

## **PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA POR PNEUMOTÓRAX HIPERTENSIVO PÓS PUNÇÃO VENOSA CENTRAL.**

### **AUTORES:**

Rodrigo Otávio Lami Pereira, Luciana Silveira da Silva Sá, Ana Cristina Pinho Mendes Pereira, Moema Ferreira Esteves, Paulo Sérgio Gomes Lavinias, Luiz Henrique Erthal Abicalil\*.

### **INSTITUIÇÃO:**

Instituto Nacional de Câncer.

Pneumotórax hipertensivo é uma complicação associada à punção venosa central. O uso da ultra-sonografia visa facilitar o procedimento, minimizando a incidência de complicações.

**RELATO DE CASO:** VGBS, feminino, 49 anos, 60 kg, ASA 2, candidata à microcirurgia para ressecção de lesão benigna ponto cerebelar à esquerda, sob anestesia geral. Após entrada na SO, realizada monitorização com cardioscópio, oximetria de pulso, PNI e BIS. Venóclise em MSD 16G e punção de artéria radial esquerda (técnica de Seldinger) sem intercorrências. Indução com remifentanil em infusão contínua (0, 5 mg/kg/min), lidocaína 100mg, propofol 100mg e rocurônio 40 mg. Intubação orotraqueal com tubo 7, 5 aramado, sem intercorrências, instalando-se ventilação controlada a pressão, parâmetros Pi 18 Fr 12 I:E 1:2 PEEP 5 Fi O2 0, 5. Posicionamento do pescoço em rotação direita (45°), assepsia e anti-sepsia. Punção de VJIE sem sucesso após duas tentativas, sendo solicitado auxílio do segundo anestesista que, também não obtendo sucesso, optou pela VSCL. Após alguns minutos, a paciente apresentou hipotensão grave não responsiva a bolus de efedrina 10mg e, em alguns segundos, evoluiu para fibrilação ventricular. Iniciadas manobras de ressuscitação sob suspeita diagnóstica de pneumotórax hipertensivo, sendo realizada toracotomia de emergência com drenagem em selo d'água. Após 4 ciclos, apresentou retorno do pulso carotídeo e ritmo idioventricular ao cardioscópio. Encaminhada ao CTI intubada, sedada, hemodinamicamente estável (com auxílio de noradrenalina 0, 15mcg/kg/min) e com fuga aérea importante pelo dreno de tórax. Após 10 dias de internação, recebeu alta hospitalar sem déficit motor ou cognitivo, porém sem a realização da cirurgia.

**DISCUSSÃO:** mais de 5 milhões de punções profundas são realizadas anualmente nos EUA com um índice de complicações gerais em torno

de 15%, sendo as complicações mecânicas responsáveis por 5 a 19% desse total. A introdução da ultrassonografia (US) na técnica de punção venosa profunda mostrou-se determinante na diminuição das taxas de complicações mecânicas. Um ensaio clínico randomizado com 900 pacientes, comparando a técnica convencional com o uso da US na punção da veia jugular interna direita demonstrou diminuição significativa no tempo de punção (49 vs 17 seg), taxa de punção inadvertida da carótida (10% vs 1%) e do número de tentativas (3 vs 1), além de aumento da taxa de sucesso (100% vs 94%). Contudo, é necessário que haja treinamento e conhecimento da técnica para o sucesso do método, aliando seu uso à experiência na técnica convencional a fim de oferecer o máximo de segurança ao paciente.

**REFERÊNCIA:** Karakitsos D, Labropoulos N, de Groot et al. Real-time ultrasound guided catheterization of the internal jugular vein: a prospective comparison with the landmark technique in critical care patients. Crit Care 2006;10:R162. David C McGee, Michael K Gould. Preventing complications of central venous catheterization. N Engl J Med 2003;348:1123-33.

