Luiz Gomes do Amaral, 107, 110, 116, 124, 176.
José Maria Leal Gomes, 120.
José Mariano de Melo Cavaleiro de Macêdo, 152, 238.
José Mariano Soares de Moraes, 14, 19, 164, 229.
José Maurício Pereira Asséf, 166, 178, 289.
José Osmar Bezerra de Sousa Filho, 44, 177.
José Osvaldo Barbosa Neto, 194, 196.
José Otávio Costa Auler Júnior, 28, 90.

José Pedro Calistro Neto, 67, 211.
Jose Pereira de Oliveira Junior, 156.
José Reinaldo Cerqueira Braz, 205, 220, 236, 264.
José Ricardo Pinotti Pedro, 132.
José Roberto Mellara, 23.
José Rubens Pellaio Fernandes Junior, 69.
José Siqueira Prado, 126, 127, 213.
José Tadeu dos Santos Palmieri, 60.
Josenília Maria Alves Gomes, 54.
Joyce Lopes Cardoso, 70, 138, 162.
Joyce Mendes Soares, 193.
Judymara Lauzi Gozzani, 17, 199.
Julia Cid Crespo Guimarães, 227, 283.
Julia Maria Ferreira de Oliveira, 120, 140, 143.
Julia Moraes Barbieri, 103.
Julia Vidor Alves Santos, 278.
Juliana Cardoso de Araújo, 275.
Juliana de Fatima Schmitt, 31.
Juliana de Melo Matos Lins, 28, 78.
Juliana Helena Romano, 277.
Juliana Lais Carneiro, 91, 265, 271.
Juliana Nobre Kabke, 260.
Juliana Pires de Souza, 135, 166.
Juliana Ribeiro Rodrigues Carneiro, 72.
Juliana Santos Vieira da Fonseca, 139, 227.
Juliana Soares de Oliveira, 120, 140, 143.
Juliana Vasconcelos Martins, 56.
Julianne Borges Marinho, 24, 26.
Juliano Farias Cordeiro, 263.
Juliano Teles de Vasconcelos, 150.
Júlio Araújo da Silva Júnior, 52.
Júlio César Luz Santos, 184.
Julio Cezar Dors Coracini, 64, 72, 79, 243.
Julio Cezar Mendes Brandão, 158, 170, 171, 218, 262.
Júlio Cezar Oliveira Cardoso Lima, 288.
Julius Cesar Bonifacio Baranauskas, 199.
Julyana de Souza Barbosa Cordeiro, 149.
Júnio Rios Melo, 76, 170, 214, 224.
Juscimar Carneiro Nunes, 41, 105, 179.
Juvenal da Rocha Torres Neto, 23.

K

Kalebe Alexandre Capuci, 50, 100, 102, 142, 169, 235, 273.
Karen Raquel Barban, 50, 69, 124, 239.
Karen Santos Braghirioli, 208, 220, 236.
Kariny Sheyla Rodrigues Maranhão, 70.
Karla Vanessa de Oliveira Ribeiro, 190.
Karolinne Souto de Figueiredo, 44, 66, 167, 177, 183.
Keila Raissa Fernandes Filgueira, 203, 222, 226.
Kelly Medeiros Perdigão, 215.
Kérsia Gomes Ribeiro, 214.
Kylhare Feitosa Nogueira, 175, 217.

L

Lais Helena Navarro e Lima, 52.
Laissy Tassiany Cabral Bezerra, 144.
Lara de Moraes, 157.
Lara Ferro Barros Pinto, 113.
Larissa Goveia Moreira, 96, 97.
Larissa Medeiros Veras, 16.
Larissa Sara Cardoso Pinheiro, 152, 238, 262.
Larissa Schneider, 145, 150.
Larissa Schultz, 13, 185, 288.
Laura Alencar Cavalcante Nascimento Lima, 26.
Laura Bisinotto Martins, 100, 102, 142, 169, 209, 235.
Laura D'Angelo Ferreira de Melo, 36, 241, 253.
Laura Prates Vitória, 22, 145, 150.
Lauro Herculano Rocha Soares Filho, 134.
Lauro João Provin de Miranda, 149.
Lawrence Andrade Rodrigues Gomes, 43.

Léa Menezes Couceiro, 193.
Leandro Camargo Izabel, 295.
Leandro Cannizza Pacheco, 35, 109.
Leandro Cezario Raso, 132.
Leandro da Cruz Alves, 146.
Leandro de Carvalho Lixa, 99.
Leandro de Castro Japiassú, 283.
Leandro Felisberto de Carvalho, 223.
Leandro Fellet Miranda Chaves, 132.
Leandro Gobbo Braz, 205, 220, 236, 264.
Leandro Pereira Vieira, 254.
Leandro Valga de Mattos, 119, 121.
Leila Mendes, 285.
Leonardo Aquino de Souza, 146.
Leonardo Caldas Vieira, 294.
Leonardo da Costa Albuquerque, 129.
Leonardo de Andrade Reis, 136.
Leonardo Dorigom, 142.
Leonardo Elman Meyer, 123.
Leonardo Fenyves Ferreira, 161, 213.
Leonardo Gurgel Leite, 130, 260.
Leonardo Homem de Faria Martins, 154.
Leonardo José Gabrielli Vanzato, 293.
Leonardo Souza Patrocínio Pereira, 39, 53, 188, 254.
Leonardo Vianna Salomão, 218.
Leonhard Leite Bauer, 157.
Leopoldo Jorge de Menezes, 156, 266.
Leopoldo Muniz da Silva, 67, 211.
Leopoldo Palheta Gonzalez, 37, 66, 87, 105, 143, 174, 228.
Letácio Santos Garcia Ferro, 125, 164, 180.
Letícia C. Cardoso Fontes dos Santos, 226, 242, 291.
Letícia Chueiri, 32.
Letícia de Oliveira Carvalho Lannes, 74, 296.
Letícia Franco Penna Caputti, 105.
Letícia Rosa, 185.
Lhyvia Andrade da Silva, 178.
Liana Maria Torres de Araújo Azi, 16, 20, 133, 175, 212, 217, 221, 296.
Liani Patrícia Andrade Santos, 62, 245.
Lidianne Vasconcelos Crespo, 267.
Lie Tamaoki, 54.
Ligia Andrade da Silva Telles Mathias, 34, 111, 113, 132, 134, 134, 135, 232, 247, 294.
Lilian Mendes de Vasconcelos, 196.
Lilian Patrícia de Almeida Lopes, 174, 228.
Lindemberg Moreno Alencar Arrais, 57.
Livia Fernandes, 25.
Livia Maria Campos Teixeira, 255.
Livia Pereira Miranda Prado, 28, 29.
Livia S Albergaria, 159, 160.
Lorena Almenara Silva Pelissom, 220.
Lorena de Fátima Matos Viana, 156, 181.
Lorena Fernandes Rosendo de Melo, 193.
Lorena Franco Junqueira, 180.
Lorena Mendes de Carvalho Lucio, 220, 236.
Loyara Rocha Miranda Teixeira, 75, 168.
Luana Leal Gomes, 263.
Luana Rodrigues, 107, 125, 128.
Lucas Almeida Fernandes Junior, 140, 153, 297.
Lucas Cardoso de Andrade, 27.
Lucas Costa Souza, 239.
Lucas Cottini da Fonseca Passos, 49, 105.
Lucas Coutinho de Sá Oliveira, 242.
Lucas de Moura Lopes, 62, 83.
Lucas de Souza Mata, 273.
Lucas Fae Gheller, 45.
Lucas Ferreira Vilarinho, 277.
Lucas Gianni Menegaz, 241.
Lucas Jorge Santana de Castro Alves, 35, 181, 248, 300.
Lucas Macedo da G. Medeiros de Queiroz, 252, 282.
Lucas Moura Lopes, 267.
Lucas Oliveira, 158.

Lucas Renó Gonzaga, 110.
Lucas Siqueira de Lucena, 24.
Lucas Tavares de Resende, 30, 89, 115, 138, 167.
Lucas Wanderley Lima, 192.
Lúcia Prevedello Carvo, 144, 153, 245.
Luciana Cadore Stefani, 13, 16, 18, 21, 22, 150.
Luciana Cavalcanti Lima, 110, 193, 287, 288.
Luciana Chaves de Moraes, 196.
Luciana da Silva de Armond, 80, 108, 148, 151.
Luciana de Souza Cota Carvalho Laurentys, 275, 279.
Luciana Modesto Sotero, 186.
Luciana Mulato Haddad, 207.
Luciana Paiva, 102, 209.
Luciana Paula Cadore Stefani, 123.
Luciana Sales de Araújo, 170.
Luciano Angelo Richetti, 190, 263.
Luciano Augusto Fernandes, 271.
Luciano Barreto do Nascimento, 196.
Luciano Lambert Cabral Coelho, 286.
Lúcio Antonio Garcia Dias, 126, 127, 213.
Lúcio Cláudio de Sousa Santos, 96, 97.
Ludhmila Abrahão Hajjar, 54.
Ludmila Bastos Henrique, 128, 267.
Ludmila Pimentel Vieira Antunes, 299.
Luis Antonio dos Santos Diego, 14, 14, 15, 19, 203, 204.
Luís Cláudio de Araújo Ladeira, 96, 97, 112, 174, 180, 182, 230, 255, 256.
Luis Eduardo Rias Cardoso, 74.
Luis Felipe Ximenes Nogueira, 22, 216.
Luis Fernando Affini Borsoi, 30.
Luis Fernando Lopes, 257.
Luis Gustavo Baaklini, 183.
Luis Otávio Esteves, 127.
Luis Paulo Araújo Mesquita, 97, 230, 290.
Luis Vicente Garcia, 212, 221.
Luise Anibal Calvano, 95.
Luivya Cristina Jacintho Larrubia, 282.
Luiz Alberto Vicente, 57.
Luiz Alberto Vicente Teixeira, 95.
Luiz Antonio Carneiro da Silva, 63.
Luiz Antonio de Moraes, 178, 254, 295.
Luiz Augusto Carneiro Neto, 229.
Luiz Carlos Bastos Salles, 44, 298.
Luiz Carlos de Abreu, 128, 139, 145, 269, 302.
Luiz Carlos Torres Porphino, 43, 49.
Luiz Cláudio Dias Pereira, 232.
Luiz Eduardo Imbelloni, 56, 58, 102, 103.
Luiz Fernando dos Reis Falcão, 51, 124, 290, 293.
Luiz Fernando Ferraz da Silva, 203.
Luiz Fernando Lopes, 257.
Luiz Fernando Saldanha de Almeida, 51.
Luiz Henrique Cavalcanti, 108.
Luiz Henrique Costa, 154, 285.
Luiz Henrique Hartwig de Araújo, 192, 268.
Luiz Marcelo Pianchão Araújo, 262.
Luiz Marcelo Sá Malbouisson, 25, 26, 27.
Luiz Marciano Cangiani, 277.
Luiz Moreira da Costa Lima Filho, 99.
Luiz Paulo Bastos, 198.
Luiza Rodrigues Cucco, 79, 139, 227.
Luiza Sviesk Sprung, 32, 32.
Luttti Paes de Souza, 238, 240, 250, 262, 290.
Lyses Villas Boas Filho, 223.

M

M. Nunes, 42.
F. Brito, 42.
N. Ferreira, 42.
N. Quintella, 42.
M. Mello, 42.
Macius Pontes, 57.

- Magda Andreia Oliveira Vaz de Mello, 232.
Maira Cota Torres, 89.
Maira Oliveira Callares Chaves, 29.
Manoel Ananias da Silva Neto, 289.
Manoel Arthur Nóbrega da Silva, 103.
Manoel Claudio Azevedo Patrocínio, 73.
Manoel Lemos Júnior, 35, 109, 114.
Manuel Antonio Nonato F.de Souza Ribeiro, 105.
Manuela Bezerril Cipião Fernandes, 191.
Manuela Freire Caetano de Almeida, 121.
Mara Aparecida de Oliveira Maricato, 54.
Mara P Oliveira, 276.
Marcel Andrade Souki, 30, 115, 122, 167, 297.
Marcel Arnaldo de Medeiros, 184, 234.
Marcel Rodrigues Ferreira, 94.
Marcel Vinicius de Aguiar Menezes, 126, 127, 213.
Marcela Câmara Machado Costa, 116.
Marcela Hooper Carmo, 170, 222, 295.
Marcela Lopes Oliveira de Carvalho, 61, 82.
Marcela Marcondes Pinto Rodrigues, 279.
Marcela Nogueira de Oliveira, 132, 164.
Marcell de Barros Duarte Pereira, 137.
Marcella da Nóbrega Lopes, 184.
Marcelo Abramides Torres, 87.
Marcelo Carneiro da Silva, 146.
Marcelo Cavalcanti de Sá Gondim, 68, 82, 149.
Marcelo Cursino Pinto dos Santos, 64.
Marcelo Cury, 22.
Marcelo dos Anjos Reis, 278.
Marcelo Fonseca Medeiros, 89, 94, 138.
Marcelo Gouvêa Couri, 103.
Marcelo Grisólia Gonçalves, 181, 244.
Marcelo Luis Abramides Torres, 85, 90.
Marcelo Neves Silva, 110, 287.
Marcelo Pena Moreira de Oliveira, 133.
Marcelo Petruccelli Monteiro, 19.
Marcelo Sampaio Duran, 42.
Marcelo Teixeira dos Santos, 157.
Marcelo Vargas Balleroni, 66, 167, 183.
Marcelo Vaz Nunes, 65, 122, 140, 153, 251, 297.
Marcelo Vaz Perez, 17, 70, 111, 176, 199.
Márcia Cavalcanti Carneiro, 271.
Márcia Cristina Cardoso de Oliveira, 180.
Márcia Liana Monteiro Ramos, 78.
Márcia Sousa Reis, 112.
Marciano de Sousa Nóbrega, 111.
Marcílio Batista Pimenta, 100.
Márcio de Pinho Martins, 226, 236, 242.
Márcio Henrique Lopes Barbosa, 144, 237.
Márcio Henrique Mendes, 27, 63.
Márcio Leandro Fernandes Ferreira, 93, 256.
Márcio Luiz Benevides, 47, 86, 118, 221, 252.
Marcio Mamede Nagatsuka, 91, 107.
Marcio Nunes Amaral, 121.
Márcio Placedino Martins, 76, 168, 170, 222.
Márcio Rogério de Oliveira Figueredo, 287.
Marcio Silva Barroso, 99.
Marcius Vinicius Mulatinho Maranhão, 129.
Marco Antônio Cardoso de Resende, 38, 117, 147, 161, 270, 292.
Marco Antônio Dias Jogaib, 146.
Marco Antônio Fernandes Rabelo, 116.
Marco Antonio Ferro, 64, 91, 267.
Marco Antonio Garambone Filho, 121.
Marco Antônio Ribeiro de Almeida, 50, 100, 142, 169, 235, 273.
Marco Aurélio Soares Amorim, 255.
Marcos Antonio Costa de Albuquerque, 158, 170, 171, 218, 262.
Marcos Antônio Ferreira Jr., 101.
Marcos Célio Brocco, 122, 215, 217, 224, 264, 265, 266, 284, 296, 298.
Marcos Daniel de Faria, 76, 101, 168, 214, 274.
Marcos de Simone Melo, 205.
Marcos Fernando Breda de Moraes, 196.
Marcos Henrique Lopes da Costa, 162.
Marcos Lazaro Loureiro, 19.
Marcos Leonardo Rocha, 126, 131.
Marcos Lopes de Miranda, 168, 241, 250.
Marcos Maçol Rocha, 293.
Marcos Oliveira Haddad, 67.
Marcos Ribeiro Machado, 48, 151, 215.
Maria Amelia Neves, 176.
Maria Angela Tardelli, 51, 124, 258.
Maria Beatriz Assumpção Mourão, 176.
Maria Beatriz Bray Beraldo, 124.
Maria Cecília Lessa Beloni, 154, 224, 274.
Maria Clara Bellavinha Thomazi, 137.
Maria Cristina Baptista Cardoso Paroneto, 102, 142, 169.
Maria da Graça Figueredo Carvalho, 146.
Maria de Fátima Oliveira dos Santos, 108.
Maria del Pilar Jácome Merino, 144, 153.
Maria Deneb Tavares Machado, 98.
Maria do Carmo de Oliveira Ribeiro, 190.
Maria do Socorro Almeida Barbosa, 289.
Maria Eda Gil Alves Valle, 277.
Maria Eduarda Dias Brinhosa, 216.
Maria Emilia Gonçalves Estevez, 146.
Maria Flávia Knibel Cid, 105.
Maria Gabriela Nascimento Marinho, 82, 149.
Maria José Carvalho Carmona, 27, 54, 87, 90.
Maria José Nascimento Brandão, 165.
Maria Salete Costa Gurgel, 118.
Maria Stela Taqueda, 23.
Marialice Vieira Cardoso, 33, 45, 83, 90, 91, 120, 177, 267.
Mariana Campos Reis, 95, 282.
Mariana Cecília Ramirez Zamorano, 279.
Mariana Costa Franklin dos Reis, 29, 131, 228.
Mariana dos Santos Mattos, 62, 77.
Mariana G. Braz, 205.
Mariana Lima Portocarrero, 115.
Mariana Marques dos Santos, 39, 50, 69, 92.
Mariana Rabelo Maia, 80, 225.
Mariana Sanches, 187.
Mariana Suete Guimarães, 122, 224, 264, 265, 266, 284, 296.
Mariana Takaku, 207.
Mariano Paiva Souza, 146.
Mariella Fanchin, 236.
Marília Araújo Pereira Garcia, 41, 98, 106, 155.
Marília Capitulino de Queiroz Neves, 193.
Marília Pinheiro Módolo, 208, 236.
Marília Ramos Coelho, 157.
Mariliza Casanova de Oliveira, 206.
Marilman Maciel Benício Zan, 229.
Marina Ayres Delgado, 75.
Marina Ferraz Teixeira de Queiroz, 30, 80, 89, 225.
Marina Ferreira Campanini, 39.
Marina Flaksman Curi Rondinelli, 45.
Mário de Nazareth Chaves Fascio, 55, 59, 219.
Marisa Pizzichini, 32.
Marjorie Carneiro Pinna de Barcellos, 135.
Marta Halfeld Ferrari Alves, 164.
Maruã Omais, 85, 193, 216.
Maryna Rodrigues Landim, 24, 26.
Masashi Munechika, 124.
Mateus Bressan Corrêa, 166.
Mateus da Silva Meireles, 260.
Matheus Fachini Vane, 87, 90, 98, 231.
Maurício de Melo Garcia, 82.
Maurício Fernando Lima Santos, 301.
Maurício Luiz Malito, 70.
Mauro Cesar Christino Alves, 146.
Mauro Henrique de Lima Ferrão, 29.
Mauro Prado da Silva, 134.
Max Bergson Menezes Alves, 74.
Maysa Delamare Espíndola, 221, 252.
Michael Arthuro Lima Moreira, 74, 76, 137.
Michelle Alexandre Bastos, 291, 291.
Michelle Assis Salomão, 61.
Mileni Celinski, 60, 171, 285.
Milton Halysson Benevides de Freitas, 2, 110.
Mirella Tavares de Carvalho, 223, 249.
Miriam Isabel dos Santos Rodrigues, 75, 295.
Mirlane Guimarães de Melo Cardoso, 272.
Moira Rose Hoehne Kaltmaier, 34.
Monia Di Lara Dias, 192.
Mônica Braga da Cunha Gobbo, 39, 50, 69, 92, 124, 239.
Mônica Caiil Borges Ferreira, 55, 164.
Monica Gulak Ioris, 258.
Mônica Isabel Abrantes Leite, 150.
Mônica Loureiro Santos, 44.
Mônica Rossi Rodrigues, 141.
Monique Freire Dos Reis, 272.
Monnaliza Porto Molitinho Fagundes, 139.
Múcio Pereira Diniz, 131.
MunIQUE Martins Monteiro, 197, 198.
Murilo Gonçalves Sabino, 283.
Murilo Pereira Flores, 212.
- ## N
- Nádia Derli Salvador Lemes Soares, 206.
Nádia Maria da Conceição Duarte, 231.
Naira Correia Cusma-Pelógia, 207.
Nancy Brisola Conti, 113.
Nara Rafaela Baldassim Molina, 136.
Nara Yamane dos Santos, 52.
Natália Barbosa Saad, 75, 76, 163, 274.
Natália Falcão da Motta Marques, 45.
Natália Miatelo Gimenez, 118.
Nathalia Divina Fernandes Pereira, 41, 98, 106.
Nathália Ethur, 72, 163.
Nathalia Rodrigues Sampaio, 43, 49, 51, 218.
Nathália Vianna de Matos Leite, 15, 211.
Nathalie Izumi Iritsu, 207.
Nazel Oliveira Filho, 240.
Nelson Alves de Sousa Filho, 95, 234.
Nelson Rafael Barros Fauth, 45.
Nelson Unzer dos Santos Filho, 166, 178, 254, 289, 295.
Nichelson Carlos de Oliveira Souza, 16, 217.
Nidia Katarine Fernandes, 289.
Nilo Garcia Cardoso Neto, 94, 115.
Nivaldo Carlos Arruda, 195.
Nivaldo Ribeiro Villela, 273.
Nivaldo Simoes Correa, 71, 195, 200.
Nogueira LFX, 23.
Norma Sueli Pinheiro Módolo, 208, 211.
Núbia Campos Faria Isoni, 80, 89, 138, 225, 251.
Núbia Verçosa Figueiredo, 107, 125, 128, 206.
- ## O
- Octávio Henrique Mendes Hypolito, 140, 184, 234.
Odon Tavares de Souza Neto, 266.
Olavo Satoshi Arantes, 44, 66, 93, 256.
Onofre Alves Neto, 36, 38, 84, 111, 123.
Onofre Eduardo Carvalho de Oliveira, 181, 248, 249.
Oscar César Pires, 120, 143, 184, 207, 234, 261.
Osni Laliier Junior, 265.
Oswaldo Cavalari, 137.
Oswaldo Pinto Nogueira Filho, 64.
Oswaldo Custódio de Oliveira Neto, 286.
Otávio Damázio Filho, 129, 223, 249, 263.
Otávio Gomes Terra Leite, 210.

P

Pablo Augusto dos Santos Bunazar, 104.
Pâmela Valysa Pacheco Lira, 103, 108.
Pamella Braga Morais, 69, 88, 179.
Paola da Costa dos Santos, 38, 119, 147, 161.
Paola Moreira Cardoso, 154.
Patricia Cristina Costa, 44.
Patricia Fernandes Calves, 138.
Patricia Gatti Silva, 206.
Patricia Helena Azevedo Vieira Moreira, 109, 168.
Patricia Mayumi Honda, 254.
Patricia Melgaço de Alencar Arraes, 80.
Patricia Perla da Fonseca, 260.
Patricia Sanae Ito, 193, 276, 284.
Patricia Wajnberg Gammernann, 123, 145, 150, 185, 288.
Patrick Assis Rodrigues, 58, 185.
Paula Angélica Neves Benette, 275.
Paula Barroso Pereira Madruga, 117, 161.
Paula Fialho Saraiva Salgado, 35.
Paula Gobbi Scudeller, 17.
Paula Martins, 21.
Paula Paio Barreiros, 96.
Paula Perin Glatt, 89.
Paulino Anezio Zauli, 104, 300.
Paulo Alcântara Xavier, 268.
Paulo Alípio Germano Filho, 64, 91, 107, 125, 128, 206, 267, 301.
Paulo Antonio de Mattos Gouvêa, 158, 161, 213, 225.
Paulo Bittencourt Dutra Tabacow, 299.
Paulo Carvalho Pimenta Figueiredo, 46.
Paulo Cesar da Silveira Filho, 41, 106, 247.
Paulo César de Abreu Sales, 29, 96, 126.
Paulo de Tarso Cardoso, 157, 168.
Paulo do Nascimento Júnior, 46, 47, 204.
Paulo Gabriel Melo Brandão, 78.
Paulo Jacinto Morato Menezes, 198.
Paulo Lopes Riemma, 70.
Paulo Márcio Alves Pereira, 272.
Paulo Nicolau Ferreira Achê, 53, 233.
Paulo Roberto Alcantara Aguiar, 148, 201.
Paulo Roberto de Faria Viana, 61.
Paulo Roberto Lunardi Prates, 34.
Paulo Roberto Vieira Guedes, 160, 219, 250, 290.
Paulo Sérgio Gomes Lavinas, 49, 51, 218.
Paulo Sérgio Santana dos Santos, 184, 249, 301.
Paulo Warpechowski, 31.
Pedro Adas Pettersen, 148, 257.
Pedro Adri Oliveira Agostini, 80, 108, 151.
Pedro Alexandre Silva Rabêlo, 288.
Pedro Candido Ismael, 53.
Pedro Felipe de Souza Xavier, 159.
Pedro Freitas Mortatti, 265.
Pedro Henrique de Mello N. Nobre Machado, 148, 201.
Pedro Ivo Rodrigues Carmo Rezende, 151.
Pedro Montano dos Santos, 31.
Pedro Suyã Costa Vieira, 128, 139, 145.
Pedro Thadeu Galvão Vianna, 279.
Petrônio Generoso Tomaz, 269.
Plínio de Oliveira Holanda, 73.
Priscila Eisemberg Torezani, 84.
Priscila Gonçalves de Oliveira, 152, 230.
Priscila Saccomani, 194.
Priscila Sucasas Souza, 236.
Priscila Teles Archanjo, 126, 127, 213.

R

Rachel de Andrade Ivo, 201.
Rachel Filgueiras de Menezes, 139, 145, 269.
Rafael Abadessa Gonçalves, 293.
Rafael Alves Abud, 67.
Rafael Amaral Papatella, 101, 214.

Rafael Augusto Carneiro Rezende, 27.
Rafael Barbosa Braz, 226, 242.
Rafael C. Hardman, 218.
Rafael Campos Gaio, 141, 271, 280.
Rafael Cano Ribeiro, 133.
Rafael Carvalho Hardman, 265.
Rafael Coelho Tiburcio, 122, 251, 297.
Rafael da Cunha e Menezes Nascimento, 298.
Rafael de Macedo Coelho, 294.
Rafael Domingos da Silva, 119.
Rafael Gomes de Lima Cruz, 160, 290.
Rafael Grana, 135.
Rafael Lobo da Silva Costa, 67.
Rafael Mendes Corrêa Campos, 81, 112, 246.
Rafael Meneguucci Zutin, 167, 177.
Rafael Mercante Linhares, 48, 77, 151, 215, 299.
Rafael Moura Rezende de Oliveira, 109, 181, 244.
Rafael Rechtman, 297.
Rafael Reis de Almeida, 59.
Rafael Rezek Rodrigues, 110.
Rafael Stachissini, 81, 292.
Rafaela Correia da Silva, 84, 169, 173, 175, 227, 283.
Rafaela Fernanda Oliveira de Vilas Boas, 294.
Rafaela Lopes Braga, 102.
Rafaela Lopes Maia, 184.
Ranyere Nobre da Silva, 139.
Raphael Brandão Barros, 184, 249.
Raphael Cazagrande Rodrigues, 125, 206.
Raphael de Almeida Girão, 238.
Raphael Klênio Confessor de Sousa, 165.
Raquel Amorim Correia, 237.
Raquel Fernandes Schult, 77.
Raquel Nacif de Toledo Piza, 236.
Raquel Normando Cunha, 116.
Raquel Pires da Silva, 104.
Raquel Queiroz Guerra de Andrade Coelho, 287.
Raquel Santana Ramos Oliveira, 127.
Regina Paolucci El Dib, 46, 47, 204, 264.
Reinaldo da Silva Santos Júnior, 204.
Reinaldo Guimarães, 29, 228.
Reinaldo Vargas Bastos de Miranda, 112, 189, 246.
Renan Argolo, 262.
Renata Koda Konishi, 17.
Renato Bastos da Silva Murad, 152, 158.
Renato Borges Amorim, 136.
Renato Couvre, 239.
Renato Hebert Guimarães Silva, 48, 88, 189.
Renato Lacerda Baptista, 119.
Renato Samy Assad, 269.
Ricardo Almeida de Azevedo, 71, 72, 117, 283.
Ricardo Alvim Bretas, 301.
Ricardo Andrade Alexandrino, 34.
Ricardo Aparecido Olivo, 102, 209.
Ricardo Bassani, 271.
Ricardo Caio Gracco de Bernardis, 132, 232, 247.
Ricardo Damiano Campos, 239.
Ricardo de Almeida Azevedo, 77.
Ricardo Ferreira, 137.
Ricardo Francisco Simoni, 127, 188, 277.
Ricardo Hernani de Almeida Chaves, 76, 214, 224.
Ricardo Jardim Berbigier, 243.
Ricardo Lima Garcia, 67.
Ricardo Viana Rezende, 259.
Rioko Kimiko Sakata, 198.
Rita Cássia Cerqueira Viana, 277.
Roberta Araujo de Castro, 39, 124, 239.
Roberta Carolina Nogueira Costa Lanna, 275, 279, 281.
Roberta de Lima Machado, 278.
Roberta Monteiro Nicodemos, 273.
Roberta Negrelly Nogueira, 34.
Roberta Perim Rigobello, 260.
Roberta Widonsck, 291.

Roberto Albuquerque Bandeira, 108.
Roberto Carvalho Brandão, 151, 215, 299.
Roberto Cesar Pontes Ibiapina, 73.
Roberto Cruz Rocha Silva, 183.
Roberto de Oliveira Couceiro Filho, 110.
Roberto Diego Alves de Araújo, 33, 91.
Roberto Faria Carvalhosa dos Santos, 99.
Roberto Vinicius de Carvalho Lima, 187.
Roberto Zambelli Almeida Pinto, 189.
Robson Fascina, 244.
Rodrigo Carvelo Alves Bittar, 122.
Rodrigo Cesar Barbosa Vasconcelos Silva, 113.
Rodrigo da Silveira Gomes Laúdo, 22, 216, 292.
Rodrigo de Lima e Souza, 27, 61, 63, 82.
Rodrigo Fardin Aguiéiras, 161.
Rodrigo Gomes da Silva, 111.
Rodrigo Koga, 171.
Rodrigo Leal, 57.
Rodrigo Leal Alves, 59.
Rodrigo Machado Amaral, 165.
Rodrigo Marques dos Santos Laia Franco, 157.
Rodrigo Montebello de Araújo, 241.
Rodrigo Moreira e Lima, 52.
Rodrigo Oliveira Passos, 114, 235.
Rodrigo Ortega Muniz de Farias, 94.
Rodrigo Otávio Lami Pereira, 43, 49.
Rodrigo Paulino Oliveira de Queiroga, 80.
Rodrigo Pereira Diaz André, 105.
Rodrigo Pierami, 165.
Rodrigo Sadami Ito, 60, 171, 285.
Rodrigo Santos Fortunato, 140.
Rodrigo Tavares Bomfim, 181.
Rodrigo Wendling, 288.
Rogean Rodrigues Nunes, 130, 156, 191, 214, 238, 253, 260, 266, 268, 287.
Roger Benevides Montenegro, 54.
Rogério Augusto de Queiroz, 55, 132.
Rogério Camilo Alcoforado Barroso Braga, 13, 274.
Rogério Fragoço de O. Sarmento, 298.
Rogério Lima Leal Silva, 20.
Rogério Luis Acácio Souza, 71.
Rogério Luiz da Rocha Videira, 178, 270, 292.
Rogério Sarmento Leite, 34.
Rohnelt Machado de Oliveira, 60, 171, 285.
Romana Freire Marques Bello de Campos, 161.
Romildo Loures de Alcantara, 198.
Rômulo D. C. Torres, 211.
Rômulo Frota Lôbo, 214.
Ronaldo Contreiras de Oliveira Vinagre, 21.
Ronaldo Sa, 67.
Rosa Beatriz Amorim, 205.
Rosa Inês Costa Pereira, 118.
Rosa Maria da Silva Beltrão, 160, 277.
Rosalice Miecznikowski, 180.
Rosamária Berto Alves, 263.
Rosângela do Socorro Cantuário da S. Ferreira, 240.
Rosanne Pedreira Xavier, 248.
Roseane de Paula Souza, 233.
Roseny dos Reis Rodrigues, 24, 26.
Rossana Sant'Anna de Melo Lins, 68, 149.
Rubens Jardim Nochi Junior, 47, 86, 252, 293.
Rúbia Garcia Dusi, 282.
Rudi Finger Júnior, 230.
Rute Maria Araújo Cavalcante, 229.
Ruy Leite de Melo Lins Filho, 68, 82.

S

Samara Canguçu Neves, 155.
Samira Farina Menegat, 64, 163, 243.
Samuel Lucena Guerra Alencar, 191.
Sanderland José Tavares Gurgel, 46, 47.

Sandra Maria Velasco, 282.
Sandro Barbosa de Oliveira, 141.
Sara Lúcia Ferreira Cavalcante, 268.
Sara Mendes de Andrade, 24, 25, 26.
Saulo Pimentel Neves, 300.
Saulo Rassi Saud, 291.
Sérgio Aparecido Vital, 232.
Sérgio Bernardo Tenório, 86.
Sérgio Lerner, 48, 151.
Sergio Pinto de Oliveira, 233.
Sergio Ricardo Botrel e Silva, 68, 131, 232, 241.
Sérgio Teixeira Sant'Anna Junior, 84, 169, 173, 175, 220, 227, 283.
Sérgio Tuffik, 258.
Sérgio Veloso da Silveira Menezes, 149.
Sérgio Vinicius Pereira de Melo, 101, 272.
Sheila Nascimento dos Santos Morisso, 288.
Shirley Andrade Santos, 24.
Shirley Gomes Araniva, 41, 179.
Sigmar Aurea Cabral, 215, 217.
Silvana Neves Ferraz de Assunção, 242.
Sílvia Amália de Melo Moura, 182, 278.
Sílvia Kangussu Rios, 157, 168, 181, 241.
Sílvia Maria Machado Tahamtani, 194.
Sílvia Dias da Costa Neto, 38.
Sílvia Ramos Lins, 292.
Simone Soares Leite, 49, 157, 273, 301.
Sofia Meinberg Pereira, 65.
Solange Costa Novo Cabral, 116.
Sônia Maria Perereira Guimarães Togeiro Moura, 258.
Stephanie Chagas Feitosa, 23, 62, 63, 114, 190, 200, 235, 245, 246, 255.
Sueliana Marta Furieri Godoy, 127.
Suéllen Moura Lima, 182, 278.
Suzan Menasce Goldman, 51.
Suzana Margareth Ajeje Lobo, 25.
Suzana R. J. Bezerra, 158, 171.
Sylvia Funke do Amaral de Moraes, 112.
Sylvia Schnitzler, 110.
Syme Benitah Honda, 70.

T

Tácio Sales Pereira, 35, 109.
Tailur Alberto Grando, 34, 192.
Taís Garcia Glasenapp, 173.
Taise Vasques Dantas Landim, 145, 302.
Talita Bernardes Gonçalves, 170.
Talita C Silva, 159, 160.
Talita de Castro Alla, 121.
Tânia Cursino de Menezes Couceiro, 110, 193, 287, 288.
Tarcisio Domingos Martinelli, 152.
Tarcisio Vieira Ramos, 180, 278.
Tássia Arcanjo Chaves, 89.
Tatiana M L Takano, 160.
Tatiana Sales Alencar Ferreira, 129.
Tatiana Souza do Nascimento, 129, 146.
Tatiana Spivak, 220.
Tatiane Bezerra Moura, 58.
Tayanna Batista Vieira Teixeira, 145.
Taylor Brandão Schnaider, 43, 85, 294.
Telmo Heleno Gomes, 295.
Teresinha Maria de Azevedo, 30.
Tereza Cristina Bandeira Silva Mendes, 188.
Thadeu Alves Máximo, 137.
Thadeu Carlos de Paula Mozella, 248.
Thais Bezerra Ventura, 56, 102.
Thais Farias Arnold, 172.
Thais Khouri Vanetti, 194.
Thais Orrico de Brito Cançado, 85.
Thais Santos Oliveira, 220.
Thaisa Belligoli Senra, 30, 122, 251.

Thaís Lins de Melo, 239.
Thaissa Garcia Barbosa de Figueiredo, 154, 163.
Thales Abreu Tedoldi, 232, 247.
Thales Gê de Oliveira, 213.
Thamiris Marques da Silva, 120, 143, 234.
Thatiana Moreno Horta, 203, 203, 226.
Thatiane Marcelo Fortunato, 120, 140.
Theodoro Carvalho Baggio, 185.
Thiago Antônio Barros Gama, 126, 213.
Thiago Braga De-Cnop, 248.
Thiago Cansanção de Lucena Alves, 58.
Thiago Cardoso Linhares Guedes, 28, 78.
Thiago Cavalcante da Cruz, 97, 277.
Thiago de Deus, 201.
Thiago dos Santos Batista, 38.
Thiago Elias Abreu, 48.
Thiago Felipe Oliveira de Macêdo, 181.
Thiago Franchi Nunes, 51.
Thiago Gonçalves Wolf, 29, 96, 126, 131, 228.
Thiago Pessoa Mineiro Apolônio, 130.
Thiago Pinto Guerreiro, 129.
Thiago Ramos Grigio, 17, 111, 199.
Thiago Robis de Oliveira, 155, 179.
Thiago Shinji Kajishima Gomes, 218.
Thiago Trigueiro Morais de Paiva, 294.
Thiago Viçoso dos Santos, 210.
Thiago Victor Sousa Chagas, 229.
Thirza Veloso Correia, 141, 271, 280.
Thissiane Engel Brandt, 259.
Thomas Rolf Erdmann, 19.
Thyago Araújo Fernandes, 287.
Tiago Bertacini Gonzaga, 299.
Tiago Cestarolli, 191.
Tiago Freire da Fonte, 241.
Tiago Gomes Búriço, 210.
Tiago Nery Vasconcelos, 99.
Ticiano Goyanna Cardoso, 77, 283.
Ticiano Goyanna Lyra Dantas Cardoso, 71, 72, 117.
Ticiano Adler de Sousa Sindeaux, 287.
Tiele Assis Rikimaru, 186.
Tomaz de Aquino N. Segundo, 123.
Tomaz Gonzalez Passos Estrela, 300.
Túlio Antônio Martarello Gonçalves, 188.
Túlio Marcus Chaves Osterne, 191.

V

Valéria Porfíria de Matos, 125.
Valter Montandon Ramos, 277.
Vanessa Andréa Moreira Cardoso?, 97.
Vanessa Gonçalves Chaves, 214, 222, 295.
Vanessa Henriques Carvalho, 136, 208, 209.
Vanessa Machado D'Ângelo Drummond, 96, 131.
Vanessa Maria Barone Moraes, 244.
Vanessa Marques Mendonça, 143.
Vanessa Montervinos Araújo, 286.
Vanessa Silveira Barbosa, 119, 121, 248.
Vasco Miranda Júnior, 144, 153, 245, 261.
Vera Coelho Teixeira, 36.
Vera Lucia Adas Pettersen, 201, 257.
Vera Lúcia Fernandes Azevedo, 35, 156, 184, 301.
Verônica Lívia Dias, 68, 131, 176, 253.
Verônica Vieira da Costa, 141.
Verusca Michele Oliva, 207, 264, 279.
Vicente de Paula Melo Filho, 110.
Vicente Faraon Fonseca, 20, 31, 34.
Victor Cápia, 178.
Victor Cesar Torres Ferreira, 70.
Victor da Venda Acosta, 90.
Victor Dantas Ferreira Lopes, 27, 92.
Victor Hugo Barcelar, 156.

Victor Lopes de Melo, 187.
Victor Pellicciotti de Sousa, 138.
Victor Torres Pacheco, 81, 246.
Vinicius Brito Dias, 169.
Vinicius Caldeira Quintão, 173.
Vinicius Klann, 133.
Vinicius Monteiro Arantes, 208.
Vinicius Silveira Fonseca, 29.
Vinicius Soto Lopes, 273.
Virgílio Davi Rocha Oliveira, 184.
Vitor Borges Palau, 285.
Vitor Gonzaga Coimbra Pereira, 299.
Vitor Noronha, 125.
Vitor Noronha Andrade, 206.
Vitor Palau, 154.
Vitor Tárco de Queiroz Simão, 238, 253.
Vitor Vasquez dos Santos, 207.
Vivian Brancalione Gonçalves, 75, 103.
Vivian Cirineu, 269.
Vivian Medeiros de Moura Santos, 80, 108, 148.
Viviana Ugenti, 273.
Viviane Barrada Ribeiro, 161, 270.
Viviane Brasil Sardão, 146, 165.
Viviane Ferreira Albergaria, 154.
Viviane Mentz Dornelles, 20, 31, 34, 192, 268.
Viviane Oliveira Nogueira, 34.

W

Waldir Cunha Júnior, 98, 99.
Waldo Sapucaia Roland, 176, 253.
Waleska S. Vieira, 145.
Walkiria Wingester Vilas Boas, 46, 76, 76, 101, 172.
Walter Escouto Machado, 261.
Walter Guimarães Meira Filho, 52.
Walter Henrique Morandi Guimarães, 228.
Walter Luiz Ferreira Lima, 71, 200.
Walter Neiva Eulálio Neto, 51.
Wanderlei Maria, 299.
Wanderson Araújo de Carvalho, 39.
Wangles Pignatton, 236.
Waston Vieira Silva, 288.
Weber Rodrigues Trindade, 98, 106, 247.
Wendell Jackson de Macêdo Caldas, 172.
Wendell Valadares Campos Pereira, 232.
Werner Alfred Gemperli, 56, 57, 276, 284.
William Wakasugui, 264.
Wilson Lincoln Muricy Filho, 72.
Wilson Silva de Vasconcelos, 73.
Wirleyde Mattos Leão, 140, 153.

Y

Yara Marcondes Machado Castiglia, 207, 279.
Yaska Lessa Nunes, 141.
Yuri de Abreu, 199.
Yuri Louro Bruno de Abreu, 17.
Yuri Machado Rodrigues, 73, 182.

Z

Ziltomar Donizetti de Oliveira Borges, 36, 100.



60º CBA 2013

Segurança em Anestesia

Maximizando Qualidade,
Minimizando Riscos

9 a 13/ nov/ 2013

ARACAJU - SE



Temas Livres CBA 2013

Copyright© 2013, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

Publicação distribuída no formato Digital
Formato fechado 21 x 28 cm

Tipografia utilizada
Helvetica Neue LT Pro, corpo 9, entrelinhas 10,8

TLCBA

TEMAS LIVRES

ISBN 978-85-98632-23-0



9 788598 632230