

ID: 01025-00001

MANUSEIO DA VIA AÉREA NA SINDROME DE GOLDENHAR

Autores:

Sadatsune, E.J.; Leal, P.C.; Oliveria, K.F.; Moreira, T.A.; Souza, C.M., Munechika, M.

Instituição:

UNIFESP, Universidade Federal de São Paulo, Rua Botucatu, 740

Introdução: A síndrome de Goldenhar (SG) ou displasia óculo-aurículo-vertebral é uma doença que se caracteriza por assimetria e hipoplasia facial, micrognatia, hipoplasia do arco zigomático, mal formação de orelha externa, perda auditiva, palato ogival, deformidade lingual e cardiopatia congênita. Pacientes com anomalias afetando via aérea são um desafio para o anestesiolegista.

Relato de Caso: Paciente masculino, 15 anos, 48 kg, 165 cm, estado físico PII, com diagnóstico de Síndrome de Goldenhar, foi submetido a correção de microtia em orelha esquerda. Havia sido submetido a gastrostomia aos 6 meses, correção de CIV com 1 ano, cirurgia de microssomia hemifacial e postectomia. Relatava antecedente de falha de intubação com laringoscopia direta durante ato anestésico préveo. Ao exame físico apresentava micrognatia, Mallampati 3, abertura oral de 3 cm, distância tireomentoniana de 5 cm e esternomentoniana de 11 cm. Foi monitorizado com oximetria, pressão arterial não invasiva, eletrocardiografia, capnografia e termômetro. Realizada intubação acordada guiada por broncofibroscopia sob sedação com midazolam 2 mg e sufentanil 5 mcg, associada a anestesia tópica do orofaringe com spray de lidocaína 10% e bloqueio transcrânioideano com 2 ml de lidocaína 2%. O paciente permaneceu em ventilação espontânea e colaborativo durante todo o procedimento de intubação. Após a confirmação pela presença de curva de capnografia, foi realizada a indução anestésica com propofol, sufentanil e atracúrio. O procedimento cirúrgico teve duração de 7 horas, sem intercorrências. O paciente foi extubado acordado e encaminhado à sala de Recuperação Pós-Anestésica.

Discussão: Pacientes com deformidades craniofaciais frequentemente se associam a ventilação e intubação difíceis. Alternativas a laringoscopia direta podem ser necessárias. A intubação sob sedação leve e ventilação espontânea permanece sendo a técnica de eleição na suspeita de uma via aérea difícil.

Referências Bibliográficas:

1. Journal of Clinical Anesthesia, 2008; 20: 214-217.
2. Pediatric Anesthesia, 2005; 15: 529-535.

ID: 01027-00001

OTIMIZANDO O RELACIONAMENTO NO PERIOPERATÓRIO. CENÁRIO PROPOSITIVO GERAL DE UMA OFICINA INTERDISCIPLINAR

Autores:

Pandikow, H.M.A.; Felix, E.A.; Almeida, T.; Stefani, L.C.

Instituição:

HCPA, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rua Ramiro Barcelos, 2350, CEP 90035-903 Porto Alegre RS

Introdução: Muito embora avanços nos campos científicos e tecnológicos tenham contribuído para melhorar o desempenho dos profissionais da saúde, a prática interacional segue sendo insuficiente. Dada a complexidade de processos envolvendo pré-anestésico, intra-operatório e sala de recuperação pós-anestésica, pouco é conhecido sobre o trabalho dos colegas anestesistas no dia a dia e de áreas afins. Como dito, uma oficina interdisciplinar foi programada para oferecer um panorama geral da estrutura organizacional do perioperatório. Objetivos: Apresentar os resultados das avaliações quantitativas e qualitativas obtidas em oficina integradora de serviços do perioperatório do HCPA.

Método: Questionário prévio à oficina (108 respondentes) alinhado por módulos específicos e por grupos de trabalho (GT: anestesia, enfermagem, cirurgia, administrativo, engenharia clínica e farmácia) listando atributos a serem pontuados numericamente por área (0-10), segundo a percepção dos respondentes quanto à efetividade de recursos disponíveis em cada

área (módulos). O escore abaixo de sete definiu o ponto de corte para as mudanças pretendidas e que foram apresentadas por cada GT durante a oficina. Questões abertas para livre expressão dos respondentes, com significado recorrente, foram categorizadas em indicadores por área. No plenário da oficina (122 inscritos presentes) as intervenções cabíveis foram incorporadas nas análises.

Resultados: A diversidade de GTs aumentou o potencial qualitativo para mapear o perioperatório e criar uma tábua mínima de variáveis críticas (< 7) que integraram aspectos de pontualidade, logística nos agendamentos, pacientes complexos com rotinas específicas, clareza verbal e escrita para comunicar dados (clínicos, cirúrgicos, falhas em equipamentos; alocação de recursos humanos); todas requerendo melhoria para garantir a desejável precisão de conjunto. As variáveis > 7 vincularam-se ao manejo de situações não previstas, cuidados perioperatórios de pacientes complexos e relacionamento interpessoal.

Conclusões: Os dados desta oficina foram divulgados em setembro de 2009 (Semana Científica do HCPA) para permitir às áreas do perioperatório se enxergarem nas competências avaliadas. No ideário funcional somos bem mais parecidos do que imaginamos. Assim estamos empenhados, presentemente, no processo para uma mudança de cultura mais focada na capacitação para comunicar e definir funções específicas na rede assistencial do perioperatório.

Referências Bibliográficas:

1. ORN J. 1999 Mar;69(3):551-3.
2. N Engl J Med 2009 360: 491-9.

ID: 01028-00001

QUIMIOTERAPIA INTRA-ARTERIAL CEREBRAL COM DISRUPTURA DE BARREIRA HEMATOENCEFÁLICA(BHE)

Autores:

Oliveira, C.M.J.; Giusti, A.C.; Silva, E.D.; Simões, C.M.; Menezes, C.C.

Instituição:

HSL/SMA, CET Hospital Sírio Libanês / Serviço Médico de Anestesia, R. Dona Adma Jafet, 50, 3º andar.CEP 01308-050.Bela Vista.São Paulo

Introdução: Os pacientes selecionados para quimioterapia intra-arterial cerebral com ruptura de BHE, geralmente não apresentam nenhuma outra comorbidade, apresentam focos tumorais múltiplos e são refratários ao tratamento cirúrgico e quimioterápico. O procedimento requer anestesia geral pois gera dor, provoca elevação transitória da pressão intracraniana, induz à midríase bilateral, à instabilidade hemodinâmica e crises convulsivas focais ocorrem em 5% dos casos, necessitando de medidas específicas. Além disso a escolha do agente anestésico é importante para a quebra da BHE e potencialização da disponibilidade e toxicidade relacionadas à carboplatina no sistema nervoso central. Nessas condições, o propofol se mostrou como melhor agente hipnótico por reunir todas essas qualidades. Em nosso serviço foram realizados dois casos no centro de diagnóstico, conduzidos de forma semelhante com evolução satisfatória.

Relato dos Casos: O.C.R.F, masculino, 52 anos, 63kg, 1,70m, estado físico ASA 2, com diagnóstico de melanoma metastático refratário à ressecção cirúrgica e à quimioterapia. Apresentava parestesia de mão direita, sem outras alterações. S.O.T, feminino, 57 anos, 69,1kg, 1,59m, estado físico ASA2, com melanoma metastático refratário à ressecção cirúrgica e à quimioterapia. Apresentava diminuição de força muscular em membro inferior direito associado a hiperreflexia e linfedema de membro superior direito. Ambos pacientes faziam uso de dexametasona 8/8h, fenobarbital 100mg 8/8h, diazepam 100mg 1vez/dia. Apenas o primeiro paciente recebeu Midazolam 15mg via oral com medicação pré-anestésica. Os pacientes foram monitorizados com cardioscopia, oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva, índice bispectral (BIS) e sondagem vesical de demora. Após denitrogenação com oxigênio a 100%, indução venosa com fentanil 50mcg/kg, propofol 2mg/kg, lidocaína 2% 40mg e cisatracúrio 0,15mg/kg, seguida de intubação orotraqueal. Anestesia mantida com propofol 1% e remifentanil contínuos. Durante a infusão rápida de manitol 25%(30 segundos) houve aumento progressivo do BIS sem alterações na taxa de supressão, acompanhado de bradicardia e hipertensão. Não houve sinais sugestivos de crise convulsiva focal, mas um dos pacientes apresentou transitoriamente midríase unilateral, hiperemia de face ipsilateral e edema retrobulbar. Ao final do procedimento, ambos foram