

que realizaram exame anatomo-patológico, entre maio de 1999 e janeiro de 2004 no Laboratório de Patologia do Hospital Santa Rita de Porto Alegre. Os resultados dos painéis imunohistoquímicos foram analisados em termos de percentagem. Foram registrados 55 casos com diagnóstico de linfoma de Hodgkin, contemplando 35 homens e 25 mulheres. A amostra apresentava um intervalo de idade entre 6 e 82 anos com média de 33,96±18,98. Foram estabelecidos diagnóstico de tipo histológico em 49 dos casos, encontrando-se 37 casos de Esclerose nodular (67%), 10 casos de Celularidade mista (19%), um caso de Predominância linfocitária (2%) e um caso de Depleção linfocitária (2%). O grupo de Linfomas EN apresentou CD3 positivo em 92% dos casos, CD15 positivo em 88% dos casos, CD20 positivo em 100% dos casos e CD30 positivo em 92% dos casos. O grupo de Linfomas CM apresentou CD3 positivo em 80% dos casos, CD15 positivo em 70% dos casos, CD20 positivo em 60% dos casos, e CD30 positivo em 100% dos casos. Os resultados encontrados vão ao encontro dos dados descritos na literatura. A prevalência dos tipos de linfoma hodgkin corresponde à distribuição epidemiológica da população mundial. O perfil imunohistoquímico descrito concorda com a noção de que tais parâmetros constituem-se marcadores específicos para o diagnóstico desta neoplasia.

**ACTINOMICOSE EM OUVIDO MÉDIO.** Silva LLM, Toscani NV, Pegas KL, Oliveira FM, Severo LC, Barra MB. Laboratório de Micologia e Patologia – Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre. Outro.

A actinomicose é uma infecção incomum no ouvido médio. É causada pelo *Actinomyces israelii*, um fungo filamentosos e anaeróbico, que apresenta baixas taxas de crescimento em meio de cultura. Existem poucos relatos da ocorrência da infecção do terço médio do conduto auditivo pelo *A. israelii* na literatura médica. Olson et al (Int J Pediatr Otorhinolaryngol 1989;17(1):51-5) relataram a ocorrência de somente 21 casos desta doença na literatura. Os autores relatam o caso de uma paciente de 32 anos, sexo feminino, com diagnóstico anatomo-patológico e micológico de actinomicose no terço médio do ouvido direito. A paciente apresentou otite média crônica colesteatomatosa no ouvido direito, sendo submetida à mastoidectomia. Os colesteatomas são frequentemente associados à otite média. São lesões císticas de tamanho variado (1 a 4 cm de diâmetro), revestidas por epitélio escamoso queratinizante ou por epitélio mucossecretor metaplásico, podendo conter ou não espículas de colesterol. A paciente foi submetida à mastoidectomia radical, sendo a peça cirúrgica encaminhada para o Serviço de Patologia do Complexo Hospitalar Santa Casa para a realização do exame anatomo-patológico e micológico. Os exames firmaram o diagnóstico de actinomicose, evidenciando na peça uma mucosa com severa inflamação crônica, com a presença de filamentos compatíveis com actinomicose. A pesquisa bibliográfica sobre a ocorrência desta infecção no ouvido médio revelou poucos relatos de casos, sendo que estudos epidemiológicos sobre esta associação infecção-local não apresentam mais de 30 casos relatados até hoje nas principais bases de dados médicos. O tratamento preconizado para o tratamento desta doença é cirúrgico (timpanomastoidectomia) seguido pela administração de antibióticos por 3 a 6 meses.

## ANESTESIOLOGIA

**TRANSPORTE DE RECÉM-NASCIDOS PARA O BLOCO CIRÚRGICO: OS RISCOS JUSTIFICAM A IMPLANTAÇÃO DE UMA UNIDADE ANESTÉSICO-CIRÚRGICA NA UTI NEONATAL?.** Oliveira LT, Campelo JN, Zambrano CB, Arenson-Pandikow HM. Serviços de Anestesia e de Neonatologia/HCPA /Faculdade de Medicina/UFRGS. HCPA.

Fundamentação: Os avanços no manejo do paciente cirúrgico recém-nascido (RN) mostram que a diminuição da mortalidade não parece estar relacionado com a introdução de novas técnicas cirúrgicas e sim com o nível da qualidade do atendimento perioperatório dos pacientes nesta faixa etária (Rowe MI, Rowe AS. American Journal of Surgery 2000;180(5):345). Objetivos: Avaliar o modelo de atendimento cirúrgico vigente no HCPA neste grupo específico de pacientes. Causística: Participou deste estudo observacional qualquer paciente internado na UTI neonatal do HCPA candidato à procedimento na Unidade do Bloco Cirúrgico (UBC) durante o período de abril a julho de 2003. Um protocolo foi elaborado para registro das etapas, tempos e atenção requeridos desde o momento em que o paciente fosse chamado para a UBC até sua chegada no local (intercorrências e complicações durante o preparo e transporte do paciente). O mesmo protocolo foi aplicado no final do procedimento cirúrgico até o retorno do paciente à unidade de origem. Resultados: Foi feito o acompanhamento integral de 10 pacientes. O tempo médio entre o chamado da UBC e a chegada do paciente à unidade foi de 19+7,1 minutos. Para o transporte de 6 pacientes foi preciso deslocar pessoal da função original de atendimento, sendo que em 1 paciente houve perda da linha venosa e cancelamento da cirurgia por falta de acesso venoso adequado. O tempo médio entre o término da cirurgia e a chegada na UTI neonatal foi de 22+3,5 minutos. O retorno exigiu, novamente, recursos pessoais extra em 6 casos. Em um destes, o anestesista realizou a transferência do paciente por indisponibilidade de neonatologista no momento do transporte; em outro houve falta de equipamento (respirador) por falha na comunicação entre as unidades. Nas duas ocasiões, o tempo médio registrado foi de 41+2,3 minutos. Conclusões: As dificuldades relatadas neste curto período de avaliação exemplificam as limitações e riscos encontrados na rotina assistencial ao RN cirúrgico. A criação de área cirúrgica específica dentro da UTI neonatal resolveria os problemas com transporte, otimizaria os recursos materiais e humanos na área, diminuiria a morbidade para os pacientes e os custos para a instituição.

**IDENTIFICAÇÃO DE FATORES QUE INTERFEREM NA AGENDA DO BLOCO CIRÚRGICO.** Bortolomio F, Arenson-Pandikow HM, Russo SC, Jong M, Silva JF, Merten M, Hirata VN. Serviço de Anestesiologia; GRH; GPPG. HCPA - UFRGS. Fundamentação: Uma agenda cirúrgica mal planejada que sofre adiamentos, cancelamentos e substituições ao longo do dia torna a atividade na área do Bloco Cirúrgico (BC) desorganizada e muito cara (Malhotra, ASA Annual Refresher Courses, 1999;152:1-7). O cumprimento da agenda está sendo, com efeito, um dos indicadores eleitos para avaliar o desempenho do BC. Contudo, o número elevado de cirurgias agendadas e suspensas no HCPA impõe uma reavaliação das etapas do

processo de atendimento neste setor para determinação dos fatores que comprometem a agenda cirúrgica. Objetivos: Identificar fatores que determinam o não cumprimento da agenda cirúrgica. Causística: Estudo observacional que incluiu todos os pacientes agendados no BC do HCPA para procedimento cirúrgico nas salas 04 e 10, no período de 02 a 20 de dezembro de 2002, de segunda a sexta-feira das 7 às 19h. Os dados foram coletados pela equipe técnica em uma ficha de avaliação que continha variáveis como horário previsto da cirurgia, motivo de suspensão da cirurgia, horário de início e término da anestesia e da cirurgia, início e término da limpeza da sala. Os levantamentos das informações contidas nas planilhas foram armazenados em banco de dados no programa Excel do "Windows". A análise estatística foi realizada no programa SPSS do "Windows". Resultados: Obtivemos 30 salas-dia com 111 cirurgias agendadas. Dessas, 47 (42,34%) não foram realizadas devido a causas diversas quais sejam: não comparecimento de 5 pacientes (4,50% das cirurgias agendadas e 10,64% das canceladas), 9 foram canceladas pelo anestesista e/ou cirurgião por falta de condições clínico-cirúrgicas dos pacientes (8,11% das cirurgias agendadas e 19,15% das canceladas), 11 por "overbooking" (9,91% das agendadas e 23,40% das canceladas) e 21 pacientes por causa não especificada (18,92% das cirurgias agendadas e 44,07% das canceladas). Incluindo as 27 cirurgias não agendadas (16 aproveitamentos de sala, 8 cirurgias agendadas em outra sala e 3 urgências), a taxa de ocupação média destas salas foi de 70,18%. Com relação ao horário de início dos procedimentos observamos que em 11 salas-dia (36,67%) o primeiro procedimento do iniciou antes das 7:30, em 10 salas-dia (33,33%) iniciou entre 7:31 e 8:00 e em 9, (18%) iniciou após as 8:00. Conclusões: O levantamento realizado apontou para as seguintes evidências: 1) a agenda está mal-planejada e sub-aproveitada; 2) a alta incidência de cancelamentos não é completamente compensada pelos aproveitamentos de sala; 3) os procedimentos do turno da manhã, se iniciados nos horários previstos, certamente evitariam atrasos/suspensões nos turnos subsequentes; 4) o sistema de informações pouco preciso sobre o cancelamento de cirurgias deve ser revisto.

#### **RECUPERAÇÃO DOS PACIENTES ANESTESIADOS NO CENTRO CIRÚRGICO AMBULATORIAL (CCA). ANÁLISES PRELIMINARES..** Pereira GL, Klippel R, Malheiros R, Arenson-Pandikow HM. FAMED/HCPA/UFRGS. FAMED - UFRGS.

Justificativa e objetivos: Existe uma demanda econômica crescente para expandir serviços no CCA e aumentar a rotatividade assistencial à pacientes de todas as faixas etárias e portadores de comorbidades. Em decorrência, popularizou-se no setor o emprego de fármacos de efeito rápido na indução/despertar dos pacientes, os quais têm garantido resultados satisfatórios em termos de segurança e na agilização dos atendimentos. Este trabalho avalia a qualidade da recuperação dos pacientes após procedimentos eletivos de ambulatório. Metodologia: Estudo observacional, prospectivo que incluiu 190 pacientes anestesiados durante o mês de outubro de 2002. Dados demográficos e de anestesia foram coletados pelo mesmo observador, consecutivamente, na chegada dos pacientes à sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), utilizando protocolo estruturado nos itens: presença de comorbidades; tipo de procedimento; nível de consciência; intervenções (SpO<sub>2</sub>, oxigenoterapia, medicações para náuseas e vômitos (N/V), e dor); categorias do nível de dor por escala análogo-visual (EAV 100mm) e tempo de permanência na SRPA (até 6 horas ou mais). Os dados foram analisados no SPSS, versão 11.5, aplicando testes adequados, com nível de significância < 0,05. Resultados: Dos 190 pacientes, 6,4% eram adolescentes (até 18 anos); 52,4% de 19 a 39 anos; 28,3% de 40 a 59 anos; e 12,8% acima de 60. Sexo: 68,95 feminino; 30,5% masculino e 0,5% transexuais. Estado físico ASA I 34,9%, ASA II 56,6%, e ASA III 8,5%. Fatores de risco prevalentes: tabagismo 53,7% (sendo único fator em 27,9% dos pacientes) e hipertensão arterial em 27,9% dos casos. Pacientes por especialidade: gineco-mastologia 45,75%; psiquiatria/ECT 20%, otorrinolaringologia 17,4% e cirurgia geral 6,8%. Pacientes admitidos acordados na SRPA 70,5%; despertaram em 30 minutos 25,3% e excederam esse tempo 4,2%. Não houve a necessidade de oxigenoterapia ou reinstalação da monitorização pelo oxímetro de pulso em nenhum paciente. Apresentaram N/V quinze pacientes (7,9%). Dos que receberam antiemético profilático (8%), apenas um teve N/V. Referiram dor 54,2% dos pacientes. Desses, 36,3% tiveram dor até 4 pela EAV; 40,2% dor moderada e 23,5% acima de 7. Analgésicos foram administrados em 50,5% dos pacientes; 21,6% para dor moderada e 12,6% para dor forte. Houve associação positiva entre tempo de permanência na SRPA e dor pós-operatória (p=0.035), administração de analgésicos (p=0.001) e pacientes portadores de comorbidades (p=0.030). Conclusões: Este levantamento sugere que as rotinas anestésicas em vigor no CCA não produzem depressão respiratória na SRPA; que além da antiemese profilática, deve haver a adoção de medidas analgésicas com maior efeito residual diminuindo, provavelmente, o tempo de permanência na SRPA; que a maioria dos pacientes anestesiados no CCA tem estado físico comprometido (ASA II-III), exigindo supervisão médica continuada na SRPA.

#### **FÁRMACOS EMPREGADOS NAS ANESTESIAS REALIZADAS EM REGIME NÃO AMBULATORIAL..** Mantovani RV, Arenson-Pandikow HM, Bortolomio F. Núcleo de Avaliação em Anestesia (NAVA)/HCPA; Serviço de Anestesia/HCPA; Faculdade de Medicina/UFRGS; HCPA - UFRGS.

Fundamentação: A complexidade dos processos de gestão da qualidade médico-assistencial vem impondo a necessidade da busca de recursos próprios para monitorar o consumo de medicamentos em suas áreas de atuação. O banco de dados do Serviço de Anestesia do HCPA vem sendo sistematicamente aprimorado (Mantovani RV, Arenson-Pandikow HM, Revista HCPA, 2002; 22:16) para viabilizar informações que, se articuladas entre si, produzam referenciais úteis para gerar implementações gerenciais continuadas. Objetivos: Este trabalho propõe-se a apresentar o escopo da utilização dos fármacos anestésicos em pacientes internados. Causística: Levantamento que incluiu todos os pacientes cadastrados em nossa base de dados entre maio de 2002 a abril de 2003, candidatos à cirurgia eletiva, para análise das técnicas anestésicas e fármacos utilizados no intraoperatório. Resultados: Foram incluídos no banco 6.617 procedimentos dos quais 3.825 foram atendidos em regime de internação hospitalar. Destes, 2.027 (53%) receberam anestesia geral inalatória; 1.224 (32%) receberam anestesia condutiva subaracnóideia (BSA) e/ou peridural (BPD); 497 (13%) foram submetidos a anestesia geral+ regional e 77 (2%) a outras técnicas. A frequência da utilização dos fármacos (f) nas diferentes técnicas foi, por ordem decrescente: (f) fentanil em bolo em 2.649 pacientes, BPD em 302 casos e em BSA, 232; (f) isoflurano de 2.184 casos; (f) midazolam de 2.135 procedimentos; (f) atracúrio de 1.790 casos; (f) propofol em bolo em 1.530 casos e 142 em infusão contínua; (f) bupivacaína em BPD de 77 casos, 137 com BSA isobárica e 957, BSA hiperbárica; (f) tiopental de 1.004 casos; (F) succinilcolina de 700 casos; (f) ropivacaína em BPD de 528 casos e em bloqueio peribulbar, 65; (f) morfina em bolo endovenoso em 111 pacientes,