

infusão rápida de 500 ml de SF 0,9% e administração venosa de 10mg de efedrina em bolus. A PA restabeleceu e os sintomas referidos pela paciente cessaram. Vale ressaltar que na avaliação da paciente detectamos bloqueio motor grau zero na Escala de Bromage e nenhum resquício de bloqueio sensitivo. Exames de Hemoglobina e Hematócrito descartaram qualquer sangramento ativo.

Conclusão: Kim JM e cols. demonstraram que a duração da hipotensão da raquianestesia coincide com a duração do bloqueio simpático, porém é menor que a duração do bloqueio sensitivo e motor. Assim, o bloqueio simpático não poderia ser o responsável pelo ocorrido. Hipovolemia é de longe a causa mais comum de hipotensão na SRPA. A vasoconstricção pela hipotermia pode mascarar a hipovolemia até que a temperatura do paciente comece a subir novamente. Menos comum, porém, podendo estar relacionado a este caso, no reflexo vagovagal podemos observar quadros de hipotensão com bradicardia ou sem aumento da FC.

Referências Bibliográficas:

1. Anesth Analg, 1977; 56: 352-355.
2. Anestesiologia Clínica, 3ª Ed, Rio de Janeiro, Revinter, 2006; 823-35.

ID: 00723-00001

FRASCO DE SEVOFLURANO CONTENDO POLIVINILPIRROLIDINE ENTREGUE PARA USO EM SALA OPERATÓRIA DURANTE CIRURGIA CARDIOVASCULAR

Autores:

Souza, K.M.

Instituição:

ABSCCG, Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande, Rua Eduardo Santos Pereira, 88 - Campo Grande - MS - 79002-251.

Introdução: A busca de uma anestesia segura deve ser incessante, os números absolutos de complicações contribuindo para ocorrência de morbi-mortalidade associada a um procedimento anestésico sofrerem substancial redução, mas ainda há muito a se realizar. Novas estratégias estão sendo desenvolvidas com o auxílio da tecnologia aliada a prática médica, cabe no entanto a ressalva de que o melhor monitor e a melhor estratégia é a vigilância do anestesiológico. O presente relato de caso trata-se de alimentação inadvertida de um vaporizador calibrado para sevoflurano com polivinilpirrolidina durante anestesia para realização de um procedimento cirúrgico cardiovascular.

Relato de Caso: Durante anestesia para cirurgia cardiovascular, logo após início da circulação extra-corpórea, observado que o vaporizador calibrado para o sevoflurano apresentava-se com baixo nível em seu reservatório do agente inalatório em questão. Solicitado ao circulante das ala operatória novo frasco para reposição do agente no referido vaporizador. Durante início da reposição do agente inalatório, observado através da coluna de vidro do vaporizador a entrada de um líquido avermelhado e viscoso. Interrompido imediatamente a alimentação do vaporizador e procedido a retirada deste do aparelho de anestesia. Após análise do conteúdo do frasco constatou-se que o frasco continha ao invés de sevoflurano, polivinilpirrolidina.

Conclusão: Fatos semelhantes a este encontram-se não raramente na literatura, o que demonstra a constante exposição a erros que o anestesiológico em sua prática diária encontra-se exposto, mesmo em situações que aparentemente mostram-se impossíveis de se acreditar. Muitas vezes o erro acaba sendo de terceiros e o anestesista se torna o agente propício a sua perpetuação, como no referido caso. A criação de metodologia que visa a prevenção de acidentes intra-hospitalares, a gestão de qualidade em todos os setores hospitalares acoplada a novos métodos de diagnóstico de erro, como por exemplo a incorporação da tecnologia nos meios acima citados, poderia ajudar a reduzir possíveis incidentes. Lembrando sempre que seja qual for o método, nada funcionará adequadamente sem a contínua vigilância do ser humano que o executa.

Referências Bibliográficas:

1. Heitmiller ES, Martinez EA, Pronovost PJ - Quality Improvement, in: Miller RD, Eriksson LI, Fleisher LA - Miller's Anesthesia VOL. 1, 7th Edition, Philadelphia, Churchill Livingstone - Elsevier, 2010: 81-92.
2. Pastó-Cardona L, Masuet-Asuet-Aumatell C, Bara-Oliván, B. ncident study of medication errors in drug use processes: prescription, transcription, validation, preparation, dispensing and administering

in the hospital environmen. Farm Hosp, 2009; 33: 257-68.

ID: 00724-00001

ESTUDO COMPARATIVO DO BLOQUEIO PERICONAL COM BUIVACAÍNA ASSOCIADA E NÃO ASSOCIADA À HIALURONIDASE NAS CIRURGIAS E PARA FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR

Autores:

Duailibi, C.; Borges, A.L.J.; Monteiro, F.O.K.

Instituição:

ABCG, Associação Beneficente de Campo Grande, R: Eduardo Santos Pereira, n: 99, CEP: 79002-251.

Introdução: O objetivo deste estudo é comparar a eficácia no Bloqueio Periconal utilizando Bupivacaína 0,75% associada à hialuronidase, com a mesma técnica com anestésico puro, avaliando seus efeitos e benefícios, para cirurgias de facoemulsificação com implante de lente intra-ocular rígida e analisar a acinesia e sensibilidade do globo ocular após a realização do Bloqueio.

Método: Através de um estudo prospectivo duplo-cego realizado por dois meses em Centro Cirúrgico da Santa Casa de Campo Grande - MS, foram avaliados pacientes após realização de Bloqueio Periconal, divididos em dois grupos quanto à utilização de hialuronidase, observando parâmetros como sensibilidade do globo ocular e a motilidade dos músculos retos, orbicular do olho e elevador da pálpebra no 1º, 3º, 7º e 10º minutos após o bloqueio.

Resultados: Foram obtidos através de escores de motilidade dos músculos extra-oculares e sensibilidade do globo ocular durante o período de observação.

Conclusão: Foram observadas diferenças na qualidade dos Bloqueios realizados, sendo o acréscimo de Hialuronidase um fator importante nessa diferença, pois os Bloqueios com ela realizados apresentaram melhores parâmetros, como maior rapidez no bloqueio dos músculos extra-oculares e menor índice de realização de complemento anestésico.

Referências Bibliográficas:

1. Daniel Espada Lahoz ET al Rev. Bras. Anestesiologia. v.53 n.5 set./out. 2003.
2. Luiz Fernando Soares ET al Rev. Bras. Anestesiologia. v.52 n.4 Campinas jul./ago. 2002.

ID: 00728-00002

RELAÇÃO ENTRE ESCORE DE RISCO SIMPLIFICADO, USO DE PROFILAXIA E OCORRÊNCIA DE NÁUSEAS E VÔMITOS NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Autores:

Morriso, S.N.; Assman, J.B.; Pereira, C.M.; Menezes, L.R.; Felix, E.A.; Stefani, L.C.

Instituição:

HCPA, CET do Serviço de Anestesia e Medicina Perioperatória - HCPA, Ramiro Barcelos, 2350 CEP 90035-003.

Introdução: Náuseas e vômitos pós-operatórios (NVPO) são efeitos adversos associados ao desconforto do paciente e aumento de custos no perioperatório. O risco de NVPO pode ser estimado por um escore simplificado, o qual deve guiar a profilaxia medicamentosa, a saber: 1 fator- 1 profilaxia, 2 fatores- 2 profilaxias, 3 a 4 fatores- 3 profilaxias. Objetivos: Avaliar a adequação do uso de profilaxia aos principais fatores de risco para NVPO, assim como a sua ocorrência na unidade de recuperação pós-anestésica (URPA).

Método: 450 pacientes adultos consecutivos, admitidos na URPA foram avaliados (análise da ficha anestésica e anamnese) quanto à presença dos quatro fatores de risco do escore simplificado para NVPO: sexo feminino, não-tabagismo, história prévia de náuseas e vômitos e uso de opióides no perioperatório e relacionados à utilização de medicação profilática ou estratégia protetora no trans-operatório: ondansetron, dexametasona, droperidol e anestesia venosa total.

Resultados: A profilaxia foi usada em 78% dos pacientes. A incidência de náuseas na SR foi de 13,6% (61 pacientes) e de vômitos foi de 4,4% (20

pacientes) não havendo associação significativa com o uso de antieméticos e o número de fatores de risco. Houve associação entre o número de fatores de risco e o número de profilaxias utilizadas (teste do k2 com análise de resíduos), conforme tabela. Os antieméticos mais utilizados na profilaxia foram a dexametasona 4 e 10 mg, e ondansetron 4 e 8 mg. 90% dos pacientes com 3-4 fatores de risco receberam 2 profilaxias ou menos e 54% daqueles com 2 fatores de risco receberam 1 ou nenhuma profilaxia.

Discussão e Conclusões: Viu-se uma associação entre o número de fatores de risco e o número de estratégias de profilaxia. No entanto observou-se algumas discordâncias em relação às orientações de profilaxia: grande parte dos anestesiologistas optou por 2 profilaxias, mesmo na presença de 3 ou 4 fatores, e cerca de 20% não recebeu nenhuma profilaxia apesar de indicada. Necessita-se maior divulgação das estratégias protetoras relacionadas aos escores de risco que são de fácil aplicação, visto que cada fator aumenta em 20% a chance do evento, e o mesmo é reduzido por cada estratégia protetora de maneira independente.

Referências Bibliográficas:

1. Anesth Analg 2007;105:1615-28.
2. Anesthesiology 1999;91:693-700.

ID: 00728-00003

VALIDAÇÃO DE UM EQUIPAMENTO PARA REALIZAÇÃO DO TESTE QUANTITATIVO SENSORIAL

Autores:

Stefani, L.C.^{1,2}; Schestatsky, P.²; Almeida, T.²; Sanches, P.S.²; Silva Junior, D.P.²; Caumo, W.^{1,2}

Instituição:

1. UFRGS, Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas da UFRGS, Ramiro Barcelos 2350
2. HCPA, Serviço de Anestesia e Medicina Perioperatória do HCPA, Ramiro Barcelos 2350.

Introdução: O uso de modelos experimentais de dor em humanos representa um passo intermediário entre estudos de nocicepção em animais e estudos clínicos. O teste quantitativo sensorial, baseado numa placa de Peltier acoplada a um software que permite controle de aquecimento e resfriamento, está sendo amplamente utilizado nesses tipos de estudo. No entanto devido ao seu alto custo e sofisticada tecnologia o acesso a esse equipamento é restrito. Objetivos: Validar um equipamento desenvolvido em conjunto com a engenharia biomédica do HCPA que permite a realização do teste quantitativo sensorial.

Método: 20 voluntários entre 20 e 44 anos foram submetidos a diferentes testes baseados na percepção de calor e dor através de um termodo com 30 x 30mm² de superfície aplicado na região volar do antebraço não dominante. O termodo possui uma rampa de ascensão de temperatura de 1°C/s. sendo a basal de 30°C, e a máxima de 52°C, considerada segura para não causar dano tecidual. Foram avaliados os limiares de calor e dor através da média de 3 estímulos consecutivos em duas sessões com 15 dias de intervalo. Adicionalmente foram avaliados o grau de tolerância a dor e o grau de dor através de uma escala análogo visual eletrônica ao estímulo térmico prolongado (45°C/1 min).

Resultados: Os limiares de dor e calor tiveram boa reprodutibilidade entre as duas sessões do estudo com coeficiente de correlação de Person de 0,8 e 0,91 para os limiares de calor e dor respectivamente e coeficiente de correlação intraclasse de 0,88 e 0,92 para os mesmos limiares. Não foi constatado evento adverso.

Conclusão: Os resultados mostraram reprodutibilidade suficiente em indivíduos normais. Os valores obtidos são coincidentes com os valores apresentados na literatura para indivíduos normais. O equipamento desenvolvido poderá ser utilizado com segurança em estudos experimentais de dor e de avaliação de fibras finas.

Referências Bibliográficas:

1. The Journal of Pain 2009; 6:556-72.
2. Pain 2008; 138:163-171.

ID: 00739-00001

ANESTESIA PARA RESSECÇÃO CIRÚRGICA DE FEOCROMOCITOMA EM PACIENTE PORTADOR DE DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE

Autores:

Vianna, B.S.B.; Caixeta, L.P.S.P.; Chiareli, L.G.; Lucas, A.R.; Barros, L.B.; De Maria, C.M.F.

Instituição:

CET-SBA FHEMIG / HJK, Hospital Júlia Kubitschek, Rua Doutor Cristiano Resende, 2745. Bairro Araguaia. Belo Horizonte, MG.

Introdução: A distrofia muscular de Duchenne (DMD) é patologia associada a inúmeras implicações anestésicas. O feocromocitoma é um tumor de células cromafins secretor de catecolaminas e por isso demanda cuidados especiais. O objetivo do trabalho é relatar estratégia anestésica utilizada em paciente portador de DMD para cirurgia de ressecção de feocromocitoma.

Relato de Caso: O trabalho consiste em relato de caso. Paciente J.O.D., 19 anos, sexo masculino, portador de DMD com diagnóstico de feocromocitoma, admitido para ressecção do tumor. Realizado preparo pré-anestésico com prazosin por 22 dias e propranolol por 7 dias anteriores à cirurgia. Exames pré-operatórios como ECG e ECO sem alterações significativas e prova de função pulmonar evidenciando distúrbio restritivo leve. Monitorização: oxímetro de pulso, ECG, pressão arterial invasiva, capnografia, analisador de gases, temperatura esofágica, glicemia capilar seriada e débito urinário. Puncionado acesso venoso central e realizada peridural para analgesia pós-operatória, punção nível T7-T8 com 12 mL de ropivacaína 0,25% e morfina 2mg. Feita lavagem do circuito com alto fluxo de gases frescos, trocada a cal sodada e retirados os vaporizadores do aparelho de anestesia. Realizada anestesia venosa total com remifentanil e propofol em infusão contínua, sem uso de bloqueador neuromuscular. No per-operatório apresentou picos hipertensivos acompanhados de bradicardia à manipulação do tumor, controlados com nitroprussiato de sódio. Após exérese do tumor houve queda pressórica transitória, sendo usada noradrenalina em infusão contínua. O paciente foi extubado ao final do procedimento e encaminhado à UTI estável, sem uso de aminas, em ventilação espontânea. Recebeu alta da UTI no 3º DPO e alta hospitalar no 5º DPO.

Discussão: A DMD é a principal distrofia da infância, causada por mutação recessiva no gene do cromossomo X que codifica a distrofina e está associada a complicações cardiopulmonares. É controversa a associação entre DMD e hipertermia maligna, contudo a exposição a agentes inalatórios pode levar à síndrome 'hipertermia-like' com rabdomiólise e hipercalemia. A succinilcolina está relacionada à hipercalemia grave e deve ser evitada. O tratamento cirúrgico do feocromocitoma é frequentemente curativo, porém as complicações per-operatórias podem ser fatais. As principais intercorrências são oscilações pressóricas e de frequência cardíaca, podendo desencadear arritmias e infarto do miocárdio, dentre outras complicações. É recomendado o início do α -bloqueador, que está relacionado à diminuição da mortalidade, antes do uso do β -bloqueador. Não foi encontrada na literatura pesquisada associação entre DMD e feocromocitoma.

Referências Bibliográficas:

1. Pediatric Anesthesia, 2008, 18:100-106.
2. Anesthesia & Analgesia, 2009, 109:1043-8.
3. Anesthesia & Analgesia, 2000, 91:1118-23.

ID: 00739-00002

ANESTESIA PARA PACIENTE PORTADORA DE DOENÇA DE ALZHEIMER EM USO DE RIVASTIGMINA

Autores:

Vianna, B.S.B.; Caixeta, L.P.S.P.; Ferreira, R.E.P.; Bueno, A.C.; Pontes, I.R.; De Maria, C.M.F.

Instituição:

CET-SBA FHEMIG / HJK, Hospital Júlia Kubitschek, Rua Doutor Cristiano Resende, 2745. Bairro Araguaia. Belo Horizonte, MG.