

PO01-A1492

HIPOTERMIA – É NECESSÁRIO MUDAR DE ESTRATÉGIA

FRANCISCO MATIAS¹; LUIS CONCEIÇÃO²; SOFIA MARQUES²; JOÃO PEREIRA²; FRANCISCO MATOS²; MAFALDA MARTINS²



1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;

2 - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

INTRODUÇÃO

A hipotermia pós-operatória (HPo) tem sido identificada como uma causa importante de morbidade nos doentes cirúrgicos. Mesmo com evidência científica a defender a prevenção da HPo, a sua incidência permanece extremamente alta (50 a 90 %) - 1.

O presente trabalho tem como objectivo obter a incidência de HPo no nosso hospital e avaliar o impacto de medidas preventivas de hipotermia regularmente usadas.

METODOLOGIA

Avaliada a temperatura timpânica (média aritmética de três medições consecutivas, com termómetro Thermoal duo scan®) de doentes submetidos a cirurgia abdominal com anestesia geral aquando da chegada à Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA). Avaliação em 7 dias selecionados aleatoriamente de um período de 2 meses. Considera-se HPo e HPo severa uma temperatura timpânica inferior a 36°C e 35°C, respectivamente.

O valor obtido foi relacionado com a utilização de medidas preventivas da HPo. As análises estatísticas descritivas, gráficas e inferenciais foram executadas com o *software SPSS Statistics* (v.20, IBM SPSS, Chicago, IL). Para a avaliação do impacto de cada medida em particular recorreu-se ao Teste Exato de Fisher, considerando-se estatisticamente significativos um valor p inferior ou igual a 0,05.

RESULTADOS

Selecionados 71 doentes. A temperatura média à chegada à UCPA foi de 33,9°C ± 1,9°C (média ± desvio padrão). Obteve-se uma incidência de HPo de 90,1 % e de HPo severa de 80,2 % - Tabela 1.

Tabela 1

Total de Doentes	n = 71
Temperatura média do doente na UCPA	33,9 ± 1,9°C (M±DP)
HPo	90,1% (n=64)
HPo severa	80,2% (n=57)

M±DP= média ± desvio padrão ; n=número de casos;

A temperatura média da suite operatória foi de 20,1°±0,8° C (Média ± Desvio Padrão), não havendo diferença estatisticamente significativa com a temperatura da UCPA (p=0,21).

Todas as medidas preventivas da HPo começaram após a indução anestésica. Em 89 % dos casos foi usada uma única medida.

A análise do Teste Exato de Fisher permite-nos afirmar que as diferentes medidas preventivas usadas não mostraram ser fatores que contribuem para uma menor incidência de HPo, à excepção da realização do procedimento cirúrgico por via laparoscópica (p<0,05) – Tabela 2.

Tabela 2

Medida Preventiva	n	Valor p (Teste Exato de Fisher)
Procedimento por via laparoscópica	n = 16 (22,5%)	0,005
Sistema de aquecimento com ar forçado	n = 18 (25,4%)	>0,05
Aquecimento fluidos intravenosos	n = 7 (9,9%)	>0,05
Monitorização intra-operatória da temperatura	n = 7 (9,9%)	>0,05
Circuito semi-fechado	n = 62 (87,3%)	>0,05

n=número de casos

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A incidência de HPo no nosso centro é semelhante à descrita na literatura, contudo temos uma elevada incidência de HPo severa. As estratégias regularmente usadas para a prevenir não mostraram fazer diferença significativa na temperatura corporal pós-operatória. Apenas o facto do procedimento cirúrgico ser feito por via laparoscópica mostrou ter impacto estatisticamente significativo.

Estes resultados exigem uma mudança das nossas estratégias, a fim de evitar a HPo, melhorando assim a qualidade dos nossos cuidados.

REFERÊNCIAS 1- J Am Coll Surg 2009(209):492-503

PO02-A1497

A BAIXA RESERVA FUNCIONAL COMO FATOR DE RISCO PARA DELIRIUM PÓS-OPERATÓRIO (DPO)

ANA SOFIA CRUZ¹; MARIA VAZ ANTUNES²; ADRIANO MOREIRA²; CRISTIANA PINHO²; ALICE SANTOS²; FERNANDO ABELHA^{1,2}



1 - Serviço de Anestesiologia, Centro Hospitalar de São João;

2 - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

INTRODUÇÃO

O Delírium pós-operatório (DPO) consiste numa alteração aguda do estado cognitivo, caracterizada por flutuação do nível de consciência e desatenção, no período pós-operatório. ¹ Entre os vários fatores de risco para o seu aparecimento encontram-se as comorbilidades associadas a cada doente. ² Pretende-se com este estudo avaliar a incidência de DPO e as patologias prévias determinantes para a sua ocorrência.

METODOLOGIA

Após aprovação pela comissão de ética institucional, foi realizado um estudo observacional, prospetivo, em doentes agendados para cirurgia eletiva. Foram incluídos doentes com idade superior a 18 anos, submetidos a cirurgia não cardíaca, não obstétrica e não neurológica, admitidos na Unidade Pós Anestésica (UPA) entre junho e julho de 2012. Os critérios de exclusão foram: incapacidade de dar consentimento informado, o não domínio da língua portuguesa, as alterações cognitivas (Mini Mental State Examination <24). A presença de DPO foi avaliada através da Nursing Delirium Screening Scale (NUDESC) no momento da alta da UPA e 24h após a cirurgia. Foram consideradas diversas comorbilidades: Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), hipertensão arterial (HTA), baixa reserva funcional definida por METS<4 (BRF), anemia, patologias presentes no Índice Revisto de Risco Cardíaco de Lee, doença vascular periférica e

Síndrome da apneia obstrutiva do sono. Foi utilizada a análise descritiva e os testes de Qui-quadrado e Fisher para análises comparativas. Foi efetuada uma análise multivariada com regressão logística linear com o cálculo de Odds Ratio (OR) e do seu intervalo de confiança a 95 % (IC 95%).

RESULTADOS

Num universo de 221 doentes, verificou-se ocorrência de DPO em 25 doentes (11 %). Os doentes que desenvolveram DPO tinham mais frequentemente doença cardíaca isquémica (DCI) (35 % vs. 9 %, $p=0,001$), insuficiência renal crónica (IRC) (33 % vs. 10 %, $p=0,05$), HTA (19 % vs. 4 %, $p=0,001$), DPOC (31 % vs. 10 %, $p=0,009$) e BRF (60 % vs. 9 %, $p<0,001$). A BRF foi considerada um fator de risco independente para DPO (OR =15,2; IC 95 % 3,9-58,5, $p<0,001$).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A incidência de DPO na população estudada (11 %) está de acordo com a descrita na literatura (5 a 15 %)². As comorbidades associadas ao seu desenvolvimento foram a DCI, HTA, IRC, a BRF e DPOC. A BRF foi um fator de risco independente para o desenvolvimento de DPO.

REFERÊNCIAS 1. Anesth Analg 2011, 112:1186-93; | 1. Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain 2012, 12 (3).

PO03-A1506

INFECÇÃO NOSOCOMIAL EM CIRURGIA ORTOPÉDICA: UM ESTUDO COORTE PROSPECTIVO



EMANUEL ALMEIDA¹; GONÇALO FERREIRA²; MARIA MANSO²; DIANA HENRIQUES²; ALEXANDRA RESENDE¹

1 - Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria - Serviço de Anestesiologia;
2 - Hospital Beatriz Ângelo - Serviço de Anestesiologia

INTRODUÇÃO

As infeções nosocomiais (IN) afectam 5-10% dos doentes hospitalizados na maioria dos países europeus e envolvem sobretudo o aparelho urinário, ferida operatória, aparelho respiratório e corrente sanguínea, sendo responsáveis pelo aumento dos tempos de internamento, seus custos e morbimortalidade associadas.

Este estudo tem como objetivo verificar a incidência de IN após cirurgia ortopédica no nosso hospital, caracterizá-la e identificar potenciais fatores de risco.

METODOLOGIA

Após aprovação da Comissão de Ética, realizou-se um estudo de Coorte prospectivo, entre Maio a Dezembro de 2012, em doentes propostos para cirurgia ortopédica. Foram excluídos os doentes que apresentavam: idade inferior a 18 anos, cirurgia de ambulatório ou incapacidade em dar consentimento informado, por alterações cognitivas ou por barreiras linguísticas.

O diagnóstico de IN foi realizado de acordo com os critérios definidos pelo CDC.

Como objectivo principal, pretendeu-se determinar a incidência de IN no período peri-operatório e como objectivos secundários,

caracterizar a IN e identificar potenciais factores de risco associados.

Para a determinação dos factores de risco procedeu-se à análise estatística com recurso ao programa SPSS v20.0, que incluiu testes paramétricos e não paramétricos. Os dados categóricos foram avaliados através dos testes de qui-quadrado ou teste exato de Fisher. As variáveis contínuas foram comparadas pelos testes t de Student ou Mann-Whitney ($p<0,05$).

RESULTADOS:

Foram incluídos 308 doentes, sobretudo mulheres (51,6 %), com idade média de $59,6 \pm 18,1$ anos, 58% classificados como ASA 2.

Foram diagnosticados 44 doentes com IN (14,7%), 52,3% dos quais com infeção da ferida operatória, 25 % com infeção urinária, 4,5 % com infeção respiratória e 2,3 % com bacteriémia. 9,1 % dos doentes tinham 2 ou mais focos de infeção identificados.

Os agentes mais frequentemente identificados foram: *E. Coli*, *S. aureus*, *P. aeruginosa*, *Klebsiella spp* e *C. albicans*.

Da análise dos dados obteve-se uma relação estatisticamente significativa ($p<0,05$) entre IN e diabetes, tabagismo, patologia respiratória, desnutrição, valores de glicémia e creatinina peri-operatórias, duração da cirurgia e do internamento.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

Este estudo revelou uma incidência de IN superior à esperada (14,7% VS 5-10 %).

Embora tal facto seja preocupante, dado que reflecte mais sofrimento para os doentes e maiores custos relacionados com os cuidados de saúde, a identificação de alguns dos factores de risco directamente relacionados com a sua ocorrência, constitui um passo importante para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e vigilância de IN, de modo a minimizar as morbidades associadas.

REFERÊNCIAS: Eur J Orthop Surg Traumatol (2008), 18:197-202
Journal of Infection (2003) 46: 17-22

Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde, DGS 2007

PO04-A1514

INFUSÃO CONTÍNUA DA FERIDA CIRÚRGICA: A (R)EVOLUÇÃO NA ANALGESIA PÓS OPERATÓRIA? - A PROPÓSITO DE 22 CASOS CLÍNICOS



RITA ARAÚJO¹; GRUPO PAMA¹

1 - Hospital de Santa Maria

INTRODUÇÃO

O controlo da dor no pós-operatório de cirurgia abdominal maior é um desafio para o anestesiologista. A optimização da analgesia no pós-operatório melhora o prognóstico e a evolução clínica, contribuindo igualmente para a satisfação do doente e redução da morbimortalidade.

O objectivo principal deste trabalho é ressaltar a evidência de eficácia no controlo da dor no pós operatório de cirurgia abdo-

minal major com a utilização de um catéter multiperfurado de infusão contínua da ferida cirúrgica.

CASO CLÍNICO

Os autores recolheram os dados de 22 casos clínicos de doentes ASA<4, que foram submetidos a cirurgia abdominal major eletiva tendo efetuado controlo de dor no pós operatório com cateter de infusão da ferida cirúrgica em posição pré-peritoneal com perfusão de ropivacaína 0,2 % a 10 ml/h.

Verificou-se que a dor em repouso de 18 dos 22 pacientes estava controlada apenas com a perfusão supracitada, juntamente com Paracetamol 1g EV 6/6h. Nos restantes 4 doentes, a classificação da dor em repouso foi inferior a 6/10 (escala de resposta verbal). Todos os doentes cumpriram levante durante as 24 horas seguintes à cirurgia e nenhum revelou efeitos adversos ou complicações nomeadamente sinais de toxicidade de anestésicos locais ou deslocação/exteriorização do catéter, respectivamente.

DISCUSSÃO

Estes casos clínicos, incluídos num estudo mais alargado ainda a decorrer, demonstram que a eficácia analgésica desta técnica é evidente e comparável a técnica como epidural torácica ou PCA de morfina EV, sem os efeitos adversos e complicações inerentes.

A infusão contínua de anestésicos locais na ferida operatória tem por objetivo atenuar os estímulos nociceptivos somáticos transmitidos pelas terminações nervosas lesadas pela incisão operatória, inclusive a atividade das fibras C, com consequente redução da sensibilização periférica e central. Além disso, a infusão de fluidos na ferida operatória pode reduzir a resposta à dor através da diluição ou da dispersão de histamina e peptídeos vasoativos.

Esta é portanto uma técnica promissora que exige mais estudos comparativos para ser comprovadamente eficaz e segura.

REFERÊNCIAS: Wu CL, Cohen SR, Richman JM, Rowlingson AJ, Courpas GE, Cheung K, Lin EE, Liu SS: "Efficacy of postoperative patient- controlled and continuous infusion epidural analgesia versus intravenous patient-controlled analgesia with opioids: a meta-analysis". *Anesthesiology*. 2005 Nov;103(5):1079-88;

Forastiere, E; et al: "Effectiveness of continuous wound infusion of 0,5 % ropivacaine by On-Q pain relief system for postoperative pain management after open nephrectomy", *Br J Anaesth* 2008; 101:841-7

Campolo, Marina; et al: "Multiple-hole catheter infusions for pain management: infusion distribution and catheter breakage characteristics of commonly used catheters" *ESRA congress poster presentation* 2010

INTRODUÇÃO

A hipotermia pós-operatória (HPO) tem uma incidência reportada de 50-90 % e está associada a inúmeros efeitos adversos.^{1,2} Um estudo prévio no nosso hospital mostrou uma incidência de HPO de 90,1 % e 80,2 % de HPO severa (Temperatura < 35°C).

O presente trabalho tem como objetivo primário avaliar a eficácia de um protocolo como meio de prevenção da hipotermia perioperatória.

METODOLOGIA

Estudo prospetivo, controlado, randomizado. Incluídos doentes propostos para cirurgia com duração prevista entre 1 a 4 horas sob anestesia geral.

Aplicado protocolo a uma amostra aleatória de 55 doentes (Grupo 1). Protocolo inclui utilização de manta térmica (Bair Hugger 3M®) a temperatura não inferior a 36° e uso de fluidos intravenosos aquecidos com sistema ANIMEC AM-2S®. Manta térmica aplicada, no mínimo 10 antes da indução e mantida até ao final do ato anestésico. Avaliada Temperatura timpânica à chegada à Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA).

Para amostra comparativa, avaliada Temperatura timpânica à chegada à UCPA em 59 doentes nos quais não fora aplicado o protocolo descrito. Destes, em 17 doentes tinha sido usada uma técnica de aquecimento no período peri-operatório (manta de aquecimento após indução anestésica ou aquecimento de fluidos intravenosos) - Grupo 2. Nos restantes 42 nenhuma técnica fora usada - Grupo 3.

A avaliação da temperatura consistiu em três avaliações consecutivas da Temperatura timpânica com termómetro Thermo-val duo scan® (média de três avaliações consecutivas).

Usado SPSS Statistics (v.21, IBM SPSS, Chicago, IL) para análises estatísticas, descritivas, gráficas e inferências. Os testes estatísticos usados incluíram teste ANOVA one-way com teste Pos-hoc Games-Howell. Resultados expressos em Média ± Desvio-padrão. Um valor p<0,05 foi considerado estatisticamente significativo.

RESULTADOS

Houve diferença estatisticamente significativa para a média da Temperatura timpânica na chegada à UCPA entre os três grupos (ANOVA- F(2,111)=68,27, p<0,001) – Tabela 1.

A temperatura timpânica média no Grupo 1 (36,0°C ± 0,07) foi superior aos Grupos 2 (34,4°C ± 0,33) e Grupo 3 (33,8°C ± 0,17). Diferença estatisticamente significativa - p=0,001 e p<0,001, respectivamente – Tabela 2

Entre os Grupos 2 e 3 não houve diferença estatística na temperatura central média - p=0,331. No Grupo 1 a incidência de HPO e HPO severa foi de 43,6% e 5,9%, respectivamente.

PO05-A1522

HIPOTERMIA PÓS-OPERATÓRIA – COMO PREVENIR?

FRANCISCO MATIAS¹; CELINE FERREIRA¹; SOFIA MARQUES¹; MIGUEL PAIVA¹; FRANCISCO M. MATOS¹; MAFALDA MARTINS¹



1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

TABELA DE RESULTADOS

GRUPO	Temperatura Média	Desvio Padrão	Intervalo Confiança	Teste	P
Grupo 1 (n=55)	36,0 °C	0,07	35,8 - 36,1	ANOVA one-way	<0,001
Grupo 2 (n=17)	34,4 °C	0,33	33,7 - 35,1		
Grupo 3 (n=44)	33,8 °C	0,17	33,5 - 34,2		

Tabela 1 - Temperatura média dos grupos

Teste posthoc	Grupos	Diferença média de Temperatura (°C)	Desvio Padrão	Intervalo de Confiança	P
Games-Howell	Grupo 1 vs Grupo 2	1,58 0	,34	0,71 - 2,45	0,001
	Grupo 1 vs Grupo 3	2,12 0	,18	1,69 - 2,56	<0,001
	Grupo 2 vs Grupo 3	0,54 0	,33	-0,39 - 1,47 0	,331

Tabela 2 - Diferença média de temperatura entre os diferentes grupos

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A utilização de apenas um meio de aquecimento do doente não apresenta diferença estatisticamente significativa em relação à não utilização de qualquer técnica de aquecimento.

O Protocolo proposto mostrou eficácia na prevenção de HPO.

A prevenção de HPO implica a utilização de um conjunto de medidas desde o período pré-indução anestésica até ao final do procedimento.

REFERÊNCIAS: 1. Moola S., Lockwood C., Int J Evid Based Healthc 2011; 9:337-345 | 2. Sessler D., Anesthesiology 2001; 95:531-43

entubação orotraqueal. Manutenção com propofol e remifentanil com alvo cerebral ajustado de acordo com valor de BIS (40-60) e pressão arterial. Manutenção temperatura com manta de aquecimento. Fluidoterapia com NaCl 0.9 % 200ml/h. Hemodinamicamente estável durante a cirurgia, sem variação significativa da temperatura. Duração da cirurgia 30 minutos. Analgesia pós-operatória com paracetamol 1g. Descurarização com sugamadex (4mg/Kg, TOF ratio 0 para 0,9 em 2 minutos). Fim da anestesia e extubação sem complicações. Perfusão de remifentanil 0.1ug/Kg/min no pós-operatório imediato com desmame progressivo no recobro. Monitorização sinais vitais e vigilância da força muscular, arritmias, dificuldade respiratória e estado neurológico no recobro. Aumento progressivo dos lactatos desde o início da cirurgia (3,5-6,7 mmol/L) sem acidemia (pH 7,385-7,432). Admitida na Unidade de cuidados intermédios. Alta após 5 dias sem complicações da cirurgia ou anestesia.

DISCUSSÃO

O risco de hipertermia maligna não está aumentado nos doentes com CM1 mas perante a falta de um diagnóstico específico esta constituiu uma preocupação importante, por isso evitamos o uso de agentes precipitantes e realizamos TIVA nesta doente. O uso prolongado do propofol deve ser evitado pelo risco de desenvolvimento do síndrome de perfusão do propofol1 mas esta foi uma cirurgia curta e não se observaram complicações. A manutenção de normotermia, normoglicemia, fluidoterapia criteriosa e monitorização da acidemia e equilíbrio hidroelectrolítico foram uma preocupação constante pelo risco de descompensação metabólica, aumentado pela doença, jejum e stress cirúrgico.

REFERÊNCIAS 1. Pediatric Anesthesia 2013; 23:785-793

PO06-A1534

ANESTESIA TOTAL INTRAVENOSA PARA CIRURGIA DE URGÊNCIA EM DOENTE COM CITOPATIA MITOCONDRIAL EM ESTUDO



RICARDO OLIVEIRA¹; ANTÓNIO COSTA¹

1 - Centro Hospitalar do Porto

INTRODUÇÃO

As citopatias mitocondriais (CM) são um grupo de doenças raras, heterogêneas, caracterizadas por defeitos na produção de energia, com envolvimento preferencial dos órgãos com alto consumo metabólico. Maioria dos anestésicos interferem com a função das mitocôndrias e podem aumentar o risco de complicações peri-operatórias nestes doentes.¹ Este caso descreve a experiência com anestesia total intravenosa (TIVA) de uma doente com suspeita de CM proposta para cirurgia de urgência.

CASO CLÍNICO

♀, 21 anos, ASA3E, proposta para apendicectomia laparoscópica urgente por apendicite aguda. Provável CM com distúrbio da cadeia respiratória em estudo por quadro de astenia progressiva, limitação importante para esforços ligeiros a moderados, mialgias e hiperlactacidemia pós esforço, com um mês de evolução. Sem outros antecedentes patológicos relevantes. Estudo pré-operatório de rotina sem alterações. Monitorização standard da ASA, temperatura esofágica, monitorização bloqueio neuromuscular, bispectral index (BIS) e pressões arteriais invasivas. Indução sequencial rápida com propofol 1 % e remifentanil por TCI com concentrações alvo cerebral de 4 ug/ml (pK Schnider) e 5 ng/ml (pK Minto) respetivamente. Rocurónio (1mg/Kg) para

PO07-A1546

INDUÇÃO E INTUBAÇÃO SEQUENCIAL RÁPIDA (IISR): A NOSSA CONTROVÉRSIA



NEUZA SOUSA¹; SANDRA CARNEIRO¹; JOANA TORRES¹; ANTONIO FERREIRA¹; ANDREIA SOUSA¹

1 - Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E. - Hospital Pedro Hispano

INTRODUÇÃO

IISR é um método de indução anestésica recomendada em doentes com risco elevado de aspiração pulmonar de conteúdo gástrico. O principal objetivo desta técnica é diminuir o intervalo de tempo entre a perda de reflexos protetores da via aérea e a intubação traqueal. Esta revisão tem como objetivo caracterizar a execução da técnica IISR dos especialistas em Anestesiologia do Hospital Pedro Hispano.

METODOLOGIA

Foram elaborados questionários com 21 itens sobre a técnica IISR, e posteriormente distribuídos, pelos especialistas em Anestesiologia, que responderam de forma anónima e voluntária.

RESULTADOS

Foram distribuídos 31 questionários, sendo incluídos 29 (91%), por preenchimento completo. Na prática clínica, 48 % usam a IISR frequentemente e 42 % ocasionalmente, os restantes rara-

mente. 97 % administram fármacos para profilaxia de aspiração de vômito. Em doentes com sonda naso-gástrica, 72 % costumam retirá-la antes da IISR. Todos realizam pré-oxigenação. Quanto ao posicionamento em que o doente é colocado aquando de IISR 86 % responderam decúbito dorsal e os restantes cabeceira elevada. O indutor anestésico mais usado é o propofol (93 %), sendo que 34 % administram uma dose pré-calculada e 59 % uma dose de acordo com o caso clínico. 83 % usam como relaxante muscular succinilcolina e 74 % não usa dose de desfasciculação. Em relação à altura de administração do relaxante muscular, 69 % administra após perda do reflexo palpebral; 24 % imediatamente a seguir ao indutor; 3,5% após perda de contacto verbal e 3,5% antes do indutor. 93 % usam opioides como adjuvantes numa IISR e 24 % benzodiazepinas. A manobra de Sellick é aplicada por 78 %, iniciando-a em 39 % após perda de contacto verbal; em 26 % após perda de reflexo palpebral; em 26 % aplicada antes do indutor. 69 % nunca ventitam o doente com máscara facial, mas 31 % ventitam conforme o cenário clínico. Quanto a complicações durante IISR 61 % responderam que já tiveram, destas a mais frequente regurgitação de conteúdo gástrico (82 %).

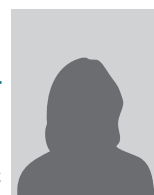
DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A IISR é usada frequentemente no nosso departamento, mas são observadas diferentes práticas aquando IISR. Propofol e succinilcolina são frequentemente usados, mas existe controvérsia quanto à dose e método de administração dos fármacos. Manobra de Sellick é frequentemente aplicada mas continua a haver discussão quanto à sua eficácia em prevenir aspiração pulmonar. Também a maioria nunca ventila com máscara facial antes da intubação. Regurgitação de conteúdo gástrico pode ocorrer mesmo após aplicação da técnica IISR. Assim, para que IISR seja aplicada da mesma forma por todos os anestesiológicos é necessário que todos estes aspetos controversos sejam profundamente estudados.

REFERÊNCIAS Anesthesia-analgesia 2010;110:1318-25

P009-A1558

DOR CRÓNICA PÓS-OPERATÓRIA E SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA E RÉCObRO APÓS COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA



ANA CRISTINA MIDÕES¹; JOANA MOREIRA¹; INÊS VALDOLEIROS¹; DALILA VEIGA²; ALICE SANTOS²; FERNANDO ABELHA²

1 - Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar de São João, EPE

INTRODUÇÃO

Dor crónica pós-operatória (DCPO) surge após intervenção cirúrgica e persiste por um período mínimo de 3 meses, excluindo outras causas. Estudos sobre DCPO em doentes submetidos a colecistectomia mostram que a incidência varia entre 3% e 20%¹. O objetivo deste estudo é avaliar a incidência de DCPO e a sua relação com a qualidade de vida (QdV) e a qualidade de recobro (QdR) após colecistectomia laparoscópica.

METODOLOGIA

Após aprovação pela comissão de ética da nossa instituição,

foi desenvolvido um estudo prospetivo observacional que incluiu 24 doentes submetidos a colecistectomia laparoscópica eletiva admitidos na Unidade de Cuidados Pós-Anestésica (UCPA), entre junho e agosto de 2013. A DCPO foi avaliada utilizando o Brief Pain Inventory (BPI), a QdV utilizando o EuroQol five-dimension questionnaire (EQ-5D) e a QdR com o 15-item Quality of Recovery Score (QoR-15). As avaliações do EQ-5D e BPI foram realizadas no pré-operatório (T0) e aos 3 meses após cirurgia (T3). O QoR-15 foi realizado em T0 e às 24h após cirurgia (T24). Foram tidos como critério de exclusão: incapacidade de fornecer consentimento informado e défice cognitivo (Mini-mental State Examination < 24). Para variáveis ordinais e contínuas, foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov que averigua a distribuição normal. A análise descritiva foi realizada e testes paramétricos, teste de Fisher e Qui-Quadrado foram aplicados para comparação.

RESULTADOS

Dois pacientes apresentaram DCPO (8%). Três meses após intervenção cirúrgica, esses doentes apresentaram no inquérito EQ-5D mais problemas relativamente a dor/desconforto ($p < 0,001$) e ansiedade/depressão ($p = 0,002$). No QoR-15, em T0, os doentes com DCPO apresentaram valores inferiores para o parâmetro "dor moderada" ($5,0 \pm 1,8$ vs. $9,3 \pm 1,8$, $p = 0,019$). Em T24, os doentes com DCPO apresentaram valores inferiores em relação a "sentirem-se descansados" ($7,0 \pm 1,4$ vs. $9,0 \pm 1,2$, $p = 0,047$) e a "terem uma boa noite de sono" ($7,0 \pm 1,4$ vs. $9,0 \pm 1,2$, $p = 0,034$).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A DCPO é um parâmetro importante a considerar após colecistectomia laparoscópica eletiva. Estes doentes apresentam mais problemas nas dimensões do EQ-5D relativas a dor/desconforto e ansiedade/depressão. Após cirurgia, às 24 horas, os doentes com DCPO apresentam valores mais baixos no QoR-15 na avaliação de dor moderada.

REFERÊNCIAS 1. Chronic pain after surgery Br J Anaesth. 2001 Jul;87(1):88-98

PO10-A1559

BLOQUEIO NEUROMUSCULAR RESIDUAL EM CIRURGIA BARIÁTRICA

ANA CRISTINA MIDÕES¹; ANA CAROLINA SÁ¹; PEDRO REIS¹; INÉS VALDOLÉIROS¹; FERNANDO ABELHA¹; ALICE SANTOS¹

1 - Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar de São João, EPE



INTRODUÇÃO

A cirurgia bariátrica (CB) é uma forma efetiva de controlo ponderal a longo prazo na obesidade mórbida. Estes doentes tem maior incidência de complicações pós-operatórias e de bloqueio neuromuscular residual (BNMR) aos quais se associam piores resultados na Unidade de Cuidados Pós-Anestésica (UCPA)¹. O objetivo deste estudo foi determinar a incidência de BNMR em doentes obesos submetidos a CB e avaliar os seus resultados.

METODOLOGIA

Após aprovação pela comissão de ética da nossa instituição foi efetuado um estudo prospetivo observacional na UCPA durante

um período de 3 meses. Foram avaliados 53 doentes adultos submetidos a CB. Consideramos critérios de exclusão: incapacidade de dar consentimento informado e patologia pulmonar. O principal objetivo foi a determinação de BNMR na UCPA. BNMR foi definido como *train-of-four* (TOF) < 0,9 objetivamente quantificado por aceleromiografia. Dados demográficos e variáveis peri-operatórias foram recolhidas: gasimetria arterial (GSA), eventos respiratórios adversos (ERA), dor e náuseas e vômitos pós-operatórios (NVPO). As variáveis foram estudadas para verificar a distribuição normal e foram comparadas utilizando o teste T-Student, Mann-Whitney ou o teste Chi-Quadrado. Também foi usada a correlação de Pearson.

RESULTADOS

À admissão na UCPA a incidência de BNMR foi de 64%. Nos doentes com BNMR não foram encontradas diferenças relativamente aos doentes sem BNMR quanto à idade, sexo, comorbilidades e tipo de cirurgia. O cisatracúrio foi mais utilizado do que o rocurónio nos doentes com BNMR (62 % vs. 29 %, $p = 0,004$) e os valores de TOF foram inferiores ($72 \% \pm 18$ vs. $87 \% \pm 14$ ($p = 0,006$)). O tempo de extubação foi mais prolongado nos doentes com BNMR (11 minutos vs. 8 minutos, $p = 0,026$). Durante a permanência na UCPA, estes doentes mais frequentemente foram medicados com anti-hipertensor (63 % vs. 28%, $p = 0,034$) e apresentaram mais ERA (82 % vs. 56 %, $p = 0,038$). Não existiram diferenças significativas nos valores obtidos nas gasimetrias ou no tempo de permanência na UCPA.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A incidência de BNMR foi muito elevada e associada à ocorrência de ERA.

REFERÊNCIAS: 1. Rev Bras Anesthesiol. 2006 Jun;56(3):205-22

PO11-A1574

ABORDAGEM ANESTÉSICA PARA RMN CARDÍACA EM PEDIATRIA

INÉS DELGADO¹; DIANA MAIA¹; ANA PINTO FERREIRA²

1 - Interna de Anestesiologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho;

2 - Assistente Hospitalar de Anestesiologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho



INTRODUÇÃO

Na última década, a RMN surgiu como uma técnica diagnóstica não invasiva, alternativa ao cateterismo cardíaco, para crianças com cardiopatia congénita (CPC). Os desafios anestésicos prendem-se com o ambiente condicionante onde o exame é realizado e a necessidade de imobilização da criança, durante um período prolongado. Ao minimizar os artefactos de movimento, obtêm-se imagens de qualidade superior, e exclui-se a necessidade de repetir sequências. O recurso à apneia, para anular os artefactos respiratórios, é um desafio particular porque é utilizada nas sequências finais, mesmo antes de acordar a criança. Habitualmente, recorre-se à anestesia geral (AG), com intubação orotraqueal (IOT) e relaxamento muscular. A taxa de complicações em crianças com CPC, submetidas a uma AG é superior à da

população pediátrica em geral, pelo que uma abordagem anestésica o mais fisiológica possível se torna atraente. Apresentam-se dois casos, nos quais não se preconizou o relaxamento muscular nem IOT.

CASO CLÍNICO

Sexo feminino, 2 e 3 anos de idade, com diagnóstico ecocardiográfico de pseudoacoartação e coartação da aorta, respetivamente. Para a indução, foram administrados bólus de propofol e fentanil. Foi colocada uma máscara laríngea, com conexão ao ventilador em modo controlado por volume. A manutenção foi feita com perfusão de propofol. Para os períodos em que se exigia ausência total de movimentos respiratórios, foi feita pré oxigenação durante 3 minutos, e induzida apneia com bólus de propofol e alfentanil, com ventilação assistida no intervalo das 2 sequências. Em ambos os casos mantiveram-se boas saturações periféricas e estabilidade hemodinâmica, durante todo o procedimento. No final do exame, as crianças apresentavam drive ventilatório eficaz, sem sinais de dificuldade respiratória.

DISCUSSÃO

Face à necessidade da realização de exames complementares de diagnóstico sob anestesia e às especificidades inerentes à população pediátrica, particularmente em caso de cardiopatias, urge o recurso a técnicas anestésicas menos invasivas e que minimizem a possibilidade de complicações. Pretendemos apresentar alternativas seguras à IOT e relaxamento muscular, com recurso a agentes anestésicos de rápida metabolização, para a realização de procedimentos imagiológicos em que são necessários períodos de acinesia, incluindo dos movimentos respiratórios, em bebés ou crianças pequenas, incapazes de uma colaboração eficaz.

REFERÊNCIAS 1. Reddy, U; White, MJ; Anaesthesia for Magnetic Resonance Imaging. Cont. Ed. In Anaesthesia. 2012;12(3):140-144 | 2. Odegard, K; Anaesthesia Considerations for Cardiac MRI in Infants and Small Children. Paediatr Anaesthesia 2004 14:471-476 | 3. Patterson, SK; Anesthetic Management for Magnetic Resonance Imaging: Problems and Solutions. Anesth Analg. 1992;74:121-8 | 4. Ntsinjana, H; The Role of Cardiovascular Magnetic Resonance in Pediatric Congenital Heart Disease. J. Cardiovasc. MR. 2011,13:51

PO12-A1577

DOR CRÓNICA PÓS-CIRÚRGICA E A SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA E RECBRO APÓS HERNIORRAFIA

FRANCISCA SANTOS¹; SOFIA CRUZ¹; ANA CRISTINA MIDÕES¹; DALILA VEIGA¹; ALICE SANTOS¹



1 - Centro Hospitalar de São João

INTRODUÇÃO

Excluindo outras causas de dor, a dor crónica pós-operatória (DCPO) desenvolve-se após a cirurgia e persiste durante pelo menos 3 meses. A dor crónica após correção de hérnia inguinal pode levar a uma redução da qualidade de vida. É uma complicação potencialmente incapacitante e o seu diagnóstico e terapêu-

tica são fundamentais.^{1,2} O objetivo deste estudo foi avaliar a incidência de DCPO e a sua relação com a qualidade de vida (QoL) e qualidade de recbro (QoR) após correção de hérnia inguinal.

METODOLOGIA

Após aprovação pela comissão de ética da instituição, foi realizado um estudo prospetivo em doentes submetidos a correção eletiva de hérnia inguinal admitidos na UPA (Unidade de Cuidados Pós-anestésicos) de junho a agosto de 2013. A DCPO foi avaliada pelo Brief Pain Inventory (BPI), a QoL foi estudada pela versão portuguesa do EQ-5D EuroQoL five-dimension questionnaire (EQ-5D) e a QoR pelo 15-item Quality of Recovery Score (QoR-15). O EQ-5D e o BPI foram aplicados no pré-operatório (T0) e aos 3 meses após a cirurgia (T3) em 29 doentes. O QoR-15 foi avaliado também no pré-operatório (T0) e às 24 horas de pós-operatório (T24). Os critérios de inclusão foram doentes submetidos a herniorrafia. Foram excluídos doentes incapazes de dar consentimento informado e com défice cognitivo (Minimal State Examination < 24). Para variáveis contínuas, foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov para averiguar se tinham uma distribuição normal. A análise descritiva foi utilizada para descrever os dados e as comparações foram realizadas utilizando o teste de Mann-Whitney U, o teste exato de Fisher ou o teste de Qui-quadrado.

RESULTADOS

Oito doentes desenvolveram DCPO (28%). Em T3, doentes com DCPO reportaram mais problemas em quatro dimensões do EQ-5D: cuidados pessoais (p=0,013), atividades habituais (p=0,005), dor/desconforto (p<0,001) e ansiedade/depressão (p=0,041) e ainda um EQ index mais baixo (59 vs. 100, p<0,001). Relativamente aos resultados do QoR-15, doentes com DCPO apresentaram resultados médios mais baixos em T0 para o QoR global (113 vs 122, p=0,022) e em dois domínios: "sentir-se confortável e em controlo" (p=0,036) e "dor moderada" (p=0,026). Em T24, doentes com DCPO tiveram resultados mais baixos para "dor moderada" (p=0,048).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A DCPO é um outcome importante após cirurgia. A sua incidência neste grupo de doentes foi considerável e estes doentes apresentaram uma pior QoL em T3. Vinte e quatro horas após cirurgia os doentes com DCPO tiveram resultados mais baixos na avaliação da dor moderada pelo QOR-15.

REFERÊNCIAS 1. Macrae W. A., Chronic post-surgical pain: 10 years on, Br J Anaesth 101 (1): 77-86 2008; 2. Donati et al. BMC Surgery 2013, 13(Suppl 2):S19.

PO13-A1585

MORFINA EPIDURAL - NÁUSEAS E VÓMITOS NO PÓS-OPERATÓRIO

MARTA ADRIANO¹; HELENA DUARTE¹; CONCEIÇÃO MARQUES¹; HELENA GALANTE¹; MANUELA BOTELHO¹; ISABEL FRAGATA¹



1 - Centro Hospitalar Lisboa Central

INTRODUÇÃO

Náuseas e vômitos do pós-operatório (NVPO) atingem 20 a 30 % da população cirúrgica geral, 45 % da população feminina, 15 % da população masculina e 70-80 % dos doentes de alto risco. As consequências desta complicação são: aumento do tempo e custo de internamento; aumento de complicações médicas; deiscência de suturas; hemorragias; lacerações esofágicas; hérniação gástrica; fadiga muscular; desidratação; alterações electrolíticas; aspiração pulmonar. Para redução da incidência de NVPO foram implementadas linhas orientadoras e identificados factores de risco. Segundo Apfel os factores de risco são sexo feminino, não fumador, história de náuseas e vômitos/ doenças do movimento e administração de fármacos opióides. A morfina é um opióide utilizado para analgesia do pós-operatório e que tem comprovado efeito adverso de náuseas e vômitos. Morfina por via epidural foi administrada em todos os doentes contemplados neste estudo. O objectivo deste trabalho é avaliar a eficácia da profilaxia de náuseas e vômitos do pós-operatório (NVPO) durante a utilização de morfina epidural como técnica analgésica para artroplastia do joelho.

METODOLOGIA

As fichas de avaliação da UFDA dos doentes submetidos a artroplastia do joelho e analgesiados no período pós-operatório com morfina epidural e anestésico local, durante o ano de 2011, no Hospital Curry Cabral – CHLC, foram analisadas retrospectivamente. Foram avaliadas 75 fichas/doentes e registados os factores de risco para NVPO definidos por Apfel, assim como a profilaxia efectuada de acordo com as recomendações internacionais. Foi registado o número de doentes com NVPO nas primeiras 24 horas.

RESULTADOS

Os doentes foram distribuídos por 3 grupos de acordo com o número de factores de risco de Apfel: grupo I com 0/1 factor de risco ($n = 15$) não fizeram profilaxia de NVPO e 3 (20%) tiveram NVPO nas 24h; grupo II com 2 factores de risco ($n=16$) fizeram profilaxia de NVPO com 1 anti-emético e 11 (68,7%) tiveram NVPO nas 24h e grupo III com 3 factores de risco ($n = 44$) fizeram profilaxia de NVPO com dois anti-eméticos e 10 (22,7%) tiveram NVPO nas 24h.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Tendo em conta a incidência de NVPO esperadas de acordo com os factores de risco de Apfel, no grupo I a incidência obtida é muito semelhante à esperada pois este grupo não fez, tal como recomendado, qualquer profilaxia. No grupo II a incidência de NVPO foi muito elevada quando comparado com o esperado nos estudos (68,7 % vs 39 %), apontamos como causas desta discrepância a amostra pequena e não representativa ($n=16$) e a eventual necessidade de fazer 2 anti-eméticos no risco moderado. No grupo III a incidência de NVPO é muito inferior ao esperado (22,7 % vs 61 %) o que evidencia a eficácia da profilaxia dupla nos doentes com risco elevado de NVPO.

REFERÊNCIAS Society for Ambulatory Anesthesia Guidelines for the Management of Postoperative Nausea and Vomiting, Anesthesia and Analgesia, vol. 105, No 6, December 2007; Katsung, B.G., Basic and Clinical Pharmacology, Lange, 9ª Edição

PO14-A1587

EVENTOS RESPIRATÓRIOS ADVERSOS APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA LAPAROSCÓPICA



PEDRO REIS¹; ANA CAROLINA SÁ¹; ANA CRISTINA MIDÕES¹; INÊS VALDOLEIROS²; ALICE SANTOS²; FERNANDO ABELHA^{1,2}

1 - Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar de São João, EPE;

2 - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

INTRODUÇÃO

A Cirurgia Bariátrica Laparoscópica (CBL) é cada vez mais utilizada como tratamento da obesidade mórbida. Os doentes obesos têm um maior risco de complicações perioperatórias. O objetivo deste estudo foi avaliar a incidência de eventos respiratórios adversos (ERA) precoces após CBL.

METODOLOGIA

Após aprovação pela comissão de ética da instituição, foi realizado um estudo prospectivo durante 3 meses. Os doentes foram randomizados para o uso de continuous positive airway pressure (CPAP) durante 2 horas na unidade de cuidados pós- anestésica (UCPA). Os critérios de exclusão foram incapacidade de dar o seu consentimento ou história prévia de doença pulmonar. Sessenta e cinco doentes obesos consecutivos submetidos a CBL foram incluídos. Os dados foram recolhidos desde o pré-operatório até 24h após a cirurgia, incluindo gasimetria arterial (GSA) e avaliação da qualidade de recobro com o questionário QoR40. Os ERA foram definidos como bradipnéia, polipnéia, hipóxia, obstrução da via aérea e paragem respiratória. As variáveis com e sem distribuição normal foram comparadas, respetivamente, com *Student t test* ou *Mann - Whitney test*, e as variáveis categóricas com qui-quadrado. As variáveis contínuas foram analisadas através da correlação de Pearson.

RESULTADOS

As características demográficas, estado físico ASA, co-morbididades, tipo e duração da cirurgia, fármacos e parâmetros ventilatórios intraoperatórios foram semelhantes entre os grupos (doentes com e sem ERA). Ocorreram 52 ERA em 69 % dos doentes (26 hipóxias, 16 polipneias, 6 bradipneias e 4 obstruções da via aérea). Doentes com ERA apresentavam na GSA pré-operatória uma menor saturação de O_2 (95 vs 96%, $p=0.009$) e menor pO_2 (75,7 vs 92,8 mmHg, $p=0.036$). À admissão na UCPA, esses doentes tinham pH mais baixo (7,32 vs 7,33, $p=0.028$), pO_2 inferior (82,7±10,9 vs 90,6±10,9, $p=0.036$), menor saturação de O_2 (93 vs 97 %, $p<0.001$) e uma pCO_2 superior (46,6±6,6 vs 42,4±3,6 mmHg, $p=0.013$). Os obesos com ERA tiveram um TOF-ratio médio inferior à admissão na UCPA (0,73 vs 0,92, $p=0.003$) e mais episódios de hipertensão arterial (HTA) (21 vs 0 %, $p=0.033$). Obstrução da via aérea associou-se com maior tempo de permanência na UCPA (161 vs 123 min, $p=0.036$). Os doentes com hipóxia grave eram mais velhos (51 vs 40 anos, $p=0.004$), foram submetidos a cirurgia mais prolongada (177 vs 127 min, $p=0.006$), apresentaram maior pontuação STOP-BANG (5 vs 4, $p=0.039$) e uma menor pontuação global no QOR-40 pós-operatório (154 vs 168, $p=0.012$).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Os eventos respiratórios adversos são frequentes após CBL.

A GSA pode ajudar a identificar doentes suscetíveis. Os ERA associaram-se a HTA e um menor *TOF-ratio* à admissão na UCPA.

REFERÊNCIAS Ann Surg 2008; 247:617-26 Anestesiologia 2009; 110:878-84. SLEEP 2011; 34 (12) :1687-1691

PO15-A1590

NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA E ANEMIA PÓS-OPERATÓRIA - A EXPERIÊNCIA EM CENTRO HOSPITALAR



ALEXANDRA SARAIVA¹; ÂNGELA MOTA¹; SÓNIA DUARTE¹;

EDUARDA AMADEU¹

1 - Departamento de Anestesiologia, Emergência e Cuidados Intensivos - Centro Hospitalar do Porto

INTRODUÇÃO

A Nefrolitotomia Percutânea (NLP) é tratamento de escolha para abordar cálculos renais grandes e complexos¹. É uma técnica minimamente invasiva, mas com complicações inerentes à manipulação e remoção do cálculo², como a anemia e distúrbios hidroeletrólíticos. O posicionamento influencia a taxa de complicações³. Objetivo do estudo: analisar a queda da hemoglobina (Hb) e da natrémia (Na) com o procedimento, e relacionar a primeira com o posicionamento e duração da cirurgia.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo, descritivo, incluindo os doentes submetidos a NLP no CHP, em 2012. Com base no processo registaram-se as variáveis demográficas, classificação ASA, duração da cirurgia, posicionamento, valores de Hb e Na pré e pós-operatórios. Dividiram-se os doentes em grupos quanto à duração da cirurgia: <60 min (m), 60 a 120 m e > 120 m; e queda da Hb: <2 g/dL e >2 g/dL. Analisou-se a relação entre a diferença dos valores da Hb pré e pós-operatória com o posicionamento e a duração da cirurgia, usando o teste qui-quadrado e teste exato de Fisher, com $p < 0.05$ para significância estatística.

RESULTADOS

Incluídos 54 doentes, com idade média de 55 anos, 76 % mulheres. Excluídos 9 doentes por falha registos. Na amostra final de 45 doentes, 9 %, 76 %, 13 % e 2 % eram ASA I, II, III e IV, respetivamente. Cirurgia realizada na posição de Decúbito Ventral (DV) em 44 % dos casos, Valdivia (V) 24 % e Valdivia Modificado (VM) 31 %. Duração média da cirurgia 134m. Duração cirurgia 60-120m em 47 % e >120m em 53 %. Em 93 % dos doentes não houve complicações cirúrgicas. A queda média do valor de Hb foi 1,99 g/dL e do Na de 1,16 mmol/L. Houve queda Hb >2 g/dl em 49% dos doentes em DV, 27 % dos em V e 43 % dos em VM ($p=0.6$). Nas cirurgias com duração > 120m, 42 % tiveram uma queda de Hb > 2 g/dl vs 38 % nas cirurgias mais curtas ($p=1$).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A anemia por hemorragia ou diluição é uma complicação da NLP e estudos reportam uma descida média de 2.8 g/dL². Na nossa amostra 91 % dos doentes tinham anemia pós-operatória, com uma descida média da Hb de 1.99 g/dl. Na literatura, a

posição V (dorsal) parece estar associada a menos alterações hemodinâmicas, menor absorção de fluido, transfusão e tempo cirúrgico³. Nesta amostra, apenas 27 % dos doentes colocados em V tiveram uma queda Hb >2 g/dL, em comparação com 49% dos doentes em DV, sem significância estatística. A duração da cirurgia >120m associou-se a maior percentagem de doentes com queda Hb >2g/dl. O resultado não foi estatisticamente significativo, apesar de se saber que a duração se relaciona diretamente com a quantidade de fluidos de irrigação usados, um dos mecanismos responsáveis pela anemia dilucional. A pequena amostra poderá implicar baixo poder estatístico.

A anemia é uma complicação comum da NLP, o que se reflete no nosso estudo. Os diferentes posicionamentos e a duração da cirurgia podem influenciar o outcome, sendo necessário um estudo com maior amostra para validar estes resultados.

REFERÊNCIAS 1. Antonelli et al, 2013 | 2. Moslemi et al, 2012 | 3. Wu et al, 2011

PO16-A1591

QUALIDADE DE VIDA 3 MESES APÓS CIRURGIA



PEDRO REIS¹; LUIS GUIMARÃES¹; ALICE SANTOS¹; DALILA VEIGA¹; FERNANDO ABELHA²

1 - Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar de São João, EPE;

2 - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

INTRODUÇÃO

Tem sido reconhecida como de importância fundamental o estudo da qualidade de vida quando se avalia a eficácia de procedimentos médicos e cirúrgicos. O objetivo deste estudo foi avaliar a Qualidade de Vida relacionada com a saúde (QVRS) antes e 3 meses após a cirurgia.

METODOLOGIA

Após aprovação do estudo pela comissão de ética da instituição, um estudo prospetivo foi conduzido em doentes submetidos a cirurgia eletiva de amputação de membros inferiores, artroplastia da anca ou do joelho, mastectomia, hérnia inguinal, colecistectomia, tireoidectomia, histerectomia e cirurgia pulmonar entre junho e agosto de 2013. Doentes incapazes de dar consentimento informado ou com comprometimento cognitivo avaliado pelo *Mini-mental State Examination* foram excluídos. A qualidade de vida foi avaliada utilizando a versão portuguesa validada do EuroQol five-dimension (EQ-5D) no pré-operatório (T0) e três meses após a cirurgia (T3). O EQ-5D permite a avaliação do estado de saúde através de uma Escala Visual Analógica (EVA) que regista as perceções acerca do atual estado de saúde em geral e ainda por uma descrição e valorização de problemas de saúde encontrados em várias dimensões: mobilidade (MO), auto-cuidado (AC), atividades habituais (AH), dor ou desconforto (DD) e ansiedade ou depressão (AD). As variáveis contínuas foram testadas para aferir a distribuição normal, com base no teste de Kolmogorov-Smirnov. Testes paramétricos e não paramétricos foram realizados para comparações.

RESULTADOS

Centos e noventa e seis doentes foram avaliados em T0 e 173

em T3. Comparando pontuações em T0 e T3, houve uma melhoria da EVA do EQ-5D (78 vs. 80, $p < 0,001$), melhores valores nas diferentes dimensões do EQ-5D: MO ($p < 0,001$), AC ($p < 0,001$), AH ($p < 0,001$), DD ($p = 0,03$) e AD ($p < 0,001$). A mediana das idades foi 63, doentes com mais de 63 anos tiveram EVA do EQ-5D inferior em T0 (65 vs. 88, $p = 0,001$) e T3 (75 vs. 90, $p = 0,001$), mais problemas em T0 em MO ($p < 0,001$), AC ($p = 0,001$), AH ($p = 0,001$), DD ($p < 0,001$) e em T3 tinham mais problemas em MO ($p < 0,001$), AC ($p = 0,001$) e AH ($p = 0,041$). Os doentes do sexo masculino apresentaram EVA menor em T0 (70 vs. 80, $p = 0,037$) e mais problemas em MO em T3 ($p = 0,03$). Os doentes com estado físico ASA superior tinham EVA menor em T0 (50 vs. 80, $p = 0,002$) e mais problemas em MO ($p = 0,002$), AC ($p = 0,001$) e AH ($p = 0,016$) em T3. História prévia de hipertensão arterial (HTA) ou doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) relacionaram-se com mais problemas em T3 em MO ($p = 0,003$ e $0,013$), AC ($p = 0,001$ e $0,003$) e AH ($p = 0,013$ e $0,036$), respetivamente. Os doentes com história de diabetes *mellitus* (DM) tiveram mais problemas em T3 na MO ($p = 0,011$) e AC ($p = 0,043$).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A QVRS melhorou 3 meses após a cirurgia, em todos os domínios do EQ-5D. Os doentes mais idosos, do sexo masculino e aqueles com mais comorbidades nomeadamente HTA, DPOC ou DM tiveram mais problemas em algumas dimensões do EQ-5D.

PO17-A1592

QUALIDADE DE VIDA APÓS DIFERENTES CIRURGIAS

PEDRO REIS¹; LUIS GUIMARÃES²; ALICE SANTOS¹; DALILA VEIGA¹; FERNANDO ABELHA^{1,2}

1 - Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar de São João, EPE;
2 - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto



INTRODUÇÃO

O estudo da qualidade de vida após procedimentos médicos e cirúrgicos tem ganho uma importância crescente. O objetivo deste estudo foi avaliar a Qualidade de Vida relacionada com a saúde (QVRS) em doentes submetidos a diferentes cirurgias.

METODOLOGIA

Após aprovação do estudo pela comissão de ética da instituição, um estudo prospetivo foi conduzido em doentes submetidos a cirurgia eletiva de amputação de membros inferiores, artroplastia da anca ou do joelho, mastectomia, hérnia inguinal, colecistectomia, tireoidectomia, histerectomia e cirurgia pulmonar entre junho e agosto de 2013. Doentes incapazes de dar consentimento informado ou com comprometimento cognitivo avaliado pelo *Mini-mental State Examination* foram excluídos. A qualidade de vida foi avaliada utilizando a versão portuguesa validada do *EuroQol five-dimension* (EQ-5D) no pré-operatório (T0) e três meses após a cirurgia (T3). O EQ-5D permite a avaliação do estado de saúde através de uma Escala Visual Analógica (EVA) que regista as perceções acerca do atual estado de saúde em geral e ainda por uma descrição e valorização de problemas de saúde encontrados em várias dimensões: mobilidade (MO), auto-cuidado (AC), atividades habituais (AH), dor ou desconforto (DD) e ansiedade ou depressão (AD). As variáveis contínuas foram testadas para aferir a distribuição normal, com base no

teste de Kolmogorov-Smirnov. Testes paramétricos e não paramétricos foram realizados para comparações.

RESULTADOS

Cento e noventa e seis doentes foram avaliados em T0 e 173 em T3. Os doentes submetidos a amputação do membro inferior tiveram EVA menor em T0 (50 vs 80, $p = 0,001$) e T3 (60 vs 80, $p = 0,011$). Doentes submetidos a tireoidectomia ou mastectomia tiveram menos problemas na MO em T3 ($p = 0,005$ e $0,044$, respetivamente). Os doentes submetidos a colecistectomia tiveram menos problemas nos AC em T3 ($p = 0,036$). Doentes submetidos a tireoidectomia ou colecistectomia tiveram menos problemas nas AH em T3 ($p = 0,016$ e $0,047$, respetivamente). Os doentes submetidos a amputação e artroplastia do joelho ou da anca tiveram mais problemas em MO ($p < 0,001$ para ambos), AC ($p < 0,001$ para ambos) e AH ($p < 0,001$ para ambos) em T3. Doentes amputados tiveram mais queixas em DD ($p = 0,019$) e AD ($p < 0,001$). Os doentes submetidos a colecistectomia tiveram menos problemas na DD em T3 ($p = 0,016$). Após cirurgia pulmonar e colecistectomia os doentes tiveram menos problemas na AD em T3 ($p = 0,045$ e $0,012$, respetivamente). Maior tempo de internamento hospitalar foi associado a problemas em MO ($p < 0,001$), AC ($p < 0,001$), AH ($p < 0,001$), DD ($p = 0,026$) em T0 e MO ($p < 0,001$), AC ($p < 0,001$) e AH ($p = 0,002$) em T3.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Três meses após a cirurgia, doentes submetidos a tireoidectomia, colecistectomia, mastectomia, histerectomia ou cirurgia pulmonar tiveram menos problemas do que pacientes submetidos a amputação ou artroplastia do joelho ou da anca em diversos domínios do EQ-5D.

PO18-A1593

ANESTESIA PARA CIRURGIA EMERGENTE: TAMPONAMENTO CARDÍACO IATROGÉNICO

PEDRO REIS¹; JOÃO VITERBO¹

1 - Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar de São João, EPE



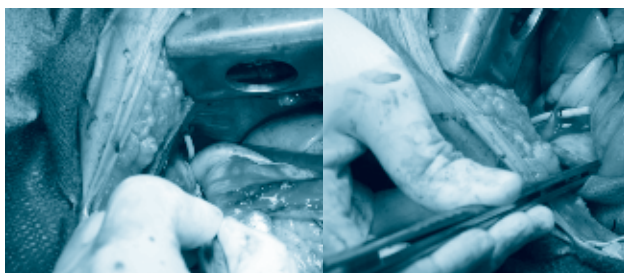
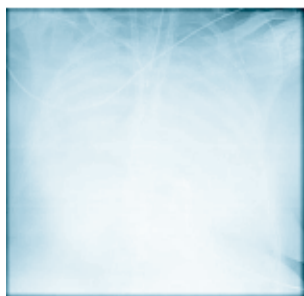
INTRODUÇÃO

A colocação de um cateter venoso central (CVC), embora prática rotineira em ambiente de bloco operatório (BO) ou de cuidados intensivos (UCI), não é isenta de riscos.¹ O presente caso clínico pretende demonstrar uma complicação rara mas potencialmente fatal numa tentativa de colocação de CVC subclávio.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, 39 anos, antecedentes de obesidade mórbida (IMC 40,4 kg/m²), recorre ao SU do Hospital da Covilhã por febre (38°C) e tosse com 3 dias de evolução. Analiticamente apresentava-se sem leucitose, com PCR de 200 mg/l (normal <3mg/l), rastreio séptico positivo para H1N1, Rx tórax com opacidades bilaterais ficando internada para tratamento. No 2º dia de internamento, por deterioração das trocas gasosas (ratio PaO₂/FiO₂ desceu de 114 para 41) foi necessário suporte ventilatório. Contudo, por manter insuficiência respiratória refratária inicia Extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) veno-venoso e é

transferida para a UCI Polivalente do Hospital São João, sedada com Midazolam 4 mg/h + Fentanil 0,15 µg/h, perfusão de Heparina (HNF) a 1200 U/h, hemodinamicamente estável e com ratio de 356 em ECMO. Manteve-se clinicamente estável, com função renal normal, anemia compensada com transfusões esporádicas de eritrócitos (UGR) durante 16 dias, altura em que desenvolve leucocitose e subida da PCR, suspendendo HNF para colocação de CVC subclávio à esquerda por suspeita de infeção do CVC subclávio direito. Pouco depois do procedimento verifica-se colapso hemodinâmico e assistolia com necessidade de reanimação e suporte vasopressor com Adrenalina 0,5 µg/kg/min + Noradrenalina 0,25 µg/kg/min. Colocou-se cânula arterial 17F na artéria femoral e inicia ECMO veno-arterial. É colocada a hipótese de tamponamento cardíaco iatrogénico (TCI), confirmada ecograficamente, com indicação para drenagem cirúrgica emergente. À chegada ao BO apresentava-se sedada, em ECMO veno-arterial, perfil tensional baixo apesar do suporte vasopressor. Após esternotomia confirma-se o TCI e com a incisão pericárdica verifica-se melhoria hemodinâmica significativa. Após aspiração do conteúdo hemático constata-se perfuração de ramo da artéria pulmonar esquerda pelo catéter, que perfurou a pleura esquerda e o pericárdio. Recebeu transfusão de 5 UGR, 3 U de plasma fresco congelado e 500 ml de cell saver, saindo do BO com 7,1 g/dl de hemoglobina e suporte vasopressor em decrescendo. À chegada à UCI apresentava trombocitopenia grave (30000/ul), aPTT de 71,5 seg e fibrinogénio baixo (22 mg/dl) recebendo transfusão de plaquetas, fibrinogénio e ácido tranexâmico, com boa recuperação clínica e analítica.



DISCUSSÃO

A mortalidade por TCI após colocação de CVC varia entre 65-100%. O facto de a doente se encontrar em ECMO permitiu melhor suporte hemodinâmico após o colapso cardiocirculatório. É importante o rápido diagnóstico e tratamento desta possível complicação.

PO19-A1602

LESÃO NERVOSA PERIFÉRICA PERIOPERATÓRIA: PROPOSTA DE ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO E ORIENTAÇÃO TERAPÊUTICA



NEUZA FERREIRA¹; FILIPA COELHO¹; ANA FAÍSCO¹; MARIA VILAÇA¹; ANA PEDRO¹; GEORGINA COUCELO¹

1 - Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

INTRODUÇÃO

As lesões nervosas periféricas perioperatórias (LNPP) são uma complicação frequente e potencialmente catastrófica da intervenção anestésica e/ou cirúrgica.¹ O espectro de morbidade vai desde a lesão transiente e clinicamente minor, até à lesão severa e permanente, causa frequente de litígio médico.^{2,3} Estas lesões podem ocorrer em doente sujeitos a anestesia geral ou loco-regional e estão descritas múltiplas causa possíveis, algumas das quais evitáveis. Perante a suspeição de LNPP, todos os intervenientes devem estar conscientes da patofisiologia da lesão e do seu potencial de recuperação, assegurando um diagnóstico precoce e uma terapia dirigida.

CASO CLÍNICO

Foi objetivo dos autores a criação de um algoritmo de orientação no diagnóstico e terapêutica, com vista ao reconhecimento atempado da LNPP, atendendo ao exame objetivo, à correta interpretação dos exames de eletrofisiologia e instituição das terapias farmacológicas e cirúrgicas mais adequadas.

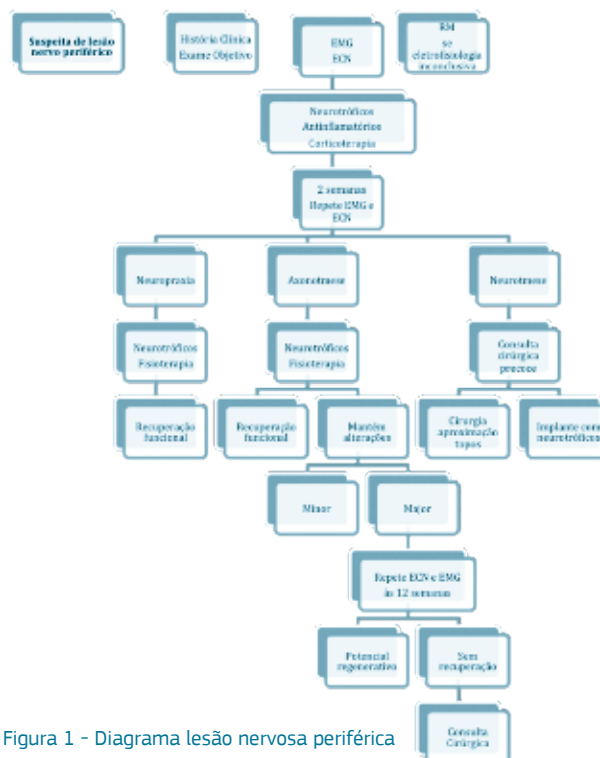


Figura 1 - Diagrama lesão nervosa periférica

DISCUSSÃO

Com este diagrama de abordagem e orientação terapêutica é nosso objetivo a identificação e investigação precoce da lesão

nervosa periférica perioperatória, evitando reconhecimentos e terapêuticas tardias com consequências nefastas para o doente, que podem implicar perda funcional importante da área afetada.

Evitar lesões nervosas perioperatórias passa pela compreensão da anatomia e patofisiologia implicada, assegurando uma abordagem multidisciplinar, com intervenientes esclarecidos quanto às opções terapêuticas vigentes.

REFERÊNCIAS 1. Lalkhen A, Bhatia - Perioperative Peripheral Nerve Injuries. *Cont Edu Anaesth Crit Care & Pain.* 2012; 12 (1) : 38-42 2. Contractor S, Hardman J - Injury during anaesthesia. *Cont Edu Anaesth Crit Care & Pain.* 2006; 6 (2): 67-70 3. Menezes S, Rodrigues R, Tranquada R et al- Lesões decorrentes do posicionamento para cirurgia: Incidência e Fatores de Risco. *Acta Med Port* 2013 Jan-Feb; 26 (1): 12-16

PO20-A1603

IMPACTO DA DOR CRÓNICA PÓS-CIRÚRGICA NA QUALIDADE DE VIDA E DE RECOBRO APÓS HISTERECTOMIA



JOANA FONSECA MOREIRA¹; FRANCISCA SANTOS¹; GABRIELA SOUSA¹; DALILA VEIGA¹; ALICE SANTOS¹; FERNANDO ABELHA^{1,2}

1 - Serviço de Anestesiologia, Centro Hospitalar S. João;
2 - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

INTRODUÇÃO

A dor crónica pós-cirúrgica (DCPC) pode ser definida como dor que surge após a cirurgia, persistindo no mínimo por 3 meses, após outras causas de dor terem sido excluídas. A incidência de DCPC após histerectomia varia entre 25 e 32%. O objetivo deste estudo foi avaliar a incidência de DCPC após histerectomia e o seu impacto na qualidade de recobro (QoR), e na qualidade de vida (QdV).

METODOLOGIA

Estudo observacional, prospetivo, aprovado pela comissão de ética da instituição. Foram incluídas 12 doentes submetidas a histerectomia eletiva, admitidas na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), entre junho e agosto de 2013. Doentes incapazes de fornecer consentimento informado e com disfunção cognitiva (Mini-mental State Examination < 24) foram excluídos. A DCPC foi avaliada através do Brief Pain Inventory (BPI), a QdV foi avaliada com o EuroQol five-dimension questionnaire (EQ-5D) e a QoR com o Quality of Recovery Score (QoR-15). As avaliações foram realizada no pré-operatório (T0) e 3 meses após a cirurgia (T3) para o BPI e EQ-5D e no pré-operatório (T0) e 24h após cirurgia (T24) para o QoR-15. O end-point primário foi a DCPC. A distribuição normal das variáveis numéricas e contínuas foi testada com o teste de Kolmogorov-Smirnov. As variáveis com distribuição normal são apresentadas como média e desvio-padrão (DP). As comparações foram feitas com utilizando testes paramétricos e não paramétricos. Para as variáveis categóricas,

A análise estatística descritiva foi realizada com recurso ao SPSS v20.0 e incluiu testes paramétricos e não paramétricos. Os dados categóricos foram comparados através dos testes qui-quadrado ou teste exacto de Fisher. As variáveis contínuas foram comparadas através dos testes t de Student ou Mann-Whitney (p<0,05).

RESULTADOS

Após obtenção de consentimento informado, foram incluídos 307 doentes, maioritariamente mulheres (51,6%), com uma id

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A incidência de DCPC após histerectomia eletiva no nosso estudo foi de 25%. Vinte e quatro horas após a cirurgia, doentes com DCPC apresentaram pontuações mais baixas para a dor no QoR-15 e 3 meses após a cirurgia apresentaram uma qualidade de vida inferior.

REFERÊNCIAS Chronic pain after surgery *Br J Anaesth.* 2001 Jul;87(1):88-98 | Acute Pain (2006) 8, 73—81 | Chronic post-surgical pain. *Agri.* 2009 Jan;21(1):1-9

PO21-ID167

DOENÇA RENAL E INFEÇÃO NOSOCOMIAL EM CIRURGIA ORTOPÉDICA: UM ESTUDO PROSPECTIVO OBSERVACIONAL



EMANUEL ALMEIDA¹; JOANA ALVES¹; GONÇALO FERREIRA¹; PEDRO ANTUNES¹; DIANA HENRIQUES¹; ALEXANDRA RESENDE¹

1 - CHLN Hospital de Santa Maria - Serviço de Anestesiologia

INTRODUÇÃO

A infecção nosocomial é um problema de saúde pública com grande importância. Nos últimos anos têm sido feitos esforços com o intuito de identificar factores concorrentes para a mesma.

A doença renal crónica (DRC) está associada a um compromisso multifactorial da função imunitária predispondo assim os doentes operados a diversas complicações, como infecção e sépsis, factores determinantes de morbimortalidade e aumento do consumo de recursos hospitalares.

É objectivo deste estudo explorar a associação entre doença renal crónica e a ocorrência de infecção nosocomial, após cirurgia ortopédica.

METODOLOGIA

Após aprovação da Comissão de Ética, realizou-se um estudo de Coorte prospetivo, entre Maio a Dezembro de 2012, em doentes propostos para cirurgia ortopédica.

Foram excluídos os doentes que apresentavam: idade inferior a 18 anos, cirurgia de ambulatório ou incapacidade em dar consentimento informado, por alterações cognitivas ou por barreiras linguísticas.

Como objectivo primário, pretendeu-se estabelecer uma correlação entre infecção nosocomial (IN) e DRC e como objectivo

secundário, determinar correlação entre creatinínemia pré-operatória (preCreat) e IN.

Para cada doente, determinou-se a existência ou não de diagnóstico de DRC, bem como o valor de preCreat. O diagnóstico de IN foi realizado de acordo com os critérios definidos pelo CDC.

A análise estatística descritiva foi realizada com recurso ao SPSS v20.0 e incluiu testes paramétricos e não paramétricos. Os dados categóricos foram comparados através dos testes qui-quadrado ou teste exacto de Fisher. As variáveis contínuas foram comparadas através dos testes t de Student ou Mann-Whitney ($p < 0,05$).

RESULTADOS:

Após obtenção de consentimento informado, foram incluídos 307 doentes, maioritariamente mulheres (51,6%), com uma idade média de $59,6 \pm 18,09$ (mín 18, máx 96) anos, 58% com uma classificação de ASA II, submetidos maioritariamente a cirurgia maior (51,1%) com uma duração média da cirurgia de $2:17 \pm 1:17$ (mín 00:10; máx 7:45) horas.

Desta população, 18 doentes (5,87%) apresentavam história de doença renal crónica. A incidência de IN foi de 14,7% (44 doentes).

Em análise univariada verificou-se uma relação estatisticamente significativa ($p 0,038$) entre a preCreat e a incidência de IN.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Este estudo não evidenciou qualquer correlação entre doença renal crónica e IN, no entanto, verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre a preCreat e IN.

Estudos adicionais são necessários para confirmar esta associação e investigar os potenciais mecanismos causais. Para além disso, será importante investigar o efeito de um adequado controlo da função renal sobre a incidência de complicações pós-operatórias nestes doentes.

REFERÊNCIAS: International Journal of Angiology, Vol. 13 (2004), pp 197-202 | Kidney International, Vol. 64 (2003), pp. 239-246

PO22-A1605

DON'T WAIT TILL SEIZURE HAPPENS TO THINK IN REVERSIBLE POSTERIOR LEUKOENCEPHALOPATHY SYNDROME IN PREGNANCY



NEUZA FERREIRA¹; ANA FAÍSCO¹; FILIPA COELHO¹; MARIA VILAÇA¹; RAQUEL VEIGA¹; ISABEL OLIVEIRA¹

1 - Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

INTRODUÇÃO

Reversible posterior leukoencephalopathy syndrome (RPLS) is a clinicoradiologic entity that combines the presence of variable neurological signs with specific neuroimaging revealing compromised posterior circulation by vasogenic oedema. It can present in pregnancy varying from mild neurologic deficits till eclampsia. The authors present four cases of parturients with RPLS diagnosed by neuroimaging after seizure, noticing the despair of prodromal complains, often confused with complications of anesthetic procedures, namely after neuroaxial approaches.

CASO CLÍNICO

In the last four years (2010-2013), we had four confirmed cases of RPLS by MRI in pregnant patients.

We present the summary presentation and clinical management of these four patients:

Patient 1: 20 years ASA 2 (Drepanocytosis), submitted to caesarean section under spinal anaesthesia due to suspicion of foetal distress. At the second day after delivery she complained of occipital headache mimicking post dural puncture headache (PDPH) treated accordingly. At day 4 she claimed diminution of visual acuity followed by tonic-clonic seizure controlled with intravenous diazepam. She was discharged at day 8 asymptomatic.

Patient 2: 26 years, ASA 2 (Migraine). Uneventful labour analgesia with epidural catheter. First day after vaginal delivery she presented with complains PDPH-like that where treated accordingly with relief. On the 7th day post partum she had a sudden increase in arterial blood pressure followed by tonic-clonic seizure treated with intramuscular diazepam. Discharged at day 10 without neurologic deficits.

Patient 3: 20 years ASA I, diagnosed with preeclampsia and medicated with magnesium and beta-blocker. She was submitted to elective caesarean section under spinal anaesthesia. At the end of surgery she presents with tonic-clonic seizure controlled by intravenous diazepam. She was discharged at day 6 without sequels.

Patient 4: 19 years; ASA I, third trimester pregnant admitted in hospital in post ictal state. She was submitted to caesarean section under general anesthesia with thiopental, fentanyl and rocuronium. At second day post partum she presented with partial seizures, reversed with diazepam intravenously. Discharged at day 8 without sequels.

DISCUSSÃO

RPLS appears in pregnancy not only associated with states of pre-eclampsia and its pathophysiology goes beyond hypertensive encephalopathy^{12,13,14}. Prompt recognition and treatment is crucial to prevent the permanent damage that can occur in this otherwise typically reversible condition¹⁵. Complete clinical and radiographic resolution occurs in the majority of RPLS but clinical presentation it is often exuberant. As seen in the first two cases symptoms can mimic those of a PDPH and be easily misdiagnosed, especially in a parturient that had undergone regional anesthesia.

REFERÊNCIAS N Engl J Med 1996; 334: 494-500 | Am J Neuro-radiol. 2007;28:1320-7.

PO23-A1612

DOR, NÁUSEAS E VÓMITOS APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA



INÉS VALDOLEIROS¹; ANA CRISTINA MIDÕES¹; ANA CAROLINA SÁ¹; PEDRO REIS¹; FERNANDO ABELHA¹; ALICE SANTOS¹

1 - Centro Hospitalar São João

INTRODUÇÃO

Os doentes obesos têm um maior risco de complicações respiratórias peri-operatórias e o uso de CPAP (continuous positive airway pressure) no pós-operatório tem sido proposto para diminuir esse risco.¹ No entanto, o seu uso pode aumentar a incidência de náuseas e vômitos pós-operatórios (NVPO).² O objetivo deste estudo foi avaliar a incidência de dor e NVPO após cirurgia bariátrica (CB) e o efeito do CPAP nestes parâmetros.

METODOLOGIA

Após aprovação pela comissão de ética da instituição foi realizado um estudo prospetivo em doentes submetidos a CB, durante 3 meses. Excluíram-se doentes incapazes de dar consentimento informado e com antecedentes de asma brônquica ou doença pulmonar crónica. Os doentes foram randomizados para tratamento com CPAP durante 2 horas na unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA). A dor e NVPO foram avaliados através da escala visual analógica (EVA 0-10) e os sinais vitais registados à admissão na UCPA e a cada 30 minutos até à alta. Foram utilizados o teste T Student, o teste de Mann-Whitney, o teste da correlação de Pearson e o teste de Qui-quadrado. Estabeleceu-se um nível de significância de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Foram incluídos 65 doentes (85% mulheres, 42±10 anos de idade, índice de massa corporal 43,8±5,4 kg/m²), classificados como ASA II e III (9 e 91%, respetivamente) e submetidos a *bypass* gástrico (78%), *sleeve* (5%), colocação (9%) ou remoção de banda gástrica (8%). Foi aplicado CPAP a 32 doentes. A mediana da dor à admissão na UCPA foi 3. Durante a estadia na UCPA, 42 doentes (65%) apresentaram dor (37 *bypass* gástricos, 1 *sleeve* e 4 procedimentos de banda gástrica). Os doentes tratados com CPAP na UCPA tiveram valores inferiores na EVA de dor ($p=0,004$). Pontuações mais elevadas na EVA de dor estiveram associadas a procedimentos anestésicos mais longos ($p=0,042$), NVPO ($p < 0,001$) e internamento pós-operatório mais prolongado ($p=0,044$). Dezanove doentes (29%) tiveram NVPO na UCPA. Estes doentes tiveram uma EVA de dor com pontuações mais elevadas ($p=0,006$). Não foram encontradas diferenças nas NVPO relacionadas com o tipo de procedimento ou o tratamento com CPAP. Doentes com idade superior a 50 anos apresentaram valores inferiores na EVA de dor ($p=0,021$) e de NVPO ($p=0,015$).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A dor e as NVPO tiveram uma incidência elevada após CB. Os doentes tratados com CPAP apresentaram menor dor. Neste estudo, o uso de CPAP não se associou a um aumento da incidência de NVPO. A idade superior a 50 anos esteve relacionada com pontuações inferiores na EVA de dor e de NVPO.

REFERÊNCIAS 1 Anesthesiology. 2009; 110:878-84. | 2 Obes Surg. 2010; 20:876-880.

PO24-A1613

NEFRECTOMIA DE DADOR VIVO: ESTRATÉGIAS DE ANALGESIA PÓS-OPERATÓRIA

JOANA ALEXANDRA GUIMARÃES¹; ANA MARIA ARAÚJO¹; MARIA EDUARDA AMADEU¹



1 - Centro Hospitalar do Porto

INTRODUÇÃO

A nefrectomia de dador vivo apresenta uma maior probabilidade de sucesso do enxerto para o recetor e um baixo risco para o dador. Atualmente é realizada na sua maioria por laparoscopia, com menor nível de dor pos-operatória, recuperação mais rápida e internamentos mais curtos.¹ O objetivo do presente trabalho consiste na caracterização da analgesia pós-operatória na nefrectomia de dador vivo nesta instituição.

METODOLOGIA

Consulta do processo clínico eletrónico de todos os doentes submetidos a nefrectomia de dador vivo em 2012 e 2013 na nossa instituição, com registo de dados referentes a idade, sexo, classificação ASA, técnica anestésica, técnica analgésica pós-operatória e registo da avaliação da dor nas primeiras 24h. Realizou-se uma análise estatística descritiva dos dados obtidos.

RESULTADOS

Foram registados 40 dadores submetidos a nefrectomia com média de idade de 46 anos. Foi realizada laparoscopia em 36 dadores, a maioria sob anestesia geral endovenosa; em 3 doentes realizou-se lombotomia sob anestesia combinada (anexo 1).

Tabela 1 - Demografia e abordagem peri-operatória

	Dador (N=40)	%
Sexo		
Feminino	27	67,5%
Masculino	13	32,5%
Idade (anos)		
<18	0	0%
18-64	40	100%
ASA		
I	26	65%
II	14	35%
Técnica cirúrgica		
Laparoscopia	36	90%
Conversão	1	2,5%
Lombotomia	3	7,5%
Técnica anestésica		
Anest. geral balanceada	10	25,0%
Anest. geral endovenosa	23	57,5%
Anest. Geral + bloq. nv. Periféricos	4	10,0%
Anest. geral + Bloq. Neuroeixo	3	7,5%
Técnica analgésica		
Convencional	24	60,0%
PCA	13	32,5%
Epidural	3	7,5%

A técnica de analgesia pós-operatória em 24 doentes (60%), submetidos a laparoscopia, foi a analgesia convencional com paracetamol 1000mg endovenoso (ev) e tramadol 100mg ev de 8/8 h. Apenas num doente foi necessário analgesia de resgate com uma administração adicional de tramadol. A PCA (bólus de morfina 1mg com tempo de lockout de 7 minutos) com paracetamol 1000mg ev 8/8h, foi utilizada em 13 (32,5%) dadores. Todos com menos de 30 pedidos nas primeiras 24h (dose equianalgésica de tramadol ev 8/8h²). Referiram dor ausente em repouso com dor ausente/ligeira em movimento 8 doentes (61,5%) e 5 (38,5%) dor ligeira em repouso com dor ligeira/moderada em movimento. A PCA foi retirada entre as 24 e as 48h pela ausên-

cia de necessidade do seu uso, ficando para analgesia paracetamol 1000mg ev 8/8h e tramadol 100mg ev SOS. A analgesia por via epidural com Drug Infusion Balloon (DIB) (ropivacaína 1mg/ml e fentanil 2µg/ml, 6ml/h) foi usada nos doentes submetidos a lombotomia. Na avaliação 24h após a cirurgia, 2 doentes referiram dor ausente em repouso com dor ausente/ligeira em movimento e 1 dor ligeira em repouso com dor ligeira/moderada em movimento. O cateter epidural foi retirado às 72h em 2 doentes e às 96h num doente.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Neste estudo a analgesia convencional revelou-se eficaz nos doentes submetidos a cirurgia laparoscópica. Os dados obtidos sugerem que o recurso a PCA poderá não se justificar. A analgesia multimodal com recurso a bloqueio de nervos periféricos a complementar a analgesia convencional nas 24h poderá ser uma alternativa.

REFERÊNCIAS 1. Mathuram Thiyagarajan, U., A. Bagul, and M.L. Nicholson, Pain Management in Laparoscopic Donor Nephrectomy: A Review. *Pain Research and Treatment*, 2012: p. 6 | 2. Serpell M. (Ed), *Pharmacotherapy of Pain. Handbook of pain management*, 2011: p. 59-60

mal. Nas variáveis contínuas, utilizaram-se testes paramétricos e não paramétricos para as comparações. Para as variáveis categóricas, foi utilizado o teste de Qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher.

RESULTADOS

Doze doentes apresentavam DCPC aos 3 meses após a cirurgia (33%). Aos 3 meses, os doentes com DCPC tiveram um score de QoL (EQ-5D) inferior (91 vs. 64, $p < 0.001$) e reportaram significativamente mais problemas numa das 5 dimensões: as atividades habituais ($p = 0.009$). Em relação à QoR, os doentes com DCPC apresentaram em T24 médias inferiores para a questão "ter tido uma boa noite de sono" (8 vs. 10, $p = 0.022$).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A DCPC é um *outcome* importante após cirurgia da mama e tem um impacto negativo na QoL.

REFERÊNCIAS 1. *Anesthesiology*, 2013; 119:1410-21. | 2) *Br J Anaesth*. 2001; 87: 88-89.

PO25-A1615

IMPACTO DA DOR CRÓNICA PÓS-CIRÚRGICA NA QUALIDADE DE VIDA E NA QUALIDADE DE RECUBRO APÓS CIRURGIA DA MAMA



INÉS VALDOLEIROS¹; MARIA VAZ ANTUNES¹; FRANCISCA SANTOS¹; ALICE SANTOS¹; DALILA VEIGA¹; FERNANDO ABELHA¹

1 - Centro Hospitalar São João

INTRODUÇÃO

As síndromes de dor pós-operatória são frequentes após cirurgia da mama e podem influenciar a qualidade de vida (QoL).¹ A dor crónica pós-cirúrgica (DCPC) desenvolve-se após cirurgia e persiste durante pelo menos 2 meses, excluindo outras causas.² O objetivo deste estudo é avaliar a incidência de DCPC e o seu impacto na QoL e na qualidade de recobro (QoR).

METODOLOGIA

Após aprovação pela comissão de ética da instituição, foi realizado um estudo prospetivo em doentes submetidos a cirurgia eletiva de junho a agosto de 2013. Os critérios de inclusão foram doentes submetidos a cirurgia da mama (incluindo mastectomia, redução e reconstrução mamária). Foram excluídos doentes incapazes de dar consentimento informado e com défice cognitivo (*Mini Mental State Examination* < 24). A DCPC foi avaliada com o Brief Pain Inventory (BPI), a QoL com o *EuroQol five-dimension questionnaire* (EQ-5D) e a QoR com o 15-item Quality of Recovery score (QoR-15). A avaliação da QoL e da DCPC foi realizada no pré-operatório (T0) e aos 3 meses após a cirurgia (T3) em 37 doentes. A QoR foi avaliada no pré-operatório (T0) e às 24h pós-operatórias (T24). O objetivo primário foi avaliar a incidência de DCPC. Foi feita análise descritiva das variáveis e foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov para averiguar a distribuição nor-

PO26-A1622

DOR CRÓNICA PÓS-CIRÚRGICA E A SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA E DE RECUBRO.



GABRIELA SOUSA¹; JÚLIA MENDONÇA¹; JOANA BRANDÃO²; ALICE SANTOS¹; DALILA VEIGA¹; FERNANDO ABELHA¹

1 - Centro Hospitalar de São João, Serviço de Anestesiologia, Porto;

2 - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto

INTRODUÇÃO

A dor crónica pós-cirúrgica (DCPC) é uma complicação comum. A DCPC tem sido descrita como uma dor que se desenvolve após um procedimento cirúrgico e que persiste pelo menos durante 2 meses.¹ O objetivo deste estudo foi avaliar a incidência de DCPC e a sua relação na qualidade de vida (QoL) e na qualidade de recobro (QoR).

METODOLOGIA

Estudo prospetivo observacional, aprovado pela Comissão de Ética da nossa Instituição. O consentimento informado foi obtido em todos os doentes. Foram incluídos 175 doentes submetidos a cirurgia eletiva ortopédica, vascular, ginecológica e geral, admitidos na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, de junho a agosto de 2013. Foram excluídos os doentes incapazes de dar o consentimento informado e com disfunção cognitiva (*Mini-mental State Examination* < 24). A DCPC foi avaliada pelo questionário "Brief Pain Inventory" (BPI), a QoL foi avaliada através do questionário "*EuroQol 5-dimension questionnaire*" (EQ-5D) e a QoR com o "*15-item Quality of Recovery*" (QoR-15). A DCPC foi avaliada 3 meses após a cirurgia (T3), a QoL no período pré-operatório (T0) e em T3 e a QoR em T0 e 24h após a cirurgia (T24). O objetivo primário foi avaliar a ocorrência de DCPC. Os dados demográficos e as variáveis perioperatórias foram registados. As variáveis

contínuas foram testadas para distribuição normal. Foi utilizada a análise descritiva das variáveis e o teste de Mann-Whitney U, o teste exato de Fischer ou Qui-quadrado nas comparações.

RESULTADOS

Quarenta e nove doentes (28%) apresentaram DCPC 90 dias após a cirurgia. Em T3, os doentes com DCPC referiram mais problemas em todas as dimensões do EQ-5D: mobilidade ($p=0,001$), auto-cuidado ($p=0,001$), atividades habituais ($p<0,001$), dor/desconforto ($p<0,001$) e ansiedade/depressão ($p=0,002$). Doentes com DCPC apresentaram pontuações inferiores na escala visual analógica do EuroQol (60 vs. 87, $p<0,001$) e um menor valor de EQ-Index (64 vs. 91, $p<0,001$). Em relação à pontuação no QoR-15, em T0, os doentes com DCPC apresentaram um valor de mediana global total inferior (125 vs. 132, $p=0,021$) bem como valores de mediana mais baixos em 4 domínios: "obtive o apoio do hospital, médicos e enfermeiros" ($p=0,016$), "senti-me capaz de retomar ao trabalho ou às actividades domésticas" ($p=0,026$), "dor moderada" ($p<0,001$) e "dor severa" ($p<0,001$). Em T24, os doentes com DCPC apresentaram um valor de mediana global de QoR-15 mais baixo (103 vs. 121, $p<0,001$) e pontuações inferiores para "fui capaz de apreciar a comida" ($p=0,022$), "senti-me descansado/a" ($p=0,001$), "dor moderada" ($p=0,004$), "dor severa" ($p=0,009$), "náuseas ou vômitos" ($p=0,049$), "senti-me preocupado/a ou ansioso/a" ($p=0,013$).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A DCPC é um importante parâmetro de outcome após cirurgia. A sua incidência neste estudo foi considerável e os doentes apresentaram pior QoL em T3 e pior QoR em T24. Os doentes com DCPC apresentaram pontuações mais baixas na avaliação da dor no QoR-15 às 24h após a cirurgia.

REFERÊNCIAS 1.Br J Anaesth. 2008;101:77-86

PO27-A1629

P-POSSUM: PREDITOR DE RISCO DE MORBILIDADE E MORTALIDADE EM CISTECTOMIA RADICAL UM ESTUDO PROSPETIVO



DANIELA PINHO¹; ÁGATA AREIAS¹; LUÍSA CALIXTO¹; CATARINA NUNES¹; EDUARDA AMADEU¹

1 - Centro Hospitalar do Porto

INTRODUÇÃO

A estimativa da morbilidade e da mortalidade pós-operatórias pode ser um dado decisivo para a definição do melhor plano perioperatório. O score P-POSSUM (Porthmouth - Physiological and Operative Severity Score for the enUmeration of Mortality and morbidity) estima o risco de morbilidade e de mortalidade aos 30 dias após a cirurgia. O objetivo do estudo é avaliar, prospetivamente, a capacidade preditiva deste score em doentes submetidos a cistectomia radical no nosso hospital.

METODOLOGIA

Colheita prospetiva dos parâmetros fisiológicos e operatórios dos doentes submetidos a cistectomia radical, a partir de Janeiro de 2013, e registo de morbilidade e de mortalidade aos 30 dias após a cirurgia. Considerou-se morbilidade observada (MO), a existência de pelo menos uma complicação pós-operatória. Cálculo dos riscos de de morbilidade e de mortalidade estimados com o score P-POSSUM para cada doente. Estratificação dos doentes em quatro grupos de morbilidade de acordo com a pontuação no score P-POSSUM: 20-40%, 40-60%, 60-80% e 80-100%. Para cada grupo foram calculadas a morbilidade esperada (ME, correspondente ao produto da morbilidade prevista pelo score P-POSSUM pelo número total de doentes de cada grupo) e a razão de morbilidade observada/esperada (MO/ME). Avaliação do poder preditivo do score P-POSSUM com o teste Qui-Quadrado.

RESULTADOS

Incluídos 20 doentes: 80% do sexo masculino; 45% com mais de 70 anos. A morbilidade e mortalidade observadas aos 30 dias foram de 50% e 10%, respetivamente. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre MO e ME ($p=0,95$). O valor preditivo do P-POSSUM para determinação de mortalidade não pôde ser calculado, dada a existência de apenas 2 casos de mortalidade aos 30 dias. Os resultados encontram-se apresentados de forma detalhada na tabela 1.

Tabela 1- Morbilidade observada (MO), intervalo de morbilidade esperada (ME) e da razão morbilidade observada/morbilidade esperada (MO/ME) para cada grupo de doentes, de acordo com o score P-POSSUM.

Morbilidade observada (MO)	Morbilidade prevista pelo Score P-POSSUM			
	20-40%	40-60%	60-80%	80-100%
Sem complicações pós-operatórias	5	3	1	1
Com complicações pós-operatórias	1	3	2	4
Total (T)	6	6	3	5
Número estimado de doentes com morbilidade (ME)	1,2-2,4	2,4-3,6	1,8-2,4	4-5
Razão MO/ME	0,42-0,83	0,83-1,25	0,83-1,1	0,8-1

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Na amostra considerada, a MO encontra-se dentro do intervalo de ME calculada. A razão MO/ME foi inferior à unidade no grupo de morbilidade determinada pelo score P-POSSUM entre 20 e 40%. Este resultado parece estar de acordo com a literatura, que sustenta que o P-POSSUM tende a sobre-estimar a morbilidade pós-operatória. (1) A aplicação do teste Qui-Quadrado mostrou que a ME não foi diferente da MO. A capacidade preditiva de mortalidade não foi avaliada devido ao reduzido número de casos, limitação que poderá ser ultrapassada aumentando o tamanho amostral. Nesta amostra, o score P-POSSUM foi um bom preditor de morbilidade, podendo constituir uma importante ferramenta no planeamento perioperatório de doentes propostos para cistectomia radical na nossa instituição.

REFERÊNCIAS 1 J Urol. 2009; 182: 2619-2624

PO28-A1653

TRANSPLANTE RENAL COM RIM DE CADÁVER: AUDITORIA CLÍNICA.

FÁTIMA SANTOS¹; MANUELA CASAL¹

1 - Centro Hospitalar do Porto

INTRODUÇÃO

O transplante renal (TR) é o tratamento de eleição na doença renal terminal e contribui para o aumento da esperança e qualidade de vida destes doentes. Doentes propostos para TR têm múltiplas co-morbilidades que tornam a abordagem anestésica um desafio, esta requer o conhecimento da fisiologia da doença, do procedimento cirúrgico e potenciais complicações. Estas particularidades levaram à realização de uma auditoria clínica no nosso hospital, centro de referência em TR, sobre a atividade de transplantação com rim de cadáver.

METODOLOGIA

No período compreendido entre Janeiro de 2012 e Dezembro de 2013, foram seleccionados todos os doentes submetidos a transplante renal com rim de cadáver. Foram avaliados aspetos demográficos, técnica dialítica e sua duração, técnica anestésica e analgesia pós-operatória, morbi-mortalidade aos 30 dias e aos 3 meses. Realizou-se a análise estatística descritiva dos dados obtidos.

RESULTADOS

Cento e treze doentes foram incluídos no estudo. Média de idades 49 anos, prevalência maior de homens (54,8%) e 92,9% classificação funcional ASA 4. Todos em terapêutica de substituição renal (TSR), tempo médio 5,7 anos sendo a TSR mais prevalente a hemodiálise (83,2%). A técnica anestésica foi em 94,6% anestesia geral com manutenção inalatória. A analgesia pós-operatória, em 56,6% dos casos, foi a Patient Controlled Analgesia. O procedimento cirúrgico teve uma duração média de 118 minutos sendo o tempo de isquemia fria em média 1029 minutos. Em 93,8% dos casos ocorreram complicações, as nefro- urológicas foram as mais prevalentes, destacam-se: atraso da função do enxerto (n=48), necessidade de TSR após transplante (n=30), necrose tubular aguda (n=12) e perda de enxerto (n=5). Das complicações infecciosas destacam-se: ITU (n=38), pielonefrite (n=15) e colonização líquida de preservação (n=42). Complicações hematológicas: anemia (n=51) e utilização de hemoderivados (n=53). Diabetes após transplante (n=12) foi a complicação endócrina mais importante. Hipertensão arterial (n=6) e disritmias (n=6) destacam-se nas cardiovasculares. As re-intervenções (12,4%) deveram-se principalmente a drenagem de hematoma renal e enxertectomia. O tempo médio de internamento foi 18,7 dias. O único caso de mortalidade ocorreu por paragem após disritmia. Aos 3 meses de vigilância 53,9% dos doentes não tiveram intercorrências. Neste período as complicações infecciosas foram as mais prevalentes, 8 doentes foram re-internados, 5 dos quais por rejeição aguda.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Os nossos resultados, nomeadamente a prevalência de complicações, estão de acordo com a literatura. Parte do sucesso da

transplantação requer o reconhecimento e gestão adequados de complicações peri e pós-operatórias, na qual a intervenção do anestesista tem um papel importante.

REFERÊNCIAS Chandran S, Vincenti F. Clinical aspects: focusing on key unique organ-specific issues of renal transplantation. Cold Spring Harb Perspect Med, February 2014; 4:a015644

PO29-A1655

TAMPONAMENTO CARDÍACO - UMA COMPLICAÇÃO RARA DA CATETERIZAÇÃO VENOSA CENTRAL

ISABEL FLOR DE LIMA¹; ANA CATARINA AZEVEDO¹; VÂNIA BRITO¹; MARIA JOÃO CENTENO¹; ANTERO FERNANDES¹

1 - Hospital Garcia de Orta, EPE

INTRODUÇÃO

A vasta utilização dos Cateteres Venosos Centrais (CVC) em meio hospitalar incita a um aumento da iatrogenia, uma vez que são colocados mais cateteres e a sua manutenção é mais prolongada^{1,2}. São conhecidas diversas complicações relacionadas com a cateterização venosa central, uma das quais o Tamponamento Cardíaco (TC), raro, dificilmente reconhecido e associado a grande mortalidade³. Os autores apresentam um caso clínico, com desfecho favorável, de uma doente que desenvolveu um TC 17 dias após a colocação de um CVC.

CASO CLÍNICO

Sexo feminino, 26 anos, estadio ASA IV, admitida para nefrectomia eletiva por piodrose. Antecedentes pessoais relevantes: síndrome polimalformativa com várias intervenções cirúrgicas de correção e insuficiência renal crónica em hemodiálise. Colocado CVC ecoguiado antes da indução da anestesia geral. A veia jugular interna direita foi puncionada e inserido um cateter com 15 cm de comprimento, sem registo de alterações no ECG. No intra-operatório foram infundidos 1000mL de fluidos, sem intercorrências. Na radiografia (RX) do tórax controlo (Fig.1), visualizava-se a ponta do cateter intra-cardíaca. 14 Dias após a colocação do CVC, a doente inicia dispneia e dor pré-cordial. Ao 16º dia apresentava instabilidade hemodinâmica com progressão ao 17º dia para duas Paragens Córdio-Respiratórias, com recuperação de pulso após Suporte Avançado de Vida. O ecocardiograma transtorácico evidenciava TC e presença da ponta do CVC no espaço pericárdico. Efetuada pericardiocentese, com saída de 400 mL de líquido hemático e melhoria do perfil hemodinâmico.



Figura 1 – Radiografia do tórax realizada no pós-operatório após a colocação do CVC na veia jugular interna direita.

DISCUSSÃO

Existem distintos possíveis mecanismos implicados no TC pós CVC: trauma direto, migração e erosão mecânica e/ou química.

No caso clínico descrito, a escolha do cateter foi adequada, o procedimento foi ecoguiado, com monitorização por ECG sem originar arritmia pelo fio guia. O RX do tórax controlo mostrava a ponta do cateter em posição intra-cardíaca, mas o achado foi desvalorizado. A permanência durante 17 dias do cateter em posição anómala, deu origem ao TC por um mecanismo de erosão mecânica crescente e migração até ao espaço pericárdico. A ecografia em tempo real diminui o número de complicações associadas à técnica no momento da inserção, mas não permite a visualização da ponta do cateter, nem previne complicações tardias. A localização radiológica da ponta do cateter é uma medida importante para prevenir a colocação intra-cardíaca, mas não garante que não ocorra erosão do vaso, da parede cardíaca ou migração, pelo que a sua posição deve ser revista sempre que se realize um RX do tórax.

O TC deve ser considerado em todos os doentes com CVC que apresentem deterioração do estado clínico. A chave do êxito terapêutico depende da suspeita clínica precoce e a realização de ecocardiografia é uma mais valia na confirmação do diagnóstico.

REFERÊNCIAS 1. Nutr. Hosp. 2003; XVIII (1) 46-50 | 2. Korean J Anesthesiol 2010 December 59:S211-S217 | 3. Chest 1992; 101:1154-55

P030–A1657

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTO- RIZADA-MÉTODO ADICIONAL DE CONFIRMAÇÃO DO POSICIO- NAMENTO DE TUBOS DUPLO LÚMEN



DIOGO COUCEIRO¹

1 - IPOFG-EPE Porto

INTRODUÇÃO

Na Ablação de Lesões Hepáticas ou Pulmonares por Radiologia de Intervenção guiada por TAC (Radiofrequência ou Micro-Ondas) a colocação de tubo duplo lúmen para separação anatómica pulmonar ou para ventilação unilateral ^{1,2} pode estar

indicada em diversas situações. A TAC, método não invasivo, pode confirmar o posicionamento do tubo e a eficácia da estratégia ventilatória proposta além da visualização pulmonar pós-procedimento, podendo eventualmente ser prescindida broncofibroscopia de controlo. Revisão de 13 casos, implicações e desafios anestésicos.

METODOLOGIA

Foram efectuadas intubações de tubos duplo lúmen de PVC (Smith-Medical, left-sided, nº 35 e 37) (3) sob laringoscopia directa (lâminas MacIntosh) recorrendo ao método auscultatório para verificar clinicamente a posição do tubo. Foram depois efectuados sistematicamente TAC Torácicos (cortes 3 mm) para avaliação da extremidade do tubo brônquico esquerdo assim como a desobstrução dos brônquios segmentares superior e inferior esquerdos. No eventual reposicionamento do doente (10 casos) (por sistema decúbito lateral esquerdo) foi repetida a sequência torácica de TAC e reconfirmado o posicionamento do tubo.

RESULTADOS

Dos 13 casos avaliados foi necessário reposicionar, em intervalos de 0,5 cm, distalmente (1 vez) e proximalmente (2 vezes) o tubo com os doentes ainda em decúbito dorsal.

Foi necessário reposicionar-se distalmente 1 doente pós reposicionamento do doente em decúbito lateral esquerdo.

O TAC permitiu avaliar adicionalmente a eficácia da estratégia ventilatória e o status pulmonar pós-procedimento.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A TAC, método não invasivo diagnóstico, em conjunto com o método clínico auscultatório pode confirmar o posicionamento eficaz de tubos duplo lúmen não só na posição inicial de intubação em decúbito dorsal mas também quando há mudanças na posição do paciente podendo não ser necessário a ajuda da Broncofibroscopia (que se mantém como método de eleição para confirmação do posicionamento de tubos de duplo-lúmen).

Referências 1. Clinical Anesthesiology, 4th, Lange Medical Books/McGraw Hill Medical Publishing Division; 2006:585-613/24 | 2. Miller's Anesthesia. Vol 2. 7th Edition. Churchill Livingstone Elsevier; 2010:Chapter 59 | 3. Anesthesiology. Nov2002;97(5):1295-

P031–A1668

EPIDURAL BLOOD PATCH – A NOSSA EXPERIÊNCIA



NEUZA SOUSA¹; SANDRA CARNEIRO¹; JOANA TORRES¹;
ANTONIO FERREIRA¹; ANDREIA SOUSA¹

1 - Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE- Hospital Pedro Hispano

INTRODUÇÃO

Qualquer punção da dura-máter pode resultar em Cefaleias Pós-Punção da Dura-Máter (CPPD). Nas parturientes, o risco de punção dura-máter não intencional com agulha de Tuohy é de 1,5%, destes 52,1% desenvolverá CPPD. Após bloqueio subaracnoideu, a incidência de CPPD varia entre 1,5%-11,2%. No entanto, 38% das CPPD ocorrerão após procedimentos anestésicos sem quaisquer intercorrências. Epidural Blood Patch (EBP) é considerado o gold standard perante CPPD refratárias a outras intervenções terapêuticas.¹ Em 70% dos EBP existe alívio completo das CPPD. O presente estudo tem como objetivo caracterizar a população submetida a EBP no nosso departamento, determinar grupos de risco e avaliar o outcome e complicações associadas.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo dos EBP realizados no nosso departamento, após pesquisa dos processos clínicos no sistema informático, entre novembro/2010 e novembro/2013.

RESULTADOS

Foram realizados 13 EBP em 12 doentes, todos do sexo feminino. Das doentes submetidas a EBP, 11 (91,67%) eram puérperas e 1 (8,33%) era doente no pós-operatório de Prótese Total do Joelho. Uma das puérperas necessitou de realizar 2 EBP, com intervalo de um dia, correspondendo ao único caso em que não se verificou alívio sintomático após procedimento. Todos os EBP decorreram sem intercorrências e realizados por especialistas em Anestesiologia. A idade média das doentes foi de 33,6 anos (23-60) e 50% classificadas como ASA I e restantes como ASA II. O Índice Massa Corporal foi em média 30,98 kg/m². A técnica anestésica associada a CPPD foi em 7 casos técnica combinada do neuroeixo (TCN) e nos restantes epidural, destes, foi visualizada a punção inadvertida da dura-máter em 4 casos (80%). Na população obstétrica, as CPPD ocorreram em 4 doentes (36,36%) após analgesia epidural de trabalho de parto; em 2 doentes (18,18%) após anestesia TCN para cesariana eletiva; em 5 doentes (45,45%) após anestesia TCN para cesariana urgente. O início dos sintomas ocorreu em 83,33% nas primeiras 72 horas. Em 58,33% dos EBP realizaram-se entre o 3º e 4º dias após punção. 75% das doentes tiveram alta hospitalar no dia seguinte ao EBP. De referir um reinternamento 5 dias após alta por recorrência de CPPD.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Uma maior incidência de CPPD ocorre em mulheres, jovens e grávidas tal como a maioria das doentes do estudo. EBP terapêutico é um procedimento realizado na nossa instituição perante CPPD que não aliviam após tratamento conservador instituído. Todos os EBP foram realizados 24 horas após suspeita de punção da dura-máter. De acordo com a literatura, esperar 24 horas permite excluir outras causas de cefaleias, observar sinais infecciosos e por fim, está associado a uma maior taxa de sucesso. Todos EBP decorreram sem intercorrências e com alívio sintomático, com a exceção de um caso. Assim, da nossa experiência, podemos concluir que EBP é a opção terapêutica perante CPPD refratárias.

Referências Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain | Vol11 Nº 5 2011

P032-A1675

ANESTESIA PARA IMPLANTAÇÃO VALVULAR AÓRTICA TRANSCATETER



MARIA INÊS TABORDA¹; DIANA HENRIQUES¹;
MARISA ANTUNES¹; ILDA VIANA¹; IVO PIRES¹

1 - Centro Hospitalar de Lisboa Norte

INTRODUÇÃO

A implantação transcater de válvula aórtica é uma técnica desenvolvida como alternativa à cirurgia valvular aórtica convencional para tratamento de doentes com estenose aórtica grave e alto risco cirúrgico. É um procedimento efetuado via percutânea ou transapical, com implantação valvular sob pacing ventricular rápido e o doente em apneia. É necessária uma equipa multidisciplinar e uma criteriosa seleção dos doentes. Idealmente a anestesia deve permitir o máximo controlo hemodinâmico durante o procedimento e uma extubação precoce.

METODOLOGIA

Os autores apresentam a casuística, dos primeiros 13 meses, de implantação transcater de válvula aórtica por abordagem percutânea femoral no seu Centro Hospitalar. Entre Setembro de 2012 e Outubro de 2013 foram intervencionados 27 doentes. As contraindicações principais para cirurgia clássica foram a presença de comorbilidades significativas (59%) e aorta de porcelana (33%). Os doentes apresentaram uma média de idades de 80 anos, classificação ASA 3 (48,2%) e ASA 4 (51,8%) e Euroscore II médio de 5,39%. As comorbilidades mais frequentes foram a hipertensão arterial (85%), insuficiência renal (63%), doença coronária (48%), diabetes mellitus II (37%), pacemaker implantado (26%) e doença pulmonar crónica (22%). Todos os doentes foram submetidos anestesia geral endovenosa. A monitorização intraoperatória incluiu, para além da monitorização padrão, o índice bi-espectral, monitorização da pressão arterial invasiva e realização de ecocardiograma transesofágico durante o procedimento. As endopróteses utilizadas foram a Edwards Sapiens XT (78% dos doentes) e a Medtronic Corevalve (restantes). A duração média dos procedimentos foi 205 minutos. Os doentes foram extubados na sala de hemodinâmica e transferidos para a Unidade de Tratamento Intensivo Coronário.

RESULTADOS

As complicações intra-operatórias relacionaram-se com o procedimento cirúrgico, tendo ocorrido uma morte intraoperatória por choque hemorrágico após rutura da artéria ilíaca e em dois doentes houve complicações no acesso vascular. Não se registaram complicações anestésicas relevantes no pós-operatório imediato. A duração média de internamento pós-operatório foi de 10 dias. Durante o internamento 12 doentes desenvolveram infeções nosocomiais, 2 doentes sofreram acidente vascular cerebral e um doente desenvolveu um tamponamento cardíaco com necessidade de esternotomia emergente. O *follow-up* médio foi de 189 dias e máximo de 392 dias. Todos os doentes vivos apresentavam-se oligossintomáticos. A taxa de mortalidade foi de 11,1%.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A implantação transcatereter de válvula aórtica num coração pulsátil impõe desafios únicos ao anesthesiologista no controlo hemodinâmico, de arritmias, pacing ventricular, domínio da ecocardiografia transesofágica e eventual necessidade de esternotomia de emergência.

REFERÊNCIAS Anesth Analg 2009;108:1453-62

P033-A1679

IMPACTO ECONÓMICO DA ADMINISTRAÇÃO DE PARACETAMOL POR VIA ENDOVENOSA VERSUS VIA ORAL



MIGUEL PAIVA¹; RAQUEL CABRAL¹; FRANCISCO MATIAS¹;
FRANCISCO MATOS¹; MAFALDA MARTINS¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Serviço de Anestesiologia

INTRODUÇÃO

O custo das medidas terapêuticas é um factor determinante na gestão hospitalar.¹ A segurança e eficácia do paracetamol endovenoso (ev) está documentada, contudo os custos são muito superiores à administração do paracetamol por via oral.² A eficácia terapêutica do paracetamol administrado por estas vias após uma hora de administração é semelhante. A substituição da via ev pela via oral deve ser iniciada logo que possível, para reduzir custos desnecessários e evitar efeitos adversos associados à utilização da via ev.³ No entanto a prescrição de paracetamol ev em doentes com dieta oral é uma prática corrente, com custos associados à diferença de preços, mas também a outras despesas como o sistema de administração de soluções (SAS), ou cateteres venosos. Pretendeu-se avaliar o impacto económico da utilização do paracetamol oral versus ev em doentes cirúrgicos, internados no nosso hospital.

METODOLOGIA

Avaliação das tabelas terapêuticas de todos os doentes (564) internados em enfermarias de especialidades cirúrgicas do nosso hospital, num dia escolhido aleatoriamente. Análise do número de doentes a fazer terapêutica com paracetamol ev ou oral, o regime de administração (fixo ou SOS), tipo de dieta (oral, parentérica) e o custo associado das diferentes opções terapêuticas.

RESULTADOS

Dos 564 doentes internados em 21 enfermarias cirúrgicas, 52% (297) apresentavam prescrição de paracetamol, dos quais 204 por via ev (68,6%) e 93 doentes por via oral (31,3%). Dos doentes medicados com paracetamol ev 76,4% (227) apresentavam um esquema em SOS até 3id e 23,5% (70) um regime fixo com 3 administrações. 63,7% (162) do total de doentes medicados com paracetamol ev estavam em regime de dieta oral e 36,6% (93) dos doentes medicados com paracetamol

oral apresentavam dieta oral. Fármacos & SAS Preço Paracetamol ev 1gr 0,66€ Paracetamol oral 1gr 0,02€ SAS 0,21€. O custo da prescrição de paracetamol ev lid em doentes com dieta oral (162), corresponde a 141€ por dia, se estes doentes estivessem a fazer paracetamol oral o custo seria de 3,24€. Num ano, para administração 1 id, seria possível reduzir a despesa em 50.370€.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O paracetamol, é utilizado na maioria dos doentes internados nas enfermarias cirúrgicas do nosso hospital. Se os doentes com dieta oral tivessem prescrição de paracetamol oral e não ev, e se o regime de e prescrição fosse lid seria possível aproximadamente uma poupança anual de 50.260€. Como têm regime de SOS até 3id ou fixo 3id, a redução de custos seria superior a 151.110€. A utilização do paracetamol oral permite reduzir custos, salvaguardando que a opção terapêutica deve ser sempre adequada à situação clínica de cada doente. Nessa medida o uso da via ev só se justifica havendo necessidade urgente de alívio da dor ou hipertermia e/ou quando não há outras vias de administração.³

REFERÊNCIAS 1. American Journal of Therapeutics (2013) 20:2 (189-199) | 2. Pharmacotherapy (2012) 32:6 (559-579) 3 – UKMi-NICE– (11Fev2014).<http://www.ukmi.nhs.uk>

P034-A1686

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL, EXEQUIBILIDADE E VALIDAÇÃO DA “AMSTERDAM PREOPERATIVE ANXIETY INFORMATION SCALE” (APAIS)



ACÍLIO MARQUES¹; MIGUEL PAIVA¹; INÉS CUNHA¹;
INÉS MESQUITA¹; FRANCISCO MATIAS¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Serviço de Anestesiologia

INTRODUÇÃO

Na avaliação pré-operatória dos doentes é recomendável questionar também da ansiedade e necessidade de informação. A ansiedade pode atingir 60% a 80% dos doentes. A quantidade e qualidade da informação que os doentes procuram depende de condicionantes culturais, circunstanciais, pessoais e experiências anteriores. No processo de minimização destes problemas é de considerar a avaliação, a adequação e individualização de atitudes e dos cuidados anestésicos. A APAIS avalia a ansiedade e a necessidade de informação dos doentes, sendo um instrumento de trabalho e investigação potencialmente útil também aos anestesistas portugueses.¹

METODOLOGIA

O processo de tradução incluiu tradutores independentes com retro-tradução, adaptação cultural com anestesistas seniores e pré-teste com voluntários. Foram convidados 89 pacientes adultos propostos para anestesia programada. Recolheram-se os dados do tempo de execução do APAIS, a idade, sexo, antece-

doentes anestésicos, tipo de cirurgia, tipo de anestesia pretendido, as respostas ao APAIS e as respostas a uma outra escala de ansiedade: *Hospital Anxiety Depression Scale* (HAD). A validade concorrente foi verificada entre a APAIS e a HAD (positiva se >0,60, negativa se <0,30). A validade também foi verificada por comparação entre grupos segundo as hipóteses: mulheres são mais ansiosas, doentes propostos para anestesia regional estão mais ansiosos e precisam mais informação, doentes já operados precisam de menos informação. Utilizamos SPSS versão 14. ANOVA. Testes *t de Student* e $p < 0,05$. A fiabilidade Cronbach alfa > 0,70.

RESULTADOS

Dos 89 doentes convidados 3 recusaram. Nos doentes incluídos ocorreu anestesia geral ou loco-regional para cirurgia Ortopédica. As perguntas do APAIS foram respondidas a 96% em tempo inferior a 3 minutos. As respostas da ansiedade do APAIS tiveram correlações positivas entre elas e com as do HAD. As respostas da necessidade de informação tiveram valores de correlação positivos entre elas. O sexo feminino, a anestesia loco-regional e a ausência de antecedentes anestésicos tiveram uma correlação positiva com a ansiedade e necessidade de informação.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A APAIS é um questionário breve constituído por 4 perguntas relativas à ansiedade e 2 relativas à necessidade de informação com respostas numa escala de Likert. A simplicidade do questionário não minimiza os problemas que se propõe investigar cuja complexidade engloba condicionantes culturais, circunstanciais e pessoais. É portanto, uma ajuda de mensuração nunca substituindo a apreciação e consulta médica. Contudo estamos perante um instrumento de avaliação compreensível para os doentes portugueses, exequível no tempo e espaço pré-operatório e cuja validade foi parcialmente demonstrada no nosso estudo.

REFERÊNCIAS Anesthesia & Analgesia: March 1996 - Volume 82 - Issue 3 - pp 445-451

PO35-A1687

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE SATISFAÇÃO DOS DOENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA VITREORETINIANA SOB BLOQUEIO PERIBULBAR, EM REGIME DE AMBULATÓRIO



CÁTIA REAL¹; FILIPA PEREIRA¹; MARTA ARAÚJO¹; DANIELA PINHO¹; LEÓNIA FERREIRA¹

1 - Centro Hospitalar do Porto

INTRODUÇÃO

O uso de anestesia loco-regional na cirurgia vitreoretiniana apresenta múltiplas vantagens, nomeadamente, menor incidência de náuseas e vômitos, analgesia pós-operatória eficaz e re-

cobro mais rápido, sendo geralmente bem tolerada pelo doente. A percepção individual na nossa instituição é a de que existe um elevado grau de satisfação nos doentes submetidos a este tipo de procedimento cirúrgico sob bloqueio peribulbar (BPB). Não há, no entanto, evidência científica que o comprove. O objetivo deste estudo consiste na avaliação da satisfação dos doentes submetidos a cirurgia vitreoretiniana sob BPB, em regime de ambulatório.

METODOLOGIA

Estudo prospetivo observacional que incluiu todos os doentes com mais de 18 anos submetidos a cirurgia vitreoretiniana sob BPB em regime de ambulatório, entre setembro de 2013 e janeiro de 2014. Foram excluídos todos os doentes com dificuldades na comunicação, bem como aqueles em que houve: necessidade de conversão para anestesia geral ou de suplementação com bloqueio subtenoniano, admissão em regime de internamento e readmissão nas primeiras 24 horas após o procedimento cirúrgico. A aplicação do questionário (*"Evaluation du Vecú de l'Anesthésie LocoRégionale"*) para avaliar o nível de satisfação do doente foi feita às 24 horas após término do procedimento cirúrgico, por entrevista telefónica. Este questionário engloba 19 itens, estruturados num índice global e em 5 dimensões, cada uma se referindo a vários aspetos da experiência do doente.

RESULTADOS

Foram excluídos 6 dos 33 doentes inicialmente incluídos. A média do índice global de satisfação obtido foi de 84% (percentagem mínima de 73%, máxima de 100%). A média do nível de satisfação obtido nas várias dimensões "Atenção", "Informação", "Desconforto", "Tempo de Espera" e "Dor" foi de 77%, 70%, 95%, 83% e 97%, respetivamente. Se fossem novamente submetidos à mesma cirurgia, todos os doentes voltariam às mesmas instalações e apenas 1 escolheria uma técnica anestésica diferente.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Os resultados obtidos parecem evidenciar um elevado nível de satisfação nos doentes submetidos a cirurgia vitreoretiniana sob BPB na nossa instituição, devido, sobretudo, ao conforto e bom controlo da dor proporcionados. O nível de informação dado ao doente relativamente aos procedimentos cirúrgico e anestésico a que vai ser submetido parecem ser aspetos a melhorar. O nível de satisfação do doente é uma importante medida da qualidade dos cuidados prestados que poderá não só contribuir para uma avaliação balanceada da estrutura, processo e outcome dos serviços, mas também para nos guiar no processo de decisão da técnica anestésica mais adequada para determinado doente. O conhecimento de fatores que afetem a satisfação, potencialmente passíveis de serem alterados, poderá contribuir para uma melhoria dos cuidados prestados.

REFERÊNCIAS 1. Eur J Ophthalmol 2001;11:366-371. | 2. Anesthesiology 2013;118:78-87.

P036-A1696

DOR CRÓNICA PÓS-OPERATÓRIA E O SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA E QUALIDADE DE RECÓBRO PÓS-TIROIDECTOMIA



ANA CAROLINA SÁ¹; JOANA BORGES¹; PEDRO REIS¹; DALILA VEIGA¹; ALICE SANTOS¹; FERNANDO ABELHA¹

1 - Centro Hospitalar de São João

INTRODUÇÃO

A dor crónica pós-operatória (DCPO) é um problema de saúde prevalente mas sub-diagnosticado. Nos últimos anos, verificou-se um interesse crescente nos fatores de risco associados à DCPO, mas não existem dados suficientes quanto à sua incidência nas diferentes cirurgias. O objetivo do estudo foi avaliar a incidência de DCPO e o seu impacto na qualidade de recobro (QR) e na qualidade de vida (QV) nos doentes submetidos a tiroidectomia.

METODOLOGIA

Após aprovação pela comissão de ética do hospital, foi realizado um estudo prospetivo observacional nos doentes submetidos a tiroidectomia admitidos na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) durante os meses de junho a agosto de 2013. Os doentes incapazes de dar consentimento informado e com disfunção cognitiva (Mini-mental State Examination < 24) foram excluídos. Nos 26 doentes incluídos, a dor foi avaliada com a versão portuguesa do Brief Pain Inventory (BPI), a QV com a versão portuguesa do EuroQol (EQ-5D) e a QR com o questionário 15-item Quality of Recovery score (QoR-15). A dor e a QV foram avaliados no pré-operatório (T0) e 3 meses depois da cirurgia (T3). O QoR-15 foi realizado em T0 e 24h após a cirurgia (T24). As variáveis foram testadas quanto à sua distribuição pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, e foi efetuada a análise descritiva das variáveis e aplicados os testes Mann-Whitney U, Fisher ou Chi-square.

RESULTADOS

Seis doentes apresentaram DCPO três meses após a cirurgia. Em T3, os doentes com DCPO apresentaram piores resultados em duas dimensões do EQ-5D: atividades habituais (p=0,023) e dor/mal-estar (p=0,002), assim como uma mediana inferior na escala visual analógica do EQ-5D (EQ-VAS) (55 vs. 80, p=0,003) e um índice EQ-5D inferior (79 vs. 95, p=0,001). Os doentes com DCPO apresentaram piores resultados no QoR-15 em T24 para “capacidade em apreciar a comida” (p=0,015), “dor severa” (p=0,048) e resultado final global do QoR-15 (115 vs.130, p=0,039).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A incidência de DCPO após tiroidectomia foi de 23%. Este grupo de doentes apresentou pior QV e piores resultados no QoR- 15 às 24h.

REFERÊNCIAS Acute Pain (2006) 8, 73—81 | A&R 2009; 21(1):1-9

P037-A1699

ESTUDO RESTROSPECTIVO DA ACTIVIDADE ANESTÉSICA NUMA MISSÃO HUMANITÁRIA



LUCIANO PEREIRA¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

Kunduz Trauma Center (KTC), no Afeganistão, é um hospital da responsabilidade da ONG “Médicos Sem Fronteiras”(MSF), exclusivamente dedicado ao trauma. O bloco operatório é constituído por 2 salas e 1 sala de recobro. A equipa anestésica consiste em 2 anestesistas e 5 enfermeiros. Realizou-se um estudo retrospectivo da actividade desenvolvida no Bloco Operatório do KTC por um interno de anestesiologia entre Outubro e Novembro de 2013 (50 dias).

METODOLOGIA

Foram consultados os registos operatórios (standart MSF) dos doentes submetidos a cirurgias, que incluem: Idade, Sexo, Classificação ASA, Grau de Urgência, Causa de Intervenção, Tipo de Procedimento, Ordem (primeira intervenção ou re- intervenção) e Tipo de anestesia (Local, Regional, Subaracnoidea, Geral sem intubação, Geral com Intubação). Os dados foram sujeitos a análise estatística descritiva, recorrendo ao programa SPSS 20.0.



Figura 1 - Causas de Intervenção

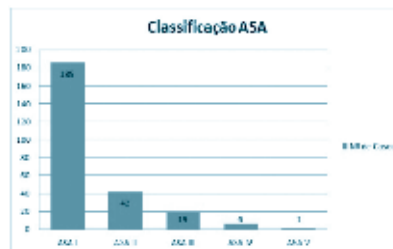


Figura 2 - Classificação ASA

RESULTADOS

Durante o referido período foram realizados 253 actos anestésicos (média de 5.06/dia). Apenas 30 doentes eram do sexo feminino (11.85%). A pediatria constituiu 32.8% do total, tendo 26 doentes idade inferior a 6 anos(10.3%) e 57(22.5%) entre 6 e 18 anos. Quase metade (47%) tinham entre 18 e 35 anos, com 38 doentes (15%) entre os 35 e 50 anos e apenas 13 (5.2%) com mais de 50 anos. A maioria dos casos (73.12%) foram classificados como ASA I, enquanto 31 (12.25%) foram emergentes.

As causas de intervenção foram: acidentes de viação (91 casos), armas de fogo (46), bombas (20), minas terrestres (12), armas brancas^{1,2}, assaltos (4) e tortura (1), com 67 vítimas de outros acidentes. Dos casos efectuados, 49% foram re-intervenções. Os tipos de anestesia mais efectuados foram: anestesia geral sem entubação (anestesia dissociativa) (126 casos- 49.8%), anestesia subaracnoídea (59 casos-23.32%), anestesia geral com entubação (anestesia geral balanceada) (45 casos- 17.79%), anestesia regional (bloqueio de nervos periféricos-16 casos- 6.32%) e anestesia local (7 casos- 2.77%)

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Os dados reflectem o estado sócio-cultural do Afeganistão: as mulheres têm um papel secundário na sociedade e a esperança média de vida é baixa. O conflito armado é responsável por 37.9% do total de casos (trauma violento), enquanto o trânsito caótico é responsável por 36%. A Ketamina é o anestésico de eleição em missões humanitárias pelas suas propriedades, segurança e tipo de procedimentos. A entubação é utilizada quando o procedimento exige relaxamento muscular ou é necessário ter a via aérea assegurada.

A prática anestésica em zonas de conflito é distinta da praticada em Portugal: doentes e procedimentos diferentes, assim como escassez de meios tornam-na desafiante, exigindo-se uma grande flexibilidade e capacidade de adaptação.

REFERÊNCIAS Mahoney P et McFarland C. Field Anesthesia and Military Injury. In Smith C, Trauma Anesthesia. Cambridge University Press, 2008, 343-359 | Mil Med. 2013 Apr;178(4):385-8 | Disaster Med Public Health Prep. 2013 Aug;7(4):408-12

P038-A1701

STOP-BANG ELEVADO NA CIRURGIA BARIÁTRICA

ANA CAROLINA SÁ¹; PEDRO REIS¹; INÊS VALDOLEIROS¹; CRISTINA MIDÕES¹; FERNANDO ABELHA¹; ALICE SANTOS¹



1 - Centro Hospitalar de São João

INTRODUÇÃO

O inquérito STOP-Bang é um teste de rastreio que permite identificar doentes com síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) e pode ser útil para avaliar a sua gravidade nos doentes cirúrgicos. O estudo teve como objectivo determinar o impacto de uma pontuação elevada no questionário STOP-Bang na incidência de complicações pós-operatórias precoces, em doentes submetidos a cirurgia bariátrica (CB).

METODOLOGIA

Após obter aprovação da comissão de ética do hospital, foi realizado um estudo prospetivo observacional de doentes submetidos a CB entre outubro e dezembro de 2012. Excluíram-se doentes incapazes de dar consentimento informado e aqueles com antecedentes de doença pulmonar crónica. Foram recolhi-

dos dados durante todo o período peri-operatório, incluindo gassimetria de sangue arterial (GSA) antes da cirurgia e à admissão e alta da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA). Os doentes com STOP-Bang ≥ 5 foram considerados doentes com risco aumentado de SAOS (GR-SAOS). No pós-operatório, foram avaliados a dor, náuseas e vômitos pós-operatórios (NVPO), a ocorrência de complicações respiratórias (polipneia, bradipneia, obstrução da via aérea superior e hipóxia) e cardíacas (arritmia, síndrome coronário agudo e paragem cardíaca). As variáveis foram testadas quanto à sua distribuição pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Foi feita uma análise descritiva e aplicados os testes Mann-Whitney U, Fisher ou Chi-square.

RESULTADOS

Dos 65 doentes incluídos, 45 apresentavam STOP-Bang ≥ 5 . Os doentes GR-SAOS, eram mais frequentemente do sexo masculino ($p=0,029$), apresentaram idade superior (48 ± 9 vs. 39 ± 9 , $p=0,001$), tinham mais frequentemente antecedentes de hipertensão arterial (60% vs. 24% , $p=0,033$) e de síndrome depressiva (60% vs. 18% , $p=0,007$). Na GSA pré-operatória, os doentes GR-SAOS apresentaram saturações de oxigénio mais baixas (94% vs. 96% , $p=0,004$) e PaO₂ inferiores (80 ± 13 vs. 87 ± 10 , $p=0,024$). Estes doentes apresentaram piores resultados na GSA na admissão na UCPA [(PaCO₂ mais elevados ($49,1 \pm 8,2$ vs. $43,7 \pm 4,3$, $p=0,001$) e valores mais elevados de bicarbonato sérico ($24,5 \pm 2,4$ vs. $22,4 \pm 2,6$, $p=0,007$)] assim como na alta da UCPA [(PaCO₂ ($45,4 \pm 6,1$ vs. $40,3 \pm 4,4$, $p=0,001$) e valores de bicarbonato sérico mais elevados ($24,7 \pm 2,5$ vs. $22,4 \pm 2,1$, $p=0,001$)]. Nos doentes GR-SAOS a incidência de NVPO, consumo de analgésicos e complicações respiratórias ou cardíacas não foi diferente. Os tempos de permanência na UCPA e no hospital foram semelhantes.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A incidência de doentes GR-SAOS foi de 65%. Os doentes GR-SAOS tiveram mais frequentemente hipoxemia pré-operatória bem como valores mais elevados de PaCO₂ e de bicarbonato sérico no pós-operatório. Os doentes GR-SAOS não tiveram mais complicações respiratórias precoces.

REFERÊNCIAS British Journal of Anaesthesia 2012, 1-8 | Can J Anesth/J Can Anesth (2012) 59:544-555

P039-A1704

EPIDURAL TORÁCICA POR ABORDAGEM CAUDAL PARA PILOROMIOTOMIA: UMA NOVA ABORDAGEM!

VITOR BORBA¹; JOANA MARQUES²; MARIA RODRIGUES³



1 - Hospital Divino Espírito Santo, Ponta Delgada;

2 - Centro Hospitalar Baixo Vouga; 3 - Hospital São Bernardo, Setúbal

INTRODUÇÃO

A Estenose Hipertrófica do Píloro (EHP) tem uma incidência de

2:1000 nados vivos e relação H:M de 4:1, e apresenta-se entre a 3ª e 5ª semanas de vida, com vômitos não biliosos, em jato e de agravamento progressivo, má progressão ponderal, desidratação e alterações electrolíticas. O diagnóstico é clínico e confirmado por ecografia abdominal. A Piloromiotomia é a correcção cirúrgica da EHP, considerada eficaz e segura, com mortalidade intraoperatória <0.5%. Mas abordagem anestésica destes doentes levanta inúmeros desafios. A anestesia geral tem sido a técnica de eleição, com entubação traqueal. No entanto, riscos de regurgitação/ aspiração gástrica e apneia pós operatória, têm levado ao crescente interesse nas abordagens loco-regionais, pela sua eficácia e segurança. O bloqueio caudal, um dos mais utilizados em pediatria, tem sido considerado insuficiente para a correcção cirúrgica da EHP, que exige um nível anestésico entre T2 e T10. Esta é uma técnica utilizada em vários centros, utilizando Bupivacaína 0.25% a 4mg/Kg, dose considerada não segura por muitos autores. Este trabalho relata uma nova abordagem para Piloromiotomia - anestesia epidural torácica com cateter por abordagem caudal, sob visualização direta através de ecógrafo.

CASO CLÍNICO

Lactente do sexo masculino, 2 meses de idade, ASA I, 3.95 kg de peso, sem antecedentes pessoais relevantes e diagnóstico de EHP. Proposto para Piloromiotomia eletiva. Ao exame físico, bom estado geral, sem sinais VAD e de desidratação, eupneico e hemodinamicamente estável. Foi proposto para bloqueio epidural torácico com cateter por abordagem caudal ecoguiado. Doente cumpriu jejum de 12 horas e foi colocada SNG em drenagem passiva. No BO, o conteúdo gástrico foi aspirado e doente sedado com sevoflurano a 2%, mantendo a ventilação espontânea. Cateter epidural foi colocado por abordagem caudal ecoguiada, progrediu-se o cateter até T4 e, com visualização directa da dispersão do anestésico, foi administrado 1.8ml de Bupivacaína 0.2%. O doente manteve-se estável e a analgesia foi garantida com Paracetamol e Metamizol. Doente teve alta hospitalar às 48 horas.

DISCUSSÃO

Na literatura são poucos os casos descritos com idêntica abordagem anestésica, sendo a AG ainda privilegiada, com entubação traqueal destes doentes. Mas as técnicas locorregionais têm cada vez maior aceitação. Esta abordagem permite reduzir a dose de anestésico utilizado, minimizando o risco de toxicidade, em oposição ao bloqueio caudal, em que a dose eficaz é potencialmente perigosa. Por outro lado, ao colocar-se o cateter a nível torácico por abordagem caudal evitam-se os riscos da anestesia torácica single shot. A utilização do ecógrafo permite a visualização directa da colocação e progressão do cateter, garantido a sua correta colocação e a adequada dispersão do anestésico.

REFERÊNCIAS Pediatric Anesthesia 2011, 21: 110-115. | Seminars in Pediatric Surgery 2007, 16: 27-33. | Paediatric Anaesthesia 2002, 12:404-410.

PO40-A1713

SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO NA OBESIDADE MORBIDA



ANA CAROLINA SÁ¹; ANA CRISTINA MIDÕES¹;
INÉS VALDOLEIROS¹; PEDRO REIS¹; FERNANDO ABELHA¹;
ALICE SANTOS¹

1 - Centro Hospitalar São João

INTRODUÇÃO

A incidência crescente de obesidade mórbida (OM) condicionou um aumento dos procedimentos cirúrgicos bariátricos (CB). A síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) é mais prevalente nos doentes obesos. Ambas as entidades clínicas (OM e SAOS) associam-se a complicações na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA). O estudo teve como objectivo determinar a incidência de SAOS e a sua relação com complicações pós-operatórias precoces, nos doentes com OM submetidos a CB.

METODOLOGIA

Após obter aprovação da comissão de ética do hospital, foi realizado um estudo prospetivo observacional de doentes submetidos a CB, entre outubro e dezembro de 2012. Excluíram-se doentes incapazes de dar consentimento informado e com antecedentes de doença pulmonar crónica. Foram recolhidos dados durante todo o período peri-operatório, incluindo gasimetria de sangue arterial (GSA) antes da cirurgia e na UCPA. No pós-operatório, foram avaliados a dor, náuseas e vômitos pós-operatórios (NVPO), a ocorrência de complicações respiratórias (polipneia, bradipneia, obstrução da via aérea superior e hipóxia) e cardíacas (arritmia, síndrome coronário agudo e paragem cardíaca). As variáveis foram testadas quanto à sua distribuição pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Foi realizada uma análise descritiva e aplicados os testes Mann-Whitney U, Fisher ou Chi-square.

RESULTADOS

Dos 65 doentes incluídos, 12 tinham diagnóstico prévio de SAOS e 7 faziam ventilação não invasiva (VNI) no domicílio. Os doentes com SAOS apresentaram idade superior (47 ± 7 vs. 40 ± 10 , $p=0,032$) e pontuaram STOP-Bang ≥ 5 com maior frequência (69% vs. 21%, $p=0,001$). Na UCPA, estes doentes apresentaram mais episódios de hipertensão arterial com necessidade de terapêutica (33% vs. 10% $p=0,036$) e necessitaram mais frequentemente de oxigenoterapia ($p=0,004$). Na alta da UCPA, os doentes com SAOS apresentaram piores resultados na GSA, com saturação de oxigénio inferior (92 ± 2 vs. 94 ± 2 , $p=0,019$), PaO_2 inferior (70 vs. 78, $p=0,04$), $PaCO_2$ mais elevado (46 ± 7 vs. 41 ± 5 , $p=0,015$) e valores mais elevados de bicarbonato (25 ± 2 vs. 23 ± 3 , $p=0,043$). Não ocorreram diferenças na incidência de NVPO, consumo de analgésicos e complicações respiratórias ou cardíacas. Os tempos de permanência na UCPA e no hospital foram semelhantes.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Neste estudo, 18,5% dos doentes apresentavam diagnóstico de SAOS. Foram observadas alterações ao nível dos valores observados na GSA. Os doentes com SAOS não tiveram mais

complicações no pós-operatório precoce.

REFERÊNCIAS CHEST 2012; 141(2):436–441 | British Journal of Anaesthesia 110 (4): 629–36 (2013) | Anesthesiology 2009; 110:908–21

PO41–A1714

BLOQUEIO SUBARACNOIDEU VERSUS ANESTESIA GERAL EM APENDICECTOMIA ABERTA. AVALIAÇÃO DO “OUTCOME” PERI-OPERATÓRIO.



PEDRO LEÃO¹; JOSÉ CARLOS SOARES¹; LINO GOMES¹;
SANDRA BORGES¹

1 - Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

INTRODUÇÃO

Apendicectomia é uma das cirurgias mais frequentemente realizada em contexto de urgência.¹ O bloqueio subaracnoideu (BSA) é uma das técnicas anestésicas possíveis, mas menos utilizada quando comparada com a anestesia geral (AG).² Recentemente, técnicas loco-regionais têm sido descritas como alternativas, especialmente em doentes de alto risco para serem submetidos a AG.³

Este estudo teve como objectivos: - avaliar a adequação do BSA como técnica anestésica para apendicectomia aberta; - Comparar a incidência de complicações peri-operatórias no grupo BSA vs grupo AG.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo de 248 doentes com o diagnóstico de apendicite aguda, submetidos a apendicectomia aberta. Foram excluídos doentes com apendicite aguda complicada com peritonite. No grupo da técnica loco-regional (BSA), foi administrado Bupivacaína Hiperbárica 0.5% (AL), com ou sem opióide (Sufentanil). No grupo da AG, foi utilizado um protocolo standarizado. Foi analisada a incidência de complicações anestésicas, pós-operatórias, e necessidade de re-intervenção cirúrgica. Tempo operatório e dias de internamento também foram analisados.

Os dados foram analisados pelo software estatístico SPSS, versão 21.0. A incidência de complicações foi comparada com o teste Qui-quadrado. Restantes variáveis com o teste Mann-Whitney. Um valor de $p < 0.05$ foi considerado estatisticamente significativo.

RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 248 doentes (124 no grupo BSA vs 124 no grupo AG).

A dose utilizada no BSA (em média) foi $14.1 \text{ ml} \pm 1.33$. Número de doentes em que foi administrado AL + opióide ($n=108$, 87%). Dos 6 casos em que houve necessidade de conversão para AG, em apenas 1 foi utilizado somente AL, e a dose média utilizada foi 13,75ml.

Em relação às complicações anestésicas, a grande maioria

esteve relacionada com hipotensão ($n=28$; 85%), Todas as complicações anestésicas foram associadas apenas a respostas fisiológicas adversas ou exageradas, que foram rapidamente resolvidas.

	Grupo BSA (n=124)	Grupo AG (n=124)	Valor de p
Idade (anos)	50.9 ± 20.2	31.8 ± 17.2	0.000
Sexo (M/F)	69 (56%) / 55 (44%)	79 (64%) / 45 (36%)	
ASA (I/II/III/IV)	28 / 58 / 35 / 3	68 / 49 / 7	0.000

	Grupo BSA	Grupo AG	Valor de p
Tempo operatório (min)	59.1 ± 22.1	68.6 ± 19.7	0.000
Dias de internamento	4.2 ± 2.9	4.1 ± 2.5	0.722
Necessidade conversão BSA * AG	6 (4.8%)		

	Grupo BSA (n=124)	Grupo AG (n=124)	Valor de p
Complicações anestésicas	33 (26.6%)	11 (8.9%)	0.000
Complicações pós-operatórias	19 (15.3%)	12 (9.7%)	0.179
Necessidade de re-intervenção	4 (3.2%)	2 (1.6%)	0.408

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

No estudo realizado, o BSA esteve associado a uma maior incidência de complicações anestésicas ($p < 0.05$) e pós-operatórias, e a uma maior incidência de re-intervenções cirúrgicas. O tempo operatório foi menor no grupo do BSA ($p < 0.05$), o que pode indiciar uma maior facilidade na realização deste tipo de técnica anestésica e/ou melhores condições cirúrgicas. Perante estes resultados, podemos concluir que o BSA não parece ser uma técnica tão segura e eficaz como a AG em apendicectomias abertas. No entanto, importa realçar a média de idade superior no grupo do BSA ($p < 0.05$), assim como um maior número de doentes ASA II, III e IV ($p < 0.05$). Novos estudos serão necessários para confirmar os resultados obtidos.

REFERÊNCIAS 1. J Minim Access Surg. 2014 Jan-Mar; 10(1): 4–9. | 2. African Journal of Anaesthesia and Intensive Care, Vol.12, Nº 1, June 2012 | 3. Saudi J Anaesth. 2012 Jan-Mar; 6(1): 27–30.

PO42–A1719

THORACIC ENDOVASCULAR AORTIC ANEURISM REPAIR (TEVAR) – ANAESTHETIC MANAGEMENT



ANA ISABEL PEREIRA¹; LILIANA DIAS¹; CARMEN OLIVEIRA¹

1 - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.

INTRODUÇÃO

TEVAR is an emerging treatment modality rapidly accepted by clinicians that deal with thoracic aortic disease. As a less invasive approach than conventional open surgery repair (OSR), it presents several advantages like shorter hospital stays and fewer complications. However this approach implies many anaesthetic

challenges due to surgical specificities and patients' comorbidities (TEVAR patients include those considered unfit or unsuitable for OSR). The aim of our study is to review the anaesthetic approach of patients who underwent TEVAR procedures.

METODOLOGIA

Retrospective review and analysis of patients' records who underwent TEVAR procedures performed solely by vascular surgeons since 2010.

RESULTADOS

A total of 9 patients (ASA III and ASA IV) were treated electively for thoracic and thoracoabdominal aneurisms. TEVAR was performed at the OR, Interventional Radiology Laboratory or Hemodynamic Laboratory. As protective measures, 3 patients underwent preoperative aortic debranching and 3 others had cerebrospinal fluid (CSF) drainage. The anaesthetic choice consisted on general anaesthesia, sedation or epidural anaesthesia. Intra operative IV heparin was administered. The post operative (PO) vigilance took place in three high dependency units. PO events consisted of acute lower limb ischemia, acute renal failure, hemorrhagic shock, subarachnoid hemorrhage and paraplegia. Neurologic complications occurred in two patients with CSF drainage (possibly linked to the lumbar catheter in one case and had no connection in the other). Two patients died 60 days after TEVAR.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

TEVAR offers a safe and effective alternative to OSR. The overwhelming worldwide expansion of this procedure performed by many specialities (cardiology, cardiothoracic surgery, vascular surgery, radiology) has raised the need to consider its indications, limitations and complications. The latter interfere with the outcome. Due to our low experience and given the heterogeneous nature of anaesthetic and surgical teams with individual strategies while performing TEVAR at different units, there is a need to create protocols to promote patients' safety and standardized procedures as well as a proper follow-up.

REFERÊNCIAS Nicolaou G. et al. Thoracic Endovascular Aortic Repair: Update on Indications and Guidelines. *Anesthesiology Clin* 31 (2013) 451-478

P043-A1735

BLOQUEIO ESPINHAL CONTÍNUO PARA TRANSPLANTECTOMIA NUM DOENTE EM LISTA DE ESPERA PARA TRANSPLANTE CARDÍACO



ELISABETE PEREIRA¹; FERNANDO PINTO²

1 - Interna de Anestesiologia dos CHUC;

2 - Assistente Hospitalar CHUC

INTRODUÇÃO

O Bloqueio Espinhal Contínuo (BEC) é uma técnica conhecida e antiga, mas pouco utilizada. O acesso mantido ao espaço subaracnóideu torna-a atraente pela possibilidade de atingir o bloqueio desejado com maior segurança, titulando o efeito, es-tendendo-o conforme o necessário, e possibilitando o seu uso no pós-operatório, ao contrário do Bloqueio Subaracnóideu (BSA) single shot.

CASO CLÍNICO

Homem de 43 anos, ASA III, insuficiente renal crónico desde há 13 A, submetido a dois transplantes renais com falência de ambos os enxertos, actualmente em programa de diálise, proposto para transplantectomia renal direita (incisão até T8). Apresentava antecedentes de insuficiência cardíaca de etiologia isquémica após bypass da artéria descendente anterior complicado por enfarte agudo do miocárdio com necessidade de implantação de stent, que ocluiu, precipitando novo evento isquémico e depressão severa da função ventricular (Fração ejeção=23%). Actualmente aguarda transplante cardíaco. Procedeu-se à colocação de catéter espinhal (*Spinocath[®] Braun,24G, agulha Quincke 27G) a nível de L3-L4, com o doente em decúbito lateral direito. Injectou-se bólus de 1 mL de bupivacaína hiperbárica a 0,5%, e manteve-se o doente e decúbito lateral até instalação de bloqueio sensitivo T6, conseguido com mais dois bólus de AL com um intervalo de 15 minutos. Infiltrou-se a ferida operatória com lidocaína a 2% antes da incisão.

Durante a intervenção (40 minutos) o doente manteve-se em decúbito dorsal e ventilação espontânea, sem queixas alérgicas, hemodinamicamente estável com PAM> 65 mmHg, sem vasopresores, sinais de isquémia ou queixas de pré cordialgia. O catéter permaneceu durante 6 horas no pós-operatório para controlo analgésico, com perfusão de bupivacaína a 0,15% sem intercorrências.

DISCUSSÃO

A anestesia locoregional apresenta vantagens na abordagem do doente insuficiente renal. No entanto, a coexistência de depressão severa da fracção de ejeção de etiologia isquémica com indicação para transplante cardíaco tornava o BSA single shot problemático pelo bloqueio súbito do sistema nervoso simpático e imprevisibilidade do nível de bloqueio, e a anestesia geral agravaria a depressão miocárdica. O BSA contínuo, mantendo um bloqueio selectivo unilateral e um nível sensitivo inferior a T5, que permitiu evitar os inconvenientes das outras técnicas, com condições cirúrgicas óptimas. Dada a melhoria do material, e a utilização segura em doentes de alto risco relatada na literatura, continua a ser uma técnica com vantagens únicas, e adequada a um número cada vez maior de casos.

REFERÊNCIAS 1. Kumar CM, Corbett WA, et al Spinal anaesthesia with a micro-catheter in high-risk patients undergoing colorectal cancer and other major abdominal surgery. *Surg Oncol*. 2008 Aug;17(2):73-9. | 2. Michaloudis D, Petrou A, et al Continuous spinal anaesthesia/analgesia for the perioperative management of high-risk patients. *Eur J Anaesthesiol*. 2000 Apr;17(4):239-4

P044-A1738

QUALIDADE DE RECOBRO APÓS ANESTESIA E CIRURGIA: VALIDAÇÃO DA VERSÃO PORTUGUESA DO QUESTIONÁRIO QUALITY OF RECOVERY 15



ANA CAROLINA SÁ¹; GABRIELA SOUSA¹; ALICE SANTOS¹; FERNANDO ABELHA¹

1 - Centro Hospitalar de São João

INTRODUÇÃO

A qualidade de recobro (QoR) após anestesia é uma medida importante do estado de saúde pós-operatório. O questionário *Quality of Recovery 15* (QoR-15) é uma escala validada usada para o estudo da qualidade de recobro após anestesia e cirurgia. O objetivo deste estudo foi traduzir, retraduzir e validar o questionário QoR-15 para uso no pós-operatório em doentes portugueses.

METODOLOGIA

Após aprovação pela Comissão de Ética da instituição, foi conduzido um estudo prospetivo e observacional em doentes submetidos a cirurgia eletiva e admitidos na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) de junho a agosto de 2013. O questionário QoR-15 foi traduzido e retraduzido de acordo com as recomendações aceites. A versão portuguesa do QoR-15 foi usada para medir o estado de saúde antes da cirurgia (T0) e 24 horas após a anestesia (T1) em 175 doentes. Num subconjunto de doentes foi pedido para repetir o QoR-15, 30 a 60 minutos mais tarde como medida de reprodutibilidade. Todos os doentes adultos admitidos consecutivamente na UCPA após cirurgia eletiva não cardíaca e não neurocirúrgica foram incluídos no estudo: doentes submetidos a cirurgia ortopédica, vascular, ginecológica e cirurgia geral. Critérios de exclusão: incapacidade de dar consentimento informado e comprometimento cognitivo (Mini-mental State Examination < 24). Má qualidade de Recobro (MQR) foi definida para doentes com pontuações no QoR-15 inferiores à média das pontuações de QoR-15 em T1 menos um desvio padrão. Foram recolhidos e registados dados demográficos e variáveis peri-operatórias. A confiabilidade e o acordo entre observadores foi avaliado pelo teste de correlação nterclasses (ICC). A análise descritiva das variáveis foi utilizada para resumir os dados e testes não paramétricos foram realizados para comparações.

RESULTADOS

Foram estudados 175 doentes incluídos no estudo. Trinta doentes (17%) apresentaram MQR. A MQR foi mais frequente nos doentes submetidos a cirurgia de amputação de membros ($p < 0,001$) e nos doentes com intervenções mais prolongadas ($p = 0,028$). Apresentou boa confiabilidade para o QoR-15 com $ICC = 0,884$ (95%CI 0,802-0,942). Verificou-se uma boa consistência interna com a de Chronbach de 0,884.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A tradução do QoR-15 evidenciou boa correlação com a versão original, podendo assim ser utilizada no pós-operatório em doentes

portugueses. Este trabalho revelou excelente concordância entre as diferentes avaliações.

REFERÊNCIAS Anesthesiology 2013; 118:00-00

P045-A1739

AS DIFERENÇAS DE ESTADO CIVIL E AUTONOMIA DOS DOENTES ONCOLÓGICOS PODEM INTERFERIR NOS ESTADOS DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE QUANDO CONSIDERADOS NÍVEIS DE DOR EQUIVALENTES? ESTUDO PROSPETIVO DURANTE UM ANO



CARLA RETROZ¹; TÂNIA RALHA¹; PAULO ROBERTO^{1,2}; MIGUEL PAIVA¹; ACÍCILO MARQUES¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;

2 - Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade da Beira Interior, FCS-UBI

INTRODUÇÃO

Inúmeros estudos já evidenciaram a importância de um consistente suporte social e de uma autonomia individual preservada de forma a evitar o desenvolvimento de distúrbios psicológicos. É extremamente importante excluir as variáveis que podem estar diretamente relacionadas com a ansiedade e a depressão, tais como aspetos psicológicos que interferem com a perceção de dor e a evolução global da patologia de base. O objetivo deste estudo foi compreender a relevância do estado civil e da autonomia na prevalência de distúrbios psicológicos (ansiedade e depressão) numa população oncológica.

METODOLOGIA

Este estudo prospetivo foi aprovado pela Comissão de Ética Hospitalar e a totalidade dos 120 doentes preencheram o consentimento informado e completaram na primeira consulta da Unidade de Terapêutica da Dor Crónica, os questionários validados para ansiedade e depressão (Hospital Anxiety and Depression Scale- HADS) e para a avaliação de dor BPI (Brief Pain Inventory). A fase de recolha de dados ocorreu entre fevereiro de 2013 e fevereiro de 2014. Os dados foram analisados com SPSS 20.0. Para correlacionar o estado civil realizou-se um teste Kruskal-Wallis e para a autonomia recorreu-se a um teste Mann-Whitney.

RESULTADOS

A maioria dos inquiridos (N = 84) eram casados (69,4%) e 63,6% consideravam-se autónomos (N = 77). Foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre a falta de autonomia e depressão, mas o mesmo não se verificou com a ansiedade ($P = 0,001$ vs $P = 0,125$). A depressão também parece estar relacionada com o estado civil "não casado", porém a relação é

menos significativa ($P = 0,042$). Não parece haver uma relação estatisticamente significativa entre o estado civil e a ansiedade ($P = 0,653$).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A ausência de autonomia é uma das variáveis determinante para o aumento do risco de depressão. O apoio social destes doentes não deve ser negligenciado, devendo ser promovida uma atitude pró-ativa envolvendo os profissionais de saúde e os serviços sociais. O estado civil é também um fator a considerar na avaliação social do doente pois pode constituir elemento com influência no seu estado de saúde global.

REFERÊNCIAS Eur J Cancer Care (Engl). 2012 Mar;21(2):213-23

P046-A1743

QOR-15 NA PREVISÃO DA QUALIDADE DE VIDA APÓS CIRURGIA

LUÍS PEREIRA¹; PEDRO REIS²; CRISTIANA PINHO³;
DALILA VEIGA¹; ALICE SANTOS²; FERNANDO ABELHA¹



1 - Centro Hospitalar de São João

INTRODUÇÃO

A Qualidade de Recobro (QR) é uma medida importante do estado de saúde no período pós-operatório inicial. Por outro lado, a percepção do doente sobre o seu estado de saúde e cuidados de saúde associados tem adquirido cada vez maior relevância. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi comparar a QR com a Qualidade de Vida aos 3 meses, através de questionários que refletem a percepção do doente.

METODOLOGIA

Estudo observacional prospetivo conduzido em adultos submetidos a cirurgia programada em Junho de 2013. A QR foi avaliada com o questionário de QR de 15 itens (QoR-15), que contempla 5 dimensões: Conforto Físico (CF), Estado Emocional (EE), Apoio Psicológico (AP), Independência Física (IF) e Dor. Aplicou-se o QoR-15 no pré-operatório (T0) e um dia após a cirurgia (T1). A Qualidade de Vida foi medida com o questionário EuroQol 5-Dimension (EQ-5D) em T0 e 3 meses após a cirurgia (T3). O EQ-5D é um instrumento validado para medir o estado de saúde e contém uma escala analógica (EQ5D- VAS) e questões agrupadas em 5 dimensões: Mobilidade (M), Cuidados Pessoais (CP), Atividades Habituais (AH), Dor/Desconforto (DD) e Ansiedade/Depressão (AD). O end point primário foi a QR em T1 e a Qualidade de Vida em T3. Definiu-se MQR se os doentes apresentassem um resultado de QoR-15 inferior ao resultado da subtração de um desvio-padrão à média de resultado de QoR-15 da amostra. Usaram-se testes não-paramétricos para comparações entre variáveis numéricas e o teste do Qui-quadrado para variáveis categóricas.

RESULTADOS

204 doentes completaram o estudo. Em T1, a média de QoR-15 foi $112,12 \pm 22,03$. Identificou-se MQR em 31 doentes (15,0%). Em T0, os resultados totais de QoR-15 não apresentaram diferença entre doentes com MQR e sem MQR (123 vs 131, $p=0,091$). Em relação às várias dimensões do QoR-15, não houve diferenças em T0. No entanto, em T1, os doentes com MQR apresentaram resultados inferiores em todas as dimensões do QoR-15: EE (19 vs 34, $p < 0,001$), IF (3 vs 15, $p < 0,001$), CF (29 vs 41, $p < 0,001$), Dor (10 vs 16, $p < 0,001$) e AP (16 vs 20, $p < 0,001$). Em T0, não houve diferenças no EQ5D-VAS entre doentes com e sem MQR (66 vs 70, $p=0,397$). No entanto, em T3 os doentes com MQR apresentaram valores inferiores de EQ5D-VAS (66 vs 79, $p=0,01$). Eles tiveram mais problemas relacionados com CP (40.7% vs 22.7%, $p=0,049$), AH (63% vs 29.2%, $p=0,001$), M (57.7% vs 25.2%, $p=0,001$) e DD (55.6% vs 35.7%, $p=0,046$). Não houve diferenças para AD.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Os doentes com MQR apresentaram pior Qualidade de Vida aos 3 meses. A MQR associou-se a uma pior qualidade de vida após cirurgia. Sendo assim, os resultados sugerem que o QoR-15 pode ser usado como um índice preditivo para identificar doentes cujo estado de saúde está prestes a mudar, e que podem beneficiar de cuidados especiais.

REFERÊNCIAS 1- Anesthesiology 2013; 118: 1332-1340

P047-B1489

PORQUE SE ADIAM E CANCELAM AS CIRURGIAS? UMA NOVA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO



INÊS MORGADINHO BARROS DE MESQUITA¹; TERESA LUGARINHO²; JOANA JESUS²; FRANCISCO MATIAS²;
DIANA CHIEIRA¹; MARIA LURDES BELA³

1 - Interna Formação Específica Anestesiologia - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal;

2 - Interno Formação Específica Anestesiologia - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal;

3 - Assistente Hospitalar Graduada de Anestesiologia - Coordenadora do Grupo de Anestesiologia da Unidade de Cirurgia de Ambulatório - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

INTRODUÇÃO

Estarão reunidos os critérios de elegibilidade em todos os doentes propostos para ambulatório?

Quisemos conhecer a taxa e compreender as razões do adiamento e da exclusão dos doentes para cirurgia de ambulatório na nossa Unidade, estabelecendo estratégias para a sua diminuição.

METODOLOGIA

A avaliação anestésica pré operatória foi feita em consulta a todos os doentes submetidos a anestesia geral/loco-regional.

Realizámos um estudo prospectivo descritivo, quantitativo e qualitativo, sendo a amostra o registo informático das consultas de anestesia entre Julho 2012 e Junho 2013. Analisámos a relação entre doentes “não aptos” para cirurgia de ambulatório e doentes propostos para consulta, com levantamento das razões e patologias associadas. Os “não aptos” foram subdivididos: “provisório” - data da cirurgia mantida, avaliação dependente dos resultados de exames; “adiado” - data da cirurgia remarcada por patologias em estudo ou situações clínicas agudas; “excluído” - por cumprirem critérios de exclusão.

RESULTADOS

Dos 3129 doentes submetidos a cirurgia, 2129 foram avaliados em consulta de anestesia. Destes, 10,3% foram considerados “não aptos”: 50,6% “provisórios”, 22,6% “adiados” e 26,8% “excluídos”. Os “excluídos” corresponderam, no total de consultas, a 2,8%. A ortopedia, cirurgia geral e urologia são as especialidades com maior taxa de doentes “não aptos” (15%, 14,4% e 9,3%), sendo a sua maioria “provisórios”. As patologias mais comumente associadas são as cardiovasculares e o excesso de peso/obesidade.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A taxa de “não aptos” na consulta de anestésica foi de 10,3%. Os “excluídos” corresponderam, no total de consultas, a 2,8%. Estes números são inferiores quando comparados com outras realidades, mas acreditamos ser possível diminuí-los. O principal motivo que justificou os “provisórios” foi a ausência de exames complementares de diagnóstico. A aplicação dos protocolos (nem sempre cumpridos) e o estudo direccionado de patologias na consulta pré operatória cirúrgica, reduzirão estes números. As infecções respiratórias agudas foram o principal motivo dos “adiados”. A imprevisibilidade destas situações dificulta a melhoria dos resultados. A antecedência da consulta de anestesia de 1-2 semanas parece ser razoável para diminuir os doentes “adiados” e/ou “excluídos”. A comunicação entre serviços de anestesiologia e cirurgia deve ser optimizada e todos devem ser rigorosos na aplicação dos critérios de elegibilidade. Com isto os “provisórios” diminuirão. A identificação dos factores que condicionam diminuição da eficácia e da qualidade conduz a estratégias de melhoria e aumento da satisfação dos doentes.

REFERÊNCIAS J. Laisi et al, “Surgery Cancellation on the Day of Surgery in Same-Day Admission in a Finnish Hospital”, *Scandinavian Journal of Surgery*, Sept 2013; | Einar H. et al, “A new pathway for elective surgery to reduce cancellation rates”, *BMC Health Services Research* 2012, 12:154 doi:10.1186/1472-6963-12-154;

PO48-B1556

AUDITORIA PROSPECTIVA AO USO DE MÁSCARA LARÍNGEA EM DECÚBITO VENTRAL EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO



MARTA ARAÚJO¹; ALEXANDRA SARAIVA¹; LUÍS FONSECA²; PAULA SÁ COUTO²

1 - Interna Complementar Anestesiologia, Centro Hospitalar do Porto;
2 - Assistente Hospitalar, Centro Hospitalar do Porto

INTRODUÇÃO

A máscara laríngea (ML) é um dispositivo de via aérea amplamente usado em cirurgia de ambulatório (CA). O objectivo desta auditoria foi avaliar a segurança, eficácia e complicações do uso de ML em doentes submetidos a anestesia geral para cirurgia em decúbito ventral (DV), em CA.

METODOLOGIA

Auditoria prospectiva (Março a Novembro de 2013), em doentes com idade superior a 18 anos, submetidos a anestesia geral para cirurgia em DV (Cirurgia Geral, Vascular e Ortopedia) em regime de ambulatório no Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório do Centro Hospitalar do Porto.

Crítérios de exclusão: classificação ASA > 3, índice de massa corporal (IMC) > 35Kg/m², via aérea difícil previsível e contra-indicação ao uso de ML.

Doente auto-posicionado em DV e indução anestésica nesta posição (fentanil 2-3ug/Kg, propofol 2-3mg/Kg e relaxante muscular, se necessário).

Utilizadas ML de segunda geração (Proseal®, iGel® e Supreme®). Ventilação controlada.

Variáveis analisadas: idade, género, IMC, classificação ASA, tipo de cirurgia, número de tentativas para colocação da ML, pressão de pico máxima, fuga máxima de ar, complicações durante e 1 hora após a cirurgia e atitudes tomadas para a sua resolução.

RESULTADOS

39 doentes, 54% sexo masculino, idade média 37,6 (±14,9) anos, IMC médio 26,3 (±4,11) Kg/m², ASA 1 e 2 (ASA 2: 53,8%).

Submetidos a exérese de quisto pilonidal e de varizes, hemorroidectomia, fistulectomia anal e cirurgia do tendão de Aquiles.

100% de sucesso na colocação da ML: 85% na primeira tentativa e 15% na segunda.

Não foram estudadas diferenças entre os três tipos de ML devido ao reduzido tamanho da amostra.

Durante a ventilação controlada: baixas pressões de pico (18,3±5,3cmH₂O), fuga de ar reduzida (44,8±29,1ml), sem hipoventilação e/ou dessaturação.

Apenas um doente teve que ser reposicionado em decúbito dorsal devido a laringospasmo, com recolocação da ML e novo posicionamento em DV. 2 doentes com broncospasmo, resolvido com aumento da profundidade anestésica, e 3 doentes com sangue vestigial na ML aquando da sua retirada.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A utilização de ML em DV durante a ventilação controlada mostrou ser eficaz: baixas pressões de pico e reduzida fuga de ar, de acordo com a literatura. Sem hipoventilação ou dessaturação. A ocorrência de laringospasmo e broncospasmo está de acordo com a literatura. Complicações como dor de garganta e disfonia, descritas na literatura, não foram registadas nesta auditoria.

Apesar do reduzido tamanho da amostra, os resultados obtidos são semelhantes aos descritos na literatura e mostram a segurança e eficácia do uso de ML em DV em CA.

REFERÊNCIAS López A. M. et al. Insertion and use of the LMA Supreme in the prone position. *Anesthesia* 65:154-157 (2010)

Raitt D. et al. Induction of Anesthesia and Insertion of a Larygeal Mask Airway in the Prone Position for Minor Surgery. *Anesthesia and Analgesia* 94: 1194-8 (2002)

P049-B1566

NÍVEIS DE ANSIEDADE RELATIVOS À PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NUMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO – O QUE PENSAM OS NOSSOS DOENTES?



INÊS MORGADINHO BARROS DE MESQUITA¹; FRANCISCO MATIAS²; JOANA JESUS³; NUNO MOINHO³; RITA PELOTA⁴; MARIA LURDES BELA⁵

- 1 - Interna Formação Específica Anestesiologia - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal;
- 2 - Interno Formação Específica Anestesiologia - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal;
- 3 - Especialista Anestesiologia - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal;
- 4 - Enfermeira Especialista - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal;
- 5 - Assistente Hospitalar Graduada de Anestesiologia - Coordenadora do Grupo de Anestesiologia da Unidade de Cirurgia de Ambulatório - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

INTRODUÇÃO

O estado de ansiedade é uma condição emocional transitória de tensão, apreensão, nervosismo, medo e dor. Os doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos em ambulatório experimentam intensos estados de ansiedade no período pré-operatório.¹ Quisemos conhecer a opinião dos nossos doentes sobre as condições estruturais e humanas da fase de acolhimento na nossa Unidade de Ambulatório, percebendo a importância dos equipamentos de lazer no controlo ansiolítico. Não sendo a medicação pré-anestésica uma prática corrente, quisemos avaliar a sua importância. Quisemos também perceber a preferência do doente pelos elementos da equipa de cuidados de saúde, tirando ilações sobre o nível de informação prestada.

METODOLOGIA

Recolhemos a opinião de 210 doentes. Fizemos um estudo prospetivo descritivo, quantitativo e qualitativo, com a amostra a partir do registo escrito de questionários. Fizemos a análise gráfica e descritiva dos dados relativos à idade, sexo e especialidade cirúrgica e dos fatores: o que disponibilizar para diminuir a ansiedade durante o tempo de espera; modo preferencial de entrada no bloco operatório; primeira pessoa da equipa que preferia conhecer; opinião sobre a qualidade e quantidade de informação fornecida; grau de ansiedade no momento e causas. Avaliamos a independência dos níveis de ansiedade e da primeira escolha dentro da equipa e possíveis fatores influenciadores. Utilizámos o *software* SPSS Statistics[®].

RESULTADOS

Grupo Etário	Frequência	%
18-45	89	44,5
46-65	84	42,0
>65	27	13,5
Total	200	100,0

Tabela 1 - Distribuição por grupos etários

Sexo	Frequência	%
F	126	63,0
M	74	37,0
Total	200	100,0

Tabela 2 - Distribuição por sexo

RESULTADOS

Do total de 210 doentes inquiridos, são válidos 200 inquéritos. A idade média foi de 48,4 ± 14,4 (média ± desvio padrão). Apresentam-se os dados sob a forma de tabelas, para leitura mais clara, no documento anexo "resultados".

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A música e a televisão são as alterações às condições estruturais mais relevantes a introduzir no ambiente pré-operatório. Existe uma relação válida entre a ansiedade e a medicação ansiolítica. "Menos tempo de espera" mostra que os doentes cuja programação cirúrgica é a última estão insatisfeitos e ansiosos. "Conversar com pessoas" mostra a necessidade de um ambiente social que vá de encontro às necessidades dos doentes. A qualidade da informação disponibilizada vai de encontro à gestão de informação e educação pretendidas. No entanto, 49,5% dos doentes dizem estar "calmo" e 43,5% "um pouco ansioso". As causas dos estados de ansiedade mostram que a informação cultural de saúde destes doentes não é suficiente e os sentimentos de "medo" clarificam a necessidade da desmistificação sobre os procedimentos hospitalares. Os doentes preferem conhecer primeiro o "cirurgião" e depois o "enfermeiro". A primeira preferência não está dependente do estado de ansiedade. Conclui-se a relevância deste estudo para a prática clínica na abordagem multimodal necessária para diminuir a ansiedade dos doentes, com impacto nos resultados em saúde.

REFERÊNCIAS 1 "Benefits of Preoperative Education for adult elective surgery patients", *ADRN Journal*, Vol 90, issue 3, Sept 2009, 381- 382,385-387

PO50-B1583

CIRURGIA DE AMBULATÓRIO 1 ANO DE ATIVIDADE NUM HOSPITAL PEDIÁTRICO DE REFERÊNCIA

LUÍS CONCEIÇÃO¹; DIANA CHIEIRA¹; MARTA AZENHA¹; ANGEL MADRIGAL¹



1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

Recentemente, a cirurgia de ambulatório na população pediátrica tem-se tornado mais popular, uma vez que é menos dispendiosa, interfere menos na dinâmica familiar e poderá reduzir o risco de infeção nosocomial, entre outras vantagens. Uma grande variedade de procedimentos cirúrgicos de diferentes especialidades pode ser realizada em ambulatório e a sua complexidade tem evoluído consideravelmente, com um maior número de crianças consideradas aptas.¹ O objectivo deste estudo é caracterizar a actividade da cirurgia de ambulatório na população pediátrica do nosso hospital.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo da actividade de cirurgia de ambulatório no hospital pediátrico no ano de 2012. Dados foram recolhidos dos processos clínicos e das fichas anestésicas. Tratamento e análise dos dados por estatística descritiva.

RESULTADOS

Num total de 3423 procedimentos cirúrgicos realizados no bloco operatório em 2012, 980 foram em regime de ambulatório. A distribuição pelas diferentes especialidades foi a seguinte: Cirurgia Pediátrica 343 cirurgias, Urologia 264, ORL 104, Oftalmologia 82, Estomatologia 72, Cirurgia Plástica 71 e Ortopedia 44. As técnicas anestésicas realizadas foram as seguintes: anestesia geral 794 (balanceada, endovenosa ou inalatória), anestesia combinada 185, cuidados anestésicos monitorizados 1. Os procedimentos cirúrgicos mais comuns (51% do total) foram: herniorrafia, excisão de lesões dermatológicas, circuncisão, orquidopexia e excisão de hidrocelo e varicocele. 67,2 % (n = 659) dos doentes eram do sexo masculino e 32,8 % do sexo feminino. Classificação ASA 1 em 64,39 % (n = 631), 2 em 30,8 % (n = 302) e 3 em 4,8 % (n = 47).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

No nosso hospital, a percentagem de cirurgia de ambulatório em relação ao número total de cirurgias foi de 28,6%, longe dos 50% observados noutros hospitais pediátricos². Isto pode ser explicado por dois factores: o nosso hospital é um centro de referência (para onde são referenciadas crianças com patologias graves, frequentemente submetidas a procedimentos anestésico-cirúrgicos de relevo e sem critérios para serem incluídas no programa de cirurgia de ambulatório) e encontra-se em proximidade geográfica relativamente a outros hospitais onde a cirurgia de ambulatório tem grande impacto. É importante realçar a execução de anestesia combinada (19% dos casos), com o intuito de garantir analgesia eficaz do pós-operatório, importante indicador

de qualidade na cirurgia de ambulatório.

REFERÊNCIAS 1. J Amb Surg 11(2004): 3-5; 2. Br J Anaesth 2001; 87: 73-87

PO51-C1715

DESAFIO ANESTÉSICO: CIRURGIA CARDÍACA EM DOENTE COM ENDOCARDITE INFECIOSA AGUDA E COMPLICAÇÕES CEREBROVASCULARES



GABRIELA SOUSA¹; ANA SOFIA CRUZ²; CRISTIANA PINHO²; LUÍS PEREIRA¹; FILOMENA FARINHA¹

1 - Centro Hospitalar de São João, Porto

INTRODUÇÃO

A endocardite infecciosa (EI) é uma doença sistémica potencialmente fatal, na qual a ocorrência de complicações cerebrovasculares (CCV) pode atingir os 12 a 40%.¹ Frequentemente é necessária uma intervenção cirúrgica na fase ativa da doença, de modo a evitar a progressão das lesões.² Esta atitude requer uma ponderação cuidadosa entre o risco/benefício de uma cirurgia cardíaca num doente com AVC recente. Apresenta-se um caso de anestesia para cirurgia de substituição valvular mitro-aórtica, num doente com hemorragia cerebelosa e EI ativa.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, 52 anos de idade, com antecedentes de insuficiência mitral grave, doença moderada a grave na válvula aórtica de predomínio estenótico e doença coronária de 2 vasos. Foi admitido por EI ativa a *Staphylococcus aureus* metilicilino-resistente (SAMR) complicada por embolização cerebral, com hemorragia cerebelosa e lesão isquémica frontal, e proposto para cirurgia de substituição valvular urgente. O doente foi monitorizado segundo os padrões Standard da ASA, com monitorização adicional de pressão arterial invasiva (PAI), pressão venosa central (PVC), BIS[®], oximetria cerebral (INVOS[®]), ecocardiograma transesofágico (ETE) e tempo de coagulação ativado (ACT). Foi determinada a linha de base do INVOS[®] previamente à indução. A indução e manutenção realizaram-se com perfusão de propofol e remifentanil por target controlled infusion (TCI) e rocurónio em bólus. Foi administrada heparina não fracionada (HNF - 300U/kg) antes da entrada em circulação extra-corporal (CEC), tendo esta sido revertida com protamina no final do procedimento. Quando da saída de CEC foi necessário iniciar uma perfusão de vasopressor para assegurar estabilidade hemodinâmica e dos valores de oximetria cerebral. Não se verificaram variações sustentadas dos valores de INVOS[®] superiores a 20% relativamente à linha de base. Na TAC pós-operatória não se verificou agravamento das lesões cerebrais pré-existentes e ao segundo dia de pós-operatório não foram registadas alterações neurológicas importantes.

DISCUSSÃO

Em doentes com EI e CCV, uma cirurgia cardíaca implica riscos importantes. A hipotensão arterial durante a CEC e a necessidade de heparinização total que esta implica, podem amplificar as lesões isquémicas e hemorrágicas preexistentes³. A literatura sugere que uma redução intra-operatória dos valores de INVOS® se correlaciona com resultados adversos, mas que intervenções atempadas nos episódios em que isto ocorre podem contribuir para melhorar o outcome⁴. No presente caso, foi utilizada monitorização de oximetria cerebral para guiar intervenções, não se constatando agravamento das lesões neurológicas preexistentes.

REFERÊNCIAS 1. J Neurol. 2004;251:1220–26. | 2. J Thorac Cardiovasc Surg 130(3):765–771, 2005. | 3 Ann Thorac Surg 1996;61:1125–30. [4] J Cardiothorac Surg. 2010; 5: 41.

P052-C1729

E SE UM CATETER SE TORNA UM CORPO ESTRANHO INTRA-ARTERIAL?



MIGUEL PAIVA¹; DANIEL FERNANDO BARRETO MADEIRA¹; RITA BORGES¹; FILIPE PINHEIRO¹; CARLA SILVA¹; JOANA CORTESÃO¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

Atualmente as linhas arteriais são usadas por rotina na monitorização hemodinâmica contínua de doentes instáveis, permitindo também uma fácil obtenção de amostras sanguíneas. A artéria radial é a opção mais frequente para a sua colocação, sendo a incidência de complicações major inferior a 1%, incluindo isquémia digital (temporária ou permanente), infecção local, sépsis, hemorragia, hematoma e pseudoaneurismas(1). Os autores reportam o caso da quebra de um cateter arterial na radial e consequente conduta.

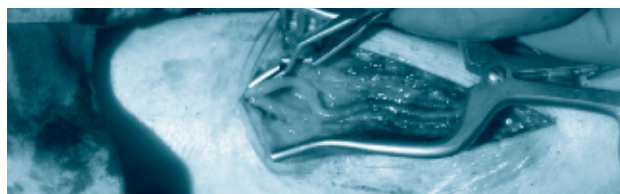
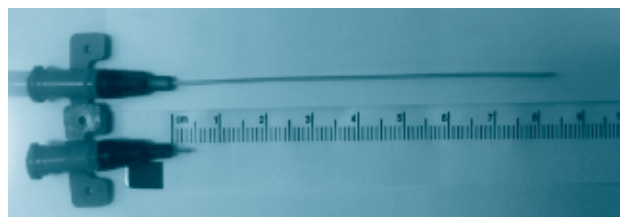
CASO CLÍNICO

Doente 82 anos, sexo masculino, ASA IV E, recorre ao serviço de urgência por quadro de dispneia e dor abdominal inespecífica. Antecedentes de HTA, depressão moderada da função ventricular esquerda, pacemaker cardíaco e DPOC severa. Foi submetido a laparotomia exploradora por suspeita de perfuração de víscera oca, após diagnóstico imagiológico de pneumoperitoneu. Foi realizada uma anestesia geral balanceada e a monitorização usada foi a standard da ASA, BIS e TOF. Foi colocado PICVC na veia cefálica e cateter arterial leadercath VYGON® 20G (8 cm) na artéria radial. No final da cirurgia o doente foi encaminhado à UCPA. Por apresentar repasse no penso utilizado na linha arterial, foi substituído, e verificou-se a extrusão do cateter, visivelmente mais curto com 4 mm de comprimento. Aplicada vasopressão para controlo hemorrágico. O exame objetivo da mão revelou coloração sem alterações, pulsos radial e cubital palpáveis, tempo de preenchimento capilar conservado. Foi contactado o cirurgião geral e realizada ecografia para localização do fragmento em

relação ao local de introdução. A posição do cateter era proximal, foi marcada na pele sendo posteriormente efetuada arteriotomia. No final da operação a mão apresentava-se bem perfundida e pulsos palpáveis. Na inspeção do fragmento verificou-se que os bordos apresentavam limites regulares, sem evidencia de kinking ou punção por agulha.

DISCUSSÃO

Apesar de muito raro, a rotura de cateter arterial na radial ocorre, estando descritos na literatura quatro casos. Todos foram removidos cirurgicamente por arteriotomia após localização ecográfica do fragmento. É importante compreender que o fragmento pode migrar proximalmente, daí a relevância da ecografia na deteção e caracterização da sua dimensão. No caso descrito, pensa-se que a deslocação proximal do fragmento tenha sido devido à pressão aplicada/mobilização do antebraço ou a um possível vasoespasm². As causas para esta complicação são desconhecidas mas talvez se relacionem com a manipulação e flush frequentes que criam um ponto de rotura no cateter. Para prevenir a rotura é recomendado o cuidadoso manuseamento do cateter prévio à sua inserção, extensão palmar durante a sua permanência, registo das técnicas de inserção e remoção e eventos durante a monitorização³.



REFERÊNCIAS 1. Crit Care. 2002; 6(3): 199-204. | 2. J Med Ultrasound. 2012; 20(3): 183-185. | 3. Can J Plast Surg. 2003; 11(4): 213-215.

P053-C1733

ABORDAGEM DE YOFFA REVISITADO



RONALD SILVA¹; HUGO TRINDADE²

1 - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental;
2 - Hospital D. Estefânia – CHLC

INTRODUÇÃO

A cateterização venosa central (CVC) ecoguiada é uma técnica considerada segura e de primeira opção segundo muitas linhas de orientação. A veia subclávia surge como um dos locais preferenciais nos casos de cateterização de longa duração devido ao grande calibre da mesma, e no caso da população pediátrica devido ao síndrome de “pinch-off”¹ que surge na abordagem infraclavicular. O risco diminuto, quer ao nível de infeções, quer ao nível da formação de trombos é menor que na veia femoral ou jugular interna.² Pretende-se demonstrar a eficácia da abordagem supraclavicular da veia subclávia ecoguiada.

METODOLOGIA

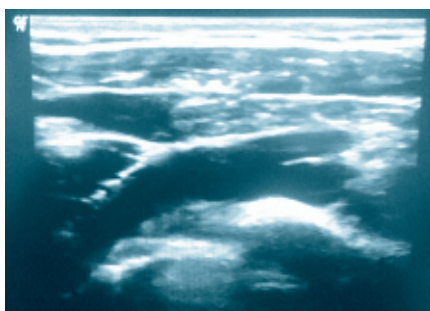
O princípio desta técnica consiste na colocação da sonda ecográfica a nível supraclavicular, com corte longitudinal da veia subclávia. A inserção da agulha desde a pele até ao alvo faz-se através da técnica “in-plane” (dentro de plano), segundo a abordagem descrita em 1965 por Yoffa.² O resultado de 33 CVCs ecoguiados (18 na população pediátrica – dos 6 meses ao 12 anos de idade; 15 na população adulta neurocirúrgica – 30 aos 75 anos de idade;) são apresentados.

RESULTADOS

Um total de 33 CVCs ecoguiados foram realizados, com uma duração < 5 minutos em todos os casos. A taxa de sucesso foi de 75% na primeira tentativa e 100% na 2ª tentativa, sem complicações. Em 100% dos casos foi possível a visualização do cateter intra-veia e em 78% dos casos o trajecto ao nível do tronco braquiocefálico.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A abordagem da veia subclávia por via supraclavicular ecoguiada é uma alternativa na cateterização venosa central. A proximidade e trajecto paralelo da artéria subclávia em relação à veia subclávia, torna o conhecimento da anatomia e experiência na ecografia elementos necessários para realização desta abordagem. Esta técnica parece ter vantagens na idade pediátrica pois evita o risco de ocorrência do síndrome de “pinch-off” e torna-se mais receptiva por parte das crianças. Na população adulta neurocirúrgica tem o benefício de não ocupar um território de drenagem directa do espaço intra-craniano, como ocorre na cateterização da veia jugular interna, tendo vantagens na higienização, bem como na tolerabilidade do cateter – particularmente nos de longa duração. A cateterização ecoguiada por esta via é adequada, tendo benefícios em populações/áreas cirúrgicas específicas. No entanto, o conhecimento detalhado da anatomia e experiência ecográfica são fundamentais para o sucesso da técnica.



REFERÊNCIAS 1 O. Rhondali, R. Attof, S. Combet, D. Chasard, and M. de Queiroz Siqueira, “Ultrasound-guided subclavian vein cannulation in infants: supraclavicular approach,” *Paediatr. Anaesth.*, vol. 21, pp. 1136–1141, 2011. | 2 S. P. Patrick, M. A. Tijunelis, S. Johnson, and M. E. Herbert, “Supraclavicular subclavian vein catheterization: the forgotten central line,” *West. J. Emerg. Med.*, vol. 10, pp. 110–114, 2009.

PO54-D1524

ABORDAGEM EMERGENTE DE DOENTE COM FISTULA VENTRÍCULO-CUTÂNEA



CARLA SILVA¹; SOFIA MARQUES¹; ANA LOPES¹;
MIGUEL PAIVA¹; ROSÁRIO ÓRFÃO¹

1 - Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

A fistula ventrículo-cutânea é uma entidade rara que pode complicar procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, com elevada mortalidade. A resistência do miocárdio à lesão pode causar atraso entre o evento desencadeante e o início dos sintomas ou mesmo rotura cardíaca¹.

Descreve-se a abordagem anestésica, em contexto emergente, de reparação cirúrgica de fistula ventrículo-cutânea com hemorragia aguda.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, 80 anos, submetida a mastectomia radical esquerda e radioterapia há 37 anos, proposta para cirurgia emergente por hemorragia em jacto da região pré-cordial. Internada há 5 dias em Cirurgia Vascular para estudo de hemorragia recorrente, sobre lesão de radiodermite e úlcera cutânea, com 1 ano de evolução. Doente com estômago cheio e antecedentes de síndrome respiratório restritivo severo - ASA IVE.

BO Central: Indução de sequência rápida com etomidato e rocurónio; manutenção anestésica com sevoflurano, remifentanil e rocurónio, sob monitorização Standard, PA invasiva, PVC, temperatura nasofaríngea, diurese horária e BIS®. Chamada Cirurgia Cardio-Torácica (CCT) que efetuou controlo hemorrágico de fistula ventrículo-cutânea com pontos percutâneos. Duração 90 minutos. PAM mínima 50 mmHg; perdas hemáticas 700 mL; transfusão de 3U de concentrado eritrocitário (CE), Hb final 9,0 g/dL. Sem sinais de isquémia miocárdica. Pedida avaliação labora, transferência para Cirurgia Plástica onde permaneceu 39 dias.

ESTUDO LABORATORIAL CONVENCIONAL		TROMBOELASTOGRAMA			
		EXTEM	APTTEM	INTEM	
Hemograma					
Hb (g/dL)	10,2	T. Coagulação (seg)	86 (38-79)	71 (38-79)	246 (100-240)
Hct (%)	35,7	T. Formação do Coágulo (seg)	182 (34-159)	187 (34-159)	189 (30-110)
Plaquetas (x10 ⁹ /L)	99	Velocidade (alfa)	59 (63-83)	55 (70-83)	62 (70-83)
Hemostasas		Amplif. 30min (mm)	40 (43-65)	40 (43-65)	37 (44-66)
Tempo de Protrombina (seg)	21,5 (14-0)	Amplif. 30min (mm)	47 (50-71)	48 (50-71)	45 (50-71)
Protrombinemia (%)	49	Amplif. 30min (mm)	49 (50-72)	51 (50-72)	45 (50-72)
INR	1,64	Amplif. Máx (mm)	50 (50-72)	53 (50-72)	48 (50-72)
aPTT (seg)	39,3 (28-0)	Lise aos 30min (%)	300 (94-100)	300 (94-100)	300 (94-100)
Fibrinogênio (g/dL)	1,7	Lise aos 60min (%)	95 (94-100)	97 (94-100)	96 (94-100)
D-Dímeros (µg/mL)	1,09	Lise Máx. (%)	11 (0-15)	9 (0-15)	11 (+35)

Fig 1. Estudo laboratorial intra-operatório.

Figura 1 - Avaliação laboratorial com tromboelastograma

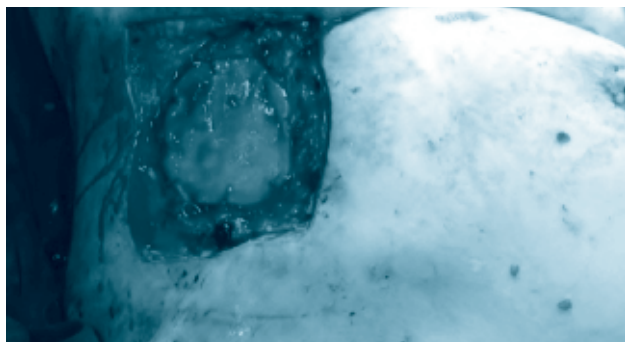


Figura 2 - Reparação da fístula com patch de dacron

DISCUSSÃO

Descrevemos caso de fístula ventrículo-cutânea com hemorragia pré-cordial em jacto. A situação constituiu um desafio para o anestesiolista pelo risco de choque hipovolêmico, isquemia miocárdica, disritmias, pneumopatia de aspiração, com necessidade de transporte intra-hospitalar. Foi fundamental o cuidadoso manuseamento da PA com fluido/ hemoterapia adequadas (point of care), seleção de técnica anestésica e monitorização, de forma a controlar a hemorragia e assegurar pressões de perfusão coronárias, cerebrais e do enxerto adequadas.

Imprescindível a articulação célere entre as várias etapas e coordenação de diferentes equipas, surgindo o anestesiolista como team leader neste processo.

REFERÊNCIAS

1 J Comput Assist Tomogr. 2009 Mar-Apr;33(2):215-7
Circulação (clínica e experimental) (Clinical and Experimental Circulation) / Caso Clínico

não corrigidas causam aumento do fluxo sanguíneo pulmonar, podendo originar hipertensão pulmonar (HTP) e inversão/ bidirecionalidade do shunt, traduzida por cianose - Síndrome de Eisenmenger. O risco anestésico é elevado mesmo em cirurgia menor. Fatores que diminuem a volêmia ou resistência vascular sistêmica (RVS) ou aumentem a resistência vascular pulmonar (RVP) favorecem o shunt direito-esquerdo (D-E), podendo agravar cianose, hipoxemia, insuficiência cardíaca e aumentar a mortalidade¹. O risco é agravado por policitemia secundária, alterações da função plaquetar e déficit de fatores da coagulação.

CASO CLÍNICO

Sexo masculino, 22 anos, S. Eisenmenger (por Defeito Septal AV Completo) e Trissomia 21 (ASA IVE), proposto para correção de hérnia inguinal encarcerada. Exame objetivo: agitação, cianose, sopro sistólico III/VI, fervores basílares, pescoço curto e macroglossia. SpO₂ 84%, PA 105/60 mmHg, FC 95 bpm. Avaliação laboratorial: Hb 23,4 g/dL, Ht 71,8%, Protrombinemia 36%. Ecocardiograma: Válvula AV única, insuficiente, P média artéria pulmonar 65 mmHg, shunt bidirecional pela CIV. Cardiologista confirmou gravidade da doença vascular pulmonar e risco anestésico, aconselhando Anestesia Loco-regional (ALR), adequada fluidoterapia, manutenção de SpO₂ > 80% e profilaxia da Endocardite; Hematologista recomendou flebotomia terapêutica. Após obtenção de consentimento parental, realizou-se Anestesia Geral Dissociativa (AGD) com Cetamina e infiltração local com Ropivacaína e Lidocaína. Profilaxia da aspiração gástrica. O₂ 10 L/min por máscara facial; NaCl 0,9% 700 mL. Mantida estabilidade tensional (PAM mínima 80 mmHg), ventilação espontânea e SpO₂ > 95%. Perdas hemáticas irrelevantes. Duração: 90 minutos. Permanência na UCPA 3h, mantendo estabilidade cardio-respiratória; PAM mínima 75 mmHg; SpO₂ mínima 84%.

Discussão

As cardiopatias congénitas com shunt E-D não corrigidas podem ser complicadas por S. Eisenmenger. Alguns doentes podem sobreviver até idade adulta e surgir ao anestesiolista em contexto de cirurgia não-cardíaca urgente. O risco anestésico é elevado, devendo a orientação peri-operatória ser multidisciplinar e a escolha da técnica anestésica individualizada, evitando fatores que agravem o shunt D-E.

Para realização de hernioplastia inguinal em doente com S. Eisenmenger a ALR seria opção adequada se mantidas a RVS e volêmia, hipótese que foi afastada pela não colaboração do doente e alterações da coagulação. Os anestésicos inalatórios, como os agentes endovenosos, provocam depressão da RVS e inotropismo, à exceção da cetamina, que permite também manutenção da ventilação espontânea e reflexos protetores da via aérea, diminuindo a probabilidade de ventilação mecânica, pelo que constituiu a nossa escolha (Anestesia Geral Dissociativa), não tendo ocorrido complicações.

1. Br J Anaesth 2004; 93: 129-39

PO55-D1644

ANESTESIA GERAL DISSOCIATIVA EM DOENTE COM SÍNDROME DE EISENMENGER



CARLA SILVA¹; ANA FILIPA RIBEIRO²; MIGUEL PAIVA¹; RITA BORGES¹; CONCEIÇÃO MARTINS²; RAQUEL INÁCIO¹

1 - Serviço de Anestesiologia - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

As cardiopatias congénitas com shunt esquerdo-direito (E-D)



Figura 1 - Eisenmenger

PO56-F1495

FIBRINOGEN IN AORTIC SURGERY: A SUMMARY OF A PUBLICATION

JF RODRIGUES¹

1 - CSL Behring, Portugal

INTRODUÇÃO

There is currently a contrast between the demonstrated benefits of fibrinogen concentrate in correcting bleeding and reducing transfusion, and its perceived thrombogenic potential. This analysis evaluates the effects of fibrinogen concentrate on coagulation up to 12 days after administration during aortic surgery.

METODOLOGIA

We performed a post hoc analysis of a prospective, randomized, double-blind, controlled trial of fibrinogen concentrate as first-line haemostatic therapy in aortic surgery. After cardiopulmonary bypass (CPB) and protamine administration, subjects with coagulopathic bleeding received fibrinogen concentrate or placebo. The placebo group received allogeneic blood products, including fresh-frozen plasma (FFP; n=32); the fibrinogen concentrate group received fibrinogen concentrate alone (FC; n=14), or fibrinogen concentrate followed by allogeneic blood products (FC+FFP; n=15). Plasma fibrinogen, fibrin-based clotting (ROTEM[®]-based FIBTEM assay), and peri- and postoperative haematological and coagulation parameters were compared.

RESULTADOS

Plasma fibrinogen and FIBTEM maximum clot firmness (MCF) decreased ~50% during CPB but were corrected by FC or FC+FFP. At last suture, the highest values for plasma fibrinogen (360 mg/dl) and FIBTEM MCF (22 mm) were within normal ranges - below the acute phase increases observed after surgery. In patients receiving only FFP as a source of fibrinogen, these parameters recovered marginally by last suture ($P < 0.001$ vs FC and FC+FFP). All groups displayed comparable haemostasis at 24 h post-surgery. Fibrinogen concentrate did not cause alterations of other haemostasis parameters.

mostasis parameters.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Fibrinogen concentrate provided specific, significant, short-lived increases in plasma fibrinogen and fibrin-based clot firmness after aortic surgery.

PO57-F1499

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTO-IMUNE – ABORDAGEM ANESTÉSICA EM CONTEXTO DE CIRURGIA URGENTE E PROGRAMADA

ANA ALMEIDA LOPES¹; NUNO MOINHO²;
MARIA DO ROSÁRIO ÓRFÃO³

1 - Interna de Anestesiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.;
2 - Assistente Hospitalar de Anestesiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.; 3 - Assistente Graduada Sénior de Anestesiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.

INTRODUÇÃO

A anemia hemolítica autoimune (AHA) cursa com destruição de eritrócitos por autoanticorpos.¹ A terapêutica transfusional comporta questões como difícil caracterização de auto e aloanticorpos, difícil obtenção de sangue compatível e risco de exacerbação de hemólise.² Pretende-se descrever a abordagem anestésica urgente e programada de doente com AHA.

RESULTADOS

Doente do sexo masculino, 55 anos, com síndrome metabólica e metalose por desgaste de prótese total da anca (PTA). Em contexto de urgência é diagnosticada AHA a anticorpos quentes (AQ) quando da reserva de concentrado de eritrócitos (CE) para cirurgia imediata de revisão de PTA com eliminação do foco de metalose, provável causa de AHA. Após discussão multidisciplinar (anestesiologia, ortopedia, imunohemoterapia e hematologia), opta-se por limpeza cirúrgica com objetivo de minimizar o gasto de sangue intra-operatório e evitar transfusão (hemoglobina (Hb) de 9.8mg/dl). Não sendo a plasmaferese uma opção, administrada metilprednisolona 1mg/Kg. Estabelecido pela equipa que qualquer transfusão seria precedida de metilprednisolona 500mg. No intra-operatório monitorização standard da ASA, diurese, glicémia capilar e manutenção da temperatura corporal. Realizada anestesia geral balanceada com duração de 45 minutos. Perioperatório sem intercorrências.

Após 18 dias de estabilização de AHA com ferro, ácido fólico e prednisolona (Hb de 11.8g/dl) proposta revisão de PTA. Reservados CE e plasma humano inativado (PHI). No intra-operatório monitorização standard da ASA, pressão arterial invasiva, diurese, gasometria arterial, glicémia capilar; manutenção da temperatura corporal e administração de hidrocortisona 100mg. Anestesia combinada (anestesia geral balanceada e bloqueio dos nervos femoral, obturador e cutâneo femoral lateral). Por oozing,

hipotensão mantida e Hb de 6.1g/dl, transfundidas 2 CE (precedidas de metilprednisolona 500mg) e 4 PHI. Na unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA) exacerbação da hemólise, Hb 5mg/dl, fibrinogénio 1.6 mg/dl, protrombinémia 50%. Administração de metilprednisolona 500mg, 2 CE, fibrinogénio 1g, 2 PHI e cloreto de cálcio 1g. Alta da UCPA ao segundo dia de pós-operatório hemodinamicamente estável, com Hb de 7.2g/dl.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Na literatura consultada apenas um caso de AHAI foi descrito em contexto de metalose e não há relatos de transfusão peri-operatória em AHAI a AQ (IgG), não sendo a plasmaferese uma opção.³ A abordagem interdisciplinar mostrou-se fundamental para obter uma proposta terapêutica com risco-benefício e outcome ótimos. Optou-se por prática transfusional restritiva e otimização da terapêutica de suporte, minimizando a hemólise. A AHAI a AQ implica difícil obtenção de sangue compatível, transfusão só se falência hemodinâmica iminente e sempre precedida de corticoterapia.

REFERÊNCIAS 1Net J Med, 2011;69:4:177-184, 2Brit J Haem, 2004;124:712-716, 3Acta Orthop Scand 1997;68(5):495-496

PO58-F1538

ANESTESIA PARA ORTOPEDIA: ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO INTRA-OPERATÓRIA DE CELL SALVAGE



SARA MOTA¹; JOANA JESUS¹; CÉLINE FERREIRA¹; FILIPA RIBEIRO¹; MARGARIDA PEREIRA¹; LUCIANE PEREIRA¹

1 - Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – CHUC

INTRODUÇÃO

Cerca de 10% de todas as transfusões são realizadas em contexto de cirurgia ortopédica.¹ Vários estudos demonstram que a técnica de cell salvage (CS) é segura e efectiva e que permite a redução das necessidades transfusionais.² Os objectivos do estudo foram caracterizar a população ortopédica submetida a CS e analisar e comparar as perdas sanguíneas processadas e recuperadas por CS no período intra-operatório e as necessidades de transfusão alogénica.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo retrospectivo no qual se analisaram 147 cirurgias ortopédicas em doentes adultos, realizadas de janeiro de 2011 a junho de 2013. Efectuou-se a análise estatística através de SPSS 17.0 e Excel 2010. As variáveis categóricas foram analisadas através do teste qui-quadrado e as variáveis contínuas através do teste t-student. Um valor p≤0,05 foi considerado estatisticamente significativo.

RESULTADOS

Foi realizado CS intra-operatório em 71 cirurgias da coluna - CC

(48,3%), 50 revisões de artroplastia total da anca - RPTA (34,0%), 17 revisões de artroplastia total do joelho - RPTJ (11,0%), 5 artroplastias totais da anca - PTA (3,4%) e 4 artroplastias totais do joelho - PTJ (2,7%), sendo 60,5% doentes do género feminino e 80,3% com idade >50 anos. Em 61,9% dos casos os doentes apresentaram hemoglobina pré-operatória (Hb) ≥13g/dL. Foi encontrada uma tendência (p=0,287) entre volumes processados maiores e cirurgias de maior duração. O volume de sangue recuperado por CS foi superior nas CC, seguindo-se as RPTA e PTJ. Apenas 8 doentes necessitaram de transfusão de concentrado eritrocitário (5,4%), tendo 4 deles sido submetidos a RPTA, 3 a CC e 1 a RPTJ. Não se verificaram diferenças com significância estatística entre o volume processado nas artroplastias e nas revisões de artroplastias (p=0,664).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Vários estudos demonstram que cirurgias com grandes perdas sanguíneas como revisões de artroplastias, traumatismos graves e cirurgias pélvicas e da coluna justificam a utilização de CS. Este estudo corrobora estes dados pois, apesar das cirurgias analisadas pressuporem maior necessidade transfusional, a prevalência de transfusões de CE foi muito baixa, provavelmente devido à utilização de CS. São necessários estudos adicionais para melhor caracterização da população e para maior esclarecimento das indicações de CS.

REFERÊNCIAS 1 - Transfusion Alternatives in Transfusion Medicine 8, 41–51 (2006); 2 - British Journal of Anaesthesia 105 (4): 401–16 (2010); 3 - Critical Care & Pain. Volume 10 Number 4 2010

PO59-F1540

CELL SALVAGE INTRA-OPERATÓRIO: SERÁ SEMPRE CUSTO-EFFECTIVO?



JOANA JESUS¹; FILIPA RIBEIRO¹; PALMIRA AMARAL²; ISABEL SIMÕES²; MARGARIDA PEREIRA¹; LUCIANE PEREIRA¹

1 - Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - CHUC;

2 - Serviço de Imuno-hemoterapia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - CHUC

INTRODUÇÃO

A recuperação de sangue intra-operatória através de cell salvage (CS) e a transfusão autóloga demonstraram ser importantes medidas poupadoras de sangue, podendo reduzir a necessidade de transfusão alogénica e os riscos e complicações associados.¹ De acordo com Muñoz et al. para que estas técnicas sejam custo-efectivas, o equivalente a pelo menos 1 unidade de concentrado eritrocitário (U CE) precisa de ser recuperado.² Os objectivos deste estudo foram verificar em que população a técnica de CS foi mais frequentemente utilizada, determinar quais os volumes recuperados e transfundidos através da utilização de CS no intra-operatório e avaliar se esta técnica foi custo-efectiva.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo retrospectivo a todos os doentes submetidos a cirurgia entre janeiro de 2011 e junho de 2013, nos

quais foi utilizado CS no intra operatório. Efectuou-se análise descritiva através do SPSS 17.0® para determinar a população em que o CS intra-operatório foi mais utilizado e identificar os volumes recuperados e transfundidos através de CS. Considerou-se que a recuperação/transusão de 500 ml de suspensão de eritrócitos (assumindo um hematócrito médio de 42,5%) corresponderiam a transusão de 1U de CE heterólogo.

RESULTADOS

A técnica de CS foi utilizada em 11 cirurgias vasculares (7,3%) e 139 cirurgias ortopédicas (92,7%), sendo 58,7% da população do género feminino e 82% com idade >50 anos. Em 60,7% dos casos os doentes apresentaram hemoglobina pré-operatória $\geq 13\text{g/dL}$. O volume recuperado/transfundido por CS foi, em 84% dos casos, superior a 500ml, correspondendo nestes doentes a uma ou mais unidades de CE.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A percentagem de doentes com Hb pré-operatória $> 13\text{mg/dL}$ a quem se realizou CS foi significativa, provavelmente devido às elevadas perdas sanguíneas expectáveis. Em 84% dos casos foi recuperado um volume $> 500\text{ml}$ (equivalente a ≥ 1 U CE), sendo a utilização intra-operatória de CS custo-efectiva apenas nesses casos. A menor custo-efectividade associada aos restantes casos poderá dever-se à inclusão de cirurgias vasculares no estudo (alguns autores afirmam que o CS é mais custo-efectivo em cirurgia cardíaca e ortopédica do que em cirurgia vascular) e à descontinuação da técnica de CS no período pós-operatório, nomeadamente nas cirurgias ortopédicas (alguns estudos defendem que nas cirurgias ortopédicas o CS é mais custo-efectivo no período pós-operatório do que no intra-operatório). As orientações actuais recomendam a utilização de CS em todas as cirurgias com grandes perdas sanguíneas expectáveis, mas o estudo demonstra que essa utilização nem sempre foi custo-efectiva, o que nos alerta para a necessidade de uma avaliação formal da custo-efectividade do CS, para que a sua utilização possa ser optimizada.

REFERÊNCIAS 1-British Journal of Anaesthesia 2010; 4: 401–16 | 2 - Transfusion Alternatives in Transfusion Medicine 2006; 8, 41–51

PO60-F1552

HEMOGLOBINA PRÉ-OPERATÓRIA ENQUANTO PREDICTOR DAS NECESSIDADES TRANSFUSIONAIS INTRA E PÓS-OPERATÓRIAS



JOANA JESUS¹; FILIPA RIBEIRO²; PALMIRA AMARAL²; ISABEL

SIMÕES²; MARGARIDA PEREIRA¹; LUCIANE PEREIRA¹

1 - Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - CHUC;

2 - Serviço de Imuno-hemoterapia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - CHUC

INTRODUÇÃO

Vários estudos têm documentado a relação entre a concentração de hemoglobina pré-operatória (Hb pré-op) e a necessidade

transfusional pós-operatória¹ e têm estabelecido a Hb pré-op como um possível predictor importante do risco transfusional em cirurgias com grandes perdas sanguíneas expectáveis.² O objetivo deste estudo foi analisar a relação entre factores como a idade, género, tipo de cirurgia, volume de sangue processado por cell salvage (CS) durante a cirurgia, Hb pré-op e a necessidade transfusional intra e pós-operatória em cirurgias com elevadas perdas sanguíneas expectáveis (em alguns casos foi adoptada a estratégia transfusional 2:1).

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo retrospectivo no qual se analisaram todas as cirurgias de adultos realizadas de Janeiro de 2011 a Junho de 2013, nas quais se utilizou CS no período intra-operatório (11 cirurgias vasculares [7,3%] e 139 ortopédicas [92,7%]). Realizou-se uma análise univariada através do IBM SPSS Statistics 2.0® para estabelecer a relação entre as variáveis independentes e a necessidade transfusional intra e pós-operatória. Avaliou-se variáveis categóricas com os testes Qui-quadrado e Exacto de Fisher, e comparou-se variáveis contínuas através do teste t-Student. Um valor $p \leq 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

RESULTADOS

A análise univariada não revelou uma relação estatisticamente significativa entre as necessidades transfusionais intra e pós-operatórias, tipo de cirurgia e volume de sangue processado por CS, mas demonstrou que idade >70 anos ($p=0,029$) e o género feminino ($p=0,00$) estão significativamente relacionados com a Hb pré-op ($\leq 13\text{g/dL}$) e que esta está também significativamente relacionada com maiores necessidades transfusionais intra e pós-operatórias ($p=0,028$).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Não foi observada uma relação estatisticamente significativa entre o volume processado por CS e a necessidade de transusão homóloga intra e pós-operatória, o que pode indicar que a utilização de CS pode ter evitado maiores necessidades transfusionais. A Hb pré-op mostrou ser um bom predictor das necessidades transfusionais intra e pós-operatória em cirurgias com perdas sanguíneas significativas. Os doentes com Hb pré-op $\leq 13\text{g/dL}$ apresentaram, em média, maiores necessidades transfusionais, pelo que estes resultados sugerem-nos que a Hb pré-op deve ser sempre considerada na avaliação pré-operatória deste tipo de cirurgias e encorajam-nos a optimizar a Hb pré-op. Essa optimização poderá reduzir grandemente o risco associado às transfusões alogénicas.

REFERÊNCIAS 1. MJA 2013; 199: 397–401 | 2 - BJA 2012; 1: 63–71

P061-F1635

CIRURGIA ABDOMINAL URGENTE: DABIGATRANO UM DESAFIO MULTIDISCIPLINAR.



FÁTIMA SANTOS¹; JOANA ALEXANDRA GUIMARÃES¹; MARIA JOÃO SUSANO¹; PEDRO PINA¹; LUÍS FONSECA¹

1 - Centro Hospitalar do Porto

INTRODUÇÃO

O dabigatrano, inibidor direto da trombina, é um novo anti-coagulante oral com perfil farmacocinético e farmacodinâmico previsível, aprovado pela Agência Europeia do Medicamento na prevenção de fenómenos tromboembólicos em doentes com fibrilação auricular ou submetidos a artroplastia electiva da anca e joelho. Apesar da sua estabilidade, até à data, não há agente de reversão específica do seu efeito anticoagulante. A abordagem em situações de hemorragia aguda ou cirurgia emergente, de doentes hipocoagulados com este fármaco, torna-se um desafio, sendo pouca a literatura disponível. Em situações de cirurgia urgente a evidência é ainda mais escassa. Este trabalho pretende rever o processo de tomada de decisão em cirurgia urgente com base num caso clínico.

CASO CLÍNICO

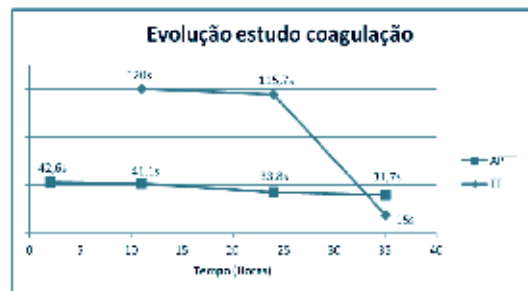
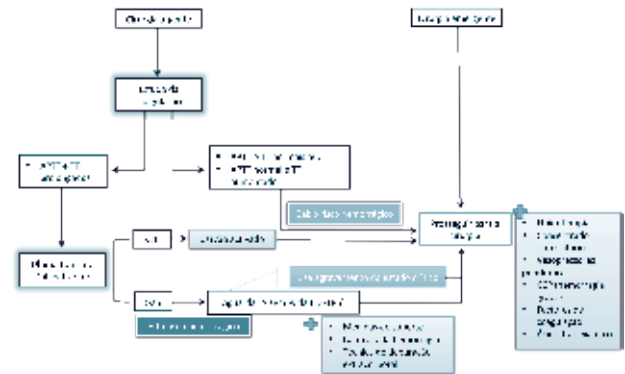
Doente do sexo feminino, 77 anos de idade, antecedentes de hipertensão arterial, fibrilhação auricular permanente hipocoagulada com dabigatrano (220mg por dia), dislipidemia e acidente vascular cerebral com hemiplegia direita em 2013. Admitida no serviço de urgência por dor abdominal, vómitos e obstipação com 3 dias de evolução. Objectivamente hérnia inguinal irreductível. Analiticamente: leucocitose ($11.22 \times 10^3/\mu\text{L}$) com neutrofilia (98%), Hb 15,2g/dL, plaquetas $204 \times 10^3/\mu\text{L}$, PCR 84,86mg/dL, DHL 294 U/L, creatinina 1,14mg/dL (ClCr 45,67ml/min). Estudo da coagulação realizado aproximadamente 2h após última toma de dabigatrano com INR 1,39, PT 15.5s (10.7s), APTT 42.6s (27.7s). Raio-X abdominal: níveis hidroaéreos, sem evidência de foice gasosa.

Do estudo global efetuado foi diagnosticada hérnia inguinal encarcerada sem sinais de sofrimento de ansa intestinal, propondo-se cirurgia urgente (não emergente). Seguiu-se discussão do caso com hematologia que pelo risco hemorrágico elevado aconselhou protelar a cirurgia. Repetido estudo coagulação aproximadamente 11h após última toma de dabigatrano: INR 1,36, PT 14.7s (10.7s), APTT 41.1s (27.7s), TT > 120s (15s). Nesta altura, considerada hipótese de técnica de depuração extracorporeal para remoção de fármaco com nefrologia, tendo sido afastada pela evidência recente de efeito "rebound" aproximadamente 2h após diálise e risco de hemorragia associado à colocação de catéter venoso central. A tomada de decisão prosseguiu baseada na estabilidade clínica, ausência de agente de reversão do fármaco e risco hemorrágico no intra- operatório (sem agente hemostático com eficácia comprovada no controlo da hemorragia). Às 42h após a última toma do dabigatrano, após normalização do estudo da coagulação (gráfico 1), foi submetida a herniorrafia inguinal com enterectomia segmentar.

DISCUSSÃO

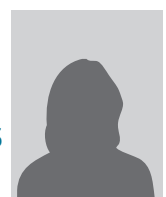
A decisão multidisciplinar de quando realizar a cirurgia foi baseada na urgência/emergência cirúrgica, quadro clínico e risco hemorrágico, limitações de interpretação do estudo da coagulação e na evidência recente sobre reversores inespecíficos da hemostase (algoritmo de abordagem de cirurgia urgente).

ABORDAGEM ALGORITMO DE HIPOCOAGULADO COM DABIGATRANO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



P062-F1673

TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO: QUANDO TRANSFUNDIR? ESTUDO RETROSPETIVO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE NEUROCRÍTICOS



CRISTIANA VALENTE PINHO¹; CLÁUDIA VAZ²; FILIPE VASCONCELOS²; CRISTINA NEVES²; CELESTE DIAS³

1 - Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar São João; 2 - Serviço de Imuno-hemoterapia do Centro Hospitalar São João;

3 - Serviço de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar São João

INTRODUÇÃO

Apesar de atualmente ser recomendado um limiar de hemoglobina (Hgb) <7 g /dl para transfusão de glóbulos rubros (GR) em doentes críticos, este limiar não é consensual para o doente com traumatismo crânio-encefálico (TCE) grave. O objetivo deste trabalho foi avaliar o cumprimento médico do protocolo de transfusão em doentes com TCE.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo, observacional, realizado em doentes com TCE grave (puro ou com politrauma) admitidos numa Unidade de Cuidados Neurocríticos entre janeiro de 2010 e dezembro de 2013. Foram avaliados dados demográficos (idade, duração do internamento, score de SAPS II), estado clínico na alta, níveis de Hgb e hematócrito e administração de transfusões de GR. O protocolo de transfusão de GR utilizado em doentes com TCE consistiu na transfusão para um limiar de Hgb \leq 7g/dl.

RESULTADOS

Foram incluídos 131 doentes, com média de idade $54 \pm 20,9$ anos e com uma média de duração de internamento de $19 \pm 13,2$ dias. O SAPS II médio foi $44,2 \pm 12,6$. Em 2010 foram admitidos na unidade 20 doentes com TCE (15,3%), 30 (22,9%) em 2011, 50 (38,2%) em 2012 e 31 (23,7%) em 2013. 81 doentes (61,8%) receberam transfusão de GR, 13 em 2010 (16%), 17 em 2011 (21%), 32 em 2012 (39,5%) e 19 em 2013 (23,5%). A média de Hgb nos doentes transfundidos foi de $9,94 \pm 1,37$ e de $9,96 \pm 1,35$ nos doentes não transfundidos. Os doentes foram subdivididos em 2 grupos de acordo com valores de Hgb (grupo A: Hgb \leq 7 e grupo B: Hgb $>$ 7). Foram identificados 238 episódios de transfusão. Das transfusões realizadas, 42 (17,6%) foram em doentes do grupo A e 196 (82,4%) em doentes do grupo B. Nos doentes não transfundidos (50; 38,2%) 1 pertenceu ao grupo A, encontrando-se na fase de cuidados paliativos. Nos doentes transfundidos, o grupo A teve média de SAPS II/probabilidade de morte de $44,73 \pm 12,63 / 37,16\%$, sendo que 33,3% (5 doentes) faleceram e no grupo B teve respetivamente $44,09 \pm 12,78 / 36,27\%$, em que 15,87% (10 doentes) faleceram. Nos doentes não transfundidos, o grupo B teve média de SAPS II/probabilidade de morte de $44,44 \pm 12,62 / 36,76\%$, em que 28,6% (14 doentes) faleceram.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A percentagem de doentes transfundidos com GR foi 61,8%, verificando-se que a maioria destas transfusões foi efetuada para valores de Hgb $>$ 7g/dl. Este resultado denuncia uma má adesão clínica ao protocolo transfusional institucional, com base exclusiva no valor absoluto da Hgb. Além disso e, contrariamente ao observado na literatura, a maior percentagem de doentes falecidos verificou-se no grupo com Hgb $>$ 7g/dl e que não foram transfundidos quando comparado com os que receberam transfusão, não se verificando diferença nos valores de SAPS II entre os grupos. Novos estudos com categorização mais detalhada dos grupos relativamente ao valor de corte de Hgb poderão ajudar a explicar esta diferença na mortalidade.

REFERÊNCIAS Desjardins et al; Critical Care 2012, 16:R54

P063-G1596

ANESTESIA PARA CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO CEREBRAL EM DOENTE COM MOYAMOYA

FRANCISCA SANTOS¹; PATRÍCIA SANTOS²; GONÇALO DURÃES¹

1 - Centro Hospitalar de São João



INTRODUÇÃO

A doença de Moyamoya é uma patologia cerebrovascular incomum e idiopática caracterizada por estenose bilateral da artéria carótida interna e da porção proximal das artérias cerebrais médias e anteriores, com proliferação de vasculatura colateral designada por "vasos MoyaMoya".¹ Clinicamente, manifesta-se como isquemia cerebral ou hemorragia intracraniana. Existem fortes evidências de que a revascularização direta ou indireta pode a médio/longo prazo reduzir o risco de complicações e estar associada a melhor prognóstico.²

CASO CLÍNICO

Sexo feminino, 37 anos, ASA III proposta para revascularização cerebral direta com anastomose da artéria superficial temporal (AST) com a artéria cerebral média (ACM). Antecedentes pessoais: doença de Moyamoya (DMM) com disfunção cognitiva, AVC prévios, vários AIT, hipertensão arterial. Medicação habitual: bisoprolol, candesartan/hidroclorotiazida, espironolactona, ácido acetilsalicílico, amlodipina e levetiracetam. Na consulta de Neurocirurgia tendo conta patologia e ressonância magnética cerebral com múltiplos focos de isquemia foi agendada cirurgia. Monitorização standard da ASA, pressão arterial invasiva e monitorização neurológica: BIS, oximetria cerebral INVOS®, pressão tecidual de O₂ LICOX® e fluxo sanguíneo cerebral HEMEDEX®. Realizou-se uma anestesia geral intravenosa (TIVA) com propofol, remifentanil e rocurónio. O objetivo anestésico foi neuroprotecção, privilegiando a normocapnia de modo a manter a oximetria cerebral e o fluxo sanguíneo cerebral estáveis. Normotermia, normoglicemia e perfil tensional nunca inferior ou superior a 20% do valor basal da doente. O doppler intra-operatório da AST demonstrou ausência de fluxo, confirmada pela administração do corante verde de indocianina, pelo que não foi possível revascularização direta optando-se pela encefaloduroarteriomiosinangioplastia. O pós-operatório decorreu sem intercorrências na Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos, tendo sido extubada às 12 horas, após TAC de controlo.

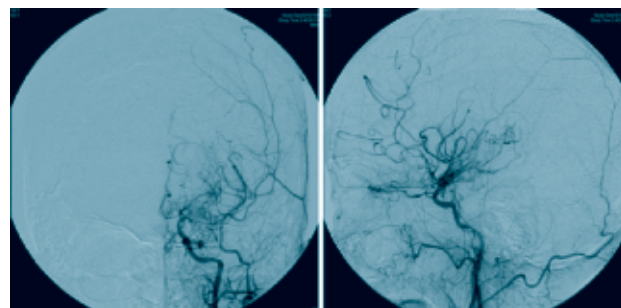


Figura 1 - Moyamoya

DISCUSSÃO

Dada a natureza crónica da isquemia cerebral e a evolução debilitante da DMM, vários procedimentos de revascularização cerebral têm sido propostos de modo a permitir um aumento do fluxo sanguíneo cerebral. É fundamental que o anestesiológista tenha o conhecimento adequado das implicações e possíveis complicações peri-operatórias.¹ Não obstante a escassa literatura, é consensual uma estratégia de neuroprotecção de um cérebro cronicamente isquémico, privilegiar a normocapnia - maximizando a perfusão cerebral; a normotermia; a normovolémia; o controlo estreito da tensão arterial e a agressiva correcção da anemia de modo a maximizar a entrega de oxigénio aos tecidos. A neuromonitorização multimodal permitiu neste doente otimizar

zar cada um desses parâmetros.

REFERÊNCIAS 1 - Journal of Clinical Neuroscience 18 (2011) 1709–1712 | 2 - Surgical Neurology 68 (2007) 421-424.

P064-G1598

AVALIAÇÃO DA IMPULSIVIDADE NUM MODELO ANIMAL DE EXPOSIÇÃO A QUETAMINA.



ANTÓNIO MELO^{1,2}; CLARA FERREIRA²; HUGO LEITE-ALMEIDA²; NUNO SOUSA²; JOSÉ MIGUEL PÉGO²

1 - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE; 2 - Instituto de Investigação em Ciências e Vida e Saúde, Universidade do Minho

INTRODUÇÃO

Os anestésicos gerais (AG) permitem a realização de procedimentos sem stress fisiológico ou psicológico, contudo a sua utilização tem vindo a ser relacionada com alterações comportamentais. Com o objetivo de caracterizar o efeito dos AG sobre a impulsividade avaliamos o comportamento de ratos no paradigma Variable Delay-to-Signal (VDS) após exposição anestésica.

METODOLOGIA

Foram utilizados 12 ratos Wistar han, machos, para o procedimento. O VDS foi realizado numa caixa de comportamento operante. A presença de uma luz num orifício sinaliza a permissão para a ação (colocar o nariz nessa abertura) que é recompensada com um grânulo de açúcar. O sinal é apresentado com intervalos de espera variáveis de 3, 6 e 12 segundos (s) distribuídos por 120 ensaios (Figura 1).

As respostas durante estes períodos são registadas com prematuras (RP). O teste é precedido por 10 sessões de aprendizagem com a apresentação da luz a 3s; neste caso as RP interrompem o teste e não há entrega de recompensa. Após o período de aprendizagem os animais foram divididos em 2 grupos: i) não submetidos a anestesia (CT) ou submetidos a anestesia intraperitoneal com quetamina (QT) (100mg/Kg para indução e 50 mg/Kg para manutenção) por um período de 3 horas durante 3 dias consecutivos; o VDS foi realizado 6 h após a última exposição. Foram avaliados o número absoluto de RP, de RP por minuto e os tempos de latência para RP e para recolher o grânulo. Todos os procedimentos foram aprovados pela direção geral de veterinária e de acordo com as norma da diretiva 2010/63/EU.

RESULTADOS

Os dados são apresentados sob a forma de média + erro padrão e a análise utilizando 2-way ANOVA seguido por teste post-hoc. No nosso trabalho não foram observadas diferenças entre os grupo QT e CT nas RP absolutas (F(1,40)=0,36) ou corrigidas para o tempo (F(1,40)=0,74). No entanto, analisando o 1º segundo há um efeito da exposição a QT (F(1,40)=5,79 p=0,0208), com diminuição de RP quando o intervalo de espera regressa aos 3s nos animais anestesiados (p<0,01) (Figura 2). Não foram encontramos diferenças na latências de resposta (F(6,20)=0,09) para alimentação (F(6,20)=1,35).

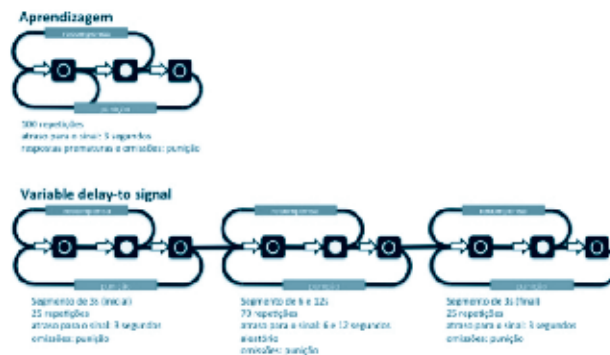


Figura 1

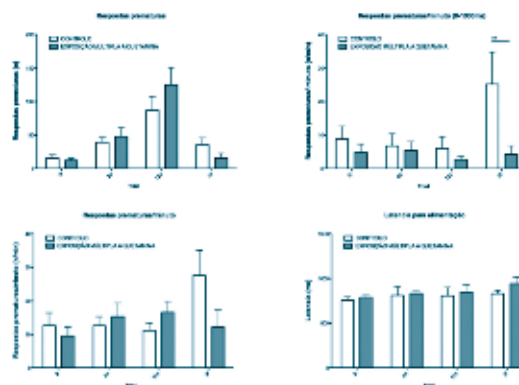


Figura 2

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

De acordo com os resultados, a exposição múltipla a QT induz uma diminuição do número de RP no período 3f; este parâmetro está associado com a tolerância à espera¹. No entanto, a exposição à QT não influencia a impulsividade de resposta (3i; 0-1000 ms) mais associada com a capacidade de frenar uma acção. Importante, em particular no primeiro caso, o fenótipo não está relacionado com a motivação dos animais já que estes mantêm latências para a recompensa muito próximas das dos controlos. Em estudos anteriores do grupo¹, a exposição aguda a um antagonista NMDA (MK-801) como a QT, está associada a um fenótipo hiper-impulsivo, sugerindo que a dose e o regime de administração desempenham um papel importante no *outcome*.

REFERÊNCIAS 1. Frontiers in Behavioral Neuroscience. 2013; 7: 154

P065-G1639

CRANIOTOMIA EM PACIENTE ACORDADO: QUAIS OS BENEFÍCIOS DA ANESTESIA GERAL COMBINADA



JOANA AMARAL¹; ANTÓNIO PEREZ²; JOANA CARVALHO²; CATARINA VIEGAS²

1 - Hospital Espírito Santo, EPE Évora; 2 - Hospital Garcia de Orta, EPE

INTRODUÇÃO

A craniotomia com o doente acordado tem vindo a ser adotada para a remoção de tumores localizados ou adjacentes a áreas eloquentes do cérebro. É necessária a participação ativa do doente de modo a facilitar o mapeamento da lesão e, assim, a sua localização exata para uma ressecção mais precisa, minimizando o risco de lesão neurológica.^{1,2} O seu grande desafio anestésico é garantir uma cirurgia segura, mantendo o doente acordado, calmo e cooperante, através de sedação e analgesia adequadas, com controlo respiratório e hemodinâmico, para que interaja com os testes neurológicos durante o mapeamento e ressecção do tumor.¹ Estudos recentes revelam que o bloqueio dos nervos periféricos do escalpe (BNPE) é eficaz na redução da resposta hemodinâmica associada à aplicação dos pinos cirúrgicos e à dor da incisão.²

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo em 13 doentes submetidos a craniotomia, entre julho de 2011 e janeiro de 2014. 9 doentes ASA 1 e 4 doentes ASA 2 (obesidade e tabagismo). Pré-operatório: avaliação e preparação psicológica dos doentes. Intra-operatório: Fase 1- anestesia endovenosa com target controlled infusion (TCI) e colocação de máscara laríngea; Fase 2- BNPE (supraorbitário, supratroclear, occipital maior, occipital menor, auriculotemporal e temporozigomático) e infiltração cutânea do local de inserção dos pinos, seguida de craniotomia com infiltração da dura-máter; Fase 3- o doente é acordado e removida a máscara laríngea para mapeamento e ressecção tumoral; Fase 4- indução e manutenção com TCI e colocação de máscara laríngea para encerramento da dura-máter.

RESULTADOS

A idade dos doentes variou entre 21 e 56 anos. Fez-se ressecção parcial em 38%, total e subtotal em 31% para cada uma. Complicações: convulsões no intra e pós-operatório imediato (2 e 1 doente, respetivamente) que resolveram com irrigação do cérebro com soro frio e benzodiazepinas; shivering (2 doentes) que reverteu com clonidina; dor por posicionamento prolongado (2 doentes), aliviou-se com analgesia; conversão para anestesia geral por convulsões recorrentes (1 doente); défices neurológicos de novo (8 doentes), 6 dos quais alterações da linguagem transitórias e 2 hemiparesia permanente.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Os resultados apresentados são concordantes com os existentes na literatura¹, demonstrando que a craniotomia com o doente acordado permite uma maior ressecção do tumor com menos défices neurológicos, o que se reflete numa melhor qualidade de vida e aumento da sobrevida a longo prazo. A anestesia regional revelou-se fundamental na estabilidade hemodinâmica dos doentes, contribuindo para o sucesso da cirurgia. A sua eficácia tem vindo a ser provada na redução da dor aguda e crónica, de forma equivalente à morfina, com menos efeitos adversos.² Com base nestes benefícios e na sua curva de aprendizagem rápida, sugerimos instituir o BNPE na prática clínica anestésica.

REFERÊNCIAS 1 Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2013; 60(5):264-274. 2 J Neurosurg Anesthesiol. 2010; 22:187-194.

PO66-G1645

TRÊS ANOS DE ANESTESIA PARA CIRURGIA DE EPILEPSIA

MIGUEL PAIVA¹; LUIS CONCEIÇÃO¹; JOÃO FONSECA¹; MARTA AZENHA¹; CLAUDIA ALVES¹; ROSÁRIO ÓRFÃO¹



1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Serviço de Anestesiologia

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas assistiu-se a uma crescente utilização da abordagem cirúrgica para o tratamento da epilepsia refratária à terapêutica farmacológica. A evolução das técnicas anestésico-cirúrgicas tem contribuído para melhores resultados, bem como para a diminuição da incidência de complicações pós-operatórias, tais como: isquemia cerebral, hematoma cerebral, edema cerebral, infeção e morte.¹ O objetivo deste estudo é caracterizar a população de doentes submetidos a cirurgia de epilepsia e avaliar a incidência de complicações pós-operatórias.

METODOLOGIA

Análise retrospectiva dos doentes submetidos a cirurgia de epilepsia entre 1/1/2011 e 31/12/2013 no nosso hospital. Dados colhidos através do registo dos códigos-diagnóstico ICD-9-CM para epilepsia, dos episódios de urgência, processos clínicos e relatórios de alta hospitalar. Tratamento e análise dos dados por estatística descritiva.

RESULTADOS

No período de tempo estudado, 57 doentes foram submetidos a cirurgia de epilepsia (25 - masculino e 32 - feminino), idade média 38 ±12,1 anos, classificação ASA II em 44 doentes e ASA III em 13. Esclerose mesial (24), Ganglioglioma (10) e Displasia pré-central (8) foram as causas mais frequentes de epilepsia refratária (74%). Os procedimentos efetuados foram: Amigdalotomia (25), Lesionectomia (16), excisão de displasia (3), excisão de displasia com mapeamento funcional (2) e colocação de estimulador vagal (11). 55 doentes foram submetidos a TIVA, dos quais 44 com superficialização para eletrocorticografia e 2 a sedo-analgésia (técnica *asleep-awake-asleep*). O tempo médio de permanência na UCPA foi de 6 horas e o tempo de internamento hospitalar foi 7,2 ±4,6 dias. Ocorreram complicações em 18 (31,6%) doentes: hematoma cerebral (3), crise convulsiva (8), alteração do estado de consciência não relacionada com atividade convulsiva (4), disfagia e disfonia (2), hipoacusia e aumento de quadrantanópsia (1). Não se registou nenhum óbito e todos os doentes tiveram alta hospitalar sem sequelas.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A incidência de complicações neste tipo de procedimento foi de 31,6%, encontrando-se de acordo com os valores descritos na literatura.¹ A maioria das complicações teve um carácter benigno e autolimitado. Apenas dois doentes foram reintervencionados (drenagem de hematoma cerebral). A baixa incidência de complicações graves poderá ser justificada pela seleção/accompanhamento criteriosos dos doentes por uma equipa multidisciplinar e existência protocolos anestésico- cirúrgicos na nossa instituição.

REFERÊNCIAS 1. Epilep 2013; 54 (5): 840-847

P067-H1528

TOXICIDADE SISTÊMICA POR ANESTÉSICO LOCAL EM DOENTE PEDIÁTRICO CASO CLÍNICO



DINIS COSTA¹; SARA CARNEIRO¹; MARTA GONÇALVES¹; SANDRA CALDAS¹; MIGUEL MARQUES¹; MARIA JOSÉ PEREIRA¹

1 - Hospital de Braga

INTRODUÇÃO

A toxicidade sistémica por anestésico local (AL) é uma complicação rara, mas potencialmente fatal tendo como principais causas a injeção intravascular ou subaracnoideia inadvertidas, sobredosagem e absorção sistémica¹.

Embora as manifestações clínicas se correlacionem com a concentração do AL no plasma, existem situações graves, cujos sinais e sintomas surgem de forma inespecífica e/ou tardiamente, sendo a mais temida a PCR.

O objetivo da apresentação é dar ênfase aos sinais e sintomas desta complicação rara e ao modo de atuação perante estes casos.

CASO CLÍNICO

Rapaz, 12 anos, 45 Kg, ASA I foi proposto para correção cirúrgica de pectus excavatum via toracoscópica. Foi realizada anestesia combinada (anestesia geral balanceada e bloqueio epidural torácico – T8-T9), sem intercorrências. No per- operatório foram administrados dois bólus de 6 e 4 ml de ropivacaina a 3,75mg/ml.

No pós-operatório imediato foi extubado e levado para a Unidade de Cuidados Intermédios de Pediatria (UCIPed), consciente, sem dores sob perfusão epidural de ropivacaina a 3,75mg/ml (6ml/h). Após 18h, apresentou alteração súbita do estado de consciência e apneia, situação revertida com insuflador manual e O₂. Seguiu-se um estado de desorientação, alucinações, nistagmo, alterações visuais, hipersudorese, vômitos e hipertensão arterial sustentada. O quadro reverteu gradualmente após suspensão da perfusão epidural. Pedida observação por Anestesiologia que verificou que o cateter estava intravascular. Foi ativado o Protocolo de Toxicidade a AL do hospital – foi deslocada a mala do protocolo para a UCIPed e feitos os cálculos das doses da emulsão lipídica. Após discussão de riscos/benefícios e a situação clínica se encontrava em reversão, foi decidido protelar a infusão. Após 12h sem novos episódios, foi desativado o protocolo.

Teve alta para o internamento ao D3 e hospitalar ao D7 de pós-operatório.

DISCUSSÃO

Perante uma complicação grave da administração epidural de AL é fundamental o seu reconhecimento precoce para uma atuação imediata que implica a interrupção da administração do AL, o pedido de ajuda e as medidas de suporte básico/avançado de

vida. O tratamento específico inclui a emulsão lipídica intravenosa (Intralipid® 20%) em que os seus efeitos laterais, pancreatite aguda e a embolia, devem ser vigiados.²

Neste caso houve o reconhecimento precoce da intoxicação e iniciadas de imediato medidas de suporte, não tendo sido necessária perfusão de emulsão lipídica. O facto de ter decorrido numa Unidade, sem anestesistas e não familiarizada com estas ocorrências, demonstrou a utilidade da existência de um protocolo e de uma mala com todo o material e informação necessários.

A toxicidade sistémica por AL deve ser notificada ao doente, registada no seu processo clínico e inserida nas bases de dados internacionais, estando estes registos a cargo do médico que assumiu o tratamento.

REFERÊNCIAS 1 Reg Anesth Pain Med 2010;35:152-161;2) SAJAA 2009;15(5):20-28

P068-H1579

SUBDURAL ANALGESIA - IS THERE A ROLE FOR THAT KIND OF ANALGESIA?



CLAUDIA BEZERRA¹; ANGELA SANTOS²; NEUSA LAGES²; CARLOS CORREIA²; ISABEL BELGA¹; ISABEL PITA¹

1 - Hospital Espírito Santo de Évora; 2 - Centro Hospitalar Alto Ave

INTRODUÇÃO

When performing an epidural block there are four possible sites into which an epidural needle or catheter may be unintentionally placed: intravascular, subarachnoid, subdural and intradural. Subdural injections are well documented in radiologic literature for many years, but remain a less well recognized complication of neuroaxial anaesthesia¹.

CASO CLÍNICO

We performed a thoracic epidural block for analgesia after traumatic multiple rib fractures. A test dose was given after negative aspiration and was administered 5 ml of ropivacaine 0.2% and then started an infusion of ropivacaine 0.2% at 5 ml/h. Twenty minutes after, the patient presented symptoms of high sensory block, with no evidence of motor weakness. Catheter position was radiologically confirmed by a thoracic x-ray, which showed a contrast spread compatible with a subdural catheter placement. The catheter was left in the subdural space and the infusion was changed to ropivacaine to 0.1% at 2 ml/h and the patient remained hemodynamically stable, maintaining controlled pain, with no need for supplemental analgesia, and without any sedative effects or respiratory depression, during the 48 h in which the infusion was kept.

DISCUSSÃO

Although a number of case reports of accidental subdural in-

jection have been published, the incidence of this complication after epidural is usually considered low. There is evidence to support the use of inadvertently inserted subdural catheters to provide continued analgesia, since the attempt of an additional epidural placement may be unsuccessful and the subdural placement may recur⁶.

In our case, the administration of ropivacaine 0.2% at 5 ml/h resulted in hypotension, bradycardia and a high sensory level. But when the infusion was changed to ropivacaine 0.1% at 2 ml/h, no hemodynamic instability was detected, maintaining success in pain control, with no need for supplemental analgesia, and without any sedative effects or respiratory depression, during the 48 h in which the infusion was kept. However, the anaesthetist must be aware of possible complications.

It's necessary a high suspicious level for the occurrence of this complication, since the test dose, routinely administered misses the subdural placement position, and its early detection can prevent severe complications³.

REFERÊNCIAS 1. International Journal of Obstetric Anesthesia 2009; 19(2):133-41 | 2. Anaesthesia and Intensive Care 2010; 38(1):20-6 | 3. Regional Anesthesia and Pain Medicine 2004; 29(1):45-51

P069-H1586

BLOQUEIO SUBARACNOIDEU CONTÍNUO PARA CIRURGIA URGENTE EM DOENTE COM PATOLOGIA CARDIORRESPIRATÓRIA GRAVE



PEDRO REIS¹; FERNANDO CAMACHO²; FILOMENA FARINHA¹

1 - Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar de São João, EPE

INTRODUÇÃO

O Bloqueio Subaracnoideu Contínuo é uma técnica com vantagens relativamente ao bloqueio epidural e ao bloqueio subaracnoideu convencional "single shot". Permite a titulação do anestésico local, a possibilidade da utilização de doses menores e uma maior margem de segurança no controlo do nível do bloqueio e da sua duração. Está indicado em doentes que beneficiam de um bloqueio do neuro-eixo pela patologia respiratória e/ou cardiovascular associadas, com a vantagem de permitir estabilidade hemodinâmica e sem agravamento da doença pulmonar de base.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, 73 anos, ASA IV, 49 kg, 166 cm, proposto para cirurgia urgente de reparação de hérnia incisional infra-umbilical. Antecedentes pessoais de estenose aórtica severa e hipertensão arterial. Internado na Medicina Interna há 3 dias por pneumonia complicada com derrame pleural. À chegada ao bloco de urgência apresentava-se com mau estado geral, dificuldade respiratória e caquexia. Após colocação de monitorização standard da ASA, o doente foi sedado com 1 mg de Mida-

zolam e posicionou-se em decúbito lateral direito. Procedeu-se ao bloqueio subaracnoideu contínuo com *spinocath* 27/22 a nível de L2-L3 por via mediana. Foi administrado 0,5 ml de Levobupivacaína 0,5% com obtenção de bloqueio até ao dermatomo T10. Durante a cirurgia houve necessidade de 2 bólus adicionais de 0,5 ml de Levobupivacaína com intervalo de 25 min. O doente manteve-se hemodinamicamente estável e sem queixas durante o procedimento que teve uma duração de aproximadamente 75 min. Fez 4 mg de Ondasetron EV para profilaxia de náuseas e vômitos pós-operatórios. Para analgesia administrou-se 1g de Paracetamol EV e 0,1 mg de Morfina intratecal. Permaneceu no recobro durante 2h sem intercorrências, tendo retirado o cateter após este período sem complicações.

DISCUSSÃO

A estenose aórtica severa poderia contraindicar um bloqueio subaracnoideu "single shot", pela instabilidade hemodinâmica que muitas vezes implica. Com a infeção pulmonar que o doente apresentava seria benéfico evitar a Anestesia Geral pelo risco de agravamento respiratório e possível aumento da morbimortalidade associada. Como esta técnica foi possível anestésiar o doente e permitir a cirurgia sem alterações hemodinâmicas e sem necessidade de apoio ventilatório.

REFERÊNCIAS Ann Fr Anesth Reanim 2006;25(5):528-531 | Eur J Anaesthesiology 2000;17(4):239-47

P070-H1595

BLOOD PATCH EPIDURAL – FOLLOW-UP DE 3 ANOS



LUÍS CONCEIÇÃO¹; SOFIA MARQUES¹; MARTA AZENHA¹; PIEDADE GOMES²; JOANA CARVALHAS¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

A cefaleia pós-punção da dura (CPPD) é uma das complicações mais frequentes do bloqueio do neuroeixo (BNE). A população obstétrica constitui um grupo de risco, na qual a incidência de CPPD atinge cerca de 80% após punção acidental da dura-mater¹. Apesar das várias terapêuticas conservadoras disponíveis, o *blood patch* epidural (BPE) continua a ser o tratamento gold-standard.

Este estudo tem como objectivo caracterizar a população obstétrica submetida a BPE, analisar o intervalo de tempo decorrido entre a instalação dos sintomas e a execução do BPE e o volume de sangue utilizado; avaliar a eficácia da terapêutica e o grau de satisfação com esta técnica e disponibilidade para efectuar novamente BNE.

METODOLOGIA

Estudo observacional retrospectivo de 1 de Janeiro de 2011 a 31 de Dezembro de 2013. Consulta dos processos clínicos das puérperas submetidas a BPE e entrevista telefónica estruturada

composta por 6 questões fechadas. Análise estatística descritiva dos dados.

RESULTADOS

Durante o período de tempo estudado, 14 puérperas foram submetidas a BPE por CPPD refractária a terapêuticas conservadoras. Em 4 casos houve perfuração intencional da dura-mater e nos restantes ocorreu perfuração acidental durante pesquisa do espaço epidural. O tempo decorrido entre o início da sintomatologia e o BPE foi $3,75 \pm 3,49$ dias (mín 2 dias; máx 17 dias). Verificámos eficácia de 100%, sem necessidade de repetição do BPE e sem referência a complicações. O volume de sangue administrado foi $13,21 \pm 2,99$ mL (mín 8mL; máx 20mL). Quanto à satisfação após BPE, numa escala de 1 (muito insatisfeita) a 5 (muito satisfeita), 78,6% das respostas corresponde ao nível 5. Quando questionadas se aceitariam realizar BNE para analgesia de trabalho de parto em gravidezes futuras, 35,7% respondeu afirmativamente.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O nosso estudo revelou que o BPE é uma técnica segura, proporcionando elevado grau de satisfação. A média do tempo decorrido entre o início da sintomatologia e o BPE foi elevado, comparado com a literatura², embora se deva sobretudo a 2 casos em que o BPE foi realizado ao 7º e 17º dias. Só 35,71% das mulheres aceitaria realizar novamente BNE, o que provavelmente reflecte a intensidade e o carácter incapacitante da CPPD. No estudo efetuado, houve discrepância nos volumes de sangue administrados durante a execução do BPE. Embora a metodologia empregue pelos diferentes anestesiológicos seja a mesma, este facto deve-se à falta de evidência científica quanto ao volume ideal a administrar. O nosso análise evidencia a necessidade de rever o protocolo existente na nossa maternidade, nomeadamente quanto ao timing de realização do BPE e na obrigatoriedade do *follow-up* telefónico.

CASO CLÍNICO

Homem de 68 anos, ASA III, com doença arterial periférica, hipertensão arterial, PICD, doença cerebrovascular (hemiparesia direita sequelar a acidente vascular cerebral), mielopatia espondilótica cervical operada (microdissectomia C3-C4 e artrodesse com cage), tabagismo. Proposto para bypass ilio-popliteo supra-articular esquerdo com prótese e colocação de stent ilíaco bilateral. Apresentava tetraparesia discreta mais acentuada à direita, hipostesia no hemicorpo direito, hiperalgia em péua distalmente aos joelhos e parestesias em ambas as mãos. Foi realizado BNE por técnica sequencial, em L2-L3, e administrados 5mg de levobupivacaína (5mg/ml) e 0,002mg de sufentanil (0,005mg/ml) via subaracnoideia. Após 2h30 de bloqueio, foram administrados 6ml de ropivacaína (3,75mg/ml) pelo cateter epidural, tendo a cirurgia terminado 1h15 depois. Não houve alterações no estado neurológico do doente, nomeadamente bloqueio motor ou qualquer outra intercorrência. O cateter epidural foi retirado às 24h pós-operatórias.

DISCUSSÃO

A PICD é uma polineuropatia predominantemente motora de etiologia desconhecida. Na anestesia geral, o uso de relaxantes musculares pode resultar em bloqueio prolongado, e não há experiência com o uso de sugamadex.¹ No bloqueio subaracnoideu há casos descritos de aumento do tempo de recuperação da função motora.¹ Em relação ao bloqueio epidural, a evidência em doentes com polineuropatias desmielinizantes agudas (tal como o Síndrome de Guillain-Barré) sugere a utilização de doses mais baixas de anestésico local epidural.³ Existe ainda a hipótese de agravamento dos sintomas após um estímulo imunológico.^{1,3} Optámos pelo BNE, por permitir cuidadosa titulação dos fármacos, o que evitou a abordagem duma via aérea provavelmente difícil e minimizou o bloqueio motor. Não encontramos na literatura referência prévia à utilização desta técnica.

REFERÊNCIAS 1. J Anesth. 2012;26(2):280-2. | 2. Reg Anesth Pain Med. 2002;27(2):217-9. | 3. Anesth Analg. 2004;98:825-7.

P071-H1614

POLINEUROPATIA INFLAMATÓRIA CRÓNICA DESMIELINIZANTE E ANESTESIA LOCO-REGIONAL CASO CLÍNICO



INÉS VALDOLEIROS¹; CLÁUDIA PIMENTA¹; GRAÇA AFONSO¹

1 - Centro Hospitalar São João

INTRODUÇÃO

A polineuropatia inflamatória crónica desmielinizante (PICD) é uma entidade cuja evidência científica acerca da abordagem anestésica é escassa.^{1,2} Apresentamos um caso clínico com bloqueio combinado do neuroeixo (BNE) em que se salienta a importância do exame neurológico prévio e o sucesso da técnica apesar da baixa dose de anestésico local utilizada.

P072-H1681

ACUPUNCTURE AS AN EFFECTIVE RESCUE THERAPY FOR INTRAOPERATIVE NAUSEA AND VOMITING



NUNO LOSA¹; INES CARRAPATOSO¹; VANESSA COVAS¹; CARMEN OLIVEIRA¹

1 - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho EPE

INTRODUÇÃO

Nausea and vomiting are distressing symptoms that may be experienced during surgery under regional anaesthesia and may also occur in the period following the procedure¹. Acupuncture can be used for treatment and prophylaxis of postoperative and intraoperative nausea and vomiting² (IONV). We describe a case

where acupuncture was an effective rescue therapy for untreatable intraoperative nausea and vomiting.

CASO CLÍNICO

A 78 year old, woman, ASA III was admitted for elective left femoralpopliteal bypass surgery. The procedure was performed under a subarachnoid block, using hyperbaric bupivacaine 12 mg and morphine 400 µg, via a 25-gauge Quincke needle. Twenty minutes after spinal anesthesia had been achieved the patient complained of severe nausea and vomiting, without hemodynamic instability and was treated with ondansetron 4mg with slight improvement. Thirty minutes after the initial treatment, she was administered 0.625mg of droperidol, 4 mg of dexametasone and 20 mg propofol due to recurrence of severe vomiting, without any benefit. Needle stimulation acupuncture at the P6, auricular spleen, stomach and shenmen acupoints was implemented by a qualified acupuncture practitioner. The patient immediately improved and five minutes later she had no more complaints of nausea and vomiting. At the end of surgery the auricular needles were replaced by spheres at the above mentioned acupoints to promote long lasting antiemetic effect. The patient was transferred to post anesthesia care unit where she remained for 72 h without any symptoms.

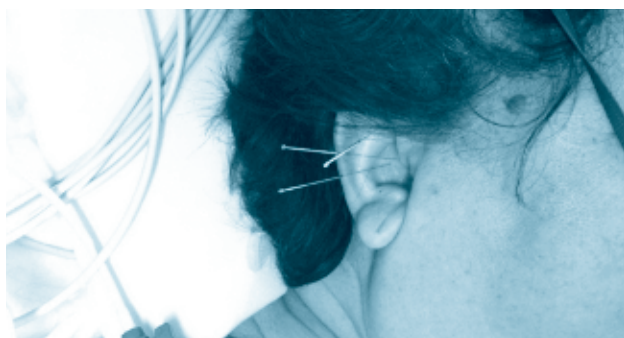


Figura 1

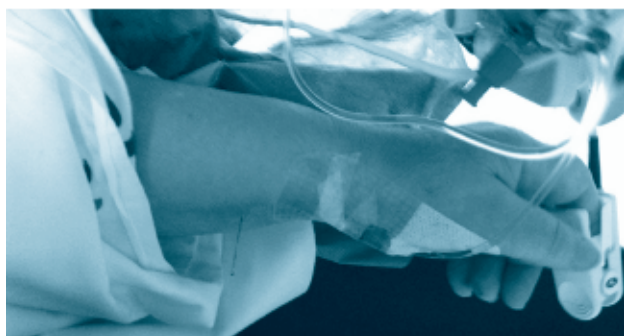


Figura 2

DISCUSSÃO

The reported incidence of IONV associated with spinal anesthesia varies widely (18% intraoperative rate of nausea and 7% vomiting)¹. Major causes of IONV such as hypotension, metabolic and hydroelectrolytic changes were excluded before antiemetic treatment administration. High dose of intrathecal morphine was the most probable cause of vomiting, without other symptoms of opioid side effects. Acupuncture was considered a safe and suitable alternative to naloxone and, in this case, a very successful therapy. Acupuncture may be effective and safe as a rescue therapy, and should be considered if experienced practitioners are present. Lower doses of intrathecal opioid may be suited for

peripheral vascular procedures with a lower incidence of complications. To our knowledge there are no case reports describing effectiveness of acupuncture as a rescue therapy for severe IONV unmanageable by conventional antiemetics during regional anesthesia

REFERÊNCIAS 1 Borgeat, Alain et al. Postoperative Nausea and Vomiting in Regional Anesthesia: A Review *Anesthesiology*: February 2003 Volume 98 - Issue 2 - pp 530-547 | 2 Lee A, Fan et al. Stimulation of the wrist acupuncture point P6 for preventing postoperative nausea and vomiting. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Apr 15;(2) *Anestesia Regional (Regional Anaesthesia) / Caso Clínico*

P073-H1689

PRIAPISMO E BLOQUEIO SUBARACNOIDEU: IMPLICAÇÕES E ABORDAGEM TERAPÊUTICA NA CIRURGIA TRANSURETRAL



RITA LOUREIRO¹; CAROLINA SANTOS¹; ANA LEITE SILVA¹

1 - Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE – Hospital Pedro Hispano

INTRODUÇÃO

O priapismo é uma complicação pouco comum após a realização de anestesia do neuroeixo, tendo uma frequência de cerca de 0,1% após anestesia epidural^{1,2}. Esta pode ser uma situação clínica problemática, na medida em que implica o atraso ou o cancelamento do procedimento urológico, tanto pela dificuldade na realização de cirurgia transuretral, como pelo risco de disfunção erétil do doente caso não seja resolvida atempadamente.

CASO CLÍNICO

Doente de 68 anos, sexo masculino, com hiperplasia benigna da próstata, proposto para ressecção transuretral da próstata sob bloqueio subaracnoideu. Trinta minutos após o bloqueio, o doente foi posicionado em litotímia e desenvolveu uma ereção peniana, impossibilitando a passagem do uretroscópio. Foram administrados 100 µg de fenilefrina via intracavernosa, verificando-se detumescência gradual após alguns minutos. Foi decidido prosseguir com a cirurgia, que decorreu sem registo de outras intercorrências.

DISCUSSÃO

A etiologia do priapismo é frequentemente idiopática, podendo estar também associada a várias condições médicas e agentes farmacológicos². O mecanismo proposto para a ereção peniana sob anestesia do neuroeixo é reflexogénico, podendo ser nalguns casos reflexogénico e psicogénico¹. Apesar da sua fisiopatologia não ser bem compreendida, considera-se que ocorra devido a uma desregulação entre o sistema nervoso simpático e parassimpático³. Vários estudos sugerem que a detumescência é mediada por estimulação adrenérgica, resultando num aumento

da drenagem sanguínea. São várias as abordagens terapêuticas existentes para a sua resolução^{1,2,3}. Contudo, a melhor abordagem consiste no uso de injeções intracavernosas de agonistas alfa-adrenérgicos, tendo sido descrita como uma técnica segura, reprodutível e sustentada¹. É importante ter consciência da possibilidade de ocorrência deste fenómeno no intra-operatório de forma a instituir um tratamento eficaz e de forma a minimizar as suas nocivas consequências, garantindo assim o melhor cuidado ao doente.

REFERÊNCIAS 1. Anaesth Pain & Intensive Care 2012;16(1):47-50 | 2. J Androl 2006;27(3):376-80 | 3 Indian J Anaesth 2010;54(6):576-7

P074-H1693

ANESTESIA REGIONAL PARA FRATURA DA CLAVÍCULA: A DÚVIDA PERSISTE.



SARA MOTA¹; CELINE FERREIRA¹; MARGARIDA PEREIRA¹; MAGDA BENTO¹; ANA RIBEIRO¹; JOANA JESUS¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

Segundo as diversas referencias bibliográficas a inervação da clavícula deriva ou do plexo cervical (nervos supraclaviculares), ou do plexo braquial (nervos subclávio, longo torácico, supraescapular) ou dos dois plexos em simultâneo. Esta indefinição anatómica traduz-se num dilema de opção entre o bloqueio do plexo cervical ou do plexo braquial, em situações de fratura da clavícula. Na literatura, e para este tipo de cirurgia, encontram-se referências ao bloqueio do plexo cervical superficial (BPCS), ao BPCS e profundo (BPCP), ao bloqueio do plexo braquial via interescalénica (BPBI) e ainda ao BPBI e BPCS. Os diversos autores fundamentam-se nas diversas referências anatómicas de inervação sensitiva da clavícula. No século XXI, falham definições anatómicas capazes de suportarem uma técnica de anestesia regional em cirurgia da clavícula¹.

CASO CLÍNICO

Mulher, 87 anos, ASA III, proposta para fixação aberta de fratura do terço médio da clavícula. Antecedentes pessoais: HTA, insuficiência cardíaca congestiva, dislipidémia, enfisema pulmonar e insuficiência venosa. METZ < 4. Do estudo pré-operatório, a realçar: padrão enfisematoso na radiografia do tórax, e sinais de isquémia anterior no electrocardiograma. Ao exame objetivo, a realçar: IMC < 18. Após administração de 50µg de fentanil, foram realizados BPBI ecoguiado e BPCS com injeção de um total de 100mg de ropivacaína 0,5%. A cirurgia terminou ao fim de 1h25 e o pós-operatório decorreu sem intercorrências de relevo.

DISCUSSÃO

O benefício-risco ponderado relativamente à patologia cardio-respiratória da doente favoreceu a escolha de uma técnica de anestesia regional em detrimento de uma anestesia geral com

ventilação mecânica, pese embora o facto de se correr o risco de bloqueio frénico e hemiparésia diafragmática temporária. A realização do bloqueio interescalénico de forma isolada e guiado por ecografia, com administração de um volume baixo de anestésico local poderia poupar o bloqueio da raiz de C4 que, a este nível, se encontra na face anterior do escaleno anterior. No entanto, dada a possibilidade de a inervação da clavícula, ou de parte dela, ser da responsabilidade dos nervos supraclaviculares (ramos do plexo cervical), optou-se pelo bloqueio simultâneo do plexo cervical superficial. Embora no caso descrito se tenha conseguido uma anestesia cirúrgica sem incidentes, desconhecemos se teríamos o mesmo sucesso bloqueando um só deste plexos.

Está ainda por definir a técnica de anestesia regional mais adequada para cirurgia de fratura da clavícula. A realização ecoguiada do BPBI ou do BPCS permite-nos ser rigorosos e precisos na administração perineural de anestésico local, diminuindo a possibilidade de bloqueio simultâneo dos dois plexos e evitando deste modo as complicações associadas ao bloqueio do outro plexo.

REFERÊNCIAS 1. RAPM 2013; 38:539-543

P075-H1717

QUANDO O ERRO OCORRE POR VIA EPIDURAL – A PROPOSIÇÃO DE UM CASO CLÍNICO



RITA BORGES¹; DANIEL FERNANDO BARRETO MADEIRA¹; MIGUEL PAIVA¹; JOANA CORTESÃO¹; GRAÇA COUCEIRO¹; TERESA MORGADO¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

A administração errónea de fármacos no espaço epidural poderá originar graves sequelas neurológicas⁽¹⁾. A literatura reporta que a troca de seringas, erros na sua identificação e falhas no reconhecimento dos cateteres epidural e endovenoso foram as principais causas de erro.²

O caso clínico apresentado relata a injeção acidental de efedrina no espaço epidural numa parturiente.

CASO CLÍNICO

Primípara, 30 anos, 52 kg, 162 cm, ASA I, a quem foi colocado cateter epidural para analgesia aos 4 cm de dilatação. À admissão TA 115/55 mm Hg, FC 95 bpm, apirética. Por suspeita de sofrimento fetal optou-se por cesariana e acidentalmente, por troca de seringas, foram administrados 40 mg (8ml) de efedrina via epidural. O erro foi imediatamente reconhecido. A parturiente não apresentou fraqueza muscular, dor lombar, cefaleias ou desconforto, tendo-se optado por anestesia via epidural com 6 ml de ropivacaína 0,75%. Bloqueio sensitivo ao nível T6 no início da cesariana. Intra-operatório: TA 115-125/55-70 mm Hg e aumento da FC, 115-125 bpm. Criança nasceu com Apgar 9-10, ao 1º e 5º minuto respetivamente. Foi decidido retirar o cateter epidural no pós-operatório imediato e instituído DIB 48h de duração. Retorno

de sensibilidade e função motora completas ao final de 3 horas. A parturiente foi informada do acidente e explicadas as possíveis complicações. Vigada pela Anestesiologia nas primeiras 48h, e telefonicamente ao 7º dia, sem intercorrências a registar.

DISCUSSÃO

Efedrina é comumente utilizada via epidural como dose de teste (12,5 mcg) para deteção de injeção intravascular em grávidas. Os seus efeitos (dose dependentes), com ou sem a administração de anestésicos locais, podem ser neurológicos e/ou hemodinâmicos. Pensa-se que ocorra uma diminuição de fluxo sanguíneo epidural com diminuição da irrigação de tecidos nervosos, e concomitantemente redução do uptake vascular com menor eliminação de anestésicos locais.^{1,3} Casos de cefaleias severas e lesões neurológicas isquémicas podem também ocorrer.^{2,3} Por estimulação α e β adrenérgica, a efedrina epidural em altas doses (35 mg) pode desencadear hipertensão, taquicardia e arritmias.^{1,3} No caso descrito apenas se observou taquicardia, sem necessidade de terapêutica.

Quando ocorrem acidentes na administração de fármacos é fundamental vigiar possíveis complicações, analisar a cadeia de eventos de que resultou o erro e sugerir recomendações que minimizem a sua recorrência e aumentem a segurança.

REFERÊNCIAS 1. J Clin Anesth. 2004; 16(1): 74-76. | 2. Acta Anaesth Belg. 2012; 63: 75-79. | 3. Int J Obst Anesth. 2004; 13(1): 58-59.

P076-H1732

BLOQUEIO TAP SUBCOSTAL CONTÍNUO BILATERAL COMO TÉCNICA ANESTÉSICA NO DOENTE CRÍTICO



JOANA FARIA¹; MARIA TARROSO¹; NEUSA LAGES²; CARLOS CORREIA²; ANA MARINHO²

1 - Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE;

2 - Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE

INTRODUÇÃO

O bloqueio do plano transversal abdominal (TAP) é reconhecido como técnica analgésica eficaz na cirurgia abdominal. Contudo, a sua utilização de forma isolada está pouco descrita e apresenta resultados contraditórios. O nosso grupo relata um caso em que o bloqueio TAP subcostal contínuo bilateral foi utilizado como principal técnica anestésica numa doente ASA 4, proposta para encerramento de laparostomia, internada na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), com desmame ventilatório difícil.

CASO CLÍNICO

Mulher, 77 anos de idade, 50 kg, ASA 4, submetida a laparotomia exploradora por quadro de choque séptico pós-gastrectomia subtotal e proposta para encerramento de laparostomia. Ante-

cedentes patológicos relevantes incluíam hipertensão arterial, insuficiência renal crónica e enfarte agudo do miocárdio. Internamento na UCI há 2 semanas com referência a desmame ventilatório difícil após a laparotomia. A prescrição incluía enoxaparina 40mg/dia, com a última dose administrada 8h antes. Na sala operatória, a doente estava consciente, com parâmetros vitais estáveis, em ventilação espontânea (peça em T) e com perfusão de noradrenalina. Pré-medicada com fentanil 50ug e midazolam 1mg. Realizado bloqueio TAP subcostal contínuo bilateral, guiado por ecografia, com 40ml de ropivacaína a 0,9%. Verificada perda de sensibilidade ao longo de T6-10. Sedação com sevoflurano 0,3 MAC. A doente permaneceu em ventilação espontânea durante a cirurgia que decorreu sem intercorrências, com duração de 105 minutos. Transporte para a UCI com VAS 0/10. Analgesia pós-operatória com perfusão contínua de ropivacaína a 0,2% (5 mL/h) em 72h, paracetamol e analgesia de resgate com PCA de morfina. Extubada ao 3º dia pós-operatório com VAS média 0/10 (repouso) e 2-3/10 (movimento), sem registo de bólus de opióide. Transferida para a enfermaria ao 4º dia pós-operatório.

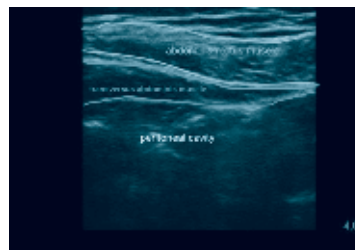


Figura 1 - tap sub costal

DISCUSSÃO

Os autores consideram que este é o primeiro bloqueio TAP subcostal contínuo bilateral utilizando uma técnica de injeção em dois pontos para anestesia e analgesia pós-operatória numa doente de UCI com desmame ventilatório difícil e comorbilidades graves, na qual a ventilação mecânica e relaxamento neuromuscular queriam ser evitados e a anestesia do neuroeixo estava contra-indicada. A sedação foi adicionada para ansiólise e evitar possíveis consequências da manipulação do peritônio. Uma analgesia eficaz revelou-se essencial para uma mecânica ventilatória favorável, relaxamento adequado da parede abdominal e extubação precoce.

REFERÊNCIAS Hebbard P. Anesth Analg 2008;106:674-5.

P077-I1599

ANESTHESIA VS LIVER. A SEVEN YEAR REVIEW ON PHARMACOLOGIC HEPATOTOXICITY CASES



ANDRÉ RATO¹; LÚCIA CORDEIRO¹; MARIA JOSÉ AREDE¹;

ISABEL GUEDES¹; JOSÉ PEDRO ASSUNÇÃO¹

1 - Anesthesiology Department, Centro Hospitalar Tondela Viseu

INTRODUÇÃO

Hepatotoxicity related to anesthesia drugs has been described for a long time. Unlike ancient anesthesia procedures, nowadays' practice seems to have very few liver toxicity events. The objective of this paper is to review a seven year period of in-hospital pharmacological hepatotoxicity, with special focus on those related with anesthesia administration.

METODOLOGIA

Pharmacological hepatotoxicity diagnosed cases from 2004 to 2010 were retrospectively reviewed and divided into two groups: those with surgical context and those without surgical context. Demographic data and drugs related to the diagnosis were collected and analyzed. Cases of toxicity related to anesthesia administration were individually evaluated, based on actual knowledge, in question of direct toxicity likelihood.

RESULTADOS

During the studied period, twenty-two patients were diagnosed with pharmacological hepatotoxicity. An average of three per year with the larger number occurring in 2010 (figure 1). Most of patients were females (68%) and non-surgical (86%), however, surgical cases seem to be linked with drugs used in anesthesia practice. There were found 3 cases of hepatotoxicity from 75.130 individuals submitted to surgery, which represents an incidence of 0,004%. Most cases' diagnosis were based on relationship with exposure to the drug, clinical symptoms and development of analytic disorders. Several pharmacological classes were identified on both groups as shown on table 1. All cases of hepatotoxicity were solved with drug' suspension and supportive measures. Surgical related cases were individually analyzed and each suspected drug risk of toxicity categorized (table 2).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

In a statistical universe of 75.130 surgical patients, only three had pharmacological hepatotoxicity diagnosis. Although the drugs involved are frequently used by anesthesiologists, there was no confirmed relationship between anesthesia administration and toxicity. Nevertheless, anesthesiologists should maintain awareness of that risk as it can be a cause of great morbidity or, rarely, mortality.

REFERÊNCIAS 1. Wells PG et al. Delayed Enhancement of Acetaminophen Hepatotoxicity by General Anesthesia Using Diethyl Ether or Halothane. *Toxicol. Sci.* (1986); 6 (2): 299-306 | 2. Oda Y et al. Involvement of human liver cytochrome P4502B6 in the metabolism of propofol. Blackwell Science Ltd *Br J Clin Pharmacol* (2001); 51, 281-5 | 3. Zimmerman HJ. Anesthetic agents in Hepatotoxicity: the adverse effects of drugs and other chemicals on the liver. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott, (1999) 457-82.

Tabela 1

Type of Case	Family of Substances	N	(%)
Surgical Cases	Antipsychotics Neuroleptics and Major Tranquilizers	1	4,55%
	Analgesics and Antipyretics	1	4,55%
	Benzodiazepines	1	4,55%
Non surgical Cases	Antilipemics and Anti-Atherosclerotic Drugs	3	13,64%
	Anti rheumatic drugs	2	9,09%
	Antineoplastic	2	9,09%
	Antituberculosis drugs	2	9,09%
	Antineoplásicos	2	9,09%
	Sulfonamides	1	4,55%
	Paraldehyde	1	4,55%
	Anticonvulsants	1	4,55%
	Major analgesics	1	4,55%
	Antiarrhythmic drugs	1	4,55%
	Antibiotics	1	4,55%
	Natural medical substances	1	4,55%
	Antimalarial drugs	1	4,55%

Tabela 2

Drugs used	Route	Cytochrome P450 & UGT	Subjective relative risk
Lorazepam (Lorazepam®)	PO	UGT 2B7	Elected benzodiazepine on chronic hepatic disease; Toxicity highly unlikely
Paracetamol (Ben-U-Ron®)	PO	CYP 2E1 e CYP 1A1	Recognized hepatotoxicity and dose-related
Alprazolam	IV	CYP 3A4 e CYP 3A5	Hepatotoxicity unlikely
Midazolam	IV	CYP 3A4	Hepatotoxicity unlikely
Fentanyl	IV	CYP 3A4	Inibidor da glicoproteína-P Hepatotoxicidade muito pouco provável
Propofol	IV	CYP 2B6 e CYP2C9 (?); UGT1A9	Hepatotoxicity seems to be dose-related
Paracetamol	IV	CYP 2E1 e CYP 1A1	Recognized hepatotoxicity and dose-related
Parecoxib	IV	CYP 3A4 e CYP 2C9	Inactive pro-drug: Transformation in Valdecoxib which has recognized hepatotoxicity
Tramadol	IV	CYP 2D6, CYP 3A4 e CYP 2B6	Hepatotoxicity highly unlikely

pena da situação se tornar irreversível ¹. Pretendemos com este relato clínico apresentar um conjunto de sinais sugestivos de hipertermia maligna (HM) que, na indisponibilidade de dantroleno, teve uma resposta favorável com verapamil.

CASO CLÍNICO

♂, 19 anos, ASA I, proposto para cirurgia ortognática. Sem antecedentes anestésicos e sem história familiar relevante. Efetuada indução anestésica com propofol e perfusão de remifentanil; intubação nasotraqueal sem recurso a relaxante muscular e manutenção com sevoflurano. 30' após indução constatou-se taquicardia e foi administrado propranolol 1mg ev. Aos 50' objetivou-se aumento crescente do etCO₂, mesmo após a exclusão de anomalia do circuito e ajuste dos parâmetros ventilatórios (etCO₂ máximo de 65mmHg). Concomitantemente verificou-se um aumento da temperatura axilar (máx. de 40,4°C) associada a rigidez muscular e descida da oximetria (SpO₂ de 84%). Foi solicitado dantroleno, suspenso o halogenado e iniciado arrefecimento com infusão de soros gelados. Por agravamento do quadro clínico e na indisponibilidade de dantroleno, foi administrado verapamil 5mg ev. Após 5' observou-se uma melhoria clínica, objetivada por uma melhoria ventilatória e consequente redução da etCO₂ para 45mmHg. Na gasometria, constatada hipercaliémia (K⁺ de 6,2mmol/L), acidémia metabólica (pH de 7,23) e hipercalcémia (Ca²⁺ 4,4mmol/L) que foram corrigidas. Após 25' depois de solicitado e 10' após a administração de verapamil foram entregues 4 frascos de dantroleno. Apesar da gravidade, o quadro evoluiu favoravelmente, permitindo a extubação no final da cirurgia. Por persistência de hipertermia, foi iniciada a infusão de 40mg de dantroleno com estreita monitorização electrocardiográfica e iônica. Foi transportado para a UCPA, tendo atingindo a normotermia ao fim de 4 horas. Às 72h do pós-operatório apresentou grave edema dos membros inferiores associado a rabdomiólise.(CK=12 700). Teve alta ao 7º dia, tendo sido pedido estudo genético.

Monitorização	Tempo	30'	40'	50'	60'	65'	70'	120'
FC (bpm)		110	120	112	118	114	118	100
etCO ₂ (mmHg)			40	65	60	65	45	
PaO ₂ (cmH ₂ O)			20	25	30	40	23	
SpO ₂			88	84	84	82	86	
Temp axilar (°C)				38,1	40	40,4	38	

DISCUSSÃO

Perante a associação dos sinais clínicos referidos suspeitámos de HM. Em circunstâncias excepcionais decidimos administrar verapamil. Existem estudos laboratoriais que sustentam esta nossa opção.² Não é de excluir que a melhoria clínica associada à sua administração não possa ser consequência de outras terapêuticas prévias. Contudo, a associação temporal e a existência, ainda que polémica, da sua eficácia em laboratório, leva-nos a acreditar ser este o primeiro relato clínico de melhoria dos sinais compatíveis com HM após a administração de verapamil.

REFERÊNCIAS 1 – Anesth Analg 2014;118:397-406 | 2. Anesthesiology 1991; 75:413-419

P079-I1724

VERAPAMIL EM SUSPEITA DE HIPERTERMIA MALIGNA CASO CLÍNICO



RAQUEL CABRAL¹; SARA MOTA¹; CATARINA DOURADO¹; ACÍLIO MARQUES¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

Taquicardia, hipercapnia, hipertermia e rigidez muscular são sinais bem conhecidos dos anestesistas. A ocorrência de cada um deles, per si, tem gravidade moderada desde que tratados adequadamente. Por outro lado, a ocorrência em simultâneo é de extrema gravidade e exige atitudes terapêuticas imediatas sob

PO80-J1547

CATETERES VENOSOS CENTRAIS COLOCADOS POR ANESTESIOLOGISTAS - COMPLICAÇÕES REGISTRADAS NUM ANO NUM HOSPITAL PEDIÁTRICO



FILIPE PINHEIRO¹; SILVIA NEVES¹; DORA OLIVEIRA¹;
GRAÇA PAIVA¹; ANA BERNARDINO¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

Os estudos publicados sobre a colocação de cateteres venosos centrais (CVC) são na sua maioria limitados a um único centro e envolvem pequenos grupos. Assim, a maioria do conhecimento neste domínio baseia-se na experiência empírica e depende de estudos realizados em populações adultas. Crianças pequenas, CVC colocados para hemodiálise, e uma equipa de Anestesiologistas com pouca experiência foram identificados como fatores de risco para complicações.¹ O objetivo deste estudo foi detetar as complicações associadas à colocação de CVC por Anestesiologistas, no período de um ano, num grande hospital pediátrico.

METODOLOGIA

Foram recolhidos retrospectivamente os dados sobre os CVC colocados por Anestesiologistas, como procedimento único, durante o ano 2012. Dados sobre CVC colocados para monitorização hemodinâmica durante outros procedimentos cirúrgicos não foram considerados para este estudo.

RESULTADOS

Durante o período do estudo foram colocados 65 CVC, todos sob anestesia geral. 53,8% dos doentes eram do sexo masculino. A distribuição etária foi a seguinte: 9,2% ≤ 1 ano, 49,2% > 1 e ≤ 5 anos e 41,9% > 5 e ≤ 18 anos. 16,9% dos doentes eram ASA 1, 46,2% ASA 2, 30,8% ASA 3 e 6,2% ASA 4. A indicação para a colocação de CVC foi: 64,6% para a realização de quimioterapia (neoplasias hematológicas em 33,8%), 12,3% para administração de antibióticos intravenosos por um longo período de tempo e, 23,1% por outros motivos (nutrição parenteral e acessos venosos difíceis os mais relevantes). Registaram-se 4 complicações precoces, 2 cateteres não funcionantes, 1 hematoma e uma colocação intra-arterial; e uma complicação tardia, trombose venosa. Os doentes onde se registaram complicações tinham idade entre 1 mês e 2 anos, 3 eram ASA 3, 1 ASA 1 e 1 ASA 4. Nenhuma complicação foi detetada em CVC colocados para hemodiálise. Não foi possível o registo de dados sobre a experiência dos Anestesiologistas envolvidos, bem como a técnica ou veia utilizada para a colocação dos CVC.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A taxa global de complicações (7,7%), é ligeiramente inferior aos 7,9% registados no estudo de Janik et al², no entanto, é superior aos 1,3% relatados por Malbezit et al¹, apesar de este último estudo referir-se apenas a complicações peri operatórias. A idade é um fator de risco para complicações na colocação de CVC, uma vez que todos os doentes onde foram registadas complicações tinham idade inferior a 3 anos. Este estudo sugere que

a classificação ASA elevada pode ser um fator de risco, no entanto apenas um estudo com uma população maior pode permitir essa conclusão.

REFERÊNCIAS 1. Pediatric Anesthesia 23 (2013) 974–979. |
2. J Pediatr Surg 2004;39:1252–1256.

PO81-J1563

EPIDURAL TORÁCICA NO LACTENTE SINDROMÁTICO



RONALD SILVA¹; HUGO TRINDADE²

1 - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental;
2 - Hospital D. Estefânia - CHLC

INTRODUÇÃO

A incidência de hérnia diafragmática congénita é de 1 em 2000-5000 nascimentos. A hipoplasia pulmonar é um factor associado importante, bem como o grau de hipertensão pulmonar e malformações associadas. Os riscos inerentes ao uso de analgesia opióide nestes casos, torna o perfil de segurança de um bloqueio do neuroeixo uma alternativa válida, tratando-se contudo de uma técnica anestésica avançada de no lactente.

CASO CLÍNICO

Lactente 7 meses de idade, peso 5.1Kg, ASA III, proposto para correcção de hérnia diafragmática. Antecedentes de síndrome polimalformativa, estenose da veias pulmonares, hipoplasia pulmonar, persistência do canal inter-auricular e infecções respiratórias de repetição. História actual de infecção respiratória hipoxémica com 4 dias de evolução, saturações periféricas O2 93% (O2 1.5L/min). Indução anestésica com cetamina e remifentanil, mantida com sevoflurano. Cirurgia decorreu sem intercorrências. No final foi realizado epidural torácica a nível T10/T11, com técnica de coluna líquida. Bólus inicial de 2.5cc ropivacaína 0.09% e manutenção com ropivacaína a 0.09% a 1cc/h (0.1mg/kg/h). Analgesia suplementar foi realizada com 75mg paracetamol. Foi extubada e permaneceu 48h na unidade de cuidados intensivos pediátricos, sem intercorrências.

DISCUSSÃO

A existência de estenose da veias pulmonares e comunicação inter-auricular, associado a condições como pressão da via aérea elevada ou hipóxia, poderá levar a aumento das pressões vasculares pulmonares e inversão do *shunt* com hipoxémia. O uso de cetamina nestas condições permitiu a manutenção da pressão arterial sistémica, limitando a probabilidade de inversão do *shunt*. O uso de remifentanil possibilitou uma analgesia intra-operatória eficaz com efeito pós-operatório curto, diminuindo a possibilidade de efeitos secundários, de realçar o efeito depressor respiratório. A realização da epidural torácica permitiu uma analgesia pós-operatória adequada, com supressão da resposta neuroendócrina ao stress, sem repercussão hemodinâmica ou ventilatória, durante 48h. O bloqueio do neuroeixo no lactente permite a manutenção de uma analgesia adequada, evitando o

uso e consequente efeitos secundários dos opióides. Apesar de se tratar de uma técnica diferenciada, que deverá ser realizada por uma anestesiológica experiente, surge como uma alternativa válida perante uma cirurgia de agressividade moderada a severa, nomeadamente em doentes sindrómicos.

REFERÊNCIAS 1. Bosenberg, A., 2012. Benefits of regional anaesthesia in children. *Paediatric anaesthesia*, 22, pp.10-18. (disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21895855>) | 2. Moriarty, A., 2012. Pediatric epidural analgesia (PEA). *Paediatric anaesthesia*, 22, pp.51-5. (disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22128779>)

P082-J1582

PREMATURIDADE – CASUÍSTICA DE UM ANO NUM HOSPITAL PEDIÁTRICO DE REFERÊNCIA



DIANA CHIEIRA¹; LUÍS CONCEIÇÃO²; ANGEL MADRIGAL²

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;

2 - Hospital Pediátrico da Universidade de Coimbra

INTRODUÇÃO

A prematuridade é um determinante major da mortalidade e morbidade neonatal.¹ Em países desenvolvidos, a incidência de nascimentos prematuros é de 5-7%, sendo a principal causa de morte em recém-nascidos. Está associada a elevada morbimortalidade, acarretando custos sócio-económicos elevados. O objectivo deste estudo é caracterizar a população pediátrica (prematuros e ex-prematuros) proposta para intervenções cirúrgicas num hospital pediátrico de referência.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo de todos os prematuros e ex-prematuros submetidos a intervenções cirúrgicas no ano de 2012. Análise dos processos clínicos e das fichas anestésicas. Tratamento e análise dos dados por estatística descritiva.

RESULTADOS

Num total de 3423 procedimentos cirúrgicos realizados no ano de 2012, 54 (1,6%) corresponderam a crianças ex-prematuros. A distribuição quanto ao grau de prematuridade foi a seguinte: 20 pré-termo limiar, 16 moderados prematuros e 18 prematuros extremos. 68,9% eram do sexo masculino e 31,9% do sexo feminino. À data da intervenção, 8 doentes tinham menos de 1 mês de idade, 13 entre 1 e 5 meses, 26 entre 1 e 10 anos e 4 10 anos ou mais. Classificação ASA 1 em 6 doentes, ASA 2 em 25, ASA3 em 20 e ASA 4 em 3. 77,8% foram procedimentos electivos e os restantes urgentes. A distribuição pelas diferentes especialidades foi a seguinte: Cirurgia Pediátrica 26 cirurgias, Neurocirurgia 10, Ortopedia 5, Oftalmologia 10, Otorrinolaringologia 2 e Estomatologia 1. Os procedimentos cirúrgicos mais comuns foram herniorrafias, cranioplastia para correcção de craniossinostose e despiste/fotocoagulação laser de retinopatia do prematuro. As técnicas anestésicas realizadas foram as seguintes: anestesia geral 45, anestesia combinada 6 e cuidados anestésicos monitorizados em 3 doentes.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

1/3 dos doentes operados foram classificados como prematuros extremos o que cria novos desafios anestésico-cirúrgicos. Contudo, à data da intervenção cirúrgica, a maioria das crianças tinham idades compreendidas entre 1-10 anos. Quase todos os procedimentos decorreram sem intercorrências, o que pode ser justificado pelo tipo de cirurgia (herniorrafias e oftalmologias) realizadas e pelos procedimentos electivos terem sido os mais prevalentes. As técnicas combinadas ocuparam apenas 1,6% do total, pelo que futuramente se poderia apostar mais nesta técnica, sempre que adequado, pelas vantagens que lhe estão associadas.

REFERÊNCIAS 1. World Health Organization www.who.int/

P083-J1594

CRANIOSSINOSTOSE – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA SUBMETIDA A CRANIOPLASTIA E COMPLICAÇÕES PERI-OPERATÓRIAS



LUÍS CONCEIÇÃO¹; DIANA CHIEIRA²; MARTA AZENHA²; ANGEL MADRIGAL¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

A abordagem anestésica de cranioplastia para correcção de craniossinostose é um desafio aliciante porque é um procedimento associado a uma morbidade significativa. Hemorragia massiva, coagulopatia e embolia gasosa são algumas das complicações desta cirurgia cuja incidência está relacionada com elevadas perdas hemáticas¹. O objectivo deste estudo é caracterizar a população pediátrica submetida a reconstrução craniofacial no nosso hospital e avaliar a necessidade de transfusão de hemoderivados e incidência de complicações no período pós-operatório.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo das cirurgias de reconstrução craniofacial pediátricas no ano de 2012. Dados colhidos dos processos clínicos e das fichas anestésicas. Tratamento e análise dos dados por estatística descritiva.

RESULTADOS

11 doentes submetidos a reconstrução craniofacial em 2012. 4 do sexo feminino e 7 do sexo masculino, idade 12,4±3,6 meses, peso corporal 8,7±1,4 Kg, classificação ASA 1 em 6 crianças e ASA 2 em 5. Craniossinostose idiopática estava presente em 7 crianças, enquanto que nas restantes 4 era secundária aos Síndromes de Pfeiffer (1 caso) e Saethre-Chotzen (3 casos). Em todos os doentes foi necessária transfusão de hemoderivados no período intra-operatório. A quantidade de concentrado eritrocitário (CE) administrada por criança foi 25,1±13,5 mL/Kg, plasma humano inactivado (PHI) 18,3±4,1 mL/Kg e albumina humana 20% 3,5±0,2 mL/Kg. As complicações mais comuns no período pós-operatório foram hemorragia, que obrigou a transfusão

de hemoderivados (3 casos), e falência respiratória (1 caso). O tempo médio de internamento no Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica foi superior nestes doentes (66 horas vs 25 horas nos doentes que não apresentaram complicações). O volume de hemoderivados transfundido no período intra-operatório foi superior nos doentes com complicações pós-operatórias (41,9±13,6 mL/Kg vs 24,3±7,6 mL/Kg de CE; 18,7±3,8 mL/Kg vs 11,7±8,1 mL/Kg de PHI).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Neste estudo, a reconstrução craniofacial por cranioossinostose idiopática foi mais frequente. Foi necessário transfundir todos os doentes, o que é esperado para um procedimento anestésico-cirúrgico de relevo associado a grandes perdas hemáticas. Uma necessidade de transfusão de maiores quantidades de hemoderivados esteve associada a ocorrência de complicações. Neste grupo de doentes, a estimativa de perdas hemáticas, a detecção precoce e o tratamento eficaz da hemorragia/coagulopatia contribuem para diminuir a morbilidade².

REFERÊNCIAS 1. *Pediatr Anesth* 2010; 20:150-159; 2. *Pediatr Anesth* 2013; 23: 22-27

P084-J1597

INTUBAÇÃO ESOFÁGICA ASSEGURA VENTILAÇÃO

SÓNIA MACEDO MARTINS DUARTE¹; JACINTA SÁ¹; PEDRO PINA¹



1 - Centro Hospitalar do Porto, Serviço de Anestesiologia

INTRODUÇÃO

A atresia do esófago (AE), associada ou não a fístula traqueo-esofágica (FTE), ocorre em 1:3000-4500 recém-nascidos (RN) (1). Há 2 sistemas de classificação, Gross e Vogt², de acordo com a presença e nível da AE e FTE (imagem 1)¹.

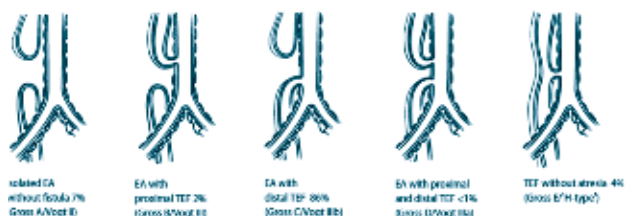


Figura 1

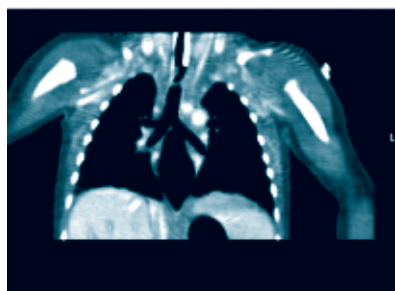


Figura 2

A presença de AE com FTE proximal e distal é rara². A AE/FTE relaciona-se com outros defeitos congénitos em mais de 50 % dos RN(1) (*VACTERL*: *vertebral, anal, cardiac, tracheoesophageal, renal, limb*). Apresentamos o caso clínico de um RN com AE e dupla FTE.

CASO CLÍNICO

RN, sexo masculino, parto eutócito, sofrimento fetal agudo. Peso 2555g. Apgar 4/6/7(1'/5'/10').

Secreções orofaríngeas abundantes e movimentos respiratórios ineficazes, intubação aos 10'. Dificuldade na progressão do tubo traqueal (TT) e sonda nasogástrica (SNG). Melhoria da ventilação.

Radiografia toracoabdominal: ar no estômago e intestino, extremidade distal do TT alta, junto à SNG.

Diagnóstico de AE, imperfuração anal e polegares adutos.

Gravidez vigiada, ecografias fetais normais, internamento à 34 semanas por hidrâmnios. Hipotiroidismo materno, uso de tuberculostáticos no 1º trimestre.

Proposta correção cirúrgica de AE e da imperfuração anal.

Nos Cuidados Intensivos Pediátricos dificuldade progressiva de ventilação eficaz. Nasofaringolaringoscopia: fenda glótica colapsada.

Tomografia Computorizada pescoço/tórax (imagem 2): AE com FTE proximal (C7) e distal (brônquio principal esquerdo) ao segmento atrésico, terminando o esófago em fundo de saco onde se encontra a extremidade distal do TT (AE tipo D). Atrésia traqueal, cranial à FTE proximal. Ausência de comunicação entre esófago distal e estômago.

Instabilidade tensional com necessidade de fluidoterapia e suporte inotrópico. Ecocardiograma: baixo débito e função VE diminuída, persistência do canal arterial com shunt bidirecional e hipertensão pulmonar.

Após reunião multidisciplinar foi decidida transferência para centro especializado pelo elevado risco e especificidade do procedimento cirúrgico proposto.

Submetido a gastrostomia e colostomia emergentes às 22h de vida. Intra-operatório sem intercorrências.

Ao 6º dia de vida, episódio de dessaturação grave, troca do TT sob videolaringoscopia sem progressão subglótica, ventilação ineficaz com paragem cardio-respiratória.

DISCUSSÃO

O diagnóstico de AE é feito pela não progressão da SNG no RN e visualização em radiografia da SNG no fundo de saco esofágico superior.¹ Hidrâmnios na gestação pode ser fator de alerta de AE.¹ A presença de FTE e alterações anatómicas da via aérea superior tornam a ventilação destes RN um desafio que pode ser impossível. Apesar do suporte cardiovascular e diversas tentativas de ajuste da intubação/ventilação, a não correção das alterações da via aérea revelou-se fatal.

REFERÊNCIAS 1. *Pediatr Anesth* 2011;21:1092-9 | 2. *Best Pract & Res Clin Anaesthesiol* 2010;24:387-401

P085-J1664

RELATO DE 24 MESES DE EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE TRANSPLANTAÇÃO HEPÁTICA PEDIÁTRICA



MARIA TERESA RINCÓN VIEIRA LUGARINHO MONTEIRO¹;
MARGARETE ROCHA¹; DORA OLIVEIRA¹; CARLOS SECO¹; SILVIA NEVES¹

1 - Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

O transplante hepático (TH) tornou-se, nas últimas décadas, um procedimento cada vez mais comum no tratamento de crianças com doença hepática em fase terminal. O objetivo deste estudo foi reportar a casuística da nossa unidade de transplantação hepática (UTH) em idade pediátrica, num período de 24 meses, bem como alguns dos aspetos relevantes para a anestesia do doente proposto para TH em idade pediátrica.^{1,2}

METODOLOGIA

Realizámos um estudo retrospectivo, observacional e descritivo, através da revisão de todos os casos de doentes em idade pediátrica submetidos a TH na UTH da nossa instituição, entre Fevereiro de 2012 e Janeiro de 2014 (n=24, 2 foram retransplantes). Após consulta dos processos clínicos, foram recolhidos dados referentes à idade, género, etiologia, tempo de preparação anestésica, técnica anestésica utilizada, tempo de duração de cirurgia, tipo de dador, necessidade de reintervenções cirúrgicas, tempo de intubação e suporte de aminas (SA) após TH. A análise estatística foi realizada com recurso ao programa SPSSv20.0, sendo as medidas de tendência central escolhidas a média (preparação anestésica e duração do transplante) e a mediana (restantes variáveis).

RESULTADOS

A idade mediana foi de 3,5 anos, sendo a maioria (55%) do género masculino. A etiologia mais prevalente foi a atresia das vias biliares extra-hepáticas (42%). A maioria dos dadores (75%) foram adultos cadáveres (lobo esquerdo). Em 6 casos foi utilizado fígado inteiro (2 adultos e 4 pediátricos). Relativamente aos cuidados anestésicos, verificámos que em todos os casos se procedeu a uma anestesia geral balanceada. Em média, o tempo de preparação anestésica foi de 90 minutos e o TH demorou 12 horas(h). Houve necessidade de reintervenção cirúrgica precoce em 10 doentes. Após a cirurgia, houve necessidade de manter suporte ventilatório (SV) em todos os doentes e SA em 77%. O SV manteve-se numa mediana de 8,5 h após TH e o SA por 22 h. Apenas num caso o doente acabou por falecer. Considerando, apenas, o grupo de doentes com ≤ 10 kg (n=9), verificou-se um tempo de preparação anestésica médio superior (103 minutos) e uma necessidade de SV após TH mediana maior (10h), sem grandes diferenças relativamente aos outros parâmetros avaliados.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Do ponto de vista anestésico, o TH reveste-se de um conjunto de desafios que se iniciam na preparação anestésica dos doentes, muito prolongada, como verificámos, e que se poderá justificar pela baixa idade verificada. A repercussão de uma in-

tervenção major como o TH num doente pediátrico justifica a necessidade de os manter, por períodos relativamente longos, sob SV e SA, apesar de a literatura apresentar a extubação precoce como fator preditivo positivo de diminuição da necessidade de reintervenção. Apesar das limitações, os resultados deste estudo demonstram o sucesso, a segurança e a reduzida mortalidade dos TH pediátricos realizados na nossa UTH.

REFERÊNCIAS 1 J Anesth 2010 24(3) 399-406

2 Transplant Proc 2010 42(6) 2383-6

P086-J1684

BLOQUEIO SUBARACNOIDEU EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO - EXPERIÊNCIA DE 3 ANOS DE UM HOSPITAL PEDIÁTRICO



MARGARIDA GONÇALVES¹; ANA CARNEIRO¹;
TERESA CENICANTE¹; TERESA ROCHA¹

1 - CHLC, EPE - HDE

INTRODUÇÃO

A anestesia do neuro-eixo em recém nascidos (RN) pré-termo apresenta claras vantagens em relação à anestesia geral, havendo experiência limitada nestes procedimentos, que requerem cuidados especiais.

O objectivo deste estudo é relatar a experiência e os resultados de um hospital pediátrico em relação ao bloqueio subaracnoideu (BSA) em RN pré-termo submetidos a herniorrafia inguinal.

METODOLOGIA

Análise retrospectiva descritiva dos RN prematuros consecutivos submetidos a herniorrafia inguinal sob BSA (n=20), em 3 anos (2010-2013).

Variáveis: idade pós-concepção; idade pós-natal; morbilidade associada à prematuridade; história prévia de bradicardia, hipoxemia ou apneia; tipo de cirurgia (uni ou bilateral) e tempo médio de cirurgia; efeitos adversos intra e pós-operatórios.

RESULTADOS

Foram incluídos 20 doentes, com idades pós-concepção entre 50 a 60 semanas (10-20 semanas pós-termo), submetidos a BSA com levobupivacaína 0,9% ou bupivacaína 0,9%. 14 foram submetidos a sedação inalatória, 4 a sedação endovenosa e 2 sem sedação; 8 doentes foram classificados como ASA II e 12 doentes como ASA III. A duração média de cirurgia foi de 30-60 minutos (conforme cirurgia uni ou bilateral). Não se registaram bradicardia, apneia ou outras complicações no pós-operatório. Todos os doentes iniciaram alimentação cerca de 30-60 minutos após cirurgia.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Apesar de se tratar de uma amostra pequena, os resultados são sobreponíveis ao descrito na literatura no que diz respeito à

taxa de sucesso do BSA e aos baixos índices de complicações no intra e pós-operatório em RN pré-termo submetidos a herniorrafia inguinal. Em RN pré-termo com elevado risco associado à prematuridade, o BSA é a técnica anestésica preferencial, pela diminuição das complicações associadas à anestesia geral.

Esta técnica demonstrou fácil execução, conferindo uma excelente analgesia no intra-operatório, exigindo porém o cumprimento criterioso das doses recomendadas assim como a adoção de medidas de segurança.

REFERÊNCIAS Anesthesiology 2010, 112:719-28 | J. Clin. Anesth. 1993, 5:342-354 | Pediatric Anesthesia 2004, 14:398-402

P087-K1529

ANESTESIA PARA CESARIANA EM PARTURIENTE COM CARDIOMIOPATIA PERIPARTO

DINIS COSTA¹; JOSÉ PEDRO ABREU¹; ROSÁRIO DOMINGOS¹; RUI AMARO¹; MARIA JOSÉ PEREIRA¹; MARIA RUI CRISOSTOMO¹



1 - Hospital de Braga

INTRODUÇÃO

A Cardiomiopatia Periparto (CMP) é uma cardiomiopatia dilatada, caracterizada pelo desenvolvimento de insuficiência cardíaca sistólica (ICS) no período entre o último mês da gravidez e os cinco meses pós-parto com disfunção sistólica documentada - fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) <45%. Trata-se de uma situação clínica rara de prognóstico variável que ocorre na ausência de etiologia identificável ou cardiopatia prévia.

Os principais sinais e sintomas são: dispneia, palpitações, fadiga, taquicardia, edema dos membros inferiores, entre outros.

A apresentação deste caso tem como objetivo descrever uma estratégia anestésica e as suas implicações.

CASO CLÍNICO

♀, 35 anos, 75Kg, nulípara, 41 semanas de gestação, ASA I e admitida na Obstetrícia para indução de trabalho de parto.

À admissão apresenta um quadro de insuficiência respiratória (ortopneia, Sat.:85% com FiO₂ a 21%), com cerca de 4-5 dias de evolução. À observação por Cardiologia, realiza um ecocardiograma transtorácico (ETT): FEVE de 30-35% com padrão de enchimento restritivo e derrame pleural bilateral – achados interpretados como CMP. Pedido vaga na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e decidido realizar cesariana urgente. Monitorização segundo standards da ASA e pressões invasivas. Otimização clínica com Ventilação Não-Invasiva (VNI) e diurético, com melhoria significativa após 30 minutos. Colocado cateter epidural em L3-L4 sem intercorrências. Iniciada anestesia com bólus titulados (3ml) de ropivacaina (7,5mg/ml) + sufentanil (1ug/ml), até obter o bloqueio sensitivo e motor adequado ao procedimento.

A cesariana ocorreu sem intercorrências, sendo encaminhada para UCI. Alta para a Unidade de Cuidados Intermédios Cardíacos ao fim de 24h, e para o internamento ao fim de 3 dias com evolução clínica favorável. Alta hospitalar ao 9º dia de internamento e

referenciada para consulta de Cardiologia em ambulatório.

DISCUSSÃO

Na abordagem destas parturientes a estratégia anestésica (anestesia geral/anestesia loco-regional) tem sido muito discutida.

Neste caso optou-se por anestesia epidural pelas vantagens que apresenta: 1) indução de bloqueio simpático que permite a redução preload e afterload e do trabalho cardíaco; 2) orientação da técnica de forma titulada permitindo uma maior estabilidade hemodinâmica; 3) sem necessidade de abordagem de uma via aérea previsivelmente difícil e um "estômago cheio"; 4) minimizamos efeitos cardiodepressores; 5) melhor controlo da analgesia no pós-operatório¹.

A mortalidade varia entre 9 e 32% e em metade das doentes, a função ventricular normaliza nos primeiros seis meses após o diagnóstico. O caso apresentado insere-se, até ao presente, numa categoria intermédia de disfunção persistente mas estável².

REFERÊNCIAS 1. Curr Opin Anaesthesiol. 2008;21:259-62;2) Anaesth Intensive Care 1997;25:292-6

P088-K1535

ANESTESIA GERAL PARA CESARIANA EM DOENTE COM DISTONIA MIOTÓNICA DE STEINERT

RICARDO OLIVEIRA¹; ANA PAULA ALVES¹; CRISTINA FERREIRA¹



1 - Centro Hospitalar do Porto

INTRODUÇÃO

A distrofia miotónica de Steinert (DMS) é uma doença crónica, progressiva, com envolvimento multissistémico, caracterizada por miotomia, fraqueza e atrofia muscular progressivas. A sensibilidade aumentada a vários anestésicos e o risco de desenvolvimento de crise miotónica e de complicações cardiopulmonares tornam a abordagem anestésica destes doentes um desafio¹. Este caso descreve a anestesia geral numa grávida com DMS proposta para cesariana.

CASO CLÍNICO

♀, 36 anos, ASA3E, proposta para cesariana e laqueação tubar. Grávida de 38 semanas, gestação única, vigiada. 3G2P. Portadora de DMS com tetraparesia de predomínio distal (grau IV), miotomia mais acentuada nas mãos e disfagia para sólidos. Sem atingimento aparente cardiovascular e respiratório. Sem medicação crónica. Duas cesarianas (há 11 e 16 anos) sob anestesia geral sem complicações. Morte de ambos os recém-nascidos por distonia miotónica no período neonatal. Diagnóstico genético após morte do 1º filho. Recusou diagnóstico pré-natal por amniocentese. Ecocardiograma, holter e provas funcionais respiratórias de há 8 anos sem alterações relevantes. Ao exame físico sem queixas respiratórias ou cardiovasculares. Atrofia muscular dos membros, tronco e face. Capaz de deambular com dificuldade.

Eletrocardiograma realizado à entrada do bloco com ritmo sinusal. Doente recusou anestesia loco-regional, explicados riscos e complicações da anestesia geral que aceitou. Monitorização standard da ASA acrescida de monitorização bloqueio neuromuscular e temperatura cutânea. Ranitidina 50mg e metoclopramida 10mg antes da indução. Após colocação dos campos cirúrgicos e preparação dos obstetras indução com propofol (2 mg/Kg), rocurónio (1 mg/Kg) para intubação sequencial rápida, sem complicações. Manutenção com O₂/N₂O (35%/65%). Nascimento do recém-nascido 10min após indução (♂, 3060g, Apgar 8/9). Após nascimento iniciou-se perfusão de remifentanil (0,1-0,2 ug/Kg/min), ajustado de acordo com resposta hemodinâmica. Analgesia pós-operatória com paracetamol 1g, tramadol 100mg e ketorolac 30mg. Reversão do bloqueio neuromuscular com sugamadex (4 mg/Kg, TOF ratio 0,26 para 0,9 em menos de 1 minuto). Fim da cirurgia e extubação sem complicações. Duração total da cirurgia 55min. Vigiada no recobro por duas horas, hemodinamicamente estável, SpO₂ 97% ar ambiente, sem dores. Transferida para Unidade de Cuidados Intermédios, alta ao 3º dia sem intercorrências.

DISCUSSÃO

Perante a impossibilidade de realizar anestesia loco-regional, a anestesia geral com fármacos de curta duração de ação como o propofol e remifentanil parece ser a opção mais segura na DMS. A combinação de rocurónio e sugamadex permite um adequado controlo da função neuromuscular e evita as complicações associadas ao uso de succinilcolina e reversão do bloqueio neuromuscular com anticolinesterases que podem desencadear crise miotónica¹.

REFERÊNCIAS 1. Pediatric Anesthesia. 2013; 23:794–803

P089-K1536

PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA: QUAL A MELHOR ABORDAGEM



JOANA AMARAL¹; GLÓRIA TARECO²; DULCE MARTINS³; DANIEL FERREIRA³; PAULA FERNANDES³; ISABEL PITA³

1 - Hospital Espírito Santo, EPE Évora

INTRODUÇÃO

A Púrpura Trombocitopénica Trombótica (PTT) é uma entidade rara (0.004–0.04/1000)¹ incluída no grupo das microangiopatias trombóticas^{1,2}. A sua incidência é mais elevada na gravidez (0.4/1000)³ possivelmente devido à diminuição da atividade da protease ADAMTS 13, resultando na proliferação do fator de Von Willebrand ultra-largo que conduz a um aumento da agregação plaquetária, trombocitopenia, anemia hemolítica microangiopática e oclusão microvascular em órgãos nobres². Tratando-se de uma emergência médica de difícil diagnóstico que, na ausência de tratamento imediato, está associada a uma mortalidade de 90%¹, consideramos pertinente a comunicação do presente caso clínico.

CASO CLÍNICO

Paciente de 33 anos, índice obstétrico 1001, antecedentes de PTT às 36 semanas da gravidez anterior e parto com ventosa. Atualmente grávida de 38 semanas, recorre ao SU por cansaço fácil, palidez e equimoses nos membros. Exame obstétrico: colo uterino sem trabalho, bolsa íntegra. Ecografia e CTG: normais. Analiticamente: anemia hemolítica com trombocitopenia (Hb: 7,8g/dL, Htc: 22,2%, Pla: 11x10⁹/L, LDH: 2247U/L), esfregaço do sangue periférico com esquizocitos. Proposta cesariana urgente após estabilização. Consultado o serviço de imunohemoterapia, inicia transfusão de 2U CE e de 7U de plaquetas, ficando com Hb: 8,4g/dl, Htc: 23,9%; Pla: 13x10⁹/L. Contactado o serviço de anestesia para a realização da cesariana. A grávida apresentava-se descorada, com edemas das pálpebras e dos membros inferiores e equimoses nos membros. Referia cefaleia. Estava normotensa e apirética. Classificada como ASA 3, por recidiva de PTT. Foi proposta a anestesia geral com indução de sequência rápida. O plano anestésico incluiu a consulta do serviço de imunohemoterapia e o contacto com a UCI para o tratamento pós-operatório com plasmaférese. Transfundem-se 6U de plaquetas no pré-operatório e outras 6U durante a indução anestésica. A cesariana realiza-se sem intercorrências anestésico-cirúrgicas. A puérpera é transferida para a UCI, onde, 20h após o diagnóstico, é pedido o doseamento de ADMTS 13, seguido de 2 sessões de plasmaférese. É transferida para a enfermaria ao 1,7 dias e tem alta para o domicílio ao 9º dia.

Tabela 1

	7.8	8.4	9.7	9	5.3	8	8.5	8.3	9.8
Hb (g/dL)	7.8	8.4	9.7	9	5.3	8	8.5	8.3	9.8
Htc (%)	22.2	23.9	26.3	25	16.8	23.7	23.9	26.2	28.7
RDW (x10 ³ L)	2.59	2.58	3.02	2.58	1.3	2.68	2.56	2.82	3.1
GB (x10 ⁹ L)	8.3	8.5	10.7	11.7	8.3	13	10	11.1	11
Pla (x10 ⁹ L)	11	13	28	38	57	11.1	107	310	310
TP (seg)	10	10.2	9.4	10.3	11.6	10.3		9.3	
INR	0.8	0.81	0.85	0.82	1.03	0.82		0.86	
APTT (seg)	27.9	28.0	21.2	28.2	24.8	30.2		26.7	
Fibrinogénio (mg/dL)	304		209	291					
D-Dímero (µg/mL)	3.9		1.83						
Jroia (mg/dL)	36		28	22	32	23	25	24	
Creatinina (mg/dL)	0.0	0.7	0.7		0.7	0.5	0.7	0.5	
BRB total (mg/dL)	1.23				0.5	0.38	0.38		
BRB directa (mg/dL)	3.18				0.08	0.21	0.28		
AST (U/L)	49				29	26	31		
ALT (U/L)	36				29	35	25		
GGT (U/L)	12				17	19	19		
FA (U/L)	180				16	60	81		
LDH (U/L)	2247	1894			896	538	888	843	
PCV (µg/dL)	1.3				1.30	1.05	1.02	1.4	8.7
Na (mEq/L)		135			130	135	130		
K (mEq/L)		3.0			3.7	3.0	4		
Glucose	102	60	78		70	78		63	
CK (U/L)					201	175			
Proca citonina (ng/mL)					0.28	0.5			

DISCUSSÃO

Perante os sinais clínicos, dados laboratoriais e antecedentes pessoais, foi colocado o diagnóstico de recidiva de PTT. O tratamento de primeira linha é a plasmaférese e a transfusão de plaquetas apenas está indicada quando se preveem procedimentos com perdas hemorrágicas que possam implicar risco de vida¹. A decisão da equipa obstétrica de cesariana urgente justificou o tratamento inicial com transfusão de plaquetas o que não veio a agravar o estado clínico da doente. O tratamento foi completado, ainda nas primeiras 24h após admissão, com plasmaférese, registando-se uma evolução clínica favorável.

REFERÊNCIAS 1. British Journal of Haematology. 2012; 10:1365-2141. | 2. Journal of Medical Case Reports. 2013; 7:119.

PO90-K1630

OBSTETRIC ANESTHESIA FOR A PATIENT WITH BROWN-SÉQUARD SYNDROME AND EPILEPSY

ANA BARROS¹; RITA CARVALHO¹; MANUEL VICO¹;
 CELSO VENTURA¹; MARIA DO CÉU LOUREIRO¹;
 JOSÉ PEDRO ASSUNÇÃO¹

1 - Centro Hospitalar Tondela-Viseu

INTRODUÇÃO

Advances in medicine encouraged more women with neurologic disease to become pregnant¹. However neurologic disease remains a significant cause of maternal morbidity and mortality. Brown-Séquard is a rare syndrome characterized by an incomplete spinal cord lesion with a clinical picture reflecting hemisection of spinal cord². Women with this condition presenting for obstetric anesthesia is even rarer³, so evidence-based management of complicated cases is limited and treatment continues to be individualized with experience from case reports available. In this scenario we describe the anesthetic management of a pregnant woman with Brown-Séquard Syndrome and Epilepsy for elective C-Section.

CASO CLÍNICO

A 39 year old woman 37 weeks pregnant presented for elective c-section. She suffered a horse fall 18 years before with cranoencephalic and spinal cord injury at cervical level developing a Brown-Séquard syndrome with left hemiparesia and loss of pain and temperature sensation on the right side of the body. Any algic cutaneous stimulus on the right side causes spasm of the musculature. By the time of the accident she underwent a cervical stabilization surgery with placement of C2-C7 fixation plate, resulting in cervical movement limitation. Since 6 years ago she developed epilepsy controlled with levetiracetam. Seizure episodes occurred during pregnancy with need of drug dose adjustment. Whether we chose general or regional anesthesia there would be a unique set of challenges. Patient's will was to have a c-section under regional anesthesia. We performed an epidural block in lateral decubitus position. Initially the skin infiltration with local anesthetic elicited intense muscular spasms, but later the Tuohy needle was inserted without any problem. We used initially lidocaine 2% 140mg and ropivacaine 0,75% 37,5 mg, complemented by bolus as needed given carefully to avoid respiratory compromise and eventually seizures triggered by high plasma concentrations of local anesthetic. The patient remained hemodinamically stable and c-section was performed uneventfully. Postoperative period was calm and we verified the return to her previous neurologic condition.

DISCUSSÃO

It is important to share our experience of caring for patients with neurological disease, as individual case reports may be the only available evidence relating to the effect of regional analgesia and anesthesia in this group of pregnant women. There is no one correct way to care for women with neurological disease. Regional blocks have been used in this context without any deterioration in their previous condition³. We report an example of careful anesthetic and obstetric planning that resulted in good

outcome for mother and baby.

REFERÊNCIAS 1 Continuing Education in Anesthesia, Critical Care & Pain. 2011;11:157-161; 2 Neurology in Practice. 2011;11:259-267; 3 International Journal of Obstetric Anesthesia. 2008;17: 31-36.

PO91-K1659

ENCEFALOPATIA DE WERNICKE, GRAVIDEZ E ANESTESIA, UMA TRIÁDE INVULGAR

SARA NUNES¹; MARIANO VEIGA¹; REGINA RODRIGUES¹;
 TERESA FERREIRA¹

1 - Hospital Central do Funchal

INTRODUÇÃO

A encefalopatia de Wernicke (EW) é um síndrome neurológica agudo causado pelo défice de tiamina. Caracteriza-se clinicamente por ataxia, oftalmoplegia e alteração do estado de consciência.¹ Sendo tipicamente associada ao alcoolismo, a sua apresentação em doentes não alcoólicos é de difícil reconhecimento. Excepcionalmente, a hiperemese gravídica pode condicionar má nutrição e levar à depleção da tiamina corporal. Por ser uma condição potencialmente reversível, é fundamental a identificação e tratamento precoce.²

CASO CLÍNICO

Grávida de 31 anos, 35 semanas de gestação, antecedentes de esofagectomia aos 28 anos, por leiomioma, recorre ao serviço de urgência por quadro de náuseas e vômitos, com agravamento na última semana, acompanhados de astenia e dificuldade na marcha. Referia ainda redução da ingesta alimentar desde o início da gravidez. Ao exame objetivo, apresentava -se apirética e hemodinamicamente estável, 42 Kg, pele e mucosas descoradas e desidratadas, caquexia e discurso por vezes incoerente. A auscultação cardíaca fetal era positiva. Analiticamente apresentava anemia normocítica e normocrômica (Hb 10,7 g/dl VCM 92,5 fl HGM 31,5 pg), hipoproteinémia 49,8 g/L e hipoalbuminémia 26 g/L. Durante o 1º dia de internamento a doente desenvolveu um quadro de prostração e sonolência, com períodos de confusão temporária e discurso incoerente. Após avaliação multidisciplinar foi decidida realização de culturas de sangue e líquido. Pela suspeita de infeção e encefalopatia de Wernicke, iniciou antibioterapia empírica e tiamina. Ao 3º dia de internamento, mantinha sonolência e apresentava agora oftalmoplegia direita e ataxia. Dada a presença da tríade clássica de EW foi pedida RM-CE. No dia seguinte, pela patologia materna, realizou-se cesariana. Dada a ausência de relatório definitivo da RM-CE e das culturas, optou-se pela realização de uma anestesia geral balanceada, com indução de sequência rápida, utilizando propofol (2mg/kg) e suxametonio (1mg/kg), com manutenção inalatória (sevoflurano MAC 1.0). O procedimento decorreu sem intercorrências. Durante o restante internamento, a grávida manteve terapêutica com tiamina, verificando-se uma diminuição progressiva dos períodos de confusão, e melhoria da marcha. As culturas foram negativas, e a RM-CE confirmou EW.

DISCUSSÃO

Pela elevada prevalência desta patologia em alcoólicos, é comum em contexto de urgência a administração de soro fisiológico, tiamina e concentrados multivitamínicos.¹ Dada a rápida depleção das reservas de tiamina corporal (4 semanas caso não haja ingestão da mesma), grávidas que se apresentem com hiperemese gravídica há mais de 2 semanas ou doentes com sinais de défices nutricionais devem, no futuro, receber profilaticamente tiamina endovenosa até ser assegurada tolerância da via oral.

REFERÊNCIAS 1- Nature Clinical Practice Neurology 2006; 2: 54-58 2- Acta Med Port 2006; 19: 442-445 | 2- Acta Med Port 2006; 19: 442-445

P092-K1661

MANUSEIO ANESTÉSICO DE GRÁVIDA COM TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITÁRIA: UM DESAFIO

ANA FONTE¹; ANA SILVA¹; LINO GOMES¹;
PAULA SARMENTO²; PAULO FIGUEIREDO¹



1 - Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

INTRODUÇÃO

Telangiectasia Hemorrágica Hereditária (THH) ou Síndrome Rendu-Osler-Weber, é uma displasia vascular AD, caracterizada por mutações nos genes ENG e ALK-1. O diagnóstico definitivo é estabelecido por ≥ 3 dos Critérios Curação: epistáxis, telangiectasias mucocutâneas e gastrointestinais, malformações arterio-venosas e história familiar.¹ A incidência de MAVs é de 48% pulmonares, 30% hepáticas, 10% cerebrais e 0,3-1% espinhais.²

Sendo pouco frequente na população (1/5000-8000), existem poucos casos descritos sobre manuseio anestésico de grávidas com este síndrome.^{1,2}

CASO CLÍNICO

25 anos, grávida de 39 s+4 d, G1P0, complicada por pré-eclâmpsia, com diagnóstico de THH, sem exclusão de MAVs cerebrais, pulmonares e espinhais, proposta para cesariana. Ponderado risco benefício e após consentimento informado, proposto BSA como abordagem anestésica. Sob monitorização standard ASA e pressão arterial invasiva, foi realizado BSA L4-L5, agulha 27G Quincke, picada única mediana com saída de LCR cristalino e instilação de bupivacaína hiperbárica 7,5 mg e sufentanil 2,5 µg. Foi atingido nível anestésico em T5. Não ocorreram intercorrências hemodinâmicas durante a intervenção. 10 min após incisão, nascimento de ♀, 3140g, Apgar 9/10. A doente e o RN foram mantidos na UPA para vigilância, não tendo ocorrido quaisquer intercorrências. Alta ao 3º dia, sem incidentes.

DISCUSSÃO

O manuseio de grávidas com THH é um desafio para o Anestesiologista dadas as alterações fisiopatológicas associadas à

doença. As principais preocupações prendem-se com controlo hemodinâmico, prevenção de complicações hemorrágicas/em-bólicas e evicção de trabalho de parto prolongado. Alguns centros advogam exclusão de MAVs espinhais por RMN durante a gravidez, embora a sua existência não seja uma contra-indicação absoluta à abordagem do neuro-eixo.² Optou-se por anestesia loco-regional em detrimento de anestesia geral pela maior prevalência de MAVs da via aérea, pulmonares e cerebrais relativamente às espinhais. Ponderado o risco benefício, optou-se por BSA dado que as técnicas com cateter estão associadas a maior risco hemorrágico e podem mascarar sintomatologia neurológica relacionada com hematoma espinhal. Embora os estudos mostrem que a maioria das doentes com THH têm uma gravidez normal, complicações major descritas, embora raras, sugerem que a gravidez nestas doentes deva ser considerada de alto risco.^{2,3}

REFERÊNCIAS 1. Postgrad Med J. 2003; 79:18-24. | 2. BJOG 2008;115:1108-1115 3. AANA Journal. 2009; 77 (2): 115-118.

P093-K1669

QUANDO O BLOQUEIO EPIDURAL NÃO É POSSÍVEL: ESTUDO RETROSPECTIVO NUMA MATERNIDADE TERCIÁRIA

RITA BORGES¹; DANIEL MADEIRA¹; FILIPA MADEIRA¹; PAULO ROBERTO FERREIRA¹; CARLOS CORREIA²; ISABEL RUTE VILHENA²



1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 - Maternidade Bissaya Barreto - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

As técnicas epidural e sequencial são o gold standard para analgesia e anestesia na grávida¹ e estão definidas as indicações e contra-indicações (absolutas e relativas) para a sua realização.

O objetivo deste estudo foi averiguar, nos partos em que não foi realizado bloqueio epidural (BE) ou sequencial (BS), qual a técnica analgésica/anestésica escolhida e os motivos que justificam essa opção.

METODOLOGIA

Foram analisados retrospectivamente os registos de partos ocorridos durante o ano de 2013 numa maternidade terciária. O critério de inclusão foi todas as grávidas que não realizaram BE/BS. A partir da consulta do processo eletrónico foram registadas a idade, ASA, tipo de parto, técnica analgésica/anestésica e foram investigadas as causas para a não realização destas técnicas. As causas foram definidas de acordo com a literatura.

A análise estatística foi realizada em SPSS®20.0 utilizando o coeficiente de correlação de Pearson e o teste do Chi-Quadrado.

RESULTADOS

No intervalo considerado foram realizados 2435 partos, 2125 (87,3%) dos quais com BE/BS.

A amostra incluiu 310 grávidas. Cento e oitenta e sete (60,3%) dos partos foram por via vaginal, houve 73 (23,5%) cesarianas

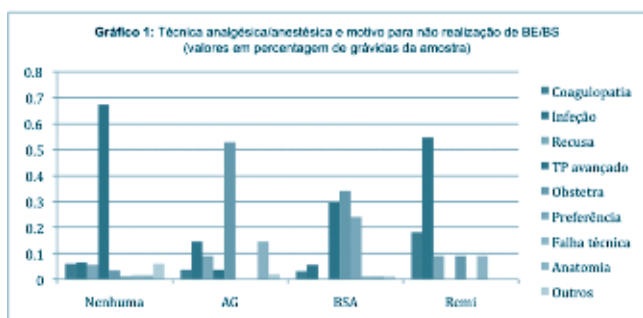
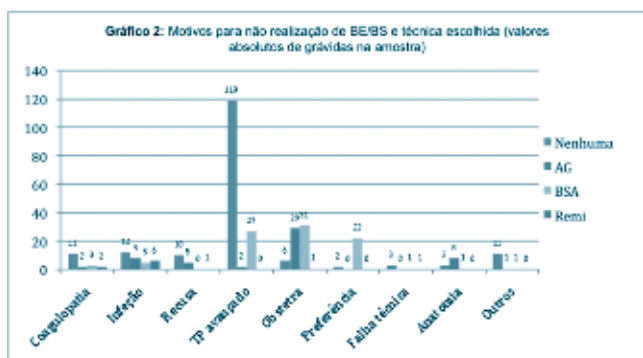
urgentes e 50 eletivas (16,1%).

Não foram submetidas a técnica analgésica 163 grávidas (52,6% da amostra, 6,7% da população); realizaram bloqueio sub- aracnoideu (BSA) 91 grávidas (29,4%) e 9 fizeram analgesia com remifentanil (2,9%). Em 47 (15,2%) cesarianas foi realizada anestesia geral.

A idade média das grávidas foi 32,5±5,3 anos e a classificação ASA foi I em 146 (47,1%), II em 41,3% e III em 36 (11,6%). Não houve correlação significativa entre classificação ASA ou idade e a técnica escolhida (p>0.05).

Entre os motivos que impossibilitaram a realização de BE/BS, o tempo insuficiente por trabalho de parto avançado foi o mais frequente (148 [47,7%]), seguindo-se a urgência/emergência definida pelo obstetra (68 [21,9%]). Encontrou-se correlação positiva entre a escolha de alternativas analgésicas/anestésicas e os motivos tempo insuficiente, urgência/emergência obstétrica e infecção (todos com p<0.05). Em 26 (8,4%) grávidas foi encontrado mais do que um motivo a justificar a não realização de BE/BS.

A não realização de analgesia teve como causa principal o tempo insuficiente (67,2% dos casos). A analgesia com remifentanil foi utilizada em situações de infecção/febre intra-parto e coagulopatia (gráfico 1). A situação obstétrica urgente/emergente motivou 29 anestésias gerais e 31 BSA. A preferência do anestesista justificou 22 BSA (gráfico 2).



DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O nosso estudo mostra que na grande maioria dos partos foram realizados bloqueios do neuroeixo, o que está de acordo com o estado da arte. O principal motivo para não ser realizado BE/BS foi tempo insuficiente por trabalho de parto avançado. Uma minoria de grávidas (6,7%) não foi submetido a qualquer procedimento analgésico.

REFERÊNCIAS 1 Curr Opin Anaesthesiol. 2002; 15(5): 525-531 | Anestesia Obstétrica (Obstetric Anaesthesia) / Estudos clínicos ou similares

P094-K1680

FALÊNCIA DO BLOQUEIO DO NEURO-EIXO EM ANESTESIA PARA CESARIANA: UM ESTUDO RETROSPECTIVO SOBRE A INCIDÊNCIA E OS FATORES DE RISCO



CRISTIANA VALENTE PINHO¹; LUÍS PEREIRA¹; SOFIA CRUZ²; JOANA FREITAS²; AIDA FARIA¹

1 - Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar São João; 2 - Serviço de Anestesiologia do Hospital Central do Funchal

INTRODUÇÃO

O Bloqueio do Neuroeixo (BNE) para cesariana está associado a uma diminuição da morbi-mortalidade materna quando comparado com a anestesia geral (AG), sendo por isso, considerado o método de escolha. Existem várias causas para a falência do BNE. O objetivo deste estudo foi determinar a incidência da falência do BNE em anestesia para cesariana e identificar os fatores de risco associados.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo, observacional, realizado em 1380 grávidas submetidas a cesariana eletiva ou urgente, sob BNE entre janeiro de 2011 e dezembro de 2012. Foram incluídas mulheres com idade superior a 16 anos, ASA I-III, submetidas a bloqueio epidural (BE), bloqueio subaracnoideu single shot (BSAss) e bloqueio subaracnoideu sob técnica sequencial (BSAts). Foram excluídas as cesarianas efetuadas sob AG como primeira opção. Considerou-se falência de BNE quando houve conversão para AG, sedação ou administração de anestésico local (AL) em dose anestésica através de cateter epidural após BSAts. Foram avaliados fatores relacionados com a grávida, com o tipo de BNE e com a indicação para cesariana. Na análise comparativa foram utilizados os testes de Chi2 e T-test.

RESULTADOS

A incidência de falência do BNE foi de 5,6% em cesarianas eletivas e 14,6% em cesarianas urgentes. Na cesariana de urgência, a percentagem de falência do BE foi maior quando comparado com BSA (17,2% vs 7,4%, p <0,001). Mulheres com menos de 31 anos tiveram maior percentagem de falência do BNE (16% vs 7,7%, p <0,001). Essa diferença tornou-se ainda mais evidente quando se comparou a falência do BNE em mulheres com idade inferior a 35 anos e com idade superior a 35 anos (14,3% vs 3,4%, p <0,001). Constatou-se que as grávidas com idade gestacional superior a 40 semanas apresentaram maior percentagem de falência de BNE (13,8% vs 9,2%, p = 0,008). Quanto à indicação para cesariana, houve uma maior percentagem de falência do BNE em grávidas, cuja indicação para cesariana foi trabalho de parto estacionário (15,2% vs 10,7%, p = 0,031). Não se verificou associação estatisticamente significativa com outros fatores avaliados.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A incidência de falência de BNE foi maior nas cesarianas urgentes quando comparado com cesarianas eletivas. Nas cesarianas urgentes, os fatores de risco associados a falência do BNE foram o BE, idade materna < 31 anos, idade gestacional > 40

semanas e trabalho de parto estacionário como indicação para cesariana.

REFERÊNCIAS Nepal Med Coll J 2009, 11(1): 50-51; 2. Anaesthesia 2008, 63: 822-832. | Anestesia Obstétrica (Obstetric Anaesthesia) / Estudos clínicos ou similares

P095-K1688

BLOOD-PATCH: AMIGO OU INIMIGO?



MARIA INÊS TABORDA¹; INÊS TELLECHEA¹;
JOÃO SANTOS¹; FILIPA LANÇA¹; FILOMENA MORAIS¹

1 - Centro Hospitalar de Lisboa Norte

INTRODUÇÃO

A punção acidental da dura ocorre em 1 a 2% das analgesias do trabalho de parto, com metade a manifestarem cefaleias. Quando a terapêutica conservadora é ineficaz, o blood-patch permite o tratamento em mais de 90% dos casos. Esta é considerada uma técnica segura com baixa incidência de complicações (a lombalgia transitória é a queixa mais frequente), mas com raros casos de sequelas neurológicas. Os autores relatam um caso de hematoma sagrado após realização de blood patch por punção acidental da dura.

CASO CLÍNICO

Mulher, enfermeira, 37 anos, Gesta 2 Para 1 proposta para cesariana eletiva às 40 semanas e 2 dias por colestase gravídica e cesariana anterior. Sem antecedentes médicos relevantes. Opção por anestesia sequencial em L3-L4. Com a progressão da agulha de Tuohy verificou-se saída de liquor. Administração subaracnoideia dos anestésicos, e colocação intratecal do cateter epidural. Instituída terapêutica analgésica endovenosa pós-operatória e o cateter deixado no espaço subaracnoideu 24h. Às 2h pós-punção, quadro de cefaleias frontais e fotofobia que agravavam com ortostatismo. Por persistência do quadro e ineficácia da terapêutica convencional foi proposta realização de blood patch às 48h com punção em L3-L4 (injeção de 20 ml de sangue autólogo), sem intercorrências e remissão imediata e completa das queixas. A doente teve alta no dia seguinte, mas regressa 9 dias depois com dor lombosagrada irradiada aos membros inferiores de características radiculares de agravamento progressivo. Ressonância Magnética (RM) efetuada mostrava "componente hemática subaguda precoce sedimentada ao nível do espaço subaracnoideu no fundo de saco dural. Envolve as últimas raízes sagradas". É iniciada dexametasona 5 mg 8/8h por indicação da neurocirurgia e analgesia com remissão quase completa dos sintomas ao fim de 24 horas. Manteve corticoterapia 1 semana, com referência à consulta de dor crónica. A RM de controlo aos 40 dias mostrou "reabsorção do componente hemático no espaço subaracnoideu ao nível do fundo de saco dural". Resolução completa do quadro clínico na 1ª semana após instituição de terapêutica.

REFERÊNCIAS

A punção da dura origina uma continuidade entre o espaço subaracnoideu e epidural. O blood patch objetiva funcionar como tampão prevenindo a saída continuada de liquor. No entanto existe a possibilidade do sangue injetado passar por continuidade para o espaço subaracnoideu causando alterações neurológicas localizadas ao local de deposição. Fenómenos de autoimunidade podem originar uma reação inflamatória local que permita a persistência do quadro. O blood-patch deve apenas ser utilizado na falência da terapêutica convencional às 24 – 48h, com indicações precisas aos doentes sobre as suas complicações e um controlo obrigatório para além do internamento. O facto da doente ser enfermeira, facilitou o reconhecimento da lesão, com terapêutica precoce. Será que muitos outros casos não nos passam despercebidos?

P096-K1736

PRÁTICA TRANSFUSIONAL EM OBSTETRÍCIA - ESTUDO RETROSPECTIVO DE DOIS ANOS



RAQUEL CABRAL¹; SOFIA MARQUES¹; GONÇALO ÓRFÃO²;
JORGE TOMAZ²; JOANA CARVALHAS¹; EMÍLIA MÁRTIRES¹

1 - Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;
2 - Serviço de Sangue e Medicina Transfusional (SSMT) do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

A hemorragia permanece uma causa importante de morbi/mortalidade maternas em todo o mundo.¹ A administração de hemoderivados é um procedimento *life-saving*² mas não é isenta de riscos. A necessidade de transfusão perinatal constitui um índice de qualidade dos Serviços de Obstetrícia. De acordo com o Royal College Obstetricians and Gynecologists, a decisão de transfundir deve ser baseada em critérios clínicos e laboratoriais, raramente indicada para valores de Hb>10g/dl e quase sempre indicada quando Hb<6g/dL.³ O objetivo do estudo foi avaliar a prática transfusional no serviço de Obstetrícia.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo observacional realizado numa maternidade diferenciada. Consulta da base de dados do SSMT e os dos processos clínicos das mulheres transfundidas de 1 de Janeiro de 2012 a 31 de Dezembro de 2013. Análise estatística descritiva e teste de Odds ratio (OR) realizada em SPSS 20.0®.

RESULTADOS

No período de tempo estudado 120 mulheres foram transfundidas. 11 casos foram interrupções da gravidez e 109 foram partos: 21,2% (n:23) eutócicos; 42,1% (n:46) distócicos (via baixa) e cesarianas 36,7% (n:40). A média de idades foi 31,8±5,3 anos. No período estudado, necessitaram de transfusão: 2,3% (n:109) dos 4788 de partos; 2,95% (n:40) de 1355 cesarianas e 14,2% (n:17) de 120 partos gemelares. Do total de transfusões, 7 mulheres não foram transfundidas com concentrado eritrocitário (CE), tendo sido transfundidas com plasma humano inati-

vado e/ou plaquetas. A etiologia subjacente à transfusão de CE foi: 39,8% (n:45) anemia de causa desconhecida (não registada); 18,6% (n:21) lesões do canal de parto; 19,9% (n:22) atonia uterina; 14,2% (n:16) retenção de restos ovulares; 4,4% (n:5) anemia hemolítica; 2,6% (n:3) CID e 1 caso de eversão uterina. O valor médio de Hb pré-transfusão de CE foi 7,7g/dL ($\pm 1,3$; 5,2-14,2), 8 casos tinham Hb <6g/dL e 7 tinham Hb >10g/dL. Foram transfundidas em média 2,54 U CE. Analisando a relação entre gravidez gemelar e transfusão obtivemos um OR:7,86(95%CI 4,53 to 13,64; $p < 0,0001$).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Nos últimos 2 anos, 2,3% dos partos necessitaram de transfusão, sendo uma taxa elevada quando comparado com a literatura.³ O valor médio de Hb pré transfusional (7,7 g/dL) é elevado, e verificámos um número significativo de transfusões inapropriadas, apesar de os registos serem precários o que impediu de averiguar os critérios em muitos casos. Existe relação estatisticamente significativa entre gestação gemelar e transfusão, o que nos obriga a tomar medidas profiláticas mais nestas situações. As recomendações deveriam ser mais claras em relação aos critérios de transfusão, mas as especialidades perinatais não podem esquecer o custo e risco inerentes, discutindo criteriosamente cada caso e registando a decisão.

REFERÊNCIAS 1. AnaesthIntensiveCare 2010;11(8):319-23 | 2. Blood Transfusion in Obstetrics: RCOG, 2008(47)1-10 | 3. Obstet&Gynecol 2004;112:61-64

P097-L1537

CUIDADOS CRÍTICOS EM OBSTETRICIA: ESTUDO RETROSPECTIVO DE 4 ANOS

SOFIA MARQUES¹; ELISABETE PEREIRA¹; LUCIANO PEREIRA¹; FERNANDO PINTO¹; JOANA CARVALHAS¹; EMÍLIA MÁRTIRES¹



1 - Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

A admissão em unidades de cuidados críticos (UCI) em contexto obstétrico é rara, com taxa de admissão referida na literatura de 0,17 a 2,6 por 1000 partos e taxa de mortalidade de 3,4 a 21%.¹ O reconhecimento tardio e a relutância da admissão de doentes obstétricas em UCI resultam em elevada morbi/mortalidade.²

O objetivo do estudo foi esclarecer o padrão de admissão em UCI de doentes provenientes de uma maternidade terciária.

METODOLOGIA

Análise retrospectiva dos processos clínicos de todas as doentes do Serviço de Obstetrícia de um hospital central admitidas em UCI, no período compreendido entre 1 de Janeiro de 2010 e 31 de Dezembro de 2013. Coligiram-se: características demográficas, antecedentes patológicos, tempo de gestação, diagnóstico de admissão, duração do internamento, monitorização, principais intervenções e outcome. Análise estatística descritiva realizada com SPSS20.0®.

RESULTADOS

Nos 4 anos ocorreram 10 925 partos e 33 mulheres foram admitidas em UCI -ratio de admissão de 3,02/1000 partos. A média de idades foi 30,7 anos ($\pm 6,42$; 17-42) e 48% (n=16) das mulheres eram previamente saudáveis, 21% (n=7) tinham patologia cardiovascular e 18% (n=6) hematológica. Em relação ao tempo de gestação: 1 aborto, 22 (69,7%) partos pré-termo e 10 (27,3%) de termo. O diagnóstico de admissão mais frequente foi a doença hipertensiva da gravidez (59%, n=18), seguida de patologia materna complexa pré-existente (27%, n=9) e hemorragia pós-parto (HPP) (21%, n=7). Houve 2 admissões de causa anestésica: pneumonia de aspiração e pós-operatório para remoção de cateter epidural retido. Na amostra estudada houve uma (3%) IVG, 26 (78,8%) cesarianas e 6 (18%) partos por via vaginal. A maioria dos internamentos foi breve: 9 doentes (27%) permaneceram menos de 24 horas e 10 (30%) mais de 48 horas em UCI.

Foi necessária ventilação mecânica em 7 mulheres (21%), suporte inotrópico em 3 (10%) e monitorização invasiva em 17 (59%).

Durante este período, 9% (n=3) das mulheres admitidas em UCI morreram - incidência de 0,28 por 1000 partos. Os motivos de morte foram: sépsis (clostridium sordelli) após IVG, falência de enxerto hepático e neoplasia disseminada.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A abordagem da grávida ou puérpera em estado crítico é complexa, exigindo cooperação efetiva entre Obstetras e Anestesiologistas e um elevado grau de suspeição e precocidade na intervenção. Comparando com a literatura verificámos um elevado ratio de admissão em UCI, mas as mortes ocorridas não se relacionaram com patologia da gravidez. Estes dados podem ser explicados pela elevada taxa e complexidade da patologia associada. No presente estudo a doença hipertensiva lidera o motivo de admissão. O status pós hemorragia foi a terceira causa que na literatura é frequentemente o motivo mais comum. Melhores estratégias na gestão destas duas entidades podem reduzir significativamente a morbilidade materna.

REFERÊNCIAS 1 Anaesthesia (2008) 63:1081-86; | 2 ArchGynecolObstet (2006) 274:4-8

P098-L1678

CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO!

PAULA FERNANDES¹; JOÃO PIMENTA-CASTRO²; MARIA JESUS³; JOÃO ANDRADE⁴; ANTÓNIO PAIS MARTINS⁵; ANA FERREIRA⁶



1 - Interna Anestesiologia - Hospital do Espírito Santo - Évora;
2 - Interno Cirurgia Geral - Hospital José Joaquim Fernandes, Beja;
3 - Interna Cirurgia Geral - Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca;
4 - Interno Neurocirurgia - Hospital S. Francisco Xavier - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental;
5 - Chefe de Serviço / Coordenador da UCI/UCIC Hospital S. Francisco Xavier - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental; 6 - Chefe de Serviço / Directora do Departamento de Anestesiologia - Hospital S. Francisco Xavier - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

INTRODUÇÃO

O papel da craniectomia descompressiva (CD) no tratamen-

to da hipertensão intracraniana (HIC) refratária tem sido alvo de inúmeros estudos¹ ao longo dos anos e os resultados são controversos. Alguns estudos demonstraram diminuição da pressão intracraniana (PIC), diminuição do tempo de internamento hospitalar e melhor outcome do doente associados à CD, no entanto, um estudo recente² (DECRA - Decompressive Craniectomy in Diffuse Traumatic Brain Injury) comparou a CD precoce com o tratamento médico standard em doentes com aumento ligeiro da PIC (> 20mmHg durante 15 min) e os autores concluíram que a CD estava associada a pior outcome clínico aos 6 meses.

CASO CLÍNICO

Sexo feminino, 30 anos, vítima de atropelamento. No local em nível 4 na escala de coma de Glasgow (GCS). Entrou no SU em nível 7 de GCS, entubada e ventilada, com pupilas midriáticas, isocóricas e isorreactivas, estável do ponto de vista ventilatório e hemodinâmico. Apresentava sinais indiretos de HIC no TC CE (edema cerebral difuso com desvio da linha média, apagamento dos sulcos e cisternas da base, herniação trans-tentorial descendente além de focos de contusão e fratura occipito-parieto-temporal esquerda) pelo que se coloca sensor de PIC intraparenquimatosa e inicia medidas anti-edematosas. Ao 2º dia de internamento por PIC > 50mmHg refratária é submetida a craniectomia descompressiva fronto-temporo-parietal esquerda. Manteve-se sedada e ventilada durante 16 dias por apresentar aspetos clínicos e imagiológicos compatíveis com manutenção de edema cerebral (abaulamento da área de craniectomia) e sob suporte aminérgico para manutenção de PPC > 60mmHg. Perante melhoria clínica e imagiológica gradual procedeu-se a desmae aminérgico e ventilatório com sucesso. Alta da UCI em GCS 14, afasia grave com défice de nomeação e repetição mas com compreensão parcialmente mantida e hemiparesia direita grau 3 de predomínio braquial que mantém aos 2 meses.

DISCUSSÃO

No doente com TCE apenas parte da lesão cerebral ocorre no momento do trauma. Vários eventos secundários surgem nas horas e dias seguintes, somando efeitos deletérios ao cérebro já lesado. Existem vários protocolos que visam minimizar estes danos secundários e reduzir a mortalidade^{1,2,3}. O principal objetivo dos cuidados intensivos no doente com TCE grave é manter a pressão de perfusão cerebral (PPC) enquanto o cérebro recupera da lesão sofrida devendo-se evitar a hipotensão e a HIC que, só por si, é fator de mau prognóstico³. A CD interfere nesta sequência de eventos porque permite a expansão do cérebro, no entanto, o seu papel na lesão cerebral traumática grave ainda está por estabelecer².

REFERÊNCIAS 1. Neurosurgery. 2000; 47: 315-322 | 2. N Engl J Med. 2011; 364: 1493-1502 (3) Critical Care. 2011; vol. 15, no5, article 193

P099-L1685

INFEÇÃO EM DOENTES QUEIMADOS: QUAIS OS AGENTES MAIS CULPADOS?

RITA BORGES¹; TERESA LUGARINHO¹; PAULO ROBERTO FERREIRA¹; MARGARIDA MARQUES²; ISABEL TOURAIS²



1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

Os doentes queimados constituem um grupo de grande risco para infeção. A perda da barreira de proteção da pele, associada a internamentos prolongados, múltiplos procedimentos invasivos e ventilação mecânica, tornam-nos especialmente suscetíveis¹. Apesar da melhoria crescente dos cuidados oferecidos, esta continua a ser uma causa importante de morbidade e mortalidade entre estes doentes².

O objetivo deste estudo foi conhecer a prevalência de infeção no grupo de doentes que faleceu numa Unidade de Queimados (UQ) e caracterizar os microrganismos identificados. Pretendemos também identificar os doentes em maior risco de adquirir infeção.

METODOLOGIA

Foram consultados os processos dos 262 doentes admitidos na UQ entre 2001 e 2012 e que faleceram durante o internamento. Registámos os parâmetros idade, tempo de internamento e os organismos identificados em todos os testes microbiológicos realizados.

Análise estatística realizada em SPSS 20.0®. Foram utilizados o coeficiente de correlação de Pearson, teste T de Student e teste Mann-Whitney. Foi realizada regressão linear dos fatores em estudo para determinar o tempo do acidente até à morte.

RESULTADOS

A idade média dos doentes foi 66,3±20 anos.

Da amostra de doentes, 176 (67,18%) apresentaram resultados microbiológicos positivos; em 134 (51,15%) foi identificada flora mista.

Existe correlação positiva entre a média do tempo de internamento e a identificação de microrganismos (p<0,01) e entre a duração do internamento e o número de microrganismos identificados (p<0,05).

A idade correlaciona-se positivamente com a identificação de microrganismos (p<0,01). Verificou-se por regressão linear que os doentes infetados mais idosos morrem mais precocemente (p=0,03): em média, por cada mais 10 anos de vida, a morte ocorre 1 dia mais cedo.

Foram identificadas 471 estirpes, das quais 176 (37,4%) Gram positivo (G+) e 234 (49,7%) Gram negativo (G-). De entre as G+, a predominante foi *Staphylococcus aureus* (60,8%) e o *Enterococcus faecalis* representou 28,4%. A *Pseudomonas aeruginosa* foi a G- mais frequente (20,9%), seguindo-se *Acinetobacter baumannii* (16,7%) e *Escherichia coli* (15,0%). Os fungos foram identificados em 61 exames (13,0%).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A nossa unidade apresenta elevada prevalência de infeção entre os doentes que morrem. Os microrganismos G- são os predominantes, porém isoladamente o *Staphylococcus aureus* foi o agente mais frequentemente identificado.

Os doentes idosos parecem estar em maior risco de adquirir infeção, possivelmente pelo seu estado de maior imunodeficiência, e assim, têm pior prognóstico. Verificou-se que quanto mais longo o internamento, maior a probabilidade de adquirir infeção. A identificação dos microrganismos mais frequentes na UQ deve fundamentar os protocolos de antibioterapia empírica da unidade.

REFERÊNCIAS 1. David N. Herndon. Total Burn Care. 4th Edition. Saunders;2012. p 310-12 | 2. J Burn Care Res. 2006 Mar-Apr;27(2):152-60

PO100-M1502

EDEMA PULMONAR INDUZIDO POR NALOXONA - DESCOMPLICANDO UMA COMPLICAÇÃO



EMANUEL ALMEIDA¹; MARTA MARTINS¹; GONÇALO FERREIRA¹; PEDRO ANTUNES¹; PAULA GAGO¹; ANA PAULA CARVALHO¹

1 - Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria - Serviço de Anestesiologia

INTRODUÇÃO

A naloxona é um fármaco usado para reverter a acção opióide, no entanto, a sua administração não é desprovida de riscos, podendo cursar com reacções severas.

É objectivo deste trabalho apresentar e discutir um caso de edema pulmonar pós-administração de naloxona, revendo a corrente literatura de modo a melhor compreender a sua fisiopatologia e diagnóstico diferencial.

CASO CLÍNICO

Sexo masculino, 89 anos de idade, sem antecedentes médicos relevantes, admitido por hematoma subdural agudo, proposto para craniotomia e drenagem de hematoma urgente.

Submetido a anestesia geral balanceada, com propofol, fentanil e rocurónio, sob ventilação em modo de pressão controlada. O procedimento foi concluído sem qualquer intercorrência e o doente extubado, após reversão do bloqueio neuromuscular residual.

Pouco após a extubação, o doente iniciou quadro de inconsciência e bradipneia severa, com pupilas mióticas, tendo-se administrado naloxona 0,2 mg EV para reverter o suspeitado efeito residual do opióide. Imediatamente, os movimentos da parede torácica tornaram-se vigorosos e com um padrão respiratório anómalo. Suspeitou-se de obstrução da via aérea superior, tendo-se procedido a permeabilização através da manobra tripla e colocação de tubo de Guedel.

Alguns minutos depois, o doente iniciou episódio de tosse com expectoração rosada e arejada, acompanhada de dessaturação periférica, apesar de administração de O₂ suplementar com FIO₂ 1, com uma frequência respiratória de 24 cpm e frequência cardíaca de 140 bpm. Auscultação pulmonar revelou ferveores crepitantes difusos bilateralmente. Procedeu-se à reintubação orotraqueal do doente e administrou-se furosemida, morfina e amiodarona, com boa resposta hemodinâmica. Após estabilização clínica, transferiu-se o doente para a Unidade de Neurocirurgia. RX tórax evidenciou infiltrados difusos bilaterais.

Nas 24 horas seguintes, a condição clínica do doente melhorou progressivamente, sob oxigenoterapia suplementar. O ecocardiograma realizado estava normal. Repetiu-se o RX tórax que revelou resolução completa dos infiltrados.

O doente teve alta no quarto dia pós-operatório, sem qualquer sequela.

DISCUSSÃO

O edema pulmonar induzido por naloxona é uma complicação

rara. O mecanismo proposto tem sido discutido em diversos estudos, consistindo na estimulação simpática excessiva em resposta à dor, com o deslocamento de sangue da circulação sistémica para o leito pulmonar, contudo, outros diagnósticos devem ser considerados e discutidos individualmente, nomeadamente a sobrecarga de fluidos, eventos cardíacos, reacção alérgica, aspiração e obstrução da via aérea.

Da análise deste caso recomenda-se que uma via aérea patente deve estar assegurada antes da administração de naloxona e que a utilização deste fármaco se deve acompanhar de excepcional precaução e vigilância constante.

REFERÊNCIAS Anaesthesist. 2012 Feb;61(2):129-36
Acta Anaesthesiol Taiwan. 2010 Sep;48(3):155-7

PO101-M1646

CUMPRIMENTO DE GUIDELINES DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA EM MEDICINA PRÉ-HOSPITALAR



FILIPA MADEIRA¹; RITA BORGES¹; TERESA LAPA¹

1 - Serviço de Anestesiologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

De 2007 a 2012 foram registados, pelo INEM, 24028 casos de Paragens Cardio-Respiratórias (PCR) das quais 555 apresentaram retorno da circulação espontânea, sendo que apenas 302 casos sobreviveram ao evento inicial.¹ De facto, existe uma grande variabilidade no número de sobreviventes reportado, sem que se tenha encontrado fundamentação para esta variabilidade. Em 2013, o ILCOR (*International Liaison Committee on Resuscitation*) propunha uma "fórmula para a sobrevivência" após paragem cardíaca, caracterizada pela interligação de 3 factores: a qualidade das guidelines instituídas, a educação eficiente dos cuidadores e o bom funcionamento da cadeia de sobrevivência.² O objectivo deste trabalho é avaliar o cumprimento das *guidelines* de Suporte Avançado de Vida (SAV), implementadas em 2010, no âmbito do pré-hospitalar.

METODOLOGIA

Aplicação de questionário (elaborado para testar o cumprimento das guidelines SAV 2010 propostas pelo Conselho Europeu de Ressuscitação) a médicos e enfermeiros que desenvolvem actividade profissional em contexto pré-hospitalar e subsequente análise estatística dos dados obtidos.

RESULTADOS

Na amostra testada (N=32), 59% dos inquiridos eram médicos (68% especialidades médicas, 26% anestesiológicas e 5% especialidades cirúrgicas) e 40% enfermeiros. A maior parte da população alvo, teve mais de 75% de respostas correctas, mas apenas 12,5% acertaram em mais de 90% das respostas. Em relação ao Suporte Básico de Vida, a guideline que foi menos implementada é a que recomenda novo pedido de ajuda e início de manobras de SBV após VOSP (Ver, Ouvir, Sentir e Palpar Pulso) negativo. Em relação à aplicabilidade das guidelines em

SAV, as perguntas mais falhadas prendem-se com a intensidade do choque em desfibrilhadores bifásicos e sobre as medidas a aplicar num doente, monitorizado com pás, que desenvolve fibrilhação ventricular (testemunhada). Não se verificou diferença na performance entre médicos e enfermeiros. No entanto, verificou-se que inquiridos que fizeram curso de recertificação aplicam as recomendações com mais eficácia em relação aos que não o fizeram ($p < 0.05$).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Os autores concluem que é essencial a certificação de profissionais do pré-hospitalar no sentido de garantir a aplicabilidade das guidelines instituídas e, com isso, uma melhoria da sobrevivência. Neste contexto, sublinha-se ainda a eventual necessidade de cursos de duração breve e de carácter obrigatório, em formato de simulação de cenários/ e-learning para os técnicos já certificados. Destaca-se também a necessidade de estudos visando a comparação de performance entre várias escolas de recertificação, por forma a melhorar a qualidade e a consistência da formação instituída.

REFERÊNCIAS 1. Resuscitation 2013, 84S: 54; 2) Resuscitation 2013, 84: 1487-1493

PO102-M1705

CASUÍSTICA DE TRAUMA DO VEÍCULO DE EMERGÊNCIA MÉDICA E REANIMAÇÃO



SOFIA MARQUES¹; NUNO RICARDO XAVIER CORREIA MOINHO¹

1 - Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar e universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

A traumatologia é um evento súbito de variável intensidade com agressão física ao ser humano que pode cursar com alterações psíquicas, físicas ou mesmo vitais em carácter agudo e crónico.

É importante demonstrar a variação do tipo de trauma existente, quer para promover a prevenção junto da população, quer para o incentivo à formação cada vez mais específica e orientada dos profissionais com vista a melhorar a performance e os outcomes para as vítimas de trauma ¹.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo do último trimestre de 2013 das situações clínicas da Viatura Médica de Emergência e Ressuscitação (VMER) a que os autores pertencem.

Foi utilizada a triagem diagnóstica realizada pelo médico da VMER.

A análise estatística foi realizada com Microsoft Excel e SPSS versão 20.0®.

RESULTADOS

Os resultados são apresentados de forma sumária nas tabelas em anexo.

Tabela 1- Distribuição perante diagnóstico

Trauma - diagnóstico	Incidência	Média de idade (anos)
Politraumatizado	15% (n=9)	34
Abdominal	9% (n=5)	45
Torácico	3% (n=2)	46
Membros	34% (n=20)	42
TCE	32% (n= 19)	40
Traumatismo Vertebro Medular	7% (n=4)	47

Tabela 2- Distribuição perante causa

Trauma - causa	Incidência	Média de idade (anos)
Queimado	5% (n=3)	47
Acidente de viação	36% (n=21)	37
Queda ambiental	5% (n=3)	52
Queda da própria altura	17% (n=10)	65
Atropelamento	15% (n=9)	23
Agressão	10% (n=6)	34
Morte	5% (n=3)	46
Outros	5% (n=3)	54
Desconhecida	2% (n=1)	60

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Da análise realizada, foram identificadas 488 ocorrências, mantendo-se o trauma uma relevante causa de ativação da VMER (12%) com uma média de idades de 40 anos e mortalidade existente no pré-hospitalar por traumatologia de 5,9%. Maioritariamente as vítimas de trauma são do sexo masculino (64%); a população pediátrica apresenta uma incidência de 7%. Realçamos que os casos de morte foram todos em doentes politraumatizados. A causa mais frequente de ativação da VMER são os acidentes de viação com média de idades de 37 anos, e o Traumatismo Crâneo Encefálico e de membros, foram os dois maiores grupos de diagnóstico das ativações. O atropelamento ocorre numa faixa etária mais jovem.

Pretendemos com esta estatística descritiva, dar início a um estudo alargado para reforçar a ideia da necessidade de sensibilização da população para a prevenção do trauma, devido aos riscos inerentes a comorbilidades decorrentes do trauma para os doentes e para o nosso país ².

Uma população jovem e saudável permite o crescimento económico do país pelo que os profissionais de saúde para além da especialização em áreas de trauma, devem apostar também na constante prevenção e sensibilização junto da população.

REFERÊNCIAS 1. Relatório CRRNEU, Reavaliação da Rede Nacional de Emergência Médica 2012 | 2. Abordagem à vítima de trauma na fase pré- hospitalar, Pedro Verão

PO103-M1721

EDEMA PULMONAR DE PRESSÃO NEGATIVA POR EPIGLOTITE AGUDA



CARINA GOUVEIA¹; JOANA MARQUES¹; SANDRA DIAS¹; TERESA VAZ PATTO¹

1 - Centro Hospitalar Lisboa Central

INTRODUÇÃO

A Epiglotite Aguda (EA) é uma inflamação da epiglote e estruturas supraglóticas adjacentes que pode implicar risco de vida eminente. O diagnóstico precoce pode ser difícil pelo que o limiar de suspeição deve ser baixo. A obstrução alta da via aérea pode levar ao desenvolvimento de edema pulmonar de pressão negativa (EPPN) cujo quadro inicial pode incluir hipoxémia, expectoração serosa com espuma e alterações ao nível da radiografia do tórax com infiltrados difusos intersticiais e alveolares. A ocorrência de EPPN é frequentemente subdiagnosticada resultando num aumento da morbi-mortalidade associada.

CASO CLÍNICO

Apresentamos o caso clínico de um homem de 47 anos que recorre ao serviço de urgência com dificuldade respiratória súbita associada a estridor, que impedia qualquer forma de discurso e que se agravou progressivamente ao longo de 6 horas. Descobriam-se antecedentes pessoais, medicação habitual ou história de alergias. À entrada na sala de emergência procedeu-se à administração de 0,5mg de Adrenalina subcutânea e 200mg de Hidrocortisona por via endovenosa sem melhoria clínica. Com a observação conjunta pela equipa de Anestesiologia e Otorrinolaringologia, realizou-se uma nasofaringolaringoscopia que revelou edema supraglótico exuberante sem permeabilidade glótica. Não se realizaram tentativas de intubação orotraqueal e tomou-se a decisão multidisciplinar de avançar para a realização de uma via aérea cirúrgica. O doente foi submetido a traqueostomia sob anestesia local e iniciou-se ventilação mecânica com grande melhoria clínica, sendo transferido para a UCI. As radiografias de tórax seriadas revelaram um EPPN rapidamente progressivo que foi prontamente diagnosticado. Duas horas após a traqueostomia o doente fez o desmame da ventilação mecânica com sucesso. Durante o internamento o doente realizou antibioticoterapia empírica endovenosa, metilprednisolona e terapêutica diurética. Foi descanulado após nove dias e teve alta para o domicílio.

DISCUSSÃO

A Epiglotite Aguda é uma emergência médica relativamente incomum na população adulta e requer um alto nível de suspeição e uma abordagem rápida e multidisciplinar. A articulação entre a equipa de Anestesiologia e Otorrinolaringologia foi fundamental neste caso, assim como a atitude de optar por uma via aérea cirúrgica perante a baixa probabilidade de sucesso de intubação oro-traqueal por laringoscopia directa. O reconhecimento precoce do EPPN foi fundamental para o prognóstico do doente, permitindo a intervenção terapêutica rápida. Estas duas entidades raras, por vezes inter-relacionadas, requerem um alto nível de suspeição e uma abordagem terapêutica multidisciplinar, em particular no que diz respeito à abordagem da obstrução alta da via aérea sem uma causa imediatamente identificável.

REFERÊNCIAS Hong Kong j.emerg.med. 2001;8:227-231
Indian Journal of Anaesthesia 2007; 51 (5): 429-431
Swiss Med Wkly 2002;132:541-547

PO104-M1725

EMERGÊNCIA INTRAOPERATÓRIA POR IATROGENIA

MIGUEL PAIVA¹; DANIEL MADEIRA¹; RAQUEL CABRAL¹;
SOFIA MARQUES¹; FRANCISCO MATIAS¹; MAFALDA MARTINS¹



1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Serviço de Anestesiologia

INTRODUÇÃO

Predominantemente iatrogénica, a embolia gasosa intraoperatória é uma complicação rara, mas grave, cuja incidência tem vindo a aumentar^{1,2}. Os riscos estão aumentados em caso de gradiente de pressão elevado favorecendo entrada de ar em circulação devido a comunicação directa entre a fonte de ar e a vascularização por falta de integridade da mucosa³. Está descrito que surge com maior frequência em neurocirurgia com o doente em posição sentada, embora possa surgir noutras circunstâncias. Descreve-se um caso de embolia gasosa, como complicação de endoscopia diagnóstica intraoperatória, condicionando paragem cardíaca.

CASO CLÍNICO

Doente de 67 anos, submetido a laparotomia exploradora, sob anestesia geral balanceada, por suspeita de fístula intestinal nove dias após ressecção segmentar de jejuno por tumor carcinoide do mesentério. Trinta minutos após início da intervenção, verificou-se hemorragia activa. Realizada endoscopia digestiva diagnóstica intraoperatória com introdução pelo orifício fistuloso. Após rápida insuflação o doente apresenta subitamente grave instabilidade hemodinâmica súbita com bradicardia sinusal, pressão arterial e oximetria não mensuráveis, engurgitamento jugular, cianose e CO₂et de 3 mmHg, culminando em paragem cardio-respiratória em dissociação electro-mecânica. Iniciaram-se manobras de SAV, compressões cardíacas internas e externas. Terapêutica: adrenalina 1mg. Posicionou-se em Trendlemburg, Fi O₂ para 100%, realizou-se gasimetria arterial, cateterização da veia jugular interna direita para tentativa de aspiração de ar. Recuperado o pulso, com ritmo de BAV completo, aplicado pacemaker externo, colocada perfusão de dopamina e noradrenalina com estabilização hemodinâmica. Marcadores de isquémia miocárdica sem alterações relevantes. Ecocardiograma transtorácico com boa função cardíaca. Transportado para UCPA, mantido com pacemaker externo durante 2 horas, extubado após 12 h de ventilação controlada, com recuperação completa, a nível ventilatório, hemodinâmico, neurológico.

DISCUSSÃO

Face a hemorragia digestiva a insuflação sob altas pressões provocou uma embolia gasosa, evoluindo para paragem cardio-respiratória em ritmo não desfibrilável. As manobras de SAV, reverteram este estado clínico, surgindo o ritmo de BAV completo, que se atribui a isquémia miocárdica transitória, com necessidade de suporte com pacemaker externo. A rapidez de diagnóstico foi fundamental para a evolução favorável deste quadro clínico. Com a exposição deste caso, pretendemos alertar para o risco de iatrogenia e para a necessidade de prevenir estas situações adversas realizando todos os procedimentos, sobretudo os mais invasivos, com a parcimónia adequada.

REFERÊNCIAS 1. Adv Anat Pathol. 2009 Jul;16(4):255-62. 2-Eur J Gastroenterol Hepatol. 2010 Oct;22(10):1157-62. 4-Anaesth Intensive Care. 2004 Apr;32(2):260-4

PO105-N1515

DOR NO PÓS-OPERATÓRIO DE PRÓTESE TOTAL DO JOELHO: COMPARAÇÃO ENTRE TRÊS TÉCNICAS



LÚCIA MARIA¹; JOANA DIAS¹; JOAQUIM FERREIRA¹; ANA MARINHO¹; DIANA VIEIRA¹; NEUSA LAGES¹

1 - Centro Hospitalar do Alto Ave – Guimarães

INTRODUÇÃO

O controlo da dor após cirurgia de Prótese Total do Joelho (PTJ) assume um papel primordial, influenciando a recuperação e a satisfação dos pacientes ¹.

A analgesia epidural e os bloqueios periféricos são as técnicas mais utilizadas no peri-operatório, no entanto permanecem dúvidas acerca de qual será a mais eficaz ².

O objectivo deste estudo retrospectivo foi comparar a eficácia de três diferentes técnicas analgésicas para o controlo da dor após cirurgia de PTJ: bloqueio epidural (BE), bloqueio femoral contínuo (FC), e bloqueio femoral contínuo associado a bloqueio "single-shot" do nervo ciático por via poplítea (FC + C).

METODOLOGIA

Foram consultados os processos dos doentes submetidos a PTJ durante o ano de 2012, dos quais 131 pacientes preencheram os critérios de inclusão e foram divididos em três grupos: BE, FC e FC+C.

Todos os bloqueios periféricos foram ecoguiados.

Em todos os doentes foi avaliada a dor através de escala numérica às 24 e 48 horas após a cirurgia, tendo sido comparada entre os três grupos, bem como os efeitos laterais e a necessidade de terapêutica analgésica de resgate.

Para tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa SPSS 22.0®.

RESULTADOS

Não verificámos diferenças significativas na escala de dor entre os três grupos de pacientes.

O grupo FC+C foi o que necessitou de menos analgesia de resgate, embora esta diferença não tenha sido estatisticamente significativa.

Efeitos laterais como náuseas, vômitos e prurido apenas ocorreram no grupo BE.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente à dor pós-operatória entre os três grupos.

Podemos concluir que os bloqueios periféricos ecoguiados são uma boa alternativa à analgesia epidural, dado que representam técnicas seguras, menos invasivas, com menor potencial de efei-

tos laterais, e com resultados analgésicos similares após cirurgia de PTJ.

REFERÊNCIAS 1. Indian J Anesthesia 2012;56:270-5
2. Br J Anaesth 2008;100:154-64

PO106-N1652

SÍNDROME DO NERVO CLUNEAL: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO COM RADIOFREQUÊNCIA PULSADA



GABRIELA COSTA¹; SANDRA CARNEIRO²; CATARINA COSTA²; LUÍSA MOREIRA²; RAQUEL FERNANDES²; LUÍS AGUALUSA²

1 - Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa - Hospital Padre Américo EPE;
2 - Unidade Local de Saúde de Matosinhos - Hospital Pedro Hispano EPE

INTRODUÇÃO

O Síndrome do Nervo Cluneal (SNC) representa 10% das lombalgias baixas e caracteriza-se por dor lombar com irradiação para a nádega ipsilateral ¹. A Radiofrequência Pulsada (RFP) do tecido nervoso é uma técnica minimamente invasiva e eficaz no tratamento da lombalgia. A RFP do Nervo Cluneal Superior (NCS) começou recentemente a ser utilizada no tratamento do SNC numa Unidade de Medicina de Dor (UMD) portuguesa. Pretendemos compreender os critérios de referência e diagnóstico do SNC, bem como a eficácia do seu tratamento com RFP do NCS.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo dos pacientes submetidos a RFP do NCS para o tratamento do SNC no Bloco de Ambulatório durante o ano 2013. Pesquisamos os dados dos registos clínicos da Consulta Externa (CE). Foram recolhidas as características da população (sexo, idade e ASA), critérios de referência (localização e duração da dor e especialidade médica que referenciou), critérios de diagnóstico (localização e características da dor, sinal de Tinel e bloqueio teste), procedimentos prévios e avaliação da eficácia da RFP do NCS (alta da UMD após o procedimento). As variáveis quantitativas foram definidas em termos de média e desvio padrão e as qualitativas em percentagem.

RESULTADOS

A amostra é composta por 40 pacientes (média de idade e desvio padrão 54 anos \pm 8,2), 75% do sexo feminino, 55% ASA II e 45% ASA III. Os doentes foram maioritariamente referenciados para UMD pela especialidade de Ortopedia (55%) e Medicina Geral e Familiar (17,5%), sendo os principais motivos de referência a Lombalgia com irradiação plurissegmentar unilateral (35%) e bilateral (15%), com duração da dor superior a 1 ano em 77,5% dos casos. O bloqueio teste do SNC foi realizado em 17,5% dos doentes, cujo resultado foi positivo na totalidade dos casos. Foi efectuada RFP e infiltração do NCS no mínimo com 10 ml de Anestésico Local (97,5%) ou Anestésico Local e Corticóide (2,5%), sob sedação/analgesia. Em 59% dos casos, os pacientes foram previamente submetidos a outros procedimentos na UMD. Após a RFP e infiltração do NCS 17,5% doentes tiveram alta da

CE (71,4% em menos de 6 meses), 30% continuam na CE por outros motivos, 32,5% aguardam CE de reavaliação e 20% não obtiveram melhoria da dor.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O SNC é uma etiologia a considerar nos doentes referenciados por lombalgia baixa que tem sido menosprezada. A maioria dos doentes apresenta uma duração de dor prolongada (superior a 1 ano). Não foram encontradas referências sobre RFP do NCS no tratamento do SNC. No entanto, trata-se de uma técnica com vantagens terapêuticas evidenciadas pela percentagem de doentes com melhoria sintomática (47,5%) e elevada percentagem de doentes com alta da CE em menos de 6 meses após procedimento. A descompressão cirúrgica do nervo é reservada aos casos de dor intensa após falha do tratamento conservador e da RFP. Por tratar-se de um estudo retrospectivo, não foi possível apresentar uma avaliação quantitativa da dor.

REFERÊNCIAS 1 J Neurosurg Spine. 2013; 19(1): 76-80

PO107-N1672

PATIENT-CONTROLLED ANALGESIA (PCA): QUE PARÂMETROS SE CORRELACIONAM COM BÓLUS NÃO ADMINISTRADOS?



HELENA DUTRA FIGUEIRA¹; MARTA ARAÚJO¹; CATARINA S. NUNES¹; SÓNIA MACHADO¹; ANA RITA SANTOS¹

1 - Centro Hospitalar do Porto

INTRODUÇÃO

A PCA com administração de morfina endovenosa (ev) é uma técnica analgésica utilizada com frequência no nosso hospital para o tratamento da dor aguda. O protocolo mais usado é bólus de 1mg, lockout 7 minutos, sem perfusão contínua. Alguns doentes utilizam a PCA de forma “inadequada” fazendo pedidos de bólus superiores aos administrados. A compreensão da técnica pelos doentes, a vigilância pelos profissionais de saúde e uma prescrição adequada são fundamentais para garantir a sua eficácia e segurança.

O objetivo do trabalho foi identificar fatores correlacionados com o pedido inadequado de bólus de morfina em doentes com analgesia por PCA, que possam ajudar a selecionar os doentes no pré operatório e alertar para a necessidade de intensificar o ensino da PCA ou otimizar analgesia.

METODOLOGIA

Avaliação retrospectiva do processo clínico eletrónico (consulta dos registos da Unidade de Dor Aguda) dos doentes que estiveram com analgesia com morfina ev por PCA nos últimos 2 anos. Registo de sexo, idade, peso, estado físico ASA, tipo de dor, tipo de intervenção cirúrgica, consumo total de morfina, dias de necessidade da PCA, presença de perfusão de base. Comparação do ratio do total de bólus pedidos/administrados (P/A) entre grupos de doentes através do teste t ou one-way ANOVA. Foi

aplicado o índice de correlação de Pearson e modelo de regressão linear entre o ratio e variáveis numéricas. Significância estatística P < 0,05. Resultados são apresentados como percentagem ou média ± desvio padrão.

RESULTADOS

Incluídos 930 doentes: dor pós-operatória (95,4%), dor isquémica (1,8%), dor traumática (1,2%) e outros (1,6%); idade média 50,7 ± 19,6 anos; peso 69,0 ± 14,7 Kg; dias com PCA 2,7 ± 2,5; consumo total de morfina (mg/kg): 0,9 ± 2,1; ratio P/A: 2,0 ± 2,9. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as médias do ratio P/A dos grupos de doentes divididos por sexo, estado ASA, tipo de dor, intervenção cirúrgica e presença de perfusão de base (Tabela 1). Não houve correlação entre o ratio e peso, dias com PCA ou o consumo total de morfina. A idade teve uma correlação positiva com o ratio (R = 0,128, p < 0,01) e provou ser fator preditor independente. Por outro lado, foi encontrada correlação inversa entre o consumo total de morfina e idade (R= -0,104, p < 0,01).

		% n	Média P/A ± DP	P valor
Sexo	Feminino	48,9%	2,0 ± 2,6	p0,78
	Masculino	51,1%	2,1 ± 3,3	
ASA I – IV	I	14,1%	1,5 ± 0,8	p0,22
	II	46,1%	2,1 ± 2,8	
	III	25,4%	2,1 ± 4,2	
	IV	14,4%	2,3 ± 2,3	
Tipo de dor	Pósoperatória	95,4%	2,0 ± 3,0	p0,84
	Isquémica	1,8%	2,3 ± 2,5	
	Traumática	1,2%	1,3 ± 0,3	
	Outras	1,6%	2,3 ± 1,7	
Intervenção Cirúrgica	Abdome /pelve	53,9%	2,1 ± 3,2	p0,21
	Membro inferior - ortopedia	17,4%	1,9 ± 1,7	
	Membro inferior - vascular	3,5%	1,9 ± 1,5	
	Escoliosa	10,1%	1,4 ± 0,9	
	Cirurgia da coluna	11,7%	2,7 ± 4,7	
	Membro superior	2,0%	1,3 ± 0,4	
	Tórax	0,8%	1,4 ± 0,4	
Perfusão de base	Cabeça e pescoço	0,5%	1,3 ± 0,5	p0,80
	Sim	4,2%	2,2 ± 1,5	
	Não	95,8%	2,0 ± 3,0	

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A razão entre o total de bólus pedidos/administrados aumenta com a idade. Outros fatores estudados parecem não interferir com o ratio. Este aumento não se reflete em maior consumo de morfina, número de dias com PCA ou maior frequência de associação de perfusão de base ao protocolo da PCA. Pode haver diversas razões para o maior número de bólus não administrados para além de dor não controlada, incluindo a ansiedade, confusão ou uso inadequado pelo doente por incompreensão do funcionamento da PCA. É importante reconhecer estas situações, especialmente em doentes idosos, para que possam adequar a utilização da PCA garantindo maior eficácia e segurança.

PO108-N1683

A PRESENÇA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM DOENTES COM DOR CRÔNICA ONCOLÓGICA ESTARÃO ASSOCIADAS À TAXA DE MORTALIDADE? – ESTUDO PROSPETIVO DE 120 DOENTES DURANTE UM ANO



CARLA RETROZ¹; TÂNIA RALHA²; PAULO ROBERTO^{1,2}; ACÍLIO MARQUES¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, HUC-CHUC,EPE;

2 - Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade da Beira Interior - FCS-UBI

INTRODUÇÃO

O aumento do risco de mortalidade na população oncológica com distúrbios depressivos tem vindo a ser estudado, mas o impacto global das variáveis psicológicas continua a ser alvo de investigação clínica, principalmente devido a extrema complexidade inerente a uma patologia oncológica. Este estudo tem como objetivo determinar a relação entre a depressão e a ansiedade com a taxa de mortalidade numa população oncológica com dor crónica seguida em regime de ambulatório e reforçar a importância do seu diagnóstico precoce.

METODOLOGIA

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Hospital e a totalidade dos doentes preencheram o consentimento informado. Um total de 120 doentes foi envolvido neste estudo, tendo completado na primeira consulta da Unidade de Dor Crónica questionários validados para ansiedade e depressão (Hospital Anxiety and Depression Scale- HADS) e para qualidade de vida (SF-36v2). A fase de recolha de dados ocorreu entre fevereiro de 2013 e fevereiro de 2014 inserida num estudo prospetivo multifatorial. Todos os dados foram analisados através do SPSS 20.0. A relação entre os resultados dos questionários e a mortalidade reportada foi efetuada através do teste de Mann-Whitney.

RESULTADOS

A mortalidade ao primeiro ano foi de 24,8%. Os níveis de ansiedade e depressão foram mais prevalentes nos doentes falecidos. Foi estabelecida uma associação entre mortalidade e depressão e mortalidade e ansiedade ($P=0,02$ vs $P=0,037$). No SF-36v2 estabeleceu-se uma relação com dois dos 4 parâmetros relacionados com a avaliação da componente mental: Função Social ($P=0,002$) e Saúde Mental ($P=0,039$).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Os sintomas de depressão e ansiedade foram mais prevalentes na população oncológica de dor crónica com maior mortalidade. Foi estabelecida uma associação entre depressão e mortalidade, com significância estatística. A relação estabelecida com os parâmetros da componente mental do SF-36v2 reforça a importância do estudo das variáveis psicossociais e uma abordagem rigorosa multidimensional das variáveis psicológicas do doente oncológico logo na primeira consulta. O diagnóstico precoce e o tratamento de sintomas depressivos e do componente mental global do doente de uma forma continuada, revelam-se fundamentais na abordagem do doente oncológico, com prováveis implicações na sobrevivência.

REFERÊNCIAS BMJ 2012;345:e4933 | Psychol Med. 2010 Nov;40(11):1797-810. Cancer. 2009 Nov 15;115(22):5349-61.

PO109-N1692

ALTERNATIVAS TERAPÊUTICAS NA NEURALGIA DO TRIGÉMEO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

MIGUEL PAIVA¹; RAQUEL CABRAL¹; LUCIANO PEREIRA¹; SOFIA MARQUES¹; FRANCISCO MATIAS¹; PAULA CAPELO¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Serviço de Anestesiologia

INTRODUÇÃO

A neuralgia do trigémio (NT) é uma dor facial crónica, habitualmente unilateral, com incidência na população de aproximadamente 0,3%. Caracteriza-se por surtos de dor intensa, início súbito, curta duração e difícil controlo¹. Devido ao difícil controlo da NT, a acupuntura tem vindo a sobressair como complemento à terapia farmacológica.² A acupuntura poderá então revelar-se coadjuvante da terapêutica farmacológica e cirúrgica. Descreve-se um caso de NT refratária que respondeu favoravelmente à associação de acupuntura à terapêutica farmacológica e cirúrgica, realçando os seus benefícios como complemento do tratamento da NT.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, 42 anos, com NT há 5 anos, aparentemente na sequência de tratamento dentário, a aguardar intervenção cirúrgica. Ao exame objetivo apresenta alterações cutâneas, alodínia, hiperalgesia e agravamento da dor precipitada pelo lavar dos dentes e barbear. Antecedentes Patológicos de doença de Krabbe, leucodistrofia ligada ao X, leucodistrofia metacromática, doença Refsum, xantomatose cerebrotendinosa, aminoacidopatias. Referenciado para a consulta em Unidade de Dor Crónica pela Neurologia, medicado com gabapentina, carbamazepina, amitriptilina, metamazol, alprazolam. Apesar dos vários esquemas terapêuticos instituídos, não houve resposta satisfatória, referindo dor grau 7 na escala VAS durante os surtos. Por não resolução da dor, inicia acupuntura, referindo dor grau 4 na escala VAS 6 horas após a primeira sessão e grau 2, 24 horas depois. Tratamento com 11 sessões, uma por semana. Pontos locais: 21SJ, 19SI, 6GV, 6ST, 20LI, 24REN, 23SJ, 2BL. Pontos gerais: Yintang, 6BP, 4LI, 36ST, 2LV Redução progressiva da medicação, intensidade e espaçamento das crises nevrálgicas. A Ressonância Magnética revelou contato vasculonervoso da porção cisternal do trigémio com artéria cerebelosa superior. Submetido a microdescompressão vascular da raiz do trigémio, tendo permanecido assintomático e sem qualquer terapêutica durante 7 meses. Posteriormente, verifica-se recidiva com queixas algícas intensas, tendo regressado à consulta de dor crónica. Reiniciou o mesmo esquema terapêutico com associação de farmacoterapia e acupuntura, novamente com alívio das queixas.

DISCUSSÃO

No caso relatado, a acupuntura mostrou-se eficaz no alívio da dor a curto e a longo prazo. Como descrito na bibliografia, este caso evidencia a importância da acupuntura na NT, que se revela segura, sem efeitos secundários relevantes e permite reduzir medicação contribuindo para melhoria clínica. Trata-se portanto de uma opção válida como coadjuvante da farmacoterapia e cirurgia.

REFERÊNCIAS 1- MClin.Evid.2009;03:1-22 2-Altern.Ther.Healt-Med.2010;16(6):30-5

P0110-N1708

BLOQUEIO DO GÂNGLIO ESTRELADO GUIADO POR ECOGRAFIA NUM DOENTE COM SÍNDROME DE DOR REGIONAL COMPLEXA TIPO II



MAURO PEREIRA¹; SARA CARNEIRO²; MIGUEL MARQUES²; PAULO EUSÉBIO³; DIAMANTINO PEREIRA¹

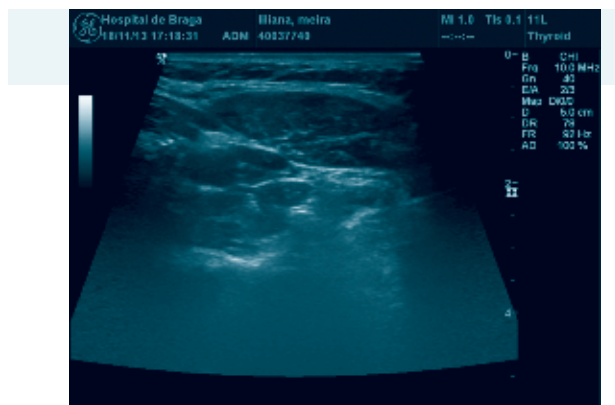
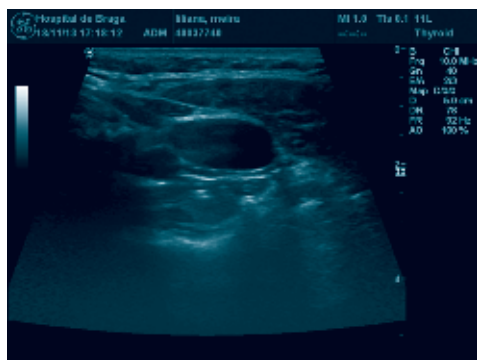
1 - Hospital de Braga

INTRODUÇÃO

O Bloqueio do Gânglio Estrelado (BGE) é utilizado para diagnóstico e tratamento de diversas doenças vasculares e do Síndrome de Dor Regional Complexa da cabeça, pescoço e membro superior.^{1,2} As sondas ecográficas de alta resolução permitem uma visualização pormenorizada e em tempo real das estruturas como os nervos, vasos, músculos e ossos, facilitando a execução das técnicas anestésicas, nomeadamente deste bloqueio.

CASO CLÍNICO

Sexo feminino, 33 anos, ASA II (HTA, obesidade mórbida, síndrome depressivo e fibromialgia). Seguida em consulta de dor crónica há dois anos por patologia fibromiálgica. Após cirurgia de libertação de nervo mediano em Junho de 2013 recorre à consulta com queixas de dor neuropática, mobilidade limitada, hipermia e hipersudorese do antebraço e mão direita, compatíveis com Síndrome de Dor Regional Complexa Tipo II. A doente iniciou tratamento conservador com pregabalina e paracetamol+tramadol, sem melhoria sintomática após um mês de terapêutica. A doente foi submetida a BGE direito sob controlo ecográfico, utilizando um ecógrafo GE e sonda linear de 10-13 MHz. Após a identificação da apófise transversa de C6, injetou-se 8 mg de ropivacaína a 0.2% e 8 mg de dexametasona, sob a fáscia pré-vertebral do músculo longo do pescoço. O procedimento decorreu sem intercorrências. A doente apresentou melhoria sintomática 10 minutos após a realização da técnica, aumentando significativamente a mobilidade da mão. Um mês após a realização do BGE, a doente apresenta melhoria clínica significativa, sem necessidade de analgésicos.



DISCUSSÃO

O BGE é referido na literatura como o tratamento mais eficaz no Síndrome de Dor Regional Complexa do membro superior.¹ O BGE guiado por ultrassonografia permitiu a visualização direta e em tempo real das estruturas anatómicas, evitando assim, os principais riscos deste procedimento (punção da glândula tireóide, esofágica, vascular e neuro-eixo). Por outro lado, esta técnica permite visualizar a dispersão do anestésico local, melhorando a sua eficácia e possibilitando a redução do volume ejetado.^{2,3} Apesar de existirem poucas referências na literatura, a utilização de ultrassonografia na realização do BGE mostrou-se uma alternativa válida, eficaz e mais segura comparativamente a fluoroscopia (técnica standard).

REFERÊNCIAS 1. Anesthesiology 2010; 113: 713-725 | 2. Pain Physician 2007; 10: 747-752 | 3. Regional Anesthesia 1995; 20 (4): 323-328

P0111-N1716

DOR AGUDA NO PÓS-OPERATÓRIO DE TIROIDECTOMIA TOTAL – NECESSIDADE DE OPIÓIDE?



LÚCIA CRODEIRO¹; MARGARIDA GONÇALVES²; DORA CATRÉ¹; ANDRÉ RATO¹; MELANIE DUQUE¹; NUNO SERRANO³

1 - Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE; 2 - Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE; 3 - Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, EPE

INTRODUÇÃO

A dor pós-operatória é a causa mais frequente de dor aguda. Uma analgesia insuficiente pode condicionar um internamento mais prolongado ou o recurso inesperado ao serviço de urgência. O uso de opióides na dor aguda continua a ser uma importante opção terapêutica¹. A sua utilização, como parte integrante de uma analgesia multimodal, exige a consideração dos efeitos secundários, como náuseas e vômitos, prurido, sedação, vertigens, obstipação e retenção urinária. O objetivo primário deste estudo foi avaliar se existe diferença na analgesia quando utilizados protocolos analgésicos com e sem opióides, até às 24h do pós-operatório de tireoidectomia total. O objetivo secundário foi avaliar a incidência de náuseas e vômitos, em função da terapêutica analgésica.

METODOLOGIA

Estudo de coorte retrospectivo realizado na Unidade de Dor Aguda do IPOLFG. Foram incluídos todos os doentes adultos submetidos a tiroidectomia total (n=316), num período de 24 meses. Estes foram divididos em dois grupos: um (grupo Opi) com 166 doentes em que se recorreu a protocolos de analgesia pós-operatória com opióides (tramadol ou petidina); outro (grupo NãoOpi) com 150 doentes em que não foi utilizado qualquer opióide. A eficácia analgésica foi avaliada segundo a dor estática e dinâmica (medidas através da escala visual analógica) e a opinião do doente (sem dor, dor suportável, sofrível ou insuportável). Os dados recolhidos foram analisados com recurso ao programa estatístico SPSS 20.0.

RESULTADOS

Não houve uma diferença significativa entre os 2 grupos no que diz respeito à dor estática e dinâmica máximas (média + DP respetivamente 0,32 +0,7 e 1,81 +1,7 no grupo Opi; 0,32 +0,8 e 1,68+1,7 no grupo NãoOpi), ou à opinião dos doentes relativamente à dor nas primeiras 24h do pós-operatório ($p>0,05$). Relativamente à incidência de efeitos laterais, o mais frequentemente encontrado foi náuseas e vômitos com uma incidência de 21,9% (25,9% no grupo Opi e 16,7% no grupo NãoOpi). Quando estudada a associação entre utilização de opióides e a incidência de náuseas e vômitos, esta foi estatisticamente significativa ($p=0,046$).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Apesar das diferentes modalidades analgésicas, verificou-se que em ambos os grupos houve um controlo semelhante e eficaz da dor aguda estática e dinâmica, independentemente da utilização ou não de opióides. No entanto, no nosso estudo a utilização de opióides neste contexto foi acompanhada de uma maior incidência de náuseas e vômitos. Desta forma, a não utilização de opióides deverá ser ponderada de acordo com as náuseas e vômitos inerentes ao seu uso.

REFERÊNCIAS 1. European Journal of Anaesthesiology. 2013; 30: 50-52

P0112-N1741

BPI COMO PREDITOR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO. ESTUDO PROSPECTIVO DE 120 DOENTES ONCOLÓGICOS COM DOR CRÓNICA.



CARLA RETROZ¹; TÂNIA RALHA¹; PAULO ROBERTO^{1,2}; ACILIO MARQUES¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 - Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade da Beira Interior, FCS-UBI

INTRODUÇÃO

A dor crónica não controlada é uma das variáveis de maior impacto na população oncológica, interferindo directamente na qualidade de vida do doente. O valor preditivo da dor crónica relativamente ao aparecimento de sintomas de ansiedade e

depressão tem vindo a ser estudado, não estando definido um instrumento padrão de maior validade na determinação dessa relação. Este estudo tem como objetivos: avaliar a existência de uma relação entre dor e depressão/ansiedade; determinar o valor preditivo na ansiedade e depressão de dois dos instrumentos disponíveis para caracterização da intensidade da dor (Brief Pain Inventory – BPI e Visual Analogue Scale – VAS).

METODOLOGIA

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Instituição, tendo a totalidade dos doentes preenchido o consentimento informado. Um total de 120 doentes foi envolvido neste estudo. Todos completaram na primeira consulta em Unidade de Dor Crónica um questionário validado para ansiedade e depressão (Hospital Anxiety and Depression Scale- HADS), tendo sido feita avaliação da intensidade da dor através do BPI (segundo a metodologia do questionário) e da VAS. A fase de recolha de dados ocorreu entre fevereiro de 2013 e fevereiro de 2014 inserida num estudo prospetivo multifatorial. Todos os dados foram analisados através do SPSS 20.0. Foram calculados os coeficientes de correlação de Pearson de forma a avaliar a relação entre as variáveis em estudo (BPI vs HADS e VAS vs HADS) com um intervalo de confiança de 99%.

RESULTADOS

Existe correlação significativa $p<0,01$ entre a dor avaliada pelo BPI e os scores de depressão e ansiedade obtidos na HADS, coeficiente de Pearson de 0.191 e 0.299 respetivamente. A correlação entre a dor reportada na VAS e os resultados do HADS não é significativa ($p=0,036$ para depressão e $p=0,012$ para ansiedade). Existe correlação forte (coeficiente de Pearson $\approx 0,7$) entre a dor do BPI e da VAS ($p<0,01$). A regressão linear permite inferir que aproximadamente 35% do score de depressão e 23% do score de ansiedade são dependentes da dor avaliada pelo BPI. Os restantes resultados parciais calculados no BPI estão moderadamente correlacionados (coeficiente de Pearson $\approx 0,5$) com o HADS de forma significativa ($p<0,01$). As várias dimensões do BPI estão interrelacionadas de forma linear (coeficiente de Pearson ≈ 1).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O questionário BPI tem melhor capacidade de predição das consequências psicológicas da dor oncológica do que a intensidade reportada na VAS. Isto sugere que a utilização deste questionário permite avaliar de forma mais adequada o impacto da dor na qualidade de vida dos doentes oncológicos. Apesar de valiosa na orientação terapêutica, a informação obtida pela VAS subestima a interferência na vida do doente.

REFERÊNCIAS BMC Cancer 2008, 8:177

P0113-N1745

DOR CRÓNICA PÓS-OPERATÓRIA: UM OUTCOME APÓS CIRURGIA



LUIS PEREIRA¹; PEDRO REIS¹; JOANA FREITAS²; DALILA VEIGA¹; ALICE SANTOS¹; FERNANDO ABELHA¹

1 - Centro Hospitalar de São João;
2 - Centro Hospitalar do Funchal

INTRODUÇÃO

A *International Association of the Study of Pain* (IASP) define Dor Crónica Pós-Operatória (DCPO) como uma dor persistente após 3 meses da cirurgia (após exclusão de outras causas). O objetivo deste estudo foi identificar a incidência e fatores associados ao desenvolvimento de DCPO.

METODOLOGIA

Estudo observacional prospetivo aprovado pela Comissão de Ética. Critérios de Inclusão: adultos com cirurgia eletiva em Junho de 2013. Calculou-se o tamanho da amostra para: incidência de 35%, intervalo de confiança de 90% e margem de erro de 5%, obtendo-se o valor de 175. Aplicou-se o Inventário Resumido da Dor – Formulário Abreviado (IRD-FA) pré- operatoriamente (T0), um dia após a cirurgia (T1) e 3 meses após cirurgia (T3). Na avaliação em T3, a primeira questão foi: “Ainda tem alguma dor que possa relacionar com a cirurgia realizada?” Os casos de resposta afirmativa foram considerados como tendo DCPO, depois de excluídas outras causas. Nestes doentes aplicou-se o Questionário McGill sobre Dor – Modelo Resumido. Usaram-se testes não-paramétricos e paramétricos para comparar variáveis numéricas, e o Teste do Qui-quadrado para variáveis categóricas.

RESULTADOS

175 doentes completaram o estudo e a incidência de DCPO foi 28%. As colecistectomias laparoscópicas associaram-se menos ao desenvolvimento de DCPO (8.3% vs 31.1%, $p=0.021$) e as artroplastias associaram-se mais à DCPO (50.0% vs 25.5%, $p=0,028$). A DCPO associou-se positivamente a dor prévia na área relacionada (51.4% vs 21.5%, $p< 0.001$), mesmo quando se excluem doentes com presença de dor aguda moderada a intensa (55.5% vs 10.1, $p=0.002$). A DCPO associou-se positivamente à presença de dor aguda moderada a intensa (37.0% vs 18.5%, $p< 0.021$), mesmo quando se excluem os doentes com dor prévia (32.2% vs 11.1%, $p=0.011$). Doentes com história de cirurgia prévia no local relacionado apresentaram mais casos de DCPO (50.0% vs 24.5%, $p=0.01$). A DCPO associou-se positivamente com a medicação habitual de benzodiazepinas (42.9% vs 23.5%, $p=0.015$) e antidepressivos (61.3% vs 21.3%, $p< 0.001$). Os doentes com DCPO apresentaram mais problemas relacionados com ansiedade e depressão (54.1% vs 20.6%, $p< 0.001$). Os doentes com DCPO e problemas relacionados com ansiedade e depressão apresentaram valores superiores nos valores de intensidade e interferência no IRD-FA e nos índices de classificação de dor ($p<0.05$). Não se detetaram diferenças para o género, idade, índice de massa corporal, diabetes e medicação com estatinas.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A dor aguda pós-operatória, a dor pré-operatória, história de cirurgia prévia no local relacionado, e distúrbios de ansiedade e depressão foram fatores associados ao desenvolvimento de DCPO.

PO114-01649

SIMULAÇÃO DE ALTA-FIDELIDADE EM EMERGÊNCIAS EM OBSTETRÍCIA – IMPACTO NA AUTOAVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS



SOFIA MARQUES^{1,2}; JOANA JESUS^{1,2}; RAQUEL CABRAL^{1,2};
EMÍLIA MARTINS²; ANTÓNIO AUGUSTO MARTINS^{1,2}; JOANA CARVALHAS^{1,2}

1 - Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - CHUC;
2 - Centro de Simulação Biomédica do CHUC

INTRODUÇÃO

As emergências em obstetrícia são potencialmente devastadoras, exigindo atuação interdisciplinar coordenada, rápida e efetiva. A simulação de alta-fidelidade proporciona a obstetras, anestesiastas e enfermeiros treino individual e em equipa na gestão destes eventos críticos, e a aprendizagem com esta metodologia pode-se traduzir em melhoria do desempenho na prática clínica.¹ O curso Emergências em Obstetrícia (EMOB) é concebido para possibilitar esse treino, que a formação clássica não contempla. O objetivo do estudo foi avaliar o impacto do curso EMOB na perceção individual dos formandos, acerca das suas competências na resolução de emergências em obstetrícia.

METODOLOGIA

Análise dos questionários anónimos feitos aos formandos - pré e pós-curso EMOB, em 2012 e 2013. Analisámos, antes e após o curso, as respostas às questões de autoavaliação sobre o conhecimento e a experiência em emergências em obstetrícia. Avaliámos ainda a satisfação e as expectativas relativas ao curso. Análise estatística realizada com SPSS 20.0® e teste t-student. Considerámos $p\leq 0,05$ com significância estatística.

RESULTADOS

Dos 54 participantes, 20 eram anestesiologistas (4 especialistas/ 16 internos), 25 obstetras (3 especialistas/ 22 internos) e 9 enfermeiros. Através de uma escala visual numérica de 10 pontos, relativamente ao conhecimento e à experiência, em emergências em obstetrícia verificou-se, pré e após o curso, (3,7 vs 5,1; $p=0,000$) e (4,9 vs 6; $p=0,000$), respetivamente. Relativamente à afirmação, “Vou alterar a minha prática clínica como resultado do que aprendi”, numa escala de 5 itens (1 - discordo totalmente e 5 - concordo totalmente), 76% concordaram totalmente e 24% concordaram parcialmente. A satisfação global em relação ao curso EMOB, utilizando uma escala visual numérica de 10 pontos foi 8,8 ($\pm 0,845$). Sobre os casos clínicos simulados, 98,1% dos participantes ($n=52$) mostraram-se satisfeitos ou muito satisfeitos. Sobre a introdução da simulação médica no programa formativo da respetiva especialidade, 62,3% ($n=34$) considera-a obrigatória ou, muito necessária (37,7% $n=20$).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A simulação multidisciplinar de alta-fidelidade pode melhorar a gestão de eventos críticos em obstetrícia, e o outcome materno -fetal.¹ Após o curso EMOB, os participantes melhoraram significativamente a perceção individual das suas competências (conhecimento e experiência) para a abordagem de emergências em obstetrícia. A intenção dos participantes de alterar a prática clínica é um indicador importante de aprendizagem efetiva. Os

nostros resultados são muito encorajadores e evidenciam que o treino de equipas multidisciplinares em emergências em Obstetrícia é fundamental. Futuramente, com uma amostra mais expressiva, pretendemos avaliar separadamente os diferentes grupos de profissionais.

REFERÊNCIAS 1 Semin Perinatol. 2013 Jun;37(3):146-50

P0115-01651

AVALIAÇÃO DA FALIBILIDADE HUMANA E COMPETÊNCIAS NÃO TÉCNICAS EM EVENTOS CRÍTICOS



RAQUEL CABRAL^{1,2}; SOFIA MARQUES^{1,2}; JOANA JESUS^{1,2}; EMÍLIA MARTINS²; ANTÓNIO AUGUSTO MARTINS^{1,2}; JOANA CARVALHAS^{1,2}

1 - Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - CHUC;
2 - Centro de Simulação Biomédica do CHUC

INTRODUÇÃO

Crisis Resource Management (CRM) refere-se ao conjunto de competências não técnicas ou comportamentais que permitem um trabalho de equipa eficaz em eventos críticos. Deficiências no trabalho de equipa e na comunicação têm sido frequentemente identificadas como responsáveis por piores outcomes.^{1,2} O treino destas competências, em ambiente de simulação, visa o aperfeiçoamento do desempenho das equipas de saúde. Pretendemos avaliar a perceção dos formandos sobre a importância dos fatores de falibilidade humana e das competências não técnicas, antes e após o treino de CRM em ambiente de simulação de alta-fidelidade.

METODOLOGIA

Durante os cursos de CRM - Obstetrícia de 2012 e 2013, os 54 participantes (20 anestesiológicas, 25 obstetras e 9 enfermeiros) foram distribuídos por equipas multidisciplinares de 4 ou 5 elementos com o propósito de resolverem vários eventos críticos graves. Analisámos os questionários anónimos, pré e pós-curso, incidindo nas respostas às questões relativas às competências não técnicas e aos fatores de falibilidade humana. A análise estatística utilizou o SPSS 20.0® através dos testes de Kolmonorov-Smirnov, Wilcoxon e *t-student*. Um valor de $p \leq 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

RESULTADOS

Os fatores de falibilidade humana: fadiga, stress, erros de fixação, comunicação, memória, ruído, atenção e facilitismo foram valorizados pelos participantes, através de uma escala visual numérica de 5 pontos, antes e depois do curso (Quadro 1). Também numa escala visual numérica de 5 pontos, a valorização relativa do treino de competências técnicas e competências não técnicas, antes e depois do curso, foi respetivamente (média±SD): pré-curso 4,37±1,02 vs 4,12±0,98 e pós-curso 4,24±0,82 vs 4,43±0,70. Sobre o grau de importância da inclusão das capacidades não técnicas na formação em cuidados de saúde, numa escala visual numérica de 5 pontos, obtivemos uma média de

3,72±1,23 no pré e 4,24±0,99 no pós-curso ($p=0,01$).

Quadro 1 - Importância atribuída aos factores de fiabilidade humana (escala numérica de 1-5) na gestão de eventos críticos

	Pré-curso Média (± SD)	Pós-curso Média (± SD)	p - Wilcoxon test
Fadiga	4,07 (±1,081)	4,33 (±0,766)	0,045
Stress	4,12 (±0,682)	4,29 (±0,667)	0,046
Erros de Fixação	3,93 (±0,894)	4,33 (±0,617)	0,020
Comunicação	4,37 (±0,725)	4,79 (±0,498)	0,002
Memória	3,53 (±0,827)	3,79 (±0,696)	0,019
Atenção	4,14 (±0,915)	4,25 (±0,837)	0,330
Lacunas de Conhecimento	4,02 (±0,801)	3,88 (±0,855)	0,297
Eventos raros	4,65 (±0,514)	4,27 (±0,795)	0,373
Ruído	3,47 (±0,855)	3,87 (±0,841)	0,005
Facilitismo	3,79 (±1,059)	3,87 (±0,841)	0,805

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A relevância atribuída aos fatores de falibilidade humana, aumentou significativamente, após o curso (Quadro 1), revelando que os casos clínicos vivenciados, em ambiente de simulação, durante o curso, evidenciaram o impacto que aqueles fatores têm na resolução de eventos críticos. No final do curso, os formandos inverteram a perspetiva inicial acerca da importância relativa das competências técnicas e não técnicas. Também se exprimiram claramente no sentido de que a formação em cuidados de saúde devia incluir o ensino destas aptidões. O nosso estudo revela a eficácia da aprendizagem e a consciencialização dos formandos para os princípios de CRM. Estes resultados fazem-nos considerar que atingimos os objetivos e incentiva-nos a continuar a formação neste domínio.

REFERÊNCIAS 1 Semin Perinatol. 2013 Jun;37(3):146-50 | 2 Semin Perinatol. 2011 Apr;35(2):89-96

P0116-01663

O ANESTESIOLOGISTA: A VISÃO DO DOENTE



CRISTIANA VALENTE PINHO¹; CAROLINA RIBEIRO²;
JOANA FREITAS³; DANIELA XARÁ⁴; TÂNIA AMARAL¹;
JOANA MOURÃO⁴

1 - Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar São João;
2 - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;
3 - Serviço de Anestesiologia do Hospital Central do Funchal;
4 - Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar São João/ Unidade de Anestesiologia e Terapia Perioperatória da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

INTRODUÇÃO

Este trabalho pretendeu avaliar o conhecimento dos doentes sobre as funções e responsabilidades do anestesiológista durante o período do perioperatório.

METODOLOGIA

Estudo prospetivo realizado durante 3 meses a doentes enviados à consulta de Anestesiologia (CA) dum centro hospitalar universitário. Antes da CA, um questionário anónimo foi dis-

tribuído aos doentes pelos administrativos da consulta ou por uma aluna do mestrado integrado em Medicina. Excluíram-se os doentes com idade < 18 anos, os analfabetos e os incapazes de assinarem o consentimento informado. O questionário era composto por uma primeira parte onde eram registadas as características demográficas, nível de escolaridade e a existência ou não de anestesia prévia (AP) e uma segunda parte em que se avaliava os conhecimentos dos doentes relativamente ao anestesiológico, formação profissional e responsabilidades atribuídas durante o período do perioperatório: assegurar que os doentes não acordem durante a cirurgia (NADC), gerir a dor pós-operatória, acordar o doente após a cirurgia (ADAC), prevenir náuseas e vômitos pós-operatórios, cuidar do doente no recobro, tratar problemas médicos (TPM), administrar antibióticos e efetuar transfusões sanguíneas durante a cirurgia (TSDC). Estas responsabilidades foram classificadas numa escala de 5 pontos, 1 = nenhuma responsabilidade a 5 = muita responsabilidade. Na análise estatística utilizou-se a análise de Friedman, Wilcoxon e teste de Kruskal-Wallis.

RESULTADOS

Analisaram-se 204 doentes, sendo 122 mulheres (59,8%) e 82 homens (40,2%). O Anestesiologista foi reconhecido como um médico especialista por 135 (66,2%) doentes; um técnico especializado por 28 (13,7%); um cirurgião especialista por 8 (3,9%); um enfermeiro especializado por 5 (2,5%). 108 doentes (52,9%) desconheciam qual o tempo necessário para a formação de um anestesiologista, 44 (21,6%) consideraram 5 anos e 52 (25,5%) consideraram > 5 anos. Assegurar que os doentes NADC foi a tarefa mais reconhecida como sendo da responsabilidade do Anestesiologista, comparativamente com todas as outras responsabilidades ($p < 0,05$). Efetuar TSDC foi a tarefa reconhecida em menor extensão, comparativamente com assegurar que os doentes NADC, ADAC e TPM ($p < 0,05$). Não houve diferenças estatisticamente significativas quando se considerou a existência de AP.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Neste estudo, a maioria dos doentes reconheceu o anestesiologista como médico especialista, embora subvalorizassem o tempo necessário para a sua formação. Há um desconhecimento das funções do anestesiologista durante o período perioperatório.

REFERÊNCIAS Rev Bras Anesthesiol, 2011; 61(6):720-7. Anestesia en Mexico, 2009; 21(3):174-178. Lancet, 2000; 355(9218): p. 1892.

P0117-01666

O QUE PREOCUPA OS DOENTES NA ANESTESIA?

JOANA FREITAS¹; CAROLINA RIBEIRO²; CRISTIANA PINHO³; DANIELA XARÁ³; TÂNIA AMARAL³; JOANA MOURÃO^{1,4}



- 1 - Serviço de Anestesiologia do Hospital Central do Funchal;
2 - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;
3 - Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar São João;
4 - Unidade de Anestesiologia e Terapia Perioperatória da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

INTRODUÇÃO

Apesar da baixa morbidade e mortalidade do ato anestésico, o medo de ser anestesiado constitui uma preocupação para os doentes. O objetivo deste estudo foi avaliar as preocupações dos doentes em relação ao ato anestésico.

METODOLOGIA

Estudo prospetivo realizado durante 3 meses aos doentes enviados a consulta de Anestesiologia. Antes da consulta de Anestesiologia um questionário anónimo com 12 questões foi distribuído aos doentes pelos administrativos da consulta ou por uma aluna do mestrado integrado em Medicina. Excluíram-se doentes com idade < 18 anos, analfabetos e indivíduos incapazes de assinarem o consentimento informado. Os dados demográficos, nível de escolaridade e número de anestésias prévias (AP) foram registados. As preocupações avaliadas foram: não acordar após a cirurgia (NAAC), acordar durante a cirurgia (ADC), colocação de cateter intravenoso, problemas médicos durante a cirurgia (PMDC), dor pós-operatória, diminuição da capacidade mental após a cirurgia (DCMAC), náuseas e vômitos pós-operatórios (NVPO) e infecção pós-operatória. As respostas foram classificadas segundo uma escala de 5 pontos (1 = nenhuma preocupação; 5 = muito preocupado). A análise de Friedman e os testes Kruskal-Wallis e Mann-Whitney U foram utilizados no tratamento estatístico dos dados. Um $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

RESULTADOS

Participaram no estudo 204 doentes. NAAC e a infecção pós-operatória foram as principais preocupações dos doentes quando comparadas com as restantes ($p < 0,05$). PMDC, dor pós-operatória, DCMAC e NVPO foram pontuados de igual forma quando comparados com a colocação de cateter intravenoso. A colocação do cateter intravenoso foi a preocupação menos valorizada quando comparado com as restantes ($p < 0,05$). Doentes do sexo feminino apresentam maior preocupação relativamente às variáveis ADC, NAAC, PMDC e NVPO ($p < 0,05$). Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa quando a existência de AP foi considerada.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Apesar de NAAC ser algo muito improvável, os doentes ainda desconhecem este facto. Como tal, é pertinente continuar a informar a população sobre a segurança atual da anestesia e dos procedimentos realizados no período peri-operatório.

REFERÊNCIAS J.Clin.Anesth.2013;25(2):85-91; Anestesia en Mexico 2009; 21(3):174-178.

P0118-01674

SÍNDROME DE BURNOUT EM INTERNOS DE ANESTESIOLOGIA

JOANA FREITAS¹; LUÍS PEREIRA²; CRISTIANA PINHO²; SÉRGIO ZENHA¹



- 1 - Serviço de Anestesiologia do Hospital Central do Funchal; 2 - Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar São João

INTRODUÇÃO

A Síndrome de *Burnout* (SB) é um problema social que prejudica a qualidade de vida do profissional de saúde e a qualidade do seu trabalho assistencial. Apesar da SB ter sido observada em várias especialidades médicas, os anestesiológicos são considerados um grupo de risco acrescido. O objetivo deste estudo foi avaliar a SB entre internos de anestesiologia e analisar características sócio-demográficas que podem conduzir ao seu desenvolvimento.

METODOLOGIA

Um questionário foi enviado a uma amostra de convivência de internos de anestesiologia durante 2 meses. Dados demográficos, estado civil, existência de filhos, ano de internato e ponderação de mudança de especialidade foram registados. O questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI) validado para português foi utilizado para avaliar o burnout segundo 3 escalas: burnout pessoal (BP), burnout relacionado com o trabalho (BT) e burnout relacionado com o utente (BU). Considerou-se como um elevado nível de burnout os valores ≥ 50 pontos em cada escala. No tratamento estatístico dos resultados foram utilizados testes paramétricos e não paramétricos. Um $p < 0.05$ foi considerado estatisticamente significativo.

RESULTADOS

Foram obtidos 42 questionários (proporção de participação de 40.0%). Dos inquiridos, a maioria eram do sexo feminino (69.0%), não tinham filhos (90.9%) e eram solteiros (69.0%). A média de idades foi de 28,1 anos. A maioria apresentou baixos níveis de burnout nas 3 escalas do CBI. Contudo, 30.0% apresentaram níveis elevados de BT e 32.9% níveis elevados de BP. As mulheres apresentam níveis elevados de BT e BP quando comparados com os homens ($p < 0.05$). Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa quando foram consideradas as variáveis: idade, estado civil, existência de filhos e ano de internato. Os inquiridos que responderam positivamente à questão "Já pensou em mudar de especialidade?" apresentam níveis elevados de BT e BP ($p < 0.05$).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Uma percentagem considerável de inquiridos apresentou níveis elevados de BT e BP, especialmente as mulheres. A análise das escalas do CBI permitirá uma melhor compreensão das causas subjacentes de *burnout*, possibilitando o desenvolvimento de medidas preventivas de forma a minimizar os efeitos da SB.

REFERÊNCIAS Journal of Occupational and Environmental Medicine, 2010; 52(10):964-70; Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 2006; 50(1):58-63.

P0119-Q1505

TEN YEARS REVIEW OF THE ANESTHETIC MANAGEMENT AND INTRAOPERATIVE OUTCOMES OF PATIENTS WITH BRUGADA SYNDROME



MÉLANIE DUQUE¹; DORA CATRÉ¹; LUÍS SANTOS²;

SANDY RIBEIRO²; ANTÓNIO COSTA²; JOSÉ PEDRO ASSUNÇÃO¹

1 - Serviço de Anestesiologia, CHTV;

2 - Serviço de Cardiologia, CHTV

INTRODUÇÃO

Brugada Syndrome (BrS) is a rare cardiac disease which is an important cause of sudden death at a relatively young age. Pharmacological interactions may induce fatal ventricular tachyarrhythmias. Avoidance of many drugs is recommended. 1 Our aim was to review the anesthetic management and perioperative outcomes of patients with BrS since 2004, in order to add experience to the limited pharmacological knowledge in BrS and to elaborate, in the future, an anesthetic protocol based on our experience and literature review.

METODOLOGIA

Anesthesia interventions, since November 2003, of patients followed by the Arrhythmology Group (AG) for suspected or diagnosed BrS were retrospectively reviewed and divided into 2 groups: diagnosed BrS (group 1) and high risk of BrS (group 2). Demographic data, ASA physical status classification, type of anesthesia, perioperative complications and hemodynamic changes were collected. Drugs used were compared with those recommended to be avoided or preferably avoided, published by specialists in the field at brugadadrugs.org. Data were analyzed with SPSS 20.0.

RESULTADOS

Our Hospital's AG follows 44 patients with BrS or risk of BrS. We identified 27 anesthetic interventions (17 in group 1 and 10 in group 2) for 16 surgeries, 7 CDI insertions and 4 labor analgesia. The attending physician knew that the patient had BrS in only 14 cases. Most were females (53%) and ASA II (48%). Median age was 41 years (4 pediatric cases). General anesthesia (GA) was mostly used (48%; n=13), followed by local anesthesia (LA) (33%; n=9) and epidural (Ep) (19%; n=5) for analgesia (n=4) or anesthesia (n=1). In GA propofol was used in 10 cases as the induction drug. Metoclopramide was used in 1 case. Lidocaine was used in 1 patient via Ep and in 8 for LA. Bupivacaine, infusion of propofol, ketamine and tramadol weren't used. CDI insertions and labor analgesia were excluded from hemodynamic analyses due to missing data. From the 16 available records, hemodynamic changes occurred in 5 cases, 3 of which had received propofol bolus (1 with BrS) and 2 thiopental bolus (both with BrS). There were no perioperative deaths or cardiac arrests.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Although anesthetic management in BrS patients underwent uneventfully, precautions must be taken when choosing the pharmacological approach.

REFERÊNCIAS 1. Can J Anesth (2011)58:824-36.)

PO120-Q1532

PROLONGED PARALYSIS AFTER SUCCINYLCHOLINE

SÓNIA MACEDO MARTINS DUARTE¹; GABRIELA COSTA²; MANUELA CASAL¹; FÁTIMA CRUZ¹



1 - Centro Hospitalar do Porto, Serviço de Anestesiologia;

2 - Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

INTRODUÇÃO

Succinylcholine (SCh) remains the only ultra-short-acting depolarizing blocking agent available today.¹ Its short duration of action is due to its rapid hydrolysis by butyrylcholinesterase (BCHE)(1). Rarely, patients present acquired or congenital BCHE deficiency with prolonged muscle paralysis and apnea.¹

Rocuronium used for prevention of SCh-induced fasciculation might contribute to muscle weakness.²

We present the anesthetic management of a patient with undiagnosed BCHE deficiency.

CASO CLÍNICO

Patient consent was obtained.

A 65-year-old male, history of hypertension, diabetes mellitus type 2, obesity and venous insufficiency, was scheduled for an elective surgery for correction of a foot finger claw.

Patient had received two previous general anesthetics, for an umbilical hernia operation and a finger foot amputation, no history of incidents.

Induction of anesthesia was achieved with midazolam 1mg, fentanyl 150ug, propofol 180mg, and for tracheal intubation, rocuronium 5mg (0,05mg/kg) and SCh 150mg (1,5mg/kg). The patient had ASA standard monitorization and peripheral nerve stimulation (PNS) for neuromuscular monitoring.

Operation lasted 35 minutes(m), at that time PNS had zero twitches in train-of-four and post-tetanic stimulation. Patient was then transferred to post-anesthesia care unit, sedated and ventilated.

7hours(h) 25m after SCh, with a neuromuscular recovery of 98%, patient presented effective spontaneous ventilation, no signs of breathlessness or muscle weakness, and was successfully extubated. Patient was transferred to hospital ward 90m later and discharged one day after, further recovery was uneventful.

Blood samples were drawn (2h after SCh) and BCHE was found to have low activity 2511U/L (normal (N)>5320U/L). Dibucaine number (DN) was 54 (N>75) suggesting heterozygosity for atypical BCHE variant.

One month later, BCHE and DN presented overlapping values, 2954 U/L and 54 respectively. Molecular genetic analysis is being considered.

DISCUSSÃO

BCHE deficiency, with associated abnormally prolonged neuromuscular blockade after SCh, may remain undiagnosed for decades until SCh is used.¹

When it seems apparent, BCHE levels and DN should be assessed, as well as genetic analysis, for information to patient and its family.¹

In this case, pre-treatment with rocuronium could also have been a contributing factor for prolonged paralysis(2).

This case report alerts for this rare but important condition, and reinforces the use of neuromuscular monitoring in anesthetic practice.

REFERÊNCIAS 1. Anesthesiology2005;102:531-5 | 2. Anesthesiology2005;103:877-84

PO121-Q1533

ANESTHETIC MANAGEMENT OF AN ADULT WITH ARTHROGRYPOSIS MULTIPLEX CONGENITA



SÓNIA MACEDO MARTINS DUARTE¹; ROSA MARIA LEITE PINTO²

1 - Centro Hospitalar do Porto, Serviço de Anestesiologia;

2 - Centro Hospitalar São João, Serviço Anestesiologia

INTRODUÇÃO

Arthrogryposis multiplex congenita (AMC) is a rare condition (estimated incidence 1:3000-10000), with multiple joint contractures.¹

The main anesthetic challenges are the difficult airway (craniofacial involvement worsens with age), myopathy, difficult iv access, pulmonary disease, intraoperative hyperthermia and altered response to muscular relaxants.¹

We present the anesthetic management of an adult patient with AMC.

CASO CLÍNICO

Patient consent was obtained.

A 32-year-old male, with diagnosed AMC, weighing 34kg, 111cm height, was admitted to an elective multiple tooth extraction surgery (presented recurring toothache in back tooth, not accessible due to reduced mouth opening).

Patient presented airway deformity, with narrow oral aperture, mallampati score of 4, prognathism, high arched palate, reduced tongue mobility, no mandibular mobility, short neck, no cervical mobility, no chin-to-chest distance with no anterior access to larynx or trachea (image 1).

Presented thoracic deformity and severe scoliosis (image 2), with restrictive pulmonary disease. Structural cardiopathy was excluded pre-operatively.

Peripheral iv access was obtained.

Difficult intubation cart was available in the room.

ASA standard monitoring was used (including peripheral temperature).

Intubation was performed by nasal flexible fiberoptic with analgesia with fentanyl 25ug and topical anesthesia with lido-

caïne. A 6,5mm tube was used. A deviation to the right of larynx and trachea was noticed.

After successful intubation, patient was induced with additional fentanyl 25ug and propofol 60mg.

During the procedure, patient was maintained in assisted ventilation, with sevoflurane and O₂/air and fractionated doses of fentanyl, no muscular relaxant was used. In case of need, monitor of muscular function was available in the room. Analgesia was performed with paracetamol and tramadol.

At the end of the procedure, patient was extubated obeying orders, with good volumes in spontaneous ventilation.

Postoperative period was uneventful.



Figura 1



Figura 2

DISCUSSÃO

This case report pretends to alert for anesthetic peculiar characteristics of AMC, presenting a safe and successful anesthetic management.

Patient presented many AMC deformities, requiring a safe and individualized anesthetic management.

Airway management through fiberoptic was the the best technique for this patient. Even more careful attention to airway patency was needed as there was no access to an emergency invasive airway due to neck deformity.

Patient was intubated in spontaneous ventilation and maintained in assisted one during all procedure avoiding the use of muscular relaxants.

Temperature and ETCO₂ were monitored and we avoided the main malignant hyperthermia triggering anesthetic agents. Extubation was performed safely.

REFERÊNCIAS 1. Anaesthesiology Intensive Therapy 2011; XLIII:79-81

P0122-Q1539

CATETERIZAÇÃO VENOSA CENTRAL: AVALIAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DE PRÁTICAS



JOANA JESUS¹; FRANCISCO MATIAS¹; TERESA LUGARINHO¹; INÊS CUNHA¹; MARGARIDA PEREIRA¹; LUCIANE PEREIRA¹

1 - Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – CHUC

INTRODUÇÃO

A cateterização venosa central (CVC) constitui um procedimento fundamental na prática diária dos anestesiológicos.¹ Contudo, está associada a importantes complicações, facto em parte responsável pela implementação da técnica guiada por ecografia, uma vez que está associada a uma redução das complicações.² O objectivo deste estudo foi identificar e caracterizar os modos de abordagem vascular central no serviço de anestesiologia onde exercemos actividade.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo prospectivo com duração de 6 meses (03-09/ 2013), propondo a todos os anestesiológicos que, sempre que colocassem um CVC, respondessem de forma anónima a um questionário pré-elaborado. Utilizou-se o SPSS® v.21 para análises estatísticas descritivas, gráficas e inferências. Avaliou-se a relação de vários parâmetros, incluindo incidência de punção arterial, progressão do fio-guia, número de tentativas de reorientação da agulha e de punções cutâneas, com a técnica de CVC usada (ecoguiada vs clássica). Usaram-se os testes Exacto de Fisher e Mann-Whitney, conforme adequado ($p \leq 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo).

RESULTADOS

Dos 59 questionários respondidos obtivemos que 64,5% das CVC foram realizadas em doentes com idade >50 anos, 61,1% em doentes com estado físico ASA ≥ 3 e 52,5% durante cirurgias urgentes. Apesar da técnica de CVC ecoguiada ter sido introduzida neste serviço há 2 anos (em 11/2011), a maioria dos anestesiológicos referiu que tinha mais experiência com esta técnica (76,3%) e que em 57,6% dos casos essa foi a técnica utilizada logo na primeira tentativa. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a técnica adoptada e a incidência de punção arterial ($p=0,421$), de dificuldade de progressão do fio-guia ($p=1,0$), de tentativas de reorientação da agulha ($p=0,137$) e número de punções cutâneas ($p=0,193$). A veia mais frequentemente cateterizada foi a veia jugular interna (89,8%) e a técnica mais comumente praticada foi a CVC ecoguiada (76,3%). Apenas 2 complicações foram reportadas, uma resultante da técnica clássica baseada em referências anatómicas (hemotórax) e outra da técnica ecoguiada (hematoma local), não tendo sido observadas diferenças com significância estatística entre ambas as técnicas.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

No serviço de anestesiologia visado a CVC ecoguiada é largamente realizada, seguindo as orientações clínicas da Agency for Healthcare Research and Quality que recomenda a utilização sistemática da ecografia nesta prática médica. Apesar da amostra reduzida, verificou-se uma baixa taxa de complicações, que

poderá dever-se a uma ampla experiência de CVC com ambas as técnicas. Será necessária a continuação do estudo para que seja possível a análise de um maior número de casos, no sentido de se obter uma caracterização mais precisa das nossas práticas de cateterização venosa central.

REFERÊNCIAS 1. Intensive Care Med 2012; 38:1105–1117 2. Anesthesia and Analgesia 2012; 114: 46-72

PO123-Q1554

SUSCEPTIBILIDADE AUMENTADA PARA A HIPERTERMIA MALIGNA: O QUE FAZER?



JOANA JESUS¹; INÊS MESQUITA¹; LUCIANE PEREIRA¹; BEATRIZ CAMPOS¹; ANABELA MARQUES¹; ADELINA SAMPAIO¹

1 - Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – CHUC

INTRODUÇÃO

A hipertermia maligna (HM) é uma doença farmacogenética rara e potencialmente fatal associada a elevada mortalidade, que se caracteriza por uma crise hipermetabólica provocada por uma alteração na regulação do cálcio intracelular.¹ Pode ser desencadeada, entre outros factores menos frequentes, por fármacos anestésicos (anestésicos halogenados e succinilcolina). Sobretudo em doentes sem história de anestésias anteriores torna-se fundamental uma correcta história clínica e avaliação do doente. Em casos suspeitos uma cuidada e específica preparação anestésica, bem como a referência para realização de testes diagnósticos definitivos são obrigatórias.²

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, de 62 anos, ASA II, proposto para reconstrução do canal auditivo externo. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial e dislipidémia, sem antecedentes anestésico/cirúrgicos. Antecedentes familiares de tia materna com diagnóstico de HM por teste de contractura à cafeína e ao halotano e outra tia materna e dois primos em 1º grau com complicações graves pós-anestésicas (não estudados). Avaliação pré-operatória sem alterações relevantes. Elaborou-se um plano anestésico perante o risco de desenvolvimento de HM, tendo-se substituído o ventilador, o circuito anestésico, o filtro bacteriano e a cal sodada, retirado os vaporizadores dos halogenados e realizado lavagem do circuito com fluxo de oxigénio contínuo a 10L/min durante 1 hora. Foram antecipadas medidas de arrefecimento e contactada a farmácia para disponibilização de Dantroleno. Realizou-se anestesia geral endovenosa (indução e manutenção com propofol e remifentanil) e não se administrou succinilcolina. A anestesia decorreu sem intercorrências. Permaneceu sob monitorização clínica na UCPA durante 12 horas e na enfermaria por mais 12 horas, período no qual não desenvolveu qualquer sintomatologia. Encontra-se em curso a referência para o Serviço de Genética, para estudo e confirmação de susceptibilidade para a HM.

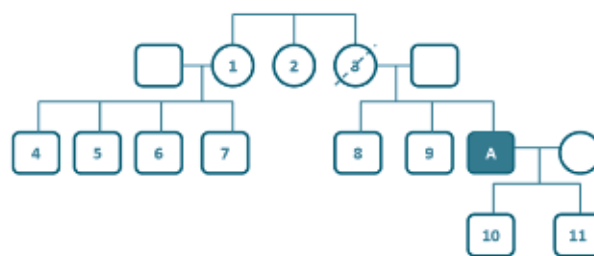


Figura 1 -Genograma

DISCUSSÃO

Pretende-se alertar os Anestesiologistas para esta patologia rara e realça-se com este caso a necessidade de uma cuidada anamnese e história clínica para reconhecimento de casos familiares, já que nesta situação foi o único indicador de risco anestésico. Nas situações de história familiar suspeita e na dificuldade de se estabelecer um diagnóstico definitivo atempado, deve-se elaborar um plano anestésico pré-operatório detalhado conhecido por toda a equipa do bloco operatório. Deve ser feita a referência para estudo e diagnóstico definitivo e deve-se instruir o doente relativamente à sua susceptibilidade. A abordagem anestésica deve ser cuidadosamente ponderada, tendo em conta o risco de exposição aos agentes desencadeantes e às potenciais complicações desta patologia.

REFERÊNCIAS 1 - British Journal of Anaesthesia 2010; 4: 417–20; 2 - Rev. Esp. Anestesiol. Reanim. 2008; 55: 165-174

PO124-Q1562

VIGILÂNCIA: UM COMPROMISSO "LIFE SAVING"



ANA MARGARIDA DAMAS²; MARISA ANTUNES¹; FÁTIMA GONÇALVES¹

1 - médica, Assistente Hospitalar de Anestesiologia, Serviço de Anestesiologia, Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Lisboa, Portugal.;
2 - médico, Interno de Anestesiologia, Serviço de Anestesiologia, Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Lisboa, Portugal.

INTRODUÇÃO

A existência de uma complicação grave não é esperada, durante o período perioperatório, num doente ASA 1 submetido a uma cirurgia de risco intermédio.

Este caso salienta a necessidade de “vigilância ativa”, pronta atuação perante uma situação de emergência e gestão do trabalho em equipa, tendo o anestesiologista um papel fulcral.

CASO CLÍNICO

Trata-se de uma doente de 30 anos, ASA 1, com endometriose grave proposta para laparoscopia exploradora e ureterólise. A anamnese e o exame objetivo não revelaram alterações e dos ECD destacamos a TC toraco-abdomino-pélvica que mostrou endometriose atingindo a cavidade abdominal, trompas e ureteres. A indução anestésica decorreu sem intercorrências. Durante a realização do pneumoperitoneu verificou-se um aumento súbito

da pressão na via aérea e do CO₂ expirado, diminuição da oximetria de pulso, taquicardia e expansão pulmonar assimétrica. Colocou-se a hipótese de pneumotórax unilateral cuja etiologia ficou esclarecida quando se observou na hemicúpula diafragmática direita uma rutura de pequenas dimensões, não traumática e que estabelecia uma solução de continuidade entre a cavidade abdominal e o tórax. Perante a complicação foram tomadas as seguintes atitudes: diminuição da pressão do pneumoperitoneu, alteração do posicionamento da doente e dos parâmetros de ventilação, que criaram condições de segurança e possibilitaram o ato cirúrgico. No final, realizou-se aspiração do pneumotórax através da rutura diafragmática existente, ocorrendo expansão pulmonar e normalização dos parâmetros de ventilação. A radiografia do tórax confirmou a adequada expansão. A posterior reversão da anestesia, extubação e pós-operatório decorreram sem intercorrências.

DISCUSSÃO

A ocorrência de pneumotórax durante a cirurgia laparoscópica é uma situação potencialmente fatal com incidência conhecida de 0.01 a 0,4%. Pode ocorrer devido a lesão direta do diafragma, rutura de bolhas enfisematosas por barotrauma, disseminação do CO₂ pelos pontos fracos do diafragma ou defeitos diafragmáticos congénitos. Este caso parece tratar-se de um defeito diafragmático congénito, que foi “desmascarado” durante a instalação do pneumoperitoneu. A inexistência de fatores de risco (patologia respiratória associada, tempo cirúrgico superior a 3h, CO₂ expirado superior a 50 mmHg, idade avançada e pouca perícia do cirurgião) assim como as características macroscópicas da rutura reforçam a hipótese considerada.

Este caso é emblemático da atividade do Anestesiologista no Bloco Operatório. Destaca a importância do alto nível de suspeição clínica, intervenção atempada e monitorização adequadas, bem como a necessidade de boa comunicação e colaboração entre pares.

REFERÊNCIAS Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons; 1998 JAN-MAR; 2(1): 71-73
 Obesity Surgery; 2004; 14, 124-128
 Indian Journal of Anaesthesia; 2007; 51 (3): 231 – 233
 Korean Journal of Anesthesiology; 2010 Abril; 58 (4): 405 – 408

INTRODUÇÃO

A satisfação dos doentes é considerada um importante indicador do estado de saúde, proporcionando um olhar mais atento para a prática da medicina em geral e da anestesia em particular.

Este trabalho teve como objectivo analisar a influência das características sociodemográficas (género, estado civil e grau de escolaridade), as características clínicas (estado físico ASA, risco cirúrgico, tipo de anestesia, duração da anestesia e antecedentes cirúrgicos) e a existência de consulta pré-anestésica na satisfação dos doentes com os cuidados perioperatórios.

METODOLOGIA

Durante um período de estudo de três meses foi utilizado o questionário psicométrico “Heidelberg Peri-anaesthetic Questionnaire” com 32 questões, validado por Moura et al., em 192 doentes submetidos a procedimentos eletivos no contexto de Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Cirurgia Geral e Vascular. O questionário foi distribuído por um elemento do estudo não envolvido na equipa anestésica, nas 12 a 24 horas após a cirurgia. A versão do questionário engloba quatro Dimensões: Equipa (D1), Ansiedade (D2), Solidão (D3) e Desconforto (D4). Para avaliar a consistência interna da escala utilizou-se o Coeficiente de Alpha de Cronbach. A estrutura relacional dos itens foi determinada através de uma Análise Factorial Exploratória e a sua adequação constatada pelo teste Kaiser-Meyer-Olkin e pelo teste de esfericidade de Bartlett.

RESULTADOS

Elevados níveis de satisfação foram associados com a Dimensão Equipa (média = 90,8; DP = +/-12,0) e o menor grau de satisfação com a Dimensão Desconforto (média = 62,1; DP = +/-21,9). A análise univariada encontrou influências fortes em três domínios relativos ao género, escolaridade, consulta pré-anestésica e serviço cirúrgico. Após uma análise de regressão linear múltipla encontraram-se diferenças nas dimensões Ansiedade (D2) e Desconforto (D4), tendo os homens demonstrado menos medo ($\beta = 11.5$, IC 95%) e desconforto ($\beta = 14.8$, IC 95%). Relativamente ao estado civil, doentes solteiros revelaram níveis de ansiedade mais reduzidos ($\beta = 8.9$, IC 95%). Doentes com escolaridade inferior ao 9º ano apresentaram-se mais satisfeitos com a Dimensão Equipa ($\beta = 5.8$, IC 95%) assim como, os que tiveram consulta pré-anestésica prévia ($\beta = 4.4$, IC 95%, p 0.021).

Tabela 1 comparação da satisfação dos cuidados anestésicos de acordo com as características sociodemográficas, clínicas e consulta pré-anestésica

Variável	Equipa (D1)		Ansiedade (D2)		Solidão (D3)		Desconforto (D4)	
	Média (DP)	Valor	Média (DP)	Valor	Média (DP)	Valor	Média (DP)	Valor
Género								
Feminino	86,8 (12,0)	0,001	72,0 (22,2)	0,001	84,8 (11,7)	0,100	71,0 (22,2)	<0,001
Masculino	89,7 (11,0)		86,7 (17,0)		82,7 (19,0)		84,0 (21,1)	
Estado civil								
Solteiro	88,2 (11,0)	0,100	77,2 (24,0)	0,001	84,4 (11,0)	0,100	65,0 (21,0)	0,001
Casado/Divorciado/Viúvo	89,7 (11,0)		86,7 (17,0)		82,7 (19,0)		84,0 (21,1)	
Escolaridade								
Faixa baixa	82,0 (10,0)	0,001	80,7 (18,0)	0,001	83,0 (10,0)	0,001	67,0 (21,0)	0,170
Faixa média	86,0 (12,0)		86,0 (20,0)		84,0 (14,0)		84,0 (21,0)	
Faixa alta	89,0 (14,0)		87,0 (16,0)		87,0 (17,0)		84,0 (21,0)	
Tipo de cirurgia								
ASA I	88,0 (11,0)	0,177	85,0 (12,0)	0,001	78,0 (12,0)	0,100	54,0 (20,0)	0,100
ASA II	89,0 (11,0)		79,0 (12,0)		87,0 (12,0)		67,0 (21,0)	
ASA III	89,0 (10,0)		72,0 (12,0)		77,0 (12,0)		65,0 (21,0)	
Risco cirúrgico								
Baixo	88,7 (12,0)	0,072	87,0 (12,0)	0,001	86,0 (12,0)	0,100	67,0 (21,0)	0,001
Médio	88,0 (11,0)		85,0 (12,0)		82,0 (12,0)		67,0 (21,0)	
Alto	87,0 (10,0)		78,0 (12,0)		82,0 (12,0)		64,0 (21,0)	
Tipo de anestesia								
Local	88,0 (11,0)	0,001	87,0 (12,0)	0,001	87,0 (12,0)	0,100	64,0 (21,0)	0,001
Geral	87,0 (11,0)		77,0 (12,0)		78,0 (12,0)		62,0 (21,0)	
Tipo de consulta								
+ 123 minutos	88,0 (11,0)	0,010	78,0 (12,0)	0,001	82,0 (12,0)	0,100	64,0 (21,0)	0,001
+ 123 minutos	89,0 (11,0)		87,0 (12,0)		87,0 (12,0)		67,0 (21,0)	
Consulta pré-anestésica								
Sim	88,0 (11,0)	0,001	86,0 (12,0)	0,001	87,0 (12,0)	0,100	65,0 (21,0)	0,001
Não	89,0 (11,0)		87,0 (12,0)		84,0 (12,0)		65,0 (21,0)	
Cirurgia prévia								
Sim	88,0 (11,0)	0,400	86,0 (12,0)	0,001	88,0 (12,0)	0,100	64,0 (21,0)	0,100
Não	89,0 (11,0)		87,0 (12,0)		86,0 (12,0)		64,0 (21,0)	
Serviço cirúrgico								
Local	88,0 (11,0)	0,100	87,0 (12,0)	0,001	82,0 (12,0)	0,100	67,0 (21,0)	0,001
Plástico	88,0 (11,0)		87,0 (12,0)		87,0 (12,0)		67,0 (21,0)	
Plástico e Reconstructivo	88,0 (11,0)		87,0 (12,0)		82,0 (12,0)		67,0 (21,0)	

P0125-Q1572

ESTARÃO OS DOENTES SATISFEITOS COM OS CUIDADOS PERIOPERATÓRIOS?



FRANCISCO MOURA CABRAL¹; ANA SOFIA CUNHA⁴; CATARINA CAMPOS COSTA²; INÉS ÁRAUJO CORREIA²; JOANA MOURÃO³

1 - Interno de Anestesiologia no Centro Hospitalar de São João, EPE; 2 - Interna de Anestesiologia no Centro Hospitalar de São João, EPE; 3 - Assistente Hospitalar de Anestesiologia no Centro Hospitalar de São João - Aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Faculdade do Porto

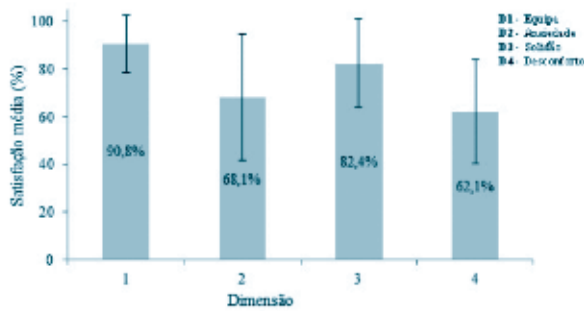


Figura 1 - Distribuição da satisfação média das dimensões

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Os doentes revelaram-se satisfeitos com os cuidados anestésicos prestados, sendo a consulta pré-anestésica um fator essencial para a sua satisfação.

REFERÊNCIAS 1. Schiff JH, Fornaschon AS, Frankenhauser S, et al. The Heidelberg Peri-anesthetic Questionnaire: Development of a new refined psychometric questionnaire. *Anesthesia* 2008; 1096–1104;
 2. Moura C, Barbosa J, Mourão J, Ferreira MA. Patient Satisfaction with Anesthesia Care. Master Thesis – University of Porto, 2013;
 3) Neuman M. Patient satisfaction and value in Anesthesia Care. *Anesthesiology* 2011; 114:1019 –2.

paciente ficou cianosada e poucos minutos depois descolorada e pálida. A linha arterial não foi retirada e foi feita administração de 5mL de lidocaína 1% através desta e em seguida administração de soro heparinizado. A mão recuperou a sua coloração e tempo de reperfusão capilar poucos minutos depois. De seguida, foi realizado um bloqueio do plexo braquial via axilar nesse membro. No final da cirurgia a doente foi extubada e transferida para a Unidade de Cuidados Pós- Anestésicos. A função motora e sensitiva da mão da doente foram monitorizadas durante algumas horas e no dia seguinte realizou-se um ecodoppler das artérias do punho e mão. Não foram observadas alterações hemodinâmicas e a doente recuperou completamente sem deficit neurológicos.

DISCUSSÃO

Embora haja vários casos publicados de administração acidental de fárcamos via intra-arterial, a abordagem terapêutica permanece largamente empírica. O principal objectivo é o restabelecimento do fluxo sanguíneo arterial. A correcta identificação das linhas arteriais é de extrema importância na prevenção destes acidentes. O conhecimento dos sinais, sintomas e da abordagem terapêutica de uma injeção intra-arterial é fundamental quando se administram medicamentos endovenosos.

REFERÊNCIAS

Mayo Clin Proc. 2005 Jun;80(6):783-95

P0126-Q1625

INJECCÃO INTRA-ARTERIAL ACIDENTAL



FILIPA LINDA¹; ISABEL FLOR DE LIMA¹; SÍLVIA PICA¹; JAVIER DÚRAN¹

1 - Hospital Garcia de Orta

INTRODUÇÃO

A injeção intra-arterial de medicação é um evento raro mas frequentemente tem sequelas devastadoras, podendo mesmo levar à morte. Há vários potenciais mecanismos de lesão mas todos resultam na isquémia da região distal ao local de injeção.

CASO CLÍNICO

Sexo feminino, 73 anos, ASA 2, submetida a laparotomia exploradora emergente. Antecedentes de amputação traumática do membro superior esquerdo vários anos antes e submetida a hemicolecctomia direita por isquemia intestinal há dois dias. No seu braço direito existia uma linha arterial mas esta não se encontrava identificada e a tampa na torneira de três vias era azul. A indução anestésica foi feita com fentanil, succinilcolina e propofol. Na cirurgia anterior havia a descrição de um score 3 de Cormack-Lehane e a intubação foi efectuada com lâmina McCoy e Frova. Cerca de uma hora após a cirurgia, devido a hipotensão, 100ug (1mL) de fenilefrina foi acidentalmente administrado pela linha arterial. Segundos após esta administração a mão da

P0127-Q1682

CARDIOVERSÃO ELÉCTRICA SINCRONIZADA NUM CASO DE EMBOLIA DE CO₂



PAULA FERNANDES¹; JOANA AMARAL¹; DANIEL FERREIRA¹; TERESA CHUMELA²; ISABEL PITA³

1 - Internato Complementar Anestesiologia - Hospital Espírito Santo, Évora;
 2 - Assistente Hospitalar Anestesiologia - Hospital Espírito Santo, Évora;
 3 - Diretora Serviço Anestesiologia - Hospital Espírito Santo, Évora

INTRODUÇÃO

A laparoscopia tem assumido um papel preponderante nos últimos anos por reduzir a agressão cirúrgica e as complicações pós-operatórias.¹ A embolia gasosa é uma complicação rara da colecistectomia laparoscópica embora potencialmente fatal.^{1,2} Até à data não existem relatos de embolia gasosa associada a arritmia grave com instabilidade hemodinâmica e necessidade de cardioversão elétrica.

CASO CLÍNICO

Sexo feminino, 59 anos, 72 Kg, ASA II (HTA, diabetes tipo 2). Avaliação analítica, ECG e telerradiografia de tórax pré- anestésicos normais. Proposta para colecistectomia laparoscópica urgente sob anestesia geral balanceada. Após o início da insuflação do pneumoperitoneu verificou-se hipotensão arterial (70/36mmHg), taquicardia aparentemente regular de complexos estreitos (170bpm), SatO₂ 86% e EtCO₂ 28. Suspendeu-se insuflação do

pneumoperitoneu, aumentou-se fiO_2 para 100% e fluxo de gases frescos para 8l/min e administrou-se adenosina, sem resposta hemodinâmica. Perante os sinais de gravidade procedeu-se a cardioversão elétrica sincronizada (120J) com estabilização hemodinâmica tendo ficado documentado um ritmo de fibrilação auricular com resposta ventricular rápida. Após administração de amiodarona houve conversão a ritmo sinusal, controle da frequência ventricular e estabilização clínica. A gasimetria arterial (GSA) revelou: pH 7,28; pO_2 145mmHg; pCO_2 62mmHg; satO₂ 97% (fiO_2 100%). A cirurgia prosseguiu com conversão a laparotomia e na GSA após 45 minutos houve normalização dos parâmetros analisados. No final da cirurgia foi extubada tendo tido alta da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos após 3h com índice de Aldrete de 10.

DISCUSSÃO

A incidência de embolia gasosa durante a laparoscopia é variável.^{1,2} A gravidade dos sintomas está relacionada com a velocidade de absorção do CO_2 sendo responsável pela diferença entre EtCO₂ e PaCO₂, alteração da compliance pulmonar e hipóxia³. Perante o início súbito do quadro clínico relacionado com insuflação do pneumoperitoneu estabeleceu-se o diagnóstico presuntivo de embolia de CO_2 confirmado posteriormente pela GSA muito sugestiva. Neste caso, a descontinuação do pneumoperitoneu, a identificação dos sinais de gravidade e a cardioversão atempada foram essenciais para a estabilização e *outcome* clínico.

REFERÊNCIAS 1 Can J Anaesth, 2003; 50:313 | 2. Can J Anaesth, 2001; 48:319-320 (3) Critical Care Med 1992; 20:1169-77

PO128-Q1710

QUANDO A CULPA NÃO É DA MITOCÔNDRIA

ANA ISABEL PEREIRA¹; LILIANA DIAS¹; MILENE FERREIRA¹

1 - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.



INTRODUÇÃO

Um problema num pequeno organelo intracelular pode traduzir-se num grande desafio anestésico. A mitocôndria está envolvida na produção de ATP (ciclo de Krebs, fosforilação oxidativa, oxidação de ácidos gordos), metabolismo do ferro, biossíntese de aminoácidos e apoptose. Assim, distúrbios mitocondriais podem provocar disfunções multiorgânicas nos tecidos com elevado consumo energético: músculo, cérebro e coração.

CASO CLÍNICO

Doente de 72 anos, sexo masculino, proposto para prostatectomia retropúbica e herniorrafia inguinal. Antecedentes de miopatia mitocondrial ragged red fibers diagnosticada há 2 anos, HTA, dislipidemia, escoliose, compromisso radicular L3-L4. História de 4 intervenções cirúrgicas sob anestesia geral (AG), a última há 10 anos, sem intercorrências. Ao exame objetivo ligeira ptose palpebral, surdez, atrofia bilateral marcada dos quadricípites e manobra gowers positiva. Estudo pré-operatório sem alterações. Classificação ASA III. Monitorização standard, BIS, PIA,

GSA, diurese e temperatura corporal. Pré-medicação com metoclopramida e ranitidina. AG Intravenosa (remifentanil e propofol) e entubação orotraqueal. Fluidoterapia com soro fisiológico e polielectrolítico G. Normotermia com aquecimento de soros e manita de ar quente. Analgesia endovenosa (paracetamol, cetorolac e morfina) associada a infiltração da incisão com ropivacaína. Procedimento com 1h50 de duração e sem intercorrências. Pós-operatório realizado na UCPA por 24 horas. Constatado défice notório da flexão e hipostesia coxa esquerda. Exames realizados (EMG e RMN) difíceis de valorizar pelas alterações de base. Recuperação completa nos meses subsequentes após alta.

DISCUSSÃO

O manuseio perioperatório é responsável pelo sucesso do procedimento.

Devem-se avaliar os órgãos-alvo atingidos, corrigindo-se distúrbios ácido-base, eletrolíticos e glicémicos. Com o objetivo de evitar stress adicional e aumento das necessidades metabólicas preconiza-se normotermia e analgesia eficaz. Precauções especiais com aspiração de conteúdo gástrico, jejum prolongado, uso de relaxantes neuromusculares, anestésicos inalatórios e lactato de ringier. A AG intravenosa é considerada segura; anestesia regional não é consensual.

As raras mitocondriopatias colocam vários desafios, pelo que é importante a descrição do seu manuseio anestésico e de possíveis complicações. Não existe uma técnica anestésica que seja a mais segura, devendo esta ser individualizada a cada doente.

O apoio multidisciplinar é importante na abordagem das comorbilidades.

REFERÊNCIAS MEJA 2011 June; 21(2): 235-244

PO129-R1606

EMBOLIA PARADOXAL APÓS IMPLANTAÇÃO DE CIMENTO ÓSSEO

AGATA AREIAS¹; PATRICIA RAMOS¹; SONIA DUARTE¹; JACINTA SÁ¹; CRISTINA FERREIRA¹

1 - CHP, Serviço de Anestesiologia



INTRODUÇÃO

A artroplastia total da anca apresenta uma mortalidade aproximada de 2,3%.¹ O síndrome de Implantação do Cimento Ósseo (SICO) é uma causa significativa de morbimortalidade intraoperatória, apresentando-se sobretudo com alterações respiratórias e cardiovasculares. Estão também descritos mecanismos de lesão cerebral por embolização paradoxal, com microembolização via transpulmonar ou macroembolização via Foramen Oval Patente (FOP).² A embolia sistémica pode causar complicações neurológicas graves no pós-operatório como acidente vascular cerebral, coma ou morte.³ Serve o presente trabalho para documentar uma complicação perioperatória rara com elevada relevância clínica.

CASO CLÍNICO

Mulher, 84 anos, autônoma, ASA 4, proposta para artroplastia total da anca de urgência por fractura do colo do fêmur. Antecedentes de DPOC GOLD IV, FOP com shunt bidirecional (a aguardar encerramento percutâneo), insuficiência respiratória crônica (O₂ no domicílio), ortodesoxia e malformação de Chiari tipo 1. Sob monitorização standard da ASA, é realizado bloqueio sequencial como técnica anestésica. Administrados 9 mg de levobupivacaína intratecal e introduzido cateter epidural, sem intercorrências. Cerca de uma 1h15 após administração de levobupivacaína, por desconforto da doente, administra-se 4ml de Ropivacaína 0,75% via epidural. Cerca de 2 minutos após a aplicação do cimento ósseo, inicia quadro súbito de depressão do estado de consciência (Escala Glasgow (EG)=3) com bradipneia, sem alterações hemodinâmicas e da oxigenação. Melhoria progressiva até EG 9. Realiza Angio-TC que não evidencia imagens de "stop arterial" nas principais artérias intracranianas e troncos supra-aórticos. No recobro, com EG 12, hemiparésia esquerda e disartria, é observada pela neurologia que assume provável enfarte em território da artéria cerebral media direita. Interna-se a doente na Unidade de Cuidados Intermédios. Excluída TVP como origem tromboembólica. Durante o internamento, após crise tónico-clónica generalizada com boa resposta terapêutica, desenvolve edema cerebral visível na TC de controlo às 24h. Ao final de 3 semanas de internamento, com recuperação da disartria com hemiparésia grau II é proposta para encerramento percutâneo da FOP para prevenção de novos eventos embólicos.

DISCUSSÃO

Face aos antecedentes da doente, ao timing dos acontecimentos e à clínica, assumiu-se como etiologia mais provável do quadro, a embolização cerebral gorda/gasosa provavelmente relacionada com a implantação de cimento ósseo. O SICO é um fenómeno raro mas potencialmente fatal. Assim, é exigido o diagnóstico e a actuação imediata por parte da equipa de Anestesiologia perante um quadro clínico suspeito. Nestes casos a anestesia locorregional torna-se vantajosa em relação à anestesia geral ao permitir um diagnóstico precoce.

REFERÊNCIAS 1 Br J Anaesth 2009;102:12-22 | 2 Can J Anesth 2004;51:9;pp867-870 | 3. Int Orthop 2002;26:259-262

PO130-S1660

AVALIAÇÃO DA DIFICULDADE DE INTUBAÇÃO EM DOENTES OBESOS PROPOSTOS PARA CIRURGIA BARIÁTRICA



MARIA TERESA RINCÓN VIEIRA LUGARINHO MONTEIRO¹;
FRANCISCO MATIAS¹; ELISABETE PEREIRA¹; CELINE FERREIRA¹;
CARLOS SECO¹

1 - Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

As dificuldades na intubação traqueal contribuem de forma significativa para a morbidade e mortalidade associada à anestesia. Apesar de alguns estudos reconhecerem ser mais frequente a dificuldade de intubação em doentes obesos, este ainda é

um tema de debate.¹ Diferentes estudos apontam o Índice de Massa Corporal (IMC), o perímetro cervical (PC), Mallampati>III e a presença de Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) como fatores preditores de intubação difícil.¹ No entanto, nenhum consenso foi alcançado. Assim, utilizando a escala de dificuldade de intubação (EDI) de Adnet *et al* (1997),² procurámos avaliar a incidência de dificuldade de intubação em doentes obesos e a eventual correlação com fatores de risco associados que permitam prever essa maior dificuldade.

METODOLOGIA

Todos doentes obesos propostos para cirurgia bariátrica sob anestesia geral numa unidade hospitalar, entre Maio e Dezembro de 2013, foram incluídos no neste estudo (n=52). A obesidade foi definida como IMC >30kg/m². Foram colhidos dados referentes à idade, género, IMC, PC, Mallampati, diagnóstico de SAOS e a distância tiro-mentoniana dos doentes. A dificuldade de intubação foi avaliada usando a EDI. De acordo com o resultado da EDI, as intubações foram classificadas em ideais (EDI=0), dificuldade ligeira (EDI=1 a 5) e dificuldade moderada a elevada (EDI=>5). A análise estatística descritiva e inferencial foi realizada utilizando o programa SPSSv20.0. Foi considerado um nível de significância $\alpha=0,05$.

RESULTADOS

Foram excluídos 7 utentes por não se ter procedido à recolha de todas as variáveis estudadas, conduzindo a uma amostra final de 45 doentes. A idade média foi de 43,5 anos, sendo a maioria (84,4%) do sexo feminino. O IMC médio foi de 48,2kg/m² e o PC médio de 49,1cm. A maioria dos doentes (82,2%) apresentava distância tiro-mentoniana >6,5cm e 71,1% diagnóstico de SAOS. A intubação foi considerada ideal em 17 doentes e ligeiramente difícil em 28. A análise inferencial realizada permitiu identificar uma relação positiva com significância estatística entre a dificuldade de intubação e o diagnóstico de SAOS (p=0,001), o score Mallampati (p=0,001) e a idade (p=0,026)). A distância tiro-mentoniana (p=0,017) também se correlacionava inversamente, mas de forma significativa, com a dificuldade de intubação. Não foi encontrada significância estatística na relação entre a dificuldade de intubação e o IMC, género ou PC.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Os resultados do presente estudo vão de encontro à literatura e confirmam que a distância tiro-mentoniana, o score Mallampati e o diagnóstico de SAOS estão significativamente correlacionados com maior dificuldade de intubação em doentes obesos propostos para cirurgia sob anestesia geral. De forma a garantir a segurança do doente, a avaliação pré-anestésica deve incluir uma rigorosa determinação destes parâmetros, bem como uma cuidadosa história clínica.

REFERÊNCIAS 1. Anesth Analg 2008;106:1132-6 | 2. Anesthesiology 1997;87:1290-7

P0131-S1676

ANESTESIA DO DOENTE SUPER SUPER OBESO: RELATO DE UM CASO

MARIA TERESA RINCÓN VIEIRA LUGARINHO MONTEIRO¹;
CARLA SILVA¹; INÊS MESQUITA¹; FRANCISCO MATIAS¹;
MANUEL SEIXAS¹; CARLOS SECO¹



1 - Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

A prevalência da super-super-obesidade (SSO), definida como Índice de Massa Corporal (IMC) $\geq 60 \text{ Kg/m}^2$, tem vindo a aumentar nas últimas décadas e está associada a múltiplas complicações. A necessidade crescente de submeter estes doentes a anestesia geral tem conduzido a uma maior relevância do seu manejo anestésico. A maior quantidade de tecido adiposo em torno da via aérea, tórax e abdómen resulta em disfunção e progressiva redução da reserva respiratória, dificuldades no manejo da via aérea, associadas a importantes alterações do ponto de vista hemodinâmico e metabólico.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, 32 anos, ASA II, 253kg de peso, IMC=81,92Kg/m², proposto para *Sleeve* gástrico por via laparoscópica. Avaliação pré-anestésica: Mallampati classe III, abertura de boca >3cm, mobilidade cervical >90°, distância tiro-mentonia (DTM) <6cm e perímetro cervical (PC)= 70cm. Exames auxiliares, incluindo provas ventilatórias, sem alterações. Optou-se por laringoscopia directa sob sedação e, face à visualização possível das estruturas glóticas, a intubação orotraqueal (IOT) após indução. Pré-oxigenação com máscara facial com FiO₂ 100% (5 minutos). Indução de sequência rápida: Propofol 350 mg e Succinilcolina 150 mg ev. Durante as manobras para primeira tentativa de IOT (laringoscopia: Cormack-Lehane III) ocorreu dessaturação (SatO₂= 84%) com necessidade de ventilação com máscara facial a "4 mãos" seguida de nova tentativa de IOT (com sucesso), com tubo 8,5 mm, laringoscópio de cabo curto, condutor acrescido de lâmina McCoy nº3 (sendo que estava disponível na sala operatória o "carro de via aérea difícil"). Ventilação controlada 750mLx16cpm, PEEP 7cmH₂O com ajuste de parâmetros após pneumoperitонеu e Trendelenburg (SpO₂ > 95%, normocapnia, P inspiratórias pico máximas 27 cmH₂O). Monitorização standard da ASA, pressão arterial invasiva, relaxamento muscular, BIS, temperatura central e diurese. Manutenção com sevoflurano e remifentanil. Relaxamento muscular com cisatracúrio. Cirurgia e posterior extubação sem intercorrências. Transportado para a UCPA onde se manteve com SpO₂ >95%, tendo alta para a Unidade de Cuidados Intermédios após 15 horas.



Figura 1 -imagem de doente super obeso proposto para cirurgia bariátrica.jpg

DISCUSSÃO

A abordagem do paciente SSO exige detalhada observação e plano, a iniciar logo na avaliação pré-operatória. O desafio é acrescido pelas dificuldades ventilatórias, dada a diminuição da compliance pulmonar e torácica e da reserva respiratória, com risco de hipoxia grave. No caso descrito, a cuidada avaliação pré-anestésica permitiu antecipar a possibilidade de via aérea difícil (VAD) e ter à disposição os recursos adequados. Perante um doente SSO com factores preditores de VAD, o anestesio-logista, tal como relatamos, deve estar preparado para gerir a VAD e complicações inerentes, assegurar colaboração de ajuda experiente e monitorização em todo o perioperatório, garantindo sempre a segurança do doente.

REFERÊNCIAS 1 Curr Opin Anaesthesiol 2010;23:375-83

P0132-S1698

ABORDAGEM DA VIA AÉREA EM DOENTE COM SÍNDROME DE HALLERVORDEN-SPATZ



GONÇALO ALMEIDA¹; MIGUEL GUSMÃO¹; JOSÉ LUÍS FERREIRA²

1 - Interno de Anestesiologia, Centro Hospitalar de Lisboa Central;

2 - Assistente Hospitalar Graduado de Anestesiologia, Centro Hospitalar de Lisboa Central

INTRODUÇÃO

O síndrome de Hallervorden-Spatz, também designado Neurodegeneração Associada à Pantotenase-Quinase (PKAN), é uma doença rara caracterizada por disfunção extrapiramidal progressiva. O início dos sintomas ocorre na infância tardia ou início da adolescência, entre os 7 e os 15 anos. O curso clínico envolve demência progressiva, espasticidade, rigidez, distonia, disfagia, disartria e apneia. Os indivíduos têm curta esperança de vida, com morte pela 2ª ou 3ª década de vida.^{1,2}

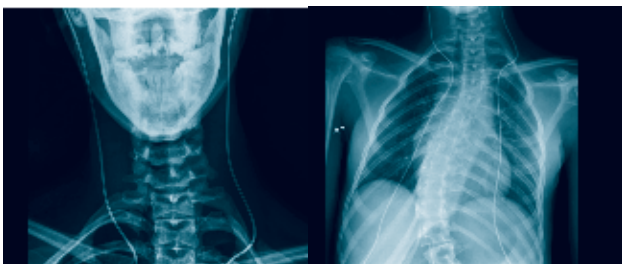
CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, 23 anos de idade, classificação ASA grau II. Desenvolvimento normal até aos 8 anos de idade, quando inicia quadro distónico dos músculos fonatórios e progressivamente atingimento dos membros inferiores e musculatura axial,

com postura em opisthotonus. Realizou RMN, compatível com diagnóstico de Síndrome de Hallervorden-Spatz (PKAN-2). Medicada habitualmente com tetrabenazina, lioresal, artane e rivotril.

Em 2013, por quadro clínico de distonia marcada do tronco, espasmos intermitentes e dolorosos do tronco com períodos de apneia, disfagia para líquidos e rigidez generalizada. Recorre ao SU, onde se identifica falha da bateria do estimulador direito, sendo proposta para cirurgia para substituição dos electrodos de estimulação cerebral profunda.

A doente foi submetida a sedação superficial com midazolam 1,5mg e fentanil 0,05mg, seguida de entubação nasotraqueal vigil com auxílio de fibroscópio óptico, sem intercorrências. De seguida, foi induzida anestesia com alfentanil 0,3mg, propofol 100 mg e rocurónio. A manutenção da anestesia geral balanceada foi realizada com sevoflurano e alfentanil. Durante o procedimento, a doente manteve parâmetros vitais estáveis. Foi realizada cirurgia de substituição das baterias dos electrodos de neuroestimulação profunda, com duração de 1h20mins. O acordar da anestesia não teve intercorrências. A doente foi extubada após adquirir ventilação espontânea e reflexos protectores da via aérea. Realizou recobro em unidade de cuidados intensivos. No pós-operatório, verificou-se melhoria do quadro distónico ao 2º dia, havendo alguma flutuação do quadro anteriormente. Por se manter estável do ponto de vista clínico, teve alta ao 15º de pós-operatório.



DISCUSSÃO

A abordagem da via aérea desta doente tornou-se desafiante pelos antecedentes de apneia, risco de aspiração por disfagia e movimentos involuntários tónico-clónicos. Optou-se pela entubação com doente acordado para ultrapassar estas dificuldades, pois existia o risco de crise espástica durante a indução e cirurgia, o que levou à necessidade de assegurar a via aérea.

O sucesso do caso deveu-se não só à colaboração da doente como também ao planeamento cuidado e inter-disciplinar da abordagem da via aérea.

REFERÊNCIAS 1. Folia Neuropathol. 2005 ; 43(4): 286–296 2. |
2. Site: <http://emedicine.medscape.com/article/1150519-overview>,
acedido a 16/2/2014

PO133-S1707

SÍNDROME DE TREACHER COLLINS É SINÓNIMO DE VIA AÉREA DIFÍCIL?

JULIANA LOURO¹; DINIS COSTA²; MATILDE CAMPOS²;
TIAGO FOLHADELA FARIA¹



1 - Hospital de Braga;

2 - Hospital Geral de Sto. António

INTRODUÇÃO

O Síndrome de Treacher Collins (STC) é uma doença genética de transmissão autossómica dominante associada a uma disostose mandibulo facial. Caracterizado por micrognatia, retrognatismo, macroglossiano aplasia zigomática, microstomia e coloboma das pálpebras. A fenda do palato, síndrome de apneia obstrutiva do sono e alterações cardíacas são comuns.

O objetivo deste trabalho foi descrever um caso clínico de uma criança de 3 anos com Síndrome de Treacher Collins proposta para reconstrução malar.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, 3 anos, 16 kg, ASA II, com Síndrome de Treacher Collins, proposto para reconstrução malar, com retalho de cartilagem costal bilateral. Monitorizado segundo standards da ASA. Indução anestésica inalatória com sevoflurano a 8% e fentanil (0,3µg/kg). Material de VAD na sala do bloco operatório, assim como a presença de especialista treinado em VAD. Intubado com videolaringoscopia (Glidescope®), laringoscopia Grau II em ventilação espontânea com RAE 4,5. Relaxamento muscular após IOT com rocurónio (0.6mg/kg) e manutenção anestésica com perfusão de remifentanil (0.1mcg/kg/min) e mistura sevoflurano, Oxigénio e Ar. Analgesia multimodal e profilaxia de náuseas e vômitos realizada com dexametasona (0.15mg/kg) e ondansetron (0.1mg/kg). A cirurgia teve a duração de 5h e 20 min, sem intercorrências. O despertar ocorreu 5 min após interrupção da perfusão e interrupção do agente halogenado, extubado consciente e com ventilação eficaz. No pós-operatório imediato permaneceu na UCPA cerca de 3h, sem sinais de insuficiência respiratória. Alta hospitalar sem intercorrências.

DISCUSSÃO

O Síndrome de Treacher Collins representa habitualmente um desafio anestésico pela possível VAD atribuída à micrognatia, retrognatismo e macroglossia, passível de agravamento com o crescimento. Apesar de capacidade intelectual não estar afetada no STC, a idade torna a intubação com o doente acordado difícil de executar pela má colaboração. A fibroscopia com o doente em ventilação espontânea é, no entanto, uma hipótese a considerar. Na abordagem deste caso, optamos pela videolaringoscopia com o doente em ventilação espontânea pois após o exame objetivo verificou se que o micrognatismo apresentado não condicionaria a laringoscopia.

Assim, avaliação pré-operatória e preparação para o manuseio anestésico de uma VAD revestem-se de uma importância acrescida, antecipando e precavendo as possíveis complicações decorrentes deste síndrome.

REFERÊNCIAS 1. Anaesth. 2009 Aug;53 (4):496-500
2. Paediatr Anaesth. 2009 Jul;19(7):695-6.
3. Fleisher: Anesthesia and Uncommon Diseases, 5ªed.; Chapter 21;

PO134-S1709

RUTURA TRAQUEAL E INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL OU SÍNDROME DE HAMANN?



JOANA FARIA¹; MARIA TARROSO¹; NEUSA LAGES²;
CARLOS CORREIA²

1 - Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE; 2 - Santa Casa da Misericórdia de Riba de Ave - Hospital Narciso Ferreira.

INTRODUÇÃO

A rotura traqueobrônquica associada a enfisema subcutâneo e pneumomediastino constitui uma complicação rara mas grave da intubação traqueal, geralmente de causa traumática. A frequência estimada é de 1/20000 intubações e o tratamento pode ser cirúrgico ou conservador. Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino em que esta complicação ocorreu no perioperatório de cirurgia eletiva da coluna, desenvolvendo a sintomatologia no recobro.

CASO CLÍNICO

Sexo feminino, 77 anos, ASA II, com antecedentes de obesidade, hipertensão arterial e síndrome depressivo, proposta para laminectomia de L5 e foraminotomia bilateral. Sem antecedentes anestésicos. Exame da via aérea: Mallampati II, sem outras alterações. Estudo pré-operatório normal. Realizada anestesia geral balanceada, sob monitorização standard. Intubação oro-traqueal na primeira tentativa, utilizando tubo 7.0 não mandrilado e lâmina Macintosh 3 (Cormack I). Pressão de cuff mantida em 20mmHg. Posicionamento em decúbito ventral. Intra-operatório com duração de 75 minutos, sem intercorrências. Cinco horas após, a doente inicia quadro de hipertensão arterial, taquicardia e enfisema subcutâneo do tórax, pescoço e face, sem dispneia. Iniciou oxigenoterapia por máscara facial e realizou RX torácico que evidenciou pequeno pneumomediastino. Perante a suspeita de rutura traqueobrônquica, foi transferida em ventilação espontânea para um hospital central. Realizou TAC que revelou enfisema mediastínico secundário a laceração da parede membranosa posterolateral da traqueia. Efetuou profilaxia antibiótica de mediastinite e broncofibroscopia que mostrou laceração superficial da mucosa traqueal de 3cm com a extremidade distal ao nível da carina e colapso expiratório da parede posterior. Realizou tratamento conservador, tendo alta orientada para consulta de Pneumologia.

DISCUSSÃO

Na maioria dos casos publicados o mecanismo subjacente foi lesão traqueal após intubação, sendo os factores mecânicos a principal causa. Sexo feminino, anomalias da traqueia, doença pulmonar obstrutiva, corticoterapia crónica e idade avançada são também factores de risco. Contudo, pode não ser encontrado fator precipitante. A síndrome de Hamman deve ser considerada no diagnóstico diferencial em contexto perioperatório, associada a tosse ou vômito. O tratamento conservador pode começar na broncofibroscopia diagnóstica com selante de fibrina e a indicação cirúrgica depende da sintomatologia e gravidade clínica. Independentemente da abordagem, a intubação, sempre que necessária, deverá ser efetuada através de exame endoscópico com colocação do tubo além da rutura. Este caso pretende des-

crever uma complicação rara, realçando os seus factores de risco, muitas vezes pouco óbvios, e orientação clínica precoce.

REFERÊNCIAS Indian Journal of Anaesthesia. 2012 Jan-Feb; 56 (1): 85-87.

MP01 – A 1525 ANESTHETIC MANAGEMENT OF CAROTID BODY PARAGANGLIOMAS – A CASE REPORT

PATRÍCIA FRIAS¹; MARIA FREITAS¹; SANDRA SACRAMENTO¹; JOSÉ PEDRO ASSUNÇÃO¹

1 - Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.

Introdução

Carotid body paragangliomas are rare tumors arising at the carotid bifurcation. The incidence in Caucasians is about 1:30.000 and they account for 0,6 % of head and neck cancers. They are most often benign, non-secretory, sporadic tumors occurring in middle-aged women ¹. Their vascularity and close proximity to vital structures make their surgical approach prone to significant perioperative morbidity. We present a successfully managed case of unilateral non-secretory carotid body paraganglioma.

CASO CLÍNICO

A 26-year-old ASA I physical status male was admitted for surgical removal of a 3x3 cm non-secretory right carotid body paraganglioma. His pre-operative physical examination and exams, including catecholamine levels, were within normal range. Standard monitoring, bispectral index (BIS®), regional cerebral oxygenation, invasive arterial pressure, central venous pressure and urine output were monitored. The patient received general balanced anesthesia with thiopental induction and intraoperative controlled hypotension with esmolol (MAP 55-75mmHg). The tumor was completely resected without carotid clamping, and the surgery was uneventfully concluded in 1h25. The patient was monitored postoperatively in an intermediate care unit during 24h for vital signs, urine output, neurological signs and surgical site hemorrhage. The postoperative period was unremarkable and the patient was discharged home on day 9 without complications.

DISCUSSÃO

Carotid body paragangliomas are most often asymptomatic slow growing tumors, but they may become symptomatic due to compression of the surrounding structures or malignization, hence early surgical excision is advisable. ^{2,3} Perioperative morbidity rates of 35 % were reported with mortality rates reaching 2-3 %.¹⁻³ Significant hemorrhage, arrhythmias, transient ischemic attacks, stroke and nerve damage may occur. Postoperatively the airway may become compromised due to a cervical hematoma, laryngeal edema or vocal cord paralysis resulting from intraoperative nerve damage or edema. A decreased response to hypoxia and hypoventilation may occur even after unilateral surgery, posing the patient at risk of severe respiratory depression following opioid administration. The baroreceptor function may also become temporarily altered, leading to fluctuating hemodynamic parameters.

Intraoperative neuroprotective measures such as thiopental sodium administration, mild hypothermia and cerebral oxygenation monitoring are useful in the prevention of ischemic cerebral damage. Controlled hypotension is also advisable to limit intraoperative blood loss and improve the surgical field. In addition, neurological status and airway patency should be closely monitored postoperatively for the occurrence of early complications.

REFERÊNCIAS 1 BJHM 2011;72:559-64 | 2 Rev Esp Anesthesiol Reanim 2001;48:387-92 | 3 Acta Otorrinolaringol Esp 2009;60:80-96

MP02 – A 1569 PARAPARÉSIA ESPÁSTICA TROPICAL - ABOR- DAGEM ANESTÉSICA

MARGARIDA RODRIGUES²; FRANCISCO CABRAL²; FÁTIMA PINA²

2 - Centro Hospitalar São João

INTRODUÇÃO

A infeção por HTLV- 1 é endémica em alguns países, nomeadamente no Japão, países das Caraíbas e regiões de África e América do Sul. A transmissão ocorre de mãe para filho, por contactos sexuais, transfusões de sangue ou partilha de agulhas contaminadas. A esta infeção estão associadas: a leucemia/linfoma de células T do adulto (ATL) e uma doença neurológica degenerativa crónica, a paraparésia espástica tropical (TSP). A TSP resulta de uma degeneração simétrica das colunas laterais da espinal medula a nível torácico. Caracteriza-se por diminuição progressiva da força nos membros inferiores, hiperreflexia, alterações de sensibilidade, incontinência urinária e disfunção vesical. O conhecimento atual sobre a abordagem anestésica destes doentes resulta de raros casos clínicos isolados.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, 53 anos, TSP diagnosticada há 7 anos. Na manifestação inicial dos sintomas ter-lhe-á sido diagnosticada Esclerose Múltipla. Devido ao curso clínico atípico e à presença de ac HTLV- 1 séricos e no LCR confirmou-se a infeção por HTLV-1. Apresentava diminuição bilateral da força nos membros inferiores, hiperreflexia, sem alterações da sensibilidade. Caminhava com apoio de terceiros, tinha uma marcha parética, com espasticidade. Sem quaisquer alterações dos pares cranianos ou nos membros superiores. Tinha ainda sintomas de bexiga neurogénica com infeções urinárias de repetição. A doente foi proposta para cistectomia. Foi monitorizada de acordo com o standard da ASA. Devido à coagulopatia grave da doente e à possibilidade de agravamento neurológico, não se colocou cateter epidural. A indução da anestesia geral (AG) foi feita com midazolam e fentanil seguido de etomidato e cisatracúrio. Foi entubada com um tubo 7 e a AG foi mantida com desflurano e oxigénio. A anestesia decorreu sem intercorrências, a cirurgia terminou em 1 hora e 50 minutos. O bloqueio neuromuscular foi revertido com neostigmina e atropina e foi extubada na sala operatória. Não houve quaisquer complicações no pós-operatório imediato, durante o internamento, nem deterioração do exame neurológico. A doente teve alta 20 dias depois.

DISCUSSÃO

Há relatos na literatura de diminuição da resposta electromiográfica e deterioração neurológica associadas à utilização de propofol pelo que em alternativa se usou etomidato. A escolha dos relaxantes musculares em doentes com doenças neuromusculares também pode ser um problema. A metabolização hepática do rocurónio representava um risco, neste caso optou-se pelo cisatracúrio. A resposta a este relaxante foi normal e a doente foi extubada e passou a ventilação espontânea sem dificuldades. Conclui-se que o plano anestésico escolhido não teve qualquer interferência no curso da doença.

REFERÊNCIAS

Rev Colomb Anesthesiol. 2012;40:162-6

MP03 – A 1571 MONITORIZAÇÃO CEREBRAL EM ENDARTE- RECTOMIA CAROTÍDEA: CASO CLÍNICO.

Francisca Santos¹; Maria da Graça Afonso¹

1 - Centro Hospitalar de São João

INTRODUÇÃO

Vários estudos mostraram que a endarterectomia carotídea (EC) melhora o prognóstico de doentes sintomáticos com estenose carotídea superior a 70% comparado com o melhor tratamento médico. Este procedimento cirúrgico condiciona alterações da perfusão sanguínea cerebral no intra e no pós-operatório. Durante a EC a redução do fluxo sanguíneo cerebral regional pode ocorrer por: embolia, perfusão inadequada a seguir à clamping carotídea, oclusão no local da arteriotomia ou dissecação da íntima. A realização de bloqueio de plexo cervical permite a melhor forma de monitorização destes doentes apesar de não estar demonstrado que influencia o prognóstico. ¹

CASO CLÍNICO

Doente sexo masculino, 65 anos, classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA) III, proposto para EC direita. Antecedentes pessoais de cardiopatia isquêmica, hipertensão, bronquite crônica e transplante renal. Procedeu-se à monitorização standard da ASA, avaliação de pressão arterial invasiva e à monitorização da oximetria cerebral - INVOS®. Realizou-se um bloqueio do plexo cervical, profundo e superficial, sem intercorrências. Iniciou-se a cirurgia, procedeu-se à clampagem, a arteriotomia longitudinal, remoção da placa de aterosclerose fixando as extremidades e a encerramento direto, sem intercorrências. Aquando da desclampagem observou-se uma alteração do estado de consciência do doente - inconsciente, sem resposta a ordens mas em ventilação espontânea - com necessidade de intubação oro-traqueal (IOT). Reclamparam-se os vasos, reabriu-se a artéria, fez-se uma arteriotomia superior e inferior prolongada e seu encerramento com patch. Após nova desclampagem doente consciente, obediente a ordens e aparente força muscular simétrica. Foi extubado e admitido na Unidade Pós-Anestésica (UPA). À admissão na UPA doente consciente, orientado e colaborante, sem défices neurológicos. Manteve estabilidade clínica, realizou tomografia axial computadorizada cerebral sem alterações valorizáveis e teve alta para a enfermaria às 24h pós-cirurgia. Teve alta hospitalar ao 3.º dia pós-operatório.

Tabela 1

Hora	Momento cirúrgico	SpVO2i à esquerda	SpVO2i à direita
15h47	Início da cirurgia	54	54
16h27	Após clampagem	56	38
16h51	1.ª desclampagem	51	29
17h15	2.ª desclampagem	49	48
17h38	Fim da cirurgia	48	48

DISCUSSÃO

A monitorização da perfusão cerebral durante a EC é controversa, não sendo universal em todos os centros. O doente acordado constitui a melhor forma de monitorização da perfusão, com avaliações repetidas do nível de consciência do doente, discurso e força muscular contralateral. Um doente que colabore permite uma monitorização altamente sensível e específica, detetando complicações sintomáticas intra-operatórias.¹ Neste caso embora houvesse correspondência entre a clínica e diminuição da saturação cerebral de oxigénio foi a resposta clínica do doente que permitiu a deteção precoce de um evento peri-desclampagem e imediata revisão da arteriotomia e do procedimento cirúrgico.

REFERÊNCIAS 1. A. Maria da Graça. Monitorização Cerebral em Anestesia da Cirurgia da Artéria Carótida - Controvérsias. Rev. da SPA, v. 22, n.4, 2013.

MPO4 – A 1607 PREGNANCY AND ADDISON'S DISEASE: THE ADVANTAGE OF AN EPIDURAL CATHETER

NEUZA FERREIRA¹; MARIA VILAÇA¹; ANA FAISCO¹; FILIPA COELHO¹; EDUARDO BEIRÃO¹; FERNANDO MANSO¹

1 - Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

INTRODUÇÃO

Adrenal disorders in pregnancy are relatively rare, yet can lead to significant maternal and fetal morbidity. Making a diagnosis is challenging as pregnancy may alter the manifestation of disease, many signs and symptoms associated with pregnancy are also seen in adrenal disease, and the fetal-placental unit alters the maternal endocrine metabolism and hormonal feedback mechanisms.

Adrenal disease can reduce female fertility or severely impair maternal and fetal health during pregnancy and the gestation is considered high risk.

Addison's Disease (a primary adrenal insufficiency) used to be associated with a 35-45 % maternal mortality rate prior to introduction of glucocorticoid replacement therapy and prevalence of fetal mortality is unknown. Intrauterine grow restriction and low birth weight are the most frequent effects. Hydrocortisone, which does not cross the placenta, is the glucocorticoid treatment of choice, and fludrocortisone is used as mineralocorticoid replacement in patients with primary disease.

CASO CLÍNICO

MJ, 36 years, Gravida 4 Para 1, with diagnosis of Addison's Disease at 18 years and treated since then with corticoids, was observed in anaesthesia consult at 30 weeks of gestation.

Corticoid dose was augmented to 200 mg Hydrocortisone prior to labour due to asthenia and low blood pressure that were agravating in the last two weeks.

Eutocic delivery occurred uneventfully under epidural analgesia. The patient gave birth to a male newborn with 3270g and Apgar score 8/10. The catheter were removed 2 hours after the birth and analgesia maintained with paracetamol intravenous.

Corticoid dosage was tapered to maintenance dose within 3 days. Se was discharged home at day 5 without complications.

DISCUSSÃO

Stress in labour can precipitate an adrenal crisis characterized by refractory hypotension, metabolic disturbances (hypoglycemia, hyponatremia, hyperkalemia), syncope and seizures.

In this setting, epidural approach for labour analgesia or anaesthesia offers the advantage of a reduced stress response and a slower block setup avoiding hypotension and metabolic acidosis, improving uterine perfusion and enabling neurologic monitoring and requiring lower doses of Corticoid supplementation.

REFERÊNCIAS Mol Bio. 2005; 97: 386-8 | Endocr Rev. 2005; 26: 775-99

MPO5 – A 1611 TRANSPLANTE RENAL DE DADOR VIVO: DESCRIÇÃO DE UMA SÉRIE DE CASOS NUM CENTRO DE REFERÊNCIA

ANA MARIA ARAÚJO¹; JOANA GUIMARÃES¹; MANUELA CASAL¹; MARIA EDUARDA AMADEU¹

1 - Centro Hospitalar do Porto

INTRODUÇÃO

Esta instituição iniciou a atividade de transplantação renal na década de 80, sendo um dos centros de referência com maior número de dadores vivos. O objetivo do presente trabalho consistiu na caracterização da sua atividade de colheita e transplantação renal em dador vivo.

METODOLOGIA

Consulta do processo clínico eletrónico com registo de dados referentes a idade, sexo, classificação ASA, grau de parentesco, técnicas anestésicas, analgésicas e complicações pós-operatórias de todos os doentes submetidos a nefrectomia e transplante de dador vivo nesta instituição em 2012 e 2013. Realizou-se uma análise estatística descritiva dos dados obtidos.

RESULTADOS

Foram registados 40 dadores submetidos a nefrectomia e respetivo transplante, 52.5 % entre parentes de 1º grau. A média de idades dos dadores era 46 anos e dos recetores 37 (anexo 1). Foi realizada nefrectomia laparoscópica em 36 dadores, a maioria sob anestesia geral endovenosa com técnica analgésica pós-operatória convencional ou Patient controlled analgesia (PCA). Em 3 doentes realizou-se uma abordagem por lombotomia sob anestesia combinada e analgesia pós-operatória por via epidural. Foi necessária a conversão da laparoscopia num doente

(anexo 2). O tempo médio de internamento foi 4 dias. Neste período foram registadas complicações minor em 22.5% (n=9), sendo a febre sem foco a mais frequente. Nos primeiros 90 dias após a alta foram registadas complicações minor (infeciosas, alterações da sensibilidade no local da incisão, eventração) em 15%. Não se verificaram alterações da função renal. A maioria dos doentes transplantados foi submetida a anestesia geral balanceada, com PCA como técnica analgésica pós-operatória (anexo 2). O período de internamento foi inferior a 15 dias em 80% dos doentes e 62.5% dos doentes apresentaram complicações. Estas foram na sua maioria minor (infeciosas, hematológicas, rejeição aguda sem necessidade de diálise), resolvidas com ajuste terapêutico. Apenas 3 doentes tiveram complicações maior: hematoma retroperitoneal com necessidade de drenagem cirúrgica e trombose do enxerto com necessidade de transplantectomia. 90 dias após a alta foram registadas em 11 doentes complicações infecciosas, tromboembólicas, seroma, estenose do ureter/artéria renal, sem necessidade de reinternamento/reintervenção. Verificou-se 1 caso de disfunção do enxerto, ainda em estudo. Os restantes (n=38) mantêm enxerto funcionante. O tempo de isquemia quente foi em média 4 minutos e o tempo de isquemia fria 137 minutos

Tabela 1 Características demográficas

	DadorT	ransplante
Sexo		
Feminino	27	16
Masculino	32	4
Idade (anos)		
<180		3
18-644	03	7
ASA		
I2	60	
II	14	0
III		6
IV	03	4
Parentesco		
Mãe/Pai	3	
Irmãos	8	
Filhos	10	
Esposa/Marido	12	
Sobrinho	1	
Genro	1	
Cunhado	1	
Amigos	3	
Filho adotivo	1	

Tabela 2 Abordagem intra e pós operatória

	Dador	Transplante
Técnica cirúrgica		
Laparoscopia	36	0
Aberta	3	40
Conversão	1	0
Técnica anestésica		
Anest. geral balanceada	10	31
Anest. geral endovenosa	23	7
Anest. geral +bloq. neuroeixo	3	2
Anest. geral +bloq. nv. periféricos	4	0
Técnica analgésica		
Convencional	24	14
PCA	13	24
Epidural	3	1
PCA+Epidural	0	1

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

No dador o tempo de internamento e a reduzida incidência de complicações estão de acordo com os dados da literatura¹. A colheita em vivo contribui para tempos de isquemia curtos que favorecem o prognóstico dos receptores. Os dados apresentados favorecem a manutenção desta estratégia nestes doentes.

REFERÊNCIAS 1. Feltracco, P. and C. Ori, Anesthetic management of living transplantation. | 2. Minerva Anestesiol, 2010. 76(7): p. 525-33 | 3. Prática baseada na evidência e melhoria da qualidade (Evidence-based Practice and Quality Improvement) / Estudos clínicos ou similares

MP06 – A 1626
CARACTERIZAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS ANESTESISTAS ACERCA DO PREÇO DOS FÁRMACOS MAIS FREQUENTEMENTE USADOS NA SUA PRÁTICA CLÍNICA.

MÉLANIE DUQUE¹; SANDY RIBEIRO¹; VITOR OLIVEIRA¹; LÚCIA CORDEIRO¹; ANA BARROS¹; JOSÉ PEDRO ASSUNÇÃO¹

1 - Centro Hospitalar Tondela-Viseu

INTRODUÇÃO

O uso racional e criterioso do fármaco na vertente do seu custo é da preocupação geral das instituições de saúde tendo ganho especial importância perante a atual conjuntura económica do país. Este estudo pretende verificar a atitude e o conhecimento do anestesista da nossa instituição quanto ao custo dos principais fármacos utilizados na sua prática clínica.

METODOLOGIA

Foi realizado um levantamento do preço dos principais fármacos anestésicos pertencentes às seguintes classes: Benzodiazepina, Hipnótico, Opióide, Analgésico não opióide, Relaxante muscular, Fármaco utilizado como antiemético, Inotrópico e Anestésico Local. Procedeu-se à realização e distribuição de um questionário pelo Serviço de Anestesiologia, tendo sido excluídos do preenchimento os autores do mesmo.

RESULTADOS

De um total de 36 médicos, internos e especialistas, obtivemos resposta a 30 inquiridos: quatro internos do 1º ou 2º ano; quatro internos do 3º ou 4º ano; seis especialistas com menos de 5 anos de experiência; nove especialistas com 5 a 10 anos de experiência e sete especialistas com mais de 10 anos de experiência. A grande maioria dos inquiridos (93,3%) concorda que o anestesista deve ter noção do custo dos fármacos com que lida mais frequentemente sendo que para 66,7% o custo do fármaco não é considerado como fator primário no momento da escolha. A maioria (86,7%) considera importante a existência de uma listagem dos custos, atualizada, e afixada em local acessível a todos e 82,8% admitem que se verificam desperdícios evitáveis na prática do dia-a-dia. Por fim, 89,7% considera que deviam ser elaboradas estratégias para minimizar esses desperdícios. A média geral de respostas certas foi de 20,53%, sendo que destas, 54,9% foram dadas por internos e especialistas com menos de 5 anos de experiência. Os inquiridos deram mais respostas certas no grupo dos hipnóticos e menos respostas certas no grupo dos fármacos utilizados como antieméticos. O fármaco com maior percentagem de respostas certas foi a Lidocaína a 2% (ampola de 10ml) (Tabela 1). Na Tabela 2 é apresentada a relação entre o custo que os inquiridos pensam que o fármaco tem e o custo real.

Tabela 1 Percentagem de respostas certas por classe farmacológica e por fármaco.

Fármacos	Respostas certas (%)		
	Total n=30	Internos e especialistas com menos de 5 anos de experiência n=14	Especialistas com mais de 5 anos de experiência n=16
Benzodiazepinas	20,8%	27,7%	14,8%
Diazepam 10 mg COMP	33,3%	50,0%	18,8%
Diazepam 10mg/2ml AMP	3,3%	0,0%	6,3%
Diazepam 5mg COMP	30,0%	35,7%	25,0%
Midazolam 15mg COMP	13,3%	21,4%	6,3%
Midazolam 15mg/3ml AMP	43,3%	42,9%	43,8%
Alprazolam 0,25 mg COMP	16,7%	21,4%	12,5%
Alprazolam 0,50 mg COMP	16,7%	35,7%	0,0%
Alprazolam 1 mg COMP	10,0%	14,3%	6,3%
Hipnóticos	26,7%	33,1%	21,9%
Cetamina 50mg/10ml AMP	13,3%	21,4%	6,3%
Etiomidato 20mg/10ml AMP	23,3%	21,4%	25,0%
Propofol 1000mg/50ml FR	33,3%	42,9%	25,0%
Propofol 200mg/20 ml AMP	26,7%	28,6%	25,0%
Sevoflurano 250ml FR	23,3%	42,9%	6,3%
Tiopental 500mg AMP	40,0%	35,7%	43,8%
Opióides	13,3%	15,3%	11,6%
Alfentanil 1mg/2ml AMP	13,3%	14,3%	12,5%
Sufentanil 0,01mg/2ml AMP	16,7%	21,4%	12,5%
Mepredina 50mg/1ml AMP	10,0%	14,3%	6,3%
Morfina 10mg/1ml AMP	6,7%	14,3%	0,0%
Remifentanil 1mg/1ml AMP	13,3%	7,1%	18,8%
Remifentanil 2mg/2ml AMP	6,7%	14,3%	0,0%
Fentanil 0,25mg/5ml AMP	26,7%	21,4%	31,3%
Analgésicos não opióides	23,3%	23,2%	23,4%
Cetorolac 30mg/1ml AMP	36,7%	35,7%	37,5%
Cetoprofeno 100mg/2ml AMP	33,3%	28,6%	37,5%
Paracetamol 1000mg FR	6,7%	7,1%	6,3%
Paracetamol 40mg/2ml AMP	16,7%	21,4%	12,5%
Relaxantes Musculares	20,0%	16,1%	23,4%
Cisatracríuio 10mg/5ml AMP	3,3%	0,0%	6,3%
Rocuronio 50mg/5ml AMP	33,3%	35,7%	31,3%
Vecuronio 10mg/5ml AMP	6,7%	0,0%	12,5%
Suxametónio 100mg/2ml AMP	36,7%	28,6%	43,8%
Utilizados como anti-eméticos	10,0%	14,3%	6,25%
Dexametasona 4mg/ 1ml AMP	3,3%	7,1%	0,0%
Droperidol 2,5mg/1ml AMP	20,0%	21,4%	18,8%
Metoclopramida 10mg/2ml AMP	13,3%	21,4%	6,3%
Ondansetron 8mg/4ml AMP	3,3%	7,1%	0,0%
Inotrópicos	21,1%	27,4%	15,6%
Adrenalina 1mg/1ml AMP	30,0%	35,7%	25,0%
Dobutamina 250mg/20ml AMP	23,3%	21,4%	25,0%
Dopamina 200mg/5ml AMP	3,3%	7,1%	0,0%
Efedrina 50mg/1ml AMP	23,3%	28,6%	18,8%

Fenilefrina 10mg/1ml AMP	26,7%	35,7%	18,8%
Noradrenalina 5mg/5ml AMP	20,0%	35,7%	6,3%
Anestésicos Locais	24,2%	27,9%	21,0%
Bupivacaína Hiperbárica 20mg/4ml	10,0%	14,3%	6,3%
Bupivacaína 25mg/10ml	40,0%	57,1%	25,0%
Levobupivacaína 50mg/10ml	33,3%	35,7%	31,3%
Lidocaina 100mg/10ml	36,7%	42,9%	31,3%
Lidocaina 200mg/10ml	46,7%	57,1%	37,5%
Lidocaina 100mg/2ml Hiperbárica	10,0%	0,0%	18,8%
Mepivacaína 200mg/10ml	23,3%	28,6%	18,8%
Ropivacaína 100mg/10ml	20,0%	21,4%	18,8%
Ropivacaína 150mg/20ml	16,7%	21,4%	12,5%
Ropivacaína 40mg/20ml	20,0%	21,4%	18,8%
Ropivacaína 75mg/10ml	10,0%	7,1%	12,5%

AMP- ampola; COMP- comprimido; FR- frasco.

Tabela 2 Relação entre o custo que os inquiridos pensam que o fármaco tem e o custo real

Fármacos que os inquiridos pensavam ser mais caro do que o custo real	Fármacos onde houve maior percentagem de respostas certas ou próximas da certa	Fármacos que os inquiridos pensavam ser mais barato do que o custo real
Alprazolam 0,25mg COMP Alprazolam 0,50mg COMP Alprazolam 1mg COMP Cetoprofeno 100mg/2ml AMP Dexametasona 4mg/1ml AMP Diazepam 10mg COMP Diazepam 10mg/1ml AMP Dobutamina 250mg/20ml AMP Dopamina 200mg/5ml AMP Fentanil 0,25/5ml AMP Mepivacaína 200mg/10ml Ondasetrom 8mg/4ml AMP Paracetamol 1000mg FR Remifentanil 1mg/1ml AMP Ropivacaína 100mg/10ml Ropivacaína 150mg/20ml Ropivacaína 40mg/20ml Ropivacaína 75mg/10ml Sufentanil 0,01mg/2ml AMP	Adrenalina 1mg/1ml AMP Alfentanil 1mg/2ml AMP Bupivacaína 25mg/10ml Cetorolac 30mg/1ml AMP Droperidol 2,5mg/1ml AMP Efedrina 50mg/1ml AMP Fenilefrina 10mg/1ml AMP Levobupivacaína 50mg/10ml Mepidrina 50mg/1ml AMP Midazolam 15mg/3ml AMP Morfina 10mg/1ml AMP Noradrenalina 5mg/5ml AMP Parecoxibe 40mg/2ml AMP Sevoflurano 250ml FR Vecurónio 10mg/5ml AMP	Bupivacaína Hiperb 20mg/4ml Cetamina 500mg/10ml AMP Cisatracúrio 10mg/5ml AMP Droperidol 2,5mg/1ml AMP Efedrina 50mg/1ml AMP Fenilefrina 10mg/1ml AMP Levobupivacaína 50mg/10ml Mepidrina 50mg/1ml AMP Midazolam 15mg/3ml AMP Morfina 10mg/1ml AMP Noradrenalina 5mg/5ml AMP Parecoxibe 40mg/2ml AMP Sevoflurano 250ml FR Vecurónio 10mg/5ml AMP

AMP- ampola; COMP- comprimido; FR- frasco; Hiperb - Hiperbárica

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Embora o grau de conhecimento do preço dos fármacos no nosso serviço se tenha demonstrado insuficiente, a preocupação e a ideia de que o preço deva entrar em linha de conta no momento da escolha é comum no grupo de inquiridos não descurando no entanto, que este não deve ser o critério primário. A atual circunstância económica, política e social exige essa boa prática do anestesista.

REFERÊNCIAS 1.Curr Opin Anesthesiol 2012, 25

MP07 – A 1667 SÍNDROME DE BRUGADA E ANESTESIA – SÉRIE DE 6 CASOS.

INÊS CORREIA¹; HUGO MELEIRO²; FRANCISCO CABRAL¹; ANA LEBREIRO²; LUÍSA GUEDES¹

1 - Serviço de Anestesiologia Centro Hospitalar São João; 2 - Serviço de Cardiologia Centro Hospitalar São João

INTRODUÇÃO

O Síndrome de Brugada (SB) é uma canalopatia genética rara caracterizada por uma alteração específica do segmento ST nas derivações pré-cordiais direitas num coração estruturalmente normal, o que predispõe a arritmias ventriculares e morte súbita cardíaca. O objetivo deste estudo foi rever a abordagem anestésica e complicações peri operatórias neste grupo de doentes e relacionar com a literatura atual.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo, observacional, tendo como base informação obtida através do processo clínico informático dos doentes com diagnóstico de SB, submetidos a procedimentos anestésicos no Hospital São João (HSJ), entre Outubro de 2003 e Dezembro de 2013. Outcomes avaliados: fármacos administrados, ocorrência de complicações (morte, instabilidade hemodinâmica e arritmias no peri operatório).

RESULTADOS

Amostra de 20 doentes com diagnóstico confirmado, dos quais 6 foram submetidos a procedimentos anestésicos no HSJ. 1 Bloqueio subaracnoideu (BSA). 3 Anestésias gerais balanceadas (AGB) e 2 sedações. Fármacos utilizados: Propofol em bólus (4 casos), Neostigmina + Atropina (1 caso), Sugamadex (1 caso) e Bupivacaína (1caso) sem intercorrências após a sua administração. Foi registado um caso de hipertensão no final do procedimento cirúrgico (TA 200/120mmHg), que reverteu após 5 minutos, com administração de Captopril (25mg sublingual). Sem casos de morte, arritmias ou outras alterações hemodinâmicas significativas

no período perioperatório.

Tabela: casos de SB, intervenção e protocolo anestésico proposto, registo de eventuais complicações peri operatórias. (ASA – American Society of Anesthesiology, CDI –Cardiofibrilador implantável, AGB – Anestesia Geral Balanceada, BSA – Bloqueio Subaracnoideu; Complic – Complicações peri operatórias)

	1	2	3	4	5	6
Idade	50	40	50	46	57	56
Sexo	Masculino	Feminino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino
ASA	I	I	II	II	II	II
Intervenção	Cardiaca	implante CDI	Colocação de Cistoc	Septoplastia	Hemiplicastia Inguinal	Hemiplicastia Inguinal
Anestesia	Sedação	Sedação	AGB	AGB	BSA	BSA
Fármacos	Propofol	Propofol	Midazolam Fentanil Propofol Sufentanil Cisatracúrio Lidocaina Sevoflurano Lidocaina Empiridol Parecoxibe Morfina Dobutamina Neostigmina Atropina	Fentanil Propofol Midazolam Dexametasona Carfentanil Sevoflurano Paracetamol Carfentanil Morfina Sugamadex	Bupivacaína Hiperbárica Midazolam Atropina Ac. clausulírico	Midazolam Fentanil Tiopental Dexametasona Sevoflurano Paracetamol Carfentanil
Complic.	-	-	-	-	-	-
Vigilância Pós-op	-	-	Hipertensão Captopril	-	-	-

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Dos fármacos "a evitar" ou "preferencialmente evitar" no SB pelo risco de despoletarem arritmias ventriculares encontram-se vários usados em Anestesia. Relativamente ao propofol, apesar da evidência ser a favor do potencial arritmogénico no SB, a perfusão prolongada parece estar mais associada a esta complicação. A Neostigmina, apesar de poder precipitar o aparecimento de taquiarritmias ventriculares, tem sido utilizada por alguns autores sem complicações. O Sugamadex tem-se revelado seguro na reversão do bloqueio neuromuscular. Alguns autores utilizaram Bupivacaína intratecal e epidural sem eventos adversos. No entanto, há um caso relatado de alteração no ECG tipo Brugada, num portador da mutação SCN5A com Bupivacaína em perfusão epidural contínua, sem induzir arritmia. Em suma, nesta série de casos os procedimentos anestésicos decorreram sem complicações peri operatórias. Contudo, outros fatores como hipertermia, bradicardia e alterações hidroelectrolíticas devem ser evitados e corrigidos. As recomendações para anestesia nestes doentes são escassas e a decisão clínica deve ter em consideração a variabilidade individual, as combinações de fármacos e doses administradas e as circunstâncias fisiológicas. São necessários estudos prospectivos randomizados que permitam reforçar a evidência e orientar a abordagem anestésica no SB.

REFERÊNCIAS Can J Anesthesia (2011) 58:824-836 | http://www.brugadadrugs.org/

MP08 – A 1691 ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL: UM ESTUDO RETROSPECTIVO

INES CARRAPATOSO¹; FILIPA CARVALHO²; CARMEN PEREIRA¹; NUNO LOSA¹; CATARINA CELESTINO¹; CARMEN OLIVEIRA¹

1 - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

INTRODUÇÃO

Um aneurisma da aorta abdominal (AAA) é uma dilatação da parede enfraquecida da artéria aorta, que progressivamente aumenta o seu diâmetro, com o conseqüente risco de ruptura. Este estudo tem o objetivo de rever a abordagem e o manejo de doentes com AAA. Estudos recentes na deteção e abordagem de um AAA concentraram-se em programas de rastreio e intervenções clínicas para reduzir a mortalidade neste grupo de pacientes.2 O presente estudo descreve a abordagem e tratamento de doentes com AAA, de carácter emergente ou eletivo (correção cirúrgica ou endovascular), e a sua relação com o outcome.

METODOLOGIA

Foi realizada uma análise retrospectiva dos dados colhidos no Hos-

pital de Vila Nova de Gaia/Espinho durante um período de cinco anos (2007-2011). A população incluiu doentes adultos, submetidos a cirurgia de correção AAA pela primeira vez. Foram incluídos no estudo os procedimentos eletivos, emergentes, bem como correção endovascular do aneurisma (EVAR). Foram colhidos dados como: idade, sexo, antecedentes patológicos, medicação habitual e exames realizados no pré-operatório, duração do procedimento, utilização de anestesia epidural, necessidade de transfusão e as complicações associadas, através da consulta do processo clínico do doente.

RESULTADOS

Obteve-se uma amostra representativa dos doentes admitidos no hospital com um AAA, que foram submetidos a correção cirúrgica da lesão durante o período em estudo. Foram incluídos 87 doentes no estudo, 67 dos quais envolveram cirurgia aberta e 20 correção endovascular. 14 procedimentos foram eletivos e 73 emergentes. Registou-se uma taxa de mortalidade geral para a cirurgia eletiva aberta de 2,7% e para a cirurgia emergente de 50%. Embora apenas um pequeno número de doentes tenha sido submetida a EVAR, a sua taxa de sucesso está de acordo com os estudos publicados. Como complicações pós-operatórias em 30 dias pós cirurgia: 29% teve uma complicação infecciosa, mais frequentemente torácica ou da ferida operatória, 3% enfarte do miocárdio, 5% complicações do Bypass cirúrgico necessitando de reoperação.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A abordagem e tratamento de doentes submetidos a cirurgia vascular é uma das áreas mais desafiantes e controversas de anestesiologia. AAA é uma condição ameaçadora da vida e uma vez tomada a decisão de correção cirúrgica, esta deve ser realizada o mais precocemente possível. A elevada incidência de patologia associada, o stress metabólico associado à clampagem e desclampagem, resultam numa alta morbimortalidade perioperatória relativa nestes doentes.¹ O seguimento do doente é fundamental para uma atempada deteção e correção de complicações. Os autores concluem que a experiência institucional com a abordagem e tratamento do AAA é semelhante em comparação com os resultados publicados em grandes séries.

REFERÊNCIAS 1. Diagnosis, Screening and Treatment of Abdominal Aneurysms, 2011; 24: 397-410 | 2. BMJ 2011; 342:d1384

MP09 – A 1697 HIPERCALCÉMIA NO DOENTE UROLÓGICO COM NEOPLASIA MALIGNA DO RIM – QUAN- DO E PORQUÊ ADIAR A CIRURGIA?

RICARDO BERNARDO¹

1 - Interno de Anestesiologia do Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

INTRODUÇÃO

A hipercalcémia (Ca>10,5 mg/dL) é o síndrome paraneoplásico mais comum no carcinoma de células renais, atingindo 13 a 20 % dos doentes.¹ Apresenta-se em duas categorias: metastática (decorrente da invasão secundária do osso) e não metastática (produção de mediadores endócrinos como o péptido análogo da hormona paratiroideia, na ausência de lesão óssea). As manifestações clínicas são frequentes quando o valor sérico se encontra acima dos 12 mg/dL, sobretudo em situação aguda - destacam-se alterações electrocardiográficas e desidratação.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, 64 anos, ASA 2, com síndrome depressivo, proposta para nefrectomia esquerda por neoplasia do rim. Na avaliação pré-anestésica a doente apresentava queixas de cansaço e letargia e sem alterações no exame físico. A avaliação complementar evidenciou a presença de lesões secundárias pulmonares e vertebrais e calcémia de 12,1 mg/dL. Perante esta elevação, optou-se por considerar a doente não apta para cirurgia electiva, dado os riscos associados, tendo iniciado terapêutica com bifosfonatos (pamidronato), hidratação endovenosa e diurético (furosemida). Após a normalização dos valores séricos de cálcio optou-se por prosseguir com a cirurgia programada (com carácter palia-

tivo), sob anestesia geral balanceada que decorreu sem intercorrências.

DISCUSSÃO

Existem múltiplas situações clínicas cirúrgicas que cursam com hipercalcémia. O hiperparatiroidismo e os síndromes paraneoplásicos causam 90% dos casos.² No carcinoma de células renais a elevação do cálcio sérico pode ter causa metastática ou não metastática. A avaliação pré-anestésica deve incluir o doseamento sérico do cálcio, considerando o padrão da elevação do mesmo e respectivas implicações - alterações electrocardiográficas (encurtamento do intervalo QT, bradicardia, bloqueio aurículo-ventricular); diminuição da capacidade de concentração da urina e desidratação; doença ulcerosa péptica ou alterações do sistema nervoso central. Nestes casos deve protelar-se a cirurgia electiva e iniciar-se terapêutica (hidratação endovenosa, diurético de ansa, bifosfonatos) visando reduzir o risco do doente.

REFERÊNCIAS 1. Palapattu GS et al, Paraneoplastic syndromes in renal malignancy: the many faces of renal cell carcinoma; Rev Urol 2002 Fall;4(4):163-70. 2.Papadakis MA et al, Current Medical Diagnosis & Treatment 2013; Lange-McGraw-Hill, 2013. 3.Fauci AS et al, Harrison's Principles of Internal Medicine, 17th edition; McGraw-Hill; 2008. 4.Stewart AF, Hypercalcemia associated with Cancer, N Engl J Med 2005; 352:373-379

MP10 – A 1731 AUDITO INTERNO: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA NA UTILIZAÇÃO DE PCA NA UNIDADE DE DOR AGUDA DA NOSSA INSTITUIÇÃO

JOÃO PAULO AGUIAR²; MERCÉS LOBO¹; ISABEL RIBEIRO³; INÊS FONSECA¹; RUI VALENTE¹

1 - Instituto Português de Oncologia, Francisco Gentil, EPE, Porto

INTRODUÇÃO

A instituição de Unidades de Dor Aguda é obrigatória para a optimização do controlo da dor no período pós-operatório. O objetivo deste trabalho foi analisar as atividades desenvolvidas no controlo da dor com utilização de PCA (protocolos PCA1 e PCA2) e avaliar a qualidade e segurança na sua utilização.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo de 2010 a 2013, com recolha de dados relativos ao período das 0 às 72 horas pós-operatórias, através da base de dados da Dor Aguda. Avaliação da dor efectuada com escala qualitativa (0-4). Realização de análise descritiva

Resultados

Um total de 412 doentes foi incluído neste trabalho, com idade média de 59 anos, 51.4% do sexo masculino. O protocolo PCA1 foi prescrito a 94 doentes, submetidos a grande cirurgia de cabeça e pescoço, torácica ou ortopédica, e o protocolo PCA2 a 318 doentes, submetidos a grande cirurgia torácica ou abdominal. Para o protocolo PCA1, os registos da analgesia em repouso foram os seguintes: sem dor: 72%; dor ligeira: 22%; dor moderada: 5%. Relativamente à analgesia em movimento: 57% não referiram dor com movimento; 31% referiram dor ligeira; e 12% referiram dor moderada. Para o protocolo PCA2, na analgesia em repouso, 74% dos doentes referiram não ter dor; 23% referiram dor ligeira e apenas 4% dor moderada. Em movimento, 56% não manifestaram dor; 38% referiram dor ligeira e 7% dor moderada. Registou-se, de uma forma global e para os dois protocolos, uma incidência de complicações de 4.1%, sendo a mais frequente a hipotensão. A incidência de náuseas e/ou vômitos variou num intervalo de 15 a 20%

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Na ausência de registos de complicações major, consideramos que a analgesia por PCA é uma técnica segura e eficaz no nosso Hospital. A unidade de dor aguda possui uma estrutura clínica própria, disponível 24h por dia, que inclui a presença de um anestesista. Neste contexto, os protocolos de analgesia constituem uma mais-valia para a optimização do tratamento da dor, dos efeitos laterais e de possíveis complicações relacionadas com a técnica analgésica. As funções da unidade de dor

aguda vão além da prática clínica, sendo responsáveis pela formação pré operatória dos doentes, formação contínua da enfermagem e estabelecimento de sistemas de registo e análise. Com este trabalho podemos observar o trabalho desenvolvido por esta unidade e a mais valia que constitui no tratamento peri-operatório dos doentes da nossa instituição.

REFERÊNCIAS

Safety and efficacy of patient-controlled analgesia. Br J Anaesth 2001; 87: 36–46

MP11-B1542 REAÇÃO ANAFILÁTICA AO CORANTE AZUL PATENTE V DURANTE TUMORECTOMIA MA- MÁRIA

MIGUEL GUSMAO¹; MARGARIDA CANAS²

1 - Interno do Internato de Anestesiologia - Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital Santo Antonio dos Capuchos; 2 - Assistente Hospitalar - Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital Santo Antonio dos Capuchos

INTRODUÇÃO

No intra operatório a maioria das reações alérgicas são atribuídas aos relaxantes musculares (70%), látex (10%), antibióticos, anestésicos locais, opióides e colóides. Estima-se que a incidência de reações anafiláticas relacionadas com a anestesia seja de 1 para 10.000 – 20.000.¹ O azul patente é usado em medicina desde os anos sessenta nas linfangiografias e mais recentemente na pesquisa de gânglio sentinela em doentes com neoplasia da mama.²

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, 51 anos, com o diagnóstico de lesão mamária no quadrante superior da mama direita. Proposta para realização de tumorectomia com excisão de gânglio sentinela. Antecedentes pessoais irrelevantes. Medicada habitualmente com Tamoxifeno. Nega alergias conhecidas. Foi classificada como ASA II Indução anestésica com midazolam 1,5mg, droperidol 0,625mg, fentanil 0,1mg, propofol 150mg e atracúrio 40mg. A intubação foi fácil, sem intercorrências. Antibioterapia profilática com cefazolina 1g. Iniciou ventilação mecânica em modo volume controlado fracção inspirada de oxigénio 0,5 e sevoflurano MAC 1,5. Deu-se início ao procedimento com a infiltração peri-areolar de 2ml de corante azul patente V a 2,5% para pesquisa de gânglio sentinela. Cerca de 15 minutos após a infiltração do azul patente V a doente apresenta hipotensão grave atingindo um mínimo de 60/30mmHg (menos 45% em relação à tensão arterial basal de 135/70mmHg), taquicardia sinusal 125 bpm, rash cutâneo maculo-papular generalizado. Iniciou terapêutica com hidrocortisona 200mg e efedrina 10+10mg com resposta favorável, verificando-se normalização gradual dos parâmetros hemodinâmicos. De seguida verificou-se coloração azulada da pele, com placas azuladas de distribuição centrífuga em relação ao local da infiltração, atingindo toda a superfície cutânea. A intervenção decorreu sem outras intercorrências tendo a doente sido submetida a biópsia do gânglio sentinela com excisão de 3 gânglios e tumorectomia. O pós-operatório imediato decorreu sem intercorrências tendo tido alta para o domicílio no mesmo dia da cirurgia com consulta de imunoalergologia agendada.

DISCUSSÃO

A incidência de reações anafiláticas ao azul patente segundo a literatura varia entre 0,06% a 2,7%. Este caso é um exemplo de uma reacção alérgica grave (grau 3) ao azul patente caracterizada por alterações hemodinâmicas (hipotensão e taquicardia) associadas a alterações cutâneas (rash maculo papular). As equipas cirúrgica e anestésica necessitam de estar alerta para o risco deste tipo de reações ao azul patente e estar preparadas para o seu diagnóstico e tratamento precoce. Apesar de raro o choque anafilático expõe o doente a um risco de vida iminente.

REFERÊNCIAS 1. Laxenaire MC. Epidemiology of anesthetic anaphylactoid reactions. Fourth multicenter survey. Ann Fr Anesth Reanim 1999;18(7):796–809. 2. Scherer K, Bircher AJ, Figueiredo V. Blue dyes in medicine confusing terminology. Contact Derm

2006;54(4):231–2.

MP12-B1711 CIRURGIA DE AMBULATÓRIO.. PODE-SE REA- LIZAR NA URGÊNCIA?

NUNO RICARDO XAVIER CORREIA MOINHO¹; RAQUEL CABRAL¹; SOFIA MARQUES¹; INÉS MESQUITA¹

1 - Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

A cirurgia de ambulatório apresenta inúmeras vantagens para os doentes, para familiares e para as instituições.¹ Por definição integra cirurgias programadas e não em contexto de urgência.

Em situações peculiares, os autores relatam 2 casos clínicos de cirurgias minor realizadas em contexto de urgência e com alta no próprio dia.

CASO CLÍNICO

Durante o ano de 2013, os autores descrevem 2 casos clínicos de doentes pertencentes a estabelecimento prisional propostos em regime de urgência para cirurgia de antebraço e mão, por lesões de autoflagelo provocadas por objectos cortantes.

Os 2 doentes, classificados de ASA IE, foram submetidos a anestesia regional do plexo braquial por via axilar, sob visualização ecográfica, com 20ml de mepivacaína 1,5% (2).

As cirurgias decorreram sem intercorrências com tempo inferior a 60 minutos. Os doentes foram transferidos para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos onde efectuaram o recobro fase I durante 3 horas.

Posteriormente foram para a enfermaria onde efectuaram o recobro fase II. Após seis horas do fim da cirurgia e perante os critérios de alta confirmados, foram transferidos para o estabelecimento prisional.

No dia seguinte foi feito contacto telefónico com enfermeiro do estabelecimento prisional confirmando-se não ter havido intercorrências

DISCUSSÃO

Os autores, conscientes da cirurgia de ambulatório destinarem-se a cirurgias programadas, relatam dois casos clínicos de cirurgias urgentes em tiraram benefício dos critérios das unidades de cirurgia de ambulatório para permitir um eficaz dinamismo do estabelecimento prisional, sem necessidade de permanência de autoridade de vigilância em período nocturno no hospital.

Consideramos que em situações particulares podemos adoptar os benefícios da cirurgia de ambulatório para contributo do melhor funcionamento das instituições de saúde, que neste caso se aplica a manutenção do dinamismo e organização do estabelecimento prisional, embora não possamos considerar como cirurgia de ambulatório.

REFERÊNCIAS 1. Determining the Safety of Office-Based Surgery: What 10 Years of Florida Data and 6 Years of Alabama Data Reveal: John Starling III, MD1,*; M K. T MD1, Brett M. C MD, I 2. Anesthesia & Analgesia: March 2002 - Volume 94 - Issue 3 - pp 577-585; ambulatory anesthesia: review article

MP13-C1551 MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA COM LID- CORAPID EM CIRURGIA AÓRTICA – A PROPÓ- SITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

HELENA DUTRA FIGUEIRA¹; MARIA TARROSO²; CARLOS MEXEDO¹

1 - Centro Hospitalar do Porto;

2 - Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

INTRODUÇÃO

O LiDCOrapid é um monitor hemodinâmico minimamente invasivo não calibrado que utiliza um algoritmo validado - *pulse power analysis* - para estimar o volume sistólico e o débito cardíaco. As vantagens de sua utilização na cirurgia vascular: minimizar o risco associado a pro-

cedimentos para monitorização invasiva em doentes hipocoagulados, quer sejam a cateterização venosa central ou a introdução do cateter da artéria pulmonar; a elegibilidade de qualquer artéria para monitorização da pressão arterial permitindo poupar artérias centrais em doentes com risco de doença arterial periférica; a simplicidade do seu uso quando comparado com técnicas como ecocardiografia transesofágica.

CASO CLÍNICO

Caso 1: Masculino, 76 anos, ASA II, peso 77Kg e altura 1,77m, proposto para exclusão de aneurisma da aorta abdominal infrarrenal e bypass aorto-biiliaco. Monitorização standard (STD) da ASA, Bispectral index (BIS), monitorização do bloqueio neuromuscular (BNM), pressão arterial invasiva (PAI), pressão venosa central (PVC) e LiDCOrapid. Anestesia Combinada. Figura 1: a clampagem aórtica foi acompanhada de aumento da tensão arterial (TA) com elevação do volume de ejeção sistólico (SV) e do débito cardíaco (CO) e redução da variação do volume sistólico (SVV) refletindo aumento do preload; durante a desclampagem da artéria ilíaca foram observados: aumento do SVV com a redistribuição distal de volume, redução do SV e do CO e queda na TA.

Caso 2: Masculino, 66 anos, ASA III, peso 53Kg e altura 1,53m, proposto para realização de bypass aorto-bifemural por doença oclusiva da aorta infrarrenal. Monitorização STD da ASA, BIS, monitorização do BNM, PAI, PVC e LiDCOrapid. Anestesia Combinada. Figura 2: trend hemodinâmico que evidencia a resposta ao fluid challenge motivado por hipertensão arterial e SVV > 10%, seguido de bólus de fármaco inotrópico e vasoconstritor.

Tabela 1

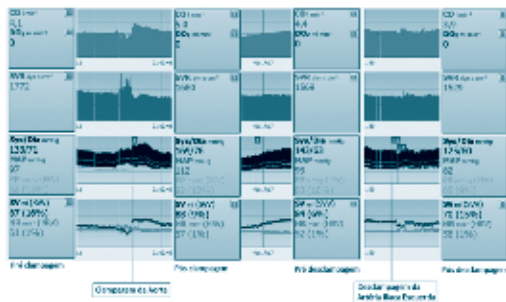
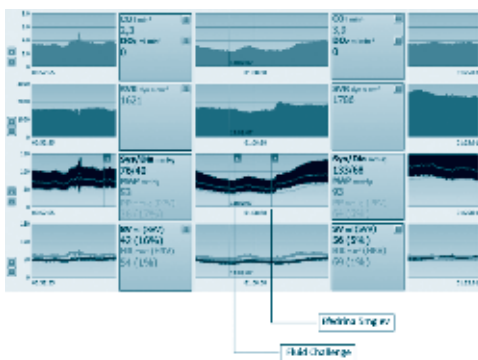


Tabela 2



DISCUSSÃO

Não há consenso sobre a técnica de monitorização hemodinâmica intra-operatória ideal para pacientes submetidos à cirurgia aórtica e sobre o seu impacto no outcome. Apesar disso novos monitores podem ser úteis na prática anestésica. O LiDCOrapid corresponde a uma forma de monitorização hemodinâmica pouco invasiva, sem riscos acrescidos para os doentes, que fornece dados hemodinâmicos relacionados com preload, contratilidade cardíaca e afterload. Sua utilização para cirurgia aórtica se justifica pelo elevado risco inerente à intervenção cirúrgica em doentes com elevada prevalência de doença arterial coronária. Possibilita a identificação precoce de alterações e a implementação de protocolos para otimizar os parâmetros hemodinâmicos através da fluidoterapia dirigida a objetivos e do uso adequado de inotrópicos e fármacos vasoativos. Os trends hemodinâmicos, sua correlação com eventos anestésico-cirúrgicos e a interpretação individualizada dos dados podem ser úteis na tomada de decisões.

REFERÊNCIAS 1 - Crit Care Med. 2005; 33, 2015-21

MP14-C1728
LEIOMIOMA UTERINO COM EXTENSÃO PARA AS CÂMARAS CARDÍACAS DIREITAS: ABORDAGEM ANESTÉSICA

GABRIELA SOUSA¹; ANA SOFIA CRUZ²; INÊS VALDOLEIROS³; FILOMENA FARINHA¹

1 - Centro Hospitalar de São João, Porto

INTRODUÇÃO

O leiomioma intravenoso é um tumor benigno de células de músculo liso de origem uterina, que pode crescer através das veias pélvicas até à veia cava inferior. A extensão do tumor para as câmaras cardíacas direitas é rara.¹ A apresentação clínica e o compromisso da capacidade funcional são variáveis. A cirurgia é o tratamento de escolha, uma vez que a remoção completa do tumor tem um prognóstico favorável.² Apresenta-se um caso de anestesia numa doente com leiomioma intravenoso com extensão para câmaras cardíacas e tronco pulmonar e hipertensão pulmonar, para cirurgia de exérese do mesmo.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, 74 anos de idade, com história de leiomiomatose uterina e hysterectomia 19 anos antes, apresenta uma massa na veia cava inferior (VCI), com extensão para as câmaras cardíacas direitas e tronco pulmonar. A extensão do tumor para a VCI e câmaras cardíacas (fig.1) provocou obstrução ao retorno venoso sistémico e manifestou-se clinicamente com edemas periféricos, dispneia e astenia. A invasão e embolização para as artérias pulmonares resultou em tromboembolismo pulmonar e hipertensão pulmonar secundária (HTP). Foi utilizada monitorização standard mais BIS®, pressão arterial invasiva (PAI), pressão venosa central (PVC) e ecocardiografia transesofágica (ETE). Foi realizada uma anestesia geral endovenosa com fentanil, propofol e rocurónio. Aquando da saída de circulação extracorpórea (CEC) foi necessário iniciar uma perfusão de aminas vasopressoras. No final, a remoção total do tumor (fig. 2) e a integridade da válvula tricúspide foram avaliadas por ETE. A doente foi para uma unidade de cuidados intensivos, entubada, ventilada e hemodinamicamente estável. Teve alta sete dias após a cirurgia.

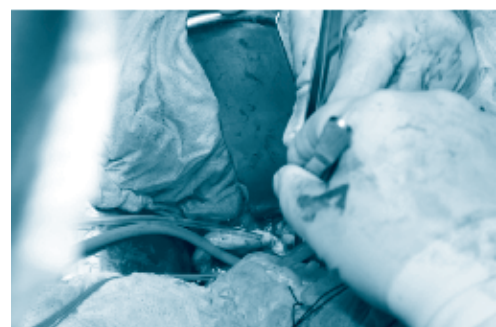


Fig 1-Leiomioma intra-cardíaco

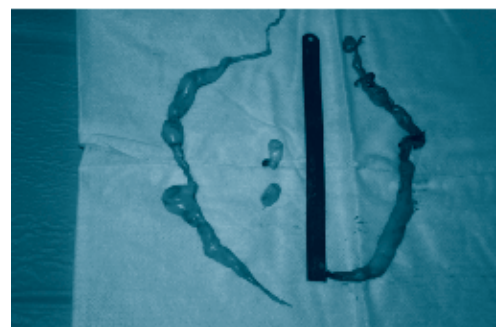


Fig 2 - Massas tumorais

DISCUSSÃO

A abordagem anestésica de uma doente com estas comorbilidades apresenta um desafio. A existência de uma massa nas câmaras cardíacas direitas contraindica a colocação de catéteres venosos até à aurícula direita devido ao risco de fragmentação da massa e embolização. Relativamente ao manuseio da HTP, deve evitar-se: estímulos que aumentem as resistências vasculares periféricas (fármacos, hipoxia, hipercapnia, acidose), uma diminuição marcada do volume sanguíneo e retorno venoso, e fármacos depressores do miocárdio. A utilização de ETE é o método de escolha para a monitorização hemodinâmica durante a cirurgia: a existência de uma massa intracardiaca contraindica o uso do catéter de Swan-Ganz. Além disso, a ETE permite a vigilância de êmbolos cardíacos adicionais.

REFERÊNCIAS

1. J Cardiothor & Vascular Anesth 2006; 20:94-95. [2] Rev Esp Anest Rean 2004; 51:40-43.

MP15-D1521 ANESTESIA PARA RESSECÇÃO DE PARAGANGLIOMA RETROPERITONEAL EM 2 TEMPOS: 2 DESAFIOS ANESTÉSICOS

MARIANA CORREIA¹; GIOCONDA COELHO²; ISABEL SERRALHEIRO²; JOSÉ CASEIRO²

1 - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Serviço de Anestesiologia; 2 - Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Serviço de Anestesiologia

INTRODUÇÃO

Os paragangliomas funcionantes são raros¹ e existem poucos relatos de extensão tumoral com atingimento renal e vascular, propostos para excisão tumoral. Reportamos um caso de adequado controlo hemodinâmico em que, num primeiro tempo cirúrgico, foi efetuado um auto-transplante renal e, num segundo tempo cirúrgico, ressecção de massa tumoral incluindo segmento da veia cava inferior.

CASO CLÍNICO

Doente de 20 anos, sexo feminino, raça caucasiana, previamente saudável, hábitos tabágicos no passado, proposta para excisão em 2 tempos cirúrgicos de paraganglioma retroperitoneal funcionante com 13x8x14 cm, envolvendo os grandes vasos abdominais e com extensão até ao rim direito. Medicada com fenoxibenzamina, propranolol e terapêutica analgésica. O electrocardiograma, ecocardiograma, radiograma do tórax e avaliação analítica eram normais. No pré-operatório foi contactado o Serviço de endocrinologia, a Unidade de Cuidados Intensivos e o Serviço de imunohemoterapia e prescrita medicação pré-anestésica e fluidoterapia endovenosa. Em ambas as cirurgias foi realizada anestesia geral balanceada. A monitorização adicional incluiu a pressão arterial invasiva, pressão venosa central, avaliação analítica e gasimetrias arteriais seriadas, débito urinário, monitorização da profundidade anestésica (Índice Bi-Espectral) e bloqueio neuromuscular. A fluidoterapia incluiu cristalóides, colóides e hemoderivados de acordo com o balanço hídrico estimado e a avaliação laboratorial. No primeiro tempo operatório (Figura 1) a doente manteve perfil tensional estável sendo os picos hipertensivos momentâneos resolvidos com bólus de labetalol e dinitrato de isossorbido. No pós-operatório apresentou boa evolução clínica, verificando-se boa função do enxerto. O segundo tempo operatório decorreu após 2 meses (Figura 2). O perfil tensional foi tendencialmente hipertensivo na fase inicial da cirurgia sendo o controlo realizado com esmolol e perfusão de nitroprussiato de sódio. A excisão da massa tumoral peri-vascular acompanhou-se de perda hemática massiva tendo-se iniciado fluidoterapia agressiva e posteriormente perfusão de noradrenalina. Foi transferida para a UCI registando-se evolução favorável.

DISCUSSÃO

Uma abordagem anestésica, incluindo optimização pré-operatória e planificação da estratégia intra-operatória, com envolvimento multidisciplinar mostrou-se essencial para o adequado controlo hemodinâmico, perante a inexistência de monitorização avançada e impossibilidade de

recuperação intra-operatória de sangue.

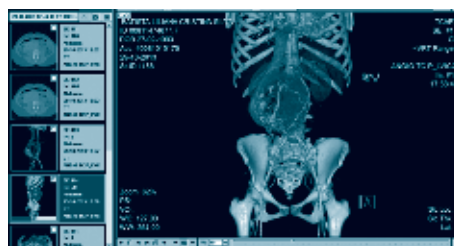


Figura 1. Tomografia computadorizada prévia à realização da primeira cirurgia.

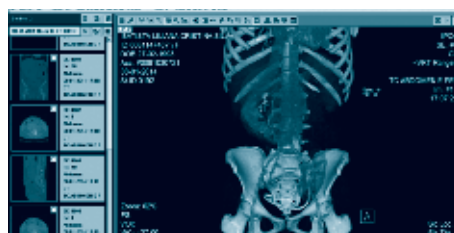


Figura 2. Tomografia computadorizada prévia à realização da segunda cirurgia.

REFERÊNCIAS

1. J Clin Hypertens (Greenwich). 2013 Jun;15(6):428-34

MP16-E1560 - EDEMA PULMONAR DE PRESSÃO NEGATIVA E SEU TRATAMENTO COM VÁLVULA DE BOUSSIGNAC

HUGO MELEIRO¹; FRANCISCO CABRAL¹; DANIELA PARENTE¹; MIGUELA BOTELHO¹

1 - Centro Hospitalar São João

INTRODUÇÃO

O Edema Pulmonar de Pressão Negativa (EPPN) após extubação traqueal é uma entidade bem descrita, porém pouco frequente e potencialmente fatal, associada a um esforço inspiratório vigoroso perante a glote encerrada.¹ Pretende-se descrever um caso de EPPN com sucesso terapêutico após início precoce de ventilação não invasiva (VNI).

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, 57 anos, ASA II, proposto para sigmoidectomia. Na avaliação pré-operatória destaca-se score STOP-Bang 5. Sem antecedentes de relevo e estudo pré-operatório sem alterações. Submetido a anestesia geral balanceada, o procedimento durou 1h e foram administrados 1000ml de NaCl 0,9%. Durante o recobro da anestesia ainda entubado mas em ventilação espontânea, desenvolveu quadro de obstrução da via aérea superior por oclusão do tubo endotraqueal, que cedeu espontaneamente. Imediatamente após entrada na Unidade Pós-Anestésica, desenvolveu hipoxia em ar ambiente, SpO₂ 85% - 88%, associado a secreções traqueobrônquicas (STB) arejadas e raiadas de sangue vivo, abundantes e crepitações inspiratórias bilaterais. Hemodinamicamente estável. Insuficiência respiratória (PaO₂ 59.6 mmHg e PaCO₂ 49.6 mmHg). Foi medicado com furosemida e iniciou Boussignac CPAP system® com O₂ 20l/min (PEEP 7,5 cmH₂O). Melhoria franca do quadro clínico, após 1 hora de VNI, com SpO₂ 95% PaO₂ 91.4 mmHg e PaCO₂ 45.6 mmHg, sem STB nem crepitações. Radiografia de tórax com opacidade difusa bilateral e seios costofrênicos livres. Admitido em UCI para vigilância clínica. TC-tórax e Ecocardiograma transtorácico com achados compatíveis com EPPN. Transferido para o internamento na manhã seguinte assintomático em ar ambiente.

DISCUSSÃO

As manifestações subclínicas do EPPN parecem subestimar a sua real incidência, que rondará os 0.1%.¹ Há evidência do benefício da VNI precoce na insuficiência respiratória aguda no pós-operatório, reduzindo as co-morbilidades associadas à entubação endotraqueal e estadia em UCI.² A evidência sugere a VNI como arma terapêutica no EPPN.¹ Neste

caso, a instituição de VNI precoce por Pressão Positiva Contínua permitiu uma melhoria da dinâmica ventilatória e das trocas gasosas com a rápida melhoria clínica e gasométrica após 1h de Boussignac.

REFERÊNCIAS 1. Anesthesiology 2010; 113:200-7 | 2. Intensive Care Med 2011; 37:918-29

MP17-E1647 ESOFAGECTOMIA POR TORACOSCOPIA E LAPAROSCOPIA: COMPLICAÇÃO NÃO USUAL

CELINE FERREIRA¹; SARA MOTA¹; MELISSA FERNANDES¹; CONCEIÇÃO MARTINS¹; JOÃO BONIFÁCIO¹; VALENTINA ALMEIDA¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

A esofagectomia continua a ter expectativa de vida diminuta, porém com o desenvolvimento de técnicas cada vez menos invasivas permitem melhorar a qualidade de vida dos doentes. Sendo uma cirurgia major é fundamental que o anestesista conheça as etapas cirúrgicas, suas implicações no manuseamento anestésico¹, de modo a melhorar a atuação perante possíveis complicações.

CASO CLÍNICO

Masculino, 56anos, ASA III, proposto para esofagectomia por toracosopia e laparoscopia com anastomose cervical manual por carcinoma epidermóide do esôfago. Fez quimio-radioterapia neoadjuvante com término 3 meses antes da cirurgia. Estudo analítico, radiológico e electrocardiográfico sem alterações de relevo. Submetido a anestesia geral equilibrada, entubado com tubo de duplo lúmen esquerdo 39F (tubo Robertshaw), cuja colocação foi confirmada por auscultação, manteve-se o doente em ventilação controlada por volume. Após posicionamento em decúbito lateral esquerdo, iniciou-se ventilação com pulmão único e procedeu-se à toracosopia. Após término da insuflação de CO₂ e antes do início da dissecação do esôfago, verificou-se, pelo ecrã do ventilador, subida de EtCO₂ de 36 até 114mmHg, diminuição da SpO₂ de 100 até 80%. Imediatamente interrompeu-se a cirurgia e iniciou-se ventilação bipulmonar com FiO₂ a 100%. Gasometricamente, PaCO₂ 160mmHg, PaO₂ 119mmHg com SpO₂ 96%, pH 6,9 e HCO₃ 32,5mmol/L. Valores de EtCO₂ começaram a normalizar, porém a SpO₂ diminuiu até 45%. Gasometricamente, PaCO₂ 76mmHg, PaO₂ 41mmHg com SpO₂ 62%, pH 7,19 e HCO₃ 28,6 mmol/L. Procedeu-se a troca de tubo de duplo lúmen. Retomada cirurgia que decorreu sem intercorrências de igual relevância, tendo sido o doente extubado no final da cirurgia. Não houve qualquer rebote hemodinâmico significativo. No pós-operatório, teve como complicações: edema pulmonar pós-reexpansão de atelectasia do pulmão direito, enfisema subcutâneo do hemitórax direito e fístula da anastomose cervical.

DISCUSSÃO

Após *debriefing* entre Anestesiologia e Cirurgia e com base na inúmera evidência clínica publicada sobre a abordagem anestésica e cirúrgica e suas complicações, duas hipóteses foram postas em causa: difusibilidade do CO₂¹ por capnomediastino ou por rotura de vaso, ou embolia gasosa de CO₂². Não foram encontrados casos publicados que descrevessem hipercapnia e hipoxémia tão severas, tornando este caso um desafio na interpretação do sucedido.

REFERÊNCIAS 1 - Contin Educ Anaesth Crit Care Pain 2010; 10 (2):43-47; | 2. Anaesthesia 2001; 56:594-5

MP18-G1531 - CRANIOTOMIA COM O DOENTE ACORDADO E DEXMEDETOMIDINA – A NOSSA EXPERIÊNCIA

SARA TOMÉ¹; INÊS CARVALHO¹; ANA ISABEL ANDRÉ¹; FERNANDA PALMA MIRA¹; CRISTINA FERREIRA¹; ANA FERREIRA¹

1 - Serviço de Anestesiologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Introdução

A craniotomia com o doente acordado tem aplicações importantes, nomeadamente em neuro-oncologia, na terapêutica da dor, cirurgia da epilepsia e funcional cerebral, permitindo o mapeamento de áreas nobres.¹ Múltiplas abordagens anestésicas têm sido utilizadas, constituindo um desafio para os anestesistas e tratando-se, na maioria dos casos, cirurgias de longa duração.

A dexmedetomidina é um agonista α -adrenérgico seletivo, conhecido pelas propriedades simpaticolíticas, sedativas, amnésicas e analgésicas, possibilitando sedação consciente, sem depressão respiratória 2. Graças a estas propriedades, apresenta-se como o fármaco quase ideal para utilização neste tipo de procedimentos cirúrgicos 3, tendo sido introduzido no nosso Serviço em 2013.

METODOLOGIA

Fizemos um estudo retrospectivo no qual incluímos todos os doentes submetidos a craniotomia com o doente acordado, sob dexmedetomidina, no espaço de um ano.

RESULTADOS

Em 183 craniotomias realizadas no espaço de um ano, 10 delas foram efetuadas sob sedação consciente, sendo todos os doentes de sexo masculino, com idade média de 34.8±14 anos. Em 70% dos casos a causa da craniotomia foi exérese de lesão ocupando espaço, em 20% a indicação foi para controlo de dor crónica e nos restantes 10% o motivo foi cirurgia da epilepsia. A duração média de cirurgia foi de 303±129min, tendo a mais curta durado 180min e a mais longa 625min. Em todos os doentes foi feita sedação inicial (com midazolam e/ou propofol) para implementação de monitorização invasiva (linha arterial) e anestesia da pele (com ropivacaína e lidocaína) para colocação de pins craneanos. Em 2 casos houve necessidade de suplementação analgésica com opióides intraoperatórios, por analgesia insuficiente. Em 9 casos, iniciou-se precocemente perfusão concomitante de esmolol com o intuito de reduzir a resposta simpática (sem alteração da TA superior a 20% do valor basal), tendo a estabilidade hemodinâmica sido uma realidade. Em todos os doentes se constatou estabilidade ventilatória e não houve registo de alterações do estado de consciência. Quanto aos efeitos adversos, verificaram-se queixas de xerostomia em 2 doentes e de náuseas em apenas 1 doente.

Discussão e Conclusões

Os dados apurados, embora com casuística reduzida, permitem-nos aferir a eficácia da nossa utilização da dexmedetomidina, tendo conseguido níveis de sedação consciente para permitir a cirurgia (nem sempre rápida), com o doente colaborante nas fases de neuro-estimulação, confortável e sem alterações ventilatórias, hemodinâmicas ou do estado de consciência. A nossa experiência tem-se revelado produtiva e acreditamos poder melhorar ainda a nossa técnica.

REFERÊNCIAS 1 Br J Anaesth, 2003;90:161-165 | 2 Rev Bras Anesthesiol, 2006;4: 402-407 | 3 J. Neurosurg Anesthesiol, 2004;16:20-25

MP19-H1504 SÍNDROME DE PROTEUS E ANESTESIA LOCORREGIONAL: UM CASO DE SUCESSO

VITOR BORBA¹; JOANA MARQUES²

1 - Hospital do Divino Espírito Santo; 2 - Hospital Infante Dom Pedro

INTRODUÇÃO

O Síndrome de Proteus (SP), é uma doença congénita polimórfica rara que consiste no crescimento assimétrico e desproporcional de tecidos moles, osso, órgãos ou vasos. Atinge diferentes partes do corpo, mais frequentemente crânio, mãos e/ou pés¹. Do envolvimento visceral podem resultar disfunções orgânicas em vários sistemas, nomeadamente cardiovascular², pulmonar e gastrointestinal. O SP constitui um desafio

para o anestesiológista, pela abordagem da via aérea e pelas repercussões sistêmicas.

CASO CLÍNICO

Sexo feminino, 16 anos de idade, ASA II, 64 kg e 1,62m, natural de São Tomé e Príncipe e diagnóstico de Síndrome de Proteus à nascença. Múltiplos antecedentes cirúrgicos para correção de sindactilia, plastia de dedos das mãos, excisão de lipomas e amputação bilateral de membros inferiores, abaixo do joelho, por dificuldade na locomoção e necessidade do uso de próteses. Proposta para cirurgia de regularização de cotos de amputação dos membros inferiores. Ao exame físico: fenótipo facial normal, sem sinais de via aérea difícil: Mallampati 1, abertura da boca > 3cm. Membros de grande tamanho com hiperplasia palmar e dismorfia severa das mãos, lipomas e nevus dispersos pelas regiões abdominal, dorsal e cervical. Sem atraso mental ou alterações no exame neurológico sumário. Proposta uma Anestesia Geral Combinada (AGB+Bloqueio de Nervos Periféricos). Indução com midazolam (1mg), fentanil (0.15mg) e propofol (200mg), colocação de LMA iGel nº4, e manutenção com Sevoflurano e Oxigênio. Posteriormente, executado bloqueio ecoguiado bilateral do nervo ciático por abordagem popliteia, utilizando uma agulha Braun Stimulex-D® 20G/120mm e sonda linear 5.0MHz. Feito single-shot bilateral de Levobupivacaína 0.5% e um volume de 15 mL, em cada lado. A técnica foi dificultada pela obesidade e importante distorção das estruturas anatómicas. O bloqueio mostrou grande eficácia ao longo de toda a cirurgia, com estabilidade hemodinâmica, tendo sido apenas administrado paracetamol 1g para analgesia no pós-operatório.



Figura 1



Figura 2

DISCUSSÃO

São raros os casos descritos na literatura acerca de Anestesia para doentes com SP e os que existem descrevem abordagens com anestesia geral. Existe um trabalho, que inclui 28 doentes, nos quais todos com procedimentos cirúrgicos foram feitos sob anestesia geral/sedação e que refere a anestesia locoregional como sendo usada com hesitação³, devido às alterações estruturais ósseas e vasculares presentes nestes doentes. Apesar de não existirem casos descritos e do receio do seu uso, o bloqueio de nervos periféricos, quando ecoguiado, poderá apresentar-se como uma técnica segura nestes doentes, nas quais a abordagem da via aérea e o posicionamento apresentam elevado risco e as complicações associadas são potencialmente letais.

REFERÊNCIAS 1- Semin Med Genet (2005) 137C:38-52

2- J Anesth (2006) 29:26-29 | 3- Anesthesiology 2003; 99: A1440

MP20-H1544 - ABORDAGEM CIRÚRGICA DE TATUAGEM LOMBAR PARA ANALGESIA EPIDURAL

MÉLANIE DUQUE¹; JOSÉ DUARTE¹; LÚCIA CORDEIRO¹; SANDY RIBEIRO¹; ISABEL GUEDES¹; JOSÉ PEDRO ASSUNÇÃO¹

1 - Centro Hospitalar Tondela Viseu

INTRODUÇÃO

É cada vez mais frequente a apresentação de grávidas com tatuagem lombar para analgesia do trabalho de parto por catéter epidural. Alguns artigos fazem a revisão do tema e, ainda não existe evidência que exclua a possibilidade de desenvolvimento de tumor epidermoide epidural ou de aracnoidite química por arrastamento dos pigmentos da tatuagem desde a derme até ao espaço epidural. Também não há consenso entre anestesistas sobre qual a abordagem ideal nestas situações.^{1,2} Por estas razões, é sugerido que se evite a introdução da agulha epidural diretamente sobre os pigmentos da tatuagem, ou que se realize uma incisão da pele e só depois se introduza a agulha.³ Descrevemos a colocação de catéter epidural com abordagem cirúrgica da pele, de forma a obter um campo de punção livre de pigmento.

CASO CLÍNICO

Mulher de 26 anos, ASA I, grávida de 39 semanas (GI PO), em fase ativa de trabalho de parto, que solicitou analgesia epidural. Apresentava tatuagem lombar desde L1 a L5. A parturiente recusou analgesia alternativa, pelo que foi proposta a incisão cirúrgica da pele para colocação do catéter epidural. Após obtenção de consentimento informado, foi realizada uma incisão com lâmina de bisturi, com cerca de 2 cm, a nível do espaço intervertebral L3-L4, até ser atingido o primeiro plano músculo-ligamentar. Seguidamente encravou-se a agulha de Tuohy (18G) diretamente nos ligamentos, sem contacto com a derme. O catéter epidural foi colocado sem intercorrências (Fig.1 e 2) e a pele suturada. A analgesia epidural foi eficaz e o cateter foi retirado no mesmo dia, sem complicações e boa evolução cicatricial.

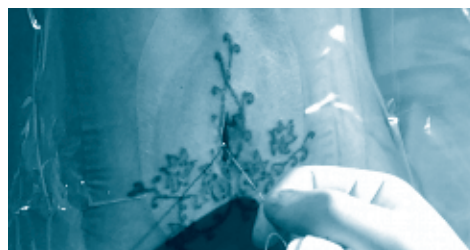


Figura 1



Figura 2

DISCUSSÃO

A colocação de catéter epidural através de uma tatuagem é um tema controverso e que fica ao critério individual do anestesista em colaboração com o doente. Embora não esteja provada a relação direta entre tatuagem e tumor epidermoide ou aracnoidite química, muitos anestesistas mostram-se relutantes pois existe a hipótese remota do desenvolvimento destas complicações. A incisão cirúrgica para colocação de epidural, embora uma técnica mais invasiva e não isenta de riscos, é uma alternativa possível quando executada após consentimento informado, pois diminui o fenómeno de arrastamento de pigmentos localizados na derme para o espaço epidural.

REFERÊNCIAS 1. AANA J. 2010 Jun;78(3):197-201. 2. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2010 Nov;153(1):3-7 3. Dor. 2013 (21).

MP21-H1581 - TRAUMATOLOGIA E ANESTESIA LOCO-REGIONAL NA POPULAÇÃO IDOSA.. A PROPOSITO DE CASO CLÍNICO

NUNO RICARDO XAVIER CORREIA MOINHO¹; RAQUEL CABRAL¹; MARQUES SOFIA¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

As fraturas trocântéricas são patologia frequente na população idosa que frequentemente se assumem como um desafio anestesiológico perante as múltiplas co-morbidades da população. A anestesia loco-regional tem vindo a ser o gold standard anestésico por diminuição de síndrome confusional, diminuição de perdas hemorrágicas e de fenómenos tromboembólicos.¹

CASO CLÍNICO

Mulher, de 75 anos, com síncope no domicílio e queda da própria altura. À entrada no SU e após avaliação multidisciplinar diagnosticou-se fratura trocântérica do fémur direito, estenose aórtica severa crónica (com recusa prévia de cirurgia pela doente), hipertensão pulmonar moderada, disfunção biventricular (fracção de ejeção do ventrículo esquerdo de 35%) e tromboembolia pulmonar bilateral aguda de vasos de 2ª ordem. É proposta para cirurgia ao 5º dia de internamento para "Dynamic Hip Screw" (DHS). Os autores perante comorbidades major da doente e terapêutica anticoagulante propõem como plano anestésico bloqueios de nervos periféricos aliado a sedação consciente (plano aceite pela doente). Sob monitorização standard e pressão arterial directa foi administrado 1mg de midazolam e 50ug de fentanil. Sob visualização ecográfica foram anestesiados os nervos obturador anterior (6 ml de mepivacaína 1,5%), femoral cutâneo lateral (3ml de mepivacaína 1,5%; 2ml ropivacaína 3,725%) e femoral (10ml de mepivacaína 1,5%; 15ml de ropivacaína 3,725%). A intervenção cirúrgica teve a duração de 60 minutos e decorreu sem intercorrências. Foi transferido para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos onde permaneceu durante 3 horas com estabilidade hemodinâmica e sem necessidade de suplementação analgésica.

DISCUSSÃO

Este caso clínico demonstra ensinamentos e a versatilidade que a evolução científica na Anestesiologia nos permite na abordagem de comorbidades major com a manutenção de homeostasia de um doente.² A anestesia regional de nervos periféricos permitiu anestésiar o doente e garantir analgesia para o pós-operatório de uma forma extremamente eficaz, sem a necessidade de fármacos com interacção no sistema cardiovascular e respiratório. O uso de ecografia garante maior taxa de sucesso e uso de menores doses de anestésicos locais. Os autores demonstram um caso clínico peculiar e a versatilidade impressa pelos mesmos para debelar a interacção farmacológica com as comorbidades importantes da doente, à luz da evolução científica nos actos anestesiológicos.

REFERÊNCIAS 1. Parker MJ, Handoll HHG, Griffiths R. Anaesthesia for hip fracture surgery in adults. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2009. | 2. Reg Anesth Pain Md 2010, pag 156

MP22-H1723 BLOQUEIO DE NERVOS PERIFÉRICOS NA CIRURGIA DA FRATURA DO COLO DO FÉMUR – A PROPOSITO DE UM CASO CLÍNICO

CÉLINE FERREIRA¹; SARA MOTA¹; MARGARIDA PEREIRA¹; JOANA JESUS¹; MELISSA FERNANDES¹; ELISABETE PEREIRA¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

A fratura do colo do fémur é comum em idades mais avançadas. A

idade avançada (≥ 65 anos), o estado físico ASA ≥ III e o adiamento no tratamento cirúrgico são preditores de maior mortalidade perioperatória. O bloqueio de nervos periféricos poderá ser uma excelente opção à anestesia geral ou ao bloqueio do neuroeixo, ao permitir uma reduzida interferência com os sistemas cardiovascular e respiratório, um controlo mais prolongado da dor no pós-operatório, um tratamento cirúrgico mais rápido e uma alta mais precoce.^{1,2,3}

CASO CLÍNICO

Homem, 88 anos, ASA III, proposto para "Dynamic Hip Screw" (DHS) por fratura trocântérica do fémur direito. Antecedentes de surdez/mudez, hipertensão arterial, fibrilhação auricular, acidente vascular cerebral prévio (com "hidrocefalia ex vácuo") e extensa fibrose pulmonar bilateral predominante nos andares superiores do tórax. Analiticamente: Hb: 8,1g/dL; protrombinémia: 55%; TP: 19,8 (14); TTPa 40 (28); INR 1.49; Creatinina: 1,73; hipoalbuminémia e hipoproteinémia. Para o procedimento cirúrgico, foi efetuado bloqueio do nervo femoral e do nervo ciático (abordagem subglútea), "single-shot", guiados por ecografia, com ropivacaína a 0,5%. No total foram administrados 40 mL. Durante a cirurgia, o doente foi sedado com propofol, mantendo sempre a ventilação espontânea e estabilidade hemodinâmica. O pós-operatório decorreu sem complicações, tendo o doente tido alta com indicação de marcha com carga parcial com apoio de canadianas.

DISCUSSÃO

A patologia cardiovascular, a hidrocefalia, as provas de coagulação alteradas e a surdez/mudez (que dificultaria a colaboração para o posicionamento) contraindica o bloqueio do neuroeixo e o bloqueio do plexo lombar. A anestesia geral com ventilação mecânica poderia induzir uma necessidade de ventilação artificial prolongada com repercussões hemodinâmicas imprevisíveis. Uma vez que a idade e o estado físico segundo a classificação da ASA são fatores que não podem ser alterados, e como o tratamento cirúrgico mais precoce pode alterar o prognóstico, o bloqueio de nervos periféricos pode ser uma excelente opção anestésica para doentes com múltiplas comorbidades e indicação cirúrgica formal com razoáveis expectativas de recuperação.

REFERÊNCIAS 1. Anesthesiology Research and Practice. Volume 2012. Article ID 708754 2 | 2. Acta Chir Jugosl. 2012;59(3):113-5 | 3. Clin Orthop Relat Res. 2005 Dec;441:250-5

MP23-H1726 ANESTESIA REGIONAL NA DOENÇA DE CHARCOT-MARIE-TOOTH E NA SÍNDROMA DE DANDY-WALKER

CAROLINA E. F. RODRIGUES¹; SARA MOTA¹; ISABEL DELGADINHO¹; HELENA VIEIRA¹; MARGARIDA GIL PEREIRA¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

A doença de Charcot-Marie-Tooth (dCMT), uma neuropatia periférica desmielinizante motora e sensitiva é uma doença neurológica hereditária comum. A síndrome de Dandy-Walker consiste em hipoplasia cerebelloso associada a dilatação quística do 4º ventrículo, podendo cursar com hidrocefalia e hipertensão intracraniana.¹

CASO CLÍNICO

Sexo feminino, 21 anos, proposta para artrodese tripla do tornozelo direito e transferência de tendão. Apresentava dCMT tipo 1E diagnosticada aos 13 anos, e síndrome de Dandy-Walker com diagnóstico imagiológico aos 17 anos. À data da avaliação pré-anestésica os défices sensório-motores eram mais evidentes nos membros inferiores com marcha claudicante, pé pendente mais à direita e impossibilidade de marcha em calcanhares e reflexos rotuliano e pedioso diminuídos bilateralmente. Não apresentava história de hidrocefalia. Não tinha antecedentes anestésicos e como medicação habitual apenas contraceptivo oral. Com monitorização standard da ASA realizou-se de forma ecoguiada bloqueio contínuo do nervo ciático e bloqueio de dose única do nervo

femoral. Foram administrados um total de 75 mg de ropivacaína e 150 mg de mepivacaína. A doente foi sedada com infusão de propofol (no total 250mg), manteve-se em ventilação espontânea e com parâmetros vitais estáveis. A analgesia pós-operatória realizou-se com perfusão a 5ml/h, através de bomba elastomérica, de ropivacaína 0,2% nas primeiras 24 horas, reduzindo-se para 0,1% no segundo dia. Houve necessidade de complementar a analgesia com paracetamol e tramadol.

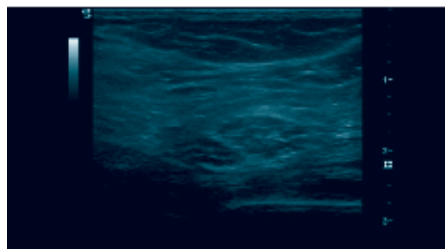


imagem ecografica de nervo ciatico na fossa poplitea com cateter

DISCUSSÃO

O uso de relaxantes neuromusculares em doentes com dCMT é descrito como inconstante: ou com efeito prolongado ou com relaxamento reduzido. A succinilcolina está associada a hipercaliémia em várias polineuropatias. Alguns autores referem maior possibilidade de hipotermia maligna nestes doentes.¹ Embora a doença de Dandy Walker não condicionasse, a esta doente, sinais de hidrocefalia, seria imprevisível o efeito do aumento súbito da pressão intracraniana com a manipulação da via aérea. A decisão de realização de anestesia regional numa doente com doença neurológica pode ser controversa pela possibilidade de agravamento da lesão pré-existente.² O uso de ecografia não previne de forma absoluta a ocorrência de lesão mecânica da agulha no nervo. No entanto, a visualização em tempo real da agulha pode reduzir o efeito traumático da mesma.³ Por outro lado a visualização da dispersão do anestésico no alvo permitiu reduzir os volumes de anestésico local utilizado. O melhor controle antiálgico, com a administração perineural de anestésico local, é uma vantagem incontornável em cirurgia ortopédica.

REFERÊNCIAS 1. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2011; 58:254-263. 2. Acta Anaesthesiol Scand 2007; 51:831-838. 3. Anesthesiology 2008, 108 (2):186-188.

MP24-I1573 ESMOLOL NA ANESTESIA PARA CRANIOTOMIA NO DOENTE ACORDADO

RONALD SILVA¹; CRISTINA FERREIRA²; ANA ISABEL ANDRÉ²; FERNANDA PALMA MIRA²

1 - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental; 2 - Hospital Egas Moniz - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

INTRODUÇÃO

A craniotomia no doente acordado, com mapeamento de áreas motoras ou da fala aumenta o perfil de eficácia e segurança na ressecção de tumores. Existem inúmeras técnicas anestésicas que facilitam o objectivo cirúrgico, apesar de poucas estarem validadas por estudos prospectivos.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, 51 anos de idade, ASA II, proposto para craniotomia com ácido 5-aminolevulinico, após 5 anos em remissão - tumor do lobo frontal. Após monitorização base não invasiva, foi colocado uma cânula nasal para monitorização de ET CO₂ e entrega de O₂. Administrado propofol e midazolam para cateterização arterial e urinária. Infusão com dexmedetomidina, dose de carga 0.5µg/kg durante 10 minutos, seguido de 1.0 µg/kg durante 5 minutos, até se ter atingido uma sedação segundo a escala de sedação RASS (Richmond Agitation Sedation Score) de 0/-1. Após a dose de carga manteve-se uma perfusão média de 0.2-0.3µg/kg (RASS -1/-2), com concomitante infusão de esmolol (2.4 a 12µg/kg/min), de acordo com a resposta hemodinâmica. Realizado bloqueio dos nervos do crânio e da dura mãe com anestésico local.

A perfusão de dexmedetomidina manteve-se durante o mapeamento, com colaboração total do doente. Cirurgia decorreu sem intercorrências e no final o doente foi transferido para a unidade de cuidados intensivos. Após 48, a avaliação da técnica anestésica pelo doente foi positiva.

DISCUSSÃO

O uso concomitante de anestesia local com perfusão de dexmedetomidina atingiu níveis adequados de analgesia e sedação durante cirurgia prolongada. Controlo adequado da função respiratória e hemodinâmica foi possível, sem necessidade de analgesia ou sedação de resgate. O uso de esmolol em perfusão contribuiu para manutenção da estabilidade hemodinâmica e o seu efeito como sedativo co-adjuvante, através do bloqueio do estímulo simpático adrenérgico, um contributo a considerar. O uso de doses de manutenção de dexmedetomidina no limite inferior do descrito na literatura, poderá ter sido pela perfusão paralela de esmolol, contribuindo assim para o não aparecimento de efeitos secundários do α₂-agonista e manutenção da homeostasia. Estudos prospectivos são necessários para determinar a eficácia dos vários fármacos utilizados nas técnicas anestésicas para craniotomia no doente acordado e neste caso em particular, o papel do esmolol.

REFERÊNCIAS

1. Garavaglia, MM. et al., 2013. Anesthetic approach to high-risk patients and prolonged awake craniotomy using dexmedetomidine and scalp block. Journal of Neurosurgery Anesthesiology.

MP25-I1637 ADMINISTRAÇÃO INADVERTIDA DE LABETALOL POR VIA EPIDURAL

RAQUEL CABRAL¹; MARIA HELENA LIMA¹; MARGARIDA ANASTÁCIO¹; MANUEL SEIXAS¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

A administração errada de fármacos na prática anestésica está relacionada e analisada, sendo a via endovenosa a mais frequente e as suas consequências conhecidas e previsíveis. A administração de fármacos endovenosos por via epidural representa 0,8% dos casos de troca de via de administração³, existindo pouca documentação dos seus efeitos locais e sistémicos. Na maioria dos casos este erro não contribui para complicações neurológicas significativas.¹ Na ausência de tratamento definitivo perante este tipo de cenário, a resposta do Anestesiologista permanece incerta, dado que o conhecimento que existe, se baseia, na sua maioria, em casos clínicos. Descrevemos um caso de administração inadvertida de 1,1 ml de labetalol por via epidural, ao invés de levobupivacaína.

CASO CLÍNICO

Doente masculino, 60 anos, ASA III, submetido a sigmoidectomia sob anestesia combinada (AG+Epidural). Antecedentes de enfarte agudo do miocárdio, stent e bypass coronário, hipertensão arterial (HTA), dislipidémia, fumador e síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS). Colocado cateter epidural (Perifix®) em L4/L5. Após "test dose", administrado 1,1 ml de labetalol no cateter epidural, através do filtro, ao invés de levobupivacaína. De imediato procedeu-se à desconexão e limpeza do filtro com soro fisiológico. Sem alterações neurológicas, hemodinâmicas e ventilatórias até à indução. Administrado um total de 70 mg de ropivacaína 0.5% por via epidural. A cirurgia durou duas horas e o doente foi extubado sem intercorrências. O cateter foi retirado 24 horas depois. Na UCPA e até à alta, o doente permaneceu sem queixas álgicas e sem alterações aparentes ao exame neurológico.

DISCUSSÃO

Cloridrato de labetalol é um bloqueador seletivo α₁ e não selectivo β, indicado no tratamento da HTA no peri-operatório. É uma solução incolor, isotónica com pH de 3,0 a 4,5. Cada ml contém 5 mg de cloridrato de labetalol, 45mg de dextrose anidra, 0,5 de EDTA, 0,8mg de metilparabeno e 0,1mg propilparabeno. Tem um pH e toxicidade semelhante aos anestésicos locais. Só está descrito um caso de administração inadvertida de labetalol intratecal, sem aparentes efeitos hemodinâmicos e sequelas neurológicas², sem referência à administração no espaço epi-

dural. Recomenda-se não retirar o cateter epidural e aspirar o máximo de fármaco injetado. Instilar o espaço epidural com solução salina diluído o fármaco, mas dispersa-o por uma maior superfície epidural (1). Neste caso efectuou-se a limpeza do filtro (volume do filtro 0,45ml) e monitorização atenta da evolução clínica do doente. O facto de o nosso doente não apresentar complicações sugere que a administração de labetalol epidural em doses inferiores a 3,25mg não é tóxico a curto prazo.

REFERÊNCIAS 1- Acta Anaesth. Belg., 2012, 63, 75-79 | 2- International Journal of Obstetric Anaesthesia. 2005; 14: 340-342 | 3- Anaesthesia, 2005, 60, pages 220-227

MP26-I1677 UTILIZAÇÃO DE SUGAMADEX NUM DOENTE COM SÍNDROME DE BRUGADA

HUGO MELEIRO¹; INÊS CORREIA¹; FRANCISCO CABRAL¹; LUÍSA GUEDES¹

1 - Serviço de Anestesiologia - Centro Hospitalar de São João EPE

INTRODUÇÃO

O Síndrome de Brugada (SB) é uma doença genética rara, autossómica dominante, sendo uma das principais causas de morte súbita cardíaca em jovens adultos do sexo masculino. Caracteriza-se por uma elevação do segmento ST em V1-V3 (onda J) acompanhada de bloqueio de ramo direito, num coração estruturalmente normal. As influências autonómicas e farmacológicas decorrentes da anestesia e do procedimento cirúrgico podem despoletar arritmias potencialmente fatais, para as quais não existem terapêuticas farmacológicas que previnam o seu aparecimento. Tendo em consideração esta multiplicidade de fatores ainda há poucas evidências sobre o protocolo anestésico ideal.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, 43 anos de idade, proposto para septoplastia. Antecedentes pessoais: SB, HTA, Diabetes Mellitus tipo II e Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono. Foi utilizada a monitorização standard da ASA. Atropina, isoprenalina e desfibrilador foram preparados antes da indução anestésica com propofol (2mg/kg), fentanil (2mcg/kg) e rocurónio (0,6mg/kg). O doente foi entubado e ventilado sem complicações e a manutenção foi feita com sevoflurano, O₂ e mistura de ar. Analgésicos administrados: paracetamol (1000mg), ceterolac (30 mg) e morfina (4mg). A cirurgia durou 120 minutos. No final do procedimento foi administrado Sugamadex (2mg/kg). O doente foi extubado sem intercorrências. O ECG do doente foi monitorizado durante 24 horas. Sem eventos durante o recobro.

DISCUSSÃO

Na abordagem anestésica do SB devem ser evitados fatores que aumentem o risco de arritmias peri operatórias fatais. A estimulação vagal, produzida pela Neostigmina, facilita elevação do ST e o aparecimento de taquiarritmias ventriculares. Tendo em consideração estes dados, há casos que relatam a utilização de Sugamadex como uma alternativa segura, evitando os efeitos indesejáveis associados aos anti-muscarínicos e as possíveis alterações no ECG destes doentes. Neste caso clínico o Sugamadex foi utilizado com sucesso e sem complicações na reversão do bloqueio neuromuscular. No entanto, não há ainda evidência suficiente e é necessária a realização de estudos clínicos randomizados para estabelecer o Sugamadex como um fármaco seguro em doentes com SB.

REFERÊNCIAS British Journal of Anaesthesia (2012) 108(5): 730-44

MP27-I1702 ANGIOEDEMA PÓS-OPERATÓRIO – UMA OPORTUNIDADE DE ATUALIZAR O CONHECIMENTO FARMACOLÓGICO

RAQUEL CABRAL¹; SARA MOTA¹; ACÍLIO MARQUES¹; CÉLINE FERREIRA¹; PIEDADE SANTOS¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

O angioedema manifesta-se por um edema subcutâneo ou submucoso indolor e não pruriginoso. Pode envolver as extremidades, face, via aérea e trato gastrointestinal. Habitualmente é um processo local e autolimitado, mas eventualmente com risco eminente para a via aérea.

Etiopatogenicamente há mecanismos humorais intrínsecos (hereditários: deficiência do inibidor da C1-esterase) ou extrínsecos (não hereditários: fármacos). A abordagem clínica do angioedema envolve um tratamento sintomatológico imediato e um diagnóstico etiológico. Este é fundamental para o prognóstico e prevenção de novos episódios (1,2).

CASO CLÍNICO

Homem caucasiano, 81 anos, ASA III por hipertensão arterial, insuficiência cardíaca classe II NYHA e doença pulmonar obstrutiva crónica. Proposto para escarectomia e autoenxerto de pele ao nível do pé esquerdo. Terapêutica em curso: perindopril, furosemida, finasterida, montelucaste e pantoprazol. Realizou-se uma anestesia combinada com duração aproximada de uma hora. Foram utilizados fentanil, propofol, sevoflurano com dispositivo supra-glótico (igel®) e ropivacaína para o bloqueio dos nervos femoral e ciático.

Decorridas 5h do fim da operação o doente inicia quadro de disfagia. À observação apresentava-se consciente e colaborante, com exuberante tumefação da língua (fig. 1), e ligeira dificuldade respiratória. Fez nebulização de adrenalina, e terapêutica endovenosa de metilprednisolona (250mg) e clemastina (2mg) com ligeira melhoria. Atendendo à estabilização do estado clínico optou-se por vigilância protelando atitudes mais invasivas para um eventual agravamento. O doseamento da IgE e a da triptase foram negativos. Foi revista a tabela terapêutica e suspendeu-se o inibidor da enzima de conversão da angiotensina (IECA) – perindopril. Após 24h da ocorrência o doente apresentava apenas ligeiro edema da língua (fig. 2). Após 3 semanas o doente encontra-se no domicílio sem reporte de novos episódios.

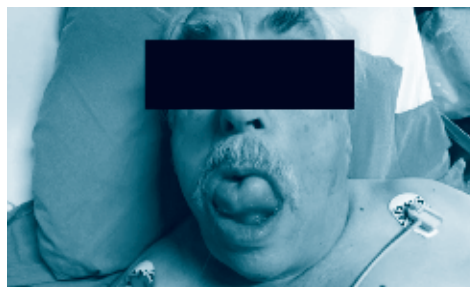


Figura 1



Figura 2

DISCUSSÃO

Pelo facto de ser um episódio autolimitado, restringido à cavidade bucal com resposta frustrada à terapêutica anti-anafilática, IgE e triptase negativas, não temos fundamentação de suporte para reação anafilática. Revista a tabela terapêutica identificamos a prescrição de um IECA. Os IECA são a causa mais comum de angioedema não hereditário (25-39%), ocorrendo em 0,1- 0,7 % dos doentes sob esta terapêutica^{1,2}. Após a suspensão do IECA e continuidade da restante terapêutica não houve ocorrência de novos episódios pelo que admitimos ser aquele fármaco o agente etiológico do angioedema. A etiologia de um angioedema num doente polimedicado constitui um desafio nomeadamente por exigir o

exercício de diagnóstico por exclusão. É pois, fundamental um conhecimento farmacológico adequado, constituindo casos como o que reportamos oportunidades de revisão e aprofundamento de conhecimentos.

REFERÊNCIAS 1. J Pharm Pract. 2013 Aug;26(4):382-8 | 2. Can J Anaesth. 2006 Oct;53(10):994-1003

MP28-J1555 ADRENALECTOMIA BILATERAL NUMA CRIANÇA COM COMPLEXO DE CARNEY

MARIA JOÃO VILAÇA¹; CARLA NOBRE SANTOS²; CLAUDIA BEZERRA³

1 - Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE;

2 - Hospital S. João, EPE; 3 - Hospital Espírito Santo, EPE

INTRODUÇÃO

O Complexo de Carney (CC) é uma doença autossómica dominante caracterizada pela associação de múltiplos tumores (mixomas cardíacos, da pele e da mama), hiperpigmentação da pele e mucosas e doença adrenocortical nodular pigmentada primária³. A neoplasia maligna adrenocortical não está habitualmente associada ao CC e apenas foi identificada neste contexto numa família portuguesa, nos Açores, com a mutação do gene PRKAR1A¹, característica desta doença.

CASO CLÍNICO

Uma rapariga de 13 anos foi diagnosticado com CC com mutação no gene PRKAR1A. A mãe, que também apresentava a mesma mutação, faleceu por carcinoma adrenocortical. Foi-lhe diagnosticado um síndrome de Cushing associado ao CC, e após estudo completo decidiu-se proceder a adrenalectomia bilateral via laparoscópica pelo elevado risco de desenvolver carcinoma adrenocortical. A cirurgia decorreu sob anestesia combinada (anestesia geral e cateter epidural a nível T12/L1). A cirurgia e o período pós-operatório decorreram sem complicações, com adequada reposição de corticóide e bom controlo analgésico epidural, tendo a doente apresentado sempre VAS<3.

DISCUSSÃO

O carcinoma adrenocortical associado ao CC apenas foi identificado numa família nos Açores e não existem descrições prévias destas associações em crianças^{1,2}. O CC pode ter múltiplas apresentações e o doente deve ser cuidadosamente estudado antes da cirurgia. Além de mixomas cardíacos, assim como outras doenças endócrinas, também deve ser investigada a possibilidade de neoplasia adrenocortical com necessidade de adrenalectomia bilateral² e as suas implicações anestésicas.

REFERÊNCIAS 1. J Clin Endocrinol Metab, 2012; 97: 351-359 | 2. Am J Surg Pathol, 1984; 8: 335-344. | 3. Mayo Clin Proc, 1986; 61: 508.

MP29-J1600 ANESTÉSIA GERAL EM DOENTE PEDIÁTRICO COM SÍNDROME DE WOLF-HIRSCHHORN

ANA RITA HENRIQUES¹; JOANA MARQUES¹; ROSA ARAUJO²

1 - Centro Hospitalar Baixo Vouga; 2 - Centro Hospitalar São João

INTRODUÇÃO

O Síndrome de Wolf-Hirschhorn (SWH) é uma anomalia cromossómica rara, causada por deleção parcial da porção distal do braço curto do cromossoma 4. Estima-se uma prevalência de 1:50 000, com predomínio no sexo feminino. Caracteriza-se por atraso psicomotor severo, fácies característico (*"Greek Helmet Facies"*) e malformações congénitas de múltiplos órgãos.¹ A anestesia tem como desafios a abordagem da via aérea, a cateterização venosa, a eventual associação com hipotermia maligna (HM)² além das co-morbilidades inerentes ao síndrome³.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, 10 anos, ASA III. Proposta para realização de

funduplicatura de nissen laparoscópica e gastrostomia percutânea para tratamento do refluxo gastroesofágico e distúrbios alimentares. Antecedentes anestésicos sem complicações (fenda palatina, lábio leporino e cirurgia ortopédica dos membros inferiores). Epilepsia e atraso de desenvolvimento psicomotor grave. Sem alterações cardiorespiratórias. Ao exame físico: baixo peso (17 kg) e hipotonia axial moderada. Via aérea: dismorfia craniofacial severa, micro e retrognatia. A indução anestésica foi feita com sevoflurano (8%) e após perda de consciência foi colocado um acesso periférico sem dificuldade. Após confirmação de uma ventilação adequada com máscara facial foi administrado fentanil (1mcg/kg) e rocurónio (1 mcg/kg). Laringoscopia grau 1 e intubação com tubo orotraqueal 5 com cuff à primeira tentativa. Manutenção com perfusão de propofol a 1% (4-8 mg/kg/h), bólus de fentanil e rocurónio. Durante todo o procedimento foi utilizada monitorização standard da ASA (American Society of Anesthesiologists), acrescida de monitorização do bloqueio neuromuscular e BIS (Bispectral índice). A cirurgia teve uma duração de 2 horas, com estabilidade dos sinais vitais com a exceção de um perfil tensional moderadamente elevado. Após administração de sugamadex (2mg/kg) a emergência anestésica foi rápida. O recobro anestésico decorreu sem complicações.

DISCUSSÃO

Na revisão da literatura obtiveram-se 7 artigos descrevendo 9 casos clínicos de anestésias em crianças com SWH. Foi registada apenas uma intubação difícil e 2 casos de provável HM. Num doente foi realizada anestesia total intravenosa. Neste caso optou-se por uma indução inalatória para um melhor controle da via aérea seguida duma perfusão de propofol devido às propriedades deste fármaco. Não houve dificuldade na cateterização ou na intubação. A doente manteve sempre normotermia. Serve este caso para lembrar os desafios anestésicos em doentes com SWH e ajudar na escolha anestésica apropriada, tendo em conta os raros casos descritos e as implicações anestésicas ainda mal conhecidas.

REFERÊNCIAS 1 Am J Med Genet C Semin Med Gene 2008; 148C:246-51; | 2. Anaesthesia, 1988, Volume 43, 386-388; | 3 Ann Fr Anesth Reanim. 2012 Jan;31(1):89-90.

MP30-J1656 SEDAÇÃO COM HIDRATO DE CLORAL PARA PROCEDIMENTOS RADIOLÓGICOS NÃO INVASIVOS EM CRIANÇAS

INÊS TELLECHEA¹; INÊS TABORDA¹; EMANUEL ALMEIDA¹; HELENA ROXO¹

1 - Centro Hospitalar Lisboa Norte

INTRODUÇÃO

O hidrato de cloral é um hipnótico/sedativo que provoca um sono profundo 30 minutos após ingestão oral. Em doses terapêuticas (25-100 mg/kg PO, max 2 g) não está associado a depressão respiratória ou outros efeitos significativos. É um dos fármacos mais antigos usados para sedação e deixou de ser comercializado nalguns países devido ao seu potencial para abuso e dependência. Quando bem utilizado o hidrato de cloral é um fármaco seguro. Em Portugal está disponível na farmácia hospitalar e o seu uso aprovado para sedação em procedimentos não invasivos em pediatria. O objectivo deste trabalho foi rever a nossa experiência com a utilização de hidrato de cloral no último ano.

METODOLOGIA

Foram colhidos dados relativos à utilização de hidrato de cloral retrospectivamente, em crianças submetidas a procedimentos radiológicos não invasivos no Centro Hospitalar Lisboa Norte em Lisboa, de Janeiro a Dezembro de 2012. O protocolo utilizado envolvia a administração de hidrato de cloral 50-75 mg/kg para realização de TAC e 75-100 mg/kg para RMN, cerca de 30 minutos antes do procedimento. Foi utilizado apenas em crianças com menos de 20 kg, monitorizadas com oximetria de pulso. Foram avaliados efeitos cardio-respiratórios e gastrointestinais e a necessidade para sedação adicional.

RESULTADOS

Foram incluídas no estudo 122 crianças das quais 51 % do sexo masculino, idade média 16,1 ($\pm 13,3$) meses, 58 % ASA 2. Destas, 39 % foram submetidos a RMN e 61 % a TAC. Não houve nenhum caso de depressão respiratória. Um doente teve um vômito logo após a administração, tendo sido necessária a utilização de anestésicos adicionais. Dez doentes (8,2 %) precisaram de sedação com sevoflurano no final, de maneira a completar o procedimento.

Tabela 1 Hidrato Cloral

	MP1	CT
Nº doentes	97	73
Coste de hidrato de cloral (mg)	814 ± 258	621 ± 204
Intervenção de sedação adicional		
Finalizado procedimento (min)	67 ± 22	39 ± 39
Necessidade de sedação adicional	4	6

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O hidrato de cloral foi uma escolha segura e eficaz para sedação em crianças submetidas a procedimentos imagiológicos não invasivos. A capacidade de manter a ventilação espontânea evita a manipulação da via aérea, diminuindo o potencial para complicações respiratórias. Houve apenas um caso de vômito imediatamente após administração de hidrato de cloral. A necessidade para sedação adicional esteve associada a procedimentos mais longos e a doses mais baixas.

REFERÊNCIAS Orientação da Dir-Ger Saude 022/2012 | *Pediatr Emerg Care.* 1999; 15(6): 432-5 | *Encephale.* 2002. 28 (3Pt1): 200-4

MP31-J1720
ANAFILAXIA À ROPIVACAÍNA – CASO CLÍNICO

ANA BARROS¹; CLÁUDIA BEZERRA²; JOSEFINA SERENADAS³; AMÉLIA FERREIRA³

1 - Centro Hospitalar Tondela Viseu; 2 - Hospital Espírito Santo de Évora; 3 - Centro Hospitalar de São João

INTRODUÇÃO

As reações alérgicas aos anestésicos locais (AL) são extremamente raras, representando menos de 1 % de todas as reações adversas a estes fármacos.¹ O presente caso descreve uma reação anafilática após administração de ropivacaína por via epidural.

CASO CLÍNICO

Criança de 8 anos, sexo masculino, com dermatite atópica, proposto para circuncisão em regime de ambulatório; sem antecedentes anestésicos ou cirúrgicos. Após indução inalatória com sevoflurano e colocação de máscara laríngea foi realizado bloqueio caudal com 10,5 ml de ropivacaína a 0,2 % e administrado paracetamol endovenoso (EV). Cerca de 5 minutos após a realização do bloqueio, apresentou eritema e edema no nível da face, tórax, abdómen e membros superiores, broncospasmo, dessaturação, hipotensão e taquicardia. Tratando-se de um quadro de anafilaxia, procedeu-se à intubação orotraqueal e administração EV de adrenalina, clemastina, hidrocortisona e broncodilatadores inalatórios. Foi colhido sangue para doseamento de IgE total (639 kU/L) e triptase (15.60 ug/L). Com instituição da terapêutica o broncospasmo reverteu, houve melhoria progressiva da ventilação e oxigenação, regressão do eritema e edema, e recuperação do estado hemodinâmico inicial, prosseguindo-se com a cirurgia que decorreu sem outras complicações. O doente teve alta hospitalar 24 horas após. Para esclarecimento de suspeita de hipersensibilidade a fármacos, foi orientado para a consulta de Imunoalergologia. O estudo realizado revelou doseamento da triptase basal 2,64 ug/L, IgE específica ao látex negativa, testes cutâneos por picada (TPC) com látex negativos, TPC com ropivacaína positivos. Foi excluída alergia ao látex e conclui-se com grande probabilidade de ter existido hipersensibilidade à ropivacaína.

DISCUSSÃO

Os AL do tipo amida têm vindo a ser preferidos na prática anestésica por estarem associados a menos reações alérgicas, contudo estão descritos casos de verdadeiras reações alérgicas² e documentada a reatividade cruzada entre fármacos deste grupo³. O anestesiológista deve ser capaz de identificar e tratar casos de anafilaxia que podem colocar a vida do doente em risco.

REFERÊNCIAS 1 *British Journal of Anaesthesia.* 2012; 108 (6) : 903–11; 2 *Anaesthesia.* 2011; 66: 942–944; 3 *Anaesthesia.* 2013; 68: 203–205.

MP32-J1737
ABORDAGEM ANESTÉSICA DE CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FENDA ESTERNAL EM LACTENTE - CASO CLÍNICO

MARIA RODRIGUES¹; VITOR BORBA²; ANA BATISTA¹; ANDRÉ RATO³; TERESA ROCHA⁴

1 - Hospital de São Bernardo - Centro Hospitalar de Setúbal; 2 - Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada EPE; 3 - Hospital de São Teotónio - Centro Hospitalar Tondela-Viseu; 4 - Hospital Dona Estefânia - Centro Hospitalar de Lisboa Central

INTRODUÇÃO

A fenda esternal é uma malformação congénita rara, resultante de um defeito completo ou incompleto na fusão do esterno. Embora seja habitualmente assintomática, a sua correção cirúrgica é essencial para a proteção do coração, pulmões e grandes vasos de traumatismos, melhoria da dinâmica ventilatória e por motivos estéticos. Deve ser realizada no período neonatal, quando a compliance e flexibilidade das estruturas torácicas são máximas.¹ A abordagem anestésica destes doentes é complicada pelas rápidas alterações da dinâmica cardiopulmonar se ocorrer lesão intraoperatória de estruturas vitais como o coração, grandes vasos, pulmão ou nervos, com risco de hemorragia maciça, arritmias, disfunção cardíaca e pneumotórax.¹ Os desafios persistem no pós-operatório com o risco de compromisso cardiovascular após o encerramento esternal por compressão direta do coração e a grande exigência no controlo alérgico que esta cirurgia implica.

CASO CLÍNICO

Lactente de 8 meses, sexo feminino, 10kg, proposta para correção cirúrgica de fenda esternal superior incompleta. Além do defeito estrutural da parede torácica e de anemia (Hb 9.3 g/dL), não apresentava outras alterações do estado clínico. A avaliação pré-operatória incluiu observação pela cardiologia pediátrica, excluindo-se alterações cardiovasculares, nomeadamente cardiopatia estrutural por ecocardiografia. Foi classificada como estado físico ASA 2. Optou-se por uma abordagem anestésica combinada, com realização de bloqueio epidural torácico após indução de anestesia geral balanceada. Foi cateterizado acesso venoso femoral por técnica ecoguiada e artéria radial para monitorização invasiva de pressão arterial. A doente permaneceu hemodinâmica e ventilatoriamente estável durante toda a cirurgia, mesmo após a aproximação das barras esternais e encerramento. O pós-operatório foi realizado em unidade de cuidados intensivos pediátrica, para onde foi transferida após a intervenção, sedada, adaptada a prótese ventilatória e analgesiada com Ropivacaína 0.05 % + 200µg de Morfina, diluídos até 50mL de soro fisiológico, em perfusão epidural a 2mL/h, mantendo-se sempre hemodinamicamente estável.





DISCUSSÃO

A apresentação deste caso clínico pretende sublinhar a importância da analgesia epidural em cirurgia torácica maior em idade pediátrica. A utilização de técnicas de anestesia regional em cirurgia torácica em pediatria facilita o controlo da dor no pós-operatório e a função pulmonar.² Embora não seja isenta de riscos, a realização de técnica epidural torácica após indução de anestesia geral é uma técnica defensável em anestesia pediátrica.³

REFERÊNCIAS 1. Journal of Clinical Anesthesia. 2013; 25: 324-326. |2. Anesthesia & Analgesia. 2001; 92: 1449-1464. | 3. Anaesthesia. 1998; 53: 727-729.

MP33-J1742 HEMORRAGIA POR PRESSÃO NEGATIVA PÓS EXTUBAÇÃO: UM CASO RARO

Vitor Borba¹; Maria Rodrigues²; Joana Marques³

1 - Hospital Divino Espírito Santo, Ponta Delgada;
2 - Hospital São Bernardo, setúbal;
3 - Centro Hospitalar Baixo Vouga

INTRODUÇÃO

O edema pulmonar de pressão negativa pós-extubação é um evento pouco frequente, com incidência de ~9-10% em doentes pediátricos submetidos a anestesia. Esta é uma entidade bem descrita, que resulta da OVA superior por fatores mecânicos ou laringospasmo/ dor. A OVA por laringospasmo pós extubação leva a um esforço inspiratório marcado, que gera uma pressão negativa intratorácica importante, podendo causar edema pulmonar, e, raramente, hemoptises. Este pode ser um evento ameaçador à vida, com importantes complicações no perioperatório. Serve este trabalho para relatar um caso de hemorragia e edema pulmonar de pressão negativa pós extubação, em doente pediátrico.

CASO CLÍNICO

Lactente do sexo feminino, 21 meses, 10 kg e natural de Cabo Verde, com diagnóstico de Atrésia Ano-Retal. Proposta para cirurgia Pull Through do reto. Doente ASAIII, com antecedentes de Síndrome de Down, CIA, laringomalácia grave, cataratas congénitas e TVP do MID recente, sendo seguida em consultas de Pneumologia e Cirurgia Pediátrica. Proposta de A.G. Combinada, com colocação de cateter epidural lombar. A cirurgia decorreu sem intercorrências. Na emergência da anestesia, o doente foi extubado após confirmação de ventilação espontânea. De seguida, instala-se quadro de dessaturação rápida, com sinais físicos de OVA e com esforço inspiratório intenso. Tentou-se ventilação manual, que foi ineficaz, pelo que se procedeu a nova EOT. Durante a laringoscopia, ocorre importante hemoptise, com inundação da VA, que dificultou a intubação. Observou-se discreta melhoria clínica, com grande dificuldade na ventilação. Bronscópioscopia flexível confirmou provável hemorragia brônquica, com focos hemorrágicos difusos e mucosa com sinais inflamatórios. No Rx Tórax destaca-se infiltrado intersticial alveolar difuso. Doente foi internado na UCIP, com provável diagnóstico de Hemorragia por pressão negativa pós extubação. Apresentou evolução favorável, com extubação ao 11º dia de internamento e alta hospitalar 4 dias depois.

DISCUSSÃO

Vários casos de EPPN têm sido relatados, mas este raramente é seguido de hemorragia alveolar ou traqueobrônquica. Neste doente, a laringomalácia grave teve papel central, conduzindo ao encerramento da glote, o esforço inspiratório gerou uma pressão intratorácica intensa. Esta pressão ao ser transmitida ao interstício pulmonar levou ao aumento da pressão hidrostática, com transudação capilar pulmonar e alteração da V/Q. A hipoxemia e a descarga adrenérgica associadas, agravaram este fenómeno. Esta sequência de eventos pode levar à lesão da membrana alveolar-capilar e da parede traqueobrônquica, originando hemorragia e edema. Este caso realça a importância do alto grau de suspeição e pronta atuação perante um caso de laringospasmo pós extubação, principalmente em doentes com factores de risco, e da vigilância no período pós-operatório.

REFERÊNCIAS Respiratory Medicine CME 2 (2009) 170-172 | Anesth Anal 2001;92:273-5

MP34-K1507 PAPEL DA DOSE TESTE EM ANALGESIA PARA TRABALHO DE PARTO

MARIA TARROSO¹; GABRIELA COSTA¹; MARIANA CUNHA¹; JOANA FARIA¹; NUNO RIBEIRO²; FERNANDO MOURA¹

1 - Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

INTRODUÇÃO

O trabalho de parto gera alterações fisiológicas que podem comprometer o binómio materno-fetal, pelo que o alívio da dor é fundamental. O bloqueio epidural permite uma analgesia segmentar, eficaz e prolongada. Contudo, não é um procedimento isento de riscos. A punção da dura-máter e a colocação intra-tecal (IT) do cateter podem ocorrer. A dose teste em obstetria é controversa, embora neste caso tenho demonstrado ser uma mais valia.

CASO CLÍNICO

Grávida de 38 semanas, 24 anos de idade, ASA I, submetida a bloqueio epidural, para analgesia do trabalho de parto. Monitorizada com electrocardiograma, tensões arteriais não invasivas e oximetria de pulso. Acesso endovenoso 18 G, com perfusão de soro fisiológico (SF). Executou-se a técnica com a doente sentada e desinfectou-se a pele com solução de iodopovidona. Abordagem mediana ao nível de L3-L4 e pesquisa do espaço epidural (EP) com SF. Perda de resistência aos 4,5 cm, introdução do cateter multiorifícios e fixação aos 8 cm com tegaderme e adesivo. Picada única, não hemática e não traumática. Aspiração com seringa de 2 ml negativa e injeção da dose teste - 3 ml de lidocaína a 2% sem adrenalina. Após alguns minutos, a paciente desenvolveu bloqueio sensitivo até T4 e motor até T10, com repercussão hemodinâmica. Foram administrados 2 bólus de 10 mg de efedrina, até se obter estabilidade cardiovascular. A reversão ocorreu cerca de 40 minutos depois, com evolução normal do trabalho de parto. O recém-nascido apresentava um Apgar de 9/10.

DISCUSSÃO

A punção da dura-máter durante o bloqueio epidural ocorre em 1-2% dos casos, sendo habitualmente reconhecida pelo refluxo de líquido cefalorraquidiano (LCR) pela agulha de tuohy ou pelo cateter EP. Contudo, o teste de aspiração pelo cateter é menos fiável naqueles com múltiplos orifícios, pois podem encontrar-se em 2 espaços anatómicos distintos - IT e EP. Nesta situação, uma pressão de aspiração baixa pode aumentar a probabilidade de erro, porque condiciona um fluxo preferencial pelos orifícios proximais. A migração do cateter para o espaço subaracnoideu imediatamente após a sua inserção está descrita, sendo mais frequente em doentes obesas e/ou com alterações das propriedades elásticas dos ligamentos. Assim, a dose teste pode ter um papel preponderante na confirmação do correto posicionamento do cateter, impedindo a administração IT de grandes volumes de anestésico local.

REFERÊNCIAS Anesthesiology 2009; 92: 1617-20 | Anaesth Intensiv care 2007; 35(3): 355-41 | BJ Anaesth 2012; 112 (2): BJ Anaesth 1997; 79: 297-300 | Ver Obstet Gynecol 2008; 1(2): 49-55

MP35-K1530 BLOQUEIO SUBDURAL ACIDENTAL - UMA COMPLICAÇÃO RARA DA ANESTESIA/ANAL- GESIA EPIDURAL EM OBSTÉTRICIA

DINIS COSTA¹; MAURO PEREIRA¹; GRAÇA HORTA¹; RUI AMARO¹; MARIA JOSÉ PEREIRA¹;
MARIA RUI CRISOSTOMO¹

1 - Hospital de Braga

INTRODUÇÃO

A anestesia/analgesia epidural é uma técnica comprovadamente segura, mas apresenta complicações que exigem atuação imediata de que é exemplo o bloqueio subdural acidental¹. Sinais clínicos inexplicáveis, que não se enquadram na administração subaracnóidea inadvertida ou intravascular de anestésico local podem levar à sua suspeita.

Apresentamos um caso de coma arreactivo com depressão respiratória e anisocoria após anestesia/analgesia epidural para cesariana urgente.

CASO CLÍNICO

♀, 29anos, 85Kg, 165cm, nulípara, 41sem., ASA I, submetida a analgesia de trabalho de parto por via epidural sob monitorização com pressão arterial não invasiva e cardiotocografia. Foi colocado cateter epidural em L3-L4 sem intercorrências e iniciada analgesia epidural com 20mg ropivacaina (2mg/ml) e 10mcg sufentanil.

Após 10 minutos do início da analgesia apresentou sonolência e desaceleração do ritmo cardíaco fetal sustentada, pelo que foi decidida cesariana urgente. Administrado 60mg ropivacaina (7,5mg/ml), com instalação do bloqueio motor/sensitivo esperado. Durante a cirurgia a parturiente manteve-se consciente e hemodinamicamente estável, embora mais sonolenta e com bloqueio sensitivo a T1-T2. Decorridos 30 minutos após a administração do anestésico local por via epidural, verificou-se coma arreactivo com depressão respiratória e anisocoria. A parturiente foi intubada e ventilada mecanicamente sendo realizada TAC cerebral, sem evidência de lesões cerebrais agudas. Após 20 minutos, recuperou a consciência gradualmente e foi extubada sem intercorrências. Ao exame neurológico mantinha o bloqueio motor dos membros inferiores mas sem outros défices.

A puérpera foi transferida para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos onde ficou em vigilância, tendo alta para o internamento após 12h e alta hospitalar após 4 dias, sem intercorrências.

DISCUSSÃO

O bloqueio subdural acidental é uma complicação rara da anestesia/analgesia epidural e o seu diagnóstico diferencial baseia-se em achados clínicos que todos os anestesiológicos devem reconhecer e tratar precocemente. No caso descrito, a aspiração negativa de LCR e sangue pelo cateter epidural associada a um bloqueio sensitivo extenso, inconsciência com depressão respiratória e anisocoria, com bloqueio simpático ligeiro, levou-nos à suspeita de estarmos perante um bloqueio subdural acidental. A realização de TAC cerebral descartou a remota hipótese de evento neurológico agudo.

Neste incidente, assim como na maioria dos casos descritos na literatura, a duração dos efeitos foi curta e a recuperação completa sem nenhuma sequela sendo retirado o cateter epidural sem avaliação radiológica, pois não existe nenhum benefício terapêutico da confirmação radiológica da localização do cateter².

REFERÊNCIAS 1 Anesthesia and intensive care, 2010, vol38, num1; | 2)Reg Anesth Pain Med 2004;29:45-51.

MP36-K1575 - COAGULAÇÃO INTRAVAS- CULAR DISSEMINADA NA GRÁVIDA: CASO CLÍNICO.

FRANCISCA SANTOS¹; JOANA BORGES¹; DANIELA PARENTE¹

1 - Centro Hospitalar de São João

INTRODUÇÃO

A coagulação intravascular disseminada (CID) caracteriza-se por uma ativação sistémica da cascata da coagulação, com deposição intravascular inespecífica de fibrina e depleção de plaquetas e fatores de coagulação, que pode resultar em falência multiorgânica e hemorragia^{1,2}. Na grávida, a CID pode ocorrer em várias circunstâncias emergentes, nomeadamente placenta abrupta, embolismo de líquido amniótico, pré-eclâmpsia ou sépsis. Nestas situações, está geralmente associada a elevadas taxas de morbilidade e mortalidade.¹ Descreve-se o caso de uma grávida com 37 semanas de gestação submetida a analgesia epidural para trabalho de parto (TP).

CASO CLÍNICO

38 anos, ASA I, internada para indução de trabalho de parto (TP), por rotura de membranas (RM). Sem medicação habitual. Estudo analítico do 3º trimestre sem alterações. Colocado cateter epidural sem intercorrências. Aproximadamente 24 horas após RM, desenvolveu quadro febril resistente à terapêutica convencional, que progrediu para hipertermia (temperatura auricular >40°C) – necessidade de arrefecimento externo e instalação de soro fisiológico arrefecido intravesical (4°C), associada a taquicardia e hipotensão. Por estado fetal não tranquilizante foi proposta para cesariana emergente. Após extração fetal, constatado acrescimento placentar, com posterior atonia e hemorragia uterina associadas a alterações hemodinâmicas e da coagulação (aPTT >100 seg, PT >40 seg e fibrinogénio não mensurável). Após comunicação imediata com serviço de Imunohemoterapia, realizou 12 unidades (U) de eritrócitos, 1 de plaquetas, 8 de plasma fresco congelado, fibrinogénio, anti-trombina III e 5g de Epsicpron®. Estabilização hemodinâmica com fluidoterapia (7 Litros NaCl 0.9%, 1 Litro HAES-6%) e suporte vasopressor (SVP). Pós-operatório na Unidade Cuidados Intensivos, sedo-analgesiada em ventilação mecânica e com manutenção de SVP. No 2º dia pós-operatório (PO), agravamento do quadro clínico e analítico, com sinais de hemoperitoneu e necessidade de suporte transfusional (5 U de eritrócitos) e laparotomia exploradora. Manteve SVP durante 4 dias, sendo extubada ao 5º dia PO, sem intercorrências. Alta para o internamento ao 9º dia e para o domicílio ao 13º dia, sem registo de intercorrências.

DISCUSSÃO

Actualmente, a abordagem terapêutica da CID associada à gravidez compreende o tratamento específico e agressivo da patologia de base e eventual suporte transfusional, para substituição das vias da coagulação fisiológica.¹ O Anestesiologista desempenha um papel fundamental na identificação e tratamento precoces desta situação, que, como observado neste caso, pode ter resolução célere e sem sequelas físicas permanentes para a doente.

REFERÊNCIAS 1- CH. Toh et al. Blood reviews. 2009; 23(4): 167-176. | 2- L. Marcel. Thrombosis Research. 2009; 123(2): 563-564

MP37-K1619 SÍNDROME DE HORNER APÓS DOSE TESTE EPIDURAL

MARIANA CUNHA¹; MARIA JÃO TARROSO¹; CLÁUDIA BAPTISTA¹; SUSANA DOMIN-
GUES¹

1 - Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Horner (SH) é uma complicação incomum mas bem conhecida do bloqueio epidural, sobretudo em Obstetrícia (0.4-2.5%).¹ Nos casos descritos o seu aparecimento é tardio (média 25 minutos) e muito raramente associados à dose teste.^{2,3}

CASO CLÍNICO

Sexo feminino, 33 anos, GIPO, 39 semanas, 73Kg, 1,56m (IMC 30kg/m²), ASA II, antecedentes de diabetes gestacional, escoliose e intolerância à lactose. Episódio de paralisia do nervo facial de etiologia desconhecida à direita com 16 anos que teve resolução espontânea. Realizada epidural lombar (L4-L5) para analgesia de trabalho de parto, na posição

de decúbito lateral esquerdo, via mediana, pesquisa com soro fisiológico. Encontrado espaço epidural aos 6cm e cateter introduzido 4,5 cm com orientação cefálica, sem intercorrências. Realizada dose teste com Lidocaína a 2% (3ml). Após 4 min, observada ptose palpebral à direita com miose, contralateral à posição de injeção, com analgesia eficiente, sem quaisquer outras alterações de relevo (bloqueio motor ou instabilidade hemodinâmica). Foi diagnosticada uma SH. Procedeu-se à remoção do cateter epidural, mantendo a doente em vigilância neurológica, cardiovascular e respiratória. Após uma hora houve reversão completa do quadro clínico. Posteriormente, por trabalho de parto estacionário, foi proposta a realização de cesariana, efectuada sob anestesia geral balanceada.

Discussão

Estão descritos três mecanismos para a ocorrência da SH associado a bloqueio epidural: dispersão cefálica, bloqueio subdural e septação do espaço epidural.⁽³⁾ Neste caso, a doente não apresentou sinais ou sintomas de bloqueio epidural alto e pela rapidez da sua instalação e reversão não parece um bloqueio subdural. De acordo com os argumentos apresentados, a descrição é compatível com a existência de uma septação do espaço epidural em que apenas 3mL são suficientes para bloquear a via oculossimpática ao nível de C8-T1. Apesar de na maioria das vezes ser benigna, a SH pode evoluir para paragem cardiorrespiratória, e quando persistente estar associada a outras patologias nomeadamente aneurisma da aorta ou dissecação carotídea. Existem relatos de casos em que a dinâmica do espaço epidural é tal que posterior administração no mesmo cateter e na mesma localização não tem nenhuma complicação associada.⁽³⁾ Apesar da abordagem do espaço epidural ser um ato frequente para o anestesiológico, a sua variabilidade inter e intra individual mantém-se um desafio anestésico.

Referências

- 1 - J Am Board Fam Med Sep-Oct 2006; 19(5): 521-523
- 2 - Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2010 Apr;149(2):229-30
- 3 - Reg Anesth Pain Med. 2009 Jul-Aug;34(4):372-4

MP38-K1722 ANESTESIA PARA CESARIANA EM GRÁVIDA COM CORDOMA DO CLIVUS

ANA CAROLINA SÁ¹; GABRIELA SOUSA²; AMÉLIA FERREIRA³; AIDA FÁRIA⁴

1 - Centro Hospitalar de São João

INTRODUÇÃO

Os cordomas são neoplasias ósseas raras, com uma incidência de 1/1000000 na população geral, histologicamente benignos, mas que podem apresentar um comportamento maligno pela invasão local. Tem origem nos remanescentes embrionários do notocórdio e localização preferencial no esqueleto axial (clivus, sacro e cóccix). O presente caso descreve a anestesia para cesariana eletiva em grávida com cordoma do clivus.

CASO CLÍNICO

Grávida de 34 anos, ASA II, 72 Kg de peso e 161 cm de altura, 38 semanas e 5 dias de gestação, 3G1P, proposta para cesariana eletiva. Diagnóstico de cordoma do clivus em 2006, sem indicação cirúrgica pela estabilidade das dimensões do tumor. Decorrente da neoplasia, apresentou parésia do VI par craniano à direita, com estrabismo corrigido cirurgicamente, sob anestesia geral, sem intercorrências. Antecedentes de trombofilia com heterozigotia PAI-1 e MTHFR1, diagnosticada há 8 anos, sob terapêutica com enoxaparina 40 mg/dia e que suspendeu 48h antes da cirurgia. Sem sinais e sintomas de hipertensão intracraniana (HIC) nem défices neurológicos ao exame neurológico sumário. Após discussão interdisciplinar do caso e consentimento informado da doente, foi realizada anestesia epidural lombar e administrados 80 mg de ropivacaína (7.5 mg/ml) e 0.01 mg de sufentanil (0.005 mg/ml). Aos 30 minutos, nascimento de recém-nascido (RN) de 2655 mg de peso e índice de Apgar de 9 e 10 ao 1º e 5º minutos, respetivamente. Sem intercorrências anestésicas. Teve alta hospitalar ao terceiro dia de internamento, sem

registo de intercorrências clínicas.

DISCUSSÃO

A abordagem de uma parturiente com um tumor intracraniano deve ser multidisciplinar, com envolvimento da anestesia, obstetrícia e neurocirurgia, sendo que está normalmente indicada nestes casos a realização de cesariana eletiva. A escolha da técnica anestésica depende do estado do feto, do tipo e da localização do tumor, do estado neurológico da grávida e da urgência da cesariana. No caso descrito, a ausência de HIC, o bem estar fetal e materno, e ainda a vontade da mãe, foram decisivos na escolha da técnica loco-regional usada, com benefícios evidentes quer para a mãe, quer para o feto.

REFERÊNCIAS

- CAN J ANESTH 1999; 46:1; 61-65 | International Journal of Obstetric Anesthesia (2002) 11, 219-221 | Anestesia Obstétrica (Obstetric Anaesthesia) / Caso Clínico |

MP39-M1508 SMALL AIRWAYS, BIG PROBLEMS

PAULO NAVE¹; RAFAEL PIRES¹; NUNO SANTOS¹

1 - Centro Hospitalar de Lisboa Central;

INTRODUÇÃO

Among the possible complications, tension pneumothorax is the most fearsome consequence of rigid bronchoscopy. It is a rare but life-threatening condition with an incidence of 1 in 100 cases. ¹ We present a case of a newborn of nine days, mechanically ventilated since birth due to a congenital pneumonia, who developed a bilateral tension pneumothorax during a diagnostic rigid bronchoscopy.

CASO CLÍNICO

A preterm new born of nine days of life, mechanically ventilated since birth due to a congenital pneumonia was scheduled to a diagnostic rigid bronchoscopy. The exam proceeded without interurrences. At the end of the procedure the child developed oxygen desaturation requiring immediate intubation. After the orotracheal tube was in place, positive pressure ventilation was initiated with increasing peak pressures and oxygen desaturation. The ECG became narrower associated with distended neck veins and subcutaneous emphysema. Child suffered severe hypoxemia followed by bradycardia requiring resuscitation maneuvers. The diagnosis of bilateral tension pneumothorax was established and promptly managed with emergent bilateral needle decompression with poor clinical improvement. Maximal pleural cavity evacuation and lung re-expansion was achieved only after bilateral tube thoracostomy with dramatic respiratory and hemodynamic improvements.



Figura 1 e 2

DISCUSSÃO

Tension pneumothorax is the most serious complication of rigid bronchoscopy. ² Although it is a strictly clinical diagnosis, it can go unnoticed even in the hands of the most experienced clinicians. Therefore, it must be kept in mind whenever a respiratory deterioration is observed during

rigid bronchoscopy as early diagnosis and prompt management are essential for a favorable outcome.

REFERÊNCIAS

1 - Anaesth, Pain and Intensive Care 2011;15(1):57-59 | 2 - Korean J Anesthesiol 2010; 59:123-126

MP40-M1550 PNEUMOTÓRAX HIPERTENSIVO – UMA APRESENTAÇÃO INVULGAR

FILIFE PINHEIRO¹; RITA BROGES¹; ANABELA MARQUES¹; FERNANDO PINTO¹; ANA BERNARDINO¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

Os acidentes de viação são uma causa importante de lesões torácicas. A lesão da laringe e traqueia está associada a grande morbidade e mortalidade sendo o diagnóstico clínico de suspeição. O enfisema subcutâneo associado a pneumomediastino é uma manifestação clínica comum da lesão da traqueia.¹ O pneumotórax pode apresentar-se como complicação de lesões torácicas, troca-tubos ou barotrauma e o seu desenvolvimento pode ser difícil de distinguir de outras causas de deterioração clínica, sendo necessário diagnóstico e tratamento atempado para prevenir o colapso cardiovascular.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, 31 anos, ASA 1. Traumatismo crâneo-encefálico pós acidente de viação com motociclo. Na sala de emergência (SE): Escala de Glasgow 8 e tripla fratura da mandíbula, radiografia do tórax (RXT) sem alterações. Entubação oro-traqueal, sedação (Escala Ramsay 5) em ventilação mecânica durante 4 horas. Doze horas depois vai ao bloco operatório (BO) para estabilização da mandíbula. Entubação nasotraqueal com auxílio de um Frova®. Após 5 minutos em ventilação mecânica observa-se quadro de enfisema subcutâneo cervical, hipotensão, taquicardia, saturação de oxigénio periférica de 80 %, elevação das pressões da via aérea e sopro tubar no hemitórax direito, sem timpanismo à percussão. Realiza-se traqueostomia por suspeita de lesão da traqueia, com melhoria do quadro. Cinco minutos depois nova deterioração hemodinâmica com presença de timpanismo no hemitórax direito. RXT no BO com pneumotórax à direita. Insere-se dreno torácico (DT) à direita com saída de grande volume de ar. Realiza-se TAC toraco-abdomino-pélvica que revela enfisema subcutâneo cervical, pneumotórax à esquerda, fístula bronco-pleural direita, pneumoperitонеu e pneumoescrito. Coloca-se DT à esquerda. Realiza-se osteossíntese da tripla fratura da mandíbula. Pós-operatório sem complicações.

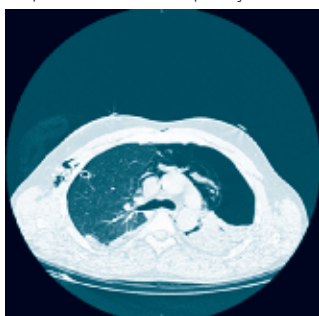


Figura 1 Imagem TAC - Pneumotórax

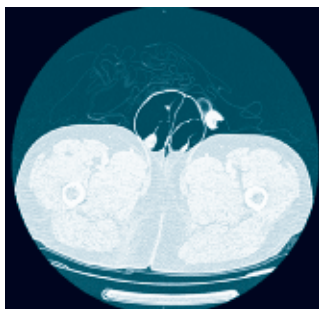


Figura 2 Imagem TAC - Pneumoescrito

DISCUSSÃO

Entre as principais causas de lesão da traqueia incluem-se o barotrauma e tentativas repetidas de entubação em situações de emergência,¹ sendo que ambos não podem ser excluídos neste caso. A utilização de troca tubos está associada a um número crescente de complicações, incluindo rotura da traqueia.² Enfisema subcutâneo cervical súbito e ausência de timpanismo são a favor de rotura da traqueia. Apesar de ausência de patologia respiratória prévia, a contusão torácica não pode ser excluída e o doente foi ventilado mecanicamente na SE, fatores a favor de barotrauma. Realizada cirurgia por tratar-se de fístula aérea de baixo débito, sem indicação cirúrgica, cuja terapêutica indicada é ventilação espontânea precoce, facilitada pela estabilização da fratura da mandíbula.

REFERÊNCIAS 1. Lewiston: BC Decker: 2004. P:274-5. 2) Heart Lung. 2012 Jan-Feb; 41(1):67-9.

MP41-M1706 LACERAÇÃO DA TRAQUEIA APÓS ENTUBAÇÃO TRAQUEAL EM GRÁVIDA COM PRÉ-ECLÂMPSIA

ANA CATARINA PIRES DE AZEVEDO¹; CLÁUDIA MATOS¹; CONCEIÇÃO ESCARIGO¹; RUI COSTA¹; VÂNIA BRITO¹; ANTERO FERNANDES¹

1 - Hospital Garcia de Orta

INTRODUÇÃO

A laceração da traqueia, sem rutura, é uma complicação da entubação oro-traqueal (EOT) que não se encontra documentada na literatura, mas que provavelmente está subdiagnosticada pela sua manifestação clínica inespecífica. A rutura traqueo-brônquica, neste contexto, está descrita como sendo uma situação clínica rara, com uma incidência de apenas 0.005 %, mas extremamente grave^{1,2,3}. A sua etiologia é multifatorial, assumindo especial relevância fatores mecânicos e anatómicos ou individuais, sendo que muitos destes fatores ainda não se encontram bem definidos^{1,3}.

CASO CLÍNICO

Grávida de 31 anos, ASA I, que às 38 semanas de gestação apresentou descolamento da placenta e foi submetida a cesariana de emergência, sob anestesia geral balanceada, sem qualquer registo de intercorrência ou dificuldade na indução – indução de sequência rápida – manutenção ou emergência anestésicas. No pós-operatório verificou-se o aparecimento de um quadro clínico compatível com vários diagnósticos diferenciais, particularmente a infeção respiratória, o síndrome hemolítico urémico e a pré-eclâmpsia. Por agravamento progressivo dos sintomas, refratariedade ao tratamento, necessidade de EOT e suporte ventilatório, a doente foi transferida para uma Unidade de Cuidados Intensivos. Após a realização de alguns exames complementares de diagnóstico, nomeadamente a broncofibroscopia, concluiu-se que a doente apresentava uma pré-eclâmpsia, complicada com laceração extensa da traqueia, cuja clínica exuberante mas inespecífica acabou por constituir um factor confusional na interpretação diagnóstica mais precoce do caso clínico.

DISCUSSÃO

Os autores suspeitam que a causa mais provável da laceração da traqueia, no caso clínico descrito, tenha sido a hiperinsuflação do cuff. Isto porque, apesar do contexto de emergência favorecer a lesão direta pelo tubo-oro-traqueal, a EOT não foi difícil e não se utilizou condutor. Por outro lado, a localização da laceração foi ao nível da parede membranosas e posterior da traqueia e a pressão do cuff foi medida por palpação manual (método que subestima o valor real da pressão).

Desta forma, pretende-se alertar para a importância na monitorização da pressão no cuff por um manómetro, bem como para a necessidade de evitar movimentos do TOT sem desinflar o cuff.

REFERÊNCIAS 1. Korean J Anesthesiol 2012 March 62(3): 277-280. 2. Rev Port Pneumol 2006; XII (1): 71-78. | 3. Am J Emerg Med 2004; 22:289-293.

MP42-N1568 RADIOFREQUÊNCIA PULSADA GUIADA POR ECOGRAFIA NO TRATAMENTO DE DOR CRÓ- NICA DO TORNOZELO

MARIA TARROSO²; CATARINA AZEVEDO²; JOANA FARIA¹; NEUSA LAGE³; CARLOS CORREIA³

1 - Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa; 2 - Hospital Garcia de Orta; 3 - Centro Hospitalar do Alto Ave

INTRODUÇÃO

O nervo sural é responsável pela inervação sensitiva da superfície do tornozelo e bordo lateral do pé. A neuropatia sural isolada é incomum, sendo o trauma a causa mais frequente. A radiofrequência pulsada (RFP) tem sido utilizada com sucesso no tratamento da dor neuropática com má resposta às terapêuticas convencionais. No entanto, existem poucos casos descritos na literatura de RFP guiada por ecografia.

CASO CLÍNICO

Mulher, com 28 anos de idade, que iniciou dor no território do sural, após reconstrução cirúrgica do tendão de Aquiles. Dor de intensidade moderada e incapacitante com 5 meses de evolução e refratária aos tratamentos analgésicos convencionais. Após realização do bloqueio diagnóstico, submeteu-se a doente a 3 sessões de RFP guiada por ecografia. Uma corrente pulsátil de 45 volts e 42º graus celcius foi aplicada ao nervo sural direito durante 180 segundos, com visualização directa das estruturas anatómicas. A doente referiu alívio completo, sem recorrência dos sintomas 1 ano após o procedimento.

DISCUSSÃO

A utilização da RFP no tratamento da dor crónica associada à lesão do nervo sural tem vindo a aumentar. O seu exacto mecanismo de actuação ainda permanece desconhecido. No entanto, supõe-se que possa gerar alterações moleculares da função celular, aumentar a expressão de genes específicos, estimular as vias inibitórias descendentes e estimular as vias excitatórias ascendentes. A RFP é uma técnica minimamente invasiva capaz de produzir alívio imediato e mantido da dor. A neuromodulação em tempo real torna a técnica mais fácil, segura e eficaz.

REFERÊNCIAS Pain Physician 2011; 14: 301-304 | Pain Practice 2002; 2 (3): 195-200 | Eur J Pain 2009; 13 (3): 249-52

MP43-N1588 DOR DO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA DO JOELHO E PERNA – EFICÁCIA ANALGÉSICA

MARTA ADRIANO¹; HELENA DUARTE¹; SANDRA CARVALHO¹; CONCEIÇÃO MARQUES¹; MANUELA BOTELHO¹

1 - Centro Hospitalar Lisboa Central

Introdução

O objectivo deste trabalho é avaliar a eficácia da técnica analgésica seleccionada para controlo da dor no pós-operatório em cirurgia do joelho e perna na Unidade Funcional de Dor Aguda (UFDA), no Hospital Curry Cabral, do Centro Hospitalar Lisboa Central.

Metodologia

As fichas de avaliação da UFDA dos doentes submetidos a cirurgia do joelho e perna no triénio 2010-2012 no Hospital Curry Cabral – CHLC foram analisadas retrospectivamente. Foram avaliadas 723 fichas. A técnica analgésica escolhida para os doentes incluía-se num dos grupos: morfina intra-tecal (n=4), anestésico local (AL) com morfina epidural (n=216), morfina endovenosa (n=2), tramadol endovenoso (n=439) e bloqueio de nervos periféricos (BNP) (n=62). Os 723 doentes foram avaliados às 0 e às 24h de pós-operatório com recurso à escala numérica de avaliação da dor (0-10) e comparados os resultados de eficácia de controlo da dor. Foram definidos 4 grupos de resultados: sem dor (0); dor

ligeira (1-3); dor moderada (4-6) e dor severa (≥ 7). Em todos os grupos foram utilizados analgésicos adjuvantes.

RESULTADOS

Às 0h os resultados distribuem-se da seguinte forma: morfina intratecal – sem dor 100%; AL com morfina epidural – sem dor 84,1%, dor ligeira 9,3%, dor moderada 4,4%, dor severa 2,2%; morfina endovenosa – sem dor 100%; tramadol endovenoso – sem dor 77,3%, dor ligeira 9,3%, dor moderada 8,4%, dor severa 5%; BNP – sem dor 67,5%, dor ligeira 6,5%, dor moderada 13%, dor severa 1,3%. Às 24 horas os resultados distribuem-se da seguinte forma: morfina intratecal sem dor 75%, dor ligeira 25%; AL com morfina epidural – sem dor 42%, dor ligeira 27,1%, dor moderada 23,2%, dor severa 7,7%; morfina endovenosa – dor ligeira 100%; tramadol endovenoso – sem dor 48,7%, dor ligeira 34,7%, dor moderada 12%, dor severa 4,6%; BNP – sem dor 45%, dor ligeira 25%, dor moderada 18,3%, dor severa 11,7%.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A percentagem de doentes com dor controlada (sem dor e dor ligeira) é superior a 85% às 0h por qualquer das técnicas utilizadas, excepto o BNP (74%), o que se deve a uma fase de aprendizagem destas técnicas. Houve bons resultados com morfina intra-tecal e morfina endovenosa às 0h e às 24h, no entanto a amostra é pequena (n=4 e n=2, respectivamente), não significativa e a inexistência de avaliação da dor às 48h, não nos permite concluir sobre a eficácia da técnica. O grupo dos doentes submetidos a analgesia epidural apresenta maior eficácia às 0h, mas às 24h os resultados demonstram interferência de acidentes relacionados com manutenção do cateter e não se consegue evidenciar a superioridade desta técnica em relação às outras, uma vez que não é avaliada a dor dinâmica. Tramadol endovenoso, embora opiáceo fraco, mostra eficácia no tratamento da dor ortopédica. Serão efectuados mais estudos para avaliação da eficácia das técnicas na dor dinâmica.

REFERÊNCIAS Acute Pain Management: Scientific Evidence, Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine

MP44-N1620 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO SÍNDROME DO NERVO CLUNEAL, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

SANDRA CARNEIRO¹; GABRIELA COSTA²; RAQUEL FERNANDES¹; CATARINA COSTA²; LUÍSA MOREIRA²; LUÍS AGUALUSA¹

1 - Unidade Local de Saúde de Matosinhos - Hospital Pedro Hispano EPE;
2 - Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa - Hospital Padre Américo EPE

INTRODUÇÃO

O Síndrome do Nervo Cluneal (SNC) representa 10% das lombalgias baixas, mas é muitas vezes subdiagnosticado¹. A literatura sobre o seu diagnóstico e tratamento é escassa, pelo que consideramos pertinente descrever um caso clínico de lombalgia unilateral tratado com Radiofrequência Pulsada (RFP) e infiltração do nervo cluneal superior (NCS).

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, 56 anos, antecedente de Depressão. Referenciada à Consulta Externa (CE) de Medicina de Dor por lombalgia esquerda com irradiação para a região nadegueira ipsilateral com 6 meses de evolução. A dor apresenta características mecânicas que agrava durante o dia, sentada e não tem posição antálgica. Medicada com Aceclofenac, Esomeprazol, Hidroxizina e Alprazolam. Ao exame físico, observava-se marcha claudicante, reflexos osteotendinosos normais, manobras de Laségue e FABERE negativas, dismetria dos membros inferiores, dor à palpação da crista ilíaca e contratura paravertebral lombar esquerda. A Ressonância Magnética revela redução do espaço de emergência da raiz nervosa L4 esquerda (discreto desvio listésico L4-L5) e lombalização de S1. Efetuado bloqueio teste do NCS à esquerda com 10 ml de Ropivacaína 0,2% e Metilprednisolona durante a CE com resposta imediata (alívio da dor e marcha sem claudicação). Dois meses após a CE, foi realiza-

da RFP e infiltração ecoguiada do NCS esquerdo (10 ml de Ropivacaína 0,2% e Metilprednisolona) no Bloco de Ambulatório com apoio fluoroscópico. A doente apresentava-se totalmente assintomática 1 mês após o procedimento e teve alta da CE com medicação em SOS.

DISCUSSÃO

O SNC caracteriza-se por dor lombar unilateral persistente com irradiação para a região nadegueira ipsilateral e intolerância à posição sentada durante longos períodos. A palpação denota-se uma área sobre a crista ilíaca mais espessada e hipersensível com Sinal de Tinel provavelmente positivo. Devem ser excluídas outras etiologias de lombalgia baixa. O ramo medial do NCS é responsável pela inervação cutânea da área abaixo da crista ilíaca, 7-8 cm lateral à linha média e latero-superior à espinha ilíaca pósterio-superior. Este ramo do NCS percorre o túnel osteofibroso formado pelos músculos Toraco-Lombar e Latissimus Dorsal e pela Crista Ilíaca, perfurando a Fáscia Toracolombar (FTL) lateralmente à linha média. O NCS é suscetível à compressão por estiramento da FTL ou contração dos músculos lombares. O sucesso da infiltração do NCS com Anestésico Local e Corticóide constitui critério de diagnóstico de SNC e tem vantagens terapêuticas. A RFP do tecido nervoso é uma técnica não destrutiva, minimamente invasiva e eficaz no tratamento da lombalgia. Não foram encontradas referências sobre RFP do NCS no tratamento do SNC. A descompressão cirúrgica do nervo é reservada aos casos de dor intensa após falha do tratamento conservador e da RFP.

REFERÊNCIAS 1 J Neurosurg Spine. 2013; 19(1): 76-80.

MP45-N1718 DOR CRÔNICA CIÁTICA EM OBSTETRÍCIA – CASO CLÍNICO

BRUNO AGUIAR SILVA¹; ANA RITA VIEIRA¹; LUÍS SALDANHA¹

1 - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

INTRODUÇÃO

A dor lombar durante a gravidez é muito frequente, afetando cerca de 50 % das mulheres grávidas, e sendo considerada a complicação mais frequente da gravidez. Ocorre principalmente a partir do segundo trimestre da gravidez, e interfere frequentemente com as atividades de vida normais, nomeadamente com a deambulação ou mesmo com o sono. A causa mais frequente de dor lombar na gravidez tem etiologia benigna – dor sacroilíaca. Outras causas raras de dor lombar devem ser consideradas, nomeadamente a ocorrência de hérnias discais lombares protrusas – com uma incidência de 1 em cada 10.000 casos de dor lombar na gravidez. O seu tratamento em caso de compromisso neurológico deve ser cirúrgico, podendo a dor ser manejada eficazmente com recurso a administração de corticóides por via epidural^{1,2,3}.

Caso Clínico

Apresentamos uma grávida de 38 semanas, 35 anos, ASA III, e índice obstétrico de 4/0/0/4. Como co-morbilidades apresentava uma ciatalgia esquerda desde as 28 semanas de gestação, de difícil tratamento analgésico – reportava VAS 6 em repouso e 8 em movimento, com dor irruptiva frequente. Concomitantemente apresentava compromisso neurológico – com perda da função motora no território de S1. Tendo em conta a patologia associada foi programada cesariana eletiva, efetuada sob anestesia geral, que decorreu sem intercorrências. Durante o puerpério, e após agravamento da dor ciática, foi realizada TAC da coluna lombar que revelou hérnia discal L5/S1 que determinava conflito de espaço com a raiz esquerda de S1. Ao 7º dia de puerpério realizou-se administração epidural (single-shot) de 125 mg de metilprednisolona e 20 mg de ropivacaína (a 2%), com alívio imediato da dor. Ao fim de 2 horas de administração foi possível deambulação sem dor associada, retomando as suas atividades de vida habituais. Realiza-se ajuste terapêutico com manutenção de terapêutica multimodal. Ao 13º dia de puerpério, é efetuada descompressão cirúrgica com sucesso, mantendo-se assintomática e em fisioterapia desde então.

DISCUSSÃO

A ciatalgia como manifestação de radiculopatia compressiva é uma patologia extremamente rara durante a gravidez e puerpério. A abordagem da dor ciática deve ser multidisciplinar, envolvendo a Obstetrícia, Anestesiologia, Neurocirurgia e a Dor Crónica. O tratamento da dor deve ser multimodal, com especial menção à administração epidural de corticóides. No caso apresentado a escolha desta última técnica deveu-se à sua segurança e eficácia no controlo da dor durante um período de tempo considerável e sem interferência com a técnica cirúrgica.

REFERÊNCIAS 1. Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management. 2009; 13: 251-254; 2. Obstetrics & Gynecology. 2004; 104: 65-70; 3. Hippokratia. 2011; 15: 205-201.

MP47-Q1501 SÍNDROME DE IMPLANTAÇÃO DO CIMENTO ÓSSEO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

GABRIELA SOUSA¹; JOANA CARVALHO²; VERA FERNANDES¹

1 - Centro Hospitalar de São João, Serviço de Anestesiologia, Porto; 2 - Unidade Local de Saúde de Matosinhos – Hospital Pedro Hispano, Serviço de Anestesiologia, Matosinhos

INTRODUÇÃO

A artroplastia cimentada da anca é um procedimento cirúrgico cada vez mais comum na população idosa, podendo estar associado ao Síndrome de Implantação do Cimento Ósseo (SICO). Este é um evento raro, mal compreendido e que condiciona importante morbimortalidade em doentes de alto risco (idosos, fratura da anca, hipertensão pulmonar pré-existente, baixa reserva física, função cardiopulmonar alterada, osteoporose)¹. O objetivo é relatar um caso de SICO durante uma hemiarthroplastia cimentada da anca.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, 84 anos de idade, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia e doença de Alzheimer proposta para hemiarthroplastia cimentada da anca esquerda, por fratura do colo do fémur, em contexto de bloco de urgência.

A doente foi monitorizada segundo os padrões standard da ASA. Foi mantida em ventilação espontânea com O₂ suplementar por via nasal (3L/min) e foi submetida a bloqueio subaracnoideu, no espaço intervertebral L3-L4, com 11 mg de levobupivacaína a 0,5% e 0,002 mg de sufentanil a 0,005 mg/mL. Manteve estabilidade hemodinâmica até 5 minutos após a colocação do cimento ósseo (metil metacrilato), altura em que iniciou um quadro de hipoxémia, bradicardia e hipotensão, apesar da fluidoterapia instituída, seguida de choque e paragem cardiorrespiratória em assistolia. Verificou-se recuperação da circulação espontânea após 3 ciclos de Suporte Avançado de Vida. Posteriormente, foi admitida na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), sedada com midazolam e fentanil sob suporte adrenérgico elevado e conectada a prótese ventilatória. Retirou-se suporte aminérgico e suporte ventilatório ao segundo dia de internamento. Teve alta da UCI ao terceiro dia de internamento e alta hospitalar após vinte e seis dias de internamento.

DISCUSSÃO

A SICO pode ser caracterizada por hipoxemia, hipotensão, arritmia cardíaca, aumento da resistência vascular pulmonar, paragem cardíaca ou uma combinação de vários destes. O aumento da fração inspiratória de O₂ para 100%, a ressuscitação agressiva com fluidos endovenosos e a administração de fármacos inotrópicos são algumas das medidas de suporte. A prevenção desta síndrome envolve a identificação dos indivíduos de risco, que devem ser sujeitos a uma monitorização anestésica invasiva dos sinais vitais. Esta complicação realça também que a comunicação entre o anestesista e o ortopedista é de extrema importância na discussão do risco/benefício da prótese cimentada vs não cimentada nos grupos de alto risco, devendo ocorrer a articulação entre diversas especialidades para um melhor outcome dos doentes.

REFERÊNCIAS 1 Br J Anaesth 2009;102:12-22.

MP48-Q1543 MIASTENIA GRAVIS E ALERGIA A ANESTÉSICOS LOCAIS- E AGORA?

FRANCISCO MATIAS¹; JOANA JESUS¹; TERESA LUGARINHO¹; INÊS MESQUITA¹; HELENA VIEIRA¹; PAULA PEREIRA¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

O doente miasténico, apesar de raro, é sempre um desafio para qualquer Anestesiologista e o risco de falência respiratória pós-cirúrgica foi sempre fonte de preocupação. Sempre que possível a anestesia loco-regional é recomendada-1.

A probabilidade de sermos confrontados com um doente com Miastenia Gravis (MG) e alergia aos anestésicos locais (AL) é ainda mais raro, não estando descrito qualquer caso na literatura.

O presente trabalho tem como objectivo dar a conhecer o plano anestésico possível e utilizado num doente com MG e alergia a AL.

CASO CLÍNICO

Doente de 54 anos, sexo feminino, com MG e alergia provada aos AL tipo amida, com necessidade de correcção de *Hallux Valgus* e Síndrome do Túnel Cárpico. Apresentava-se numa fase estável da doença, com queixas de astenia para esforços moderados. Sem outros antecedentes de relevo.

Tendo em conta a alergia documentada aos AL, optou-se por fazer uma Anestesia Geral Endovenosa com Propofol, evitando-se o uso de relaxantes musculares e a entubação oro-traqueal usando Máscara Laríngea I-gel. A monitorização incluiu o Standard da ASA, bem como "Bispectral Index" (BIS) e "Train of Four" (TOF).

Houve um especial cuidado na selecção de fármacos com a menor interferência na transmissão neuro-muscular (uso de propofol para manutenção anestésica em detrimento de halogenado). Para além disso, assegurou-se a manutenção da transmissão neuro-muscular (TOF>90%) no final do acto anestésico.

Tanto a cirurgia como a recuperação pós-anestésica e internamento decorreram sem intercorrências.

DISCUSSÃO

Este caso destaca a importância de um plano anestésico personalizado às especificidades dos doentes que anestesiámos na nossa prática clínica. Os autores pretendem alertar para os cuidados de gestão farmacológica e de monitorização nestes doentes, assim como destacar a raridade da presença concomitante de MG e alergia a AL tipo amida.

REFERÊNCIAS 1- Acta Anaesthesiol Scand 2012; 56:17-22

MP49-Q1584 HIPERCKÉMIA E IMPLICAÇÕES ANESTÉSICAS

INÊS DELGADO¹; ALÍRIO GOUVEIA²; CARMEN PEREIRA¹; PAULA FERNANDES²; MANUELA VIEIRA⁴; MIGUEL GUERRAS

1 - Interna de Anestesiologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho;

2 - Assistente Hospitalar de Anestesiologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho;

3 - Interno de Anestesiologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho;

4 - Assistente Hospitalar de Anestesiologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho; 5 - Assistente Hospitalar de Cirurgia Cardiorrástica do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

INTRODUÇÃO

Níveis elevados de CreatininaKinase (CK) podem estar relacionados com miopatias, lesões musculares e susceptibilidade aumentada de Hipertermia Maligna (HM). Com este trabalho pretendemos apresentar um caso clínico de hiperCKémia detectado como achado laboratorial no pós-operatório, e suas futuras implicações clínicas.

CASO CLÍNICO

Sexo feminino, 25 anos de idade, sem antecedentes anestésico-cirúrgicos e sem antecedentes pessoais relevantes, submetida a correcção cirúrgica de pectus excavatum (Operação de Nuss modificada). Foi submetida a anestesia combinada que decorreu sem incidentes registados. No pós-operatório foram detectados, de forma casual, níveis de CreatininaKinase em cerca de 25 a 29 vezes superiores ao valor normal máximo. Alta ao 4º dia pós-operatório, com indicação para estudo em ambulatório deste achado laboratorial, pelo eventual risco associado a um novo procedimento anestésico. A doente foi orientada no sentido de ser estudada em consulta de Neurologia, com proposta de realização de biópsia muscular e estudo genético.

DISCUSSÃO

Por serem muitas vezes assintomáticas, estas elevações de CK não são, adequadamente, interpretadas como relevantes no risco anestésico. A indicação actual é que estes doentes sejam considerados como tendo elevado risco de desenvolvimento de episódio de HM no intraoperatório, mesmo que geneticamente não seja identificada qualquer alteração específica.

REFERÊNCIAS

1 - Serum Myoglobin and Creatine Kinase Following Surgery. Br J Anaesth 2000; 84:763-6 2 - Anesthesia-Induced Rhabdomyolysis During Corrective Spine Surgery: A Case Report British Journal of Medicine & Medical Research 3(4): 1302-1307, 2013 3 - Malignant Hyperthermia and Idiopathic HyperCKemia. Case Reports in Medicine Volume 2011 (2011) 4 - Changes in Creatine Phosphokinase (CK) Concentrations After Minor Major Surgery in Children. Br J Anaesth 2006; 96:786-9

MP50-Q1690 CHOQUE SÉPTICO APÓS URETERORRENOSCOPIA COM LITOTRÍCIA

SÓNIA MACEDO MARTINS DUARTE¹; FÁTIMA MARTINS¹

1 - Centro Hospitalar do Porto, Serviço de Anestesiologia

INTRODUÇÃO

A ureteroscopia com litotricia laser é uma alternativa à nefrolitotomia percutânea, com grande eficácia na abordagem de cálculos renais de grandes dimensões e menor risco de complicações (1).

Apresentamos um caso de choque séptico pós-ureterorrenoscopia com litotricia.

CASO CLÍNICO

Mulher, 36 anos, ASA 2, proposta para ureterorrenoscopia com litotricia.

Antecedentes de hipertensão arterial, síndrome depressivo, infeções recorrentes do trato urinário. Episódio de cólica renal há 1 ano, colocação de catéter JJ.

Tomografia computadorizada (TC): catéter JJ, cálculo 26mm calicial submedial direito.

À admissão apirética, disúria, sem leucocitose, microbiológico de urina com *Enterococcus faecalis* sensível à ampicilina e nitrofurantoína. Medicada com furadantina profilática.

Monitorização standard ASA (temperatura central), da profundidade anestésica (BIS®) e bloqueio neuro-muscular.

Anestesia geral balanceada. Antibioterapia (2gr cefoxitina) antes do início do procedimento.

Intra-operatório sem intercorrências, apenas episódio de taquicardia sinusal (FC>120bpm) por cerca de 30minutos(m), com início após manipulação do cálculo, sem causa aparente (profundidade anestésica e analgesia adequadas, normotensão, normotermia, gasimetria arterial sem alterações).

Constatação intra-operatória de catéter JJ calcificado.

Repicagem de cefoxitina 1gr 2horas(h) após 1ªtoma. Duração da cirurgia de 2h33m.

Na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, dor de difícil controlo, arrepios, defesa à palpação abdominal, taquicardia sinusal (140bpm) e febre (38,9°C) (imagem 1). Gasimetria arterial: insuficiência respiratória tipo 1 e lactacidémia de 3,1mmol/L. Colhe rastreio séptico e inicia antibioterapia com ampicilina+tazobactam.

Transferida para Unidade de Cuidados Intermédios por choque séptico,

por provável bacteriemia após instrumentação ureteral, com disfunção cardiovascular, respiratória e metabólica. TC: coleção líquida peri-renal direita, cálculos calciais (fragmentação cálculo pré-existente) e área nodular intra-parenquimatosa (nefrite bacteriana focal provável) (imagem 2).

Após 3 dias de ampicilina+tazobactam escalada para imipenem. Em D9 (de pós-operatório) inicia linezolid.

Evolução com proteinúria, derrame pleural, ascite, hepatite citocolestática, anemia e febre persistente, choque com resposta ao volume.

D13: alta para a enfermaria de urologia, sub-febril, hemodinamicamente estável.

D16: alta para o domicílio, apirética após 14 dias de imipenem e 7 dias de linezolid.



DISCUSSÃO

A ureterorenoscopia com litotricia tem um risco de sépsis pós-operatória de cerca de 1,1%(2), mesmo após antibioterapia profilática. A presença de cálculos infetados e duração da cirurgia >90m são fatores de risco.²

O diagnóstico de sépsis e o seu manuseio precoce pela equipa de anestesia são fulcrais para o sucesso do tratamento.

REFERÊNCIAS 1. IntJUrol2012;19:264-7 | 2. BJUInt2012;111:459-66

MP51-S1561 LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR DURANTE A AVALIAÇÃO DA VIA AÉREA

TELMO SANTOS¹; CAROLINA CALVÃO SANTOS¹; CÉLIA PINHEIRO²; ISABEL BARROCO GOUVEIA¹

1 - Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro

INTRODUÇÃO

A luxação da articulação temporo-mandibular (ATM) ocorre quando o côndilo mandibular se desloca para fora da cavidade glenoide e permanece bloqueado anteriormente à eminência articular.¹ A avaliação da via aérea constitui um evento rotineiro na prática anestésica, no entanto a ocorrência da luxação da ATM neste contexto é um evento raro. Os autores descrevem um caso de luxação bilateral da ATM ocorrida na consulta de anestesiologia, e sua posterior abordagem, pretendendo contribuir com este caso, para alertar os anestesiológicos desta possível complicação e sua resolução.

CASO CLÍNICO

Homem, 74 anos, proposto para ressecção trans-uretral de tumor vesical, ASA II (Fumador, HTA e Dislipidemia). Na consulta de avaliação pré-anestésica, após a abertura da boca para avaliar o Mallampati, o doente queixou-se de uma dor súbita e bilateral nas regiões pré-auriculares, acompanhada de tumefação nessa região, tendo o doente ficado incapaz de fechar completamente boca e com dificuldade na articulação de palavras. Surpreendidos com a situação, suspeitou-se de uma luxação da ATM, tendo sido prontamente contactado o colega de cirurgia maxilo-facial e enviado o doente para o serviço de urgência, onde foi efetuada a manobra bimanual de redução trans-oral da referida luxação. Efetuado RX de controlo, que confirmou o sucesso da redução, o doente

teve alta clínica medicado com diclofenac, indicação para colocação de gelo e para efetuar movimentos suaves com a mandíbula.

DISCUSSÃO

A luxação da ATM associada à manipulação da via aérea não é um evento incomum, estando descritos vários casos associados à laringoscopia, à ventilação com máscara facial, e à introdução e remoção de máscaras laríngeas.² A avaliação da via aérea é um procedimento rotineiro na prática anestésica, e teoricamente de baixo risco, no entanto, a abertura da boca quando exagerada pode causar a luxação da ATM tal como aconteceu neste caso. O diagnóstico é principalmente clínico e a sua resolução deve ocorrer rapidamente para minimizar as sequelas e aliviar a dor. Em conclusão, o relato deste caso pretende relembrar que a luxação da ATM pode ocorrer mesmo durante a simples avaliação da via aérea, devendo os anestesiológicos estar preparados para a sua ocorrência e resolução.

REFERÊNCIAS 1. British Journal of Medicine & Medical Research. 2013, 3(3): 503-507. | 2. Acta Anaesthesiol Taiwan. 2009;47(4):200-203.

MP52-S1564 EPIGLOTITE AGUDA NO ADULTO: UMA VAD EMERGENTE

Mariana Sant'Anna¹; Inês Carvalho¹; José Paulo Neuparth¹; Ana Teresa Reis¹

1 - Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Introdução

A Epiglotite é uma emergência médica caracterizada pela inflamação da glote e estruturas supra-glóticas, sendo muito rara no adulto (incidência de 1-4 por 100.000 habitantes/ano).

Caso Clínico Doente de 33 anos, sexo masculino, com antecedentes de tabagismo crónico que foi trazido ao serviço de urgência pela VMER por quadro súbito de dispneia e odinofagia. No local fez 200 mg de Hidrocortisona e.v., Salbutamol, Budesonido e Brometo de Ipratrópio inalados. À chegada ao hospital estava consciente, agitado e polipneico (26 ciclos/min), com tiragem e estridor, não conseguindo completar frases. Estava febril (T. 38.9°C), taquicárdico (125 bpm), e normotenso (PA: 123/97 mmHg), com uma auscultação pulmonar que revelava apenas discretos sibilos dispersos e uma SpO₂ de 98% com O₂ a 5L/min por máscara facial. À observação da orofaringe verificou-se hiperemia marcada, com secreções mucosas abundantes que dificultavam a visualização. Realizou-se gasimetria arterial (GSA): pH 7.422; pCO₂ 35.4; pO₂ 158; Lac 1.4; Bicarb 22.7. Analiticamente de salientar: Leucocitose (25200) com Neutrofilia (89%) e PCR 2.4. Colocaram-se as hipóteses diagnósticas de Amigdalite aguda e/ou Quadro de Anafilaxia, tendo sido administrados Penicilina 2.4 IM, Adrenalina 0,5 mg SC e Diazepam 10 mg, não havendo uma melhoria significativa. Cerca de 15 minutos após a admissão houve agravamento do quadro com aumento da dispneia, cianose labial, sudorese intensa e descida da SpO₂. Repetiu GSA que revelou acidose respiratória grave com hipoxémia (pH 7.16, pCO₂ 77, pO₂ 74, Lac 3.9). Foi pedido apoio à Anestesiologia que sedou o doente com 50mg de Propofol e procedeu à realização de videolaringoscopia, tendo-se verificado edema acentuado das estruturas da laringe e orofaringe, com distorção anatómica grave e secreções mucopurulentas abundantes. Sempre com o doente em ventilação espontânea, procedeu-se a IOT com tubo 6.5, após a qual, foi sedado, curarizado e conectado a prótese ventilatória. Foi admitido na UCI por necessidade de ventilação mecânica e vigilância clínica. Iniciou antibioterapia empírica com Amoxicilina + Ácido clavulânico e Clindamicina. Foi pedida a colaboração da ORL, que realizou observação do doente e diagnosticou uma epiglotite aguda abcedada. O internamento na UCI não teve intercorrências, verificando-se uma boa resposta à antibioterapia, embora o agente etiológico não tenha sido identificado. O doente foi extubado 7 dias após a data de admissão, sob visualização por nasofibroscopia, sem sequelas associadas.

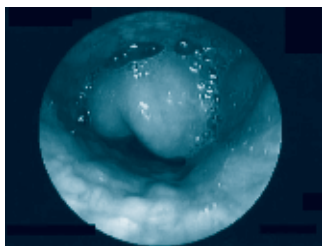


Figura 1 - videolaringoscopia

DISCUSSÃO

A Epiglotite aguda no adulto é uma entidade clínica grave e deve estar sempre presente no diagnóstico diferencial de um quadro de dispneia alta súbita acompanhada de estridor. Assegurar a via aérea de modo precoce é fundamental para a sobrevivência do doente.

REFERÊNCIAS Ames, W. A. "Adult Epiglottitis: An Under-recognized, Life-threatening Condition." *British Journal of Anaesthesia* 85.5 (2000): 795-97.

MP53-S1648 SÍNDROME EHLERS-DANLOS TIPO IV: ABORDAGEM ANESTÉSICA

CELINE FERREIRA¹; SARA MOTA¹; TERESA LUGARINHO¹; MAGDA BENTO¹; CONCEIÇÃO MARTINS¹; VALENTINA ALMEIDA¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

O Síndrome de Ehlers-Danlos (SED) é uma doença do tecido conjuntivo causado por um defeito na síntese do colagénio^{1,2}. O subtipo IV de transmissão autossómica dominante resulta de mutações do gene COL3A1 que codificam o colagénio tipo III. Clinicamente é caracterizado por pele translúcida, fácies característico, equimoses extensas e fragilidade vascular, uterina e digestiva. A sua prevalência é de 1:150.000 e a esperança média de vida é de 48 a 54 anos, tendo como principal causa de morte, rutura arterial espontânea¹. A abordagem anestésica é desafiante na medida deve ter em conta o manejo das complicações, como: hematomas ou hemorragias espontâneas, provocadas por uma punção venosa^{2,3} ou pelo posicionamento do doente^{2,3}; hematoma na via aérea pós entubação^{1,2,3}; hematoma pós bloqueio subaracnoideu²; e pneumotórax por ventilação com pressões positivas^{1,2,3}.

CASO CLÍNICO

Feminino, 37 anos, ASA II, portadora do SED tipo IV, proposta revisão de rigidez do joelho anteriormente operado, com tempo cirúrgico estimado de 20 a 120 minutos. Antecedentes cirúrgicos de cesariana complicada com formação de hematoma extenso na parede abdominal; e fixação rotuliana. A realçar no exame objetivo: fácies característico da doença, pele translúcida e equimose no membro superior devido a traumatismo ligeiro. Mallampati I, sem outros sinais de via aérea difícil. Sem quaisquer alterações analíticas. Submetida a anestesia geral equilibrada. Mesmo sabendo da possibilidade de formação de hematoma na via aérea, optamos por entubação com tubo orotraqueal de calibre 6,5 mm cujo cuff foi insuflado a uma pressão de 18mmHg e manteve-se a doente em ventilação controlada por volume. Foi realizada lise de aderência do fundo de saco e remoção de material de osteossíntese, tendo sido necessário colocação de garrote supra-condiliano durante 20min. Administrados, metamilazol de magnésio e paracetamol cerca de 20 minutos antes do final da cirurgia que decorreu durante 35 minutos. A pressão arterial sistólica (PAS) manteve-se sempre abaixo de 120mmHg, tendo sido administrado midazolam ev, no despertar de anestesia, por estado ansioso e subida da PAS para 150mmHg, o que poderia ter contribuído para formação de um hematoma ou hemorragia.

DISCUSSÃO

Uma vez que evidência clínica publicada é escassa, pretende-se realçar a extrema importância da avaliação dos riscos e benefícios do planeamento do procedimento anestésico em doentes com SED tipo IV.

Este planeamento é de extrema importância para prevenir ou minimizar as graves complicações vascular, pulmonar ou da via aérea que possam surgir e que possam pôr em risco a vida do doente.

REFERÊNCIAS 1. *Presse Med.* 2006 Dec; 35:1864-75; 2. *Anesthesia* 2004; 59:1224-7; 3. *Anaesth Intensive Care* 2006; 34:501-5

MP54-S1671 INTUBAÇÃO POR FIBROSCOPIA EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA

NUNO MOINHO¹; MARIA TERESA RINCÓN VIEIRA LUGARINHO MONTEIRO¹; MAGDA BENTO¹; INÉS MESQUITA¹; JOANA JESUS¹

1 - Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

A limitação da abertura bucal (LAB) impossibilita a visão direta da glote, determinando uma intubação difícil e com riscos. A existência de um foco infeccioso na região mandibular é uma causa possível de LAB. Perante esta dificuldade o anestesiologista pode optar por realizar uma intubação "às cegas", uma traqueostomia ou uma intubação assistida por fibroscópio. A intubação por fibroscopia, apesar de exigir a presença de um elemento treinado na técnica, permite a avaliação da via aérea antes da intubação, garante um maior sucesso na intubação difícil e uma maior eficácia e segurança para o doente.¹

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, 35 anos, ASA I, recorre ao serviço de urgência 24 horas após extracção dentária. Apresentava abscesso dentário, fleimão perimandibular que condicionava a abertura da boca, e apresentava dificuldade na deglutição. Realizou TAC maxilo-facial que revelou: "Presença de formação expansiva desde o plano do cavum rino-faríngeo, com apagamento da gordura para faríngea direita, na região submandibular, parotídea, com envolvimento dos músculos mastigadores, esternocleidomastoídeo e ramo horizontal da mandíbula à direita, condicionando efeito de massa acentuado e desvio do canal aéreo e orofaringe, compatível com abscesso, por sequela de extracção dentária". Assim, houve necessidade de intervenção cirúrgica de carácter emergente às 5h30m, para drenagem do abscesso. Face à LAB (<1cm), optou-se por intubação por fibroscopia: procedeu-se à sedação consciente da doente com fentanil e midazolam, suplementação de oxigénio por cânula nasal e procedeu-se à intubação nasotraqueal por fibroscopia. Durante a fibroscopia observou-se edema exuberante da orofaringe, secreções orofaríngeas abundantes e desvio contralateral acentuado da traqueia. Após correcto posicionamento do tubo, procedeu-se a anestesia geral balanceada e drenagem de abscesso. A cirurgia teve a duração de 45 minutos e sem intercorrências. Perante quadro clínico exuberante a doente foi intubada em ventilação espontânea para a Unidade de Cuidados (UC) Pós-Anestésicos e posteriormente para UC Cirúrgicos Intermédios. Foi extubada à 40ª hora pós-operatória.

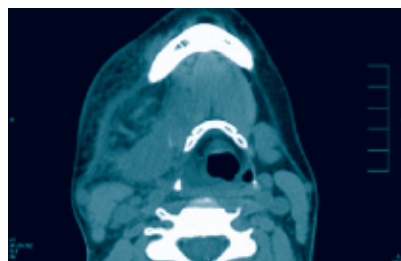


Figura 1 Imagem TAC com abscesso a condicionar devido da traqueia.jpg



Figura 2 - Imagem 40 horas após cirurgia

DISCUSSÃO

Com este caso pretende-se salientar a mais-valia que os conhecimentos na intubação por fibroscopia podem oferecer à segurança do doente. As alterações anatómicas resultantes do abscesso dentário, tornavam impossível a realização de intubação orotraqueal sob laringoscopia direta, tornando necessária a opção por outro tipo de abordagem. Desta forma, procuramos encorajar os anestesiológicos a aprofundarem os seus conhecimentos no domínio desta técnica, uma vez que poderá constituir uma importante ferramenta, sendo um método seguro, mais suave e confortável para o doente, permitindo também ao anestesiológico a possibilidade de minimizar o risco de complicações e garantir a segurança do doente.

REFERÊNCIAS

1 Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-fac 2009;9(3):97-104

REFERÊNCIAS 1. Ballini et al, Dental and craniofacial characteristics in a patient with Dubowitz syndrome: a case report, Journal of Medical Case Reports 201: 5:38 | 2. Min Kee Lee et al., Case Report Anesthesia of a patient with Dubowitz syndrome, Korean J Anesthesiology 2010 May 58(5): 495-499 | Manejo da via aérea (Airway Management) / Caso Clínico

MP55-S1734 ABORDAGEM DA VIA AÉREA DIFÍCIL NA CRIANÇA COM SÍNDROME DE DUBOWITZ: UM DESAFIO

DIANA MAIA¹; MARIA ANA²

1 - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia;

2 - Centro Hospitalar São João

INTRODUÇÃO

O Síndrome de Dubowitz é uma doença rara, autossómica recessiva, caracterizada por atraso do crescimento, atraso mental, fâcies característico, microcefalia, eczema e perturbações do comportamento. O fâcies peculiar dos doentes com Síndrome de Dubowitz inclui cabelo e sobrancelhas raras, orelhas com inserção baixa, blefarofimose, ptose bilateral, ponte nasal larga e achatada e micrognatia. Até à data, foram descritos aproximadamente 150 casos, contudo são escassas as referências à abordagem anestésica destes doentes com ênfase na manipulação de uma via aérea previsivelmente difícil. A abordagem da via aérea pode ser difícil devido às anomalias craniofaciais, como micrognatia, deformidades do palato, problemas dentários e anomalias craniocervicais.

CASO CLÍNICO

Um doente do sexo masculino, de 20 meses de idade (peso: 7,9 kg), com Síndrome de Dubowitz foi agendado para correcção de hipospádias e orquidopexia, com duração prevista de várias horas. Na avaliação pré-anestésica o doente apresentava fâcies característico, atraso marcado do crescimento e atraso mental ligeiro.

Para esta cirurgia, foi realizada indução inalatória com sevoflurano e O₂. Durante este período, o doente manteve ventilação espontânea. Após colocação de cateter venoso periférico, passou a ventilação assistida com máscara facial, sem dificuldades na ventilação. De seguida, procedeu-se a laringoscopia directa com lâmina 2 de Macintosh, observando-se somente a epiglote (laringoscopia grau 3 de Cormack-Lehane). Após uma primeira tentativa falhada, foi realizada segunda tentativa com lâmina 2 de Miller e tubo mandrilado, mas sem sucesso. Durante este período o doente manteve-se hemodinamicamente estável, apenas com um breve período de bradicardia sinusal, que reverteu com 0.10 mg de atropina ev. Foi efectuada terceira tentativa de intubação por broncofibroscopia via nasal, com tubo 4,5 sem *cuff*, confirmando-se a sua posição traqueal pelo ETCO₂ e auscultação pulmonar. Deste modo a cirurgia pode prosseguir sem eventos adversos e o doente pode ser extubado sem incidentes.

DISCUSSÃO

Este caso clínico sugere a necessidade de uma avaliação pré-anestésica cuidada, para a abordagem anestésica dos doentes com Síndrome de Dubowitz. Um dos desafios encontrados na abordagem da via aérea pediátrica difícil é manter a oxigenação e a ventilação enquanto se assegura a via aérea. Delinear um plano anestésico para assegurar uma abordagem segura da via aérea permitir-nos-á antecipar possíveis dificuldades devido a anomalias craniofaciais e craniocervicais.