

com o consumo de morfina pós-operatória. Quanto mais cedo iniciou a cirurgia, menor foi o consumo cumulativo de morfina nas 24h. Essa variável foi responsável por 33% da variância do consumo de. Este resultado sugere que o consumo de morfina pós-operatória. Conclusões: morfina pós-operatória pode sofrer influência de fatores cronobiológicos. O conhecimento desses fatores poderá orientar aspectos relacionados à cronofarmacologia da dor aguda pós-operatória.

PREDITORES PRÉ-OPERATÓRIOS DETERMINANTES DO CONSUMO DE MORFINA PÓS-OPERATÓRIA EM PACIENTES SUBMETIDAS À HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL.

Caumo, W., Hidalgo, M.P.L., Auzani, J.A.S., Moreira, N.L. Jr., Rumpel, L.C. Serviço de Anestesia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Serviço de Psiquiatria do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas/HCPA/UFRGS.

Justificativa: a identificação de preditores pré-operatórios para o consumo de. Objetivos: morfina pós-operatória pode ser útil para planejar o adequado tratamento da dor. Este estudo teve como objetivo avaliar o efeito de possíveis preditores. Realizou-se um pré-operatório do consumo de morfina pós-operatória. Método estudo de corte envolvendo 139 pacientes, estado físico ASA I e II, com idade entre 18 e 65 anos, submetidas à histerectomia abdominal eletiva por miomatose uterina, sob anestesia peridural com ropivacaína 1% mais sedação com propofol contínuo, nas doses de 0,08 a 0, 1 mg.kg.min-1. Na noite da véspera da cirurgia, foram aplicados os seguintes instrumentos: EAV de dor, o Inventário de Ansiedade Traço-Estado, a Escala de sintomas depressivos de Montgomery-Åsberg e um questionário para avaliar hábitos de vida, condições mórbidas, nível socioeconômico e escolaridade. Todas as pacientes foram avaliadas pelo mesmo anestesiológico que as instruiu quanto o uso do PCA. A analgesia pós-operatória com PCA de morfina foi disponibilizada no momento da chegada à URPA e mantida durante as primeiras 24 h do pós-operatório.

Resultados: a média de idade foi 3,73 e os níveis de ansiedade 6,12 anos, a de escolaridade 6,55 de 44,82 9,07, respectivamente. A média de 10,64 e 41,17 traço-estado foram 41,38 sintomas depressivos foi 12,371,01 10,32 e o consumo médio de morfina de 2,22 mg.kg-1. Após análise de correlação de Pearson, as variáveis número de cirurgias prévias, idade, escolaridade, média cumulativa de dor das 6, 12, 18 e 24 h pós-operatórias, níveis de dor pré-operatória, de ansiedade e de sintomas depressivos foram selecionadas para incluir no modelo de regressão linear múltipla. Apenas o nível de dor pré-operatório apresentou-se como o preditor do consumo de morfina pós-operatória, explicando 18% da variância no consumo. Esses resultados sugerem que cumulativo de morfina pós-operatória. Conclusões o nível de dor pré-operatória pode aumentar a vulnerabilidade aos estímulos pós-operatórios, possivelmente pela

presença de processos facilitatórios determinados pela estimulação sustentada do sistema nociceptivo.

RECUPERAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA IMEDIATA E TARDIA DE PACIENTES SUBMETIDOS A COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA SOB ANESTESIA VENOSA TOTAL.

Fortis, E.A.F., Medeiros, A.C., Chuquer, M.B.C., Matter, R.R., Molon, M.P., Thiesen, G.C., Oliveira, B.R., Antonio, A.C.P. Serviço de Anestesia e Departamento de Cirurgia – HCPA/UFRGS.

Fundamentação: a colecistectomia videolaparoscópica (CVL), comparada à cirurgia convencional, apresenta vantagens: menores incisões, deambulação e alta hospitalar mais precoces, menor incidência de íleo pós-operatório, menor formação de aderências e dor de intensidade moderada. Busca-se, ao escolher a técnica de anestesia, reduzir-se as repercussões da estimulação simpática desencadeada pelo pneumoperitônio, mantendo-se os parâmetros fisiológicos e de bem estar do paciente, não somente durante o procedimento, mas também no pós-operatório.

Objetivos: estudo-piloto para avaliar a qualidade da recuperação no pós-operatório imediato e tardio de pacientes submetidos a CVL sob anestesia venosa total. Utilizados como critérios a incidência de eventos adversos: náuseas, vômitos, dor e complicações respiratórias; tempo de retorno às atividades habituais e o grau de satisfação com o atendimento da equipe médico-cirúrgica.

Casística: estudo transversal de 12 pacientes, sexo feminino, ASA I ou II, idades entre 18 e 65 anos, submetidos a CVL por anestesia venosa total alvo-controlada. Elas foram avaliadas: no pós-operatório (PO) imediato, durante a permanência na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) antes da alta hospitalar (nas primeiras 12 horas) e no pós-operatório tardio, durante 4 semanas. Todos os pacientes receberam profilaxia de náuseas e vômitos com metoclopramida, droperidol e dexametasona e analgesia com dipirona e tenoxicam. O instrumento de avaliação, questionário estruturado, foi aplicado no pós tardio por telefonemas semanais.

Resultados: no PO imediato, 3 pacientes apresentaram náuseas. Destas, apenas 1 apresentou um episódio de vômito. Na SRPA, 10 pacientes tiveram dor de moderada intensidade, tratados com morfina. No PO tardio, na 1ª semana, 2 pacientes permaneceram com dor na incisão, enquanto apenas 1 paciente apresentou dor na incisão na 2ª e 3ª semanas. Três pacientes tiveram complicações respiratórias tardias leves. Um paciente apresentou dispnéia e tosse da 1ª até a 3ª semanas, quando surgiu febre. A média de dias para retorno às atividades habituais foi de 9,5 dias ± 8, mediana de 5-6 variando de 1 a 26 dias. Com exceção de 1 paciente, que apresentou um quadro gripal, todos os demais que tiveram tempo de recuperação >10 dias apresentavam

riscos adicionais prévios. Todos os pacientes estavam bem ao final da 4ª semana de avaliação. Quanto ao grau de satisfação com o atendimento da equipe anestésico - cirúrgica, 10 pacientes pontuaram a nota máxima (10) e 2 deram nota 8.

Conclusões: a qualidade de recuperação no PO imediato foi prejudicada pela alta incidência de dor pós-operatória, mostrando que antes do término da CVL é necessário usar um opióide mais potente. No PO tardio, a técnica de anestesia venosa total mostrou-se capaz de proporcionar uma boa recuperação com alto nível de satisfação. Entretanto, houve uma grande variação de tempo para retornar às atividades habituais. Este atraso ao retorno à vida normal sofreu influência de doenças presentes no pré-operatório e, provavelmente, do perfil psicossocial do indivíduo. Na 4ª semana, a evolução mostrou-se satisfatória, tanto em relação à avaliação dos pacientes como pela ausência de complicações tardias. Nossos resultados preliminares nos apontaram diretrizes para adequar o protocolo definitivo, principalmente com relação ao tratamento da dor.

ALTERAÇÕES NA MECÂNICA RESPIRATÓRIA E TROCA GASOSA EM COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA COM ANESTESIA VENOSA TOTAL ALVO CONTROLADA. COMPARAÇÃO ENTRE DUAS MODALIDADES VENTILATÓRIAS: VENTILAÇÃO CONTROLADA A VOLUME E VENTILAÇÃO CONTROLADA A PRESSÃO.

Fortis, E.A.F., Piccoli, M.S.F., Fraga, J.A., Chuquer, M.B.C., Thiesen, G.C., Matter, R.R., Molon, M.P., Oliveira, B.R., Antonio, A.C.P. Serviço de Anestesia e Departamento de Cirurgia/HCPA/UFRGS.

Fundamentação: a instalação do pneumoperitônio para realização de colecistectomia videolaparoscópica (CVL) interfere na função respiratória. Ocorre redução da complacência, da capacidade residual funcional, aumento da resistência total e na tensão parcial de CO_2 . Durante anestesia geral é mandatória, para garantir a estabilidade respiratória, a utilização de ventilação mecânica geralmente com o emprego de ventilação controlada a volume (VCV). Em pulmões doentes, o uso de VCV tem sido relacionado a lesão pulmonar aguda. Esta constatação renovou o interesse pela ventilação controlada por pressão (PCV). Nenhum trabalho da literatura avaliou se existem diferentes repercussões na respiração quando comparadas as duas modalidades de ventilação, VCV x PCV no transoperatório de pacientes sem doenças pulmonares, submetidos a procedimentos cirúrgicos videolaparoscópicos sob anestesia venosa alvo-controlada.

Objetivos: comparar as repercussões na mecânica respiratória e na troca gasosa quando se utiliza ventilação mecânica controlada a volume ou à pressão em pacientes submetidos a Colecistectomia videolaparoscópica sob anestesia venosa total alvo controlada.

Casuística: ensaio clínico, randomizado, duplo cego. Foram alocados 12 pacientes, ASA I ou II, idades entre 18 e 65 anos, submetidos a CVL sob anestesia venosa total alvo controlada, com propofol e remifentanil, divididas em dois grupos, Grupo VCV - n = 7, submetidos a ventilação controlada a volume e o Grupo PCV - n = 5, receberam ventilação controlada a pressão. Foram considerados os efeitos nas seguintes variáveis: mecânica pulmonar - Pressão máxima de vias aéreas (Pmax), Pressão de platô (PPlatô), volume corrente expirado (V_{Tex}), Complacência pulmonar semi-estática (C_{est}) e dinâmica (C_{din}); Troca gasosa - $PetCO_2$ e SpO_2 . O ventilador do aparelho de Anestesia Shogun foi ajustado para liberar os seguintes parâmetros ventilatórios: V_{Tex} de 8 ml/kg, frequência respiratória (FR) de 10 cpm, relação de tempo inspiratório e tempo expiratório (R I:E) de 1:2 e percentual de pausa de 25%. (0,5 segundos). A pressão positiva no final da expiração (PEEP) total foi ajustada em 5 cmH₂O e o limite de pressão máxima de 40 cmH₂O. Os intervalos das coletas de dados foram: T0 - Basal, T1. Logo após a indução anestésica, T2 - Após insuflação completa da cavidade peritoneal; T3 - 20 min após instituição do pneumoperitônio. T4 - Após esvaziamento completo do pneumoperitônio.

Resultados: os dois grupos não se mostraram homogêneos para a idade. A hemodinâmica cardiovascular foi mantida dentro dos limites da normalidade durante todo transoperatório. A análise de multivariância para variáveis contínuas estudadas, corrigidas para a idade, não demonstrou qualquer diferença entre os dois grupos em relação à mecânica respiratória e à troca gasosa. As variáveis aferidas para avaliar a mecânica pulmonar mostraram alterações importantes no tempo, sendo evidente o prejuízo após a instalação do pneumoperitônio.

Conclusões: nossos resultados preliminares confirmam as alterações respiratórias que ocorrem nos parâmetros da mecânica respiratória antes e após instalação do pneumoperitônio. A troca gasosa não foi afetada pela modalidade ventilatória. Não houve alterações significativas entre o grupo VCV e PCV. O aumento da amostra é fundamental para excluir erro tipo beta.

O PAPEL DOS OPIÓIDES NO TRATAMENTO DE DOR CRÔNICA NÃO ONCOLÓGICA. Schmidt, A.P., Ribeiro, S.M., Schmidt, S.R.G. Centro de Alívio da Dor do Hospital Mãe de Deus e Department of Neurobiology - University of Texas - USA. Outro.

Introdução e objetivos: o uso de opióides em dor oncológica já é bastante difundido e comprovado por diversos ensaios clínicos bem controlados. Entretanto, há uma grande controvérsia em relação ao uso a longo prazo de opióides em dor crônica de origem não-maligna, que tem se intensificado de forma importante nos últimos anos. Neste estudo, objetivamos avaliar criticamente as informações disponíveis na literatura a respeito