



SEMINÁRIO DE PESQUISAS EM ANESTESIOLOGIA DA BAHIA

VOLUME 4 - 2020



SAEB

Sociedade de
Anestesiologia
do Estado da Bahia

Expediente:

Diagramação e Capa - Carlos Vilmar

Coordenação Editorial - Cinthya Brandão

Projeto Editorial - Liana Maria Tôrres de Araújo Azi

s68s Sociedade de Anestesiologia do Estado da Bahia, 2020

Seminário de Pesquisa em Anestesiologia da Bahia - Salvador: SAEB, 2020

30p.: il.

ISSN:

1. Anestesiologia. 2. Pesquisa.

1. Título

CDD: 617-96



SEMINÁRIO DE PESQUISAS EM ANESTESIOLOGIA DA BAHIA

COMISSÃO CIENTÍFICA 2018/19:

Guilherme Oliveira Campos (Presidente)
Murilo Pereira Flores
Ticiano Goyanna Lyra Dantas Cardoso

IV SEMINÁRIO DE PESQUISAS EM ANESTESIOLOGIA DA BAHIA

CONSELHO EDITORIAL:

Guilherme Oliveira Campos (Presidente)
Macius Pontes Cerqueira
Murilo Pereira Flores
Ticiano Goyanna Lyra Dantas Cardoso

COMISSÃO ORGANIZADORA:

Jedson dos Santos Nascimento
Guilherme Oliveira Campos
Luciano Santos Garrido
Ricardo Almeida de Azevedo
Rodrigo Leal Alves
Vera Lúcia Fernandes Azevedo

COMISSÃO JULGADORA:

Antônio Herlandson Freire da Cunha
Daniel Veloso Viana Bomfim
Eliomar Santana Trindade
Elton Pereira de Sá Barreto Junior
Fábio Frias Mota
Gervásio Batista Campos
Guilherme Oliveira Campos
Jecônias Neiva Lemos
José Admirço Lima Filho
Liana Maria Tôrres de Araújo Azi
Maylane Oliveira Magalhães
Murilo Pereira Flores
Onofre Eduardo Oliveira de Carvalho
Patrícia Falcão Pitombo
Paulo Sérgio Santana dos Santos
Ricardo Almeida de Azevedo
Roberta Teixeira Leite
Rodrigo Leal Alves
Silvana Neves Ferraz de Assunção

SUMÁRIO

| | | |
|---|--|----|
| 1 | Hospital Geral Roberto Santos | 5 |
| 2 | Hospital Santa Izabel | 8 |
| 3 | Hospital Santo Antônio- OSID | 15 |
| 4 | Hospital São Rafael | 25 |
| 5 | Hospital Universitário Professor Edgard Santos | 30 |



HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS

CONSUMO DE OPIOIDE NO PÓS-OPERATÓRIO EM PACIENTES SUBMETIDOS A AMPUTAÇÃO SUPRAPATELAR APÓS RAQUIANESTESIA ASSOCIADO A BOLUS VENOSO DE DXTRODXTROCETAMINA

Autores: Bruno Emmanuel da Cunha Torres
Leonam Nascimento Costa

Orientador: Vinícius Sepúlveda Lima

Os opioides são os agentes mais comumente utilizados para controlar a dor pós-operatória da amputação. Entretanto, os opioides estão associados a inúmeros efeitos adversos incluindo delírio, náusea e sedação. Estudos clínicos demonstraram redução dos requerimentos de opioides no pós-operatório e melhora no controle da dor com infusões de dextrodextrocetamina intra-operatórias subanestesia em pacientes tolerantes a opioides. Métodos: ensaio clínico, randomizado, de caráter intervencionista, duplamente encoberto. 20 pacientes foram divididos em grupos intervenção com uso de dextrodextrocetamina e placebo em uso de NaCl 0,9% no intraoperatório de cirurgias de amputações suprapatelares. Foram avaliados a quantidade do consumo de opioides no pós-operatório, bem como o grau de dor pela escala EVA. Resultados: houve diferença estatisticamente significativa no consumo total de morfina no pós-operatório e houve diferença estatisticamente significativa no EVA nos momentos 12 e 24 horas. Conclusão: As evidências desse ensaio clínico sugeriram que a dextrodextrocetamina em baixa dose diminui significativamente o consumo total de morfina no pós-operatório das amputações de membros inferiores.

Palavras-chave: Amputação de extremidades, Cetamina, Anestesia espinal, Morfina

PERCEPÇÃO DO AMBIENTE DE ENSINO PELOS MÉDICOS RESIDENTES DE ANESTESIOLOGIA EM SALVADOR-BA

Autores: Lourival Messias da Silva Netto
Luiz Gonzaga Ramos Prisco Filho

Orientador: Pedro Brito de Oliveira Junior

Introdução: A percepção sobre o ambiente educativo pode influenciar o desempenho acadêmico do médico em formação, e sua análise pode fornecer subsídios importantes para melhorá-lo. Vários são os métodos utilizados neste contexto, sendo o questionário Dundee Ready Education Environment Measure (Dreem) desenvolvido especificamente para a avaliação em estudantes de medicina e áreas de saúde. O objetivo deste trabalho foi avaliar a percepção do ambiente de ensino pelos médicos residentes em anestesiologia de Salvador-Ba. Metodologia: Estudo descritivo, transversal, envolvendo 88 médicos residentes de Programas de Residência Médica (PRM) em anestesiologia na cidade de Salvador-Ba, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição sede Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), realizado no período de dezembro de 2019 a janeiro de 2020. O questionário Dreem foi utilizado através de aplicativo de aparelho celular e a análise e processamento de dados foi realizada através da página web SurveyMonkey. Para a análise descritiva, as variáveis quantitativas foram representadas por suas médias e desvios-padrão quando suas distribuições eram normais e por medianas e intervalos interquartis quando não normais. Resultados: Dos 88 participantes recrutados, 36 não assinaram o TCLE ou não responderam ao questionário, sendo excluídos do estudo; 8 participantes foram também excluídos, pois não obtivemos o termo de anuência dos supervisores de 2 PRMs; restando 44 participantes. Foram considerados os resultados das questões individuais (cada item), dos 5 domínios (Aprendizado, Preceptores, Acadêmico, Atmosfera e Social) e o escore global do Dreem. A percepção geral foi considerada “mais positiva que negativa” 106.7 (± 16.1) / 200. A análise dos domínios mostrou: percepção da Aprendizagem “mais positiva que negativa” 26 (20.8-29.2) / 48; percepção sobre os Preceptores “estão na direção certa” 24.3 (± 4.4) / 44; percepção sobre os resultados Acadêmicos “mais aspectos positivos que negativos” 17.5 (16.0-20.0) / 32; percepção da Atmosfera do ambiente “mais aspectos positivos que negativos” 27.5 (± 5.7) / 48; e a percepção das relações Sociais “não são muito boas” 12.0 (10.0-14.0) / 28. Conclusão: A percepção geral pelos residentes sobre o ambiente de ensino foi positiva. O domínio das relações sociais (Social) foi considerado como problemático. Em contraponto, o domínio Atmosfera de ensino apresentou maiores escores.

Palavras-chave: Ambiente de Ensino; Anestesiologia; Residência Médica; Qualidade de vida.



HOSPITAL SANTA IZABEL

ANESTESIA EM PACIENTE COM ANGIOEDEMA HEREDITÁRIO

Autora: Daniela Nunes Oliveira

Orientadoras: Anita Perpétua Carvalho Rocha de Castro
Catharina Borges de Oliveira

Introdução: O angioedema hereditário (AEH) é uma doença genética autossômica dominante caracterizada por deficiência quantitativa e/ou qualitativa da enzima inibidora de C1-esterase (C1-INH). Na via inflamatória, a C1-INH controla a produção de bradicinina, regulando a vasodilatação e aumento da permeabilidade vascular. Desta forma, os pacientes com AEH podem apresentar sintomas de angioedema não responsivo a anti-histamínicos, corticoides e epinefrina. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, portadora de AEH com dosagem de C1-INH normal, admitida para realização de Endoscopia Digestiva Alta (EDA). Em uso de Ácido Tranexâmico e anticoncepcional oral com progesterona. Solicitadas, em avaliação pré-anestésica, reserva de vaga em unidade fechada e Plasma Fresco Congelado. Submetida a EDA sob anestesia geral venosa- sem intercorrências. Após o procedimento, a paciente apresentou edema em mãos e face, sendo administrado Ácido Tranexâmico 500mg, com melhora gradual do quadro. Paciente mantida em observação em unidade aberta sem novas crises, recebendo alta após 24 horas. **Discussão:** O AEH é uma patologia genética rara e, por isto, pouco conhecida pelos profissionais de saúde. Os pacientes podem apresentar quadro de angioedema principalmente em abdome, laringe, face, extremidades e genitália na presença de fatores desencadeantes como estresse, alterações hormonais e procedimentos cirúrgicos. No contexto da anestesiologia, o conhecimento da patologia tem importância no manejo de possíveis complicações, como edema de vias aéreas. O manejo do quadro agudo é feito com reposição do concentrado de C1-INH, icatibanto (antagonista do receptor de bradicinina), ecallantide (inibidor da calicreína) ou plasma fresco e, em casos leves, ácido tranexâmico. Pacientes submetidos à anestesia devem ser observados quanto ao aparecimento de edema e comprometimento das vias aéreas após o estresse cirúrgico. Identificação precoce de possíveis complicações e instituição de terapêutica adequada são essenciais para garantir melhor prognóstico para estes pacientes.

Palavras-chave: angioedema hereditário; bradicinina; anestesiologia.

TEMPO DE FLUXO CAROTÍDEO COMO PREDITOR DE FLUIDORRESPONSIVIDADE: REVISÃO NARRATIVA

Autor: Felipe Augusto Ribeiro Valadares

Orientador: Elton Pereira de Sá Barreto Júnior

Introdução: monitorização hemodinâmica constitui pilar essencial no manejo perioperatório de pacientes de alto risco e/ou em cirurgias de grande porte. A reposição volêmica deve ser idealmente guiada por metas, objetivando um melhor prognóstico dos pacientes. Ao longo dos anos, diferentes métodos para avaliação do débito cardíaco foram desenvolvidos a partir da introdução do cateter de Swan Ganz, que utiliza o princípio da termodiluição. Sistemas que analisam as curvas de pressão arterial e métodos ultrassonográficos ganharam espaço nos últimos anos. Nesse contexto, torna-se importante citar o uso do tempo de fluxo carotídeo corrigido, ainda com pequena evidência de validação na literatura, mas descrito como uma medida acurada de fluidorresponsividade, de simples e fácil execução. **Metodologia:** foi realizada uma revisão de estudos sobre medidas de fluxo carotídeo como preditor de fluidorresponsividade nas plataformas PubMed e UptoDate, com estudos incluídos de 2015 a 2018. As medidas citadas nos estudos foram: fluxo sanguíneo em carótida, tempo de fluxo carotídeo e variação de velocidade de pico sistólico de carótida. **Resultados:** diversos estudos foram conduzidos em diferentes cenários, na tentativa de correlacionar medidas de fluxo em artéria carótida com fluidorresponsividade. Em alguns deles, provas volêmicas foram realizadas, seja com soluções cristaloides ou através de “passive leg raise”, com variação significativa em medidas de fluxo na referida artéria. Em um cenário distinto, de hipovolemia aguda após trauma, o tempo de fluxo carotídeo diminuiu após a perda sanguínea. Em estudo mais recente, já considerando tal medida como acurada na predição de fluidorresponsividade, valores de cut-offs foram determinados para os diferentes gêneros. **Conclusão:** medidas de fluxo em artéria carótida representam medidas dinâmicas, não invasivas, de fluidorresponsividade, de modo que mudanças nessas medidas estão associadas a alterações no status volêmico. Contudo, trials controlados e randomizados precisam ser realizados para confirmar a real acurácia do método.

Palavras-chave: artéria carótida, fluxo carotídeo, fluidorresponsividade.

MANEJO ANESTÉSICO DE CIRURGIA CARDÍACA EM PACIENTE COM DOENÇA DE POMPE: UM RELATO DE CASO

Autor: Ítalo Dálisson Rocha Moreira

Orientador: Elton Pereira de Sá Barreto Junior

Introdução: A doença de Pompe (DP) é um distúrbio neurodegenerativo progressivo causado pela deficiência da alfa 1,4 glicosidase. Costuma estar evidente na forma de macroglossia, fraqueza e hipotonia progressivas, cardiomegalia e hepatomegalia, ocasionados pelo acúmulo de glicogênio. Esse acúmulo no músculo cardíaco leva à insuficiência cardíaca. A ecocardiografia mostra espessamento do septo interventricular e obstrução à via de saída do ventrículo esquerdo. A anestesia para pacientes com doença de Pompe é incomum pela raridade da doença, requerendo então conhecimento específico de quais drogas podem ser usadas e quais podem potencialmente levar a desfechos desfavoráveis. **Relato de caso:** P.A.F.C., 10 meses, 10,4kg, portador de doença de Pompe, coarctação de aorta severa, hipertensão arterial secundária, laringotraqueomalácia. Submetido a broncospina flexível seguida de aortoplastia sem uso de circulação extracorpórea, sob anestesia venosa total, monitorizado com pressão arterial invasiva, cardioscopia, oximetria de pulso, temperatura e pressão venosa central. Evitou-se o uso de anestésicos inalatórios e de succinilcolina pelos potenciais riscos de precipitar hipertermia maligna em pacientes portadores de distúrbios neuromusculares, além do risco de hipercalemia em paciente com hipotonia após uso de succinilcolina. Houve necessidade de clampeamento de aorta durante 18 minutos para realização do procedimento cirúrgico. Feito controle glicêmico, hidroeletrólítico, ácido-básico e volêmica baseado em parâmetros macro e microhemodinâmicos. Tempo anestésico-cirúrgico de 4h com ótimo reparo aórtico, sem gradiente de pressão pós plastia. Encaminhado à UTI no pós-operatório, sem uso de drogas vasoativas, intubado sob ventilação mecânica em modo pressão controlada com parâmetros gasométricos dentro dos limites da normalidade. Foi extubado na UTI 5h após, com boa evolução, sendo transferido no dia seguinte para enfermaria. **Discussão:** Estima-se que possam existir no mundo de 5000 a 10000 pacientes com DP, doença marcada por elevada morbidade e letalidade em sua forma infantil, além de alta morbidade na forma adulta. O tratamento é não curativo e consiste na terapia de reposição enzimática, aumentando a sobrevida desses pacientes. O acometimento de vários órgãos e sistemas pela doença, bem como o aumento de sobrevida aumenta a probabilidade da necessidade de exames diagnósticos sob sedação e/ou de procedimentos cirúrgicos, onde o anestesiolegista pode se deparar com necessidade de saber o manejo específico dos pacientes com esse perfil. Avaliação cardiológica e pulmonar pré-operatória são fundamentais. Recomenda-se a profilaxia da broncoaspiração e o controle dos níveis glicêmicos. Pressões de enchimento cardíaco adequadas e uma resistência vascular periférica de normal a alta são fundamentais para garantir perfusão coronariana eficaz. O relaxante muscular de eleição é o rocurônio, pelo potencial de uso na indução em sequencia rápida e pela disponibilidade de agente de reversão, evitando assim quadros de bloqueio motor residual.

Palavras-chave: Doença de Pompe; maltase; Doença de depósito de glicogênio tipo II.

MANEJO ANESTÉSICO DO PACIENTE PORTADOR DE OSTEOGÊNESE IMPERFEITA- RELATO DE CASO

Autor: Thiago Fróes Batista Ribeiro

Orientador: Elton Pereira de Sá Barreto Junior

Introdução: A osteogênese imperfeita (OI) é uma doença rara caracterizada pela presença de ossos frágeis e osteopenia decorrente de uma mutação genética, que codificam o colágeno tipo 1, predispondo a esse grupo de pacientes fraturas de repetição os mínimos traumas ao longo da vida. Ademais, geram diversas alterações anatomofisiológicas que ao serem desconhecidas pelo anestesiológico podem predispor a um maior risco de complicações no intra e pós operatório. Sendo assim, esse relato de caso tem como objetivo, trazer uma visão geral das possíveis abordagens anestésicas nos pacientes portadores de OI, identificando precocemente os fatores de riscos correlacionada com a severidade da doença e da técnica anestésica escolhida, minimizando assim, a chance de complicações decorrentes da atuação do anestesiológico. **Relato de caso:** C.F.C, gênero feminino, 48anos, portadora de OI, hipertensão arterial sistêmica, admitida num hospital terciário de Salvador apresentando fratura de fêmur à direita após queda da própria altura (cadeira). Ao exame físico paciente encontrava-se com fortes dores nas coxa direita, mantendo estabilidade hemodinâmica. Identificou-se no exame físico escoliose acentuada, abdome bastante globoso (obesidade grau 2), múltiplas deformidades articulares em membros superiores e inferiores, preditores de via aérea difícil e passado de sangramento intraoperatório com necessidade de transfusão sanguínea prévia. Exames pré operatórios normais e laboratório sem alterações (coagulograma e plaquetas normais). Foi então submetida a correção cirúrgica de fratura de fêmur a direita. Optado pela realização de anestesia geral venosa total, no qual não apresentou intercorrências durante o intra e pós operatório, recebendo alta hospitalar após alguns dias do procedimento cirúrgico. **Discussão:** Portadores de OI ao serem submetidos a procedimentos que demandem abordagem anestésica estão susceptíveis a quatro principais complicações durante o ato anestésico, que são: 1- sangramentos e formação de hematomas, 2- dificuldade na abordagem da via aérea e na ventilação, 3- complicações respiratórias e 4- hipertermia maligna. A técnica anestésica escolhida para esse caso, foi anestesia geral venosa total, em detrimento da realização de bloqueios de neuroeixo (raquianestesia), bloqueio de plexos e até mesmo da anestesia geral balanceada. A opção de realizar anestesia geral venosa total neste caso, buscou reduzir riscos de complicações no intra e pós operatório, após identificar precocemente os riscos inerentes a severidade do quadro. Apesar de o coagulograma apresentar-se normal, o passado de sangramento intra operatório recente, com necessidade de hemotransfusão, associado a possibilidade de disfunção qualitativa das plaquetas e risco de formação de hematoma em espaço subaracnóide, além da presença de escoliose acentuada e obesidade grau 2 (o que dificultariam a realização do bloqueio e risco de múltiplas punções), fizeram com que o bloqueio subaracnóide não fosse a principal opção para esse caso. A indisponibilidade de USG e as múltiplas deformidades em membros inferiores (o que dificultariam o bloqueio periférico), foram fatores desencorajadores para realização dessa técnica anestésica. O risco elevado de fratura de arcos costais durante a cirurgia, presença de escoliose acentuada, poderiam trazer complicações respiratórias e dificuldade na ventilação durante o intraoperatório, causando desfecho indesejado. E por fim, o risco aumentado de hipertermia maligna nessa população foram fatores

que fizeram a anestesia geral venosa total ser considerada a mais adequada neste contexto, apesar de existirem preditores de via aérea difícil na paciente.

Palavras-chave: Osteogênese imperfeita, complicações anestésicas, técnicas anestésicas

SÍNDROME DE TAKOTSUBO EM PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO: RELATO DE CASO

Autor: Zenon Rei de Brito Borges

Orientadores: Murilo Pereira Flores
Catharina Borges de Oliveira

Introdução: Síndrome de Takoutsubo (STT) é uma afecção cardíaca aguda, por vezes grave, que é desencadeada por estresse, como um procedimento cirúrgico. **Relato do caso:** NLS, 70 anos, feminino, portadora de hipertensão, com anemia identificada no pré-operatório sem outras comorbidades. Com diagnóstico de carcinoma urotelial de bexiga multicêntrico e programação cirúrgica curativa. Admitida na sala operatória e realizada monitorização multiparamétrica. Anestesia geral venosa total com remifentanil em infusão contínua (0,1 – 0,5 mcg.kg-1.min-1), propofol 1% em infusão alvo controlada (2 – 4 mcg.ml-1) e cisatracúrio (0,15mg.kg-1). Sendo necessária doses adicionais de fentanil (total de 10mcg.Kg-1) e os adjuvantes clonidina (total de 1 mcg.Kg-1) e cetamina (total de 0,3 mg.Kg-1). Tempo anestésico cirúrgico de 6 horas, uso de 1 concentrado de hemácias, gasometrias seriadas sem sinais de hipoperfusão tecidual. Encaminhada a unidade de terapia intensiva (UTI), onde teve eletrocardiograma de admissão com supra desnivelamento de segmento ST em parede inferior, suspeita de síndrome coronariana aguda (SCA), feito administração de AAS, ticagrelor e direcionamento de urgência para unidade de hemodinâmica. Ventriculografia esquerda com hipocinesia grave médio-apical e contratilidade preservada dos segmentos basais. Fechado diagnóstico de Síndrome de Takotsubo. Iniciado diminuição de drogas simpaticomiméticas e uso de beta bloqueadores. Paciente evoluiu com reversão completa do quadro clínico no 2º dia pós-operatório (DPO), no 6º DPO apresentou sepse, sangramento importante e necessidade de administração de hemoderivados e drogas vasoativas em altas doses, recorrência da STT com acometimento de ventrículo direito no 7º DPO, culminando em óbito no 8º DPO. **Discussão:** STT representa uma disfunção miocárdica aguda autolimitada mediada por estressores de origem emocional ou física, dentre eles procedimentos anestésicos-cirúrgicos. O quadro clínico mimetiza uma SCA e seu diagnóstico padrão ouro é feito com cateterismo cardíaco com ventriculografia esquerda. O tratamento visa o suporte hemodinâmico e respiratório para manejo de complicações, uma vez que a afecção cardíaca tem caráter autolimitado. O uso de catecolaminas deve ser ponderado e em caso de instabilidade hemodinâmica dispositivos de assistência ventricular devem ser empregados precocemente. O manejo perioperatório deve ser focado em minimizar eventos estressores em paciente de risco para o desenvolvimento ou recorrência da STT.

Palavras-chave: Síndrome de Takotsubo. Anestesia. Cardiopatia.



HOSPITAL SANTO ANTÔNIO

INFLUÊNCIA DE EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS DE ROTINA PARA PACIENTES MAIORES DE 60 ANOS EM PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA ELETIVA

Autores: Alessandro Simas Boeira
Petros Prisco Leão de Carvalho

Orientadora: Vera Lúcia Fernandes de Azevedo

Introdução: A avaliação pré-anestésica é obrigatória para o paciente em programação de uma cirurgia eletiva, quando será avaliado a condição clínica do paciente, doenças atuais e pregressas, exames pré-operatórios, dentre outros aspectos concernentes ao contexto anestésico-cirúrgico. As solicitações indiscriminadas de exames pré-operatórios de rotina podem esclarecer a condição clínica do paciente, mas pode demandar custo para o cliente ou para o sistema público de saúde, adiar a realização de uma cirurgia, resultar em indicação de exames e procedimentos invasivos, dentre outros. Nesse contexto, a definição e recomendação dos exames pré-operatórios constituem um tema de grande relevância., principalmente quando tratamos da população idosa, que, de um modo geral, possuem maior prevalência de doenças crônicas e está mais sujeita a atos iatrogênicos. **Objetivos:** O objetivo deste estudo foi verificar a proporção de exames pré-operatórios dentro da normalidade em relação aos alterados na população idosa em programação cirúrgica eletiva. A partir dos resultados, investigar as condutas adotadas em relação aos exames alterados, quais foram as consequências impostas por estes exames, e se condutas como cancelamento de cirurgias ou adiamentos foram feitos devido a eles. Por fim foi realizado uma reflexão da importância destes exames e qual a conduta racional em relação aos mesmos. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo clínico, descritivo transversal, prospectivo, em inquérito, realizado no consultório de avaliação pré-anestésica do Hospital Santo Antônio. Tem-se os seguintes critérios de inclusão: idade: >60 anos; cirurgia: qualquer técnica cirúrgica; anestesia: qualquer tipo de técnica anestésica; classificação clínica/anestésica: ASA I e II. Foram realizadas coleta e tabulação das seguintes informações de cada paciente: Sexo, Idade, Classificação ASA, comorbidades, especialidade cirúrgica, porte cirúrgico, hematócrito e hemoglobina, coagulograma, dosagem sérica de sódio, potássio, ureia e creatinina (quando disponíveis), eletrocardiograma, radiografia de tórax, bem como outros exames e avaliações disponíveis. Inicialmente foi registrado a conduta realizada no ambulatório de anestesiologia com posterior registro do desfecho cirúrgico. Os dados iniciais foram coletados de 01/01/2019 a 28/02/2019, em seguida foi realizado acompanhamento via prontuário eletrônico com observação do desfecho de cada paciente ao longo do ano de 2019. O trabalho teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Santo Antônio (Conselho Nacional de Saúde, resolução 466/12). **Resultados:** Foram estudados 405 pacientes. A maioria deles, 87%, foram classificados como ASA-II. Em relação a especialidade cirúrgica predominante, tivemos 33,5% de cirurgias oftalmológicas. Diante da classificação do porte cirúrgico, 77,5% foram cirurgias de pequeno porte e 22,5% foram de médio porte. Analisando os exames alterados, de um total de 405 pacientes, somente 3,2% apresentaram coagulograma alterado, 7% o hematócrito e/ou hemoglobina alterados, 25,4% a radiografia de tórax alterada e 37,5% o eletrocardiograma alterado. O

total de 390 pacientes (96%) tiveram sua programação cirúrgica mantida. **Discussão:** Foi observado que a maioria da população idosa, ASA I e II, estava em programação para cirurgia de pequeno porte. A maioria dos exames pré-operatórios tiveram como resultado normais, seja ele exame laboratorial, eletrocardiograma ou radiografia de tórax. Observando os resultados encontrados, percebemos que o fato de um exame estar alterado não significa necessariamente que devem ser realizados maiores avaliações. A pequena parcela de exames alterados, que demandaram outras avaliações, seja novos exames complementares ou avaliação com especialista, não tiveram como desfecho final o cancelamento do procedimento proposto. Os únicos pacientes que não realizaram seus procedimentos foram aqueles que evadiram. **Conclusão:** Analisando os resultados deste estudo, podemos afirmar que exames pré-operatórios de rotina não deveriam ser requisitados indiscriminadamente. A consulta pré-anestésica inicial com a solicitação de exames baseados na condição clínica do paciente, levando em consideração o procedimento cirúrgico eletivo programado, parece ser uma solução racional, mesmo se tratando a pacientes idosos. A construção de protocolos institucionais baseados na literatura e na realidade do serviço deve ser implementada evitando assim racionalização de condutas, aumento de custo e melhor gestão de recursos.

Palavras-chave: Anestesia, Avaliação, Idoso

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS ANESTESIOLOGISTAS DA BAHIA

Autores: Diego Figueiredo Gonçalves
Luna de Carvalho Almeida

Orientadora: Vera Lúcia Fernandes de Azevedo

Introdução: A qualidade de vida é classificada por muitos como sinônimo de saúde, felicidade, renda etc., sendo o trabalho um importante fator relacionado a isso. Os médicos são conhecidos por lidar com grande carga de responsabilidade, sendo que os anestesiológicos, por conta de trabalho por longas jornadas, em local fechado; situações emergenciais; relacionamento com cirurgiões e equipe de enfermagem; riscos biológicos, radioativos, ergonômicos, dentre outros; apresentam elevado estresse ocupacional. **Justificativa e Objetivos:** O presente trabalho visa avaliar a qualidade de vida do anestesiológico na Bahia, através do questionário WHOQOL-Abreviado e relacioná-la com variáveis epidemiológicas e que caracterizam o trabalho deste profissional. A literatura ainda é insuficiente na identificação de fatores determinantes da qualidade de vida entre esses profissionais, sendo importante apresentar o presente cenário na Bahia, a fim de contribuir com os estudos sobre o tema e pensar em soluções para melhorar o bem-estar dessa população. **Método:** Foi utilizado um questionário virtual com 40 perguntas. Destas, 14 foram criadas pelos pesquisadores, gerando variáveis epidemiológicas e de característica de trabalho e 26 correspondem ao questionário validado WHOQOL-abreviado (versão em português). Foram incluídos anestesiológicos atuantes na Bahia. O link para acesso ao questionário foi enviado através das redes sociais (email, whatsapp etc.) e o mesmo foi respondido anonimamente. A análise estatística foi realizada através do programa SPSS for Windows. As variáveis qualitativas foram descritas através de suas proporções e as quantitativas, através de medidas de tendência central e dispersão (de acordo com sua distribuição, avaliada através do teste de Shapiro-Wilk). A associação entre variáveis quantitativas e qualitativas foi explorada através dos testes T de Student, ANOVA, Mann-Whitney U e Kruskal-Wallis, conforme aplicado. Todos os testes realizados são bicaudados, com intervalo de confiança a 95% e valor de p considerado estatisticamente significativo quando menor que 0,05. **Resultados:** Responderam ao questionário 205 anestesiológicos (n=205), sendo 61% homens, com 30 a 39 anos de idade (50,5%), carga horária semanal entre 8 e 12 turnos de 6 horas (56,4%), exercendo anesthesiologia na capital (74,1%). O exercício no serviço público e privado foi semelhante (45,4% e 44,4%, respectivamente). A maior parte dos entrevistados não trabalham ou trabalham pouco (1 a 4 turnos de 6 horas) com médicos residentes; são casados (66,3%); tem filhos (60,3%); exercem a anesthesiologia há menos de 5 anos (41%); tem 2 ou 3 dependentes financeiros (42,4%); possuem renda mensal de 20 a 40 mil reais (59,8%); tem algum planejamento que garanta aposentadoria (84,4%); trabalha com anestésias de alta complexidade (78,5%) e possui férias anuais de 30 dias no total (53,7%). Quanto a qualidade de vida, 55,1% classificou como “boa”, sendo que 30,7% classificou como “nem ruim nem boa”, 9,3%, como “ruim” e 4,9%, como “muito boa”. E com relação a satisfação com a saúde, 48,8% está “satisfeito”, 26,8% está “nem satisfeito nem insatisfeito”, 14,1% está “insatisfeito”, 6,8% está “muito satisfeito” e 3,4% está “muito insatisfeito”. Os fatores relacionados a maiores escores gerais de qualidade de vida foram: trabalhar até 4 turnos de 6 horas por semana; o trabalho predominantemente

em serviços particulares; possuir filhos; ter mais tempo de exercício da anestesiologia; maiores rendas mensais e possuir planejamento de aposentadoria. **Conclusão:** Ainda é significativa a parcela de profissionais anestesiolegista com qualidade de vida classificada de modo inferior a “boa” e com satisfação com a saúde inferior a “satisfeito”. Os fatores relacionados a uma maior qualidade de vida não são óbvios. O excesso de carga horária, apesar de algumas vezes gerar maior renda, nem sempre se correlaciona com melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Qualidade de Vida, Anestesiologistas, Inquéritos e Questionários

ANÁLISE FARMACOECONÔMICA SOBRE O NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS RESIDENTES DE ANESTESIOLOGIA ACERCA DO VALOR DE MERCADO DE ANESTÉSICOS EM SALVADOR – BA

Autor: Hélio Pinheiro Mota Filho

Orientadora: Ana Cláudia Morant Braid

Introdução: Comumente, as instituições hospitalares vivenciam limitações de recursos, revelando-se de extrema importância o apuramento e gerenciamento dos seus custos. Destaca-se que cerca 30% do montante investido decorrem diretamente do desperdício, retrabalho, ineficiência e complexidade excessiva dos processos. Os custos com anestesia intraoperatória compõem mais que 5% dos dispêndios totais perioperatórios, com estimativa de que a metade desse percentual vem de decisões clínicas dos anesthesiologistas. **Metodologia:** Na perspectiva dos métodos utilizados, para atingir-se os objetos delineados no estudo, aplicou-se uma pesquisa classificada como aplicada, quantitativa, descritiva, de estudo de caso e bibliográfica para analisar o nível de conhecimento dos residentes de anestesia sobre o valor de mercado das medicações anestésicas, e como a referida escala de conhecimento pode influenciar, no contexto fático, na relação minimização de custos para o sistema de saúde e maximização da eficiência a sustentabilidade institucional. A amostra foi composta por 49 (quarenta e nove) médicos residentes de anestesiologia, que tiveram acesso ao questionário objeto da presente pesquisa. Um questionário, do tipo semiestruturado, elaborado com variáveis de caixa de texto única, com possibilidade de resposta numérica sem múltipla escolha, a partir de um formulário online disponibilizado pela empresa de desenvolvimento de pesquisas online Survey Monkey®. A coleta dos dados ocorreu entre outubro e novembro de 2019, que foi instrumentalizado, em uma única oportunidade, com cada participante, para aqueles que preencheram os requisitos estabelecidos no critério inclusão. **Resultados:** O estudo utilizou-se de 10 (dez) medicações (instrumentalizadas no cotidiano dos procedimentos anestésicos-cirúrgicos) como parâmetro para aferição do nível de conhecimento dos residentes de anestesiologia. Observou-se, na perspectiva das medianas alcançadas, excetuadas as medicações: Q7. Cetamina (50mg/2mL) e Q3. Propofol (50mL), onde constatou-se, respectivamente, uma diferença de apenas R\$ 9,94 (nove reais e noventa e quatro centavos) a mais, e R\$ 0,55 (cinquenta e cinco centavos) a menos, correspondentes, aproximadamente, a 4,76% e 19,90% de distanciamento do preço correto, que os demais quocientes apontaram uma grande discrepância entre os preços padronizados e a noção de seu custo na percepção dos participantes. Quatro entre as dez medicações posta a aferição de análise de preço, na noção dos participantes, tais quais: Q2. Propofol 20mL, Q4. Fentanil 2mL, Q6. Lidocaína 1% SVC 20mL e Q9. Flumazenil, apresentaram uma disparidade de aproximadamente, 93,31% acima do valor padronizado dos fármacos, que perfazem, respectivamente no contexto individualizado, 69,49%, 92,83%, 69,49% e 141,45%. As maiores desproporções constatadas estão representadas pelos medicamentos: Q5. Fentanil 5mL e Q11. Sevoflurano 240mL, que exibem resultados que exorbitam em muito os preços padronizados dos fármacos,

exprimindo uma diferença de aproximadamente, 377,81%, e dissimilitude individual, respectivamente, de exacerbados 405,05% (acima do preço) e 350,58% (abaixo do preço). **Conclusão:** Em termos gerais, registrou-se que o nível de conhecimento dos residentes de anestesia, acerca dos valores de mercado das medicações anestésicas, pode influenciar, no contexto prático, na relação minimização de custos para o sistema de saúde e maximização da eficiência, pois apesar das diferenças monetárias encontradas aparentemente a primeira vista, ser de pequena quantia, considerando que a área da saúde compreende um expressivo número de tratamento, a longo prazo, as discrepâncias existentes entre os valores referenciados e aqueles explicitados nas respectivas medianas aferidas no corrente estudo, podem implicar em níveis astronômicos de gastos, ensejando o comprometimento da sustentabilidade institucional.

Palavras-chave: Farmacoeconomia; Uso Racional dos Medicamentos; Sustentabilidade.

AVALIAÇÃO DO TEMPO DE JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO DE PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIAS ELETIVAS EM UM HOSPITAL DE SALVADOR

Autores: Isadora Gonçalves Nagaya
José Agostinho Ricardo de Almeida Neto

Orientadora: Vera Lúcia Fernandes de Azevedo

Introdução: Desde o trabalho de Mendelson em 1946, o jejum pré-operatório foi proposto para minimizar os efeitos catastróficos da aspiração pulmonar do conteúdo gástrico durante a anestesia. As diretrizes e recomendações de jejum foram produzidas como consequência deste trabalho inicial, com a maioria delas defendendo a necessidade de jejum de 6-8h para sólidos, 4h para leite materno e 2h para líquidos claros. Diversos guidelines de protocolos multimodais, baseados em estudos randomizados e metanálises mostraram nos últimos anos os benefícios da abreviação do jejum pré-operatório e reintrodução alimentar precoce. Embora o jejum após meia-noite seja um dogma difícil de ser modificado, alguns estudos mostram adesão cada vez maior de cirurgiões e anesthesiologistas. Realidade incipiente no Brasil, sobretudo em instituições do Sistema Único de Saúde, em razão das dificuldades logísticas para sua implementação e do medo de aspiração pulmonar. O objetivo deste trabalho foi identificar os tempos de jejum pré-operatório em um hospital de Salvador, avaliar o grau de satisfação dos pacientes e seu conhecimento da necessidade do jejum.

Métodos: Trata-se de um estudo observacional conduzido através da aplicação de questionário, aplicado no centro cirúrgico do Hospital Santo Antônio, aos pacientes submetidos a cirurgias eletivas. Dados secundários foram obtidos por meio da revisão da ficha pré-anestésica e prescrição médica para cálculo do tempo de jejum segundo a orientação do anestesista e do médico assistente, respectivamente. A análise estatística foi realizada através do programa SPSS for Windows. As variáveis qualitativas foram descritas através de suas proporções e as quantitativas por meio do cálculo de mediana e intervalo interquartil. **Resultados:** Participaram do estudo 260 pacientes, a mediana de idade foi de 44 anos com intervalo interquartil (Q25-Q75) de 26 anos, destes 44,2% foram do sexo masculino e 55,8% do sexo feminino. Segundo a classificação do estado físico da ASA, 53,8% foram classificados como ASA 2 e 44,6% como ASA 1. Segundo as comorbidades, 25% eram hipertensos, 5,8% portadores de diabetes mellitus, 2,3% referiu doença cardiovascular e 22,5% referiu outra doença. A média geral de jejum para sólidos foi de 14h e 25 min (Q25-Q75 de 5h e 20min) e para líquidos claros 14h (Q25-Q75 de 5h e 27min). Já a média geral de jejum para sólidos segundo a prescrição médica foi de 13h (Q25-Q75 de 5h e 30min) e para líquidos 12h e 30min (Q25-Q75 de 5h e 17min). Em relação à orientação por parte dos anesthesiologistas 100% dos pacientes foram orientados a seguir jejum de 8h sem diferenciação entre sólidos e líquidos claros. Urologia (17h e 30min, Q25-Q75 de 3h e 40min) e proctologia (17h e 10min, Q25-Q75 de 1h e 22min) foram as especialidades em que os pacientes foram submetidos a maior tempo de jejum. Cirurgia vascular foi a especialidade que apresentou menor tempo de jejum (9h e 33 min), no entanto apenas 1 paciente foi avaliado. Ginecologia ocupou o segundo lugar com 12h (Q25-Q75 de 3h

e15min). No que se refere ao grau de satisfação em relação ao tempo de jejum, 6,5% dos pacientes referiu estar muito satisfeito, 65% dos pacientes referiu estar satisfeito, 23% referiu estar pouco satisfeito, e 5,4% muito insatisfeito. Dos pacientes avaliados 80,4% não entendiam a necessidade de jejum pré-operatório. **Conclusão:** O tempo médio de jejum encontrado neste trabalho está muito além do que se recomenda hoje na literatura. Ainda assim, a maioria dos pacientes se mostrou satisfeita. Novas recomendações defendem a abreviação do jejum pré-operatório com segurança e essa estratégia, além de melhorar o desfecho perioperatório, provoca maior satisfação ao paciente. Será necessário reformular os protocolos institucionais a fim de otimizar o tempo de jejum e melhorar a qualidade do atendimento aos pacientes submetidos a procedimentos anestésico-cirúrgicos.

Palavras-chave: Jejum; pneumonia aspirativa; anestesia.

PERFIL DE SEGURANÇA DA ASSOCIAÇÃO DE CETAMINA E DEXMEDETOMIDINA EM CRIANÇAS

Autor: Italvar Nilson da Cruz Rios Neto

Orientadora: Vera Lúcia Fernandes de Azevedo

Introdução: esse artigo tem por objetivo avaliar a segurança da associação de dexmedetomidina e cetamina na população pediátrica. **Métodos:** trata-se de revisão sistemática de literatura com busca por artigos científicos no Portal Regional da BVS, que integra as bases de dados mais conceituadas nacional e internacionalmente, como SciELO (Scientific Electronic Library Online), PubMed, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online). O período de análise foi entre 2014 e 2019, para assegurar a atualidade dos achados. Para a busca, foram informados no campo correspondente os seguintes descritores: Dexmedetomidina, Ketamina, Anestesia, Criança. Como também foram considerados artigos em inglês, os descritores foram traduzidos para essa língua (Dexmedetomidine, Ketamine, Anesthesia, Child). **Resultados:** os principais resultados obtidos foram no sentido de que os fármacos alfa-2 agonistas são bastante utilizados em anestesiologia, como agente anestésico único ou adjuvante. No entanto, o seu uso em crianças ainda apresenta grandes restrições, devido ao potencial neurotóxico destas drogas anestésicas, bem como à possibilidade de interferência delas no desenvolvimento neurocognitivo da criança, como é o caso da cetamina. Já a dexmedetomidina tem se mostrado uma droga promissora na anestesia pediátrica, em razão de seu perfil potencial neuroprotetor, baixa toxicidade e segurança. Os efeitos promovidos por ela são variados (hipnose, analgesia e sedação), com mínimos efeitos colaterais. **Conclusão:** pode-se concluir que, em razão da multiplicidade de mecanismos histopatológicos que são implicados na neurotoxicidade pediátrica, a medida mais eficaz, em se tratando de anestesia pediátrica, é combinar os agentes farmacológicos, não optando pelo uso de agente único, como forma de proteção do cérebro de lesões relacionadas a esses medicamentos. Sugere-se, porém, a realização de mais estudos para que seja possível estabelecer recomendação para seu uso rotineiro em crianças.

Palavras-chave: Dexmedetomidina. Ketamina. Anestesia. Criança.



HOSPITAL SÃO RAFAEL

AVALIAÇÃO DOS DESFECHOS CLÍNICO-CIRÚRGICOS DE PACIENTES ACOMPANHADOS POR SERVIÇO DE DOR AGUDA PÓS OPERATÓRIA SUBMETIDOS A CIRURGIA ABDOMINAL DE GRANDE PORTE

Autores: Fabiana Viana Del Guerra
João Francisco Vidal
Mariana Schettini Magalhães Dias

Orientadores: Guilherme de Oliveira Campos
Rodrigo Leal Alves

Introdução: A dor aguda pós-operatória (DAPO) é definida como a dor que está presente no período após o procedimento cirúrgico e pode ser decorrente do trauma ou das complicações deste. O controle da DAPO pode diminuir os eventos adversos (atelectasia, hipoxemia, isquemia do miocárdio) reduzir o tempo de ventilação mecânica, o catabolismo pós-cirúrgico, a chance de cronificação da dor e proporcionar menor incidência de sintomas psicológicos negativos. A analgesia peridural é uma técnica eficaz para o tratamento da DAPO, contribuindo para menor morbidade e mortalidade, sendo uma estratégia chave dos serviços de dor. No entanto, a técnica de analgesia peridural controlada pelo paciente não é isenta de complicações (ex.: hipotensão arterial, lesões neurológicas, fraqueza muscular, intoxicação por anestésico local, depressão respiratória), e requer um adequado acompanhamento dos pacientes com a participação de equipe multidisciplinar, de modo a não acrescentar morbidade. A indicação desta técnica analgésica deverá ser acordada entre cirurgião, anestesiológico e paciente, obedecendo sempre critérios básicos de segurança. Foi recentemente implantado o Serviço de Dor Aguda Pós-Operatória (SEDAPO) no Hospital São Rafael, com um aumento significativo do número de pacientes acompanhados após a implementação do protocolo de analgesia peridural controlada pelo paciente. **Objetivos:** Avaliação dos desfechos clínicos dos pacientes submetidos a cirurgias abdominais de grande porte acompanhados pelo SEDAPO, comparando-os com os pacientes não acompanhados pelo SEDAPO. **Material e Métodos:** Estudo do tipo Coorte retrospectiva (jan/2018 a out/2019), por meio de revisão de prontuários, avaliando os desfechos clínicos (tempo de internação, reinternação, reabordagem cirúrgica, incidências de Síndrome Coronariana Aguda, tromboembolismo venoso e sepse, início de dieta por via oral e deambulação) dos pacientes acompanhados pelo SEDAPO no Hospital São Rafael, em Salvador/BA. Foram incluídos pacientes submetidos a cirurgias abdominais de grande porte (aparelho digestivo e coloproctologia) acompanhados pelo SEDAPO com o protocolo de analgesia peridural deste serviço (G1), tendo como grupo controle, os não acompanhados pelo SEDAPO (G2). Resultados: Foram incluídos no estudo 201 pacientes, dos quais 33,3% foram acompanhados pelo SEDAPO, de forma que 67 pacientes pertenceram ao G1 e 134 ao G2. Quanto aos desfechos analisados, foi observada uma mediana de 9 dias de internamento em ambos os grupos,

taxa de reinternação de 1,49% em ambos os grupos; taxa de reintervenção cirúrgica de 2,98% G1 vs 2,23% G2; não houve registro de síndrome coronariana aguda em ambos os grupos; incidência de sepse de 15,3% G1 vs 13,1% G2; ocorrência de TEV em 1,53% G1 vs 1,19% G2; mediana de início de deambulação de 3 dias em ambos os grupos; mediana de início da dieta oral de 2,5 dias G1 vs 1,5 dias G2. Para todos os desfechos não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos. **Conclusão:** Os grupos foram semelhantes quanto aos desfechos avaliados, demonstrando que o tipo de analgesia implementada pelo protocolo do SEDAPO do Hospital São Rafael é seguro. Os parâmetros relacionados ao controle da dor e satisfação do paciente serão avaliados em estudo prospectivo, já em andamento. **Discussão:** A analgesia controlada pelo paciente via epidural sabidamente traz impactos positivos na redução do catabolismo nitrogenado (com redução dos níveis de catecolaminas, cortisol e glucagon), nas repercussões pulmonares e, conseqüentemente, na morbimortalidade. A verificação dos desfechos neste estudo, reforça a importância da aplicação do serviço em cenários adequados, com aperfeiçoamento do cuidado ao paciente e dos registros pela equipe multidisciplinar.

Palavras-chave: Dor Aguda pós Operatória, Analgesia Controlada pelo Paciente; Serviço de Dor Aguda Pós Operatória, Anestesia Peridural

ANALGESIA PÓS EMBOLIZAÇÃO DE ARTÉRIA UTERINA COM ROPIVACAÍNA INTRA ARTERIAL: RELATO DE CASO

Autor: Natan Lourenço Luz Pereira

Orientadores: Carlos Hohlenweger Tavares
Guilherme Oliveira Campos

Introdução: Miomatose uterina é o tumor benigno uterino mais comum, prevalência estimada de 50%, com morbidade de 30%, incluindo menorragia, anemia, dor pélvica, infertilidade. O manejo dependerá da idade, desejo de gestar, além de número, tamanho e localização das lesões. Na direção de preservação da função reprodutiva, em 1995 foi descrita a primeira embolização de artéria uterina para tratamento de miomatose. Uma das principais questões que envolvem a embolização uterina é dor pós operatória, correlacionada com processo de isquemia e necrose de tecido uterino. Dor severa ocorre nas primeiras 24 horas, pico de 6 a 8 horas, podendo perdurar com menor intensidade por 10 dias, sendo preditor de permanência hospitalar, consumo de opioides, custos e insatisfação do paciente. Assim, destacam-se uma série de alternativas analgésicas: uso de anti-inflamatórios hormonais e não hormonais, opioides, analgesia controlada pelo paciente, bloqueios plexo hipogástrico superior, injeções de anestésicos locais intra-arteriais pós embolização. Dentre as opções, lidocaína 1% sem vasoconstrictor em regime intra-arterial após confirmação da correta embolização dos miomas. No entanto, o resultado de escala de dor analógica comparado ao placebo não trouxe redução significativa em 24 horas. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de analgesia para embolização de artéria uterina realizado com injeção intra-arterial de ropivacaína 1% após a verificação de correta embolização por parâmetros radiológicos. **Relato de caso:** LDF, 28 anos, com quadro miomatose uterina sintomática refratária a terapia medicamentosa, com menorragia volumosa e necessidade de múltiplas atendimentos em unidade de emergência. Eleita para realização de embolização seletiva de artéria uterina para tratamento de leiomioma sob sedação. Sobrepeso, IMC 28, com história de gastroplastia redutora há 03 anos e dor crônica por displasia de quadril (em uso de pregabalina além de bloqueio simpático semanal). Sedada com midazolam 3mg associados à clonidina 150mcg e fentanil 100mcg, oxigênio via cateter nasal, seguida punção de artéria femoral com introdutor 5F e embolização de miomas com microesferas. Após evidência radiológica de cessação do fluxo pós mioma, administrados lentamente 10ml de ropivacaína 1% via cateter de embolização em pequenas alíquotas intercaladas com esferas de embolização (técnica sandwich). Complementação analgésica venosa com cetorolaco 30mg, dipirona 02g, dexametasona 10mg, além de profilaxia com ondansetrona 4mg. Procedimento realizado sem intercorrências, encaminhada à unidade aberta com dipirona 02g sistemática e resgate de dimorf 4mg se dor. Nas primeiras 6 horas com dor no sítio de punção arterial, escala analógica visual 7, tipo queimor, com melhora total ao uso de dimorf 4mg. Sem queixas algicas em baixo ventre ou dor tipo cólica. Sem outras queixas, recebeu alta hospitalar 24 horas após procedimento. **Discussão:** Apesar da embolização uterina ser um procedimento minimamente invasivo, esta apresenta paradoxalmente um potencial algico pós-operatório elevado. Mediante revisão de literatura foram encontradas múltiplas propostas analgésicas, no entanto nenhuma estratégia teve seu uso consagrado. Referências ao uso de lidocaína intra-arterial após

embolização de miomas foram encontradas, no entanto, apesar da mesma técnica utilizada neste caso, nenhuma referência substitui o uso da lidocaína por ropivacaína. Noel-Lamy et al. verificaram redução dos escores de dor nas primeiras 4 horas quando utilizada lidocaína 1%. Todavia, não houve perpetuação dos resultados entre 7-24 horas do procedimento. Essa observação foi justificada pelos autores como decorrente da curta meia vida da lidocaína. Em nenhum dos 2 trabalhos analisados foram identificadas complicações relacionadas ao uso da lidocaína intra-arterial pós embolização. Conclui-se que o uso da ropivacaína tem o racional de prolongar o bloqueio analgésico na técnica de administração de anestésicos intra-arteriais, sendo seguro e efetivo nas 24 horas no caso em questão.

Palavras-chave: Embolização; Leiomioma; analgesia

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

PROFESSOR EDGARD SANTOS



ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO EM PERIOPERATÓRIO DE ENDARTERECTOMIA DE CARÓTIDA: RELATO DE CASO

Autora: Camila Moreira de Souza

Orientador: Maurício Fernando Lima Santos

Introdução: A endarterectomia de carótida é uma das opções de tratamento para casos de estenose da artéria carótida interna. Este procedimento possui como uma de suas complicações a ocorrência de acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico, sendo este também um dos fatores que podem levar à indicação da realização da endarterectomia de carótida. O objetivo desse trabalho é relatar caso de paciente submetido a endarterectomia de carótida esquerda que evoluiu com AVC isquêmico perioperatório de natureza tromboembólica, descrever o manejo anestésico e a monitorização neurológica e da perfusão cerebral disponíveis nestas cirurgias. **Relato de caso:** Este relato descreve o caso de um paciente submetido a endarterectomia de carótida, menos de três meses após um AVC isquêmico, com novo AVC intraoperatório e sequela permanente. **Discussão:** A realização do procedimento cirúrgico pode ser feita sob anestesia geral ou anestesia regional com bloqueio do plexo cervical e sedação consciente sendo as duas modalidades seguras. Na primeira a monitorização cerebral pode ser feita com eletroencefalograma (EEG), mensuração de potenciais evocados somatossensoriais (PESS), doppler transcraniano, oximetria cerebral. Na segunda, a instabilidade neurológica do paciente é o método mais acurado de monitorização. Entretanto, a monitorização neurológica e da perfusão cerebral não é realizada na maioria dos centros. Apesar da monitorização no intraoperatório servir para guiar medidas a serem tomadas antes que o paciente apresente dano neurológico, há autores que defendem que nem a monitorização nem o uso de pontes provisórias são necessárias para evitar a isquemia intraoperatória. O AVC do paciente em questão foi de origem embólica por provável manipulação de placa aterosclerótica no intraoperatório, mas o reconhecimento do quadro só foi possível imediatamente após a extubação do paciente, devido à indisponibilidade de monitorização neurológica no nosso serviço. Apesar dos dados na literatura não mostrarem que a monitorização melhora de forma substancial o prognóstico, a busca de melhorias na capacidade diagnóstica das técnicas disponíveis visa melhorar a relação risco/benefício associada com as intervenções já disponíveis. Uma opção que dispensaria o desenvolvimento de mais monitores específicos seria o desenvolvimento de uma intervenção segura e altamente eficaz ou aperfeiçoamento da técnica cirúrgica já existente, com melhora na proteção cerebral, e possibilidade de aplicação a um grande segmento da população em risco.

Palavras-chave: Endarterectomia das carótidas, acidente vascular cerebral, monitorização intraoperatória

ANÁLISE DO IMPACTO NO ATENDIMENTO DE PACIENTES HEMORRÁGICOS NO HOSPITAL DO SUBÚRBIO, SALVADOR-BA, APÓS IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE “ONDA VERMELHA” E SUA ESTRATIFICAÇÃO POR TURNO DE ATENDIMENTO

Autor: Antônio Alberto Albuquerque

Orientadora: Liana Maria Tôrres de Araújo Azi

Co-Orientador: André Gusmão Cunha

Objetivo: Avaliar a influência da implementação do protocolo onda vermelha na mortalidade de pacientes vítimas de choque hemorrágico traumático em um hospital de referência em trauma. **Métodos:** Estudo de coorte retrospectiva com pacientes vítimas de choque hemorrágico traumático grave (ao menos 2 pontos no escore ABC) atendidos entre 2014 e 2016, divididos em grupos pré-onda vermelha (grupo controle, anterior a julho de 2015) e pós-onda vermelha (grupo caso, posterior a julho de 2015). **Resultados:** 116 pacientes com choque hemorrágico traumático grave foram identificados no período estudado, 90% do sexo masculino, com média de idade de 31 anos (desvio padrão: 11,05) e trauma penetrante como principal mecanismo de trauma envolvido (67%). Os grupos apresentaram dados clínicos comparáveis, exceto em relação à PAS: idade ($p=0,16$), sexo ($p=0,14$), tipo de trauma ($p=1,00$), PAS ($p=0,01$). A mortalidade observada no grupo controle foi de 46,4% e a mortalidade no grupo caso foi de 46,6%. De acordo com teste de Chi-quadrado observou-se um $p=1,00$, não existindo diferença estatisticamente significativa na mortalidade intergrupo. Foi encontrado diferença estatística na mortalidade quando realizada a análise intragrupo em relação à variável idade. No grupo pré-onda vermelha a média de idade foi de 39,0 (IQ: 29,0-44,0) entre os pacientes que morreram e média de idade de 28,0 (IQ: 23,5-32,5) entre os pacientes que obtiveram alta com $p=0,01$. No grupo pós-onda vermelha a média de idade foi de 27,0 (IQ: 23,0-32,5) entre os pacientes que morreram e de 26,0 (IQ: 21,0-35,0) entre os pacientes que obtiveram alta com $p=0,62$. Quando analisado a influência do turno de atendimento na mortalidade dos pacientes atendidos pós-onda vermelha também não foi observado diferença nas variáveis estudadas. **Conclusão:** A implementação do protocolo não influenciou na mortalidade quando realizada a análise intergrupo, porém demonstrou diferença quando realizada a análise intragrupo. No grupo pré-Onda Vermelha, encontrou-se maior mortalidade dentre os pacientes mais velhos. Não houve diferença de mortalidade em relação à idade no grupo pós-onda vermelha.

Palavras-chave: ferimentos e lesões, choque hemorrágico, mortalidade, protocolos

ANESTESIA GERAL EM PORTADOR DE SÍNDROME DE BARAKAT SUBMETIDO À FACECTOMIA-RELATO DE CASO

Autor: Erizoaldo Costa Nascimento

Orientadora: Silvana Neves Ferraz de Assunção

Introdução: A síndrome de Barakat cursa com distúrbios de cálcio que interferem na contratilidade miocárdica e esquelética, que demandam atenção no manejo anestésico no que se refere à manutenção do débito cardíaco e do relaxamento muscular necessário para a ventilação. **Objetivo:** Realizar anestesia geral preservando a homeostasia do íon cálcio em portador de síndrome com previsão de distúrbio da calcemia. **Método:** Anestesia geral com agente anestésico halogenado sem curares na indução e manutenção. **Conclusão:** O uso de relaxante muscular demandado por uma intercorrência, não comprometeu o sistema ventilatório nem promoveu hipotonia sistêmica.

Palavras-chave: criança, hipocalcemia, anestesia geral

ANESTESIA PARA EXÉRESE DE FEOCROMOCITOMA EM PACIENTE PEDIÁTRICO PORTADOR DE SÍNDROME DO QT LONGO: RELATO DE CASO.

Autora: Paulianne Carvalho do Bú

Orientador: Antônio Herlandson Freire Cunha

A síndrome do QT longo (SQTL) foi primeiramente descrita por Meissner, em 1856, o qual descreveu o óbito de uma menina surda que foi repreendida na escola. Os sintomas se desenvolvem durante a infância, sendo o principal deles a síncope desencadeada por estresse, embora a morte súbita possa ser a primeira apresentação. A descarga simpática (norepinefrina) limita as atividades diárias e laborativas dos pacientes, mesmo em uso regular e otimizado das medicações, com isso novas estratégias estão sendo pesquisadas para uma melhora da qualidade de vida e melhora do prognóstico, evitando ou adiando uma possível insuficiência cardíaca pela exposição crônica à norepinefrina. Feocromocitoma é uma neoplasia rara, produtora de catecolaminas, cuja origem mais frequente é a medula suprarrenal. Tem um amplo espectro de apresentações clínicas, mas a tríade sintomática de cefaleias, palpitações e sudorese, acompanhada de hipertensão arterial, é muito característica. As crises hipertensivas e os eventos cardiovasculares potencialmente fatais, causados por essa neoplasia, decorrem do efeito potente da estimulação adrenérgica e justificam a importância de um diagnóstico rápido e uma abordagem terapêutica eficaz no controle dos sintomas e na prevenção de complicações. O tratamento definitivo é cirúrgico. A abordagem cirúrgica de feocromocitomas constitui desafio para a prática anestésica. Os pacientes submetidos a esse procedimento podem cursar com instabilidade hemodinâmica grave, exigindo, pois, monitorização adequada e atenção contínua ao ato anestésico-cirúrgico.

Neste relato de caso foram descritos o manejo anestésico e as complicações presentes durante adrenalectomia aberta, sob anestesia peridural e geral em um paciente do sexo masculino, 10 anos, com diagnóstico de Síndrome do QT longo, possivelmente secundária a feocromocitoma em adrenal direita.

Palavras-chave: feocromocitoma, síndrome do QT longo, hipertensão

ASMA E ANESTESIA COM EVOLUÇÃO INESPERADA DE LARINGOESPASMO E BRONCOESPASMO NO PÓS OPERATÓRIO: RELATO DE CASO

Autor: Felipe Oliveira Costa

Orientadora: Talita da Silva Portugal

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica reversível, marcada pela restrição a passagem de ar pelas vias aéreas inflamadas, que afeta 4 a 30% de crianças na América Latina. Estes pacientes, quando submetidos a anestesia, devem manter o uso de suas medicações no pré-operatório, pois apresentam chance maior de laringoespasma, broncoespasmo e dessaturação. Sendo assim, o objetivo desse trabalho foi relatar o caso de uma paciente portadora de asma e a evolução inesperada no pós-operatório, com um quadro de laringoespasma e broncoespasmo importante. As informações foram colhidas no momento do evento e guardadas com registro fotográfico dos prontuários. Realizada também revisão da literatura sobre o evento.

Relato do caso: R.V. da S. S., feminino, 4 anos, 20kg, portadora de asma em uso diário de Clenil (50mcg) e Salbutamol spray apenas em crise foi submetida a adenoamigdalectomia. Paciente ASA II sem crises de broncoespasmo há cerca de dois meses. No pré-operatório, a mesma estava sem febre ou qualquer outro sinal de infecção de vias aéreas. A sedação foi realizada com midazolam (2mg). Em seguida foram administrados Fentanil (100mcg), Lidocaína, Propofol (60mg) e Cisatracúrio (2mg). A manutenção anestésica foi realizada com sevoflurano a 2% (>1 CAM) e dose adicional de Clonidina (30mcg) e Fentanil (10 mcc). Durante o procedimento houve uma desconexão do filtro no momento do posicionamento do gastador cirúrgico. Foram administrados Cefazolina (1g), Dexametasona (3mg), Ondasetrona (3mg) e Dippirona (1g). Finalizado o procedimento to, a paciente foi descurarizada com Atropina (0,3mg) e Neostigmine (0,6mg). Porém, cerca de 5 minutos após extubação, a criança evoluiu com laringoespasma e na sequência broncoespasmo. Foram administrados Propofol (40mg), Lidocaína (20mg) e Hidrocortisona (100mg). Em seguida foram administrados Adrenalina (200 mcc) intramuscular, sem melhora do quadro e Sulfato de magnésio (500mg) também sem efeito, sendo então encaminhada para UTI Na radiografia apresentava atelectasia extensa em lobo superior de hemitórax direito. Na gasometria não apresentava alteração significativa. Mantida em ventilação mecânica e realizado exercício de recrutamento pela fisioterapia, além de corticoterapia e nebulizações de horário. No segundo dia, a paciente foi extubada ainda taquicárdica com melhora clínica e radiográfica, tendo alta no final do dia para enfermaria. No terceiro dia de pós-operatório, a paciente teve alta hospitalar. **Discussão:** Crianças que apresentam comprometimento de vias aéreas no pré-operatório tem maior chance de apresentar complicações respiratórias peri e pós-operatórias. O sevoflurano reduz o processo inflamatório das vias aéreas, atelectasias e broncoespasmo por modular a resposta de citocinas inflamatórias e o estresse oxidativo. A desconexão da ventilação mecânica e até o acotovelamento do tubo por afastador cirúrgico pode desencadear uma elevação abrupta da pressão intralveolar e gerar uma reatividade da via aérea. Desse modo, é necessário um cuidado maior com desconexões do sistema de ventilação

mecânica desses pacientes, pois se trata de uma via aérea reativa, mesmo que aparentemente controlada, como no caso descrito. Oscilações importantes de pressão alveolar podem gerar desfechos catastróficos. Além disso, o sangramento mesmo que leve apresentado no final da cirurgia pode ter causado laringoespasma e gerado todo evento. É sabido que amigdalectomia é a cirurgia com índice maior de laringoespasma. A lidocaína (2%) por via tópica ou venosa (1mg.kg-1) no momento da extubação traqueal reduz a incidência dessa complicação. **Conclusão:** O broncoespasmo e laringoespasma são eventos possíveis sempre que se manipulam vias aéreas reativas, mesmo na ausência de processo infeccioso vigente. Logo, o Anestesiologista deve sempre estar atento, principalmente quando se apresenta uma patologia pulmonar prévia, pois as chances desses eventos adversos aumentam circunstancialmente.

Palavras-chave: asma, anestesia, espasmo brônquico

MANEJO ANESTÉSICO EM PACIENTE COM ACONDROPLASIA: RELATO DE CASO

Autor: Carlos Cezar Monteiro dos Santos Júnior

Orientadora: Mili Freire Almeida

Introdução: A acondroplasia é a síndrome de displasia óssea mais comum em humanos, sendo causada por mutação no gene do receptor do fator de crescimento de fibroblasto tipo 3 (FGFR3). Esta mutação inibe o processo de proliferação de condrócitos, a hipertrofia celular e a produção de matriz cartilaginosa, que, por sua vez, resultam em uma redução na formação de osso endocondral, desencadeando alterações, principalmente, do sistema musculoesquelético e manifestações clínicas dos demais sistemas orgânicos. Este trabalho tem como objetivo o relato de um caso de procedimento anestésico em um paciente com diagnóstico de acondroplasia e a descrição das particularidades desta patologia relacionadas ao manejo da anestesia. **Relato de caso:** Neste relato foram descritos o caso clínico e a evolução do período perioperatório, com ênfase para o manejo anestésico, de um paciente com acondroplasia submetido a uma colectomia total com a utilização de técnica anestésica combinada (anestesia peridural e anestesia geral). **Discussão:** Evidências na literatura mostraram que as alterações morfológicas, principalmente as faciais, da coluna vertebral e dos membros, e manifestações clínicas da acondroplasia podem ter uma influência direta no manejo anestésico destes pacientes, tanto na anestesia geral (dificuldade no manejo da via aérea e na oxigenação adequada), como na anestesia regional (dificuldade na execução das técnicas de punção e progressão de cateter). Apesar do caso ter sido realizado sem intercorrências no intraoperatório e sem dificuldades significativas relacionadas às técnicas empregadas, o anestesista deve ter muita atenção com o manejo destes pacientes. O planejamento e a preparação para o procedimento anestésico-cirúrgico envolvem uma avaliação pré-anestésica detalhada, de modo que se conheça as manifestações fenotípicas desenvolvidas, e o conhecimento das alterações que possam influenciar o curso do período intraoperatório e a técnica anestésica, visando maior segurança para o paciente e redução da morbimortalidade intraoperatória.

Palavras-chave: acondroplasia, manuseio das vias aéreas, anestesia epidural

REAÇÃO ALÉRGICA À CLOREXIDINA INTRAOPERATÓRIA: RELATO DE CASO E CONSIDERAÇÕES SOBRE CONDOTA NO PÓS-OPERATÓRIO

Autor: Mylena Pires De Siqueira

Orientadora: Liana Maria Tôrres de Araújo Azi

Anafilaxia é considerada uma reação de hipersensibilidade rara, porém severa, ameaçadora à vida, por ter um início de ação rápido e ser potencialmente fatal em alguns casos. As manifestações clínicas mais comuns envolvem os sistemas respiratório, cardiovascular e tegumentar, sendo um desafio para o anesthesiologista responsável identificar a causa específica. No Brasil não há notificação compulsória dos casos de anafilaxia, logo sua incidência não é bem conhecida. O NAP6 (projeto de auditoria nacional) estima que a incidência de anafilaxia perioperatória varie de 1:6000 a 1:20000. As reações são classificadas de acordo com a intensidade do quadro. O reconhecimento precoce, as doses adequadas de adrenalina e a reposição adequada do volume são os pilares do tratamento. Neste relato de caso foram descritos o manejo anestésico no intraoperatório e a importância do seguimento no pós-operatório no caso de uma paciente de 45 anos submetida a anestesia geral para uma cirurgia plástica eletiva.

Palavras-chave: anafilaxia; anestesia; intraoperatório; complicações; clorexidina.



Sociedade de
Anestesiologia
do Estado da Bahia

 [saebanestesia](#)

 [saebanestesia](#)

 www.saeb.org.br

 contato@saeb.org

 71 3247-4333

