

Os pacientes foram acompanhados durante 3 dias através da escala visual analógica (EVA) a cada 12 horas e interrogados quanto ao surgimento de efeitos colaterais. Os resultados foram expressos em média com desvio padrão para dados demográficos, escala visual analógica e consumo de analgésicos de resgate. Quanto aos efeitos colaterais foi utilizada a frequência de cada evento. Análise de Variância (ANOVA) foi realizada para se determinar o consumo de dipirona em cada intervalo de tempo. O nível de significância considerado foi de $p < 0,05$.

Resultados: A média de EVA nos períodos avaliados em 12 horas foi $2,11 \pm 2,84$; em 24 horas, $1,44 \pm 1,87$; em 36 horas, $2,00 \pm 2,17$; em 48 horas, $2,22 \pm 1,71$; em 60 horas, $2,31 \pm 2,23$ e 72 horas, $1,44 \pm 1,87$. Quanto aos efeitos colaterais, houve um caso de sonolência e outro de náuseas e vômitos. Não ocorreu depressão respiratória.

Discussão: O ajuste da analgesia após procedimentos cirúrgicos não consiste apenas no tratamento da dor, é necessário também o controle dos efeitos adversos, de forma que estes estejam ausentes ou possam ser contornados sem dano ao paciente. Soma-se a isso também o desafio de manuseio de pacientes alérgicos a anti-inflamatórios não-esteroidais. Uma das vantagens do fentanil transdérmico é sua concentração sérica constante, evitando analgesia inadequada com ocorrência de dor nos intervalos entre a administração de doses de analgésicos convencionais. Resultados deste estudo demonstraram que o valor das EVAs foram compatíveis com dor mínima ou leve. Dados corroborados com a literatura. Os efeitos colaterais foram pouco relevantes, infrequentes e facilmente controlados. Portanto os resultados deste estudo sugerem que o fentanil transdérmico mostrou-se seguro e efetivo para analgesia pós-operatória.

Referências Bibliográficas:

1. Acute Pain, 2009; 11: 65-74.
2. Br J Anesth., 2007; 98: 806-15.

ID: 00910-00002

RESSECÇÃO TRANSURETRAL DE PRÓSTATA EM PACIENTE PORTADOR DE SÍNDROME DE SJOGREN

Autores:

Zidan, S.O.A.; Cavalcante, R.M.A.; Rocha, J.A.D.; Dumaresq, D.M.H.; Rocha, C.M.P.; Zan, M.M.B.

Instituição:

CET-IJF, CET - Instituto Dr. José Frota, Rua Barão do Rio Branco 1816-Centro. CEP: 60.025-061.

Introdução: A síndrome de Sjogren (SS) é uma doença crônica auto-imune. Ocorre por infiltração linfocítica e destruição das glândulas exócrinas, com boca e olhos secos. Pode ser primária ou secundária se associada a outras doenças auto-imunes. Relatamos um caso de manuseio perioperatório de paciente com SS.

Ralato do Caso: Paciente 67 anos, masculino, com hiperplasia prostática benigna sintomática, programado para ressecção transuretral de próstata (RTUP). Portador de SS primária diagnosticada há 5 anos. Em uso de Azatioprina 100 mg e Prednisona 10 mg. Nos últimos 5 anos apresentou complicações relacionadas à doença e ao tratamento como hepatite auto-imune, vasculite, neuropatia periférica, pneumonia intersticial, hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus*. Atualmente assintomático. Recebeu a sua quantidade diária de corticóide acrescida de dose suplementar, totalizando 100 mg de hidrocortisona e outras três doses de 25 mg em 24 horas. A técnica anestésica foi raquianestesia com bupivacaína 0,5% 15 mg. No transoperatório o paciente teve seu olho umidificado por lágrimas artificiais por duas vezes. Não houve intercorrências e alta hospitalar ocorreu com 24 horas.

Discussão: Ceratoconjuntivite seca é a principal manifestação da SS e requer tratamento com lágrimas artificiais e drogas muscarínicas. A escassez de saliva e infiltração de glândulas acarreta complicações como disfagia, fissura oral e hipertrofia de parótidas. Associação com artrite em coluna cervical ou articulação temporomandibular, pode oferecer dificuldade para intubação. Deve-se evitar jejum prolongado, incentivando ingestão de líquidos até 2 horas do procedimento e medicações anticolinérgicas. Cobrir e aquecer o corpo para evitar o fenômeno de Raynaud. Sempre que possível a anestesia regional deve ser escolhida, devido aos cuidados maiores associadas à anestesia geral como umidificação do sistema de ventilação e lubrificação do tubo orotraqueal e da córnea. A maior fragilidade da

mucosa e dos dentes, necessita maior cautela no manuseio da via aérea. Usuários de corticóides devem receber a dose diária e dose suplementar, de acordo com o estresse cirúrgico. O manuseio adequado deste paciente foi essencial para proporcionar maior conforto e reduzir as complicações.

Referências Bibliográficas:

1. Clin Rev Allergy Immunol. 2007, Jun;32(3): 284-91.
2. Indian J. Anaesth. 2002, 46 (3), 210-211.
3. Jama. 2002, 287, 236-240.

ID: 00910-00003

HIPOTENSÃO REFRACTÁRIA APÓS DOSE ÚNICA DE ETOMIDATO

Autores:

Cavalcante, R.M.A.; Zidan, S.O.A.; Rocha, J.A.D.; Dumaresq, D.M.H.; Zan, M.M.B.; Limaverde, F.S.

Instituição:

CET-IJF, CET Instituto Dr. José Frota, Rua Barão do Rio Branco 1816

Introdução: O etomidato é um hipnótico com potencial de inibição da 11-beta-hidroxilase, enzima necessária para a síntese de cortisol, razão pela qual essa droga está associada à supressão adrenal. Esta pode ocorrer após infusão contínua, doses repetidas e menos comumente após uso único da droga. Relatamos o caso de um paciente idoso submetido a um procedimento urológico onde após indução anestésica com etomidato apresentou hipotensão refratária.

Relato de Caso: Homem, 77 anos, 72 Kg, submetido a prostatovesicuclectomia radical por adenocarcinoma de próstata. Portador de doença do refluxo gastroesofágico, sendo tratado com Esomeprazol 20 mg/magnésio 40 mg e domperidona 10 mg. Sem outras comorbidades ou história de uso de corticoesteróides sob qualquer forma. Optou-se como técnica a anestesia geral balanceada combinada com bloqueio peridural. Após punção em L2-L3, foi feita injeção de ropivacaína 1% em um total de 100 mg associada a morfina 2mg. Em seqüência, foi realizada a indução venosa com remifentanil 0,4mcg/kg/min associado à etomidato 15mg e cisatracúrio 0,15mg/kg, para facilitar a intubação orotraqueal. A anestesia foi mantida com sevoflurano e o procedimento transcorreu sem intercorrências, com duração de três horas. Ao final, o paciente foi extubado e encaminhado à sala de recuperação pós-anestésica (SR). Na admissão a pressão arterial (PA) era de 104x46 mmHg, frequência cardíaca 56 bpm, frequência respiratória 18 irpm, saturação de O₂ 97% em ar ambiente. Após duas horas, observou-se diminuição da PA para 80x40 mmHg; nesse momento foram infundidos 1000 ml de solução fisiológica. Como não houve resposta após infusão de cristalóide, administrou-se repetidamente etilefrina, não tendo o paciente apresentado melhora hemodinâmica. Cerca de duas horas após a admissão na SR, optou-se por iniciar infusão contínua de dopamina 7 mcg/Kg/min. Nas sete horas seguintes a dose foi aumentada progressivamente até 15 mcg/Kg/min. Diante do quadro de hipotensão refratária, foi feita uma dose de hidrocortisona 500 mg. Dentro de minutos houve estabilização da PA, permitindo o desmame da dopamina, até retirada total do vasopressor em 20-30 minutos. O balanço hídrico nessas 24 horas foi positivo em 2000 ml.

Discussão: A supressão adrenal relacionada ao uso de Etomidato, apesar de incomum e de sua dificuldade na confirmação diagnóstica laboratorial, deve ser cogitada em situações de instabilidade hemodinâmica persistente após seu uso. O teste terapêutico com corticoesteróide pode ser de grande ajuda no manuseio desses casos.

Referências Bibliográficas:

1. Kamp R, Kress JP- Critical Care, 2007; 11 (3): 145.

ID: 00911-00001

IMPLANTAÇÃO DE REGISTRO INFORMATIZADO EM ANESTESIA EM HOSPITAL DE ENSINO. ANÁLISE PRELIMINAR DE RESULTADOS DAS PRIMEIRAS 4718 FICHAS ANESTÉSICAS DIGITAIS (FAD)

Autores:

Alves, V.B.^{1,2}; Dexheimer, A.R.A.^{1,2}; Felix, E.A.^{1,2}; Stefani, L.C.^{1,2}; Mantovani, R.V.^{1,2}; Pandikov, H.A.^{1,2}

Instituição:

1. HCPA, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rua Ramiro Barcelos 2350, CEP: 90035-903.
2. SAMPE, Serviço de Anestesia e Medicina Perioperatória, Ramiro Barcelos 2350

Introdução: A implantação da FAD há 2 anos e em uso limitado a unidade do bloco cirúrgico (UBC) central, foi uma realização institucional, independente da indústria de equipamentos e monitores, "customizada" para cumprir uma exigência multidimensional voltada para a assistência, ensino, pesquisa e administração de hospital público universitário. Objetivo: avaliar as características gerais documentadas nas FAD incorporadas ao prontuário eletrônico.

Método: levantamento realizado no banco de dados eletrônico do HCPA de junho de 2008 a 17 de julho de 2010: dados antropométricos, ASA, porte e especialidade cirúrgica, técnica anestésica, duração, presença ou não de residentes, destino após saída da sala de cirurgia.

Resultados: Um total de 4718 fichas de anestesia foi elaborado no período de 24 meses. A duração média das cirurgias foi de 117 ± 76 min e anestésico médio de 162 ± 88 min. A média de idade dos pacientes foi de 48 ± 22 anos, com mediana de 50 anos. A classificação de ASA dos pacientes foi de 26% ASA 1, 44% ASA 2, 18% ASA 3, 1,5% ASA 4 e 1% ASA 5. Em relação à origem dos pacientes 44% vieram do ambulatório e 43% das unidades de internação. A técnica de anestesia predominante no UBC foi a geral (79%), sendo 13% combinada com alguma técnica de anestesia regional, 18% foram anestésias puramente regionais. A maioria das anestésias realizadas foi de médio e grande porte (71%) e mais de 66,7% concentraram-se nas especialidades de urologia, otorrino, ortopedia, cirurgia geral e do aparelho digestivo. Aproximadamente 61% das anestésias registradas na FAD contaram com a presença de residente e mais de 90% foram encaminhados a sala de recuperação pós-anestésica.

Discussão e Conclusões: O levantamento das FAD nesta etapa preliminar permitiu uma documentação fidedigna e completa das características e perfil dos pacientes além da avaliação detalhada das técnicas anestésicas utilizadas. A incorporação da FAD no cotidiano da anestesia e sua disseminação em caráter sistêmico e pleno, em todas as áreas de procedimentos sob anestesia, promete um o ponto de virada da fase madura assistencial em perioperatório, embasada em evidências e mantida sob a égide dos anestesiológicos.

ID: 00911-00002**PROCESSO DE INFORMATIZAÇÃO DA FICHA DE ANESTESIA (FAD). UMA EVOLUÇÃO DE DUAS DÉCADAS****Autores:**

Dexheimer, A.R.A.^{1,2}; Stefani, L.C.^{1,2}; Felix, E.A.^{1,2}; Merten, M.^{1,2}; Mantovani, R.V.^{1,2}; Pandikow, H.A.^{1,2}

Instituição:

1. HCPA, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Ramiro Barcelos, 2350.
2. SAMPE, CET Serviço de Anestesia e Medicina Perioperatória, Ramiro Barcelos, 2350

Introdução: A ficha de anestesia eletrônica (FAD) é um bom exemplo de iniciativas que, mesmo com esforços continuados, permanece isolada e desarticulada dos cuidados oferecidos aos pacientes. Há 20 anos o Serviço de Anestesia e Medicina Perioperatória (SAMPE) do HC de Porto Alegre já vinha programando o desenvolvimento de sua documentação eletrônica. Uma década após contínuas implementações a atual ficha eletrônica pode ser concretizada. Objetivo: Apresentar fluxograma demonstrativo das etapas evolutivas que culminaram na ficha de anestesia eletrônica (FAD) do SAMPE.

Método: A base de dados do SAMPE (60.000 cadastros atuais) tornou-se o documento da progressão sustentada para alcançar a FAD. Desde 2006 vem servindo para a criação do layout e automação dos registros anestésicos, conteúdo das informações, conceito e estrutura, desenvolvidos por um grupo de anestesistas em conjunto com o Grupo de Tecnologia da Informação (GTI) do HCPA. Dado o seguimento além da abrangência sistêmica da nossa base de dados transcricional, foi possível embasar as decisões para preencher necessidades específicas e rotinas do serviço. Entretanto, a atual FAD exige a digitação dos dados de monitorização, pela ausência de integração com os monitores disponíveis à época de sua implantação. O formulário que permite impressão, requer adaptação

do usuário, na forma de avaliar a evolução global do paciente no transoperatório. Após 22 meses de uso, o nosso sistema contabiliza 4.718 FAD e tem permitido inúmeras análises e re-ajustes para o processamento adequado da informação.

Conclusões: a existência da FAD no bloco cirúrgico mudou a qualidade da documentação do transoperatório tornando-se documento utilizado em setores essenciais da instituição; sendo um relatório eletrônico criado por usuários experientes, dentro da realidade do serviço, garante independência com relação à equipamentos de marcas específicas para ajustes e melhorias a tecnologia integrada on-line deverá mudar radicalmente a cultura organizacional cirúrgica do HCPA, pautada no intra-operatório para o perioperatório; a documentação evolutiva da FAD servirá de parâmetro para futuros estudos comparativos de dados de transcrição com os da era digital.

Referências Bibliográficas:

1. Med Clin North Am. 2009 Sep;93(5):963-77.
2. Curr Opin Anaesthesiol. 2009 Dec;22(6):764-8

ID: 00913-00001**FICHA DE ANESTESIA DIGITAL (FAD) EM BLOCO CIRÚRGICO DE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. UM BALANÇO DO NÍVEL DE ADEÇÃO APÓS 21 MESES DE USO****Autores:**

Dexheimer, A.R.A.; Alves, V.B.; Felix, E.A.; Mantovani, R.V.; Stefani, L.C.; Pandikow, H.M.A.

Instituição:

HCPA, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Ramiro Barcelos, 2350 CEP: 90035-903.

Introdução: Mesmo sendo aceito que a ficha de anestesia digital (FAD) qualifica a informação no perioperatório, criar, implementar e garantir grau saudável de adesão dos usuários persiste sendo um obstáculo em escala mundial. A maioria dos sistemas comercializados são marca-dependentes e possuem limitações por não contemplarem as especificidades funcionais dos serviços. Desde 2006, o Serviço de Anestesia e Medicina Perioperatória (SAMPE) do HC de Porto Alegre investe em criar seu sistema próprio para documentação eletrônica da ficha de anestesia. Objetivo(s): avaliar o perfil e o percentual de adesão à FAD entre os anestesistas e residentes.

Método: Aplicação de questionários estruturados com 18 questões abrangendo dados relacionados à formação e experiência com informática, dificuldades e limitações para adesão a FAD.

Resultados: Dos 90 profissionais do SAMPE, 75 respondentes (83%) foram divididos em 2 grupos: GR – grupo dos Residentes (n= 24) e GA – grupo dos Anestesistas (n=51). A média de idade no GR foi de 27,9 ± 2,7 sendo 50 % do sexo masculino. No GA a mediana da idade foi 39 anos (41 ± 16) sendo 47% do sexo masculino, 21% portadores de TSA e 43% preceptores da residência. Nos dois grupos 70% possui computador pessoal, gosta de informática e lida bem com computador. A maioria reconhece a importância da FAD (87,5% no GR e 68% no GA). Dos fatores limitantes o mais negativo diz respeito ao caráter de emergência das cirurgias. Dos fatores que dificultam o principal é não ter a monitorização eletrônica inserida em tempo real. A adesão a ficha de anestesia foi de 68,6% no GA e de 96% no GR, 16 dos anestesistas nunca preencheram a FAD contra apenas um residente, resultado com diferença estatística (>0,02). Entretanto, este nível de adesão é parcial. O percentual dos profissionais que fazem menos de 50 % de suas fichas na forma eletrônica foi de 58,3% no GR e de 49% no GA.

Discussão e Conclusão: Após 22 meses de implantação grande parte dos componentes do serviço já utiliza a FAD (68,6% vs 96% no GR). As limitações e dificuldades enfrentadas com a utilização do sistema dificultam a sua implantação como a primeira opção de documentação do transoperatório.

Referências Bibliográficas:

1. Med Clin North Am. 2009 Sep;93(5):963-77;
2. AORN J. 2009 Apr;89(4):677-82, 685-6.