

Recorrência de hérnia inguinal é uma complicação cirúrgica comum, ocorrendo em 13% dos casos. Dentre os fatores contribuintes, experiência do cirurgião é um dos principais. Por outro lado, outros aspectos - não claramente identificados e origem multifatorial - carecem de identificação ou melhor comprovação.

Objetivo

Avaliar a taxa de recidiva de hérnias inguinais no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e o quanto a experiência do cirurgião - em formação ou não - influencia na ocorrência de recidiva.

Metodologia

Revisão de prontuários de herniorrafia inguinal do Departamento de Cirurgia Geral HCPA nos anos de 2013-2015 (follow-up mínimo de 5 anos). O único critério de exclusão foi idade menor que 18 anos. Para as informações não incluídas no prontuário, foram realizados contatos telefônicos. Análise estatística foi realizada com o software SPSS versão 23.0.

Resultados

Foram avaliados 751 prontuários de pacientes operados no período. 675 (89%) homens. Idade média de 58,8 anos (+15,6). O tempo cirúrgico médio foi de 156,7 minutos (+ 55,1). O ASA (American Society of Anesthesiologists) desses pacientes foi I em 22%, II em 62% e III em 13%. O contato telefônico teve sucesso em 513 (68%) tentativas. Nesses a taxa de recidiva foi de 8% em um tempo médio de 12 meses. Nos pacientes recidivados, 37% foram operados por cirurgião experiente, 34% por residente do primeiro ano, 23% operados por residente do segundo ano.

Conclusão

Mesmo em instituição de ensino/pesquisa, com a disponibilização de mecanismos de auxílio (prontuário eletrônico com dados demográficos dos pacientes), surgem dificuldades para encerrar a coleta de dados relativa ao seguimento desses pacientes. O insucesso na comunicação com esses pacientes, na sua maioria, ocorreu devido à grande frequência de mudança de número de telefone e de endereço. Além disso, no nosso sistema de saúde, um dos nossos empecilhos está na impossibilidade de realização de seguimento ambulatorial por períodos mais longos.

Nossa taxa de recidiva, foi abaixo da média relatada na literatura e a experiência do cirurgião, no nosso meio, parece não influenciar nesse fato. Para uma análise mais bem estruturada, ampliar o banco de dados e aprofundar a análise estatística será necessário. Outros fatores (técnica operatória empregada, tipo de defeito, comorbidades...) ainda não foram incluídos nessa análise e necessitam ser analisados no futuro.

2317

EFITO DA ESTIMULAÇÃO TRANSCRANIA DE CORRENTE CONTÍNUA NO SISTEMA MODULATÓRIO DESCENDENTE DA DOR É REDUZIDO PELA ANALGESIA HIPNÓTICA: UM ESTUDO DE PROVA DE CONCEITO

BRUNO SCHEIN CAVALHEIRO CORRÊA; GERARDO BELTRAN SERRANO; LAURA POOCH RODRIGUES; MAXCIEL ZORTEA; IRACI LUCENA DA SILVA TORRES; FELIPE FREGNI; WOLNEI CAUMO

HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: A Estimulação Transcraniana de Corrente Contínua (ETCC) e a hipnose são técnicas neuromodulatórias capazes de alterar o processamento da dor. A ETCC pode modular o processamento ascendente ou descendente da dor. Já a hipnose atua principalmente no nível cortical, reduzindo a percepção da dor e suas respostas emocionais. As duas técnicas apresentam efetividade no tratamento da dor, no entanto, o efeito combinado dessas técnicas no sistema modulatório descendente da dor (SMDD) e na percepção da dor ainda não foi explorado. **Objetivos:** Este estudo avaliou se ETCC combinada à analgesia hipnótica (AH) seria mais efetiva do que apenas ETCC e/ou ETCC simulada (s-ETCC)+AH nos seguintes desfechos: função do sistema modulatório descendente da dor (SMDD), teste de Modulação Condicionada da dor (CPM-task) (desfecho primário), Limiar de dor ao calor (HPT), tolerância a dor por calor (HPTo), e teste de pressão a frio (TPF) (desfechos secundários). Também examinamos se o efeito das intervenções está relacionado a estados de neuroplasticidade avaliados pelo fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF) sérico. **Métodos:** Quarenta e oito mulheres saudáveis, entre 18 e 45 anos de idade, com alta suscetibilidade à hipnose, receberam uma sessão dos quatro tratamentos alocados numa sequência randomizada cruzada incompleta ((ETCC ativa (a-ETCC)+AH, ETCC simulada (s-ETCC)+AH, a-ETCC ou s-ETCC). A ETCC ativa ou simulada foi aplicada no córtex dorsolateral pré-frontal esquerdo (DLPFC) (anodal) e catodal sobre o DLPFC por 20 min a 2mA. **Resultados:** Um modelo linear generalizado mostrou um efeito principal significativo para o grupo de intervenção ($P < 0,032$). O valor delta dos escores da Escala Numérica Verbal de Dor (NPS0-10) (diferença entre pré e pós intervenção) durante o CPM-task foi aferido. No grupo a-ETCC+AH foi de -0,25 (0,43), e nos demais grupos foi a-ETCC=-0,54 (0,41); AH -0,01(0,41) e s-ETCC+AH=-0,19 (0,43). Apenas a-ETCC+AH aumentou substancialmente a tolerância a dor no TPF em comparação com as outras intervenções ($p=0,007$). Além disso, níveis basais mais altos de BDNF foram associados com uma mudança maior na tolerância da dor no TPF ($\beta=0,224$; $P=0,029$) e HPTo($\beta=0,029$; $P=0,002$). **Conclusão:** Esses achados indicam que AH combinada à a-ETCC atenuou o efeito da ETCC sobre o SMDD. a-ETCC regula positivamente a inibição do SMDD, enquanto a HS melhora a tolerância a dor. Combinadas as técnicas aumentam a tolerância a dor substancialmente durante o TPF.

2355

RETENÇÃO URINÁRIA AGUDA PÓS-OPERATÓRIA EM PACIENTES ORTOPÉDICOS SUBMETIDOS À RAQUIANESTESIA COM MORFINA VERSUS RAQUIANESTESIA SEM OPIOIDE ASSOCIADA A BLOQUEIO DE NERVO PERIFÉRICO: UM ESTUDO CLÍNICO RANDOMIZADO

CAROLINA LOURENZON SCHIAVO; SIMONE MARIA GUSKE PETRY; PATRICIA WAJNBERG GAMERMANN; OLAVO HAAS DE SOUZA GASTAL; LUCIANA PAULA CADORE STEFANI

HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre