

parte hemodinâmica e ventilatória da paciente, optamos por extubar em sala. A paciente foi acompanhada pela clínica de origem e pela anestesiologia, recebendo antibioticoterapia e assistência pela fisioterapia. Teve alta hospitalar nove dias após para acompanhamento ambulatorial. A broncoaspiração, devido a sua gravidade, preocupa os anestesiológicos, principalmente durante a indução anestésica, em pacientes considerados "estômago cheio". Após uma rigorosa avaliação, anamnese e exame físico, levando em consideração as comorbidades prévias, é tomada a decisão sobre a melhor forma de se abordar a via aérea do paciente. Se intubação em seqüência rápida ou acordado. Neste processo é discutido a real importância da manobra de Sellick, visto que atuais trabalhos tem questionado sua funcionalidade. Ressaltamos também que mesmo após a garantia da via aérea, outros cuidados devem ser tomados no intraoperatório, como a manipulação do paciente e a pressão utilizada para inflar o balonete. Se após a intubação for verificado broncoaspiração pelo tubo, principalmente de conteúdo fecal, devido a sua gravidade, medidas específicas devem ser tomadas, visando diminuir danos. Como aspiração do tubo, não utilizar pressão positiva, para não disseminar para vias distais e a não instalação de soluções fisiológicas ou alcalinas, pois reduz a complacência e a PO₂, aumentando o shunt pulmonar e agravando o quadro. Uma análise peri e pós-operatória é necessária para decidir pela extubação ou não do paciente, logo após o procedimento. O uso de antibioticoterapia profilática, é questionado, e deve ser avaliado em cada caso. A suspeita da aspiração, obriga a uma vigilância respiratória, com acompanhamento da fisioterapia. Para concluir é exposta uma discussão com revisão bibliográfica sobre o assunto, que ainda gera divergência em alguns pontos na literatura, mas buscando o que há de mais recente e seguro para o paciente.

Referências Bibliográficas:

1. Rice et al.-Cricoid pressure results in compression of the postcricoid hypopharynx: The esophageal position is irrelevant; *Anesthesia & Analgesia*; 2009; 109:1564-52.
2. Barash et al.-Anestesia Clínica, 4º Ed; Barueri/SP, Editora Manole, 2004; 1391-1392.
3. Smith et al.-Cricoid pressure displaces the esophagus: An observational study using magnetics resonance imaging; *Anesthesiology*; 2003; 99:60-4

ID: 01115-00001

AVALIAÇÃO DO APRENDIZADO DA TAREFA PRÁTICA DE INTUBAÇÃO TRAQUEAL PARA RESIDENTES DO PRIMEIRO ANO EM ANESTESIOLOGIA

Autores:

Broenstrup, J.B.C.; Coelho, A.S.Jr.; Correa, J.F.; Felix, E.A.

Instituição:

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

Introdução: A intubação traqueal é um procedimento que pode salvar vidas, mas que também tem potencial para causar prejuízo à saúde dos pacientes. Não há evidência suficiente na literatura sobre o tempo e o número de intubações traqueais necessários que garantam a proficiência nesta tarefa. Objetivo: avaliar o aprendizado da intubação traqueal por laringoscopia direta (ITLD) dos oito residentes de Anestesiologia em seu primeiro semestre de treinamento, através da construção de curvas de aprendizado.

Método: estudo de coorte retrospectivo, com dados obtidos a partir do Centro de Ensino e Treinamento (CET) de Anestesiologia. A coorte foi composta pelos 8 residentes do 1º ano, acompanhados durante os primeiros seis meses de treinamento. As curvas de aprendizado foram construídas pelo método da Soma Cumulativa dos desvios (CUSUM).

Resultados: O número médio de ITLD por residente foi de 165 nos 6 meses do estudo. Baseado nas curvas de aprendizado, nenhum dos residentes demonstrou ter atingido o aprendizado na tarefa: 5 deles ficaram na área de não-aprendizado e 3 ficaram na área de indefinição. No entanto, todas as curvas apontavam claramente em direção à área de aprendizado, necessitando apenas mais tempo e mais prática na tarefa.

Conclusão: Os resultados corroboram a impressão clínica de que um número maior do que aquele exposto na literatura deva ser necessário para garantir o aprendizado na tarefa de ITLD. Os CETs devem

manter programas de avaliação da qualidade do aprendizado e oferecer oportunidade suficiente para que o treinamento de seus residentes leve à proficiência.

ID: 01119-00001

ALTA DA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA: O QUE OS ANESTESIOLOGISTAS CONSIDERAM EM SUA PRÁTICA

Autores:

Rigodanzo, L.C.; Piccinini, V.C.; Sá, G.A.

Instituição:

CET SAMPE - HCPA, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rua Ramiro Barcelos, 2350, Bairro Santa Cecília, Porto Alegre-RS - CEP 90035-903

Introdução: A alta da sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) é baseada em critérios clínicos e/ou em escalas predeterminadas. As escalas existentes levam em conta diversos critérios de alta, sem, contudo, contemplarem todos os aspectos a serem observados para a alta de pacientes, seja hospitalar ou para a unidade de internação. A grande variabilidade entre os pacientes e entre os procedimentos cirúrgicos dificultam a elaboração de uma escala universal ou o cumprimento por todos os anestesiológicos de critérios pré-estabelecidos. Por estes motivos, decidiu-se observar quais critérios são considerados pelos anestesiológicos para a alta de pacientes da SRPA no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Método: Durante uma semana do mês de julho de 2010 foi aplicado aos anestesiológicos do HCPA um formulário com questões sobre a prática na alta da SRPA. Eram questionados sobre quais critérios utilizavam para determinar o momento e as condições de alta dos pacientes em diferentes situações relacionadas à transferência para a unidade de internação ou à alta domiciliar. O retorno dos formulários era facultativo e anônimo. Os resultados foram avaliados pela frequência de resposta para cada item questionado entre os formulários retornados.

Resultados: Foram entregues 29 questionários e retornaram 17 questionários completos. Destes, 72,47% relatam uso de uma escala para decisão na alta da SRPA, e a escala de Aldrete-Kroulik modificada foi a escolhida por todos, tanto para alta ambulatorial quanto para alta de pacientes internados. Dos entrevistados, 88,23% relataram que o estado físico da ASA é um critério que interfere na avaliação do tempo de permanência na SRPA, seja para pacientes internados ou ambulatoriais. Para todos, o tipo ou o porte do procedimento realizado interfere na avaliação do tempo de permanência na SRPA de pacientes ambulatoriais, e para 94,12% este critério importa em pacientes internados. A micção espontânea é um critério necessário à alta de pacientes internados para 52,94% quando os pacientes são submetidos a bloqueio neuroaxial, para 47,06% quando há opióide neuraxial e para 41,18% quando submetidos à anestesia geral. Para pacientes sujeitos à alta ambulatorial foram observados, respectivamente, 94,12%, 100% e 82,35%. Para pacientes ambulatoriais, 82,35% consideram a presença de estabilidade dos sinais vitais por 60min imprescindível para a alta, e para pacientes internados, 64,71% o consideram.

Discussão e Conclusões: Encontramos uma grande diversidade de condutas, não havendo padronização de rotinas amplamente aceitas. Isto provavelmente se deve a carência de dados na literatura que orientem a alta da SRPA, o que demonstra haver um grande campo de pesquisa e padronização.

Referências Bibliográficas:

1. *J Clin Anesth*, 1995; 7:89-91.
2. *Can J Anaesth* 2006; 53:858-872.
3. *Br J Anaesth* 2004; 93:768-774.

ID: 01122-00001

TAQUICARDIA VENTRICULAR INCESSANTE DURANTE O IMPLANTE DE CARDIOVERSOR-DEFIBRILADOR IMPLANTÁVEL RESSINCRONIZADOR

Autores:

Firme, E.P.; Barbosa, M.P.B.; Queiroz, D.V.; Gonçalves, M.T.; Carneiro, J.M.; Miguel, F.A.M.

Instituição:

HFSE, Hospital federal dos Servidores do Estado, Rua Sacadura Cabral,