

P1 ID6

AVALIAÇÃO DO CONSUMO DE MEDICINAS ERVANÁRIAS E SUPLEMENTOS DIETÉTICOS NA POPULAÇÃO PORTUGUESA DURANTE A CONSULTA PRÉ-ANESTÉSICA

CASTRO, DIOGO (CHEDV); LEÃO, PEDRO (CHEDV); BORGES, SANDRA (CHEDV); GOMES, LINO (CHEDV); PACHECO, MARCOS (CHEDV)

INTRODUÇÃO E OBJECTIVO:

Nos últimos anos houve um aumento significativo no uso de suplementos dietéticos e ervanários na população portuguesa. Estes fármacos são considerados seguros e efectivos pela maioria dos doentes e, a maioria das vezes, nem são referidos ao anestesista como medicação habitual durante a avaliação pré-anestésica porque não os consideram como verdadeiros fármacos ou medicamentos. O nosso objectivo foi avaliar e determinar o consumo desta classe de fármacos na população de pacientes propostos para cirurgias electivas durante o período pré-operatório.

MATERIAL E MÉTODOS:

Foram realizados 467 questionários durante a consulta pré-anestésica. Avaliamos a incidência de consumo de produtos dietéticos e ervanários, dose diária usada e o tipo de fármaco usado pelos doentes.

RESULTADOS:

Dos 467 questionários realizados, em 24.19% dos casos referiram o consumo de medicamentos ervanários e suplementos dietéticos e, em 85.84% destes, foi referido o uso diário. É de realçar que em 41.59% dos doentes, o uso de mais do que um destes medicamentos por dia foi referido. O sexo feminino é responsável por 78.76% dos casos e em 60.18% com idades entre os 40 e 60 anos. Os fármacos mais utilizados foram camomila (21.23%), chá verde (15.93%), erva de São João/hipericão (15.04%), valeriana (15.04%), ginkgo biloba (13.27%), ginseng (13.27%), alho (8.85%) e hortelã-pimenta (7.96%).

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

Na nossa amostra, uma parte significativa da população proposta para cirurgia electiva utiliza produtos ervanários e suplementos dietéticos como rotina e não os consideram como medicamentos farmacologicamente activos mas sim como produtos naturais inócuos. Algumas destas ervas podem causar interações medicamentosas significativas com potencial instabilidade hemodinâmica, desordens da coagulação e hemostase e alterações do metabolismo dos anestésicos utilizados. Assim sendo, é importante para o Anestesista inquirir sobre o consumo destes produtos e estar familiarizado com estes produtos, de forma a prever potenciais complicações perioperatórias e a tratar problemas associados ao consumo de produtos ervanários e dietéticos.

P2 ID23

BLOQUEIO NEUROMUSCULAR RESIDUAL E EVENTOS RESPIRATÓRIOS CRÍTICOS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS.

PEREIRA, HELDER (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO); MORENO, CARLOS (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO); PINHO, CRISTIANA (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO); GUIMARÃES, LUÍS (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO); ABELHA, FERNANDO (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO)

INTRODUÇÃO E OBJECTIVO:

O bloqueio neuromuscular residual (BNMR) é uma importante complicação pós-operatória associada à utilização de fármacos relaxantes neuromusculares. O objetivo deste estudo foi determinar a incidência de BNMR numa unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA) e avaliar sua associação com eventos respiratórios críticos (ERC). O trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de São João.

MÉTODOS:

Estudo de coorte prospectivo realizado numa UCPA, durante um período de 6 semanas. 134 doentes adultos submetidos a anestesia geral para cirurgia electiva não-cardíaca e não-intracraniana foram admitidos para o estudo. A variável primária BNMR foi definida como um "train-of-four" (TOF) <0,9 e foi objetivamente quantificada através de aceleromiografia após a admissão na UCPA. Registaram-se os dados demográficos e perioperatórios, a duração do internamento na UCPA e no hospital e os ERC na UCPA. A emergência inadequada da anestesia foi classificada de acordo com a escala de agitação de Richmond e escala de sedação (RASS) 10 minutos após a admissão na UCPA. Foi efetuada a análise descritiva das variáveis e os testes de Mann-Whitney U, teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher foram utilizados para comparação entre variáveis.

RESULTADOS:

A incidência de BNMR na UCPA foi de 30% (intervalo de confiança de 95%, 22-38). Os doentes com BNMR eram mais velhos (mediana de idade 58 vs 52, $p = 0,027$), apresentaram uma temperatura mediana mais baixa na admissão (35,3 vs 35,6, $p = 0,013$) e tiveram mais frequentemente emergência hipoactiva pós-anestésica definida pelo RASS (40% versus 17%, $P = 0,004$). Os doentes com BNMR desenvolveram mais ERC (35% versus 7%, $P < 0,001$) nomeadamente hipoxemia leve-moderada (38% versus 2%, $P < 0,001$), incapacidade de respirar profundamente (10% versus 1%, $P = 0,013$) e fraqueza muscular (25% versus 4%, $P < 0,001$).

CONCLUSÃO:

O BNMR foi uma ocorrência comum no pós-operatório e esteve associado a uma incidência maior de ERC na UCPA.

P3 ID25

QUALIDADE DE VIDA EM DOENTES COM DISFUNÇÃO COGNITIVA APÓS CIRURGIA MAJOR

BORGES, JOANA (CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO, EPE); FONSECA MOREIRA, JOANA (CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO, EPE); MOREIRA, ADRIANO (CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO, EPE); ABELHA, FERNANDO (CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO, EPE)

INTRODUÇÃO:

A disfunção cognitiva pós-operatória (DCPO) representa um declínio da função cognitiva, relativamente ao período pré-operatório, que pode interferir com a qualidade de vida. Este trabalho teve como objetivo determinar a incidência de DCPO e avaliar a recuperação cognitiva e a qualidade de vida 3 meses após cirurgia.

METODOLOGIA:

Estudo observacional, prospectivo realizado em doentes com idade superior a 45 anos, admitidos na Unidade Pós-Anestésica, após cirurgia eletiva. A Comissão de Ética da instituição aprovou o estudo e o consentimento informado foi obtido, para cada doente, no período pré-operatório. Foram excluídos doentes incapazes de assinar consentimento informado e os submetidos a cirurgia cardíaca e a neurocirurgia. Quarenta e um doentes foram incluídos. A função cognitiva e a qualidade de vida foram avaliadas através dos testes *Montreal Cognitive Assessment* (MOCA) e *SF-36 Health Survey* (SF-36), respectivamente. As avaliações foram realizadas no pré-operatório (T0) e 3 meses após cirurgia (T3). Uma alteração de pelo menos 2 pontos na pontuação MOCA entre T0 e T3 foi considerada como disfunção cognitiva (DC). Os dados colhidos no período perioperatório foram submetidos a uma análise descritiva das variáveis e testes não paramétricos (*Wilcox signed rank test* e *Mann Whitney U test*) foram realizados para comparações.

RESULTADOS:

A incidência de DCPO 3 meses após cirurgia foi de 24% (n=10). Em T0 não surgiram diferenças para os valores do teste MOCA entre doentes com e sem DCPO. Em T3, as medianas das pontuações do teste MOCA foram inferiores em doentes com DCPO (20 vs 25, p=0,009). No pós-operatório e comparando com os valores pré-operatórios, os doentes com DCPO apresentaram piores resultados na mediana do teste MOCA (20 vs 25, p=0,001), enquanto doentes sem DCPO apresentaram melhores pontuações (25 vs 21, p<0,001). Ao comparar as medianas para cada um dos domínios do SF-36 não houve diferenças entre doentes com ou sem DCPO. Contudo, comparando cada um dos domínios do SF-36 (em T0 e T3), os doentes com DCPO apresentaram níveis semelhantes para cada um dos 8 domínios do teste, enquanto os doentes sem DCPO obtiveram melhores pontuações em 6 domínios: desempenho físico (50 vs 63, p=0,021), dor (62 vs 74, p=0,010), saúde em geral (57 vs 65, p=0,021), função social (75 vs 100,

p=0,035), desempenho emocional (67 vs 92, p<0,001) e saúde mental (52 vs 68, p<0,001).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

A incidência de DCPO 3 meses após cirurgia foi de 24% (n=10). Nos doentes sem DCPO ocorreu uma melhoria no desempenho cognitivo 3 meses após a cirurgia. Também obtiveram melhores pontuações em quase todos os domínios do SF-36, o que representa uma melhoria da qualidade de vida

REFERÊNCIAS: *Anesthesiology* 2008;108:18-30; *Anesthesiology* 2009;110 (3): 548-55; *Surgery* 2011; 151: 99-106.

P4 ID30

MÁ QUALIDADE DE RECOBRO ÀS 24 HORAS

PEREIRA, LUÍS (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO); CRUZ, SOFIA (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO); ABELHA, FERNANDO (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO)

INTRODUÇÃO:

O *score* de qualidade de recobro, *Quality of Recovery* 40 (QoR-40), é um questionário dirigido ao doente para avaliar o estado de saúde e grau de recuperação após anestesia e cirurgia.^{1,2} Foi demonstrado que o QoR-40 está relacionado com a qualidade de vida no pós-operatório.³ O objetivo deste estudo foi conhecer a incidência de Má Qualidade de Recobro (MQR) no nosso hospital, e identificar as dimensões mais afetadas.

MÉTODOS:

Estudo observacional prospectivo aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de S. João/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Foram incluídos doentes com mais de 18 anos submetidos a cirurgia eletiva não cardíaca e não neurológica, durante um período de 6 semanas. Excluíram-se os doentes com *Mini-Mental State* < 24 e incapazes de dar consentimento informado. Utilizou-se a versão portuguesa validada do QoR-40 às 24 horas pós-operatórias para avaliar o estado de saúde. Este questionário é composto por 40 questões agrupadas em 5 dimensões: Conforto Físico (CF), Estado Emocional (EE), Apoio Psicológico (AP), Independência Física (IF) e Dor (D) [1]. Definiu-se MQR para os doentes com *score* de QoR-40 inferior ao resultado da subtração de 2 desvios-padrão à média de *score* QoR-40 dos doentes que entraram no estudo. Utilizou-se análise descritiva e o teste Mann-Whitney U para realizar comparações entre os grupos. Estabeleceu-se um nível de significância para p < 0,05.

RESULTADOS:

O *score* QoR-40 foi registado em 114 doentes. A média de *score* QoR-40 foi 169,5 ± 27,0 e definiu-se MQR para *score* de QoR-40 inferior a 115,5. Registaram-se 11 casos de MQR (9,7%). As medianas do *score* de QoR-40 foram

inferiores nos doentes com MQR (107 vs 175, $p < 0,001$). Relativamente às dimensões do QoR-40, os doentes com MQR apresentaram pontuações inferiores nas dimensões EE (20 vs 39, $p < 0,001$), CF (25 vs 52, $p < 0,001$) e D (10 vs 30, $p < 0,001$). Nas restantes dimensões, IF e AP, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

A incidência de MQR foi relativamente baixa mas não deve ser desvalorizada. As dimensões mais afetadas nos doentes com MQR foram EE, CF e D. Deste modo, intervenções nestas dimensões poderão diminuir a MQR, e assim melhorar a qualidade de vida no pós-operatório dos doentes.

REFERÊNCIAS: 1. Br J Anaesth. 2000;84:11-5. | 2. Anesth Analg 2007;105:1693. | 3. Anesthesiology. 2001;95:862-7.

P5 ID34

CHOQUE ANAFILÁTICO INTRAOPERATORIO AO AZUL PATENTE

PEREIRA,SERRA, SOFIA (INSTITUTO PORTUGUÊS ONCOLOGIA DO PORTO FG, EPE); COUCEIRO, DIOGO (INSTITUTO PORTUGUÊS ONCOLOGIA DO PORTO FG, EPE); AGUIAR, JOAO PAULO (INSTITUTO PORTUGUÊS ONCOLOGIA DO PORTO FG, EPE)

INTRODUÇÃO:

A incidência de reacções alérgicas intraoperatorias varia 1/20000 a 1/6000; diferentes manifestações clínicas consoante a severidade e taxa de mortalidade 3-6%.^{1,2} O azul patente em 1,06% dos casos está associado a este tipo de reacções, mas só em 0,15-0,25% corresponde a choque anafilático.^{3,4} Apresentamos um caso clínico de choque anafilático após injeção subcutânea de azul patente para mapeamento linfático, salientando a importância do diagnóstico presuntivo e imediato e da actuação prática e segura do exercício da anesthesiologia.

CASO CLÍNICO:

Mulher, 34 anos, melanoma maligno grau IV *Clark*. ASA I, sem história de alergias. Submetida a biopsia de gânglio sentinela (linfocintigrafia-99m Tc) e excisão de cicatriz peitoral sob anestesia geral balanceada com monitorização ASA standard tipo II + BIS. Pre-medicação: bromazepam. Indução com midazolam, fentanil, propofol, rocuronio; entubação OT e ventilação com desflurano em O₂/ar. Administrado parecoxib e 1 ml de azul patente 2,5% subcutâneo, iniciada cirurgia. Aos 25 minutos choque súbito: hipotensão severa (<40% PAM), taquicardia, ↓ SatO₂ e EtCO₂, sem broncoespasmo ou reacção cutânea. Imediatamente fluidoterapia “agressiva” NaCl 0,9%, O₂ 100%, efedrina (30mg) e GSA (↓PaO₂ e PaCO₂ normal); face à pouca eficácia e suspeição de anafilaxia administrada adrenalina (0,5mg IM) e adicionalmente clemastina, hidrocortisona e ranitidina com resposta favorável. Realizada colheita de sangue para investigação laboratorial e monitorização

invasiva. Cirurgia prosseguiu sem administração de mais fármacos e com instalação posterior de angioedema ligeiro. No fim, após realização de videolaringoscopia e prova de desinsuflação do *cuff* do tubo OT, a doente foi acordada e extubada. Transferida para Serviço Cuidados Intensivos para vigilância, clinicamente bem. Evolução favorável, alta hospitar ao 3º dia. Testes laboratoriais: triptase serica positiva e IgE específica negativa para o látex; consulta de Alergologia: “teste positivo com azul patente e logo no teste por picada”.

DISCUSSÃO E SUMÁRIO:

A reacção anafilática é subita e dose independente; suspeição clínica é fundamental. Neste caso manifestou-se apenas compromisso circulatório e a não suspensão da cirurgia foi importante na eliminação do agente causal. A adrenalina é a terapêutica de eleição.

Dosear histamina, triptase e IGE específica látex até 30 minutos e às 4-8 semanas realizar testes de provocação a fármacos. Fundamental informar o doente e notificar ao Sistema Nacional de Farmacovigilância.

Das reacções adversas ao azul patente, não foram notificados casos fatais. Teste intradérmico com azul-de-metileno, pode suportar-se por necessidade futura.

REFERÊNCIAS: 1. Chem Immunol Allergy 2010;95:180-9 | 2. Allergic reactions during anesthesia at a large United States referral center. Anesth Analg 2011;113(5):1202-12 | 3. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2010;39(2):116-20 | 4. ANZ Journal of Surgery. doi: 10.1111/j.1445-2197.2012.06277.x.

P6 ID54

O QUE PREOCUPA O DOENTE ANESTESIADO

FERREIRA, TATIANA (CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU); DUQUE, MELANIE (CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU); OLIVEIRA, FÁTIMA (CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU); AREDE, MARIA JOSÉ (CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU); VICO, MANUEL (CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU); ASSUNÇÃO, JOSÉ PEDRO (CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU)

INTRODUÇÃO:

O grau de satisfação dos doentes pode ser um bom indicador de qualidade dos serviços de saúde. São vários os factores que influenciam o grau de satisfação dos doentes, tais como, o nível de ansiedade, náuseas, vômitos, dor no pós-operatório e até o esclarecimento dos doentes relativamente ao plano anestésico.¹

Este trabalho pretende determinar, não só o grau de satisfação dos doentes, mas também, os principais factores que contribuem para essa satisfação.

METODOLOGIA:

Realizámos 138 inquéritos a doentes maiores de 18 anos submetidos a cirurgia eletiva de Cirurgia geral, entre Novembro de 2010 e Janeiro de 2011. Os inquéritos foram realizados 12 a 36 horas depois do procedimento anestésico. Analisámos os

dados demográficos, e diversas variáveis relacionadas com o período peri-operatório. O teste estatístico usado foi o teste do Qui-quadrado.

RESULTADOS:

A idade média dos doentes foi 61,8 anos, 51,5% eram do sexo feminino, 61,8% receberam medicação pré-anestésica e em 25,4% a analgesia foi prescrita pelo anestesiológico. 84,1% foram avaliados no pré-operatório por um anestesiológico, 73,9% referiram ter visto esclarecidas as suas preocupações e a 45,7% foi explicado o tipo de anestesia que iria ser realizado. 16,7% referiram náuseas e vômitos, 43,5% negaram dor, 29% referiram dor ligeira, 20,2% dor moderada e 34,1% dor severa.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

Tal como vem descrito,¹ os nossos doentes apresentaram elevado grau de satisfação, 68,1% muito satisfeitos e 31,2% satisfeitos. Não se encontrou relação entre o grau de satisfação e o uso de medicação pré-anestésica ($p=0,352$). Observámos ainda que o facto de a analgesia ter sido prescrita pelo anestesiológico não teve relação com o grau de satisfação ($p=0,769$), bem como o tipo de anestesia realizado ($p=0,91$). Tal como seria expectável, as náuseas e vômitos ($p=0,025$) e a dor ($p=0,000$) estão relacionadas com a satisfação. Outro dado importante foi a relação encontrada entre o grau de satisfação e o esclarecimento do doente ($p=0,000$).

Investigações de *follow-up* são um bom método de avaliar a prática anestésica e a satisfação dos doentes. Concluímos que não é o tipo de anestesia que influencia o grau de satisfação dos doentes, mas outros factores como a dor pós-operatória, náuseas e vômitos, e a comunicação entre anestesiológico e doente.

REFERÊNCIAS 1. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2006 Jun;20(2):331-46

P7 ID59

MÁSCARA LARÍNGEA REFORÇADA VERSUS TUBO OROTRAQUEAL EM AMIGDALECTOMIA + ADENOIDECTOMIA (AVA) EM IDADE PEDIÁTRICA. AVALIAÇÃO DO "OUTCOME" PERI-OPERATÓRIO.

LEÃO, PEDRO (CENTRO HOSPITALAR ENTRE DOURO E VOUGA); CASTRO, DIOGO (CENTRO HOSPITALAR ENTRE DOURO E VOUGA); GOMES, LINO (CENTRO HOSPITALAR ENTRE DOURO E VOUGA); FONTE, ANA (CENTRO HOSPITALAR ENTRE DOURO E VOUGA); PACHECO, MARCOS (CENTRO HOSPITALAR ENTRE DOURO E VOUGA); SOARES, JOSÉ CARLOS (CENTRO HOSPITALAR ENTRE DOURO E VOUGA)

INTRODUÇÃO:

Cirurgia de AVA é um dos procedimentos cirúrgicos mais frequentemente realizados em idade pediátrica. Um dos principais objetivos da anestesia durante este tipo de procedimento é assegurar e proteger a via aérea. O tubo oro-

traqueal (TOT) tem sido tradicionalmente considerado o melhor dispositivo da via aérea durante as AVAs. Apesar de a máscara laríngea reforçada (LMA-R) ter vindo a ser cada vez mais utilizada, ainda continua a ser discutível se a LMA-R é segura e conveniente. A preocupação com a aspiração de sangue e secreções e uma eventual pior visualização do campo cirúrgico têm limitado difundir o uso da LMA-R.

O objetivo deste estudo foi avaliar a adequação da LMA-R para AVAs em idade pediátrica, e comparar a incidência de complicações peri-operatórias com o seu uso vs TOT.

METODOLOGIA:

Foram estudados 517 doentes, dos 2 aos 12 anos de idade, ASA I-II, submetidos a AVA eletiva. Critérios de exclusão incluíram IMC > 35, deformidades craniofaciais e infeções respiratórias superiores ativas. Anestesia foi administrada de acordo com um protocolo standarizado. Todas as cirurgias foram realizadas com a mesma técnica cirúrgica.

Os dados foram analisados pelo software estatístico SPSS, versão 16.0. A incidência de eventos peri-operatórios foi comparada com o teste χ^2 ou com o teste exato de Fisher, quando apropriado. Um valor de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

RESULTADOS:

	Grupo LMA-R (n = 307)	Grupo TOT (n = 210)
Idade (anos)	6,22 ± 2,27	5,83 ± 2,04
Sexo (M/F)	157 (51,1%) / 150 (48,9%)	116 (55,2%) / 94 (44,8%)
Peso (Kg)	25,2 ± 9,54	24,1 ± 7,86
Estado físico ASA (I/II)	230 (74,9%) / 77 (25,1%)	149 (71%) / 61 (29%)
Conversão LMA-R --> TOT	5 (1,63%)	

Dados demográficos

	Grupo LMA-R (n = 307)	Grupo TOT (n = 210)	Valor P
Laringospasmo	1 (0,33%)	6 (2,86%)	0,014
Complicações respiratórias no recobro	13 (4,23%)	11 (5,24%)	0,963
Instabilidade hemodinâmica	25 (8,14%)	38 (18,1%)	0,001
Campo cirúrgico adequado	292 (95,1%)	186 (86,6%)	0,022

Eventos peri-operatórios

O tempo total anestésico (em minutos) foi semelhante entre os 2 grupos (37,62 ± 11,21 no grupo LMA-R vs 38,86 ± 12,90 no grupo TOT). Das situações em que houve necessidade de conversão da LMA-R para TOT (n=5), 4 foram por "kinking" após introdução do "abre-bocas" e 1 por rutura do cuff.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

Neste estudo, o uso da LMA-R esteve associado a uma

menor incidência de complicações peri-operatórias, a um número reduzido de conversões para TOT e, na opinião dos cirurgiões, a um campo cirúrgico adequado.

Perante estes resultados, podemos concluir que o uso da LMA-R em AVAs em idade pediátrica é uma alternativa adequada e segura quando comparada com o TOT.

REFERÊNCIAS: 1. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2011;137(1):42-46
2. *Anesth Analg* 2004;98:327-9 | 3. *Eur J Anaesthesiol* 2010 Nov;27(11): 941-6

P8 ID60

IMPACTO DA DISFUNÇÃO COGNITIVA PÓS-OPERATÓRIA NAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

FONSECA MOREIRA, JOANA (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO); BORGES, JOANA (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO); MOREIRA, ADRIANO (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO); ABELHA, FERNANDO (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO)

INTRODUÇÃO:

A disfunção cognitiva pós-operatória (DCPO) pode ser descrita como um declínio da função cognitiva, podendo afectar vários domínios da cognição, com um impacto óbvio na qualidade de vida. O objetivo deste estudo foi avaliar a incidência de DCPO em doentes admitidos numa unidade de cuidados pós anestésicos (UCPA) 3 meses após a cirurgia e a sua influência nas atividades da vida diária.

METODOLOGIA:

Estudo observacional, prospetivo, aprovado pela Comissão de Ética da Instituição, realizado em doentes com idade superior a 45 anos, admitidos na UCPA (de Junho a Julho de 2012) após cirurgia eletiva. Doentes incapazes de dar consentimento informado ou submetidos a neurocirurgia ou cirurgia cardiotorácica foram excluídos. Foram incluídos 41 doentes. A função cognitiva foi avaliada através do questionário *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) e foi avaliada a dependência nas atividades da vida diária instrumentais (I-AVD) com a escala Lawton Instrumental Activities of Daily Life e nas atividades da vida diária pessoais (P-AVD) com o *Katz Index of Independence in Activities of Daily Living*. Estas avaliações foram realizadas no pré-operatório (T0) e 3 meses após a cirurgia (T3). Um declínio de pelo menos 2 pontos no teste MoCA entre T0 e T3 foi considerado clinicamente significativo e classificado como declínio cognitivo pós-operatório (DCPO). Foi utilizada a análise descritiva das variáveis para a sua apresentação e foram usados testes não paramétrico nas comparações.

RESULTADOS:

A incidência de DCPO 3 meses após a cirurgia foi de 24,4% (n=10). Antes da cirurgia (T0) não foram encontradas diferenças significativas nas pontuações do teste MoCA entre doentes com e sem DCPO. Em T3 os doentes com DCPO tinham

scores medianos de MoCA inferiores (20 vs. 25, p=0.009). Nos doentes com DCPO e comparando T0 com T3 ocorreu maior dependência nas AVD-I (10% vs. 50%, p=0.037 comparando T0 e T3; nestes doentes não ocorreram diferenças nas AVD-P comparando os dois momentos. Nos doentes sem DCPO, não houve diferenças nas dependências entre T0 e T3 quer para as AVD-P quer para as AVD-I.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

Neste estudo a incidência de DCPO foi de 24,4%. Três meses após a cirurgia, os doentes com DCPO tiveram uma maior dependência nas I-AVD.

REFERÊNCIAS: Br J Anaesth 2009; 103 (Suppl. 1): i41-i46. *Anesthesiology* 2007; 106:572-90.

P9 ID62

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA NO CHUC-HG: DE ACORDO COM A REALIDADE EUROPEIA?

SILVA, CARLA (CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA – HOSPITAL GERAL); RAIMUNDO, ANA (CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA – HOSPITAL GERAL); BORGES, RITA (CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA – HOSPITAL GERAL); INÁCIO, RAQUEL INÁCIO (CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA – HOSPITAL GERAL); GONÇALVES, JOANA (CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA – HOSPITAL GERAL); TAVARES, EDITH (CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA – HOSPITAL GERAL)

INTRODUÇÃO E OBJECTIVO:

A avaliação pré-anestésica é uma importante preocupação do Anestesiologista, permitindo evitar complicações peri-operatórias e possibilitando a implementação de estratégias de redução do risco. Ao longo dos últimos anos, as principais associações internacionais de anesthesiologistas têm elaborado guidelines para avaliação pré-operatória para cirurgia não-cardíaca. Um estudo europeu recentemente publicado,¹ pretendeu perceber qual o grau de adesão às guidelines, como é a avaliação pré-anestésica conduzida, de fato, e qual a variação entre os países europeus. Dado não se conhecerem dados acerca da participação portuguesa neste estudo, foi desenvolvido na nossa instituição hospitalar um estudo com os mesmos objetivos do estudo previamente citado, de forma a podermos fazer uma comparação com os resultados obtidos no mesmo.

MATERIAL E MÉTODOS:

O mesmo questionário utilizado no referido estudo europeu foi traduzido para língua portuguesa e aplicado aos anesthesiologistas e internos de anesthesiologia da nossa instituição, que responderam de forma anónima.

RESULTADOS:

Dos 36 questionários enviados, obtiveram-se 29 respostas (80% de participação). 97% dos inquiridos referem que a responsabilidade final na avaliação pré-operatória é do anesthesiologista, que deve ser levada a cabo pelo anes-

tesilogista e/ou interno de anestesiologia. 86% referem utilizar um questionário standard, maioritariamente questionário eletrónico disponível na “intranet” da nossa instituição. A maioria defende que os exames pré-operatórios deveriam ser realizados apenas em doentes selecionados, com base nas co-morbilidades, idade ou tipo de cirurgia. Os critérios mais referidos para justificar pedido de ECG foram: “História de doença cardiovascular” e “Achados anormais na história clínica ou exame objetivo”. Um número significativo defende, no entanto, que análises laboratoriais e ECG deveriam ser pedidos indiscriminadamente (28 e 24%, respetivamente). 69% apoiariam uma estratégia de minimização de exames pré-operatórios. A maior preocupação com a eliminação de exames pré-operatórios seria a “Segurança do doente” (79%). A avaliação pré-operatória é orientada por guidelines publicadas para 65% dos inquiridos.

DISCUSSÃO

Numa era na qual se almeja a melhor e mais segura prática clínica, aliada a preocupações legais e financeiras, a realização de “rotinas pré-operatórias” é ainda prática comum. Denota-se uma tendência para dirigir o seu uso, com base em fatores próprios do doente ou da cirurgia em si, tal como denota este estudo. Na nossa instituição hospitalar a adesão às guidelines publicadas é satisfatória. Os nossos resultados estão, de forma genérica, de acordo com os obtidos no estudo europeu previamente publicado.

REFERÊNCIAS: 1 Eur J Anaesthesiol 2012; 29: 465-470

P10 ID66

PATIENT CONTROLLED ANALGESIA: O QUE PENSAM OS NOSSOS DOENTES?

TORRES, JOANA (UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, E.P.E. - HOSPITAL PEDRO HISPANO); MACHADO, DIOGO (UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, E.P.E. - HOSPITAL PEDRO HISPANO); SOUSA, NEUZA (UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, E.P.E. - HOSPITAL PEDRO HISPANO); FERNANDES, RAQUEL (UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, E.P.E. - HOSPITAL PEDRO HISPANO); NOGUEIRA, ANA SOFIA (UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, E.P.E. - HOSPITAL PEDRO HISPANO)

INTRODUÇÃO

Patient Controlled Analgesia (PCA) é um método seguro e eficaz na abordagem da dor aguda pós-operatória.^{1,2}

A satisfação dos doentes constitui um importante indicador da qualidade de prestação dos cuidados de saúde.

Pretende-se avaliar a opinião e grau de compreensão dos doentes com PCA no pós-operatório.

METODOLOGIA

Foi elaborado um questionário³ com o intuito de avaliar: o grau de satisfação, a expectativa de dor no pós-operatório, a realização de pedidos, o grau de compreensão e quando foi explicada a técnica.

O questionário foi aplicado no primeiro dia pós-opera-

tório, a todos os doentes ASA I-III, submetidos a cirurgia geral, ginecológica e ortopédica programada, sob PCA com morfina endovenosa, entre janeiro e março de 2012. Foi realizada uma análise casuística dos resultados.

A taxa de resposta ao questionário foi de 100% (n=28). A maioria dos doentes tinha obtido informação sobre PCA na visita / consulta pré-anestésica (42,9%) ou na unidade de cuidados pós-anestésicos (35,7%). Apenas uma pequena percentagem referiu não ter tido acesso / não se lembrar da informação (10,7%), ou de ter sido informado na Enfermaria (10,7%).

A generalidade dos inquiridos (85,7%) referiu ter ficado esclarecido quanto à técnica e respetiva finalidade / funcionamento. A maioria dos doentes (75%) afirmou ter tido controlo adequado da dor.

Quando questionados sobre o motivo da não realização de pedidos, metade dos doentes referiu ausência de dor (50%). Outras razões apontadas foram: o desconhecimento da finalidade da PCA (n=3), o receio de sobredosagem (n=3), a tentativa de tolerar a dor (n=2) e o medo dos efeitos laterais da morfina (n=6). Contudo, quando questionados sobre esses efeitos, 83,3% não sabia especificar.

Em 53,6% dos doentes a intensidade da dor foi menor do que o esperado. Em relação à satisfação, 35,7% consideraram a técnica muito boa, 60,7% boa e apenas 3,6% razoável.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A opinião dos doentes com PCA no pós-operatório foi, na generalidade, bastante positiva. A maioria referiu satisfação e bom controlo analgésico. No entanto, em alguns casos, a técnica só foi explicada após a visita / consulta pré-anestésica. Destaca-se a importância do esclarecimento de dúvidas, uma vez que metade dos inquiridos revelou o desconhecimento e o medo, como razões para a não realização de pedidos.

PCA é uma técnica analgésica que transmite ao doente a sensação de controlo da sua dor, exigindo um esclarecimento prévio do seu funcionamento e finalidade.

REFERÊNCIAS 1. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; (4):CD003348

2. Br J Anaesth 2001; 87:36-46 | 3. Anaesthesia 1998; 53:216-21

P11 ID73

INFLUÊNCIA DAS NÁUSEAS E VÔMITOS PÓS-OPERATÓRIOS NA QUALIDADE DE RECUPERAÇÃO APÓS A ANESTESIA

PINHO, CRISTIANA (CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO); MORENO, CARLOS (CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO); PEREIRA, HÉLDER (CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO); SOUSA, GABRIELA (CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO); ABELHA, FERNANDO (CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO)

INTRODUÇÃO E OBJECTIVO:

As Náuseas e Vômitos Pós-Operatórios (NVPO) são uma das complicações mais comuns no período pós-operatório.¹ O *Quality of Recovery score* (QoR-40) é um questionário de 40 itens, específico para avaliar o estado de saúde dos doentes no período pós-operatório imediato.² O objetivo deste trabalho foi determinar a influência de NVPO na Qualidade de recuperação (QoR) dos doentes, 24 horas após a anestesia.

MÉTODOS:

Estudo observacional prospetivo aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição. O consentimento informado foi obtido a todos os doentes. O estudo foi realizado numa Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos durante um período de 6 semanas (junho a julho de 2012). Foram incluídos 221 doentes adultos de nacionalidade portuguesa, submetidos a cirurgia eletiva ortopédica, urológica, ginecológica, plástica, vascular ou cirurgia geral. Registaram-se os dados demográficos e as variáveis perioperatórias. O QoR-40 foi utilizado no período pré-operatório (T0) e às 24 horas após a anestesia (T1). As NVPO foram avaliadas através da escala simplificada da intensidade das NVPO em T1. Foi utilizada a análise descritiva das variáveis e testes não paramétricos foram utilizados para comparações.

RESULTADOS

As NVPO ocorreram em 45 doentes (20%). Os doentes com NVPO apresentaram um valor de mediana (M) de QoR-40 em T1 inferior aos doentes que não tiveram NVPO (M: 156 vs. 174, $p=0,002$). Quando analisadas as dimensões individuais do QoR-40, os doentes com NVPO apresentaram piores resultados em alguns domínios nomeadamente no do conforto físico (M: 43 vs 53, $p<0,001$) e no da independência física (M: 17 vs 25, $p<0,001$) quando comparados com os doentes que não tiveram NVPO. Nos doentes com NVPO, quando se compararam as medianas do QoR-40 global e de cada uma das dimensões do QoR-40 nos momentos T0 e T1, verificou-se que em T1 houve pior QoR global (M: 178 vs 156, $p<0,001$), pior conforto físico (M: 54 vs 43, $p=0,002$) e pior independência física (M: 25 vs 17, $p<0,001$). Para o estado emocional ($p=0,318$), suporte psicológico ($p=0,082$) e dor os resultados foram similares.

CONCLUSÃO:

As NVPO estão associadas a uma pior qualidade de recuperação dos doentes, às 24 horas após a anestesia,

afetando particularmente os domínios do QoR-40 como o conforto físico e independência física.

REFERÊNCIAS: 1. Wengritzky R, Mettho T, Myles P. *et al.* Br J Anaesth. 2010;104:158-166. | 2. Myles P, Hunt J, Fletcher H. *et al.* Anesthesiology. 2001;95:862-7.

P12 ID87

ACESSOS VENOSOS CENTRAIS - A ESCOLHA FAZ DIFERENÇA?

Ferreira, Paulo Roberto (CHUC-HG); Oliveira, Elsa (CHUC-HUC); Carreira, Cláudia (CHUC-HUC); Fernandes, António (CHUC-HUC); Carreira, Manuel (CHUC-CCT); Cuervo, Manuel (CHUC-CCT)

INTRODUÇÃO E OBJECTIVO:

Os catéteres centrais introduzidos periféricamente (CV-CIP) evitam as complicações associadas à punção de veias centrais, sendo equiparáveis para medição da PVC.^{1,2}

Apesar de seguros, o mau posicionamento, migração do catéter, trombose venosa, infecção e danos no catéter com retenção de resíduos são complicações da introdução e manutenção dos CV-CIP.^{3,4}

A incidência publicada de mau posicionamento dos CV-CIP e catéteres centrais (CVC [subclávio, jugular, femural]) é variável e algumas abordagens parecem menos vantajosas.⁵ A introdução ecoguiada de CVC subclávio parece diminuir a taxa de insucesso e a incidência de catéteres mal posicionados na radiografia torácica (RxT).⁶

A escolha do local de punção não parece interferir na incidência de complicações.⁷

MATERIAIS E MÉTODOS:

Estudamos 102 acessos centrais consecutivos em doentes para cirurgia cardio-torácica. A técnica e local da punção foram decididos por critério clínico. A patência da via foi testada e registada e a posição foi confirmada por RxT. Análise em SPSS 20® (Chi-Quadrado, *T-Test*).

DISCUSSÃO E RESULTADOS:

Registamos 68 homens e 34 mulheres de idade 63,7 ±17,8 e IMC 26,1±3,8. História de hipertensão arterial 75%, dislipidemia 57,8% e diabetes mellitus 21,6%.

Não houve registo de eventos adversos relacionados com o catéter até à alta hospitalar.

CVCIP=76 (74,5%) (v.basílica=50, v.mediana cubital=16 e v.cefálica=10), 11,8% no membro superior direito. CVC= 26 (jugular interna direita=24, femural=1, jugular interna esquerda=1). Punção difícil em 22% dos casos (maior dificuldade CV-CIP direito (26%), $p=0,054$), progressão do catéter difícil em 17,6% sem relação com a veia escolhida ($p=0,078$).

CVCIP: 2 retirados por obstrução, 3 utilizados apenas para perfusão, 12 curva de PVC amortizada e 59 adequa-

dos. Não houve relação com a veia periférica escolhida (v.cefálica teve pior resultado $p=0,053$). Todos os CVC permitiram infusão e curva de PVC adequada.

A ponta do catéter estava mal posicionada em 31 doentes: v.subclávia ipsilateral=14, v. periférica=8, v. jugular ipsilateral=5, v. cava inferior=4. Não há relação com a veia puncionada. A falha no teste da patência da via indica mau posicionamento ($p=0,37$), porém 25% dos catéteres patentes mostraram-se mal posicionados.

O anestesiológista parece ter influência ($p=0,025$).

A idade, sexo, altura ou peso não se correlacionaram com o posicionamento, nem o comprimento introduzido do CV-CIP exceto nos extremos de altura.

CONCLUSÃO:

O posicionamento de um catéter central não parece ser afectada pela escolha de CVCIP ou CVC nem do lado ou veia escolhida. A taxa de mau posicionamento é alta $\approx 30\%$ o que justifica a verificação imagiológica da posição de todos os acessos venosos centrais.

BIBLIOGRAFIA: 1 – Br. J. Anaesth. 1973;45(12):1211-14. | 2 – Vasc Endovascular Surg. 2012;46(2):187-89. | 3 – Clin Radiology. 2009;64(8):832-40. | 4 – Ann Vasc Surg. 2010;24(8):1133. | 5 – A Anaesth Scandinavica. 1976;20(3):237-47. | 6 – Critical Care Medicine. 2009;37(4):1217-21. | 7 – J Vasc Access. 2012; 13(1):91-5.

P13 ID93

AUDITORIA À PRÁTICA PROFILÁTICA E INCIDÊNCIA DE NAÚSEAS E VÔMITOS PÓS-OPERATÓRIOS (NVPO)

CARMEZIM MOTA, ÂNGELA (CENTRO HOSPITALAR DO PORTO); SARAIVA, ALEXANDRA (CENTRO HOSPITALAR DO PORTO); DUARTE, SÓNIA (CENTRO HOSPITALAR DO PORTO); PEREIRA, FILIPA (CENTRO HOSPITALAR DO PORTO); ARAÚJO, MARTA (CENTRO HOSPITALAR DO PORTO); AMADEU, EDUARDA (CENTRO HOSPITALAR DO PORTO)

INTRODUÇÃO:

As NVPO são uma das principais queixas dos doentes do pós-operatório. Este trabalho teve como objetivo registar a prática farmacológica para profilaxia de NVPO em cirurgia programada e avaliar a sua eficácia.

METODOLOGIA:

Incluídos todos os doentes submetidos a cirurgia programada das especialidades de Cirurgia Geral, Urologia e Cirurgia Vasculare entre 3 e 21 de Dezembro de 2012. Excluídos se alta <24 horas(h), pós-operatório no Serviço Cuidados Intensivos/Intermédios ou impossível acesso aos registos. Tendo como modelos o *Score Apfel*¹ Simplificado e as recomendações para cirurgia de ambulatório² (Tabela 1), a profilaxia instituída foi dividida em adequada, a mais ou a menos; avaliação da ocorrência de NVPO na Unidade Cuidados Pós-Anestésicos e às 24h (registos anestésicos e entrevista). Resultados apresentados em percentagem.

Aplicação teste qui quadrado com $p < 0,05$ para significância

Fator de Risco	Pontuação	Grau Risco	Profilaxia
Sexo Feminino	1	0 FR / 10 %	Nenhuma
Não Tabagismo	1	1 FR / 10%-20%	
História Prévia NYPO/citose	1	2 FR / 30%-40%	1 ou 2 fármacos
Opióides pós-operatórios	1	3 FR / 50%-60%	2 ou 3 fármacos
Total	4	4 FR / 70%-80%	
Fármacos: dexametasona 4-5 mg ev indução anestésica; droperidol 0,625 - 1,25 mg ev final da cirurgia; ondansetron 4 mg ev final da cirurgia			

Tabela 1 - Profilaxia de NVPO segundo as recomendações para cirurgia de ambulatório

RESULTADOS:

Avaliados 255 doentes (excluídos 68, incluídos 187). Com 0-1 fator risco (FR) 34%, 2 FR 45%, 3-4 FR 21%. A profilaxia foi adequada em 53% dos doentes, a mais em 16% e a menos em 31%. Incidência total de NVPO - 22% (24% no grupo de doentes que fez profilaxia adequada e 20% no grupo de profilaxia inadequada ($p=0.35012$)). Neste último grupo 13% realizaram profilaxia a mais e 24% a menos. Resultados da incidência de NVPO por fator de risco na tabela.² A incidência de NVPO por FR nos doentes com profilaxia adequada foi menor ou igual em todos os grupos em relação ao previsto no *Score Apfel* simplificado (1,2). No grupo que fez profilaxia inadequada, esta foi a menos principalmente no grupo de 2 FR, com 71% de NVPO; e foi a mais essencialmente no grupo com 1 FR (4 doentes, todos com NVPO). Incidência menor com anestesia loco-regional (ALR) vs anestesia geral (AG) (13% vs 27%) ($p < 0.001$).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

A profilaxia foi adequada, segundo as recomendações para cirurgia de ambulatório, em cerca de metade dos doentes. Apesar da profilaxia adequada, nos grupos de FR 1 e 2 não houve redução da incidência de NVPO comparando com a prevista pelo score de Apfel, alertando para a importância de outros fatores de risco não previstos neste score e que estas recomendações poderão ser insuficientes para a profilaxia de NVPO em cirurgia em regime de internamento. A incidência de NVPO foi menor com ALR vs AG, corroborando a ALR como melhor opção em doentes de risco de NVPO.^{1,2} Estes resultados salientam a importância da adoção de estratégias para redução do risco basal.

REFERÊNCIAS: 1. Revista da SPA 2011; 20(2):10-21 | 2. *Anesthesiology* 2007;105(6):1615-1628 | 3. Br J Anaesth 2012;109(5):742-53

P14 ID94

COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS EM DOENTES COM DELIRIUM PÓS-OPERATÓRIO NUMA UNIDADE PÓS-ANESTÉSICA

MOREIRA, ADRIANO (CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO); ANTUNES, MARIA (CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO); NORTON, MARIA (CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO); MOREIRA, JOANA (CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO); ABELHA, FERNANDO (CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO)

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

O delirium pós-operatório (DPO) é o distúrbio mental agudo mais comum do período pós-operatório. As complicações respiratórias são uma das principais causas de morbidade e de mortalidade no período pós-operatório. O objetivo deste estudo foi determinar a incidência de eventos críticos respiratórios entre os doentes que desenvolveram DPO.

METODOLOGIA:

Foi realizado um estudo observacional prospetivo, aprovado pelo Comité de Ética da Instituição e foi obtido o consentimento informado. O estudo foi realizado na unidade pós-anestésica (UPA) durante um período de 6 semanas. Os critérios de inclusão foram os seguintes: doentes adultos que falavam a língua Portuguesa submetidos a cirurgia eletiva não-cardíaca, não obstétrica e não neurológicas admitidos na UPA. Foram estudados um total de 221 doentes. Foram recolhidos dados demográficos e variáveis peri-operatórias. Os eventos respiratórios agudos (ERA) foram definidos como obstrução das vias aéreas superiores, hipóxia (moderada ou severa), paragem respiratória, incapacidade de respirar profundamente, fraqueza dos músculos respiratórios, reintubação e aspiração pulmonar após extubação traqueal. Os dados foram tratados em SPSS versão 20.0 e foram usados os testes U de Mann-Whitney, o teste exato de Fisher e o teste de X². Cada um dos doentes incluídos no estudo foi avaliado na UPA e no primeiro dia pós-operatório para diagnóstico de DPO usando a escala de Nursing Delirium Screening Scale (NUDESC).

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

A incidência de DPO na UPA foi de 11.3% (95% intervalo de confiança 7.1-15.5). Ocorreram ERA pós-operatórios em 37 pacientes (17%). Na totalidade, os ERA foram mais frequentes nos doentes com DPO (32% versus 15%, p=0.030), hipoxemia moderada (24% versus 10%, p=0.033) e fraqueza dos músculos respiratórios (24% versus 10%, p=0.033).

CONCLUSÃO

Este estudo sugere que DPO é comum na UPA e que se encontra associado a eventos críticos respiratórios.

P15 ID95

P-POSSUM - PREDITOR DE MORTALIDADE E MORBILIDADE EM CISTECTOMIAS RADICAIS?

CALIXTO, LUÍSA (CENTRO HOSPITALAR DO PORTO - SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA); AREIAS, ÁGATA (CENTRO HOSPITALAR DO PORTO - SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA); AMADEU, EDUARDA (CENTRO HOSPITALAR DO PORTO - SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA)

INTRODUÇÃO:

A predição do risco pré-operatório pode ser um dado útil na tomada da decisão cirúrgica. O P-POSSUM (*Portsmouth POSSUM – Physiological and Operative Severity Score for the enUmeration of Mortality and morbidity*) é um sistema baseado em variáveis fisiológicas e cirúrgicas, validado para cirurgia geral, que estima a mortalidade e morbidade de cada doente aos 30 dias após a cirurgia.¹ Em grandes séries de doentes submetidos a cistectomia radical estão descritas taxas de 2,5 e 28%, respetivamente.² Pretendeu-se avaliar a aplicabilidade deste sistema em doentes submetidos a cistectomia radical num hospital central.

METODOLOGIA:

Foi realizada uma análise retrospectiva, através da consulta dos registos electrónicos, dos parâmetros fisiológicos, cirúrgicos, morbidade e mortalidade aos 30 dias de todos os doentes submetidos a cistectomia radical eletiva num hospital central, durante um ano. Foi aplicado o sistema P-POSSUM e calculadas as razões observada/prevista para morbidade e mortalidade aos 30 dias.

RESULTADOS:

Foram incluídos 28 doentes, com idade média de 70 anos, 78.6% do sexo masculino. Ocorreram 2 mortes (7.1%) e 14 doentes (50%) tiveram pelo menos uma complicação no pós-operatório. As complicações mais frequentes foram hemorragia, deiscência de anastomoses e infeção da ferida cirúrgica. A mortalidade prevista pela aplicação do sistema P-POSSUM foi de 9.2% e a morbidade média prevista foi de 71.4%. As razões observada/prevista para a mortalidade e a morbidade foram, respetivamente, 0.77 e 0.70.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

Na amostra populacional estudada, o sistema P-POSSUM revelou-se um excelente preditor da morbidade e da mortalidade associada a cistectomias radicais. Embora pareça sobrestimar os seus valores, estes resultados coincidem com os apresentados em estudos recentemente publicados. As complicações pós-cirúrgicas mais frequentes estão de acordo com o descrito na literatura até à data. Assim, o sistema P-POSSUM poderá ser um instrumento útil na predição de risco cirúrgico durante a avaliação individual de doentes propostos para cistectomia radical.

Referências: 1. *British Journal of Surgery* 1998, 85, 1217-1220 | 2. *J Clin Oncol* 2001; 19: 666.

P16 ID103

DOR VISCERAL INTENSA ASSOCIADA A DESNERVAÇÃO SIMPÁTICA RENAL SELETIVA: UM DESAFIO

OLIVEIRA, RICARDO (CENTRO HOSPITALAR DO PORTO); SARAIVA, ALEXANDRA (CENTRO HOSPITALAR DO PORTO); CAVALEIRO, CARLA (CENTRO HOSPITALAR DO PORTO)

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS:

A desnervação simpática renal seletiva (DSRS) é um procedimento endovascular minimamente invasivo, seguro, recentemente desenvolvido para o tratamento da hipertensão resistente (HR). Até 6 ablações por radiofrequência (RF), com 2 minutos cada são aplicadas em ambas as artérias renais, estando associadas a dor abdominal visceral difusa, muito intensa.^{1,2} Não foi encontrada literatura sobre o manuseamento anestésico deste procedimento. O nosso objetivo é descrever a experiência do nosso departamento na DSRS e sugerir uma abordagem anestésica (AA) adequada para o procedimento.

METODOLOGIA:

Foram colhidos, retrospectivamente, os dados dos doentes com HR submetidos a DSRS na nossa instituição até novembro de 2012. Variáveis analisadas: dados demográficos, co-morbilidades, estado físico da *American Society of Anesthesiology* (ASA-EF), abordagem anestésica e complicações peri-procedimento. Foi também realizada uma revisão bibliográfica na PubMed sobre DSRS e outros procedimentos endovasculares para identificar uma AA apropriada e eficiente para DSRS.

RESULTADOS:

16 doentes (9 homens/7 mulheres), idade $59,7 \pm 10$ anos. ASA-EF II 25%, III 75%. 14 doentes foram submetidos a cuidados anestésicos monitorizados (MAC): 6 com perfusão remifentanil (0.05 a 0.15 $\mu\text{g}/\text{Kg}/\text{min}$ com bólus até 1 $\mu\text{g}/\text{Kg}$ durante as ablações), 8 com bólus de propofol (até 150mg) associado a bólus de fentanil (até 150 μg) e midazolam (1 a 2 mg). 1 doente foi sujeito a anestesia geral balanceada e 1 doente a bloqueio subaracnoideu. O procedimento anestésico durou 75 ± 16 minutos. O procedimento foi considerado bem sucedido em todos os doentes. Não foram observadas complicações.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

Os 2 principais estudos publicados sobre DSRS (Simplicity trials) referem o uso de opiáceos e sedativos intravenosos para o tratamento da dor associada às ablações. Os fármacos usados e respetivas doses não são descritos. As várias AA usadas na nossa instituição refletem a ausência de literatura anestésica sobre a DSRS. A AA mais adequada depende das características dos doentes e do tipo de dor associada (intensa, aguda e intermitente) e deve assegurar o máximo conforto do doente, segurança e sucesso técnico do procedimento. Pela nossa análise, a literatura revista

e a experiência adquirida noutros procedimentos com dor semelhante consideramos que o remifentanil, pelas suas propriedades farmacológicas únicas, é adequado para o AA da DSRS. Remifentanil nas doses de 0.05 a 0.15 $\mu\text{g}/\text{Kg}/\text{min}$ com bólus até 1 $\mu\text{g}/\text{Kg}$ durante as ablações parece apropriado. São necessários mais estudos para melhor avaliação.

REFERÊNCIAS: 1. The Lancet 2009; 373: 1275-1281 | 2 The Lancet 2010; 376: 1903-1909

P17 ID104

ANÁLISE DE CUSTO-EFECTIVIDADE DA TERAPÊUTICA ANALGÉSICA DA DOR PÓS-OPERATÓRIA NA ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA EM PORTUGAL

GORDO, ANA (LABORATORIOS PFIZER); CARMONA, CRISTINA (HOSPITAL PROF. DR FERNANDO DA FONSECA)

INTRODUÇÃO:

Uma analgesia inadequada na terapêutica da dor pós-operatória pode induzir custos hospitalares e ter impacto na qualidade de vida dos doentes.¹ Este estudo de avaliação económica tem como objetivo estimar os custos e benefícios (efetividade) associados à terapêutica multimodal que inclui a comparação entre morfina e parecoxib ou morfina e cetorolac, no tratamento da dor pós-operatória da artroplastia total da anca em Portugal.

METODOLOGIA:

A análise de custo-efetividade foi desenvolvida através de um modelo de decisão bayesiano² que permite estimar custos e benefícios (efetividade) durante o período pós-operatório. Os comparadores em analgesia multimodal foram morfina e parecoxib (40mg dia) versus morfina e cetorolac (30mg 8/8h), durante 3 dias. A efetividade das terapêuticas em comparação foi medida por um indicador composto: percentagem de doentes com resposta ao tratamento sem ocorrência de efeitos adversos e com excelente na resposta ao *patient's global evaluation survey*, cujos valores foram recolhidos na literatura médica internacional. A utilização de recursos relacionada com a medicação analgésica, medicação de resgate e tratamento de efeitos adversos após alta hospitalar foi estimada recorrendo a um painel de três especialistas, representativos da prática clínica nacional. Para os doentes em que os efeitos adversos exigem tratamento hospitalar foi assumido o custo de um dia de internamento. No modelo foram também incluídos os custos da medicação, consultas, urgências, internamento hospitalar e análises bioquímicas. Os custos unitários foram extraídos de fontes oficiais portuguesas. Em termos estatísticos foi realizada uma análise de sensibilidade univariada e probabilística utilizando simulações de Monte Carlo.

RESULTADOS:

O modelo de decisão bayesiano permite estimar que 41% dos doentes tratados com parecoxib respondem ao tratamento sem ocorrência de efeitos adversos e com excelente na resposta ao patient's global evaluation survey versus 24% dos doentes tratados com cetorolac, ou seja, uma diferença absoluta de 17%. Estima-se que o custo direto médio por doente tratado com parecoxib e cetorolac seja, respetivamente, de 4 379.30 € e 4 433.09 €. Assim, estima-se que por cada doente tratado com parecoxib seja possível poupar 53.79 € face aos custos médios de tratamento com cetorolac. Em termos estatísticos a análise de sensibilidade univariada e probabilística confirmou a robustez dos resultados.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

A utilização de parecoxib como alternativa ao cetorolac proporciona uma abordagem eficiente por reduzir os custos e aumentar a resposta ao tratamento sem ocorrência de efeitos adversos e com excelente na resposta ao *patient's global evaluation survey*.

REFERÊNCIAS: 1. *Anesth Analg*. 2002 Jan;94(1):130-7. | 2. *JSPOR 16th Annual International Meeting*

P18 ID106**IMPACTO DA TÉCNICA ANESTÉSICA NO DESENVOLVIMENTO DE NEFROPATIA DE CONTRASTE (NC) EM DOENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA ENDOVASCULAR**

PEREIRA, LUCIANO (HUC-CHUC, EPE); FIGUEIREDO, JOSÉ (HIDP); MOURÃO, JOANA (CHS)

INTRODUÇÃO E OBJECTIVOS:

A NC é uma causa comum de Insuficiência Renal Aguda em doentes propostos para Cirurgia Endovascular. Apesar do crescente número de doentes submetidos a este tipo de cirurgia, existe uma escassez de estudos nesta área. O objectivo do estudo é avaliar a existência de uma relação entre o tipo de anestesia e o desenvolvimento de NC.

METODOLOGIA:

Foram revistos os processos clínicos dos doentes submetidos a cirurgia endovascular com administração de contraste no centro Hospitalar S. João entre 1 de Janeiro de 2010 e 31 de Dezembro de 2011. Critérios de inclusão incluíam um valor de creatinina pelo menos na semana anterior à cirurgia e 48-72 horas após, o que resultou numa amostra de 72 doentes. NC foi definida como um aumento no valor da creatinina plasmática $\geq 25\%$ ou ≥ 5 mg/dL dentro de 24 a 72 horas após a cirurgia em relação ao valor pré-operatório(1). Os dados são apresentados como média e desvio padrão e analisados recorrendo a Q-quadrado e ANOVA.

RESULTADOS:

Dos 72 doentes, 7 (9.7%) foram submetidos a Anestesia Geral (AG), 31 (43.1%) a Anestesia Loco-Regional (ALR) e 34 (47.2%) a Anestesia Local (AL). Os grupos eram semelhantes em factores de risco para o desenvolvimento de NC(2) (3): Idade (>75 anos), Hipotensão (TAS<80 mmHg), Diabetes Mellitus, Creatinina Plasmática (>1.5 mg/dL), Insuficiência Cardíaca Congestiva (Classe III/IV da NYHA) e Anemia ($p=0.80$). A incidência de NC foi de 12.9%, ($n=9$), 3 doentes em cada grupo (Incidência: AG 42.9%, ALR: 9.7%, AL 8.8%, $p=0.038$) A estadia hospitalar média em doentes sem NC foi de 28.6 ± 25.3 e em doentes com NC 31.3 ± 24.63 dias ($p=0.71$). Os nossos resultados mostram que há uma diferença estatisticamente significativa na incidência de NC entre os três tipos de anestesia estudados.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

A Anestesia influencia o desenvolvimento de NC, sendo um predictor maior na AG que na ALR e AL. Com base neste estudo o Anestesiologista deve estar consciente deste risco na escolha da Técnica Anestésica. No entanto, estes resultados devem ser confirmados com estudos prospectivos randomizados.

REFERÊNCIAS: 1. *Can J Assoc Radiol* 2007; 58(2):79-87 | 2. *Nephrol Renovasc Dis*. 2011; 4:85-99 | 3. *Catheter Cardiovasc Interv* 2007 69(1):135-40

P19 ID132**CIRURGIA RECONSTRUTIVA DE CABEÇA/ PESCOÇO-UM ANO DE REVISÃO**

CARVALHO, ANA FILIPA (CHVNG/E-EPE); CARRAPATOSO, INÉS (CHVNG/E-EPE); QUEVEDO, SUSANA (CHVNG/E-EPE); CADETE, MARIA JOÃO (CHVNG/E-EPE)

INTRODUÇÃO:

O avanço da microcirurgia permitiu o condensar de múltiplas etapas da cirurgia reconstrutiva num único tempo operatório, tornando-o no entanto num procedimento demorado e de grande complexidade técnica. O correto entendimento das alterações fisiológicas decorrentes das diferentes etapas da transferência de um retalho livre orienta a conduta anestésica de um procedimento em que o risco de hipoperfusão e falência do retalho representa a principal preocupação.¹

METODOLOGIA:

Estudo retrospectivo de 36 doentes consecutivos submetidos a cirurgia reconstrutiva da cabeça e pescoço por neoplasia durante o ano de 2012 (Janeiro a Dezembro). Foram recolhidos dados referentes a idade, sexo, ASA, patologia associada, duração do procedimento anestésico, via aérea, estabilidade hemodinâmica, necessidade de suporte transfusional e complicações através da consulta de processo clínico.

RESULTADOS:

Dos 36 doentes, 23 eram do sexo masculino (64%), com idade média de 48,9±17,4 anos com classificação ASA I-III. A patologia associada mais frequente foi hipertensão arterial (25%), seguida do tabagismo (22%) e DPOC (11%). A técnica anestésica foi anestesia geral intravenosa com perfusão de remifentanil e propofol, sendo o relaxante administrado em bólus ou perfusão. A duração média do procedimento anestésico foi de 10:59 horas (6:54h-14:06h). Em 14 doentes (39%) foi necessária intubação por fibroscopia por via aérea previsivelmente difícil. Foi necessário suporte vasopressor em 4 procedimentos (11%) e transfusão intra-operatória de GR em 24 (67%). Dos 36 doentes foram reintervencionados 2 doentes por falência do retalho (6%) perfazendo o total de 38 procedimentos. Registou-se uma morte no pós-operatório por choque séptico com ponto de partida respiratório (1%).

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO:

O manuseio anestésico tem início na avaliação pré-operatória e otimização da condição basal do doente. A idade avançada deixa de ter peso 2 na escolha do procedimento cirúrgico acarretando no entanto um doente com mais patologia associada, frequentemente descompensada. A via aérea apresenta-se previsivelmente difícil numa percentagem elevada de doentes associada à localização da lesão, bem como da existência de fibrose associada a RT/QT prévia ou cirurgias anteriores. Os 2 principais objetivos intra-operatórios são a circulação hiperdinâmica (hemodiluição normo ou hipervolémica, com hematócrito alvo de 30%) e a normotermia 3. No pós-operatório de referir especial cuidado para analgesia e vigilância de trombose de retalho.

REFERÊNCIAS: 1. BJ Anaesthesia 2003; CEPD Reviews ,Volume 3 Number 2: 33-37 | 2,3 . Microsurgery 2009, 29:161-167

P20 ID155**A QUALIDADE EM ANESTESIOLOGIA E A MONITORIZAÇÃO DE RESULTADOS CLÍNICOS INDESEJADOS. A PERSPETIVA DE UM PAINEL DE ANESTESISTAS**

MARQUES, ACÍLIO (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA, HUC-CHUC); MARQUES, CARLA (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA, HUC-CHUC); CONCEIÇÃO, LUÍS (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA, HUC-CHUC); CHIEIRA, DIANA (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA, HUC-CHUC); MOINHO, NUNO (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA, HUC-CHUC)

INTRODUÇÃO:

A Promoção Qualitativa nos Serviços de Anestesiologia exige a definição dos resultados clínicos a monitorizar. A mortalidade e a morbilidade grave atribuíveis à Anestesia foram, e continuam a ser, indicadores fundamentais na avaliação dos resultados. No entanto, atualmente, dada a baixa incidência, aqueles índices são considerados de pouca sensibilidade e especificidade para a dita finalidade.

O objetivo deste estudo foi, recorrendo a um painel de Anestesiologistas, determinar para a anestesia programada os resultados clínicos indesejáveis mais temíveis e frequentes.

MÉTODO:

Elaborámos uma lista de possíveis complicações pós-anestésicas a partir de pesquisa em MEDLINE incluindo os últimos 10 anos e com palavras-chave: "anesthetic outcome complications". De uma lista inicial de mais de 150 resultados focalizamos resultados indesejados de morbilidade pouco grave mas com possibilidade de ocorrerem em anestesia programada. Obtivemos uma lista com 42 possíveis complicações pós-anestésicas que em forma de inquérito anónimo foi avaliada por um painel de anestesistas. Pedia-se para avaliar a importância (0-sem importância a 6-extrema importância) e a frequência (0-nunca a 6-sempre). À lista adicionámos a mortalidade como aferidor da fidedignidade das respostas: os inquéritos cujas respostas não a considerassem de extrema importância seriam eliminados.

RESULTADOS:

De 67 inquéritos distribuídos obtivemos 42 adequadamente respondidos. A distribuição frequência versus importância evidencia uma disposição heterogénea dos itens em estudo mas evidenciam-se: a dor, a náusea e vômito e a ansiedade perioperatória.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

A monitorização dos resultados anestésicos deve ser uma prioridade em contínuo aperfeiçoamento. A definição dos melhores indicadores é uma problemática atual e futura. O nosso estudo evidencia as dificuldades em encontrar respostas, mas encontrou indicadores que consideramos clinicamente importantes: a dor, a náusea e ansiedade são sintomas frequentes no perioperatório e com valorização pelos doentes. Consideramos, portanto, um resultado adequado e feliz porque desde logo denota preocupações humanas no relacionamento com os doentes e assim sendo outras possíveis complicações estarão certamente acauteladas.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA: Anesthesiology 2009; 110:1158-75

P21 ID167**ANESTESIA EM DOENTES COM CITOPATIA MITOCONDRIAL: 6 ANOS DE CASUÍSTICA**

MOREIRA, ADRIANO (CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO); SILVA, ACÁCIO (CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO); NEVES, INÉS (INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO); SANTOS, PATRÍCIA (CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO)

INTRODUÇÃO

As citopatias mitocondriais (CM) constituem um conjunto raro de distúrbios congénitos caracterizados por disfunção multiorgânica progressiva por inadequada produção e conversão da adenosina trifosfato na mitocondria.¹ Estes doentes apresentam risco de descompensação metabólica quando submetidos a procedimentos anestésico-cirúrgicos. O objetivo deste estudo foi rever a casuística relati-

vamente à abordagem anestésica e complicações neste grupo de doentes.

MATERIAL E MÉTODOS:

Estudo retrospectivo efetuado na nossa instituição e aprovado pelo comité de ética com avaliação dos doentes com CM submetidos a procedimentos cirúrgicos entre 01/01/2006 e 30/11/2012. Análise de informação obtida via PICIS®, SAM®, IEG® e processo clínico individual do doente com recolha dos dados: género, idade, classificação ASA, tipo de cirurgia, tipo de anestesia e complicações no per-operatório.

RESULTADOS:

Amostra de 39 doentes com o diagnóstico de CM. Sexo F : M (51%/49%). Idades entre os 2 meses e os 55 anos, sendo que 26 doentes (67%) tinham menos de 18 anos. De acordo com o estado ASA, 59% eram ASAIII e os restantes ASA II. Foram realizados 73 procedimentos, sendo que 20 doentes (51%) foram submetidos a mais do que uma intervenção. A especialidade cirúrgica dominante foi a Pediatria Cirúrgica (29/40%), seguida por Oftalmologia (12/16%), Ortopedia (6/8%); Otorrinolaringologia (6/8%) e Cirurgia Cardíaca (6/8%). A anestesia geral inalatória (45/62%) e a anestesia geral balanceada (10/14%) foram as técnicas mais usadas seguidas pela anestesia local (8/11%) e a sedação (4/5%). Não se registaram complicações.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Esta revisão sugere que nos casos apresentados o uso de anestésico intravenoso ou inalatório não influenciou o outcome, não obstante algumas referências na literatura à associação entre hipertermia maligna e agentes inalatórios e propofol e síndrome de infusão.² Não se verificaram casos de descompensação metabólica. Contudo, a limitação deste estudo, é a falta de dados em relação ao tempo de jejum e uso de fluidos com glicose préoperatórios nos doentes adultos.

REFERÊNCIAS: 1. Anesthesiology 2006; 105:819-37. | 2. BJA 2008; 100:436-41.

P22 ID176

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA - ESTAREMOS A SOBREENXAMINAR?

VEIGA, MARIANO (HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL); NUNES, SARA (HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL); ZENHA, SERGIO (HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL); TRANQUADA, RAQUEL (HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL); SEIFERT, ISABEL (HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL)

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS:

A avaliação pré-anestésica é um importante ato médico que envolve, além da história clínica e exame objetivo, a requisição de exames complementares de diagnóstico (ECD). Estes são de grande importância, sendo que as suas indicações encontram-se bem definidas pelas *guidelines* do

National Institute for Clinical Excellence (NICE).¹

Nunca pondo em causa a segurança podemos reduzir o número de exames desnecessários e os custos inerentes.

Este trabalho tem por objetivo avaliar a nossa atuação nesta área.

METODOLOGIA:

Foram recolhidas informações de ECDs feitos no pré-operatório de 145 doentes submetidos a cirurgia eletiva, de 15 a 23 de Janeiro de 2013, com recurso a folha de registo de dados, preenchida diariamente pelo anestesista da sala. As variáveis estudadas foram idade, sexo, classificação ASA, grau de cirurgia e ECDs requisitados nos últimos 12 meses (radiografia de tórax, ECG, hemograma, ureia e creatinina).

Foi utilizado o Excel® Microsoft para registo dos dados e elaboração dos gráficos e SPSS e Chi square test para sua análise.

RESULTADOS:

Dos 145 doentes analisados, foram excluídos 22 (3 por infeção ativa, 19 por insuficiência de dados).

Dos 123 doentes incluídos apenas 19% tinham ECDs adequados. Os restantes não tinham ECDs de acordo com protocolo: 69% tinham ECDs em excesso, 6% tinham ECDs em falta e 6% tinham ECDs em excesso e outros em falta.

O exame mais requisitado em excesso foi a radiografia de tórax (72% do total), seguida das provas de função renal, hemograma e ECG ($p > .05$).

O pedido de ECDs em excesso verificou-se ser superior em doentes ASA1, em 82% dos casos, seguidos dos doentes ASA2 em 73% dos casos e ASA3 em 48% dos casos ($p < .05$).

Em relação ao grau de cirurgia, verificou-se que os doentes submetidos a cirurgia de grau 2 foram os que realizaram mais ECDs em excesso (90% dos doentes) ($p < .05$).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

Os exames de avaliação pré-operatória devem ser adaptados ao doente e ao tipo de cirurgia. Estes apresentam grande sensibilidade mas pouca especificidade, sendo raras as alterações que nos levam a alterar a conduta anestésica.^{2,3}

Dado o caráter invasivo de alguns ECDs, o seu pedido em excesso, para além de não ter utilidade, pode resultar em dano para o doente (infeção, ansiedade, adiamento da cirurgia, e terapêuticas desnecessárias).

Neste estudo constatou-se que o pedido em excesso de exames ocorreu maioritariamente em doentes ASA 2 submetidos a cirurgia grau 4 ($p > .05$).

No contexto socioeconómico atual é importante relembrar que o pedido de exames em excesso é altamente dispendioso e pode ser evitado. Esse excesso importou ao hospital durante o período analisado 1283,8€. É urgente a modificação da nossa prática, analisando cada caso e ponderando o risco/benefício do pedido de ECDs.

P23 ID186

CIRURGIA BARIÁTRICA: PERI-OPERATÓRIO

SÁ, ANA CAROLINA (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, EPE); VALDOLAIROS, INÉS (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, EPE); REIS, PEDRO (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, EPE); MIDÕES, ANA CRISTINA (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, EPE); ABELHA, FERNANDO (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, EPE); SANTOS, ALICE (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, EPE)

INTRODUÇÃO

A incidência crescente de obesidade mórbida (OM) condicionou um aumento dos procedimentos cirúrgicos bariátricos (CB). A CB associa-se a co-morbilidade significativa e importantes complicações peri-operatórias. O objetivo do estudo foi descrever a abordagem anestésica e as características dos doentes submetidos a CB no nosso hospital e avaliar a ocorrência de complicações peri-operatórias.

METODOLOGIA

Estudo observacional prospetivo de doentes submetidos a CB entre outubro e dezembro de 2012. Avaliou-se risco de síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) pelo inquérito STOP-Bang e foram recolhidos dados demográficos, intra-operatórios (IO) e da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA). Excluíram-se doentes incapazes de dar consentimento informado e com antecedentes de asma brônquica ou doença pulmonar crónica. Foi apresentada a análise descritiva das variáveis.

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%). A consulta pré-anestésica tinha decorrido há mais de 12 meses em 28% e não tinha sido realizada em 18%. Quinze doentes apresentaram *Mallampati*≥3, após laringoscopia apenas 6 tinham *Cormack-Lehane*≥3. As co-morbilidades mais frequentes foram endócrina (49%), cardiovascular (40%) e psiquiátrica (35%). O SAOS tinha sido diagnosticado previamente em 20%, mas 75% dos doentes apresentou *score STOP-Bang*≥3. O relaxamento neuromuscular (RM) foi monitorizado em 18% e o índice bi-espectral em 5%. Em 74% foi efetuada indução de sequência rápida (succinilcolina em 90%). Optou-se por ventilação controlada por pressão em 74%, com pressão tele-expiratória positiva em 41%. Todos os doentes foram intervencionados sob anestesia geral com halogenados, sendo o mais usado o desflurano (61%). Registaram-se 17 complicações respiratórias IO (26%) e 2 doentes foram admitidos na UCPA ventilados. Na admissão na UCPA verificou-se uma média de 3±3 na escala visual analógica (EVA) de dor e de 2±3 na EVA de náuseas-vómitos. Constatou-se bloqueio neuromuscular residual (BNMR) em 42%. As principais complicações pós-operatórias foram: respiratórias (69%), glicemia>200mg/dl (25%) e hipertensão arterial (14%). As complicações respiratórias pós-operatórias foram hipóxia leve a moderada

(31%), hipoxia grave (11%), polipneia (26%), bradipneia (25%) e fraqueza dos músculos respiratórios (35%).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

A anestesia geral em doentes com OM pode implicar alterações capazes de promover a ocorrência de complicações peri-operatórias na CB. A incidência de BNMR foi elevada e a maioria dos doentes teve complicações respiratórias.

REFERÊNCIAS: *BestPractice & ResearchClinicalAnaesthesiology* 2011; 25:83-93 | *Can J Anesth* 2012; 59:974-996

P24 ID28

CIRURGIA DO AMBULATÓRIO: SEIS MESES DE ATIVIDADE NUM CENTRO ONCOLÓGICO

NOGUEIRA, MAFALDA (INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA FRANCISCO GENTIL); MARCELINO, MARGARIDA (INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA FRANCISCO GENTIL); BENTO, FILIPA (INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA FRANCISCO GENTIL)

INTRODUÇÃO

A anestesia em ambulatório tem vindo a tornar-se num componente significativo da atividade do anestesiológico.¹ O perfil de segurança da anestesia moderna em ambulatório é impressionante, sendo a morbilidade major extremamente rara.² No entanto, as complicações minor são relativamente comuns (hemorragia, dor e náuseas ou vômitos pós-operatórios) com consequentes atrasos na alta ou necessidade de reinternamento.

Na nossa Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA), após a alta, os doentes recebem pelo menos um telefonema às 24h e novamente mais tarde se necessário, para acompanhar eventuais complicações. Existe ainda uma linha telefónica disponível 24 horas.

O objetivo do nosso estudo foi descrever a atividade desenvolvida na nossa UCA por um período de 6 meses.

METODOLOGIA

Foram recolhidos dados de todos os doentes submetidos a cirurgia na nossa UCA no primeiro semestre de 2012.

Os parâmetros analisados foram: idade, sexo, grupo etário, classificação ASA, tipo de anestesia, especialidade cirúrgica e complicações.

RESULTADOS

Foi analisado um total de 422 processos; 68,72% dos doentes eram mulheres. A maioria tinha idade compreendida entre os 18 e 60 anos (59,72%) e foi classificada como ASA II (76,07%).

Foi realizada anestesia geral em 361 doentes, anestesia local com cuidados anestésicos de monitorização em 32, técnicas de sedo-analgésia em 22 e anestesia locoregional em 7 doentes.

As especialidades cirúrgicas foram cirurgia geral (43,36%), cirurgia da cabeça e pescoço (34,35%), cirurgia plástica (17,07%) e ginecologia (5,21%).

Um total de 13 doentes teve de permanecer internado após a cirurgia por complicações cirúrgicas ou dor não controlada. Vinte e nove doentes recorreram à linha telefónica, a maioria dos quais por queixas hemorrágicas (41,38%), 10,34% referiram dor, 10,34% devido a náuseas e vômitos e 37,94% por outras causas. Nove doentes tiveram de ser observados no hospital mas nenhum ficou internado.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Os nossos resultados evidenciaram que complicações minor, cirúrgicas ou anestésicas, podem comprometer o re-

gime de ambulatório.

A disponibilização de uma linha de 24h para doentes em ambulatório fornece uma ligação importante entre estes e a instituição, favorecendo a confiança dos doentes nos cuidados prestados.

REFERÊNCIAS: 1. Anesth Analg 1999;88:508-17 | 2. Anesth Analg 2005;101:1643-50

P25 ID85

CEFALEIAS PÓS-PUNÇÃO DA DURAMÁTER EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO – A NOSSA REALIDADE

MARQUES, JOANA (CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL, EPE); ALMEIDA, GONÇALO (CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL, EPE); DIAS, SANDRA (CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL, EPE); PIRES, RAFAEL (CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL, EPE)

INTRODUÇÃO:

Em 1898 a incidência de cefaleias pós-punção da duramáter (CPPD) era de 66%. Em 1956, foram introduzidas agulhas de calibre menor diminuindo a incidência de CPPD para cerca de 11%.¹ Actualmente, com as agulhas disponíveis espera-se uma incidência bastante inferior.

O presente estudo tem como objectivo determinar a incidência de CPPD em cirurgia de ambulatório, grupos de risco e relação com o tipo de agulha utilizada.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo retrospectivo, em que foram analisados 233 doentes submetidos a cirurgia sob bloqueio subaracnoideu (BSA) em regime de ambulatório, entre Novembro de 2011 e Novembro de 2012. A incidência de CPPD foi verificada através de contacto telefónico às 24 horas de pós-operatório.

RESULTADOS:

Dos 233 doentes submetidos a BSA, a incidência de cefaleias no pós-operatório foi de 9,4% (22 doentes). No entanto, apenas 16 doentes apresentaram cefaleias com características típicas de CPPD (incidência de 6,9%).

A incidência de CPPD em homens e mulheres foi de 3,8% e 13,3%, respectivamente ($p=0,007$).

Nos doentes com idade inferior a 40 anos verificou-se CPPD em 13,5% e nos com idade superior a 40 anos em 3,8% ($p=0,006$).

Três doentes necessitaram de internamento por persistência das queixas, com melhoria apenas com tratamento conservador.

DISCUSSÃO:

A avaliação do doente no período pós-operatório é primordial para que haja reconhecimento de complicações e caracterização das mesmas. Um dos factores limitativos deste

estudo é a colheita de dados ter sido realizada num único tempo, às 24 horas de pós-operatório, pelo que a incidência real de cefaleias poderá ser maior que a referida.

No pós-operatório as CPPD foram mais frequentes no sexo feminino e em idades inferiores a 40 anos, o que se encontra de acordo com os estudos existentes.

Na maioria dos casos as CPPD têm um curso auto limitado, necessitando apenas de tratamento conservador (mais de 85% das cefaleias têm resolução completa em 6 semanas).³ Na nossa Unidade de Cirurgia de Ambulatório os doentes com CPPD foram tratados com repouso, reforço hídrico, ingestão de bebidas ricas em cafeína e tratamento sintomático com analgésicos, com resolução das queixas álgicas em todos os doentes.

CONCLUSÃO:

Na cirurgia de ambulatório, as CPPD são uma causa importante de morbidade no pós-operatório. A existência de CPPD pode atrasar o restabelecimento das actividades da vida diária do doente ou levar ao seu internamento. É importante reconhecer grupos em risco de CPPD para ponderar o risco/benefício do BSA, bem como, actuarem factores modificáveis.

REFERÊNCIAS: 1. *British Journal of Anaesthesia* 2003; 91: 718 – 29 2. *TidsskrNorLegeforen* 2012; 132: 818 – 21 | 3. *International Journal of General Medicine* 2012; 5: 45 – 51

P26 ID96

INCIDÊNCIA DE NVPO NA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO DO HOSPITAL DE GUIMARÃES APÓS O INÍCIO DA APLICAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES DA SPA

MARIA, LÚCIA (CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE - GUIMARÃES); DIAS, JOANA (CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE - GUIMARÃES); TINOCO, JOAQUIM (CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE - GUIMARÃES); MARINHO, ANA (CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE - GUIMARÃES); FONSECA, CRISTIANA (CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE - GUIMARÃES); CORREIA, CARLOS (CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE - GUIMARÃES)

TÍTULO:

Incidência de NVPO na Unidade de Cirurgia de Ambulatório do Hospital de Guimarães após o início da aplicação das recomendações da SPA

INTRODUÇÃO:

As Náuseas e Vômitos Pós-Operatórios (NVPO) constituem uma das principais complicações em cirurgia de ambulatório, aumentando custos e reduzindo a satisfação dos doentes.^{1,2} Procurámos apurar a incidência de NVPO na Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) do CHAA-Guimarães após o início da aplicação das recomendações da SPA para prevenção e tratamento das mesmas.

METODOLOGIA:

Foi efetuada uma análise retrospectiva de 266 doentes

adultos, ASA 1 e 2, submetidos a cirurgia de ambulatório durante o 2º semestre de 2011, sob anestesia geral balanceada. As especialidades cirúrgicas incluídas foram Cirurgia Geral, Ginecologia, Urologia e Ortopedia. A profilaxia de NVPO foi efetuada de acordo com as recomendações da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia de Maio/2011. A incidência de NVPO foi apurada através da realização de entrevistas telefónicas às 24 horas após a cirurgia.

RESULTADOS:

Verificou-se uma incidência total de 4,1% de NVPO até às 24 horas de pós-operatório. Destes doentes, 81% tiveram NVPO classificadas como ligeiras, e os restantes 19% tiveram NVPO moderadas. Não houve registo de doentes com NVPO consideradas graves. Verificou-se uma maior incidência de NVPO em doentes do sexo feminino (66,7%), e naqueles da especialidade de Cirurgia Geral (77,8%), seguindo-se Ortopedia e Ginecologia (ambas com 11,1%).

DISCUSSÃO / CONCLUSÕES:

A incidência de NVPO em doentes submetidos a cirurgia de ambulatório, embora menor do que em cirurgias programadas, pode atingir os 50%, atrasando o retorno dos doentes à sua atividade diária normal.³ É de referir ainda a grande incidência de NVPO após a alta, sendo este um problema pouco reportado, dado que até cerca de 36% dos doentes com NVPO em cirurgia de ambulatório não manifesta náuseas e/ou vômitos durante a estadia hospitalar.³

Na nossa unidade, após a implementação das recomendações da SPA, estas incidências foram inferiores à maior parte da literatura, salientando a importância de protocolos e algoritmos de atuação organizados e aplicáveis a todos os doentes.

REFERÊNCIAS: 1. Paulo LEMOS *et al.* Poderemos encontrar fatores preditivos de vômitos no pós-operatório. *Acta Med Port* 2008; 21(4):335-340 | 2. Gan T *et al.* *Society for ambulatory anesthesia guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. Anesthesia & Analgesia* 2007; 105(6):1617-1628 | 3. Le Tina *et al.* *Update on the management of Postoperative Nausea and Vomiting and Postdischarge Nausea and Vomiting in Ambulatory Surgery. Anesthesiology Clin* 2010; 28: 225-249

P27 ID128

O IMPACTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO NA SATISFAÇÃO GLOBAL DO DOENTE

CHIEIRA, DIANA (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA, HUC-CHUC); CONCEIÇÃO, LUÍS (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA, HUC-CHUC); BELA, MARIA DE LURDES (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA, HUC-CHUC)

INTRODUÇÃO:

A atividade médica nas Unidades de Cirurgia de Ambulatório (UCA) está atualmente em franca expansão. São múltiplas as vantagens que lhe são atribuídas. Com o início das atividades desta Unidade em Junho de 2012, pretendemos avaliar o impacto desta modalidade cirúrgica na

satisfação global dos doentes ainda pouco familiarizados com este conceito.

OBJECTIVOS:

Avaliar a satisfação do doente de ambulatório em relação aos seguintes parâmetros: instalações físicas da Unidade; informações prestadas; cordialidade dos profissionais de saúde; morbidade pós-operatória; satisfação global do serviço prestado.

MÉTODOS:

De um total de 1476 doentes operados durante os 6 primeiros meses de actividade da UCA, foram enviados para a Unidade pelos utentes, via postal, 298 inquéritos de satisfação. Esses inquéritos eram constituídos por 13 itens que englobavam 4 índices de qualidade: instalações físicas da Unidade; esclarecimentos prestados; cordialidade dos profissionais de saúde; morbidade pós-operatória. Durante este período de tempo escolheram-se aleatoriamente 162 inquéritos respondidos via telefone às 24h após a intervenção cirúrgica. Nestes inquéritos avaliava-se a morbidade pós-operatória através da intensidade do grau de dor, existência de náuseas/vómitos e se a medicação analgésica fornecida foi suficiente ou não. Realizou-se um estudo estatístico descritivo dos dados colhidos.

RESULTADOS:

De 298 inquéritos analisados, 36,9% e 40,2% consideraram os vestiários e o conforto das instalações com condições muito boas, respectivamente; 46,3% consideram que as condições de limpeza eram excelentes; 36,9% e 35,9% consideraram a privacidade visual e nível de ruído como muito bons. 48,6%, 38,2% e 44,9% consideraram excelentes as informações prestadas em relação a funcionamento da UCA, doença e seu tratamento, respectivamente. Mais de 50% dos doentes consideraram excelente a cordialidade dos profissionais de saúde. Relativamente à morbidade pós-cirúrgica e aquando do preenchimento do inquérito, 61,7% ainda não tinham retomado a sua actividade habitual, 6,7% referiram ter tido algum tipo de complicação cirúrgica. Em 91,2% o tratamento foi de encontro às suas expectativas e 95,9% voltariam a ser operados em ambulatório. 98,7% recomendariam a cirurgia de ambulatório nesta Unidade a amigos/familiares. Em relação aos inquéritos telefónicos, 23,4% tiveram dor no pós-operatório, 1,2% referiram náuseas/vómitos e 17% mencionaram que a medicação analgésica fornecida não foi suficiente.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

A avaliação do grau de satisfação do doente é um instrumento valioso que permite inferir sobre a qualidade do serviço prestado e eventuais fatores a melhorar. Globalmente, a satisfação do doente foi bastante positiva. No entanto, será necessário tratar mais eficazmente a dor do pós-operatório, sendo este um dos principais fatores de morbidade e de qualidade.

P28 ID150

CIRURGIA DE ORL EM AMBULATÓRIO NO ADULTO: A EXPERIÊNCIA DE UM ANO

PEREIRA, MAURO (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA/HOSPITAL DE BRAGA); CARNEIRO, SARA (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA/HOSPITAL DE BRAGA); NEVES, SÉRGIO (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA/HOSPITAL DE BRAGA); CALDAS, SANDRA (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA/HOSPITAL DE BRAGA); GOMES, CRISTINA (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA/HOSPITAL DE BRAGA); VIEIRA, VICENTE (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA/HOSPITAL DE BRAGA)

INTRODUÇÃO:

A cirurgia de otorrinolaringologia (ORL) em regime de ambulatório tem vindo a aumentar mundialmente, de acordo com as evidências de menor taxa de complicações, maior satisfação por parte dos doentes e menores custos.¹ Este trabalho revê todos os doentes adultos admitidos para cirurgia de ORL em regime de ambulatório no ano de 2012, no Hospital de Braga.

METODOLOGIA:

Estudo retrospectivo que incluiu todos os doentes com mais de 18 anos submetidos a procedimentos cirúrgicos em regime de ambulatório da especialidade de ORL. As comorbidades, tipo de procedimento, tempos de cirurgia e do circuito de ambulatório, readmissões e complicações associadas foram registadas. Os autores usaram como fonte de informação as bases de dados dos programas *Glantt*[®] e *Anesthesia Manager*[®] PICIS[®].

RESULTADOS:

No ano 2012 foram realizadas 560 cirurgias de ORL em regime de ambulatório, 26,1% (n=146) das quais em adultos. A idade média dos doentes foi de 30,3 anos e 74,7% foram classificados como ASA I. Os procedimentos cirúrgicos mais comuns foram a amigdalectomia (33%) e a microlaringoscopia em suspensão (33%). A anestesia geral balanceada foi a técnica anestésica mais utilizada (64,4%). As intervenções cirúrgicas nas amígdalas e nas adenoides, estiveram associadas a um maior tempo de permanência no circuito de ambulatório, com uma média de 19 horas. Foram registadas 4 complicações (5,8%) pós-operatórias precoces (<72 horas), todas após amigdalectomia: 3 devidas a hemorragia pós-operatória com necessidade de readmissão hospitalar (1 das quais com re-intervenção cirúrgica) e 1 devida a *trismus*.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

Os resultados apresentados mostram que a cirurgia de ORL em regime de ambulatório é uma estratégia segura neste hospital. Esta opção deve ser permanentemente considerada o que poderá permitir um planeamento mais eficaz e eficiente do Bloco Operatório.

REFERÊNCIAS: 1. Ann R Coll Surg Engl. 2009 March; 91(2): 147-151.

P29 ID15

DESENVOLVIMENTO DE UMA APLICAÇÃO LIVRE DE GESTÃO DE DADOS CLÍNICOS PARA A UNIDADE DE DOR AGUDA

FERREIRA, PAULO ROBERTO (CHUC-HG); CABRAL, RAQUEL (CHUC-HUC); MADEIRA, DANIEL (CHUC-HG); GOMES, PIEDADE (CHUC-HUC); TAVARES, EDITH (CHUC-HG)

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS:

A gestão da informação nos sistemas de saúde é cada vez mais automatizada, porque melhora a documentação e a decisão clínica.¹ Adicionalmente os dados guardados em bases de dados centrais e categorizadas são boas fontes para investigação. Nos últimos anos Portugal providenciou *hardware* e *software* a praticamente todas as unidades de saúde, mas existem ainda muitos registos em papel. Nós acreditamos que isto acontece pois o *software* é difícil de aprender, desajustadas à realidade local e impossíveis de remodelar sem recurso ao fabricante, o que implica custos elevados.

Pretendíamos desenvolver um sistema interativo para o bloco operatório e unidade de dor aguda (UDA) que incluísse os protocolos de analgesia (PA) do serviço, uma base de dados categorizada clinicamente e sem custos.

MÉTODOS:

O sistema foi Integralmente desenvolvido por médicos e direcionada para as preferências do serviço. Utilizámos Filemaker®, Excel® e Visual Basic®.

DISCUSSÃO:

Atualmente o sistema está em utilização na UDA e no bloco operatório do nosso hospital. Pode ser acedido em qualquer computador com recurso a palavra passe. O anestesiológista acede ao PA com um clique, com o número do processo carrega os dados do doente que há na base de dados – pode adaptar a prescrição e anotar informações individuais – e os dados são automaticamente categorizados, guardados e disponibilizados à UDA. É gerado um documento A4 que pode ser impresso em qualquer computador com a prescrição e instruções de monitorização. A UDA tem informação contínua dos doentes sob a sua supervisão e utiliza o sistema para alterar prescrições, escrever o diário clínico ou dar alta.

A base de dados tem todas as informações categorizadas o que permite exportação em tabela e análise estatística sem pré-processamento. Disponibilizamos esta aplicação livremente em <http://anestesiachc.com>.

CONCLUSÃO:

Este sistema substituiu com vantagem o registo em papel, pois permite manter um registo limpo e tem o potencial para melhorar a qualidade.² O desenvolvimento destas ferramentas por anestesiológistas permite adaptá-las às necessidades e preferências locais, e reduz os custos na compra de programas.

REFERÊNCIAS: 1. J Clin Mon Computing. 2011; 25(1):71-79 | 2. J Anesthesia. 2008; 22(4):404-411

P30 ID21

FROM PAPER TO DIGITAL: THE DEVELOPMENT OF AN INTERACTIVE PRE-ANESTHESIA EVALUATION FORM IN AN ANESTHESIA DEPARTMENT

FERREIRA, PAULO ROBERTO (CHUC-HG); MADEIRA, FILIPA (CHUC-HG); LOPES, ANA (CHUC-HG); BORGES, RITA (CHUC-HG); LAPA, TERESA (CHUC-HG); VAZ SERRA, SÍLVIA (CHUC-HG);

BACKGROUND AND GOAL OF STUDY:

Preoperative evaluation is an essential part of the anesthesiologists' work. The lack of specificity of the hospitals' medical software is a major disadvantage for the anesthesiologist, since it lacks important topics, and are excessively detailed in others that we don't need. These characteristics shorten the adherence to new technologies.

Data spread across multiple platforms and calligraphy harm information keeping and analysis.^{1, 2} Our goal was to create an easy-to-use form, in Portuguese, which automatically categorizes and saves data from each patient in a database. This form ought to be compatible with the existing medical system and work in every computer installed with the hospital's standard software.

MATERIALS AND METHODS:

We developed a complete preanesthesia assessment data management solution with no cost to the hospital using Omniform® and MSEExcel®. It includes multiple choice, predefined text boxes, algorithm fields and free-text boxes which can be downloaded or filled online and added to the digital patient record. It can also be printed, filled or blank (if the system is down), and attached to the physical record.

RESULTS AND DISCUSSION:

We used our upgradeable data system in a central hospital in Portugal for two years, it has contributed towards:

1. Assessment uniformity
2. Omission avoidance
3. A user-friendly interface
4. Easy access to processed data and algorithms
5. Better information sharing between specialties
6. Improving our educational resources
7. An efficient statistical analysis

As data is inserted, a real-time data processing calculates preoperative exams recommended (NICE guidelines), nausea and vomiting probability, surgical cardiovascular risk (ESC guidelines) and displays them on the screen, leading to awareness.

DISCUSSION AND CONCLUSIONS

Adapted software allows for an easier, more agile and complete data management in anesthesia and helps us provide a better service to our population.

Anesthesia-related software is very expensive, often misadjusted to the local preferences (or language) and has limitations that weren't taken into consideration in its development outside the hospital's environment.

With this work we wanted to stimulate creativity towards development of digital tools. This project was entirely developed and executed by anesthesiologists.

A Portuguese version of this tool is available online, for free at <http://anesthesiachc.conVpreanesthesia>.

REFERENCES: 1. *Anesthesiol.* 2002; 96:485-496 | 2. *J. Anesthesiol.* 2008; 22:404-11

P31 ID65

OVERDOSE DE RELAXANTE MUSCULAR NUM DOENTE HEMIPARÉTICO

TORRES, JOANA (UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, E.P.E. - HOSPITAL PEDRO HISPANO); MACHADO, DIOGO (UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, E.P.E. - HOSPITAL PEDRO HISPANO); RABIÇO, RUI (UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, E.P.E. - HOSPITAL PEDRO HISPANO)

INTRODUÇÃO:

A monitorização do Bloqueio Neuromuscular (BNM) é essencial na titulação da dose dos relaxantes musculares. No entanto, uma variedade de fatores influencia a resposta a estes fármacos. Este texto apresenta um caso de monitorização inadvertida do BNM no hemicorpo parético e subsequente overdose de relaxante muscular.

CASO CLÍNICO:

Doente de 69 anos, do sexo feminino, 58Kg, ASA III, com antecedentes de AVC isquémico há 2 meses, com hemiparésia esquerda sequelar, proposta para enxerto cutâneo abdominoperineal.

Foi realizada anestesia geral sob monitorização standard e de BNM através de um mecanossensor, colocado inadvertidamente, no trajeto do nervo ulnar esquerdo. A intensidade da primeira resposta (T1%) do train-of-four (TOF) foi avaliada.

Após indução de hipnose com fentanil e propofol, foram administrados 30mg de atracurium para facilitar a intubação (Gráfico 1 – A). Após 5 minutos, o TOF mantinha quatro respostas e demonstrava uma pequena diminuição na magnitude de T1.

Aos 15 e aos 20 minutos, foram administrados dois bolus adicionais de atracurium (20mg e 25mg – Gráfico 1 – B e C, respetivamente), com redução de T1 para 15%. Foi então iniciada perfusão de atracurium (Gráfico 1 – D), que após ser gradualmente aumentada até 30µg/kg/min, apenas permitia manter um insuficiente T1 de 25%.

Aos 85 minutos, o sensor de monitorização do BNM foi corrigido e mudado para o membro superior direito, constata-se um bloqueio profundo, com zero respostas, quer no TOF, quer na contagem pós-tetânica.

Quarenta minutos após a interrupção da perfusão, obtinham-se duas respostas no TOF e a doente foi descurarizada, acordada e extubada sem intercorrências.

DISCUSSÃO E SUMÁRIO:

Os membros paréticos parecem ser significativamente resistentes aos relaxantes musculares não despolarizantes, pelo que as respostas do TOF obtidas nestes surgem exageradas.¹ A razão mais provável para esta diferença é uma up-regulation dos recetores farmacológicos na junção neuromuscular das áreas afetadas.¹

A monitorização do BNM nos membros paréticos pode levar não só à overdose por estes fármacos, à semelhança do que aconteceu neste caso clínico, como à extubação prematura de um doente profundamente curarizado. Assim, o BNM nos doentes paréticos deve ser sempre monitorizado em áreas não lesadas.

BIBLIOGRAFIA: 1 *J Neurosurg Anesthesiol* 2009;21:334-338

P32 ID46

INCIDÊNCIA DE DOENTES COM *STOP-BANG* ≥ 5 NUMA POPULAÇÃO CIRÚRGICA

MENDONÇA, JÚLIA (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO); XÁRA, DANIELA (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO); SILVA, ACÁCIO (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO); SANTOS, ALICE (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO); ABELHA, FERNANDO (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO; FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE DO PORTO;)

INTRODUÇÃO:

O questionário *STOP-Bang* é utilizado no rastreio do Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (AOS).¹ O objectivo deste estudo foi avaliar a incidência e as características dos doentes com *STOP-Bang* score ≥5 e avaliar a associação com eventos respiratórios críticos na Unidade Pós Anestésica (UPA).

MÉTODOS:

Estudo prospectivo observacional que incluiu todos os doentes adultos consecutivamente admitidos na UPA após cirurgia electiva durante um período de 6 semanas. Os doentes submetidos a cirurgia cardio-torácica e neurocirurgia assim como todos os doentes incapazes de dar o consentimento informado foram excluídos. Duzentos e vinte e um doentes foram estudados tendo-se procedido ao registo dos dados demográficos, variáveis perioperatórias incluindo a duração do internamento na UPA. O questionário *STOP-Bang* foi incluído na análise de dados. Os doentes com *STOP-Bang* ≥ 5 foram classificados como doentes de elevado risco de SAOS moderado a severo (ER-SAOS) Os eventos respiratórios adversos (ERA) foram definidos como obstrução da via aérea superior, hipoxia (leve, moderada e severa), falência respiratória, incapacidade de respirar profundamente, fraqueza dos músculos respiratórios, re-entubação aspiração pulmonar após extubação traqueal. A análise descritiva das variáveis foi utilizada para sumarizar os dados e os de Mann-Whitney e Chi-quadrado ou o teste exacto de Fisher foram usados para comparações.

RESULTADOS:

Trinta e sete doentes (17%) tinham ER-SAOS. Estes doentes tinham uma mediana de idades mais elevada (idade mediana de 66 vs. 56 anos, $p < 0.001$), eram mais frequentemente do sexo masculino (70% vs. 37%, $p < 0.001$) e a mediana do índice de massa corporal (IMC) foi superior (30kg.m² vs. 26.m², $p = 0.001$). Os doentes com ER-SAOS tinham um estado físico da *American Society of Anesthesiologists* (ASA) mais elevado (ASA-PS III/IV 41% vs. 21%, $p = 0.01$); tinham mais frequentemente doença cardíaca isquémica (24% vs. 4%, $p < 0.001$) hipertensão arterial (92% vs. 40%, $p < 0.001$), dislipidemia (68% vs. 29%, $p < 0.001$), doença pulmonar obstrutiva crónica (19% vs. 5%, $p = 0.003$) e diabetes insulino tratada (30% vs. 14%, $p < 0.02$). Estes doentes apresentaram mais frequentemente ERA (30% vs. 15%, $p = 0.02$) nomeadamente diminuição da capacidade inspiratória (14% vs. 2%, $p = 0.008$) e fraqueza dos músculos respiratórios (22% vs.

9%, $p = 0.03$). Os doentes com ER-SAOS não tiveram maior tempo de internamento na UPA.

CONCLUSÃO

Nesta população cirúrgica a incidência de ER-SAOS foi importante. Estes doentes tiveram mais frequentemente comorbilidades e eventos respiratórios adversos na UPA.

REFERÊNCIAS:1. Br J Anaesth. 2012 May; 108(5): 768-75

P33 ID72

DESAFIOS ANESTÉSICOS NUM CASO RARO DE HEPATOTÓRAX CRÓNICO SECUNDÁRIO A ROTURA DIAFRAGMÁTICA

LUGARINHO, TERESA (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA DOS HUC-CHUC); PEREIRA, LUCIANE (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA DOS HUC-CHUC); SECO, CARLOS (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA DOS HUC-CHUC); FURTADO, EMANUEL (COORDENADOR DA UNIDADE DE TRANSPLANTAÇÃO HEPÁTICA DO CHUC)

INTRODUÇÃO:

A ruptura traumática do diafragma é uma condição incomum. Cerca de 90% ocorrem do lado esquerdo, embora a incidência de ruptura do lado direito tenha vindo a aumentar juntamente com o aumento dos acidentes de viação.¹ A ruptura traumática do diafragma do lado direito pode conduzir à herniação do fígado, que se pode tornar progressiva, podendo causar atelectasia do pulmão direito e conduzir a alterações respiratórias e hemodinâmicas.² A cirurgia para a correcção de um hepatotórax acarreta importantes desafios anestésicos, nomeadamente os associados à possibilidade de edema por reexpansão pulmonar e alterações hemodinâmicas.^{1,2}

CASO CLÍNICO:

Doente do sexo feminino, 40 anos, ASA II, proposta para reparação de hepatotórax crónico secundário a ruptura diafragmática direita. Admitimos que esta condição foi adquirida após um acidente de viação há 32 anos e conduziu ao desenvolvimento de uma síndrome respiratória restritiva grave. As rotinas pré-operatórias, o ECG e o ecocardiograma eram normais. Na radiografia simples do tórax apresentava uma elevação da hemicúpula diafragmática direita sem um claro desvio da traqueia. As provas de função respiratória revelaram um padrão misto obstrutivo e restritivo. O diagnóstico de hepatotórax foi confirmado por TAC que revelou uma hérnia diafragmática com herniação quase completa do fígado no hemitórax direito, bem como edema periportal, shunt veno-venoso, *kinking* da veia porta, compressão das câmaras cardíacas direitas e desvio contralateral do mediastino. Foi realizada uma anestesia geral, tendo sido monitorizados os sinais vitais, bem como a PA invasiva, PVC, profundidade da anestesia, diurese e a pressão intra-abdominal. Foi igualmente usado um doppler esofágico. Após a recolocação do fígado na cavidade

abdominal, verificou-se um aumento transitório da PVC, da SVI e da FTc (35%), bem como uma diminuição da SVR. Após se ter conseguido a estabilização da ventilação, da hemodinâmica geral e da circulação hepatoesplênica, a cirurgia foi terminada e a doente transferida entubada, ventilada e com monitorizada para a Unidade de Transplantação Hepática. Como se manteve estável, foi extubada 16 horas mais tarde, sem complicações.

DISCUSSÃO E SUMÁRIO:

Relatamos o raro caso de uma doente com um hepatotórax crônico submetida a uma cirurgia correctiva, sob anestesia geral, bem sucedida, mesmo depois da recolocação abdominal do fígado e da reexpansão do pulmão. O hepatotórax crônico é uma condição rara mas a sua correcção está associada a importantes desafios cirúrgicos e anestésicos para os quais o presente caso alerta.

REFERÊNCIAS: 1. Gen Thorac Cardiovasc Surg2007; 55:434-6
2. Worl J Gastroenterol2012; 18 (39):5649-52

P34 ID134

QUALIDADE DE VIDA APÓS CIRURGIA ELETIVA EM DOENTES COM APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

XARÁ, DANIELA (CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO); MENDONÇA, JÚLIA (CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO); SILVA, ACÁCIO (CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO); SANTOS, ALICE (CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO); ABELHA, FERNANDO (CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO)

INTRODUÇÃO:

A apneia obstrutiva do sono (AOS) é um distúrbio do sono comum com importante morbilidade. O impacto da cirurgia na qualidade de vida destes doentes está ainda pouco estudado. O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida dos doentes com AOS após cirurgia.

MÉTODOS:

Estudo prospetivo e observacional que incluiu 221 doentes admitidos numa Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) após cirurgia eletiva durante os meses de junho e julho de 2012. Dados demográficos, variáveis perioperatórias e tempo de estadia na UCPA e no hospital foram registados. Os doentes foram classificados com sendo de alto risco para AOS (AR-AOS) se a sua pontuação STOP-BANG era de 3 ou mais, e foram classificados como sendo de baixo risco (BR-AOS) se a sua pontuação era inferior a 3. A qualidade de vida foi avaliada pelo questionário SF-36 (SF-36) no período préoperatório (T0) e três meses após a cirurgia (T3). O SF-36 inclui oito domínios que avaliam diferentes áreas do estado de saúde: função física, desempenho físico, dor física, saúde em geral, saúde mental, desempenho emocional, função social e vitalidade. Os oito domínios podem agrupar-se em duas dimensões gerais de estado de saúde: física e mental. Foi efetuada a análise descritiva das variáveis e testes não paramétricos foram

utilizados para comparações (teste de Wilcoxon signed Rank e Mann-Whitney U-teste).

RESULTADOS:

Cento e noventa e oito doentes completaram a avaliação em T0 (47% eram doentes com AR-AOS) e 190 em T3 (45% eram doentes com AR-AOS). Em T0 não existiram diferenças entre doentes AR-AOS e BR-AOS exceto para o domínio de saúde geral (67 vs. 57, $p=0,013$). Em T3 os doentes AR-AOS apresentaram medianas de pontuações menores para os domínios de função física (75 vs. 90, $p=0,003$), desempenho físico (59 vs. 75, $p=0,008$), dor física (72 vs 84, $p=0,019$), saúde geral (57 vs 70, $p=0,043$) e vitalidade (46 vs. 50, $p=0,018$). Relativamente à evolução em cada domínio do SF-36 entre T0 e T3, as medianas dos doentes com AR-AOS apresentaram melhoria em cinco domínios (dor física, saúde em geral, vitalidade, desempenho emocional e saúde mental), enquanto que os doentes com BR-AOS apresentaram melhoria em todos os domínios do SF-36, exceto no domínio saúde em geral.

CONCLUSÃO:

Três meses após cirurgia os doentes com AR-AOS apresentaram pontuações medianas menores em todos os domínios da dimensão física do SF-36 e num domínio da dimensão mental, indicando que estes tiveram uma pior qualidade de vida relativamente aos doentes com BR-AOS.

P35 ID38

FACTORES DE RISCO PARA TERAPÊUTICA TRANSFUSIONAL NA CIRURGIA DE FRATURA DO COLO DO FÊMUR

BORBA, VITOR (HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA); PINTO COELHO, ADELAIDE (HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA); RODRIGUES, FILIPA (HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA); PAIVA, ANTÔNIO (HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA); MELO, JOSÉ LUIS (HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA)

INTRODUÇÃO:

A abordagem e tratamento dos doentes com fratura do colo do fêmur tem grande impacto nos sistemas de saúde. O reconhecimento dos fatores de risco de terapêutica transfusional pode ajudar a desenvolver melhores estratégias perioperatórias no sentido da racionalização de recursos e prevenção dos riscos associados à utilização de hemoderivados. O objetivo deste estudo foi identificar diferentes fatores perioperatórios determinantes da necessidade de terapêutica transfusional na cirurgia de fratura do colo do fêmur.

MATERIAIS E MÉTODOS:

Procedeu-se a revisão retrospectiva dos processos de 157 doentes consecutivos submetidos a cirurgia de fratura do colo do fêmur (Janeiro-2011/Novembro-2012). Foram registados diferentes fatores potencialmente relacionados com necessidades transfusionais, nomeadamente idade, género, classificação ASA, tipo de anestesia, tipo e timing da cirurgia, presença de anemia pré-operatória (Hb<10g/l) e outras comorbilidades (doença cardíaca ou respiratória, hipertensão arterial, doença renal crónica, diabetes, acidente vascular cerebral, demência e uso de anticoagulantes). Na análise univariada dos resultados utilizou-se teste de χ^2 , ou teste de Fisher quando apropriado. Os fatores com forte associação ($p < 0.05$) foram submetidos a regressão logística múltipla.

RESULTADOS:

Após a análise univariada, os fatores com significado estatístico foram o género feminino ($p=0.016$), classificação ASA III/IV ($p=0.042$), presença de anemia preoperatória ($p=0.02$) e realização da cirurgia depois das 48 horas de admissão ($p=0.013$). Após a aplicação do modelo de regressão logística binária (stepwise), os fatores associados a aumento das necessidades transfusionais foram o género feminino (OR = 0.339, $p=0.030$, 95%), anemia pre-operatória (OR = 0.249, $p=0.023$, 95% CI 0.075-0.824) e realização da cirurgia depois das 48 horas de admissão (OR 0.403, $p=0.027$, 95% CI 0.179-0.904).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

Os fatores de risco estatisticamente significativos são o género feminino, a presença de anemia preoperatória e a realização da cirurgia após as 48 horas da admissão. O género feminino está tradicionalmente associado a maior ne-

cessidade de hemoderivados, nomeadamente pelo menor volume de sangue circulante, apesar de tal ligação não estar solidamente comprovada. Aliás, seria interessante avaliar a relação dos níveis de hemoglobina preoperatória com o género, pois a anemia crónica é mais frequente na mulher. Quanto à otimização dos níveis preoperatórios de hemoglobina, a implementação atempada de terapêuticas médicas, nomeadamente farmacológicas, apresenta restrições pelo carácter urgente do procedimento. Assim, este trabalho aponta para a importância dos esforços de cumprimento dos timings admissão-cirurgia preconizados, como medida fundamental de redução das necessidades transfusionais.

REFERÊNCIAS:

Day C. *Management of patients for fractured neck of femur surgery*. In: Colvin J, Peden C, eds. *Raising the Standard; A Compendium of Audit Recipes*. 3rd ed. London: Royal College of Anaesthetists 300-1. 2012 | Parker MJ. *Anesthesia for hip fracture surgery in adults*. *The Cochrane Library*. 1. 2009

P36 ID113

ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS EM MODELO ANIMAL DE DOR CRÔNICA NEUROPÁTICA: AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DO TRATAMENTO COM AMITRIPTILINA

VIEIRA, ARTUR (ICVS/3B'S LABORATÓRIO ASSOCIADO, BRAGA/GUIMARÃES, PORTUGAL); LEITE-ALMEIDA, HUGO (ICVS/3B'S LABORATÓRIO ASSOCIADO, BRAGA/GUIMARÃES, PORTUGAL); PINTO-RIBEIRO, FILIPA (ICVS/3B'S LABORATÓRIO ASSOCIADO, BRAGA/GUIMARÃES, PORTUGAL); PÊGO, JOSÉ MIGUEL (ICVS/3B'S LABORATÓRIO ASSOCIADO, BRAGA/GUIMARÃES, PORTUGAL); ALMEIDA, ARMANDO (ICVS/3B'S LABORATÓRIO ASSOCIADO, BRAGA/GUIMARÃES, PORTUGAL)

INTRODUÇÃO:

Vários trabalhos em modelos animais de dor têm demonstrado que a plasticidade sináptica e estrutural na amígdala (AMY) correlaciona-se com o aparecimento de distúrbios emocionais.¹ O presente trabalho visa caracterizar o impacto do tratamento com amitriptilina na avaliação nociceptiva e do comportamento emocional num modelo animal de dor neuropática.

METODOLOGIA:

As experiências foram realizadas em ratos machos Wistar Han, com 8 semanas de idade no início da experiência. O protocolo seguiu as normas definidas pela diretiva europeia 86/609/EEC para a utilização de animais de laboratório, sendo aprovado pela comissão de ética do nosso instituto. Foi utilizado o modelo animal de dor neuropática *Spared Nerve Injury* (SNI) descrito por Decosterd e Woolf,² sendo a lesão causada sempre na pata traseira direita. Animais *Sham* foram utilizados como controlo. Dois meses após as cirurgias foram administrados durante 3 semanas tratamento com amitriptilina (15mg.kg⁻¹, intraperitoneal) ou soro fisiológico (1ml.Kg⁻¹, intraperitoneal). Ao longo de toda a experiência foi avaliada semanalmente a hiperalgesia e alodinia mecânica. No final do tratamento foi avaliado o comportamento emocional e motor através do *Forced Swimming Test* (FST), *Elevated Plus Maze* (EPM) e *Open Field* (OF).

RESULTADOS:

Os animais SNI desenvolveram alodinia mecânica, que diminuiu nos animais SNI tratados com amitriptilina para níveis semelhantes aos de animais Sham. Além disso, os animais SNI tratados com soro fisiológico apresentaram um tempo de latência para a imobilidade no FST inferior ao dos animais Sham tratados com a mesma solução. Nos animais tratados com amitriptilina, os SNI tiveram maior latência de imobilidade no mesmo teste do que os *Sham*. Não foram observadas diferenças no EPM entre os diferentes grupos. A OF mostrou uma diminuição na distância percorrida pelos animais Sham e SNI tratados com amitriptilina, quando comparado com os outros grupos de animais.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

A amitriptilina reverte a alodinia mecânica induzida no modelo SNI, bem como o comportamento depressivo apre-

sentado pelos animais neuropáticos, traduzidos pelos resultados observados nos testes de alodinia mecânica e no FST. Uma vez que trabalhos prévios demonstram que animais com neuropatia periférica crónica apresentam comportamento depressivo, e simultaneamente desenvolvem alterações estruturais na AMY, estes resultados permitem que em trabalhos futuros estudemos se o tratamento com amitriptilina para além de reverter as alterações comportamentais, reverte também as alterações estruturais. Será ainda possível efetuar a comparação deste antidepressivo tricíclico com outros fármacos utilizados no tratamento da dor neuropática.

REFERÊNCIAS: 1. *Exp Neurol* 213(1): 48-56 | 2. Pain, 2000. 87(2): p. 149-58

P37 ID114

AVALIAÇÃO ELETROFISIOLÓGICA DA AMÍGDALA CEREBRAL EM MODELO ANIMAL DE DOR CRÔNICA NEUROPÁTICA E EFEITO DO TRATAMENTO COM AMITRIPTILINA

VIEIRA, ARTUR (ICVS/3B'S LABORATÓRIO ASSOCIADO, BRAGA/GUIMARÃES, PORTUGAL); PINTO-RIBEIRO, FILIPA (ICVS/3B'S LABORATÓRIO ASSOCIADO, BRAGA/GUIMARÃES, PORTUGAL); LEITE-ALMEIDA, HUGO (ICVS/3B'S LABORATÓRIO ASSOCIADO, BRAGA/GUIMARÃES, PORTUGAL); MONTEIRO, JOEL (ICVS/3B'S LABORATÓRIO ASSOCIADO, BRAGA/GUIMARÃES, PORTUGAL); PÊGO, JOSÉ MIGUEL (ICVS/3B'S LABORATÓRIO ASSOCIADO, BRAGA/GUIMARÃES, PORTUGAL); ALMEIDA, ARMANDO (ICVS/3B'S LABORATÓRIO ASSOCIADO, BRAGA/GUIMARÃES, PORTUGAL)

INTRODUÇÃO:

Vários trabalhos em modelos animais de dor têm demonstrado plasticidade sináptica e estrutural na amígdala (AMY),¹ conhecida pelo seu importante papel nas emoções e distúrbios afetivos, e também apontada como um importante modulador da dor. O presente trabalho visa caracterizar o impacto do tratamento com amitriptilina na recuperação funcional da AMY num modelo animal de dor neuropática.

METODOLOGIA:

As experiências foram realizadas em ratos machos Wistar Han, com 8 semanas de idade no início da experiência. O protocolo seguiu as normas definidas pela diretiva europeia 86/609/EEC para a utilização de animais de laboratório, sendo aprovado pela comissão de ética do nosso instituto. Foi utilizado o modelo animal de dor neuropática *Spared Nerve Injury* (SNI) descrito por Decosterd e Woolf,² sendo a lesão causada sempre na pata traseira direita. Animais *Sham* foram utilizados como controlo. Dois meses após as cirurgias a um grupo de animais *Sham* e SNI foi administrada amitriptilina (15mg.kg⁻¹, intraperitoneal) durante 3 semanas. Os restantes animais *Sham* e SNI permaneceram sem tratamento. No final da experiência foi efetuada a análise eletrofisiológica da atividade dos neurónios nociceptivos nos núcleos central (CEA) e basolateral (BLA) da AMY, nomeadamente atividade basal e resposta a estímulos nócicos mecânicos e térmicos.

RESULTADOS:

A análise eletrofisiológica demonstrou uma amplitude de resposta a estímulos nócicos mecânicos superior nos neurónios no BLA e CEA esquerdos dos animais SNI não tratados, quando comparados com os respectivos animais Sham. Pelo contrário, as respostas neuronais da AMY em animais SNI tratados com amitriptilina reverteram para os níveis de actividade da AMY dos animais Sham (tratados com amitriptilina e não tratados).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

Os neurónios nos núcleos CEA e BLA esquerdos da AMY nos animais SNI apresentam uma resposta aumentada, que é revertida após tratamento amitriptilina. A dor neuropática está associada a alterações plásticas na AMY, incluindo alterações estruturais e neurogénicas, que podem estar na base desta resposta exagerada dos animais SNI a estímulos nócicos. O tratamento com amitriptilina reverteu esta resposta neuronal nos animais SNI para níveis semelhantes aos Sham, sendo fundamental futuramente verificar se as alterações plásticas são também elas revertidas, bem como proceder à comparação deste antidepressivo tricíclico com outros fármacos utilizados no tratamento da dor crónica neuropática.

REFERÊNCIAS: 1. Exp Neurol 213(1): 48-56 | 2. Pain, 2000. 87(2): p. 149-58

P38 ID158**RECUPERAÇÃO COGNITIVA PÓS-ANESTÉSICA: A IMPORTÂNCIA ANALGÉSICA DO PLEXO BRAQUIAL EM CIRURGIA DO OMBRO**

MARQUES, ACÍLIO (CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA); MARQUES, CARLA (CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA); MOINHO, NUNO (CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA); LOUREIRO, CLARINDA (DIRETORA DE SERVIÇO - CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA)

INTRODUÇÃO

Disfunção cognitiva pós-operatória implica mais cuidados assistenciais e aumento dos custos hospitalares.

A incidência pode atingir 60% dos doentes com mais de 60 anos submetidos a cirurgia ortopédica. Além da idade, a duração e profundidade da anestesia geral são os fatores de risco mais frequentemente encontrados.^{1,2}

A cirurgia aberta do ombro é geralmente efetuada em doentes com mais de 50 anos de idade e está conotada com dor severa perioperatória. O bloqueio do plexo braquial é a alternativa mais óbvia às altas doses de fármacos inalatórios e/ou endovenosos necessários para a anestesia e analgesia perioperatória.

A monitorização da recuperação cognitiva pode ser fator diferenciador na identificação das abordagens anestésicas mais adequadas aos doentes propostos para a cirurgia do ombro.

Pretende-se neste trabalho avaliar o impacto do bloqueio do plexo braquial na recuperação cognitiva pós-anestésica de doentes com cirurgia do ombro.

MÉTODOS:

Após autorização da Comissão de Ética, realizamos um estudo prospetivo, observacional e por conveniência em doentes adultos voluntários sem patologia do foro neuropsiquiátrico. Avaliámos doentes propostos unicamente para anestesia geral, sedação ou anestesia geral com bloqueio do plexo braquial (bPB) em dose única ou contínua. Monitorizamos especificamente a recuperação cognitiva com a versão portuguesa da "Post-operative Quality Recovery Scale" (PQRS), no pré-operatório e à 1ª, 3ª, 24ª e 72ª hora do final da anestesia. O teste cognitivo da PQRS avalia: a orientação temporo-espacial, repetição de números em ordem natural e em ordem inversa, repetição de palavras enumeradas, e enumeração de palavras que começam pela mesma letra. Estes testes têm sequências diferentes para cada um dos tempos para minimizar o efeito da aprendizagem.

RESULTADOS:

A distribuição entre grupos foi homogénea para idade, instrução escolar, classificação ASA, grau de dor e satisfação. Dos resultados identificámos recuperações cognitivas graduais e progressivas. O grupo I foi o que teve recuperação mais lenta. Pelo contrário o grupo III teve a recuperação mais rápida como se observa em tabela em anexo.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

Para as diferenças observadas entre grupos contribui, além da anestesia, a necessária analgesia com altas doses de opioides. Apesar das vantagens óbvias, a execução do bloqueio para-central não é isenta de riscos devendo ser realizada por praticantes devidamente treinados em doentes adequadamente selecionados.

A escolha e programação dos cuidados anestésicos deve ser tema da visita pré-anestésica evidenciando vantagens, inconvenientes e considerando as expectativas dos doentes. Esta será, eventualmente, a melhor forma de chegar a um consentimento informado com partilha de responsabilidades.

A forma como o cérebro humano percebe, aprende, recorda e pensa sobre toda informação captada através dos cinco sentidos –cognição– é condicionada pela anestesia. Demonstrámos que alterando seletivamente os cuidados anestésicos se alteram os resultados na recuperação cognitiva pós-operatória.

REFERÊNCIAS: 1. J Alzheimers Dis 24:201-16 | 2Acta Anaesthesiol Scand 50:19-25

Número de doentes com recuperação cognitiva avaliada com a PQRS em diferentes tempos				
	1ª hora	3ª hora	24ª hora	72ª hora
Grupo I (n=16) Anestesia Geral	•	2	8	10
Grupo II (n=16) - Anestesia Geral/Sedação + bPB dose única	7	12	12	13
Grupo III (n=16) Anestesia Geral/Sedação + bPB dose única	6	11	15	15

*doentes sedados sem condições de realizar avaliação

P39 ID163

ESCALA DE QUALIDADE DA RECUPERAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA (PQRS) CONTRIBUTOS NA TRADUÇÃO, VERIFICAÇÃO DA EXEQUIBILIDADE E VALIDAÇÃO APARENTE

MARQUES, ACÍLIO (CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA); MARQUES, CARLA (CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA); MOINHO, NUNO (CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA); LOUREIRO, CLARINDA (DIRETORA DE SERVIÇO - CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA)

INTRODUÇÃO

A adequada avaliação da qualidade de recuperação pós-operatória constitui um problema multi-dimensional complexo mas é fundamental, nomeadamente, para a otimização dos cuidados anestésicos. “*Postoperative Quality of Recovery Scale*” (PQRS) avalia o recobro pós-operatório em seis domínios: fisiológico, nociceptivo, emocional, atividades diárias, cognição e satisfação.¹

Os autores têm objetivo da adaptação da PQRS à população portuguesa, verificação da utilidade na diferenciação da recuperação pós-operatória de doentes submetidos a cuidados anestésicos diversos.

MÉTODOS

Após autorização do “*PQRS Advisory Board*” procedemos à tradução tendo adotado a metodologia proposta por Guillemin.² Com a aprovação da Comissão de Ética, desde Maio de 2011 a Novembro de 2012 avaliamos de forma prospetiva, e por conveniência, doentes adultos, voluntários, com capacidade diálogo em português e sem patologia neuro-psiquiátrica. Monitorizámos com avaliações do pré-operatório, da 1^a, 3^a, 24^a e 72^a hora do pós-operatório de doentes com graus diversos de sedação intraoperatória e analgesia pós-operatória de cirurgia do membro superior. A recuperação pós-operatória foi considerada quando se atingiam valores idênticos ou superiores à avaliação pré-operatória para os domínios: fisiológico, nociceptivo, emocional e cognição.

RESULTADOS

De 142 doentes abordados conseguimos obter 96 inquéritos válidos com média de idades de 58±10 anos. Os dados demográficos e de ASA não tiveram significado estatístico para a formação dos 3 grupos. O tempo médio para completar os inquéritos foram 6,3(±2,7)min.

Observou-se em todos os grupos número crescente de doentes recuperados ao longo do tempo. O grupo A com a sedação mais leve e breve foi o que apresentou mais doentes recuperados mais precocemente observando-se o inverso no grupo C da anestesia geral estando o grupo B diferenciado de ambos.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A avaliação da recuperação cognitiva constitui a principal virtude da PQRS. Para contornar a aprendizagem,

decorrente da repetição das mesmas perguntas nas várias avaliações, são propostos testes similares. Para a Psicométrica (estudo da validade, fidedignidade e padronização dos testes) estariam criadas hipóteses de investigação para várias gerações. Em alternativa, e com ponderação de especialistas, no caso presente em Anestesiologia, poderemos verificar a validade aparente. Basicamente, se um instrumento aferidor consegue diferenciar da forma esperada resultados de terapêuticas similares mas não iguais diz-se com validade aparente. Lembramos que efetivamente uma das escalas mais utilizadas em Anestesiologia nunca foi sujeita à tirania psicométrica: escala visual analógica para a dor sendo a sua aceitação uma questão cientificamente dita da Clinicometria.

A PQRS, englobando conhecimentos da Neuropsicologia, constitui um inovador instrumento de investigação em Anestesiologia, numa área de importância estratégica de novos caminhos para a especialidade.

Obedecendo a critérios científicos, traduzimos, adaptamos, e aplicamos a PQRS a doentes no perioperatório. Confirmamos a sua exequibilidade e capacidade de diferenciar recuperações anestésicas provenientes de diferentes cuidados anestésicos.

REFERÊNCIAS: 1. Anesthesiology 2010;113:892-905 | 2. Journal Clinical Epidemiology 1993;46:1417-32

Número de doentes com recuperação pós-operatória para diferentes técnicas anestésicas e analgésicas.						
	Anestesia	Duração cirurgia	1 ^a hora	3 ^a hora	24 ^a hora	72 ^a hora
Grupo A (n=32)	Anestesia Regional + Sedação leve - Escala Ramsay = 3	≤ 45 min	19	28	31	*
Grupo B (n=32)	Anestesia Regional + Sedação moderada - Escala Ramsay = 3 a 5	> 45 min ≤ 120 min	12	23	28	30
Grupo C (n=32)	Anestesia Geral	> 45 min ≤ 120 min	**	6	18	26

*doentes ausentes no domicílio após alta, teste não realizado

**doentes sedados, teste não realizado

P40 ID175

INCIDÊNCIA DE EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS VENOSOS NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO DE DOENTES NEUROCIRURGICOS

CABRAL, RAQUEL (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA CHUC - HUC, EPE); PEREIRA, LUCIANO (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA CHUC - HUC, EPE); MARQUES, SOFIA (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA CHUC - HUC, EPE); ORFÃO, ROSÁRIO (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA CHUC - HUC, EPE)

INTRODUÇÃO:

Os eventos tromboembólicos venosos (TEV) são uma

complicação frequente no pós-operatório (POP).

Em neurocirurgia (NC), a incidência de trombose venosa profunda (TVP) dos membros inferiores atinge 50% e de tromboembolia pulmonar (TEP) 15%.

Efetou-se um estudo retrospectivo de 32 meses, com o objetivo de caracterizar os TEV ocorridos no POP de NC e avaliar a adequação do protocolo de profilaxia.

METODOLOGIA

Análise retrospectiva dos doentes submetidos a intervenção na NC entre 01/01/2010 e 31/08/2012, através do registo dos códigos-diagnóstico ICD-9-CM para TVP e/ou TEP, registos de urgência, processos únicos, exames auxiliares e cartas de alta.

FORAM PESQUISADOS:

Fatores demográficos, fatores de risco, terapêuticas associadas, tipo de profilaxia efetuada, ocorrência ou não de TEV e data.

RESULTADOS:

Foram operados 3381 doentes.

Registaram-se 18 TEV (0,5%): 8 de TVP (4 ♀, 4 ♂); 10 de TEP (7 ♀, 3 ♂), com idade média de 60 anos; 13 POP de Craniotomia e 5 de Cirurgia vertebro-medular. Todos fizeram terapêutica com HBPM e 4 necessitaram de internamento em Medicina Intensiva. O evento TEV no POP ocorreu: 2 até 48h, 7 de 2 a 7 dias e 9 após 7 dias. Todos os doentes apresentavam ≥ 2 fatores de risco para TEV.

TEP - média de idade 58 anos; 7 POP de Craniotomia e 3 de Cirurgia vertebro-medular

Profilaxia com HBPM - 2 doentes

Média de 9,7 dias entre a cirurgia e TEP

Média de internamento - 50,6 dias

Morte - 1

TVP - média de idade 62,6 anos; 6 POP de Craniotomia e 2 de Cirurgia vertebro-medular

Profilaxia com HBPM - 2 doentes

Média de 17,25 dias entre a cirurgia e TVP

Média de internamento - 28,75 dias

DISCUSSÃO:

Na nossa série, a incidência de TEV é francamente inferior à descrita na literatura.

Porventura, esta diferença decorre da imprecisão de registo e/ou de codificação diagnóstica.

No entanto, verifica-se que os poucos casos documentados tiveram importantes repercussões na duração do internamento, com elevados custos económicos e sociais.

Esta análise evidencia a necessidade de conhecer a verdadeira incidência de TEV, estando a realizar-se um estudo prospetivo.

Este trabalho surge na sequência da publicação das guidelines do *American College of Chest Physicians* ("An-

thrombotic Therapy and the Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-based Guidelines; February 2012).

REFERÊNCIAS: J Thromb Thrombolysis. 2011 Aug;32(2):209-14; *Heart Vessels*. 2009 Nov;24(6):425-8.; J Neurosurg. 2011 Jan;114(1):40-6.; J Vasc Surg. 2011 May;53(5):1309-15

P41 ID26

EPIDURAL CATHETER REMOVAL: COMMON PRACTICES

DIAS, RICARDO (IPO LISBOA); SARAIVA, AMÉLIA (IPO LISBOA);
CASEIRO, JOSÉ (IPO LISBOA)

BACKGROUND AND AIMS:

Catheter manipulation in patients under epidural analgesia has always been matter of controversy. Although spinal hematoma is a rare consequence of catheter removal, it can have a catastrophic outcome.

During a six-month time period, from all patients submitted to epidural analgesia at our center, postoperative coagulation tests revealed that 64% had prolonged prothrombin time and 16% had INR > 1.5, which raises questions about how safe it is to remove the catheter.

METHODS:

A sample of anesthetists were surveyed through a multiple choice questionnaire.

RESULTS:

We received 100 answers from 501 questionnaires sent. 63% of the inquiries don't have any protocol for catheter removal at their hospital.

Prior to removal, 72% request coagulation tests in patients with underlying hematological disorder, 51% to those under antithrombotic or oral anticoagulants, 27% to those who had intraoperative transfusion.

Prior to catheter removal, the most important laboratory parameter was INR (80%), followed by platelet count (67%) and aPTT (53%).

If removal was not performed due to abnormal coagulation results, 71% starts periodic monitoring, 47% initiates therapeutic measures.

CONCLUSIONS:

There seems to be a tendency to a prolongation of the prothrombin time and INR after major surgery. The majority of respondents don't have any established protocol for catheter removal at their hospital;

Currently, there is no consensus about requesting coagulation tests to all patients prior to epidural catheter removal and it remains unclear what degree of laboratory abnormality identifies patients at increased risk and when to remove catheters if a coagulation disorder develops.

P42 ID71

PARAPLEGIA TRANSITÓRIA PROVOCADA POR AR NO ESPAÇO EPIDURAL: UMA COMPLICAÇÃO RARA DA COLOCAÇÃO DE CATETERES EPIDURAIS

VIEIRA, ARTUR (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA - HOSPITAL DE BRAGA); PEREIRA, MAURO (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA - HOSPITAL DE BRAGA); SANTOS, MARIA JOÃO (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA - HOSPITAL DE BRAGA); FERREIRA, CARMÉLIA (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA - HOSPITAL DE BRAGA)

INTRODUÇÃO

As complicações neurológicas dos bloqueios do neuroeixo são extremamente raras, apresentando incidência estimada inferior a 4:10000.¹ Apresentamos neste trabalho um caso clínico de paraplegia transitória após bloqueio do neuroeixo.

CASO CLÍNICO

Homem de 44 anos, ASA II, proposto para sigmoidectomia. Monitorizado segundo os padrões da ASA. Colocado cateter epidural em L3-L4, com agulha de Tuohy 18G, com a pesquisa do espaço epidural efectuada pela perda de resistência usando ar, após 3 tentativas, sem referência a parestesias. Efectuado bloqueio subaracnoideu com agulha Quincke 27G no espaço intervertebral L4-L5 com administração de 12,5mg de Bupivacaina hiperbárica 0.5% e 3mcg de Sufentanil. Duas horas após o bloqueio, por desconforto abdominal, foram administrados 10 ml de Ropivacaína 0.75% e 5mcg de Sufentanil através do cateter epidural. Após o procedimento, o doente foi transferido para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) com bloqueio motor e sensitivo completo. Cinco horas após o bólus epidural o paciente iniciou dor abdominal, contudo apresentava paraplegia. O cateter epidural foi removido e efectuada uma tomografia computadorizada (TC) da coluna vertebral. Esta demonstrou a existência de acumulação de ar no espaço epidural e espaços intervertebrais desde T11 a L4, com maior diâmetro a nível de L4. Após avaliação por neurocirurgia o doente permaneceu na UCPA, foi-lhe administrada metilprednisolona 2g endovenosa e oxigenoterapia. Passadas 10 horas o doente apresentou reversão do bloqueio motor acompanhada de diminuição do volume de ar na TC.

DISCUSSÃO E SUMÁRIO

As lesões do neuroeixo são na maior parte dos casos irreversíveis. Resultam geralmente de lesão mecânica associada com as técnicas, lesão ocupante de espaço no canal espinal, isquemia ou toxicidade pelos fármacos. Na nossa opinião, no presente caso o défice neurológico transitório deveu-se a uma limitação do fluxo sanguíneo nas raízes lombares, secundária ao aumento de pressão no espaço epidural causado pela acumulação de ar. As hipóteses de trauma mecânico ou neurotoxicidade parecem, de acordo

com a clínica, menos prováveis. Apesar de rara, esta é uma complicação já previamente descrita na literatura,² sendo de extrema importância um diagnóstico precoce utilizando estudos imagiológicos, seguido de tratamento adequado, evitando assim défices neurológicos irreversíveis.

REFERÊNCIAS: 1. *Anesth Analg* 2007; 104:965-74 | 2. *J Neurosurg Spine*. 2006; 5:359-61

P43 ID80

BLOQUEIO TAP CONTÍNUO BILATERAL EM DOENTE COM CIRURGIA ABDOMINAL PRÉVIA - UMA ABORDAGEM "NÃO CONVENCIONAL"

FLOR DE LIMA, ISABEL (HOSPITAL GARCIA DE ORTA); LINDA, FILIPE (HOSPITAL GARCIA DE ORTA); DOS SANTOS, ÂNGELA (CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE); LAGES, NEUSA (CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE); CORREIA, CARLOS (CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE)

INTRODUÇÃO:

O bloqueio do Plano do músculo Transverso Abdominal (TAP) tem-se revelado uma técnica promissora e eficaz no controlo analgésico intra e pós-operatório em vários tipos de cirurgias. Múltiplos estudos têm surgido no sentido de aumentar a aplicabilidade clínica deste bloqueio.¹

Os autores apresentam o relato de um caso em que foi realizado um bloqueio TAP contínuo bilateral, para analgesia pós cirurgia abdominal major, em alternativa à analgesia epidural e aos opióides endovenosos em perfusão.

CASO CLÍNICO:

Doente de 71 anos, sexo masculino, estado físico ASA IV, admitido por quadro clínico de oclusão intestinal e sépsis. Apresentava como antecedentes relevantes: insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência renal crónica, transplante hepático por cirrose secundária e internamento prévio por encefalopatia hepática. Analiticamente: Hb-10,6g/dL, 69.000 plaquetas/ μ L e creatinina de 2,13mg/dL.

Foi proposta a realização de laparotomia exploradora com incisão xifo-púbica, para realização de Operação de Hartmann, sob anestesia geral balanceada, sem intercorrências. No final da cirurgia, foi realizado bloqueio TAP infra-costal anterior, bilateral, ecoguiado, em linha anatómica condicionada pela cirurgia prévia e atual, com colocação de 2 cateteres, aos quais se conectaram 2 elastómeros com Ropivacaína a 0,2%, a 5mL/h (Fig.1). Foram prescritas doses de resgate de morfina endovenosa se o doente tivesse um valor superior a 3 na escala numérica de dor. Às 24 e 48 horas, o doente apresentava ausência de dor em repouso e movimento, sem registo de analgesia de resgate.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO:

A analgesia pós operatória era um desafio, uma vez que

a insuficiência hepática e renal condicionavam a analgesia endovenosa, e a analgesia epidural estava contraindicada pela sépsis e trombocitopenia, motivos pelos quais se optou pelo bloqueio TAP.

Este bloqueio quando isolado e em administração única tem fragilidades, mas se efectuado de forma contínua e associada a analgésicos endovenosos, relaciona-se com scores baixos de dor, redução do consumo de opióides e deambulação e alta hospitalar mais precoces.

Neste caso, a cirurgia abdominal prévia e o edema resultante da atual laparotomia dificultaram a visualização dos músculos da parede abdominal, razão pela qual o bloqueio foi feito a nível infra-costal anterior, onde a anatomia dos planos musculares era perceptível, e não de acordo com as abordagens descritas na literatura. A abordagem utilizada, não sendo "convencional", resultou numa analgesia dos dermatómos de T6 a L1, sem recurso a analgesia de resgate.

Pelos factos apresentados, pode-se concluir que situação clínica do doente e as cirurgias prévia e atual, condicionaram a realização do bloqueio TAP, com recurso a uma abordagem não descrita que resultou em sucesso clínico.

REFERÊNCIAS: 1. *Curr Opin Anesthesiol*.2012, 25:610-614

P44 ID98

A MULTIMODAL APPROACH EMPHASIZING REGIONAL TECHNIQUES FOR TOTAL KNEE ARTHROPLASTY IN AN ORTHOPAEDIC HOSPITAL: EVALUATION OF ANALGESIA QUALITY AND EFFICACY OF PROTOCOL-BASED PAIN MANAGEMENT IN THE FIRST 48 HOURS POSTOPERATIVE PERIOD

CALIXTO, LUIÇA (CENTRO HOSPITALAR DO PORTO - SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA); RODRIGUES, GIL (CENTRO HOSPITALAR DO PORTO - SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA); SEABRA, HELENA (CENTRO HOSPITALAR DO PORTO - SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA); CARDOSO, GERMANO (HOSPITAL DA PRELADA); LOPES, EDGAR (HOSPITAL DA PRELADA)

INTRODUCTION:

In the last decade, pain management techniques have improved substantially with major impact on the practice of total knee arthroplasty (TKA). Despite multiple treatment techniques available, a gold-standard has not been established.¹ Over the last years, our department practice emphasizes the use of regional techniques. The aim of this study is to assess the analgesic efficacy of a recently introduced protocol.

MATERIAL AND METHODS:

56 consecutive patients undergoing elective primary TKA were submitted to our anaesthetic protocol: combined spinal/epidural and single-shot femoral nerve block (FNB), both with local anesthetic. Postoperative analgesia with continuous epidural infusion of levobupivacaine 0.25% with

morphine 5µg/mL (3-8 mL/h) and paracetamol 1g 6/6h. Rescue analgesia was provided according to patient's pain. Pain intensity at rest (Visual Analogue Scale-VAS), rescue analgesia consumption, side effects and patient satisfaction (5-point Likert scale) were recorded for 48h postoperative. Measurements were made twice in recovery room and at 2,6,12,24,36 and 48 hours on the ward. Data was analysed with SPSS 17.0 software program.

RESULTS:

49 women, median age 68.3 years (SD 7.64 years). In the recovery room 1.8% of the patients asked for supplemental analgesia. More than ¾ reported no pain at rest during the first 48h. During the second day, 3.6% required rescue medication. Maximal pain intensity was registered between 6 and 24h (less than 4% reported VAS>6). Epidural levobupivacaine bolus and intramuscular diclofenac were the most consumed rescue drugs. More than 80% of the patients referred to be strongly satisfied with provided analgesia at 24 and 48h, while 2% were slightly unsatisfied. No relevant negative side effects were seen.

DISCUSSION/CONCLUSION:

The multi-modal analgesia protocol implemented in our department provided effective pain control, as demonstrated by the incidence of low VAS scores and overall level of patient satisfaction. Despite maximal pain intensity being registered between 6 and 24h, the low referral of intense pain levels may be explained by the effectiveness of the single-shot FNB. Some literature refers that the benefits of epidural analgesia for postoperative pain relief, comparing with conventional methods, may be limited to the early postoperative period.² Our findings suggest that pain management with epidural analgesia may be effective for at least 48h.

1. Clin Orthop Relat Res(2009)467:1418-1423 | 2. Cochrane Database Syst Rev.2003;(3):CD003071

P45 ID109

EFFICACY OF REGIONAL ANAESTHESIA IN HIP REPLACEMENT: A POSTOPERATIVE 48 HOURS FOLLOW-UP IN PAIN MEASUREMENT, RESCUE ANALGESIC CONSUMPTION AND PATIENT SATISFACTION AFTER IMPLEMENTATION OF A PAIN MANAGEMENT PROTOCOL IN AN ORTHOPAEDIC HOSPITAL

RODRIGUES, GIL (CENTRO HOSPITALAR DO PORTO - SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA); CALIXTO, LUÍSA (CENTRO HOSPITALAR DO PORTO - SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA); SEABRA, HELENA (CENTRO HOSPITALAR DO PORTO - SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA); CARDOSO, GERMANO (HOSPITAL DA PRELADA); LOPES, EDGAR (HOSPITAL DA PRELADA)

INTRODUCTION AND GOAL: Hip replacement is a common operative procedure. Although regional anesthesia

has many proven benefits, a gold standard has not been established.^{1,2} Our purpose is to study the incidence of pain, rescue medication consumption and patient satisfaction after standardizing an intraoperative anesthetic approach and developing a pain management protocol in a two months trial.

MATERIAL AND METHODS:

All patients, older than 18 years, scheduled for hip replacement in a two months period were included. A standardized neuroaxial approach with combined spinal/epidural was delivered. Postoperative analgesia was accomplished with continuous epidural infusion of levobupivacaine 0.25% with morphine 5µg/mL (3-8 mL/h) and paracetamol 1g 6/6h. We applied a questionnaire regarding the pain management protocol during the 48h follow-up. Pain intensity at rest (by Visual Analogue Scale), rescue analgesia consumption, side effects and patient satisfaction (5-point Likert scale) were recorded. Measurements were made twice in recovery room and on the ward at 2, 6, 12, 24, 36 and 48 hours. Data was analysed with the SPSS version 17.0 statistical software program.

RESULTS:

61 patients were consecutively admitted to the study, 29 men and 32 women; mean age was 67.9 years (SD 8.68 years). More than 75% of the patients referred no pain at rest in all measurements made. Between 12 and 24h, the highest rate of pain incidence (20.7%) was reported, including the maximal pain intensity registered in the study (VAS of 9 (1.7%)). The rescue analgesic consumption was greater at 12 and 24h, with 11.5% and 8.2% of patients appealing for rescue medication, respectively. The most common given drugs were diclofenac and petidine. Regarding second day measurements, 98.2% referred no pain or VAS scores <3. 1.8% had moderate pain (VAS 5). There were no reports of significant side effects or complications. More than 95% of patients were satisfied or strongly satisfied with their pain control method at 24 and 48h of the post-operative period.

CONCLUSION:

Overall satisfaction, incidence of patients referring no pain and lack of side effects suggest that the implemented protocol is effective minimizing acute pain. However, there is still room for improvements, namely, the pain management in the second period of the first postoperative day.

1 Clin Orthop 2000; 183:191-196 | 2 BMJ 2000; 321:1-12.

P46 ID115

BLOQUEIO SUBARACNÓIDEO CONTINUO EM DOENTE COM PATOLOGIA CARDIORRESPIRATÓRIA GRAVE

PINHEIRO, FILIPE (CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA); AGUIRRE, JOSÉ (BALGRIST UNIVERSITY HOSPITAL - ZURIQUE); MADEIRA, DANIEL (CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA); BERNARDINO, ANA (CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA); TAVARES, EDITH (CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA)

INTRODUÇÃO:

O bloqueio subaracnóideo contínuo (BSC) é uma técnica bem estabelecida e que tem claras vantagens relativamente ao bloqueio epidural e ao bloqueio subaracnóideo por "single shot", especialmente em idosos e em doentes com patologia cardiorrespiratória severa. O BSC permite: uma reduzida interferência com os sistemas cardiovascular e respiratório; a administração repetida de pequenas doses de anestésico local até se atingir o nível do bloqueio pretendido; e o prolongar da duração da anestesia no caso de cirurgias longas.^{1, 2, 3}

CASO CLÍNICO:

Doente do sexo feminino, 69 anos, ASA III, proposta para revisão de prótese total da anca direita. Antecedentes de estenose aórtica severa, hipertensão pulmonar moderada e hipertensão arterial. Foi colocado um catéter subaracnóideo em L4-L5, e injetado bólus inicial de 1 mL de bupivacaína isobárica a 0,5%, tendo sido conseguido um nível de bloqueio até o dermatótipo T8. De 20 em 20 minutos foi testado o nível anestésico sendo necessário repicagem de 0,5 mL de bupivacaína isobárica a 0,5%. A doente foi sedada durante a cirurgia com perfusão de remifentanilo e propofol. Observou-se estabilidade hemodinâmica durante os primeiros 30 a 45 minutos de cirurgia, dando-se uma diminuição dos valores de tensão arterial, coincidente com o período de maiores perdas hemáticas, tendo sido transfundidas 3 unidades de concentrado eritrocitário. O catéter subaracnóideo permaneceu para analgesia pós-operatória das 24h (bupivacaína a 0,15% a 0,5 mL/h), associado ao paracetamol 1g endovenoso 6/6 horas. Após retirada do catéter a analgesia foi complementada com metamizol e tramadol. O pós-operatório decorreu sem qualquer complicação e a analgesia pós-operatória foi eficaz.

DISCUSSÃO E SUMÁRIO:

A estenose aórtica severa desta doente contraindica relativamente o bloqueio do neuroeixo, no entanto, a sua patologia respiratória recomenda a não utilização de anestesia geral. O BSC combina as vantagens de um bloqueio subaracnóideo "single shot" (rápido início de ação e elevada taxa de sucesso), com os de uma técnica contínua, e além disso, é uma técnica anestésica alternativa à anestesia geral em doentes com patologia cardiorrespiratória severa (em que a anestesia geral poderia prolongar a sua estadia numa unidade de cuidados intensivos, assim como

umentar complicações respiratórias pós-operatórias).

Neste caso o bloqueio subaracnóideo conferiu grande estabilidade hemodinâmica intraoperatória numa doente com estenose aórtica severa e hipertensão pulmonar moderada.

REFERÊNCIAS: Ann Fr Anesth Reanim. 2012 Jun;31(6):557-9. Ann Fr Anesth Reanim. 2006 May;25(5):528-31. Eur J Anaesthesiol 2000 Apr;17(4):239-47.

P47 ID121

MONITORIZAÇÃO DO DÉBITO CARDÍACO EM DOENTE COM ESTENOSE AÓRTICA SEVERA SUBMETIDA A PRÓTESE PARCIAL DA ANCA SOB BLOQUEIO SUBARACNOIDEU CONTÍNUO

DIAS, JOANA (CENTRO HOSPITALAR ALTO AVE - GUIMARÃES); LÚCIA, MARIA (CENTRO HOSPITALAR ALTO AVE - GUIMARÃES); MARINHO, ANA (CENTRO HOSPITALAR ALTO AVE - GUIMARÃES); TINOCO, JOAQUIM (CENTRO HOSPITALAR ALTO AVE - GUIMARÃES); LAGES, NEUSA (CENTRO HOSPITALAR ALTO AVE - GUIMARÃES); CORREIA, CARLO (CENTRO HOSPITALAR ALTO AVE - GUIMARÃES)

INTRODUÇÃO:

Os bloqueios do neuroeixo são habitualmente evitados em doentes com estenose aórtica (Eao) severa, pelas alterações hemodinâmicas secundárias ao bloqueio do sistema nervoso simpático. A monitorização do débito cardíaco (DC) tem sido considerada essencial para a avaliação e orientação de decisões terapêuticas em doentes de alto risco. O LiDCOrapid® é um monitor hemodinâmico minimamente invasivo que utiliza um algoritmo complexo, permitindo a monitorização contínua do DC. Os autores descrevem um caso clínico de doente com Eao severa, em que foi efetuado Bloqueio Subaracnoideu (BSA) contínuo com monitorização do DC.

CASO CLÍNICO:

Mulher, 84 anos, proposta para correção cirúrgica de fratura trocantérica. Estado físico ASA III: Eao severa complicada de ICC classe III, DPOC severa, HTA, FA e cardiopatia isquémica.

TÉCNICA ANESTÉSICA:

Pré-medicada com midazolam (1mg). Foi efetuado bloqueio ecoguiado do nervo femoral, e BSA contínuo. Para a pesquisa do espaço subaracnoideu foi utilizada agulha de Tuohy 18G a nível L3-L4, e foi introduzido um cateter 20G para administração de fármacos.

Para além da monitorização standard, foi colocado cateter arterial radial e CVC na jugular interna direita, e foi efetuada monitorização contínua do DC utilizando o LiDCO rapid®.

Através do cateter subaracnoideu foram administrados

inicialmente dois bólus de 1mg de bupivacaína isobárica a 0,1%, com 3 minutos de intervalo. Uma vez confirmado o nível de bloqueio sensitivo em T10, a doente foi posicionada, procedendo-se ao início da cirurgia. Após 20 minutos de cirurgia foi colocada perfusão subaracnoideia de bupivacaína a 0,1% a 2mL/hora.

Durante todo o procedimento (cerca de 1h30min) a doente manteve-se hemodinamicamente estável e sem oscilação significativa do valor de base do DC.

A analgesia pós operatória consistiu em paracetamol 1g de 6/6 horas e perfusão subaracnoideia de bupivacaína 0,1% a 0,5mL/h durante 48 horas. A dor foi avaliada às 24h e 48h através de escala numérica, com registo de valores de dor de 1 em repouso e 2 em movimento.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

Os monitores de DC minimamente invasivos podem desempenhar um papel importante na abordagem hemodinâmica de pacientes de alto risco submetidos a técnicas loco-regionais, uma vez que permitem não só avaliar a resposta cardíaca ao tipo de anestesia utilizado, mas também monitorizar a administração de fluidoterapia.

No caso clínico apresentado, demonstrou-se que o BSA contínuo é uma técnica anestésica segura e com alterações hemodinâmicas mínimas, podendo ser considerado em doentes nos quais o bloqueio do neuroeixo estaria classicamente contraindicado.

REFERÊNCIAS 1. Collard C *et al.* Continuous spinal anesthesia with invasive hemodynamic monitoring for surgical repair of the hip in two patients with severe aortic stenosis. *Anesthesia & Analgesia* 1995; 81:195-8 | 2. Bliacheriene F *et al.* Utilização de monitor minimamente invasivo não calibrado de débito cardíaco em pacientes submetidas à cesariana sob raquianestesia: relato de quatro casos. *Revista Brasileira de Anestesiologia* 2011; 61: 5: 610-61

P48 ID145

REAÇÃO IDIOSSINCRÁTICA APÓS BLOQUEIO SUBARACNOIDEU

ZENHA, SÉRGIO (HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL); VEIGA, MARIANO (HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL); PASSOS, MADALENA (HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL); GIL, GABRIEL (HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL); VALE, LUÍS (HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL); SEIFERT, ISABEL (HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL)

INTRODUÇÃO

O bloqueio subaracnoideu é hoje em dia uma técnica anestésica amplamente usada em variados procedimentos cirúrgicos e como tal, o manuseio das complicações associadas ao mesmo são parte importante para o seu sucesso.

Os autores reportam um caso de reacção idiossincrática após bloqueio subaracnoideu com levobupivacaína e sufentanil que se manifestou por petéquias generalizadas.

Após revisão bibliográfica, não foi identificado nenhum

caso clínico semelhante.

CASO CLÍNICO

Os autores reportam o caso de um doente do sexo masculino com 71 anos e antecedentes de alcoolismo crónico, demência e tabagismo classificado de ASA 3, proposto para osteossíntese de fratura pertrocantérica do fémur esquerdo em regime de urgência. Como técnica anestésica foi proposto bloqueio subaracnoideu na ausência de contra-indicação.

Após entrada na sala operatória e confirmada a patência do acesso vascular periférico (18G), o doente foi monitorizado com os parâmetros standard da ASA. Sob oxigenoterapia por cânula nasal e em decúbito lateral direito, foi realizada a técnica a nível de L3-L4 com agulha 22G ponta de lápis, por via mediana por punção única e atraumática, tendo sido administrado 10mg de levobupivacaína e 2,5 µg de sufentanil intratecal. Obteve-se bloqueio sensitivo a nível de T6, sem importantes alterações hemodinâmicas.

Cerca de 25 min após injeção intratecal foram constatadas petéquias generalizadas a nível dos membros inferiores e tronco sem sintomatologia associada ou alterações de parâmetros vitais.

Optou-se pelo cancelamento da intervenção cirúrgica, o doente foi transferido para a Unidade de Cuidados pós Anestésicos (UCPA) e foi solicitada a colaboração da Medicina Interna que sugeriu administração de um bólus único de metilprednisolona 40mg ev e vigilância clínica e analítica na enfermaria.

Foram colhidas análises sanguíneas, nomeadamente hemograma e estudo da coagulação cujos resultados foram normais, semelhantes ao pré-operatório.

A reversão do bloqueio ocorreu ao fim de 2h50min da injeção. Durante a permanência na UCPA o doente manteve-se assintomático e sem alterações dos parâmetros vitais.

O desaparecimento das petéquias ocorreu de forma gradual ao longo de 4 dias. Não houve alterações clínicas e analíticas durante este período.

DISCUSSÃO

As complicações associadas ao bloqueio subaracnoideu incluem complicações da própria técnica ou dos fármacos administrados.¹ Apesar disso, podem ocorrer reacções idiossincráticas cuja etiologia desconhecida torna o seu manuseamento desafiante. Neste caso após revisão bibliográfica, não há associação entre os fármacos usados ou a técnica em si e o aparecimento de petéquias. Podendo estas ser causadas por uma pressão excessiva tecidual,² julgamos que a vasodilatação associada ao bloqueio subaracnoideu poderá ter algum impacto na génese desta incomum reacção.

REFERÊNCIAS 1. *Anesth Clin North Am* 2002; 20:669 | 2. Robbins Basic Pathology (8th ed.). Saunders Elsevier. p. 86;

P49 ID159

BACTERIAL MENINGITIS AFTER SPINAL ANESTHESIA

FIGUEIREDO, JOANA (HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA); CHUMELA, TERESA (HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA); BEZERRA, CLÁUDIA (HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA); FERNANDES, PAULA (HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA); AMARAL, JOANA (HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA); FERREIRA, DANIEL (HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA)

INTRODUÇÃO:

Bacterial meningitis is a rare but very serious complication after spinal anesthesia. We report a case of Enterococcus faecalis meningitis in a patient after uncomplicated orthopedic surgery performed during spinal anesthesia.

78-yr-old female proposed for hip replacement surgery. Classified as ASA II (hypertension, obesity, degenerative osteoarticular disease) underwent spinal anesthesia, the anesthetist performing the block wore a mask and gloves and used autoclave sterilized dressing pack and sterile disposable needles and syringe. The lumbar skin area appeared normal and was prepared with chlorhexidine-alcohol-solution. The lumbar puncture was accomplished with a 25-gauge Quincke needle on the first attempt. Cerebrospinal fluid (CSF) was clear, 12,5mg of 0,5% Levobupivacaine (2,5ml) and 2,5mcg of Sufentanil (0,5ml) was injected, and satisfactory spinal block was achieved. 72 hours after the surgery, the patient complained of severe headache and nausea, with a tympanic temperature of 38,5°C. The possibility of meningitis was considered and a lumbar puncture was performed. The CSF was turbid and Enterococcus faecalis was found in bacterial culture. Intravenous dexamethasone and linezolid was stated. The patient was discharged home on the thirteenth postoperative day with no residual neurologic deficit.

Bacterial meningitis is a common and devastating illness that presents as a medical emergency requiring considerable diagnostic and therapeutic skills. Because lumbar puncture bypasses all the natural defense barriers of the central nervous system, it carries a risk of introducing infection and causing meningitis.¹

Bacterial meningitis after spinal anesthesia has been only rarely reported.² It can be caused by three possible mechanisms: hematogenous spread, equipment and anesthetic drug contamination, and break in the sterile technique.³ The source of the bacteria in our patient remained unclear. E. faecalis is a gram-positive, commensal bacterium inhabiting the gastrointestinal tracts, oral cavity and the skin. It is unlikely that surgery resulted in bacteremia. Even though an aseptic procedure was carefully followed, it is probable, that the bacterium was introduced to the spinal space during spinal puncture. A thorough knowledge and practice of aseptic techniques is crucial in performing spinal and extradural anesthesia.

REFERÊNCIAS: 1. Burke D. Meningitis after spinal anaesthesia. BJA 1997; 78: 635-636 | 2. Wedel D. Regional anesthesia in the febrile

or infected patient, Regional Anesthesia and Pain Medicine Vol.31 No.4 July-August 2006 | 3. Laurila J. Streptococcus salivarius meningitis after spinal anesthesia, Anesthesiology 1998; 89: 1579-1580.

P50 ID173

SÍNDROME DE HIPOTENSÃO DO LÍQUOR PÓS-PUNÇÃO DA DURAMÁTER REVISÃO DE 5 ANOS

SILVA, ANA (CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE O DOURO E VOUGA); SILVA, EMÍLIA (CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE O DOURO E VOUGA); AFREIXO, VERA (UNIVERSIDADE DE AVEIRO); FONTE, ANA (CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE O DOURO E VOUGA); LEÃO, PEDRO (CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE O DOURO E VOUGA); PACHECO, MARCOS (CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE O DOURO E VOUGA)

INTRODUÇÃO:

O SHLPPD é uma complicação conhecida da anestesia raquidiana e epidural com punção acidental da duramáter (PAD), cuja incidência é influenciada pelo: tamanho e modelo da agulha, direção do bisel na perfuração da duramáter, número de picadas, experiência do profissional que realiza a técnica, idade e sexo do paciente e história prévia do síndrome.¹ O objetivo do estudo foi fazer uma revisão dos casos de SHLPPD dos últimos 5 anos no CHEDV.

METODOLOGIA:

Fez-se avaliação retrospectiva dos casos de SHLPPD ocorridos entre 01/2008 e 09/2012 no CHEDV através da revisão dos processos clínicos de doentes a quem foi prescrito o protocolo de tratamento do nosso hospital. Excluíram-se aqueles com processo incompleto ou história de cefaleias crônicas.

Fez-se descrição das variáveis (idade, sexo, cefaleias, alterações visuais, náuseas, vômitos, técnica anestésica, posicionamento intra-operatório, especialidade, agulha e experiência do médico) em termos de proporções de ocorrência e estabeleceram-se associações significativas entre elas.

RESULTADOS:

Foram sujeitos ao protocolo de tratamento 0,36% dos doentes submetidos a anestesia do neuroeixo. A descrição das variáveis é apresentada na tabela 1.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

A nossa incidência de SHLPPD é inferior aos valores apontados na literatura, devido possivelmente ao método de colheita de dados (casos menos exuberantes não sujeitos ao protocolo de tratamento não foram identificados).

Verificou-se maior prevalência em mulheres e média de idades aproximada de 43 anos (concordante com a literatura). A associação entre posicionamento intra-operatório ou experiência do médico com a incidência do síndrome não foi demonstrada.

Em 5 casos foi estabelecido diagnóstico de SHLPPD sem o sintoma mais comum, a cefaleia.

Idade	Média 42,9 (min. 18; máx. 82)
Sexo	Feminino 86,7% Masculino 13,3%
Cefaleias	95,3%
Alterações Visuais	12,5%
Náuseas	35,9%
Vômitos	23,4%
Técnica anestésica	BSA 78,9% Bloqueio epidural com PAD 21,1%
Posicionamento intra-operatório	Ginecológico 40,6% Não ginecológico 59,4%
Especialidade	Ortopedia 11,7% Ginecologia 18,8% Cirurgia Geral 45,3% Urologia 0,8% Obstetrícia 23,4%
Agulha	25G 43,0% 27G 22,7% 29G 0,8% Tuohy 33,5%
Experiência do médico	Interno 5,5% Especialista 94,5%

Tabela 1 - Descrição das variáveis.

Colocou-se a hipótese da PAD com agulha de Tuohy causar um quadro clínico mais exuberante dado o maior diâmetro da agulha, comparativamente às agulhas da anestesia raquidiana. Porém, os resultados revelaram associação estatisticamente significativa entre a presença de náuseas/vômitos apenas com o BSA e não com o bloqueio epidural.

REFERÊNCIAS: 1.Br J Anaesth 2003; 91: 718-29

P51 ID184

COMPARAÇÃO DOS BLOQUEIOS EPIDURAL E PLEXO LOMBAR NA ARTROPLASTIA DA ANCA: ANALGESIA PÓS-OPERATÓRIA, EFEITOS SECUNDÁRIOS E COMPLICAÇÕES

COSTA, GABRIELA (CENTRO HOSPITAL DO TÂMEGA E SOUSA); CARVALHO, INÊS (CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL); CASTRO, ANA (INSTITUTO DE TELECOMUNICAÇÕES, FACULDADE DE CIÊNCIAS DA UNIVERSIDADE DO PORTO); LAGES, NEUSA (CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE); CORREIA, CARLOS (CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE)

INTRODUÇÃO E OBJECTIVOS:

Estudos preliminares sugerem eficácia analgésica pós-operatória do bloqueio do plexo lombar contínuo (BPLC) na artroplastia total da anca (PTA).¹ Pretende-se verificar vantagens do BPLC na analgesia pós-operatória (PO), efeitos secundários (ES) e complicações do cateter (CC) em relação à epidural (EP) em PTA e revisão de PTA (RPTA).

METODOLOGIA:

Análise retrospectiva dos registos da Unidade de Dor Aguda (UDA) de doentes submetidos a PTA e RPTA com analgesia PO EP ou BPLC em 2011-2012. Analisados 149 doentes relativamente à incidência e intensidade de dor (escala 0-10) em repouso (REP) e movimento (MOV), doses de resgate, ES e CC. Análise estatística com SPSS v17.0.

RESULTADOS:

Amostra geral com 149 doentes; idade 67.13±17.40; 69 mulheres; 8 ASA I, 86 ASA II e 30 ASA III (25 missing); 2 grupos de analgesia PO-77 EP e 72 BPLC. Todos os testes aplicados apresentam P<0.05 significativo. Grupos não têm diferenças significativas em relação à idade (t-test), estado físico ASA, tipo de cirurgia (qui-quadrado) e tempo até alta da UDA (89.1% às 72 horas), mas há diferenças na distribuição de sexos - mais mulheres no grupo EP (qui-quadrado). Os quadros mostram a incidência de dor PO em REP e MOV (Quadro 1) e ES e CC (Quadro 2) em cada grupo.

	Dor 1º dia PO		Dor 2º dia PO		Dor 3º dia PO	
	REP	MOV	REP	MOV	REP	MOV
EP	17	33	8	19	2	7
BPLC	17	24	5	13	2	3

Quadro 1

	Sedação	Bloqueio Motor (BM)	Bloqueio Sensitivo (BS)		Nauseas/Vômitos (NVPO)		Prurido	CC
Grau	1	1	1	2	1	2	1	2
EP	-	3	18	2	6	2	6	1
BPLC	1	1	11	-	2	-	-	1

Quadro 2

Nota: Sedação (1-sonolento); BM (1-incapacidade de extensão perna); BS (1- analgesia tátil, 2-ausência de percepção); NVPO e Prurido (1-ligeiro, 2-moderado); E-externalização.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

Inexistência de estudos clínicos comparativos do BPLC com EP para analgesia PO suscitou interesse.¹ Os grupos EP e BPLC não diferem em relação ao número e intensidade das queixas de dor nem à incidência de doentes com necessidade de doses de resgate (17 EP vs. 15 BPLC). O grupo EP apresenta diferença significativa no número de BS (20 EP vs. 11 BPLC) e ocorreu prurido apenas neste grupo (7). A incidência de NVPO foi superior no grupo EP, contudo diferenças na distribuição de sexos podem ser fator de viés. A incidência rara dos restantes ES não permite inferir acerca de outras diferenças entre grupos, sendo preciso amostras maiores.

REFERÊNCIAS: 1. BJA, 2008; 8: 56 – 61.

P52 ID2

COMPARAÇÃO DE SUGAMMADEX VERSUS NEOSTIGMINA PARA REVERSÃO DO BLOQUEIO NEUROMUSCULAR EM CIRURGIA BARIÁTRICA: OUTCOME CLÍNICO E SEGURANÇA

CASTRO, DIOGO (CHEDV); LEÃO, PEDRO (CHEDV); BORGES, SANDRA (CHEDV); GOMES, LINO (CHEDV); PACHECO, MARCOS (CHEDV)

INTRODUÇÃO E OBJECTIVOS:

Recentemente, o tratamento cirúrgico da Obesidade tem ganho cada vez mais aceitação pela comunidade científica. Em 2003, desenvolvemos o nosso protocolo anestésico para cirurgia bariátrica (CB) que tem vindo a ser rigorosamente aplicado na tentativa de reduzir a morbimortalidade associada à CB. Durante este tipo de cirurgia, é necessário um relaxamento muscular (RM) intenso e a sua reversão é sempre um momento crítico durante a Anestesia. O nosso objectivo foi comparar o uso de sugammadex (Sug) *versus* neostigmina (Neo) em relação a segurança e outcome clínico na CB.

MATERIAL E MÉTODOS:

Um estudo prospectivo controlado com 88 ASA III doentes obesos propostos para CB com remifentanil, propofol e rocurónio ($0,9\text{mg}\cdot\text{kg}^{-1}$ para peso corporal ideal (PCI)) para indução e halogenados para manutenção. Para a reversão do RM os doentes foram randomizados para grupo 1 - Sug $2\text{mg}\cdot\text{kg}^{-1}$ PCI ou grupo 2 - Neo $70\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$ PCI após aparecimento de TOF T2 e extubação após TOF rácio $> 0,9$. Avaliamos eventos respiratórios, estado cognitivo após anestesia, sinais de RM residual, presença de dor pós-operatória e necessidade de oxigenoterapia suplementar para $\text{SatO}_2 > 92\%$ no recobro. χ^2 e teste *t-student* para tratamento estatístico ($p < 0,05$ para significância).

Resultados:

	Grupo 1	Grupo 2
Sexo - M:F (n)	4:40	4:40
Idade (anos) (média; DP)	39.7 (9.5)	35.9 (9.3)
IMC (kg/m^2) (média; DP)	41.2 (4.7)	41.1 (3.7)

Dados demográficos

Não se encontrou diferenças demográficas entre grupos.

Outcome Clínico

O grupo Sug teve melhores saturações de O₂ após a anestesia, sem nenhum caso de RM residual e com um acordar da anestesia muito mais calmo e pacífico, referindo menores scores de dor no recobro e com menores necessidades de oxigenoterapia suplementar.

	Grupo 1	Grupo 2	Valor P
SatO ₂ média após anestesia em % (média; DP)	96.7 (1.5)	95.4 (2.2)	0.022
Escala de Ramsay grau II - paciente calmo e cooperante (n)	42	19	0.037
Presença de sinais de RM residual (n)	0	2	0.212
Presença de EVA < 3 à chegada ao recobro (n)	17	24	0.159
Necessidade de Oxigenoterapia suplementar (n)	11	27	0.023

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

Os nossos resultados mostram que o Sugammadex melhora o outcome clínico na CB. Desta forma, alteramos o nosso protocolo, de forma a melhorar a prática anestésica na CB e de forma a aumentar a satisfação dos nossos doentes.

P53 ID137

DOSE ELEVADA DE ROCURÓNIO PARA INTUBAÇÃO DE SEQUÊNCIA RÁPIDA EM CIRURGIA CARDÍACA

MOTA, GUILHERME (HOSPITAL DE SANTA MARIA); SANTOS, VERA (HOSPITAL DE SANTA MARIA); SANTOS, JOÃO (HOSPITAL DE SANTA MARIA); MARQUES, MIGUEL (HOSPITAL DE SANTA MARIA); PEREIRA, RICARDO (HOSPITAL DE SANTA MARIA); VILELA, HUGO (HOSPITAL DE SANTA MARIA)

INTRODUÇÃO E OBJECTIVOS:

Nos doentes submetidos a cirurgia cardíaca é importante minimizar a resposta cardiovascular à intubação traqueal. Nestes doentes um rápido controle da via aérea é também frequentemente necessário. O rocurónio é o único relaxante neuromuscular (RNM) não despolarizante indicado para intubação de sequência rápida (ISR).¹

O objetivo deste estudo foi determinar a adequabilidade do rocurónio, na dose de $1\text{mg}\cdot\text{kg}^{-1}$ intravenoso (iv), para ISR em doentes propostos para cirurgia cardíaca.

MATERIAL E MÉTODOS:

Foram incluídos neste estudo 37 doentes. O bloqueio neuromuscular (BNM) foi monitorizado utilizando a acelero-miografia, com estimulação repetida do nervo cubital através de uma sequência de 4 estímulos (padrão *train-of-four* [TOF]). Considerou-se adequado para uma ISR um tempo de instalação de BNM profundo (ausência de respostas ao TOF) inferior a 90 segundos. O tempo de instalação do BNM profundo foi definido como o tempo decorrido entre a administração de rocurónio $1\text{mg}\cdot\text{kg}^{-1}$ iv e a ausência quer de

respostas à estimulação TOF detetadas por aceleromiografia, quer da visualização da contração do músculo adutor do polegar. Nos casos em que os critérios para BNM profundo não fossem atingidos em 5 minutos após administração de rocurónio, o tempo de instalação era considerado de 300 segundos. Foram registados os sinais vitais durante os 5 minutos após a administração do RNM ou até à utilização de fármacos vasoativos. As condições de intubação foram verificadas aquando da intubação traqueal. Os testes T de Student e Qui-quadrado foram utilizados para variáveis contínuas e categóricas, respetivamente. Uma análise de regressão logística multivariada foi realizada para identificação de preditores independentes de uma instalação tardia do BNM profundo (tempo superior a 90 segundos). Um valor $P < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

A média (DP; intervalo) do tempo para instalação do BNM profundo foi 148,9 segundos (68,7; 50 a 300). Quatro doentes (10,8%) apresentaram um tempo superior a 5 minutos. Apenas um doente apresentou um tempo inferior a 60 segundos (2,7%). A média (DP; intervalo) do aumento dos valores basais de frequência cardíaca e pressão arterial média após administração de rocurónio foi 6,0% (9,4; 0 a 43,1) e 1,8% (5,5; 0 a 18,2) respetivamente. A análise de regressão multivariada não identificou fatores preditores independentes de instalação tardia do BNM profundo.

CONCLUSÕES:

O rocurónio na dose de 1 mg.kg⁻¹ iv esteve associado a uma instalação tardia do BNM profundo e não se revelou adequado para ISR na nossa população de doentes.

Referências: 1. J Emerg Med. 2009 Aug; 37 (2): 183-8

P54 ID162

ACCIDENTAL INTRAVENOUS ADMINISTRATION OF ROPIVACAINE IN A CHILD: SIMULATION OF PEAK PLASMA CONCENTRATION THROUGH NON-LINEAR MIXED EFFECT MODELING

PEREIRA, LUCIANO (HUC-CHUC, EPE); ABRANTES, JOÃO (CENTRO DE NEUROCIÊNCIAS E BIOLOGIA CELULAR & FACULDADE DE FARMÁCIA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA); FALCÃO, AMÍLCAR (CENTRO DE NEUROCIÊNCIAS E BIOLOGIA CELULAR & FACULDADE DE FARMÁCIA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA); MADRIGAL, ANGEL (HOSPITAL PEDIÁTRICO-CHUC, EPE)

BACKGROUND:

Ropivacaine has become a commonly used local anesthetic in pediatric patients, but there are only a few data of clinical misuse in this age group. We report a boy who received a total of 72 mg of Ropivacaine 0,2% over a period of 7:30 hours through the central iv line.

CASE REPORT:

The 8 years old, 24 kg, ASAII boy was scheduled for elective excision of a Tibial Ewing's Sarcoma. After induction of General Anesthesia, a Epidural Catheter was inserted on L3-L4 and an initial dose of 8ml of Ropivacaine 0,375%

administered via Epidural catheter. An infusion of Ropivacaine 0,2% at 4,8 ml/h for perioperative analgesia was started 90 minutes later. This solution was accidentally connected to the central iv line and the mistake was noted 7:30 hours later, when the administration through this route was immediately stopped. There weren't any signs of adverse effects. Surgery ended 11:30 hours later, the patient was then transferred to the Pediatric Intensive Care Unit, where he was extubated without any sequel from the accident.

DISCUSSION:

We only found two reports of children receiving iv infusions of Ropivacaine, both without any adverse effects^{1,2}.

Blood samples weren't collected because the surgery required attention. The main question stands as: is the achieved peak plasma concentration above the value of 0.34 mg/L (threshold for systemic toxicity of unbound ropivacaine)? After analyzing previous cases, a population pharmacokinetic modelling was carried out through non-linear mixed effect modelling using the first-order method (FO) and Monte Carlo simulations (replications), both performed in NONMEM (version 7.2.0).

The concentrations achieved during and after the end of the accidental intravenous infusion of ropivacaine are shown in the plot. We may check that the practical steady-state concentration (C_{ss}) – difference between the infusion rate and the elimination rate – was not achieved. This means that the maximum concentration level (C_{max}) was achieved at the exact moment the infusion stopped, to be precise, at t=7.5 h. The simulated value for C_{max} was 0.200275 mg.L⁻¹ (90% prediction interval: 0.182276 - 0.21783).

Therefore, the infusion of 4.8 ml/h during 7.5 hours of ropivacaine 0.2 % does not appear to induce CNS toxicity in the 8 years old patient with 24 kg.

Furthermore, since the cardiovascular system is more resistant to the adverse effects of local anaesthetics than CNS, there is no reason to think that cardiovascular toxicity has occurred.

REFERÊNCIAS: 1. Paediatr Anaesth 2000;10:563-564 | 2.Paediatr Anaesth 2002;12:85-89 | 3.Brit J Anaesth 1997;78:507-514 | 4.Anesth Analg 1989;69:563-569 | 5.Brit J Anaesth 2011;107:409-424

P55 ID17

ANESTHESIA FOR PEDIATRIC HEART CATERIZATION, WHAT HAVE CHANGED IN ONE DECADE?

FERREIRA, PAULO ROBERTO (CHUC-HG); LOPES, ANA (CHUC-HG); MARQUES, SOFIA (CHUC-HUC); MADRIGAL, ANGEL (CHUC-HP); INÁCIO, RAQUEL (CHUC-HG); FERNANDES, FRANCISCO (CHUC-HUC)

BACKGROUND:

The number of pediatric patients undergoing cardiac

catheterization to treat congenital heart disease is increasing.^{1,2} Since 2000 our hospital is performing these procedures with anesthesia or monitored anesthesia care.

METHODS:

A total of 1071 consecutive cardiac catheterizations performed between January 2000 and May 2012 were retrospectively analyzed and compared in two groups: before (A) and after 2007 (B), using SPSS.

RESULTS:

Group A included 537 procedures (244 F, 293 M), 92.9% elective, group B 534 procedures (244 F, 290 M), 92.4% elective, which suggests the low incidence of critical events in this population. The mean age in group A was 5.4 years, the mean weight 19.4 Kg \pm 15.8 and the average ASA status 2.15 \pm 0.7; group B age 5.6 years, mean weight 20.7 \pm 18.2 Kg, ASA 2.31 \pm 0.7.

In group A, 78.5% were diagnostic procedures (Dx), 10.3% Arterial ductus closure (AD), Pulmonary valvuloplasty (PV) 3.7%, Aortic angioplasty (AA) 1.3%, Interatrial communication closure (IAC) 1.3%, Aortic valvuloplasty (AV) 1.1%, other 3%.

In group B: Dx 60.1%, AD 14%, PV 5.6%, AA 2.4%, IAC 8%, AV 2.2%, Intraventricular communication closure (IVC) 1.1%, other 6.6%. Dx frequency decrease suggests echocardiography and MRI are being preferred. AD is the commonest probably because it's more prevalent, its recent increase suggests that as the team's experience and skills grows, more complex abnormalities are being corrected by catheterization instead of open chest surgery.

Anesthetic technique in group A: 68.5% Balanced general anesthesia (BGA), 13.5% Total intravenous (TIVA), 0.7% Inhaled anesthesia (IA), 11.6% Dissociative (DA) and 5.4% Monitored anesthesia care (MAC); Group B: BGA 90.5%, TIVA 1.1%, IA 1.9%, MAC 6.9%. A vaporizer wasn't available in the first years, DA has been abandoned for this procedure in our center.

Procedure duration in group A: <1hour 31.1%, 1-2h 58.4%, 2-4h 9.7% and >4h 0.7%. Group B: <1hour 18.1%, 1-2h 63.9%, 2-4h 16.6% and >4h 1.5%. Diagnostic procedures turned into therapeutic have increased as the spectrum of defects being corrected expanded. This explains the overall increase in procedure's duration. Dx duration is decreasing.

DISCUSSION AND CONCLUSION:

As the capabilities and indications of heart catheterization are growing, anesthesia will be required for longer and more complex interventions in the pediatric population.

REFERENCES: 1. Appl Cardiopul P. 2009; 13:34-40 | 2. *Anesthesiology Clinics*. 2009; 27:47-56

P56 ID24

CRISTALÓIDES E COLÓIDES E SUA INFLUÊNCIA NA HEMÓSTASE DOS DOENTES PEDIÁTRICOS SUBMETIDOS A CIRURGIA DE ESCOLIOSE

LOPES, ANA (CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - HOSPITAL GERAL); MADRIGAL, ANGEL (CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - HOSPITAL PEDIÁTRICO); BERNARDINO, ANA (CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - HOSPITAL GERAL); OLIVEIROS, BÁRBARA (LABORATÓRIO DE BIOESTATÍSTICA E INFORMÁTICA MÉDICA - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA)

INTRODUÇÃO:

Na população pediátrica, a artrodese posterior da coluna para correção de escoliose está entre as cirurgias ortopédicas mais complexas e invasivas¹, sendo esperada uma necessidade significativa de reposição volêmica, nomeadamente com cristalóides e colóides.² O objetivo do presente estudo susteve-se na avaliação das necessidades médias de cristalóides e colóides e sua influência na hemóstase.

METODOLOGIA:

Análise retrospectiva dos registos anestésicos de doentes pediátricos submetidos a artrodese posterior da coluna entre Fevereiro de 2011 e Julho de 2012. Os dados foram analisados por SPSS 20.00 (médias, desvios padrão, percentagens e testes t de Student, de correlação de Spearman e Pearson). Excluíram-se doentes com idade inferior a 10 anos.

Resultados:

Analisaram-se dados de 46 doentes. A média \pm desvio padrão (DP) de administração de cristalóides foi 9,85 \pm 2,92 ml/Kg/h. Administraram-se colóides em 97,8% dos doentes (n=45), com uma média \pm DP de 13,9 \pm 4,83 ml/Kg. Os cristalóides mais utilizados foram Lactato de Ringer (n=46), NaCl 0,3%+Glicose 3% (n=46) e NaCl 0,9% (95,7%, n=44). Os colóides mais administrados foram hidroxietilamido (130/0.4) 6%+NaCl 0,9% (82,6%, n=38, média \pm DP = 12,18 \pm 3,91 ml/Kg) e albumina humana 20% (76,1%, n=35, média \pm DP = 1,85 \pm 1,1 ml/Kg). A maior administração de cristalóides ($\rho=+0.456$, $p=0.003$) e colóides ($\rho=+0.461$; $p=0.002$) associou-se à maior administração de concentrado de eritrócitos. Observou-se correlação estatística entre a administração de maior volume de colóides e uma maior diferença entre os valores de international normalized ratio (INR) pré e pós-operatórios ($r=+0.475$; $p=0.001$), assim como, dos valores de *activated partial thromboplastin time* (aPTT) pós-operatório imediato e seu controlo ($r=+0.420$; $p=0.004$). Não houve registo de complicações hemorrágicas no intra e pós-operatório imediato.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

Neste estudo, as necessidades intra-operatórias de cristalóides e colóides foram significativas. As alterações do INR e aPTT pós-operatórios, embora estatisticamente significativas, não condicionaram complicações clínicas. Os cristalo-

lóides e colóides (nos volumes supracitados) revelaram-se seguros nos doentes pediátricos sujeitos a cirurgia posterior de escoliose.

REFERÊNCIAS: 1 *Transfusion* 2011; 51: 2133-2141 | 2. *Cont Edu Anaesth, Crit Care & Pain* 2006; 6: 13-16.

P57 ID75

SINDROME DE TREACHER COLLINS (STC) UM VERDADEIRO DESAFIO ANESTÉSICO

COSTA, DINIS (HOSPITAL DE BRAGA); LOURO, JULIANA (HOSPITAL DE BRAGA); NUNES, MARIA JOSÉ (CENTRO HOSPITALAR DO PORTO); PEREIRA, MARIA JOSÉ (HOSPITAL DE BRAGA)

INTRODUÇÃO:

STC, conhecida como disostose mandíbulo-facial, uma doença genética rara caracterizada por deformidades craniofaciais. Mutações no gene TCOF1, no cromossoma 5, é responsável pela síndrome.¹

Caracterizada por hipoplasia malar, maxilar e mandibular, micrognatismo, anormalidades do ouvido externo, inclinação antimongolóide das fissuras palpebrais e palato estreito, frequentemente associadas a malformações cardiovasculares.

Estes doentes apresentam uma previsível via aérea difícil, sendo um verdadeiro desafio para qualquer anestesiológista. O objetivo é descrever as implicações anestésicas, que um doente com a STC apresenta.

CASO CLÍNICO:

Feminino, 12 anos, 42 Kg, ASA II, proposta para cirurgia programada, correção de microtia bilateral. Diagnóstico de STC e antecedentes de 4 procedimentos cirúrgicos crânio-faciais. Referenciada como via aérea difícil, com laringoscopia directa, grau IV (Cormack&Lehane), tendo como recomendação, intubação por broncofibroscopia optica (BFO).

No pré-operatório, na avaliação da via aérea apresentava razoável mobilidade cervical, má abertura de boca e Mallampati 4. Sem alterações cardiovasculares, com alta por Cardiologia há um ano. Planeado a intubação por BFO e solicitado vaga na Unidade de Cuidados Intensivos.

No dia da cirurgia, preparado todo o material para intubação BFO, mas tendo disponível a videolaringoscopia ("GlideScope") decidiu-se utiliza-la como primeira tentativa de laringoscopia. Monitorização segundo standards da ASA e pré-medicada com midazolam endovenoso (1mg). Indução com fentanil (2µg/Kg) e propofol (2mg/Kg), sem dificuldades de ventilação com máscara facial, seguida de laringoscopia com "GlideScope". Referenciada com laringoscopia directa, grau IV (Cormack&Lehane), é modificada com "GlideScope" para grau I-II (Cormack&Lehane).

Entubado com tubo 6,5 mandrilado, sem intercorrências. Manutenção com mistura de ar+oxigénio+sevoflurano.

Ao fim de 2 horas de cirurgia, sem intercorrências, foi encaminhada para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, onde permaneceu cerca de 3 horas, sem complicações.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

Os doentes com STC devido á deformidade facial marcada, por vezes com obstrução das vias aéreas superiores, torna a ventilação e a entubação endotraqueal uma tarefa bastante difícil.

Características anatómicas, como as do caso relatado, com alterações da mobilidade cervical, limitada mobilidade da articulação temporo-mandibular, má abertura da boca, micrognatismo marcado, macroglossia relativa como consequência das anormalidades esqueléticas, o tornam uma previsível via aérea difícil.

"GlideScope" como primeira abordagem da via aérea desta doente, fez com que toda a estratégia anestésica fosse repensada e com novas informações para procedimentos no futuro. A doente deixa de ser referenciada para entubação com BFO que realizou nos procedimentos anteriores, para a indicação com "GlideScope" que demonstrou ser um instrumento útil, seguro, portátil, com uma curva de aprendizagem mais rápida que a entubação com BFO, permitindo uma visualização das estruturas glóticas e consequentemente uma diminuição evidente da incidência de dificuldade de entubação desta doente.^{2,3}

REFERÊNCIAS: 1 *Paediatr Anaesth*. 2012 Aug;22(8):752-8 | 2. *J Anesth*. 2008;22(2):186-8 | 3. *J Craniofac Surg*. 2011 Jan;22(1):255-6

P58 ID92

INCIDÊNCIA DE HIPOXEMIA NA REALIZAÇÃO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA E BRONCOSCOPIA NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA COM A UTILIZAÇÃO DA BRONCHOSCOPY MASK - INTERSURGICAL®

SANTOS, FRANCISCA (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO); MOREIRA, JOANA (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO); PEREIRA, HÉLDER (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO); VARGAS, SUSANA (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO); BARROS, FERNANDA (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO)

Introdução:

A broncoscopia flexível (BF) e a endoscopia digestiva alta (EDA) são procedimentos frequentes na população pediátrica, com intuito diagnóstico e/ou terapêutico. As máscaras *Bronchoscopy Mask – Intersurgical®* permitem a administração de oxigénio, anestésicos inalatórios, pressão positiva contínua nas vias aéreas e ventilação intermitente durante a realização de EDA ou BF. O objetivo

deste estudo foi avaliar a incidência de hipoxemia durante a realização de EDA ou BF na população pediátrica.

MATERIAL E MÉTODOS:

Foram incluídos no estudo os doentes com idade inferior a 18 anos submetidos a EDA ou BF na nossa instituição, entre Junho de 2011 e Junho de 2012. Foram colhidos os seguintes dados: idade, classificação da *American Society of Anesthesiologists* (ASA), procedimento realizado (EDA ou BF), duração da anestesia e o menor valor de saturação de oxigénio arterial (SatO₂). Foram critérios de exclusão a utilização de outros dispositivos da via aérea que não a máscara *Bronchoscopy Mask - Intersurgical*[®] e doentes sem registos anestésicos. Considerou-se hipoxemia leve a moderada um valor de SatO₂ inferior ou igual a 94% e hipoxemia grave um valor de SatO₂ menor que 90%. Para análise estatística, usaram-se o teste exato de Fisher e teste qui-quadrado.



RESULTADOS:

Dos 105 doentes estudados, 87 (82.9%) foram incluídos neste estudo. Durante a realização destes procedimentos observou-se uma incidência de hipoxemia leve a moderada de 36.8 % (32 casos) e uma incidência de hipoxemia severa de 20.7 % (18 casos). Nos doentes que desenvolveram hipoxemia leve a moderada não encontramos diferenças quanto ao estado físico da ASA superior a II (p=0.61), duração de procedimento igual ou superior a 30 minutos (p=0.69), idade (inferior a 10 anos [p= 0.08], igual ou superior a 10 anos [p=0.08]) e tipo de procedimento: EDA (p=0.95) e BF (p=0.26). Nos doentes que desenvolveram hipoxemia severa, não encontramos diferenças em relação ao estado físico ASA superior a II (p=0.28), idade (inferior a 10 anos [p= 0.06], igual ou superior a 10 anos [p=0.06]) e duração do procedimento (igual ou superior a 30 minutos [p=0.07]). Em relação aos procedimentos,

apenas se verificou hipoxemia severa de forma significativa na BF (p=0.025).

CONCLUSÃO:

Observou-se uma incidência considerável de hipoxemia nos procedimentos utilizando a *Bronchoscopy Mask - Intersurgical*[®]. Nos casos em que esta ocorreu, não se conseguiu encontrar associação com nenhuma das variáveis do estudo, exceto em relação a incidência de hipoxemia grave na BF.

REFERÊNCIAS: 1. Paediatr Anaesth. 1999;9(1):47-52 | 2. Intensive Care Med. 2010 Jan; 36(1):143-7. doi: 10.1007/s00134-009-1662-6.

P59 ID164

MÁSCARA LARÍNGEA I-GEL E PAVILHÃO AURICULAR: COINCIDENTES E CONSISTENTES NO USO PEDIÁTRICO

LOURO, JULIANA (HOSPITAL DE BRAGA); FIGUEIREDO, JOSÉ NUNO (CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA); VARGAS, SUSANA (HOSPITAL DE S.JOÃO); BARROS, FERNANDA (HOSPITAL DE S. JOÃO)

INTRODUÇÃO:

A escolha do tamanho da máscara laríngea (ML) e a correta colocação na população pediátrica foi relacionada com o peso.

Um novo método de escolha do tamanho da ML foi descrito para a LMA[®] clássica: o tamanho da ML com o cuff semi-preenchido é determinado tendo em conta as dimensões do pavilhão auricular das crianças.

Pretende-se com este estudo testar a hipótese de que o tamanho do pavilhão auricular das crianças pode ser utilizado para determinar o tamanho correto da ML *I-Gel*[®].

METODOLOGIA:

Estudo descritivo, numa população de 72 crianças, com idades inferiores a 18 anos, em que foi utilizada ML durante a anestesia. Foram excluídas todas as crianças propostas para cirurgia urgente, com estômago cheio, história de lesão orofaríngea (excluindo hipertrofia amigdalina), hérnia do hiato ou diminuição da compliance pulmonar ou da parede torácica.

As dimensões horizontal e vertical do pavilhão auricular foram medidas em todas as crianças. O tamanho da ML *I-Gel*[®] foi escolhido por comparação visual com o pavilhão auricular. Na dúvida entre dois tamanhos, o tamanho maior foi escolhido. Tamanhos acima e abaixo estavam disponíveis para troca imediata.

Considerou-se uma escolha correta quando permitia uma ventilação eficaz com fuga inferior a 5% entre o

volume inspirado e expirado sob Pressão das Vias Aéreas inferior a 20 cm H₂O.

RESULTADOS:

Observou-se Inserção e ventilação adequadas na primeira escolha em 66 crianças (91,7%). Seis crianças (8,3 %) necessitaram de uma segunda escolha sendo a principal razão fuga audível por tamanho pequeno de ML.

CONCLUSÕES:

Este método de escolha da ML *I-Gel*® em crianças está associado a uma taxa de sucesso de 92%, estando de acordo com o estudo semelhante para a LMA® clássica e com a literatura existente para as tabelas de peso.

Consideramos este método rápido e eficaz, eliminando a necessidade de recordar as tabelas ou de aplicar fórmulas para a escolha do tamanho correto da ML *I-Gel*®.

REFERÊNCIAS: 1. A novel method for laryngeal mask airway size selection in paediatric patients | 2. Abdul Zahoor, Nauman Ahmad, GetuSereche and Waleed Riad | 3. Eur J Anaesthesiol 2012; 29:386–390

P60 ID3

CEFALEIA PÓS PARTO: NEM SEMPRE A CAUSA É A PUNÇÃO DA DURA-MÁTER

CASTRO, DIOGO (CHEDV); LEÃO, PEDRO (CHEDV); BORGES, SANDRA (CHEDV); GOMES, LINO (CHEDV); PACHECO, MARCOS (CHEDV)

INTRODUÇÃO E OBJECTIVO:

A Cefaleia Pós-Parto (CPP) é um dos sintomas mais comuns que as parturientes experienciam na 1ª semana pós-parto, com taxas de até 39 %¹. Os médicos não-anestesiologistas estão cada vez mais familiarizados com a existência da Cefaleia Pós Punção da Dura-Máter (CPPD) como uma complicação da, cada vez mais utilizada, Anestesia locoregional para o parto.² Contudo, em muitos casos uma cefaleia de tensão(não específica pode ocorrer como Cefaleia Pós-Parto Primária (CPPP). O nosso objectivo, foi determinar a incidência e etiologia das cefaleias na 1ª semana após o parto.

Material e Métodos:

Realizamos um questionário telefónico 1 semana após o parto a 113 parturientes durante um período de 2 meses. Avaliamos a presença de cefaleias e de sintomas associados, as possíveis causas de cefaleias, o tipo de nascimento, tipo de anestesia usada e o tempo até à alta hospitalar. Mulheres com patologia intracraniana conhecida foram excluídas (n=2).

RESULTADOS:

A idade média das parturientes foi 29.6 anos e o IMC médio foi 28.3 kg/m². 2 mulheres foram excluídas por patologia intracraniana conhecida. Um total de 92.9% realizou anestesia/analgesia: 73.3% epidural, 5.7% espinhal, 17.1% sequencial e 3.8 % anestesia geral. A incidência de CPP foi de 27.0%, das quais 3.6% foram CPPD, 12.6 % foram CPPP; outras causas como enxaquecas, sinusite e eclâmpsia foram responsáveis pelos restantes casos. Os sintomas associados foram. Febre em 3.6%, hipertensão em 5.4%, náusea/vómitos em 7.2% e lombalgias em 18.0 %. Das CPPP, 64.3 % realizou anestesia epidural, 7.1% espinhal, 21.4 % sequencial e 7.1% general. Nos casos de CPPD, 50% realizou sequencial, 25% epidural e 25% espinhal. Cesariana foi o tipo de parto em 71.4% das mulheres com CPPP e 75% nas mulheres com CPPD. Atrasos na alta hospitalar foram observados em 100% dos casos de CPPD e em 42.8 % dos casos de CPPP.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

A CPP é um achado comum após o parto. O mito de que todas as cefaleias estão relacionadas com a punção da dura-máter deve ser clarificado já que há outras causas de CPP. Neste sentido, a CPPP parece ser responsável por um grande número de casos. É importante para os Anestesiologistas estarem familiarizados com os diagnósticos diferenciais de CPP e o manuseio das opções disponíveis para

cada caso; assim como para informar a população e a restante classe médica sobre esta matéria.

REFERÊNCIAS: 1. Contin Educ Anaesth Crit Care Pain 2011;11(5):181-5 | 2. Am J Obstet Gynecol. 2007;196(4):318-9.

P61 ID39

DE EXIT A ÊXITO

CARNEIRO, JOÃO (CHLN - HSM); ADRIANO, MARTA (CHLN - HSM); MARQUES, MIGUEL (CHLN - HSM); LANÇA, FILIPA (CHLN - HSM)

INTRODUÇÃO:

A cirurgia EXIT (*Ex Utero Intrapartum Treatment*) é um procedimento raro realizado em fetos com malformações congénitas e compromisso da via aérea. A cesariana com extracção parcial do feto, e manutenção da circulação materno-fetal, aumenta a taxa de sobrevivência destas crianças.¹ O sucesso depende do envolvimento de uma equipa multidisciplinar e de um planeamento rigoroso.² Apresentamos um caso secundário a um tumor cervical.

CASO CLÍNICO:

G2 P0, 25 anos, ASA I, diagnóstico pré-natal de linfangioma cervical do feto com desvio da traqueia e infiltração do mediastino. Cesariana electiva às 38 semanas. Abordagem multidisciplinar por 6 especialidades diferentes e simulação do plano peri-operatório. No dia, colocada linha arterial e dois acessos venosos periféricos de grande calibre pré-indução. Preparada nitroglicerina endovenosa, como agente tocolítico, e anestesia intramuscular para o feto. Pré-indução com fentanil e anestesia geral com halogenado. Fluidoterapia balanceada com cristalóides e colóides. Após extracção parcial do feto, iniciou-se amnioinfusão. Realizada laringoscopia directa e intubação orotraqueal do feto sem complicações. O tempo de EXIT foi de 4 minutos e 46 segundos. Gasimetria dos vasos umbilicais dentro dos valores normais. A mãe manteve-se sempre hemodinamicamente estável. Analgesia pós-operatória por via endovenosa.

DISCUSSÃO:

A cesariana com EXIT requer uma abordagem anestésica totalmente diferente, com equipa multidisciplinar e coordenação precisa. Optámos por uma anestesia com halogenados, em vez da loco-regional, de forma a manter a anestesia do feto e a hipotonicidade uterina, com preservação da circulação materno-fetal. Não foi necessário utilizar nitroglicerina provavelmente devido à curta duração do EXIT. A tensão arterial materna também determina o fluxo uteroplacentar, devendo manter-se nos 10 % dos valores base, justificando monitorização arterial invasiva. A optimização da fluidoterapia evitou os vasopressores. Após o nascimento, é imperativo a reversão da hipotonia uterina iatrogénica. Dado o risco de choque hipovolémico por atonia uterina e coagulopatia, optámos por analgesia endovenosa em vez da via neuroaxial.

CONCLUSÃO:

A equipa anestésica deve focar-se na liderança e antecipação de possíveis complicações, com reuniões preparatórias, distribuição de tarefas e simulação do intraoperatório.

REFERÊNCIAS: 1 Journal of Clinical Anesthesia 13:387-391, 2001 | 2 AANA Journal, Vol. 79, No. 6, December 2011.

P62 ID48

CESARIANA EM GRÁVIDA COM OSTEOGÉNESE IMPERFECTA

HENRIQUES, ANA RITA (CENTRO HOSPITALAR BAIXO VOUGA); ADELINA, ALMEIDA (CENTRO HOSPITALAR BAIXO VOUGA)

INTRODUÇÃO:

A osteogénese imperfecta (OI) é uma doença genética rara, autossómica dominante, relacionada com alterações na síntese do colagénio e fragilidade óssea. A sua incidência na população obstétrica é de 1:30000. Apresenta desde formas incompatíveis com a vida até formas moderadas em que a fertilidade está relativamente inalterada.¹ Tem como desafios a abordagem pré e peri-operatória, maior risco de hemorragia e hipertermia. Está indicada cesariana eletiva devido ao risco de desproporção cefalopélvica, fraturas pélvicas, rutura uterina e hemorragia intra e pós-operatória.²

CASO CLÍNICO:

Múltipara com OI tipo III, ASA II. História de múltiplas fraturas ósseas, envolvendo membros superiores e inferiores. Várias cirurgias ortopédicas e cesariana anterior, 12 anos antes, com anestesia geral (AG). História familiar de pai, 2 irmãos e primeiro filho com OI. Internada por fratura da diáfise do fémur, momento do diagnóstico de gravidez, às 36s. Exame físico: baixa estatura (1,10 m), baixo peso (30 kg). Via aérea: dentição normal, limitação da extensão cervical, Mallampati II e abertura de boca >4cm. Presença de esclerótica azulada, pectus excavatum, cifoescoliose toracolombar com diminuição da expansão torácica e tração no membro inferior. Por incompatibilidade fetopélvica realizou-se cesariana às 37s+2d. Após instituição de monitorização standard ASA, indução de AG com tiopental (200mg) e rocurónio (30 mg). Laringoscopia grau 1, com a coluna cervical em posição neutra, lâmina Mackintosh 3 e intubação com tubo OT 6,5 com cuff. Após o parto administrados fentanil (0,1 mg), midazolam (0,5 mg) e droperidol (1,25 mg). Manutenção anestésica com prótóxido de azoto a 60%. Analgesia com paracetamol e tramadol. RN do sexo masculino, Apgar 4/8/9, 2300 kg e com sinais de hidrocefalia. Na UCPA permaneceu hemodinamicamente estável, VAS<3, sem NVPO.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

Da análise de artigos da Pubmed publicados nos últimos 30 anos com descrições de abordagens anestésicas para

cesariana em grávidas com OI obtiveram-se 7 artigos, 1 descrevendo 2 casos. Em todas se realizou cesariana eletiva, entre as 31 e as 38s. Idade média materna de 27 anos e num dos casos, tratava-se de grávida múltipara. Em 5 casos optou-se por anestesia locoregional, 2 com BSA, 2 com epidural e 1 com técnica sequencial. Não se registou nenhum caso de hipertermia. Neste caso e tendo em conta a tração do membro inferior e a cifoescoliose grave, optou-se por AG, tendo como principais desafios a abordagem da via aérea e escolha de fármacos.² Serve o caso para relembrar a importância do anestesista na abordagem perioperatória de doentes com OI e a escolha anestésica possível, apropriada a cada doente, tendo em conta que são raros os casos descritos em obstetrícia.

REFERÊNCIAS: 1. Glostén B. WB Saunders, 1998 | 2. Libman RH. J Reprod Med 1993; 38: 228-232

P63 ID117

“FEOCROMOCITOMA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ”

GAMA, KARINA (HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL); MANSO, TÂNIA (HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL); FREITAS, SARA (HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL); BRAZÃO, ISABEL (HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL); SEIFERT, ISABEL (HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL)

INTRODUÇÃO:

O feocromocitoma, tumor produtor de catecolaminas, é uma causa rara de hipertensão (HTA) durante a gravidez com incidência <0,2/10000 gestações.^{1,2}

Os autores apresentam o caso clínico de uma paciente com o diagnóstico de feocromocitoma feito no 3º trimestre de gravidez.

CASO CLÍNICO:

Mulher de 30 anos, grávida de 30s e 4d, com náuseas, tonturas, visão turva e pressão arterial de 171/109mmHg, internada com diagnóstico de HTA gestacional. Inicialmente instituída terapêutica anti-hipertensiva (labetalol, nifedipina e sulfato de magnésio) sem melhoria clínica.

Excluída a hipótese de EPH Gestose, foram feitos exames para exclusão de outras causas de HTA. Detetou-se catecolaminas e metabolitos elevados na urina de 24 h e na RM *abdominal*- massa suprarrenal direita sugestiva de feocromocitoma. Iniciou tratamento com fenoxibenzamina e labetalol, com ajustes das doses aos valores tensionais.

Depois da avaliação multidisciplinar, decidiu-se realizar a cesariana eletiva às 36s de gestação, após maturação fetal, controlo endócrino e cardiovascular. O tratamento cirúrgico definitivo foi agendado para um 2º tempo operatório. A técnica anestésica usada foi o bloqueio epidural com monitorização da pressão arterial invasiva. No intraoperatório manteve perfusão labetalol, sem registo de intercorrências.

No pós-operatório imediato na UCPA, apesar de manter perfusão labetalol, iniciou quadro hipertensivo com

necessidade de dinitrato e nifedipina. Durante o puerpério imediato manteve níveis tensionais elevados e taquicardia sinusal refratária sendo transferida para a UCIP.

24h após a estabilização cardiovascular, no 9º dia pós cesariana, realizou-se a adrenalectomia sob anestesia geral. No pós-operatório permaneceu hemodinamicamente estável e teve alta para o domicílio ao 8º dia.

DISCUSSÃO:

Os principais objetivos na abordagem do feocromocitoma na grávida devem ser diagnóstico precoce, prevenção de crises hipertensivas e complicações associadas, e o tratamento cirúrgico definitivo, não havendo consenso sobre o momento ideal para a sua realização.^{1,2} Nos casos de idade gestacional superior 24s, o tratamento médico está recomendado até a realização de cesariana eletiva, e a ressecção tumoral deve ser programada para o mesmo tempo operatório ou num 2º tempo cirúrgico.^{2,3}

Este caso demonstra como o diagnóstico precoce, exames diagnósticos direcionados, abordagem multidisciplinar, e o bloqueio adrenérgico pré-operatório, permitiram um manejo adequado e seguro do feocromocitoma na gravidez, possibilitando o tratamento definitivo depois do parto.

Apesar do excelente *outcome* da doente, o período decorrido entre às cirurgias foi o de maior instabilidade hemodinâmica, o que leva a questionar o benefício da realização das duas cirurgias apenas num tempo operatório.

REFERÊNCIAS: 1. Can J Anaesth 2004 Fev, 51(2): 134-8 | 2. *Hypertension* 2010 Mar, 55(3):600-6 | 3. *Rev Obstet Ginecol Venez* v.67 n.3 Sep. 2007

P64 ID144

ANESTESIA EM DOENTES COM FÍGADO GORDO AGUDO DA GRAVIDEZ: ESTUDO RETROSPECTIVO

VAZ ANTUNES, MARIA (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, EPE); NORTON, MARIA (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, EPE); SAMPAIO, CATARINA (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, EPE); FARIA, AIDA (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, EPE)

Introdução:

O fígado gordo agudo da gravidez é uma disfunção hepática aguda da gravidez associada a morbilidade e mortalidade materna e fetal significativas.^{1,2} O objetivo deste estudo foi rever a casuística das doentes com fígado gordo agudo da gravidez no que respeita à forma de apresentação da patologia, técnica anestésica realizada, *outcome* materno e fetal e tempo de internamento global.

Metodologia:

Estudo retrospectivo, em doentes com fígado gordo agudo da gravidez admitidas na nossa instituição, entre janeiro de 2010 e dezembro de 2012. Aprovado pela Comissão de Ética. Na análise do processo clínico, recolheram-se: idade materna e gestacional, estado físico ASA, sintomas de

apresentação, valores analíticos relevantes, tipo de parto, tipo de anestesia, intercorrências peri-operatórias, apgar ao 1.º e 5.º minutos, tempo de internamento hospitalar total e em UCI e taxa de mortalidade materna e fetal. Os dados foram resumidos pela análise descritiva das variáveis.

RESULTADOS:

Foram encontradas 5 doentes com fígado gordo agudo da gravidez. A média de idade materna foi de 33 anos e a idade média gestacional de 35 semanas. Três doentes foram classificadas como ASA 2 e duas como ASA 3. As formas de apresentação clínica foram as seguintes: 2 assintomáticas, 2 com náuseas e vômitos apenas e 1 com náuseas, vômitos, mal-estar geral e icterícia. A alteração acentuada das transaminases foi transversal e a presença de hipoglicemia e insuficiência renal aguda iniciais ocorreu em 4 doentes. Duas apresentaram alteração da coagulação. Todas as grávidas foram submetidas a cesariana, 4 sob anestesia geral balanceada e 1 sob anestesia combinada (anestesia geral e epidural lombar), sem intercorrências. A média do apgar ao 1.º e 5.º minutos foi de 7,4 e 9,4, respetivamente. A média do tempo de internamento global foi de 7,4 dias. Das 3 grávidas que estiveram internadas em UCI, a média do tempo de internamento na unidade foi de 3 dias. Ausência de mortes maternas ou fetais.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

O fígado gordo agudo da gravidez tem uma apresentação clínica variada, conforme o observado neste estudo, e a presença de alterações das transaminases é essencial para o diagnóstico. A hipoglicemia e a disfunção renal são características frequentes e a alteração da coagulação está presente nos casos mais graves, como ocorreu em 2 das nossas grávidas. O diagnóstico tardio pode conduzir a insuficiência hepática grave e disfunção sistémica multiorgânica, com necessidade de internamento em UCI. A anestesia geral é realizada mais frequentemente, fato verificado no nosso estudo. Na ausência de alteração da coagulação, a anestesia loco-regional é uma opção. A alta hospitalar materna e fetal ocorreu, em média, após 7,4 dias, sem registo de complicações.

REFERÊNCIAS: 1. *Anesth Analg* 2001;92:1268-1270 | 2. *Acta Anaesth. Belg* 2008;59:51-53

P65 ID170

ANESTESIA PARA CESARIANA EM PARTURIENTES COM PICNODISOSTOSE

MOINHO, NUNO (CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA); PEREIRA, MARGARIDA (CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA); BELA, MARIA (CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA); LOUREIRO, CLARINDA (CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA)

INTRODUÇÃO:

A picnodisostose é uma doença rara,¹ sem prevalência definida, caracterizada por displasia esquelética congénita autossómica recessiva em descendentes de progenitores

consanguíneos. A abordagem anestésica é dificultada pelas características físicas inerentes à doença podendo levar extremas dificuldades no sucesso de técnica loco-regional ou na abordagem da Via aérea.

Os autores pretendem relatar a sua experiência de manuseamento anestésico numa doença rara, com literatura escassa,² em duas irmãs com picnodisostose submetidas a cesariana sob anestesia epidural.

CASOS CLÍNICOS:

Grávida, 39 anos, gesta IV para I, com IMC 45,2 (130cm; 76,5kg); antecedentes de 2 abortos espontâneos, portadora de trombofilia, HTA picnodisostose, fratura do fémur e Diabetes gestacional (DG). Ao EO: proeminência craneana fronto-occipital; proeminência nasal, mallampati IV e ângulo mandibular obtuso. Internada com 34s de gestação por HTA e proteinúria. Proposta ao 3º dia para cesariana urgente por pré-eclâmpsia grave. Foi realizado bloqueio epidural contínuo a nível L3-L4. Administrada dose teste (40 mg de lidocaína 2%), negativa para injeção intratecal e titulação de 10 ml de Ropivacaína 0,75% e 10 ug de sufentanil, até atingir nível sensitivo em T4.

Na mesma semana, irmã com 36 anos, grávida de 38s, gesta III para I, IMC 31,6 (140cm; 62kg), antecedente de 1 aborto espontâneo, HTA não medicada, DG e roncopatia. E.O.: prognatismo acentuado, macroglossia, mallampati III e membros curtos. Internada por HTA, edemas periféricos e contrações. Perante CTG não tranquilizador e incompatibilidade feto-pélvica, foi proposta para cesariana urgente. Realizado bloqueio epidural contínuo a nível de L3-L4 com dose teste (40 mg de lidocaína 2%), negativa para injeção intratecal e administração titulada de um total de 14ml de Ropivacaína 0,75% e 10 ug de sufentanil até atingimento de nível sensitivo em T4.

O período intra e pós-operatório decorreu sem incidentes nos dois casos.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

As características físicas crânio-faciais e as deformidades do esqueleto das duas grávidas faziam prever uma via aérea difícil mas também uma possível dificuldade técnica na colocação de um cateter epidural. Foi preterido o bloqueio sub-aracnoideu pela vantagem que um cateter correctamente colocado no espaço epidural oferece ao permitir titular o anestésico local e evitar infra ou sobredosagens desnecessárias e complicações associadas.

A antecipação e planeamento do procedimento anestésico das grávidas portadoras desta doença de carácter hereditário são fundamentais para se estabelecerem planos de intervenção seguros. Neste sentido, é muito importante a referenciação numa fase precoce da gravidez para a consulta de anestesiologia o que, neste caso, não sucedeu.

Demonstra-se assim 2 casos clínicos de sucesso anestésico, em situação de urgência, numa doença rara e com rara literatura.

REFERÊNCIAS: 1. *Anesthesia for Genetic, metabolic syndromes of childhood, 2nd edition*; 320 | 2. *São Paulo Medical Journal* 2011;129:19

P66 ID192

VIA AÉREA DIFÍCIL (VAD) EM OBSTETRÍCIA - DESENVOLVIMENTO DE UM ALGORITMO

MARQUES, SOFIA (CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - HUC, EPE); CONCEIÇÃO, LUÍS (CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - HUC, EPE); MARQUES, ANABELA (CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - HUC, EPE); CARVALHAS, JOANA (CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - HUC, EPE)

INTRODUÇÃO E OBJECTIVOS:

A abordagem da via aérea na população obstétrica é um desafio para o anestesiológico.¹ Este estudo tem por objetivo desenvolver e validar um algoritmo de VAD em obstetrícia na nossa instituição. Pretendemos avaliar a experiência e preferência dos anestesistas perante uma situação de VAD em contexto obstétrico.

METODOLOGIA:

Após revisão bibliográfica, elaboramos um algoritmo de VAD em obstetrícia e um questionário anónimo, entregue aos anestesistas com atividade regular em anesthesiologia obstétrica. Após análise dos inquéritos redesenhámos o algoritmo e iniciámos a sua implementação. Análise estatística descritiva com SPSS 20®.

RESULTADOS:

O número total de inquéritos preenchidos foi 22; a taxa de resposta foi 92% - 2 inquéritos não foram entregues. A maioria dos anestesistas (59%) tem experiência superior a 10 anos; apenas 9% tem experiência inferior a 1 ano. 59% afirma já ter estado numa situação de intubação difícil em contexto obstétrico, e destes, 31% diz ter conseguido a intubação depois de melhorar o posicionamento, com utilização de TET com condutor, laringoscópio de cabo curto e lâmina *McCoy*®. 31% optou por dispositivo extraglottico (DEG). Apenas 2 anestesistas estiveram numa situação de intubação impossível, optando pela ventilação com máscara facial para prosseguir a cesariana (CSA) urgente. Quando questionados acerca da sua atitude perante situação de VAD previsível, 82% considerou a anestesia loco-regional, pedindo também o carro de VAD. Apenas 3 anestesistas ponderaram intubação por fibroscopia e 1 a intubação com grávida acordada. Perante VAD não previsível e CSA não urgente, 73% acordaria a grávida; se CSA urgente, 91% utilizaria um DEG. O DEG foi também a opção mais escolhida numa situação de não ventilo, não intubo; 55% recorreria a uma via aérea cirúrgica como último recurso. Quando inquiridos acerca do DEG que gostariam de ter disponível 45% referiu a *MLA Fastrach*® e 36% o *Combitube*®. 90% considerou que o vídeo-laringoscópio é uma mais valia em contexto obstétrico, recaindo a preferência no *C-MAC*®.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

A gestão de VAD inesperada e de intubação traqueal falhada em contexto obstétrico são eventos raros, como demonstrado pelo nosso estudo, mas potencialmente catastróficos. A sua antecipação e preparação são determinantes melhorando o outcome. É recomendado que as unidades obstétricas possuam algoritmo e material de VAD próprios e facilmente localizáveis - carro de VAD1. Este algoritmo deve ser reco-

nhecido por todos e adaptado à realidade da instituição. Só assim se obtém a adesão necessária à sua implementação. A análise realizada permitiu-nos aperfeiçoar e validar o algoritmo inicialmente proposto. Tendo em conta a experiência e preferência dos anestesistas disponibilizámos o material a utilizar em cada etapa. Para a sua implementação será agendada formação.

REFERÊNCIAS: 1. *Curr Opin Anesthesiol* 2011; 24:289-254

P67 ID74

INFLUÊNCIA DA CLASSIFICAÇÃO ASA NA DURAÇÃO DO INTERNAMENTO UCI APÓS ADMISSÃO ELETIVA

ENCANTADO, VERA (HOSPITAL DE SANTA MARIA - CHLN); PAIS DE LACERDA, ANTÓNIO (HOSPITAL DE SANTA MARIA - CHLN); FRANÇA, CARLOS (HOSPITAL DE SANTA MARIA - CHLN)

INTRODUÇÃO:

Os custos diários de um internamento em UCI requerem uma gestão adequada dos recursos. Selecionar quem mais beneficia é objetivo de todos, anestesistas, cirurgiões e intensivistas. A avaliação pré-operatória da *American Society of Anesthesia* (ASA), classificando o doente de acordo com as comorbidades pré-operatórias tem demonstrado relacionar-se com a morbidade e mortalidade peri-operatórias.^{1,2}

OBJETIVO:

Relação da classificação ASA com duração de internamento, SOFA inicial e mortalidade na UCI de pós-operatórios eletivos.

METODOLOGIA:

Análise retrospectiva da classe ASA e duração do internamento dos doentes admitidos eletivamente em UCI, no pós-operatório imediato, entre 01/09/2011 e 31/08/2012. Foram ainda analisados: duração da anestesia, SOFA inicial e mortalidade UCI.

RESULTADOS:

Do total de 174 pós-operatórios, 72 foram admissões eletivas. Destes, 5 eram ASA I; 18 ASA II; 25 ASA III e 24 ASA IV. Quanto à duração do internamento, 53% permaneceram ≤2 dias. Todos os ASA I tiveram internamento ≤2 dias. Todos os ASA II ficaram internados ≤1 semana, 56% ≤2 dias. Relativamente aos ASA III, 52% estiveram internados ≤2 dias e 12% ≥1 semana. Nos ASA IV os internamentos foram mais prolongados: 33% 3 a 4 dias, 17% 5 a 7 dias e 8% ≥1 semana. Todos os que necessitaram de internamento ≥1 semana (9%) eram ASA III e IV. Verificou-se 1 óbito (ASA III).

O SOFA inicial (0 a 24) foi geralmente baixo (≤6). Um SOFA inicial ≥7 ocorreu em apenas 9 (13%) doentes, que eram ASA III e IV. Dos 4 ASA III com SOFA inicial ≥7, 3 tive-

ram internamento ≥ 1 semana. Porém, nos ASA IV um SOFA inicial ≥ 7 ($n=5$) não implicou internamento longo. Não houve consistência entre duração da anestesia e classificação ASA ou duração do internamento.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

Neste estudo retrospectivo de doentes pós-cirúrgicos internados eletivamente em UCI não houve relação com a mortalidade, provavelmente pelo baixo número de doentes avaliados. A maioria teve internamento curto, independentemente da classe ASA. Parece poder concluir-se a ausência de necessidade de internamento eletivo em UCI nos ASA I. Por serem doentes eletivos, o SOFA inicial era naturalmente baixo. Contudo, foi mais elevado nos ASA III que necessitaram de internamento mais prolongado, o que pode refletir não só comorbilidades prévias como contribuição de eventuais fatores intra-operatórios. A duração da anestesia não parece ter sido um desses fatores. Quanto à duração do internamento, houve relação entre ASA III e IV e necessidade de internamento mais prolongado, justificando-se a sua admissão em UCI.

REFERÊNCIAS: 1. Miller's Anesthesia, 7th ed, 984-5 | 2. ArquiMed 2007; 21(5/6): 135-43

P68 ID37

ANAFILAXIA AO AZUL PATENTE V: SÉRIE DE CASOS

SEIXAS, TÂNIA (CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL- HOSPITAL SÃO BERNARDO); LIÇA, LUIS (CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL- HOSPITAL SÃO BERNARDO); BATISTA, ANA (CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL- HOSPITAL SÃO BERNARDO); RIBEIRO, BARBARA (CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL- HOSPITAL SÃO BERNARDO); TALEÇO, TIAGO (CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL- HOSPITAL SÃO BERNARDO); SILVA DUARTE, J OÃO (CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL- HOSPITAL SÃO BERNARDO)

INTRODUÇÃO:

O Azul Patente V (APV) pode ser utilizado na identificação do gânglio sentinela, no cancro da mama. Tem vindo a ser associado a reações anafiláticas graves. Apresenta-se uma série de 3 casos clínicos em que após a administração subcutânea de APV desenvolveu-se um quadro de choque anafilático.

CASO CLÍNICO:

Três Mulheres, de 38, 48 e 64 anos, com classificação de ASA II, propostas para tumorectomia com pesquisa prévia de gânglio sentinela por carcinoma de mama, sob anestesia geral balanceada. Primeiro caso ocorreu em Maio 2012 desenvolvendo a doente, 15 minutos após administração de APV, quadro caracterizado por rash cutâneo azul, hipotensão, taquicardia, broncospasmo e hipoxémia. Após cirurgia foi transferida para unidade de cuidados intensivos (UCI) por necessidade de proteção da via aérea e suporte vasopressor com noradrenalina. Segundo caso em janeiro de 2013, inicia cerca de 30 minutos após a administração de APV, quadro de choque anafilático com necessidade de

suporte vasopressor, pelo que foi transferida para a UCI e extubada no dia seguinte. Na semana seguinte ocorreu novo caso, com início cerca de 15 minutos após administração do corante, com rash cutâneo azul, hipotensão e taquicardia, sem broncospasmo. Por falta de vaga em UCI foi transferida para a unidade de cuidados pós anestésicos, tendo sido extubada 5 horas depois. Nos três casos administraram-se, durante a abordagem inicial, O₂ a 100%, fluidoterapia, clemastina, hidrocortisona, ranitidina, adrenalina e vasopressores. Foi também efetuado doseamento da triptase sérica. Todos os casos foram encaminhados para consulta de Imuno-alergologia do nosso hospital e foram reportados no portal RAM do Infarmed.

DISCUSSÃO E SUMÁRIO:

Alergia ao APV insere-se nas reações de hipersensibilidade de tipo I mediada por IgE, podendo ocorrer sem exposição prévia ao corante. Ocorre, 15 a 30 minutos após exposição ao alergénio, variando as manifestações clínicas desde alterações cutâneas como urticária, pápulas azuis e placas difusas maculopapulares a choque anafilático. Por vezes de difícil reconhecimento, o seu diagnóstico e identificação precoce são de extrema importância pelo risco iminente de vida. O diagnóstico requer testes laboratoriais (Triptase sérica) e testes cutâneos. Alguns estudos ponderam a necessidade de profilaxia pré-operatória ou de diagnóstico precoce da alergia ao APV. O tratamento do choque anafilático ao APV requer administração de O₂ a 100%, fluidoterapia, corticoterapia, anti-histamínicos e de vasopressores. Pretende-se alertar os profissionais de saúde para a possibilidade de choque anafilático ao APV, sendo fundamental a rápida identificação e início imediato das medidas terapêuticas preconizadas. Os doentes devem ser referenciados à consulta de Imuno-alergologia para posterior avaliação e investigação.

REFERÊNCIAS: Allergy. 2010 Mar; 65(3):396-400.

P69 ID110

SÍNDROME DE KOUNIS ASSOCIADO A DICLOFENAC

LUIS, CATARINA (HOSPITAL PEDRO HISPANO - ULS MATOSINHOS); COELHO, DANIELA (HOSPITAL PEDRO HISPANO - ULS MATOSINHOS); GRANJA, CRISTINA (HOSPITAL PEDRO HISPANO - ULS MATOSINHOS)

INTRODUÇÃO:

Em 1991, Kounis e Zavras descreveram o "síndrome de angina alérgica" e "enfarte do miocárdio alérgico", actualmente conhecido como Síndrome de Kounis (SK). O SK corresponde ao aparecimento de síndrome coronária aguda associado a reações alérgicas.

Alguns autores defendem que este síndrome não é raro, apenas raramente diagnosticado.

Apresentamos um caso clínico de SK associado a uma reacção alérgica ao diclofenac.

CASO CLÍNICO

Um doente de 62 anos com antecedentes pessoais de asma brônquica, dá entrada na sala de emergência após episódio de síncope. Na admissão apresentava-se confuso, com queixas de dor pré-cordial, diaforético, com “rash” cutâneo generalizado, taquicárdico, SpO₂ 96% (FiO₂ 60%) e hipotenso (76/34 mmHg). Apresentava, à auscultação pulmonar, um prolongamento do tempo expiratório e sibilância difusa. No ECG de 12 derivações foi constatada elevação do segmento ST nas derivações inferiores e o estudo analítico demonstrou marcadores necrose do miocárdio aumentados (T_{pl}: 0,8 ng). Por hipotensão refratária, iniciou perfusão de dopamina.

Neste contexto foi submetido a cateterismo cardíaco, não se observando lesões coronárias ou alterações na contratilidade cardíaca.

Pelo estado confusional à admissão, a colheita da história clínica só foi possível posteriormente, revelando ingestão de diclofenac por dor no ombro dez minutos antes do episódio de síncope, acompanhado de prurido palmo-plantar, vômitos, palpitações e dor pré-cordial. A história pessoal médica revelou atopia e alergias alimentares. Na suspeita de uma reacção alérgica foi medicado com hidrocortisona e ranitidina sendo admitido na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Verificou-se rápida normalização do ECG, melhoria analítica (T_{pl} 0.05 ng/ml) e sintomática. Teve alta da UCI nas primeiras 24h de admissão.

Colheu triptase, níveis de IgE e complemento que foram normais.

DISCUSSÃO E SUMÁRIO:

O mecanismo fisiopatológico envolvido inclui activação dos mastócitos existentes no tecido cardíaco pela reacção alérgica, com desgranulação e libertação de mediadores inflamatórios (triptase, histamina, factor activador de plaquetas, entre outros), capazes de induzir vasoespasmo coronário e/ou enfarte agudo do miocárdio.

No caso reportado, o diagnóstico de SK é apoiado por vários fatores: antecedentes pessoais de atopia; o intervalo de tempo decorrido entre a toma do diclofenac e o aparecimento de sintomas; a ausência de lesões coronárias no cateterismo cardíaco, favorecendo a hipótese de vasoespasmo coronário.

Os níveis de triptase eram normais, mas, a colheita foi obtida várias horas após o evento inicial, pela hipótese diagnóstica tardia de reacção alérgica.

O mecanismo exacto do SK ainda não está completamente esclarecido, no entanto tem-se assistido a um número crescente de casos reportados na literatura. Infelizmente, ainda não existem guidelines para o tratamento.

REFERÊNCIAS: Kounis NG, *Kounis syndrome (allergic angina and allergic myocardial infarction): A natural paradigm?* Int J Cardiol 2006; 7 (110): 7-14.

P70 ID22

CIRURGIA DA ANCA E BLOQUEIO DO PLEXO LOMBAR

MARTINS DE CARVALHO, INÊS (CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL); COSTA, GABRIELA (CENTRO HOSPITALAR TÁMEGA E SOUSA); LAGES, NEUSA (CENTRO HOSPITALAR ALTO AVE)

INTRODUÇÃO:

O Bloqueio do plexo lombar via posterior (BPL) é uma técnica útil para anestesia/analgesia selectiva de cirurgias da região anca e face anterior da coxa, permitindo boa analgesia perioperatória, aumento da satisfação do paciente, e influência positiva sobre o resultado cirúrgico. Tem uma menor incidência de efeitos secundários e complicações em comparação com a analgesia epidural. Apesar destas vantagens, existem preocupações sobre a taxa de sucesso e riscos a ele associados.

Neste estudo pretendeu-se fazer uma revisão exaustiva sobre a casuística desta técnica, sobre a sua eficácia e complicações durante o último ano.

METODOLOGIA:

Procedeu-se á colheita de dados da Unidade de Dor Aguda de todos os doentes submetidos a BPL durante o ano 2012. Foram executados 70 BPL ecoassistidos e com neuroestimulação. A todos foi administrado bólus de 20 ml de ropivacaina a 0.5% seguidos de perfusão contínua de ropivacaina a 0.2%, via elastómero, para analgesia pós operatória. Todos os doentes eram medicados com enoxaparina 40mg e a retirada do cateter obedeceu aos protocolos do Serviço de Anestesiologia. Foram registados os parâmetros relativos ao doente (sexo, idade, classificação ASA) e efeitos secundários, nomeadamente: dor, náuseas e vômitos pós operatórios, prurido, sedação, depressão respiratória, bloqueio sensitivo (grau 0 a 2), motor (grau 0 a 3)) e hipotensão. Foram ainda analisadas as intervenções necessárias (analgesia de resgate, mudança protocolo, complicações associadas ao cateter).

RESULTADOS:

Em 86% dos doentes a avaliação da dor segundo a escala numérica foi de 0 para dor quer em repouso quer em movimento. Nos restantes casos o score de dor diminuiu para 0 após *top-up* com um bólus de anestésico local pelo cateter perineural. Não foram verificados casos de náuseas e vômitos, prurido, sedação, depressão respiratória, bloqueio motor ou hipotensão. O bloqueio sensitivo foi de grau 2 em 15% dos casos. A permanência do cateter perineural e acompanhamento pela Unidade de Dor Aguda situou-se entre as 48 e as 96h. Não foram registados nenhum tipo de complicações associadas à técnica ou necessidade de modificação de protocolo analgésico.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

O BPL para analgesia pós-operatória de cirurgia da anca apresenta um alto grau de bloqueio sensitivo dos nervos do plexo lombar nomeadamente femoral, obtura-

dor, e femorocutâneo lateral da coxa, com diminuição da necessidade de analgesia complementar com opióides. É uma técnica analgésica com reduzidas complicações e uma alternativa eficaz em doentes que apresentam certas dificuldades aos bloqueios analgésicos do neuroeixo. A recente utilização de ecografia neste tipo de bloqueios veio aumentar a eficácia e segurança que por muitos é considerado controverso.

REFERÊNCIAS: 1. Regional Anesthesia and Pain Medicine, Vol 30, No 2, 2005:150–162 | 2. Am J Orthop. 2009;38(8):E129-E133 | 3. AnesthAnalg 2011;113:897–903

P71 ID36

UNIDADE DE DOR AGUDA: O PRIMEIRO ANO

GONÇALVES, ANTÓNIO (HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA); PINTO COELHO, ADELAIDE (HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA); RESENDES, HERNANI (HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA); BORBA, VITOR (HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA); RODRIGUES, FILIPA (HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA); PAIVA, ANTÓNIO (HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA)

INTRODUÇÃO:

O alívio da dor pós-operatória permanece um desafio. Fundamenta-se na humanização dos serviços de saúde e no potencial de redução da morbi-mortalidade pós-cirúrgica. As Unidades de Dor Aguda (UDA) promovem a prestação de cuidados individualizados no âmbito da dor aguda pós-operatória e de procedimentos não cirúrgicos diagnósticos e/ou terapêuticos, do trauma e das patologias médicas. A UDA do nosso hospital foi alvo de um processo recente de reorganização, sendo atualmente uma unidade funcional do Serviço de Anestesiologia, cuja ação é baseada preferencialmente em protocolos analgésicos predefinidos de analgesia convencional e não convencional.

METODOLOGIA:

Revisão retrospectiva das folhas de registo da avaliação diária da UDA, referentes ao período de Junho-2011/Julho-2012.

Resultados: Durante o primeiro ano de atividade, a UDA tratou um total de 3392 doentes. Dos protocolos analgésicos instituídos, 75,0% corresponderam a protocolos predefinidos. Quanto ao tipo de analgesia, 79,4% dos casos corresponderam a analgesia convencional, 19,3% epidural, 0,5% dispuseram de protocolos de PCA e nos restantes 0,8% de doentes houve falha de registo da terapêutica prescrita. Quanto ao número de visitas pós-operatórias, 42,0% dos doentes tiveram necessidade de apenas uma visita, sendo que mais de 85,0% dos doentes tiveram alta deste seguimento após três ou menos observações. Quanto à eficácia da abordagem da dor, avaliada às primeiras 24h de pós-operatório, constatou-se que 83,1% dos doentes relataram níveis de intensidade de dor ligeira (EN 0-2), enquanto 16,9% descreveram dor moderada a intensa (EN 3-10). Constatou-se ainda uma percentagem significativa de doentes (15,7%) sem registo da intensidade da dor às 24h.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

Os dados apresentados reportam-se ao primeiro ano de atividade da UDA. Salienta-se como ponto positivo o seguimento de um elevado número de doentes, incluindo aqueles sob analgesia convencional, o que vai de encontro à recomendação de, pelo menos, manter a monitorização dos níveis de dor após todos os procedimentos cirúrgicos.¹ Releva-se também a preferência dada à utilização dos protocolos analgésicos predefinidos, tal como é preconizado.² No entanto, a eficácia dos cuidados prestados foi inferior a algumas recomendações internacionais que defendem percentagens de doentes com dor moderada a intensa inferiores a 5%.³ Existem ainda lacunas importantes no registo de algumas técnicas analgésicas efetuadas, nomeadamente bloqueios periféricos, bem como nos efeitos adversos das mesmas.

REFERÊNCIAS: 1. Blaine W. *Acute pain management services have progressed albeit insufficiently in Canadian academic hospitals.* Can J Anaesth 51:231-235. 2004 | 2. Direção-Geral da Saúde. Norma de Organização das Unidades Funcionais de Dor Aguda. 003/2012 de 19/10/2012 | 3. Smith T. Evans S. *Efficacy of acute pain management.* In: Colvin J. Peden C. eds. *Raising the Standard; A Compendium of Audit Recipes.* 3rd ed. London: Royal College of Anaesthetists 300–1. 2012

P72 ID52

INFORMATIZAÇÃO DA UNIDADE FUNCIONAL DE DOR AGUDA DO CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO: EXPERIÊNCIA DE 1 ANO

FONSECA, SARA (CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO); OLIVEIRA, RAQUEL (CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO); LEÃO, ANA (CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO); SANTOS, PATRÍCIA (CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO); BARROS, FERNANDA (CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO); F. AZEVEDO, LUIS (CIDES-DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA INFORMAÇÃO E DA DECISÃO EM SAÚDE DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO, CINTESIS-CENTRO DE INVESTIGAÇÃO EM TECNOLOGIAS E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO);

INTRODUÇÃO:

As Unidades Funcionais de Dor Aguda (UFDA) são uma obrigatoriedade formal.¹ Controlar a dor é dever dos profissionais de saúde e direito dos doentes.^{2,3} A dor tem repercussões na doença atual e qualidade de vida familiar e sócio-económica (comparáveis às doenças cardiovasculares e neoplásicas).⁴

Os programas de auditoria (indicadores qualidade) são imposição da Direção Geral de Saúde. A recolha de dados informatizada facilita a sua implementação.¹

Objectivos da informatização (UFDA): sistematização/processamento da recolha de dados; melhorar controlo da dor; registo de efeitos laterais; renovação de protocolos; avaliar satisfação doente; recolher indicadores de acompanhamento.¹

METODOLOGIA:

Estabelecemos protocolo de colaboração com CIDES-VIRTUALCARE®. Elaboração de aplicação informática em ambiente Web com ligação a SONHO®, SAM®,

SAPE®, GLINTT®, CLINIDATA®, JONE®, RAM®. Avaliamos doentes sob analgesia não convencional (outras, se sinalizadas) referenciados para UFDA

Registo inicial: identificação, antropometria, diagnóstico/cirurgia (ICD9-CM®), ASA, alergias/intolerâncias, transfusões, técnica anestésica, protocolo analgésico e profilaxia/terapêutica hipocoagulante. Registos subsequentes: avaliação analgesia (escalas qualitativa/numérica adaptadas à idade), em repouso/movimento; efeitos laterais; analgesia resgate; alterações terapêuticas gerais; valores analíticos importantes; satisfação doente; data programação/retirada cateteres; inquérito qualitativo primeiras 24h. Processamento dados em ORACLE9®

Apresentamos resultados sumários da UFDA CH São João em 2012

RESULTADOS:

A partir do programa *VCAnesthCare*®

1647 doentes: 840 Feminino / 807 Masculino. idade 58,9 anos. ASA1: 226, 2: 918, 3: 483, >3: 20. Cirurgia programada 1401/urgente 220. Técnica anestésica/analgésica: neuro-eixo 1376, (epidural 1084, BSA single shot 287, BSA continuo 5), perineural 181, sistémica 96

4289 consultas. Analgesia excelente 1375/boa 2102/média 449/má 61. NSR médio repouso 2,08/movimento 2,94. Efeitos laterais 167. Analgesia resgate 201. Satisfação: muito satisfeito 1183/satisfeito 2249/pouco satisfeito 247/insatisfeito 17/muito insatisfeito 95/não aplicável 111. Programação retirada de cateteres 505, Retirada protocolada 813/acidental 115. Inquérito qualitativo 1212.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

O registo informatizado e sistematizado de dados no acompanhamento clínico e terapêutico permite maior rigor no seu processamento. A aplicação desenvolvida é a primeira a dar resposta integral às normativas da DGS. Para além da melhoria assistencial, facilita implementação de programas de auditoria regulares para avaliação da qualidade de serviço, com repercussão positiva em: eficácia terapêutica na dor aguda, elaboração de programas de formação, satisfação do doente, controlo e gestão de custos. Constitui também um excelente instrumento de apoio à investigação clínica

REFERÊNCIAS:

1. <http://www.dgs.pt>, Circular Normativa 03,19/10/2012 – Organização das unidades funcionais de dor aguda; | 2. <http://www.dgs.pt>, Circular Normativa 09, 14/06/2003 - Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor | 3. <http://www.dgs.pt>, Carta dos direitos do Doente Internado, 01/06/2011 | 4. <http://www.dgs.pt>, Circular Normativa 11, 18/06/2008 - Programa Nacional de Controlo de Do.

P73 ID76

O IMPACTO DA DOR CRÓNICA PÓS-OPERATÓRIA NA QUALIDADE DE VIDA E NA QUALIDADE DE RECUPERAÇÃO

PINHO, CRISTIANA (CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO); PEREIRA, LUÍS (CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO); MORETO, ANA (CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO); BORGES, JOANA (CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO); ABELHA, FERNANDO (CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO)

INTRODUÇÃO E OBJECTIVO:

A Dor Crónica Pós-Operatória (DC) desenvolve-se após a cirurgia e persiste por pelo menos 2 meses, excluindo outras causas.¹ O objetivo deste trabalho foi avaliar a incidência de DC e o seu impacto na qualidade de vida (QoL) e na qualidade de recuperação (QoR).

Material e Métodos: Após a aprovação do estudo pela Comissão de Ética da Instituição, foi realizado um estudo prospetivo em doentes agendados para cirurgia eletiva e admitidos consecutivamente na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (junho a julho de 2012). A DC foi avaliada através do *Brief Pain Inventory* (BPI), a QoL através do questionário *Short-form 36* (SF-36) e a QoR com o *Quality of Recovery score* (QoR-40). Estas avaliações foram realizadas no período pré-operatório (T0) e três meses após a cirurgia (T3) em 66 doentes submetidos a cirurgia ortopédica, urológica, ginecológica, plástica, vascular ou cirurgia geral. Foram excluídos os doentes incapazes de dar o seu consentimento informado e com um *Mini-Mental State Examination* <24. O outcome ou resultado principal foi a DC. A análise descritiva das variáveis é apresentada e testes não paramétricos foram utilizados para comparações.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Onze doentes tinham DC 90 dias após a cirurgia (17 %). Nos doentes sem DC, os valores das medianas em T3 melhoraram relativamente a T0, em alguns domínios do SF-36: dor (84 vs 62, p<0,001), vitalidade (48 vs 38, p=0,014), desempenho emocional (100 vs 75, p<0,001) e saúde mental (66 vs 52, p=0,002). Nos doentes com DC os resultados das medianas foram similares em todos os domínios comparados com T0, exceto na função social (63 vs 75, p=0,024). Em relação à QoR obtida em T0 e T3, os doentes sem DC apresentaram uma melhoria nas medianas do valor global de QoR (180 vs 187, p=0,002), ao contrário dos doentes com DC (189 vs 186, p=0,066). Quando avaliado cada domínio do QoR-40, os doentes sem DC melhoraram as medianas no estado emocional (36 vs 40, p=0,013) e conforto físico em T3 (53 vs 58, p<0,001), enquanto os doentes com DC não tiveram melhoria em nenhum domínio.

CONCLUSÕES:

A DC é um importante resultado após a cirurgia pela incidência relativamente elevada nos nossos doentes e porque a melhoria na sua qualidade de vida e qualidade de recuperação três meses após a cirurgia, não foi tão evidente como nos doentes sem DC.

REFERÊNCIAS: 1 Macrae WA et al., *Epidemiology of pain*. IASP Press; 1999: 125-42

P74 ID140

COLOCAÇÃO DE BOMBA PERFUSORA DE OPIÓIDE INTRATECAL NO TRATAMENTO DE DOR ONCOLÓGICA REFRATÁRIA

CRUZ, ANA (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA, HOSPITAL SÃO JOÃO); PINHO, CRISTIANA (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA, HOSPITAL SÃO JOÃO); MORENO, CARLOS (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA, HOSPITAL SÃO JOÃO); BARBOSA, PAULA (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA - UNIDADE DE DOR CRÔNICA, HOSPITAL SÃO JOÃO); GOMES, ARMANDA (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA - UNIDADE DE DOR CRÔNICA, HOSPITAL SÃO JOÃO)

INTRODUÇÃO:

Cerca de 14% dos doentes oncológicos desenvolvem dor refratária, mesmo quando tratados de acordo com as normas da OMS.¹ Os efeitos laterais dos opióides são frequentes, bem como o desenvolvimento de tolerância, fatores que contribuem para a falência terapêutica.¹ O caso apresentado descreve a colocação de uma bomba de perfusão intratecal (IT) contínua de opióide no tratamento de dor oncológica refratária.

CASO CLÍNICO:

Homem de 50 anos, com lombalgia com irradiação para os membros inferiores, parestesias e paraparésia com nível por L4 de predomínio esquerdo, por tumor maligno das bainhas nervosas. Submetido a três cirurgias de exérese parcial entre Novembro de 2010 e Outubro de 2011, após as quais foi referenciado à Unidade de Dor Crônica, com queixas de dor lombar bilateral com irradiação para os membros inferiores tipo descarga elétrica. Após a instituição da terapêutica inicial, foram efetuados ajustes consecutivos com necessidade de consultas urgentes por dor não controlada. Em Janeiro de 2013, foi internado por dor irruptiva no membro inferior direito de difícil controlo. Relatava VAS 6-7 após 40 mg morfina oral com alívio mínimo, estando medicado com perfusão endovenosa diária de 840 mg morfina, 15 mg de midazolam, 20 mg de quetamina; pregabalina 600mg/dia, paracetamol 3g/dia, ibuprofeno 1200 mg/dia, amitriptilina 25 mg/dia. Pedida RMN de coluna para decisão da viabilidade de abordagem do neuroeixo, tendo sido colocado cateter epidural em L2-L3 para prova terapêutica, com perfusão de ropivacaína e morfina em bólus, com alívio significativo da dor (VAS 1-2). Foi colocada uma bomba de perfusão IT contínua através de cateter subaracnoideu em L2-L3 com ponta de cateter em D10, sob controlo radiológico. A bomba foi preenchida com 100 mg de morfina, 25 mg de bupivacaína 0,5%, e programada por telemetria. À medida que se obteve controlo algico com elevação da perfusão IT, a perfusão endovenosa foi reduzida até à sua suspensão.

DISCUSSÃO:

Há evidência crescente de que a terapêutica IT com opióides está associada a menor incidência de efeitos laterais relativamente às vias oral ou parentérica, devido à redução da dose necessária por estas vias, e a uma maior eficácia terapêutica.^{2,3,4} Esta terapêutica invasiva deve ser considerada quando os doentes, tendo respondido bem aos opióides, desenvolveram dor crescente e

efeitos laterais intoleráveis apesar da rotação de fármacos. A administração IT de fármacos, nomeadamente opióides, nos doentes oncológicos com dor refratária ou que desenvolvem toxicidade importante, oferece alívio rápido e um controlo eficaz da dor, minimiza a necessidade de opióides sistêmicos complementares e reduz a dor neuropática e mista nestes doentes, melhorando assim a sua função e qualidade de vida.⁴

REFERÊNCIAS: 1. *Annals Oncol* 2005,16:825-833 | 2. *Anesthesiology Clin* 2007, 25:863-882 | 3. *JSupport Oncol* 2005, 3:399-408 | 4. *Pain Physician* 2011,14:283-312;

P75 ID141

TERAPÊUTICA NÃO FARMACOLÓGICA (TNF) EM DOENTES COM FIBROMIALGIA: ESTUDO RETROSPECTIVO

PEREIRA, LUCIANO (HUC-CHUC, EPE); MARQUES, SOFIA (HUC-CHUC, EPE); VALENTIM, ANA (HUC-CHUC, EPE)

INTRODUÇÃO:

A Fibromialgia (FM) caracteriza-se por dor muscular generalizada. A abordagem do seu tratamento deve ser multidisciplinar, incluindo terapêuticas farmacológicas frequentemente insatisfatórias e não farmacológicas que são cada vez mais procuradas. Com o objectivo de avaliar as TNF utilizadas em doentes com diagnóstico de FM, realizou-se um estudo retrospectivo na Unidade de Dor Crônica dos HUC-CHUC.

METODOLOGIA:

Foram consultados os processos dos doentes com diagnóstico de FM admitidos na Unidade de Dor Crônica entre 2 de Janeiro de 2001 e 31 de Dezembro de 2011, com um follow-up ≥ 1 ano. Registaram-se os seguintes parâmetros: idade, género, duração do seguimento na unidade, classe social, TNF (fisioterapia, acupunctura, exercício aquáticos e psicoterapia) e os resultados observados foram classificados: como melhoria, agravamento ou mesmo estado baseado na avaliação subjectiva dos doentes. Referir que concomitantemente às TNF, todos os doentes realizavam algum tipo de terapêutica farmacológica. Os dados são apresentados como média e desvio padrão e analisados recorrendo ao programa SPSS 20.

RESULTADOS:

Foram incluídos 57 doentes neste estudo, sendo 4 homens e 53 mulheres. A média de idades é de 54,49 (DP±10) e o seguimento médio de 47,2 (DP±17.5) meses. 13,5% dos doentes são de classe social baixa, 51,9% média-baixa, 30,8% média e 3,8% de classe média-alta. A fisioterapia é a TNF mais utilizada (n=28), seguida da acupunctura (n=15), exercícios aquáticos (n=13) e psicoterapia (n=10). O resultado observado nos doentes que fizeram fisioterapia

foi melhorado em 57,1%, mantido em 39,3% e piorado em 3,6%, na acupuntura 66,7% melhorado e 33,3% mantido. Nos exercícios aquáticos 38,5% melhoraram, enquanto 46,2% mantiveram o estado e 15,4% pioraram. A TNF com melhores resultados foi a psicoterapia com 70% dos doentes referindo melhoria, sendo que 30% mantiveram o estado. 12 (21%) doentes nunca realizaram nenhuma das TNF analisadas, enquanto 28% realizaram mais que uma.

DISCUSSÃO:

O nosso estudo reproduz o que está descrito na literatura para a FM:¹ é mais frequente em mulheres, geralmente entre os 40 e 60 anos e atinge principalmente as classes sociais inferiores. O seguimento médio de 47,2 meses reflecte a sua cronicidade.

Não existe consenso entre as diferentes sociedades relativamente aos tipos de TNF recomendados e graus de evidência.^{2,3} O nosso estudo demonstra que com a psicoterapia se obtêm melhores resultados embora não seja possível tirar nenhuma conclusão devido à insuficiência da amostra. Apenas 12 doentes nunca tinham sido submetidos a TNF, o que vem reforçar o tratamento multidisciplinar que se pratica na Unidade, essenciais nesta doença de difícil controle sintomático.

BIBLIOGRAFIA: 1. *Clin Exp Rheumatol* 2011;29:560-562 | 2. *Pain Research and Treatment*. doi:10.1155/2012/426130 | 3. *Rheumatology* 2010;49:778-788

P76 ID149

SÍNDROME DE SÃO NICOLAU (SSN) COMPLICADO POR SÍNDROME COMPARTIMENTAL GLÚTEO (SCG) COM LESÃO DO CIÁTICO

PAULINO, ANA (CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE); NUNO, PEDRO (CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE); ORMONDE, LUCINDO (CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE); FONTINHAS, TERESA

INTRODUÇÃO:

O SSN, Embolia Cutis Medicamentosa ou Dermatite Livedóide é uma rara complicação da administração intramuscular ou subcutânea de fármacos insolúveis que parece resultar da sua injeção peri ou intra arterial com consequente vasoespasmo, trombose e obstrução microembólica.

CASO CLÍNICO:

Mulher de 19 anos de idade, admitida no Serviço de Urgência (SU) por lesões necróticas cutâneas e musculares da região glútea direita, 5 dias após a administração intramuscular de penicilina potássica. Tinha recorrido 2 dias antes ao SU por dor intensa com alteração cutânea livedóide. O quadro evoluiu com SCG. Durante os 55 dias de internamento, fez anticoagulação, corticoterapia e pentoxifilina, foi submetida a desbridamento e ressecção de

massas musculares necrosadas, vacuoterapia e sessões de oxigenioterapia hiperbárica, seguidos de enxerto cutâneo da região glútea da zona dadora contralateral. Admitida na Unidade Multidisciplinar de Dor por:

- Dor nociceptiva musculocutânea da região nadegueira, incidental à realização dos pensos. Escala Numérica de Dor (EN) - 4/10 em repouso, 10/10 durante os pensos.

- Dor neuropática periférica da face plantar e dorsolateral do pé direito com lesão do ciático confirmada por eletromiografia. Intermitente, em queimadura com alodínia de predomínio noturno e prejuízo da qualidade do sono (EN - 6/10).

Durante o internamento a dor foi controlada através de catéter epidural tunelizado em L2-L3, com PCEA com ropivacaína a 0.1% e morfina 0,004% (6 ml/h, Bólus de 3 mL, Lockout de 15 min). O mesmo catéter foi utilizado como técnica anestésica.

Atualmente seguida pela UMD em ambulatório (78º dia), com necessidade de realização semanal de pensos. Apresenta défices motores secundários à perda de massa muscular. Mantém seguimento em consulta de Psicologia por depressão. Mantém programa de Fisioterapia. Por perda ponderal superior a 20%, iniciou dieta hipercalórica. Dor controlada em repouso e movimento, com terapêutica oral no seguinte esquema:

- Paracetamol oral 1 g 8/8 horas
- Ibuprofeno oral 400 mg 8/8 hs
- Resgate com Tramadol oral 50 mg até 300 mg/dia
- Gabapentina oral 600 mg/dia
- Venlafaxina 32,5 mg/dia
- Fentanil Transmucoso 200 mcg durante pensos.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

Clinicamente o SSN manifesta-se por dor severa após injeção, seguida de exantema eritematoso, halo de palidez e padrão livedóide, que evolui para necrose da pele, por vezes acompanhada de gangrena e necrose muscular que pode resultar em síndrome compartimental. Em um terço dos doentes ocorrem complicações neurológicas isquémicas, geralmente transitórias e que cursam por vezes com dor neuropática, cuja abordagem deve ser precoce e multidisciplinar prevenindo a sua evolução para a cronicidade.

REFERÊNCIAS: *Ann Intern Med.* 1992;117(12):1058.

P77 ID187

O PAPEL DA HIPNOSE NO TRATAMENTO DA DOR DE MEMBRO FANTASMA

PUGA, ANDREIA (HOSPITAL DE SANTA MARIA); ABRANTES, LUIS (HOSPITAL DE SANTA MARIA); FONTINHAS, TERESA (HOSPITAL DE SANTA MARIA); ORMONDE, LUCINDO (HOSPITAL DE SANTA MARIA)

Introdução:

O interesse na hipnose clínica tem aumentado devido à evidência recente que a hipnose reduz a dor em associação com terapêutica médica.¹

A hipnoterapia poderá ser útil no alívio da dor do membro fantasma, bem como, da dor oncológica, disfunção temporomandibular e fibromialgia.²

CASO CLÍNICO

Mulher, 56 anos, vítima de acidente com máquina agrícola que provocou esfacelo e isquemia irreversível do membro superior esquerdo que conduziu a amputação cirúrgica de todo o membro.

Após cirurgia desenvolve quadro de dor acompanhada de parestesias ao nível do coto de amputação. É medicada inicialmente, com paracetamol, tramadol de ação prolongada, venlafaxina, gabapentina, e tramadol de ação rápida como medicação de resgate, registando-se melhoria sintomática.

Após alta, é referenciada à Unidade Multidisciplinar de Dor. Cerca de 9 meses após cirurgia desenvolve quadro de dor fantasma, tendo realizado escalonamento da terapêutica anticonvulsivante. É proposto à doente o início de sessões de hipnose clínica para tratamento coadjuvante da dor.

Ao fim da sétima sessão de hipnose, verifica-se melhoria das queixas algicas. Decide-se então iniciar redução progressiva da terapêutica.

Após 3 meses suspende toda a medicação, com exceção de antidepressivo, e tem alta das sessões de hipnose clínica.

DISCUSSÃO E SUMÁRIO:

O conceito de dor de membro fantasma foi descrita pela primeira vez no século XVI, no entanto permanece uma entidade pouco compreendida e de difícil tratamento. Pode ocorrer após amputação de membro e avulsões do plexo braquial, mas também após mastectomia ou amputação/remoção de outras partes do corpo. A maioria dos amputados desenvolve dor que atribui ao membro fantasma. É caracterizada por sensações de queimadura, câibras, espasmos ou sensação de “facada”.

Muitos estudos suportam a utilização de hipnose no tratamento e abordagem da dor. Os objetivos da hipnose são a indução de uma transformação na sensação e percepção de dor, através da sugestão; ajuste das sensações, crenças e cognições disfuncionais da dor; e facilitação da alteração do comportamento disfuncional relacionado com a dor.

Podem também ser fornecidos mecanismos ao doente para que seja capaz de se auto-hipnotizar criando assim, de forma rápida e simples, estados de conforto sempre que

exista sensação de dor, sendo o caso da nossa doente.

Assim, a hipnose quando utilizada corretamente constitui uma estratégia coadjuvante importante no tratamento da dor do membro fantasma.

REFERÊNCIAS: 1. Int J Clin Exp Hypn. 2007; 55(3): 275–287 | 2. American Journal of Clinical Hypnosis, 2000; 43 (1): 17-40

P78 ID195

CATETER CIÁTICO POPLITEU - UM MÊS DE UTILIZAÇÃO

SILVA, BRUNO (CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL); PINTO, NADYA (CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL)

A utilização de bloqueios periféricos contínuos em doentes com dor crônica permite o bloqueio eficaz da dor, reduzindo as necessidades de administração de outros fármacos. A utilização de bloqueio de nervo contínuos por longos períodos pode estar associada ao risco de complicações várias, como lesão neurológica, hematoma ou abscesso perineural. No entanto, apesar da elevada incidência de inflamação e colonização, o risco de infecção clinicamente significativa é baixo, o que torna o cateter de bloqueio periférico contínuo uma boa escolha no tratamento de dor crônica por períodos de tempo prolongados. No presente trabalho descrevemos um caso clínico de um doente com neuropatia periférica e isquemia do membro inferior, onde a utilização de um cateter ciático popliteu durante um mês permitiu analgesia eficaz, sem complicações.^{1,2}

Apresentamos doente do sexo masculino, 80 anos de idade, 83 kg, internado por isquemia crítica da extremidade distal do membro inferior direito, com necrose dos dedos do pé e calcâneo associada a dor neuropática de difícil controlo. Tinha diagnósticos de insuficiência renal crônica com cerca de 17 anos de evolução em programa de hemodiálise, neuropatia periférica grave, insuficiência cardíaca, cardiopatia isquémica, fibrilhação auricular, patologia pulmonar intersticial e anemia. Ao fim de 5 dias de internamento e após tentativa de controlo da dor com opióides e anticonvulsivantes, foi colocado um cateter ciático popliteu e administrado bólus de 20 ml de ropivacaína a 0,5%, sendo descrito alívio imediato da dor. Foi iniciada perfusão contínua de ropivacaína a 0,2% através de elastómero, com débito fixo de 4 ml/h. Pela presença de períodos de dor disruptiva 3 dias após a colocação do cateter, procedeu-se ao incremento da concentração de ropivacaína perfundida para 0,375%, com subsequente controlo dos episódios de dor. Durante o internamento, o doente manteve-se sempre clinicamente estável, não se evidenciando sinais de alarme no local do cateter. Ao 24º dia após colocação do cateter periférico, o doente foi submetido a limpeza cirúrgica das regiões necrosadas, utilizando-se o cateter para anestesia do procedimento. Um mês após o início da terapêutica analgésica, foi retirado o cateter e foi dada alta a pedido, sem qualquer registo de complicações, nomeadamente in-

inflamação ou agravamento da dor neuropática.

A escolha da técnica utilizada permitiu o controlo contínuo da dor neuropática do doente, reduzindo a dose de opióides, com um perfil de segurança elevado, sem registo de quaisquer complicações, designadamente infecção, hemorragia ou exacerbação da neuropatia preexistente. A antibioticoterapia prescrita no internamento provavelmente teve um efeito benéfico na prevenção de infecção nosocomial associada ao cateter.

A utilização de bloqueios periféricos contínuos no controlo da dor crónica por longos períodos de tempo parece ser bastante promissora, sendo contudo necessários mais estudos para validar esta hipótese.

REFERÊNCIAS: 1. *Anesth Analg* 2011;113:904–25 | 2. *Anesthesiology Research and Practice*, vol. 2012, Article ID560879, 2012.

P79 ID47

FATORES DE RISCO PARA DELIRIUM PÓS-OPERATÓRIO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS

VAZ ANTUNES, MARIA (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, EPE); NORTON, MARIA (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, EPE); MOREIRA, ADRIANO (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, EPE); FONSECA MOREIRA, JOANA (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, EPE); ABELHA, FERNANDO (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, EPE)

INTRODUÇÃO:

O *delirium* pós-operatório (DPO) é uma síndrome clínica complexa frequente após a cirurgia.¹ Tem sido associado a múltiplos fatores de risco, tais como co-morbilidades e outras condições associadas com a agressão cirúrgica peri-operatória.² O objetivo deste estudo foi avaliar a incidência de *delirium* e identificar fatores de risco para o seu desenvolvimento.

METODOLOGIA:

Estudo prospetivo observacional, aprovado pela Comissão de Ética Institucional. O consentimento informado foi obtido. Os critérios de inclusão foram: adultos de nacionalidade portuguesa submetidos a cirurgia eletiva não-cardíaca, não-obstetrícia e não-neurológica admitidos na unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA), durante um período de 6 semanas; um total de 221 doentes foi incluído no estudo. O diagnóstico de DPO foi efetuado através da *Nursing Delirium Screening Scale* (NUDESC), aplicada a todos os doentes, na UCPA e no primeiro dia pós-operatório. Os dados demográficos e as variáveis peri-operatórias foram registados. O resumo dos dados foi realizado com a análise descritiva das variáveis e o teste de Mann-Whitney, o teste exato de Fisher ou Qui-quadrado foram utilizados nas comparações. A análise multivariada foi efetuada com a regressão logística binária com cálculo de *Odds Ratio* (OR) e do intervalo de confiança de 95% (IC 95%).

RESULTADOS:

A incidência de DPO foi de 11%. Os doentes com DPO eram mais velhos (mediana de idade 69 versus 57 anos, $p < 0,001$), mais propensos a ter um estado físico ASA III / IV, $p < 0,001$, tinham mais frequentemente doença coronária (24% versus 6%, $p = 0,001$), hipertensão (80% versus 45%, $p = 0,001$), insuficiência renal (20% versus 5%, $p = 0,005$), doença pulmonar obstrutiva crónica (20% versus 5,6%, $p = 0,009$) e estavam medicados com benzodiazepinas mais frequentemente (44% versus 25%, $p = 0,044$). Na análise multivariada, a idade (OR = 1,1, IC 95% 1,0 -1,1, $p = 0,003$) e o estado físico ASA III / IV (OR = 4,7, IC 95% 1,9-11,5, $p = 0,001$) foram fatores de risco independentes para o desenvolvimento de *delirium* após a cirurgia.

DISCUSSÃO:

Na literatura atual, o *delirium* no pós-operatório tem uma prevalência entre 5 a 15%.² Vários fatores de risco têm sido associados ao desenvolvimento de *delirium*, entre

os quais o aumento da idade, género masculino, polimedicação e presença de patologia aguda ou crónica severa.^{1,2}

CONCLUSÃO:

No nosso estudo, verificámos que o delirium foi comum na UCPA após cirurgia eletiva. A idade e o estado físico ASA foram considerados fatores de risco independentes para o desenvolvimento de DPO.

REFERÊNCIAS: 1 Eur J Anaesthesiol 2010; 27: 403-405 | 2. Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain 2012; 12 (3).

P80 ID49

QUALIDADE DE VIDA EM DOENTES COM DELIRIUM PÓS-OPERATÓRIO

VAZ ANTUNES, MARIA (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, EPE); NORTON, MARIA (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, EPE); FONSECA MOREIRA, JOANA (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, EPE); MOREIRA, ADRIANO (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, EPE); ABELHA, FERNANDO (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, EPE)

INTRODUÇÃO:

O delirium é uma alteração global e transitória da cognição.¹ Os doentes em que ocorre esta condição representam um subgrupo em risco de desenvolver um distúrbio cognitivo prolongado, e até mesmo permanente, que pode afetar negativamente a qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS).² O objetivo do nosso estudo foi avaliar a qualidade de vida em doentes que desenvolveram delirium pós-operatório (DPO).

METODOLOGIA:

Estudo prospetivo observacional, aprovado pela Comissão de Ética da nossa instituição. O consentimento informado foi obtido. Os critérios de inclusão foram: adultos de nacionalidade portuguesa submetidos a cirurgia eletiva não-cardíaca, não-obstétrica e não-neurológica, durante um período de 6 semanas. O diagnóstico de DPO foi efetuado através da *Nursing Delirium Screening Scale* (NUDESC), aplicada a todos os doentes na altura da alta da unidade pós-anestésica e no primeiro dia pós-operatório. A QVRS foi avaliada pelo SF-36 antes e três meses após a cirurgia. Os dados foram resumidos pela análise descritiva das variáveis e foram realizados testes não-paramétricos em comparações.

RESULTADOS:

De um total de 221 doentes, 25 (11%) desenvolveram DPO. Três meses após a cirurgia e comparando com doentes sem DPO, os doentes que desenvolveram DPO obtiveram piores valores em 2 dos domínios do SF-36: saúde em geral (mediana 65 versus 50, $p = 0,016$) e função social (mediana 100 versus 75, $p = 0,043$).

Em doentes com DPO e comparando cada um dos domínios do SF-36 antes e 3 meses após a cirurgia, foram obtidos resultados semelhantes em seis domínios do

SF-36, exceto na função física (média 80 versus 85, $p = 0,027$) e vitalidade (mediana 46 versus 50, $p = 0,007$). Os doentes sem DPO obtiveram melhores resultados em sete domínios: função física (média 80 versus 85, $p = 0,030$), desempenho físico (mediana 56 versus 75, $p = 0,001$), dor física (média 61 versus 84, $p < 0,001$), vitalidade (média 46 versus 50, $p < 0,001$), função social (mediana 88 versus 100, $p = 0,035$), desempenho emocional (mediana 75 versus 100, $p < 0,001$) e saúde mental (mediana 56 versus 68, $p < 0,001$).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

Em doentes sem DPO, 3 meses após a cirurgia, a qualidade de vida relacionada com a saúde melhorou em quase todos os domínios do SF-36, enquanto nos doentes que desenvolveram DPO apenas ocorreu melhoria em 2 domínios. O desenvolvimento de DPO foi associado a piores scores em dois domínios do SF-36, a saúde em geral e a função social.

REFERÊNCIAS: 1. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain* 2012; 12 (3). | 2 Eur J Anaesthesiol 2011; 28: 178.

P81 ID29

ANISOCRIA PERI OPERATÓRIA EM CIRURGIA ENDOSCÓPICA NASAL

DUQUE, MÉLANIE (CHTV); NEVES, CLARINDA (CHTV); RIBEIRO, SANDY (CHTV); FERREIRA, TATIANA (CHTV); CORDEIRO, LÚCIA (CHTV); ASSUNÇÃO, JOSE PEDRO (CHTV)

INTRODUÇÃO:

A anisocoria corresponde a uma assimetria no diâmetro pupilar frequentemente fisiológica nos indivíduos jovens, estando presente em 20% da população.^{1,2,3} Em contexto peri-operatório não pode ser menosprezada pois pode indicar lesão neurológica potencialmente fatal, e dever-se a lesão sistémica ou local.^{1,3}

CASO CLÍNICO:

Mulher de 18 anos, ASA I, submetida a cirurgia endoscópica nasal com turbinectomia, seguida de septoplastia, sob anestesia geral balanceada. A indução foi realizada com Propofol, Fentanil e Rocurónio endovenosos, e a manutenção com Sevoflurano e Remifentanil. A mucosa nasal foi infiltrada com Lidocaína e Adrenalina. A analgesia foi realizada com Parecoxib e Paracetamol endovenosos.

A cirurgia teve a duração de 45 minutos, decorreu sem intercorrências, com a doente hemodinamicamente estável. No fim da cirurgia foi feita a reversão de bloqueio neuromuscular. No recobro imediato verificou-se midríase marcada no olho direito, sendo o exame neurológico e oftalmológico de resto normal. Foi avaliada pela Neurocirurgia e Oftalmologia. Permaneceu sob vigilância apertada na UCPA, e houve regressão completa da midríase ao fim de 6 horas.

DISCUSSÃO:

Tratando-se de uma jovem sem anisocoria prévia, submetida a uma cirurgia endoscópica do nariz, hemodinamicamente estável durante o procedimento, com restante exame objetivo normal e reversão espontânea da anisocoria, as hipóteses de lesão vascular ou compressiva são pouco prováveis. A causa mais provável é a de embolização do vasoconstritor através do canal nasolacrimal para o gânglio ciliar. O anestesiológista deve estar atento ao diâmetro pupilar e sua simetria durante o período peri-operatório, sendo as alterações encontradas complementadas com o exame oftalmo-neurológico contextualizado acada doente.

BIBLIOGRAFIA: 1. Presse Med. 2002 Jun 22;31(22):1028-33. 2. Int J Med Sci. 2010 Sep 10;7(5):314-8. 3- Anaesthesia. 2012 Sep;67(9):1053-4.

P82 ID32

ABORDAGEM ANESTÉSICA DO DOENTE COM ANGIOEDEMA HEREDITÁRIO

ROSA, TERESA (HOSPITAL GARCIA DE ORTA); LINDA, FILIPE (HOSPITAL GARCIA DE ORTA); PICA, SÍLVIA (HOSPITAL GARCIA DE ORTA); COSTA, RUI (HOSPITAL GARCIA DE ORTA)

INTRODUÇÃO:

O angioedema hereditário (AH) é uma doença autosómica dominante que resulta da ausência ou defeito do inibidor da C1-esterase, o que leva à ativação descontrolada da via clássica do complemento. Como consequência, ocorre aumento da permeabilidade vascular, com edema da pele e mucosas,¹ tipicamente ao nível das extremidades, face, via aérea e trato gastrointestinal. O doente com esta patologia pode representar um desafio para o anestesiológista em 3 situações distintas: via aérea difícil em contexto urgente/ emergente por edema das estruturas; peri-operatório e tratamento de dor cónica crónica por cólicas abdominais recorrentes. Descreve-se a abordagem peri-operatória de doente com AH.

CASO CLÍNICO:

Homem, 80 anos de idade, antecedentes de AH, HTA, dispepsia e diverticulite. Antecedentes cirúrgicos de duodenopancreatectomia. Medicado com ácido aminocapróico, ramipril, omeprazol, fentanil transdérmico, paracetamol, gabapentina e bisacodil. Proposto para cirurgia por oclusão intestinal por bridas.

Na véspera da cirurgia administradas 2U de plasma fresco congelado e 1 hora antes do procedimento cirúrgico administrado inibidor da C1-esterase humano (Berinert®) 20U.Kg⁻¹, a 4ml.min. Posteriormente, indução anestésica com remifentanil 1µg.kg⁻¹, propofol 2mg.kg⁻¹ e rocurónio 0,5mg.kg⁻¹. IOT fácil seguida de ventilação controlada por pressão. Manutenção anestésica com O₂ a 40%, sevoflurano, remifentanil e rocurónio. Analgesia efetuada com morfina 10mg. Intra-operatório e emergência anestésica sem intercorrências. Analgesia pós-operatória com paracetamol e PCA de fentanil. Alta clinicamente bem ao 8º dia pós-operatório.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

Na abordagem anestésica do doente com AH é fundamental uma profilaxia pré-operatória apropriada, pois pode ocorrer agudização associada à intervenção cirúrgica.² O concentrado de inibidor da C1-esterase pode ser utilizado para o tratamento e profilaxia do AH. A escolha dos fármacos anestésicos não é influenciada pela doença,³ mas a disponibilidade de medicamentos e material de via aérea adequado para o tratamento de uma crise é indispensável.

REFERÊNCIAS: 1. J Allergy Clin Immunol 2004;3:629-37. | 2. European Journal of Anaesthesiology 1998;15:607-9. | 3. Anesthesiology 1989;71:309-11

P83 ID43

**AWARENESS INTRAOPERATÓRIO
DIAGNOSTICADO POR QUESTIONÁRIO BRICE**

NORTON, MARIA (H.S.JOÃO EPE); ANTUNES, MARIA (H.S.JOÃO EPE); CRUZ, SOFIA (H.S.JOÃO EPE); SOUSA, GABRIELA (HOSPITAL S.JOÃO EPE); ABELHA, FERNANDO (HOSPITAL S.JOÃO EPE)

INTRODUÇÃO:

Awareness intra-operatório é uma complicação rara da anestesia geral.¹ É uma entidade difícil de identificar, residindo uma das dificuldades na distinção de “*awareness*” versus “sonho” no intraoperatório.² O questionário Brice modificado é a ferramenta mais utilizada para a deteção de *awareness* no pós-operatório.³ O objetivo deste estudo foi identificar *awareness* no período pós-operatório utilizando o questionário Brice.

METODOLOGIA:

Estudo prospectivo observacional, aprovado pela Comissão de Ética Institucional realizado durante um período de 6 semanas. Foi obtido o consentimento informado escrito a todos os doentes. Os critérios de inclusão foram: idade > 18 anos, nacionalidade Portuguesa, submetidos a cirurgia programada sob anestesia geral (excluindo cirurgia cardíaca, obstétrica e neurocirurgia). Aplicou-se o questionário Brice aos 118 doentes incluídos. Registaram-se dados demográficos, variáveis perioperatórias, tempo de internamento hospitalar e na UPA e mortalidade.

Utilizou-se estatística descritiva para tratamento dos dados e o teste de Mann-Whitney, teste exato de Fisher e o teste de Qui-quadrado.

RESULTADOS:

8 questionários Brice apresentaram resultado positivo: 7 com sonhos sob anestesia geral e 1 *awareness*. A incidência de sonhos foi 6.4% no sexo feminino e 7.3% no sexo masculino. Não houve diferenças entre os grupos no que concerne à idade, local de cirurgia, duração da cirurgia e da anestesia, tempo de internamento na UPA e hospitalar e na mortalidade. Não se evidenciaram também diferenças na percentagem de doentes medicados com benzodiazepinas e no tipo de manutenção anestésica (endovenosa vs. inalatória).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

O *awareness* é uma complicação anestésica rara. No nosso estudo obtivemos um caso de *awareness* e 7 sonhos intra-operatórios através da aplicação do questionário Brice. Não encontramos diferenças com significado estatístico no que respeita às diferentes variáveis estudadas.

REFERÊNCIAS: 1. *Rev Bras Anesthesiol* 2012; 62:3: 365-374 | 2. *Anesth Analg* 2004;99:833-9 | 3. *British Journal of Anaesthesia* 1970;42:535-542

P84 ID44

**EVENTOS DE CONSCIÊNCIA INTRA-
OPERATÓRIOS E QUALIDADE DE VIDA**

NORTON, MARIA (H.S.JOÃO); ANTUNES, MARIA (H.S.JOÃO); CRUZ, SOFIA (H.S.JOÃO); SOUSA, GABRIELA (H.S.JOÃO); ABELHA, FERNANDO (H.S.JOÃO)

INTRODUÇÃO:

Awareness intra-operatório é uma complicação rara da anestesia geral que pode estar associada ao desenvolvimento de distúrbios psicológicos e emocionais¹ com possível impacto negativo na qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS).² O objetivo do nosso estudo foi avaliar a qualidade de vida em doentes com eventos de consciência intra-operatórios (*awareness* ou sonhos).

METODOLOGIA:

Estudo prospectivo observacional aprovado pela Comissão de Ética Institucional realizado durante um período de 6 semanas. Obtido o consentimento informado escrito. Os critérios de inclusão foram: idade > 18 anos, nacionalidade Portuguesa, submetidos a cirurgia programada sob anestesia geral (excluindo cirurgia cardíaca, obstétrica e neurocirurgia). A QVRS foi avaliada pelo questionário SF-36 *Health Survey* (SF-36). Para deteção de eventos de consciência intra-operatórios aplicou-se o questionário Brice aos 118 doentes incluídos. Registaram-se dados demográficos, variáveis perioperatórias, tempo de internamento hospitalar e na UPA e mortalidade. Utilizou-se estatística descritiva e o teste de Mann-Whitney, teste exato de Fisher e o teste de Qui-quadrado para comparações.

RESULTADOS:

Dos 8 (6,8%) questionários Brice com resultados positivos, 7 (5,9%) corresponderam a sonhos durante anestesia geral e 1 (0,9%) correspondeu a *awareness*. No grupo de doentes com eventos de consciência no intraoperatório (*awareness* ou sonhos), não houve diferenças na QVRS comparando cada um dos domínios do SF-36 antes da cirurgia e 3 meses após a cirurgia. O grupo de doentes sem eventos de consciência intraoperatórios (*awareness* ou sonhos) apresentou melhores scores em 7 domínios do SF-36 3 meses após a cirurgia: função física (mediana 80 vs. 78, p=0.004), desempenho físico (mediana 69 vs. 50, p=0.025), dor física (mediana 77 vs. 61, p<0.001), vitalidade (mediana 50 vs. 42, p<0,001), função social (mediana 88 vs. 75, p=0.020), desempenho emocional (mediana 100 vs. 75, p<0,001) e saúde mental (mediana 68 vs. 56, p<0,001).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

A QVRS após cirurgia melhorou ao fim de 3 meses no grupo de doentes sem eventos de consciência intraoperatórios, tendo-se mantido semelhante (antes da cirurgia e 3 meses após a cirurgia) no grupo de doentes com eventos de consciência intraoperatórios.

REFERÊNCIAS: 1. *Rev Bras Anesthesiol* 2012; 62:3: 365-374 | 2. *Acta Med Port* 2006; 19: 281-288

P85 ID45

PALPITAÇÕES AOS 20 ANOS: PAIXÃO OU ALGO MAIS?!

SILVA, ANA CRISTINA (CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL); ALBA, YAZMINA (CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL); SAMPAIO, TERESA (CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL)

INTRODUÇÃO:

A Síndrome de *Wolf Parkinson White* (SWPW) é uma arritmia cardíaca com vias acessórias auriculoventriculares que têm capacidade de condução anterógrada e que apresenta características específicas no electrocardiograma (ECG), nomeadamente intervalo PR curto, presença de onda delta no início do QRS e alargamento do QRS. A incidência na população é de 0,9 a 3 %, e os doentes podem ser assintomáticos ou apresentar desconforto torácico e palpitações.¹ O risco de desenvolverem taquiarritmias com risco de morte súbita, como taquicardias supraventriculares paroxísticas e fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida, obriga a cuidados específicos na abordagem destes doentes, nomeadamente na monitorização, preparação de fármacos antiarrítmicos e desfibrilhador.

CASO CLÍNICO:

Feminino de 20 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, proposta para limpeza cirúrgica de abcesso umbilical em contexto de urgência. Durante a avaliação anestésica a doente referiu queixas esporádicas de palpitações. Ao exame objectivo destaca-se na auscultação cardíaca períodos arrítmicos de taquicardia e decide-se realizar um ECG que revela ritmo de escape com alargamento do QRS, PR curto e onda delta, com períodos de frequência cardíaca de 110 bpm. Analiticamente sem alterações. A doente é classificada como ASA IIE. Após avaliação pelo Cardiologista decide-se submeter a doente a uma sedação com Midazolam, Fentanil e Propofol com monitorização contínua com pás multifunções. O intra-operatório decorreu sem intercorrências e a doente permaneceu hemodinamicamente estável durante todo o procedimento.

DISCUSSÃO E SUMÁRIO:

Os doentes com SWPW apesar de assintomáticos podem desencadear taquiarritmias de reentrada e paragens cardíacas súbitas devido à condução eléctrica através de vias de condução acessórias entre as aurículas e os ventrículos. Durante a abordagem anestésica destes doentes é essencial evitar situações que possam desencadear períodos de taquicardia e aumentar uma resposta simpática, como ansiedade, dor, resposta à intubação e hipovolemia.^{2,3} Alguns fármacos devem também ser evitados pela resposta que podem provocar, nomeadamente atropina, ionotrópicos e ketamina. Em caso de surgirem complicações podem ser usados beta bloqueantes de curta acção, como o esmolol, ou em situações de instabilidade hemodinâmica cardioversão eléctrica.³ Mesmo em doentes assintomáticos é importante realizar sempre uma monitorização cuidada e ter à disposição fármacos adequados e desfibrilhador.

REFERÊNCIAS: 1. Indian J Anaesth 2011 Jul-Aug; 55(4):381-383

2. J Anaesth Clin Pharmacol 2012; 26:417-8 | 3. Anesthesia and Co-existing Disease 5th ed. 2008; 72-3

P86 ID81

DROPERIDOL- REACÇÃO DISTÓNICA AGUDA SEVERA

CONDE, RITA (CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO); NEUTEL, ELIZABETE (CENTRO HOSPITALAR DO PORTO)

INTRODUÇÃO:

O droperidol, um antagonista dos receptores D2 da dopamina, é usado como antipsicótico, em neuroleptoanalgesia e, mais frequentemente na profilaxia e tratamento de náuseas e vômitos do pós-operatório. Os efeitos secundários são relacionados com a dose e incluem arritmias cardíacas, sedação, tonturas, cefaleias e reacções extrapiramidais.¹ Nas doses recomendadas para anti-emese (<1mg), discinesias são raras.² Apresentamos um caso de reacção distónica aguda com laringospasmo após droperidol em baixa dose, complicada com broncospasmo.

CASO CLÍNICO:

Masculino, 50 anos; antecedentes de tabagismo pesado e hipertensão arterial medicada (ASAIII); sem alergias conhecidas ou eventos anestésicos/cirúrgicos prévios, proposto para cirurgia anal em regime de ambulatório. Já na sala operatória e sob monitorização standard (ASA) administrado droperidol (0,625mg): desenvolvimento súbito de contracção muscular generalizada envolvendo particularmente a face e região cervical, compromisso ventilatório e incapacidade de vocalização ou cumprir ordens simples; taquicárdico, hipertenso, queda da saturação periférica de O₂ para 87%. Indução com propofol, permitindo introdução de máscara laríngea, e ventilação com pressão positiva, com melhoria modesta. Sibilos dispersos à auscultação pulmonar: administração de salbutamol e brometo de ipatrópio nebulizados. Posicionamento e início do procedimento, com duração total de cerca de 15 minutos. No final, ventilação e saturações adequadas, auscultação pulmonar sem alterações e doente hemodinamicamente estável. Emergência, transporte e cuidado pós-anestésico sem intercorrências. Quando questionado, recorda «estar fechado dentro de si próprio», incapaz de se mover ou comunicar.

DISCUSSÃO E SUMÁRIO:

A atenção ao droperidol tem-se focado sobretudo nas arritmias malignas potencialmente associadas a doses altas; entretanto, doses mais baixas não são isentas de risco de reacções adversas. Distonias agudas caracterizam-se por contracção muscular involuntária sustentada, geralmente com distribuição craniocervical e potencialmente envolvendo músculos laríngeos.³ Hipóteses incluem hiperactividade colinérgica dos gânglios basais ou aumento paradoxal da actividade dopaminérgica por bloqueio pre-

ferencial dos receptores pré-sinápticos. Apesar de raras, reacções distónicas agudas ao droperidol, particularmente quando envolvendo músculos craniofaciais e laríngeos, podem ser particularmente graves, pelo potencial de obstrução aguda da via aérea requerendo intervenção rápida.

Referências: 1. *Drugs* 2006; 66(16):2123-2147 | 2. *Eur J Anaesthesiol* 2012; 29:286-294 | 3. *Arq Neuropsiquiatr* 2012; 70(6):453-461

P87 ID84

DESAFIOS ANESTÉSICOS NUMA DOENTE COM SÍNDROME DE EHLERS-DANLOS TIPO IV

LUGARINHO, TERESA (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA DOS HUC-CHUC); OLIVEIRA, DINAMENE (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA DOS HUC-CHUC); CUNHA, INÉS (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA DOS HUC-CHUC); MESQUITA, INÉS (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA DOS HUC-CHUC); COUCEIRO, GRAÇA (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA DOS HUC-CHUC);

INTRODUÇÃO:

A Síndrome de *Ehlers-Danlos* (SED) compreende um grupo de doenças hereditárias do tecido conjuntivo que partilham um defeito na formação do colagénio. Dos diferentes subtipos da doença, o tipo IV (vascular) representa uma mutação autossómica dominante do gene COL3A1, condicionando uma produção anormal do colagénio tipo III, sendo raro e com prevalência inferior a 1:100.000.¹ Clinicamente apresentam pele fina, fragilidade vascular, equimoses extensas, fâcies característico, hipermobilidade articular, escoliose, veias varicosas e risco aumentado de pneumotórax.² Em 25% destes doentes a doença manifesta-se antes dos 20 anos e em 80% surge um evento vascular antes dos 40 anos. A sobrevida mediana é de 48 anos,¹ sendo a principal causa de morte a rotura espontânea de uma artéria.¹

Os riscos cirúrgicos são significativos e encontram-se bem descritos.³ No entanto, existe pouca evidência disponível quanto à abordagem anestésica.^{2,3} Conhecem-se dificuldades causadas pela maior laxidez articular e fragilidade capilar, dificuldade de canulação de veias com rotura e formação de hematomas, subluxação atlanto-axial durante a intubação, risco aumentado de pneumotórax e hematoma na realização de bloqueios do neuro-eixo.²

DESCRIÇÃO DO CASO:

Doente do sexo feminino, 39 anos, ASA II, antecedentes pessoais de SED-IV, proposta para tenorrafia rotuliana, em Bloco Operatório Periférico, sob anestesia geral. Submetida anteriormente a cesariana sob anestesia geral, complicada com formação de hematoma exuberante na parede abdominal. Apresentava história de equimoses e hematomas fáceis com pequenos traumatismos. Pelo descrito, optou-se pela realização da cirurgia em Bloco Operatório Central.

Devido à possibilidade de subluxação da articulação atlanto-axial e ao maior risco de formação de hematoma na via aérea, optamos pela colocação de máscara

laríngea (ML). Verificamos dificuldade na canulação venosa, o que se associará à maior fragilidade vascular.

A indução anestésica realizou-se com 0,1mg de fentanil, 450mg de tiopental, ventilação com máscara facial a baixas pressões e colocação de ML-Gel nº3, mantendo-se a doente em ventilação controlada. A manutenção anestésica fez-se com Sevoflurano.

Decorridos 10 minutos de cirurgia, verificou-se exacerbação da pressão de pico da via aérea (40mmHg), o que poderia contribuir para desenvolvimento de hematoma e pneumotórax. Administraram-se imediatamente 0,1mg de fentanil e a ventilação passou de volume controlado para assistida. A tensão arterial sistólica manteve-se inferior a 120 mmHg e a restante cirurgia decorreu sem outras complicações de relevo.

DISCUSSÃO E SUMÁRIO:

Com a divulgação deste caso alertamos para os riscos anestésicos do doente com SED-IV. O manuseamento anestésico implica cuidados na abordagem da via aérea, acessos vasculares, posicionamento e procedimentos invasivos. Garantindo isto e prevendo as complicações, a evidência aponta para que a anestesia possa ser realizada de forma segura.

REFERÊNCIAS: 1. *N Engl J Med* 2000;342:673-80 | 2. *Anaesth Intensive Care* 2006;34:501-5 | 3. *Anaesthesia* 2004;59:1224-7

P88 ID99

A ANESTESIOLOGIA FORA DO BLOCO: QUAIS OS FATORES DE RISCO?

NUNES, JOANA (HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL); MENEZES, SÓNIA (HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL); VEIGA, MARIANO (HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL); FREITAS, JOANA (HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL); ZENHA, SÉRGIO (HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL); RODRIGUES, RICARDO (HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL)

INTRODUÇÃO:

A sedação para procedimentos endoscópicos minimiza a ansiedade e o desconforto dos doentes, permitindo maior tolerância ao procedimento facilitando a manipulação técnica.^{1,2} Uma vez que no nosso hospital o número de atos anestésicos fora do bloco cresceu exponencialmente, este trabalho teve como objectivo avaliar qual a população alvo e quais os possíveis fatores associados à ocorrência de complicações durante estes procedimentos.

METODOLOGIA:

Realizou-se um estudo prospetivo incluindo 152 doentes submetidos a procedimentos de gastroenterologia sob sedo-analgésia. Foram excluídos os doentes < 18 anos. Analisaram-se as variáveis: idade, sexo, ASA, co-morbilidades, tipo de procedimento e grau de sedação. Avaliou-se a relação entre as variáveis e as complicações ocorridas. A análise estatística foi realizada com o programa SPSS®17.0 utilizando os testes do qui-quadrado e teste

exato de Fisher.

RESULTADOS:

Constatou-se uma incidência de complicações de 10,5%, sendo que 43,7% foram do foro cardiovascular. Os doentes foram separados em dois grupos com base na ocorrência ou não de complicações (16 vs 136 doentes, respectivamente). Os do primeiro grupo apresentavam na maioria mais que 65 anos (81,2%), bem como, um maior número de co-morbidades cardiovasculares (81,2%) e metabólicas (56,2%). Os esquemas farmacológicos com utilização de mais que duas classes farmacológicas estiveram, igualmente, associados a maior incidência de complicações ($p < 0.05$).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

Verificamos que a idade avançada, a existência de co-morbidades e a utilização de esquemas farmacológicos complexos estiveram associados a uma maior incidência de complicações nestes procedimentos. A identificação destes fatores permite desenvolvermos atitudes que reduzam a morbidade e mortalidade, preservando a segurança na nossa prática clínica. Embora considerando as limitações do estudo, não podemos deixar de considerar que estes e, eventualmente, outros fatores poderão estar associados a uma maior morbidade em outros tipos procedimentos fora do bloco envolvendo sedação, sendo este um aspeto a avaliar em estudos futuros.

REFERÊNCIAS: 1. Anest Clin 2010; 281-294 | 2-Gast Endos 2008; 910:923

P89 ID102

PERFURAÇÃO DURANTE MUCOSETOMIA GÁSTRICA ENDOSCÓPICA SOB ANESTESIA - ESTUDO RETROSPECTIVO DE UM ANO

PEREIRA, LUCIANO (HUC-CHUC, EPE); PAIVA, MIGUEL (HUC-CHUC, EPE); CABRAL, RAQUEL (HUC-CHUC, EPE); ÓRFÃO, ROSÁRIO (HUC-CHUC, EPE)

INTRODUÇÃO:

A mucosetomia endoscópica é geralmente efetuada com apoio da Anestesiologia. As complicações apesar de raras, podem tomar proporções graves e levar a um desfecho fatal, exigindo-se uma intervenção precoce. Realizou-se um estudo retrospectivo das mucosetomias efetuadas em 2012 no Bloco Operatório dos CHUC - HUC.

METODOLOGIA:

Foram consultados os registos operatórios e levantados os processos clínicos dos doentes submetidos a mucosetomia, registando: sexo, idade, localização da lesão, patologia associada, ASA, técnica anestésica, complicações ocorridas, duração do procedimento. Os resultados são apresentados como média e desvio padrão.

RESULTADOS:

De 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2012 realizaram-se 8 mucosetomias, ocorrendo duas perfurações(25%).

A média de idades foi de 77.5 anos(DP±13.08). 5 doentes do sexo Masculino e 3 do sexo Feminino. Todos os procedimentos foram efectuados sob anestesia geral, 5 com classificação ASA III, 2 ASA II e 1 ASA I. As localizações mais frequentes da lesão foram antro (37,5%) e corpo (25%). A duração média do procedimento foi de 2:07h.

Uma perfuração ocorreu numa Mulher de 81 anos, ASA III, com uma lesão no fundo gástrico. Foi efectuada rafia por laparotomia, sem outras intercorrências.

A segunda ocorreu num Homem de 71 anos, ASA III com uma lesão no corpo médio. 20 minutos após o início do procedimento, surgiu um extenso enfisema subcutâneo, subida abrupta das pressões de pico (PVA:40mmHg) e descida da SpO2 (85%). Confirmado clinicamente o pneumotórax hipertensivo bilateral foram colocados 2 drenos torácicos. O doente foi transferido para a UCPA com os diagnósticos de enfisema subcutâneo do pênis até à face, pneumotórax hipertensivo bilateral em drenagem, pneumomediastino e pneumoperitoneu. Na UCPA realizou-se nova endoscopia por hemorragia, tendo tido alta após 29 horas.

DISCUSSÃO:

Estudos recentes reportam uma incidência de perfurações nos doentes submetidos a recessão mucosa e submucosa de 4%, sendo os principais factores de risco lesões complicadas que exigem procedimentos prolongados, idade avançada e patologia associada.¹ Os doentes neste estudo eram de idade avançada, 62,5% com classificação ASA III.

Do segundo caso resultaram consequências adversas da presença iatrogénica de ar extralumiar. Estão publicados uma dezena de casos de pneumotórax hipertensivo após perfuração gastrointestinal. A passagem de ar do compartimento abdominal para o torácico pode resultar da migração através dos planos fasciais para o mediastino ou através de fenestrações diafragmáticas, levando a ruptura da pleura visceral com consequente descompressão do ar para a cavidade pleural.^{2,3}

Os anestesistas devem estar cientes que apesar da taxa de complicações dos procedimentos endoscópicos ser baixa, em doentes com factores de risco é maior, devendo estar preparados para o rápido reconhecimento e actuação em situações críticas.

BIBLIOGRAFIA: 1. World J Gastroenterol.2011;17:3575-3579
2. Ann R Coll Surg Engl.2007;89(5):w20-w21 | 3. Dig Dis Sci.2012;57:1990-1995

P90 ID125

PODERÃO AS PCA SER FONTE DE INFEÇÕES NOSOCOMIAIS?

CONCEIÇÃO, LUÍS (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA, HUC-CHUC); CHIEIRA, DIANA (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA, HUC-CHUC); GOMES, PIEDADE (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA, HUC-CHUC); CHAVES, CATARINA (SERVIÇO DE PATOLOGIA CLÍNICA, HUC-CHUC); BOAVENTURA, LUÍSA (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA, HUC-CHUC)

INTRODUÇÃO:

Atualmente assiste-se a uma crescente preocupação com o aumento de incidência de infeções nosocomiais, implicando uma maior morbimortalidade e importantes custos económicos adicionais de grande impacto não só hospitalar como para a sociedade.

A Unidade de Dor Aguda (UDA) do nosso Hospital tem disponíveis 16 bombas infusoras de PCA. Devido à sua grande utilização (cerca de 700 infusões/ano) e uma rotatividade de cerca de 2,2 doentes/semana para cada bomba, a maioria está permanentemente em utilização. Mensalmente podem ser atribuídas a vários doentes em diferentes enfermarias, pelo que podem ser uma potencial fonte de infeções cruzadas entre doentes internados.

O objectivo deste estudo é averiguar, à semelhança do que já foi feito noutros hospitais, se a descontaminação das bombas infusoras está a ser realizada da maneira mais adequada e se a sua utilização poderá ser responsável por infeções nosocomiais.

MÉTODOS:

Durante 2 meses, foram colhidas amostras microbiológicas de 27 bombas infusoras que regressaram à UDA. A colheita das amostras foi realizada sem alterar o protocolo de limpeza instituído (lavagem com água, sabão e solução de álcool a 70° e secagem em ar ambiente) e sem informar os responsáveis pela limpeza e transporte. Foram colhidas com zaragatoa 2 amostras em cada bomba infusora: uma do teclado e outra do botão de bólus. Estas foram testadas e cultivadas no Laboratório de Microbiologia. Se positivas, procedeu-se à quantificação das colónias e posterior identificação com os meios utilizados na prática laboratorial: Gram (exame direto), Provas Manuais (teste da coagulase/teste de susceptibilidade à Oxacilina) e Identificação por Método Automático (*Vitek2 Biomeriex*).

RESULTADOS:

Durante o período em que decorreu o estudo, foram obtidas amostras de 27 bombas infusoras (54 amostras no total). Houve culturas positivas em 17 amostras colhidas do botão de bólus e em 17 amostras colhidas do teclado. Todas as culturas positivas revelaram contaminação por *Staphylococcus coagulase* negativa. Houve uma amostra colhida no teclado que revelou contaminação por *Corynebacterium species* e *Staphylococcus coagulase* negativa.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

Em todas as amostras que apresentaram contaminação, os microorganismos isolados são bactérias comensais e com baixo potencial patogénico em indivíduos imunocom-

petentes. À semelhança de outros estudos efetuados noutros hospitais, não foram isolados bacilos Gram-negativos.

A maioria das bombas infusoras analisadas apresentava colonização bacteriana. Como tal, e dado o pequeno número da amostra, dever-se-á prosseguir com este estudo. Para avaliar a eficácia do protocolo de descontaminação instituído, as colheitas irão ser realizadas antes e após a lavagem.

REFERÊNCIAS: *Anaesthesia* 2009; 64: 751-753

P91 ID146

ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO PÓS-OPERATÓRIO - ESTUDO RETROSPECTIVO DE 10 ANOS

FERREIRA, TATIANA (CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU); AREDE, MARIA JOSÉ (CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU); OLIVEIRA, FÁTIMA (CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU); CATRÉ, DORA (CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU); VICO, MANUEL (CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU); ASSUNÇÃO, JOSÉ PEDRO (CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU)

INTRODUÇÃO:

O enfarte agudo do miocárdio pós cirurgia não cardíaca (EAM) é uma complicação major com uma apresentação clínica atípica e de mau prognóstico.¹

A incidência em doentes sem história de doença coronária é inferior a 1%, enquanto nos que apresentam doença coronária conhecida é cerca 5,6%. São factores de risco a doença coronária, idade > 75 anos, insuficiência cardíaca, hipotensão intraoperatória, anemia, etc.

Os objetivos deste estudo foram determinar a incidência de EAM pós-operatório no nosso hospital ao longo de um período de 10 anos e caracterizar essa população.

METODOLOGIA:

Foram incluídos todos os doentes com EAM nos primeiros 30 dias após a cirurgia, operados entre Janeiro de 2000 e Dezembro de 2009. Definimos várias variáveis de acordo com a literatura e em 2012 obtivemos a sobrevida desses doentes através na nossa base de dados.

RESULTADOS:

Encontrámos um total de 29 doentes em 70383, com EAM pós-operatório nos primeiros 30 dias após a cirurgia, ou seja uma incidência de 4,1/10000 cirurgias.

55,2% dos doentes apresentavam idade superior a 75 anos, 62,1% eram do sexo masculino, 78,6% ASA III, 34,5% tinham doença coronária conhecida e todos apresentavam factores de risco para doença coronária. 51,7% foram submetidos a cirurgia urgente. A maioria dos EAM ocorreram na primeira semana (69%) pós cirurgia (31% nas primeiras 48 horas); 62% foram assintomáticos e 55,2% não tiveram elevação ST.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

A incidência de EAM pós-operatório entre Janeiro de 2000 e Dezembro de 2009 foi de 4,1 por cada 10000 cirurgias que é inferior à encontrada nalguns trabalhos.¹ No entanto, a mortalidade a 30 dias foi mais elevada do que o esperado (58,6%)¹, nos primeiros 2 dias foi de 33,3%. A sobrevivência destes doentes ao fim de 3 anos foi de 20,7%. A incidência de EAM foi 4 vezes superior nos doentes urgentes.

Por fim, o elevado número de doentes assintomáticos, sem supradesnívelamento ST e a elevada taxa de mortalidade reforçam a necessidade de, não só de caracterizar a população de risco, mas também de identificar estes doentes precocemente e consequentemente melhorar a nossa prática clínica.

REFERÊNCIAS: 1. *Annals of Internal Medicine*. 2011 Apr 19; 154(8):523-8

P92 ID160**QUANTAS PROVAS DE COAGULAÇÃO SE FAZEM POR ROTINA SEM INDICAÇÃO?**

MATIAS, FRANCISCO (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA HUC-CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA); PEREIRA, PAULA (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA HUC-CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA); BONIFÁCIO, JOÃO (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA HUC-CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA); MONTEIRO, TERESA (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA HUC-CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA); MESQUITA, INÉS (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA HUC-CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA); CUNHA, INÉS (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA HUC-CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA)

INTRODUÇÃO:

Verificar, de acordo com as Guidelines da NICE 2003, quantos doentes propostos para cirurgias eletivas de cirurgia geral, ortopedia e urologia do HUC-CHUC não teriam indicação para realizar provas de coagulação.

MÉTODO:

Estudo prospetivo descritivo com a duração de um ano de uma amostra aleatória de 233 doentes propostos para Cirurgia Electiva das especialidades de Ortopedia, Cirurgia Geral, e Urologia numa população total de 3495 doentes propostos. Feita análise descritiva com apresentação de dados referentes ao número de doentes que fizeram e quantos não teriam indicação para fazer provas de coagulação pré-operatórias. Cálculo da proporção de doentes sem indicação para estudo da coagulação com intervalo de confiança de 95%.

RESULTADOS:

Da avaliação de uma amostra de 233 doentes em que todos realizaram estudo da coagulação, 118 (51%) não tinham indicação formal para o fazer. Estes dados correspondem a uma proporção de 0,51 + 0,06.

Discussão e conclusão: Através deste estudo o autor alerta para a necessidade eventual de repensar a indicação da realização de exames laboratoriais de rotina no seu Serviço.

REFERÊNCIAS: 1. *National Institute for Clinical Excellence. Preoperative tests: The use of routine preoperative tests for elective surgery*. London: National Institute for Clinical Excellence; 2003 | 2. *Canadian Journal of Anaesthesia* 2006 Mar; 52(3):236-41 | 3. *European Journal of Anesthesiology* 2011; 28: 684-722

P93 ID188**SEGURANÇA EM ANESTESIOLOGIA. FATORES DIFERENCIADORES NA SELEÇÃO E FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS. A PERSPETIVA DE UM PAINEL DE ANESTESISTAS.**

MARQUES, ACÍLIO (HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA - CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA); MARQUES, CARLA (HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA - CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA); CHIEIRA, DIANA (HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA - CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA); CONCEIÇÃO, LUÍS (HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA - CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA); MOINHO, NUNO (HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA - CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA)

INTRODUÇÃO:

A Organização Mundial de Saúde considera prioritária a implementação de metodologias organizacionais que promovam a Segurança Perioperatória. Os protocolos instituídos, nomeadamente a Cirurgia Segura, procuram minimizar erros, acidentes e complicações através de listas de controlo.

Estes protocolos nem sempre consideram primordiais as qualidades e atributos dos clínicos na minimização das imperfeições do sistema de saúde.¹

Recorrendo a metodologias de seleção e treino para profissões de elevado risco e stress (pilotos aviadores, militares, polícias) e já testadas clinicamente, identificámos e seleccionámos possíveis qualidades e atributos eventualmente adequados ao Anestesta Seguro.

O objetivo deste estudo foi, recorrendo a um painel de Anestesiologistas, identificar os fatores mais importantes e a possibilidade de serem ensinados.

MÉTODO:

Elaboramos e apresentamos uma definição para cada um dos seguintes itens: Gestão de crises, Capacidades técnicas, Honestidade, Eficiência organizativa, Vigilância e interesse no trabalho, Empatia com os colegas, Capacidade de reação, Empatia com o doente, Liderança, Senso comum, Capacidade de antecipação e prevenção, Consciência das capacidades e limitações de si próprio, Confiança, Trabalho em equipa, Raciocínio científico, Raciocínio com mente aberta e Humildade.

Pedimos sob a forma de inquérito anónimo a atribuição de graus de importância (0-sem importância a 6-extremamente importante) e a possibilidade de serem ensinados e/ou treinados (não, sim, não tenho a certeza).

RESULTADOS:

De 67 inquéritos distribuídos obtivemos 42 adequadamente respondidos. Relativamente à importância a maioria das respostas classifica os fatores apresentados de importantes a extremamente importantes. A Gestão de crises e as Capacidades técnicas foram os mais valorizados. O menos valorizado foi o Raciocínio com mente aberta.

Relativamente à possibilidade de serem ensinadas e/ou treinados não existe consenso, ainda assim a maioria das respostas assinalam a possibilidade de treino. Capacidades técnicas, Capacidade de antecipação e prevenção e Eficiência organizativa foram os fatores que tiveram mais concordância em serem ensinados, em sentido oposto encontramos a Humildade e Honestidade.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

Dos resultados do nosso inquérito destacamos a importância atribuída aos fatores propostos para avaliação. Salienciamos a unanimidade em que a maioria dos mesmos deveria ser ensinada. Pode-se questionar se existe uma relação direta entre a melhoria dos potenciais resultados clínicos e as qualidades e atributos identificados no nosso estudo.

Acreditamos, contudo, que a sua identificação e incorporação na formação e treino curricular poderão potenciar uma Clínica Anestésica ainda mais Segura.

REFERÊNCIAS: 1. Taylor-Adams S. safety skills for clinicians: an essential component of patient safety. *J Patient saf* 2008;4:141

P94 ID9

RÁCIO PERÍMETRO CERVICAL/DISTÂNCIA TIROMENTONEANA: AVALIAÇÃO DUMA NOVA FERRAMENTA PREDITIVA DE VIA AÉREA DIFÍCIL EM OBESOS SUBMETIDOS A CIRURGIA BARIÁTRICA

CASTRO, DIOGO (CHEDV); LEÃO, PEDRO (CHEDV); BORGES, SANDRA (CHEDV); GOMES, LINO (CHEDV); PACHECO, MARCOS (CHEDV)

INTRODUÇÃO E OBJECTIVO:

Uma via aérea difícil (VAD) é uma causa de morbilidade significativa e mortalidade associada à Anestesia e é frequentemente relacionada com Obesidade.¹ A avaliação pré-anestésica e o diagnóstico duma possível VAD contribui para o sucesso do manuseio da via aérea durante a cirurgia. Recentemente, um novo índice foi proposto para avaliação de VAD em obesos - o rácio entre o perímetro cervical (PC) e a distancia tiromentoneana (DTM) – PC/DTM.² Foi proposto que uma PC(DTM) >5 seria um índice melhor que outros existentes. O nosso objectivo foi avaliar a taxa de VAD em doentes obesos e avaliar este novo preditor de VAD.

MATERIAL E MÉTODOS:

Um estudo prospectivo observacional foi conduzido e um total de 482 doentes obesos e propostos para cirurgia bariátrica sob anestesia geral e intubação orotraqueal

foram incluídos. Foram avaliados para critérios de VAD durante a consulta pré-anestésica e uma escala de intubação difícil (IDS) > 5 foi considerada como VAD durante a cirurgia. O rácio PC/DTM foi calculado e estatisticamente estudado para VAD ($p < 0.05$ para significância).

RESULTADOS:

Os dados demográficos podem ser vistos na tabela.

Sexo (M/F)	12.0/88.0
Idade (anos)	40.91 ± 10.53
Peso (kg)	109.91 ± 15.93
IMC	42.06 ± 4.73
PC	41.65 ± 4.12
DTM 5.5 cm (≥/<)	91.49/8.51
PC/DTM 5 (≥/<)	74.90/25.10
Mallampati (I/II/III/IV)	24.07/35.4/36.93/3.52
IDS 5 (≥/<)	20.75/79.25

Dados apresentados como percentagens ou média ± DP. IMC – índice massa corporal

Encontramos uma incidência de VAD de 20.75% nesta população de obesos. Na nossa amostra, o IMC ($p 0.02$), PC ($p 0.002$), PC/DTM ($p < 0.001$) e scores de Mallampati III-IV ($p 0.002$) foram preditores independentes para VAD e no grupo com IDS ≥ 5 , o rácio PC/DTM teve uma alta sensibilidade e valor preditivo negativo.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

Encontramos uma incidência alta de VAD em doentes obesos submetidos a cirurgia bariátrica e o rácio PC/DTM > 5 foi associado com uma VAD nesta população particular. Assim, validamos este novo índice e começamos a calculá-lo e registá-lo durante a avaliação da via aérea na nossa consulta pré-anestésica.

REFERÊNCIAS: 1. *Anesth Analg* 2008; 106: 1132-6; 2. *BJA* 2011; 106 (5): 743-8

P95 ID27

VENTILAÇÃO E BRONCOFIBROSCOPIA SIMULTÂNEAS ATRAVÉS DE MÁSCARA LARÍNGEA EM CRIANÇA DE 3 ANOS

MOREIRA, PEDRO (CENTRO HOSPITALAR DO PORTO); PEREIRA, CRISTINA (INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA - PORTO); VARGAS, SUSANA (CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO)

INTRODUÇÃO:

A broncofibroscopia é um procedimento que requer Anestesia Geral para a sua realização sempre que não seja pos-

sível ter um doente totalmente colaborante, como acontece frequentemente na população pediátrica. A partilha da via aérea entre o anestesista e o pneumologista impõe limitações no manuseamento anestésico destes doentes.

CASO CLÍNICO:

Criança do sexo feminino, 3 anos, com 15 kg, proposta para broncofibroscopia diagnóstica. Foi induzida a anestesia com sevoflurano através de máscara facial e depois colocada máscara laríngea (ML) i-gel n.º 2. Foi acoplado na extremidade proximal da máscara laríngea um adaptador com 3 canais, retirado de um *kit* de bloqueador endobrônquico. Numa das portas foi adaptado o circuito circular com traqueias pediátricas. Durante o procedimento, a criança permaneceu em ventilação espontânea e a anestesia foi mantida com Sevoflurano. Noutra porta do adaptador, foi instilado o anestésico local e depois introduzido o fibroscópio. O procedimento demorou cerca de 18 minutos, mantendo sempre saturações superiores a 99% e end-tidal CO₂ estável.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

A utilização de ML durante a anestesia para broncofibroscopia permite uma ventilação e oxigenação mais eficaz do que a máscara facial. A introdução do fibroscópio através da ML é vantajosa para a realização do procedimento, uma vez que a sua abertura distal está voltada para a abertura laríngea, permitindo acesso às cordas vocais e traqueia superior, algo que não é possível com o tubo endotraqueal. O lúmen interno da ML, sendo maior que o dos tubos endotraqueais, permite também a passagem do fibroscópio, mesmo para as máscaras laríngeas mais pequenas.

A utilização de uma conexão com mais do que uma porta acoplada à ML permite uma ventilação adequada e continuada, sem interferir com o procedimento fibroscópico, mostrando-se como alternativa válida no manuseio anestésico destes doentes.

REFERÊNCIAS:

Birmingham, B.; Mentzer, S.J. and Body S.C.; Laryngeal Mask Airway for Therapeutic Fiberoptic Bronchoscopic Procedures; *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia* Vol. 19, nº 4, 1996; pp.519-520

P96 ID107

ENTUBAÇÃO RETRÓGRADA ECOGUIADA - CASO CLÍNICO

VIEIRA, DIANA (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA CENTRO HOSPITALAR ALTO AVE - GUIMARÃES); LAGES, NEUSA (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA CENTRO HOSPITALAR ALTO AVE - GUIMARÃES); MARTINS, INÁCIO (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA CENTRO HOSPITALAR ALTO AVE - GUIMARÃES); CORREIA, CARLOS (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA CENTRO HOSPITALAR ALTO AVE - GUIMARÃES)

INTRODUÇÃO:

A entubação retrógrada é reconhecida como uma técnica útil, fazendo parte do algoritmo de via aérea difícil da

American Society of Anesthesia e com papel importante em casos de tumores da orofaringe e laringe. Alguns autores demonstraram que a taxa de sucesso da entubação retrógrada é irregular. Por outro lado, esta técnica é realizada às cegas o que pode originar várias complicações. Nos últimos anos a ecografia têm sido utilizada no domínio da via aérea para confirmar posição do tubo endotraqueal, visualizar movimento das cordas vocais ou para realizar bloqueios. Considerando todos estes factores, os autores apresentam um caso clínico que evidencia a aplicabilidade da ecografia na entubação retrógrada, até ao momento não descrita na literatura.

CASO CLÍNICO:

Mulher, 63 anos, fumadora, com neoformação volumosa da orofaringe e hipofaringe, trazida pelo INEM por dispneia, estridor laríngeo e com saturação periférica 84%. É proposta a realização de traqueostomia. Inicia-se o procedimento com anestesia tópica da orofaringe com lidocaína 10%, bloqueio do nervo laríngeo superior e bloqueio transtraqueal ecoguiados com lidocaína 1%. Procede-se à observação da via aérea por laringoscopia direta que evidencia volumoso tumor vegetante e friável com sangramento abundante e Cormack 4. Opta-se pela realização de entubação retrógrada ecoguiada. Realiza-se anestesia da pele com lidocaína 1%. Sob orientação ecográfica é colocada uma agulha de Tuohy no lúmen traqueal e, através desta é inserido um fio guia metálico que emerge na cavidade oral. O fio guia é fixado ao orifício de *Murphy* do tubo oro-traqueal e este é conduzido até à traqueia. Após confirmação da localização do tubo oro-traqueal na traqueia é induzida anestesia geral inalatória com sevoflurano.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

Perante via aérea previsivelmente difícil está indicada a entubação com o doente acordado. Neste caso não foi usada fibroscopia pois a presença de sangue e secreções abundantes dificultavam a sua realização. A via aérea de Cormack 4 impedia a entubação por laringoscopia direta pelo que se optou pela entubação retrógrada. A visualização ecográfica da traqueia e estruturas anatómicas que envolvem garantiu a localização da agulha no lúmen traqueal e, possivelmente, diminuiu algumas complicações que surgem na entubação retrógrada realizada "às cegas" (lesão de vasos, enfisema subcutâneo ou migração caudal do fio guia). Apesar de não estar descrita na literatura a entubação retrógrada ecoguiada e de serem necessários estudos para comprovar a maior eficácia e menor número de complicações da técnica ecoguiada, os autores consideram que para o caso clínico em questão foi uma ferramenta válida que poderá no futuro ser aplicada.