

ID: 00611-00003

O ANESTESIOLOGISTA NA MEDICINA PALIATIVA**Autores:**Bonfá, L.¹; Vinagre, R.C.O.²**Instituição:**

1. HL, Hospital Federal da Lagoa /M Saúde, av. canal de marapendi,2500/203 bl.5 -Barra da Tijuca
2. HUCFF -UFRJ, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - UFRJ, Rodolfo Paulo Rocco, nº 255.

Intuitivamente, a reflexão de anestesiológicos diante da Medicina Paliativa é: por que o anestesiológico precisa ou quer saber sobre cuidados paliativos? Raramente este especialista está envolvido no tratamento de pacientes com doenças crônicas avançadas ou prognóstico limitado, próximo à morte. No entanto, a Medicina Paliativa (MP) conta com um modelo de equipe multiprofissional, onde anestesiológicos estão incluídos, quando a atuação vai além dos cuidados integrais ao paciente cirúrgico no ato anestésico tradicional. O suporte aos sistemas orgânicos, proteção neuro-vegetativa, técnicas antiinflamatórias sistêmicas e antissensibilização central, também pode ser aplicado ao doente sem possibilidade de cura, ressaltando a responsabilidade para condução da terapêutica clínica e antálgica. Como a dor conceitualmente é um sintoma multidimensional e plurifatorial, vários fatores contribuem para adequação do esquema analgésico. Além da medicação apropriada, a condição emocional contribui para exacerbar o quadro doloroso comprometendo a qualidade de vida. A evidência da ampla abordagem envolve a inclusão de técnicas de bloqueios anestésicos para procedimentos terapêuticos e diagnósticos, prática na utilização de opioides, analgésicos e adjuvantes; medicações para ansiedade, sedação e agitação; habilidade no uso de fármacos que alteram o estado da consciência e experiência em lidar com pacientes e familiares em situações críticas. A OMS define MP como "abordagem que melhora a qualidade de vida em pacientes e familiares que enfrentam doença ameaçadora da vida, através da prevenção e tratamento da dor física, psicossocial e espiritual com alívio do sofrimento". Seus princípios podem ser incorporados ao repertório básico de conhecimento e habilidades, especialmente para anestesiológicos que exerçam atividades em hospitais gerais, onde a importância no tratamento da dor tem sido reforçada por programas de acreditação que estabelecem normas sobre avaliação da dor e sua gestão, com recomendação que todos pacientes criticamente doentes tenham direito a analgesia adequada. A atividade do anestesiológico na MP é permitir ao paciente viver tão ativamente quanto possível dentro da sua limitação de vida, sem utilizar recursos que diminuam sua expectativa da vida ou condutas que prolonguem seu sofrimento. O suporte dos aspectos psicológicos e espirituais deve proporcionado pela integração da equipe multiprofissional, possibilitando dignidade e aceitação da morte como um processo natural da vida.

Referências Bibliográficas:

1. Gavrin J. Palliative Care Anesthesiology Clinics 1, 2006,
2. Arnold R. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, 2009.
3. Fine P.G. Anesth Analg, 100:183-8, 2005.

ID: 00612-00001

A INCIDÊNCIA DE COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS BARIÁTRICAS**Autores:**

Toscani, N.V.; Jimenez, D.Y.L.; Zacarias, A.L.; Tscha, C.; Costa, R.D.; Felix, E.A.

Instituição:

HCPA, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rua Ramiro Barcelos, 2350 - CEP 90035-003 Bairro Rio Branco - Porto Alegre - RS.

Introdução: As complicações respiratórias são o evento adverso mais comum no pós-operatório de cirurgias abdominais. Pacientes submetidos à gastroplastia apresentam redução da função pulmonar, o que pode constituir risco para o aparecimento de tais complicações. Nosso objetivo é avaliar a incidência de complicações respiratórias no Pós-operatório de Cirurgias Bariátricas em relação à incidência deste evento em outras cirurgias de abdome superior.

Método: Foram observados todos os pacientes que realizaram gastroplastia para tratamento da obesidade, entre os meses de setembro de 2009 e junho de 2010 em nosso hospital. Foi realizada avaliação pré-operatória na véspera da cirurgia, revisada a ficha de anestesia, avaliado o paciente no primeiro, quinto dia de pós-peratório e no décimo quinto dia foi feito contato telefônico, sendo agendada consulta ambulatorial na eventualidade do desenvolvimento de sintomas respiratórios. Foi considerado como desfecho pneumonia, atelectasia, traqueobronquite e broncoespasmo. Os resultados foram comparados com os dados dos pacientes que realizaram cirurgias abertas de abdome superior. Este trabalho foi submetido e aprovado pelo comitê de ética da nossa instituição.

Resultados: Foram avaliados 20 pacientes, 90% mulheres (n=18), 60% com escore ASA 2 (n=12) e 40% com escore ASA 3 (n=8), com uma média de idade de 42,2 ±12,54 anos no grupo da cirurgia bariátrica e 39 pacientes, 43% mulheres (n=17), 72% com escore ASA 2 (n=28) e 28% com escore ASA 3 (n=11), com uma média de idade de 57,2 ±11,3 anos no grupo controle. O tempo cirúrgico médio das gastroplastias foi de 179 ±29 min, enquanto nas demais cirurgias foi de 371 ±60 min. A incidência de complicações respiratórias nos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica foi de 15% (n=3), 1 caso de pneumonia, 1 broncoespasmo e 1 atelectasia, enquanto no grupo das cirurgias abertas de abdome superior foi de 25,6% (n=10), ocorreram 7 pneumonias, 2 broncoespasmos e 1 atelectasia. O risco relativo para as cirurgias de abdome superior foi de 1,7.

Discussão e Conclusões: Nosso estudo evidenciou a uma chance menor de complicações respiratórias nos pacientes submetidos à gastroplastia quando comparados aos que realizaram outras cirurgias de abdome superior. A idade mais jovem e tempo cirúrgico menor podem ter contribuído para este fato.

Referências Bibliográficas:

1. Gerald W. Smetana; Valerie A. Lawrence; and John E. Cornell. Preoperative Pulmonary Risk Stratification for Noncardiothoracic Surgery. Ann Intern Med. 2006;144:581-595.
2. PAISANI, D M, CHIAVEGATO, L D, FARESin, F M. Volumes, capacidades pulmonares e força muscular respiratória no pós-operatório de gastroplastia J Bras Pneumol 2005; 31(2): 125-32.
3. Bagatini, AI; Trindade, RD; Gomes, CR; Marcks, R. Anestesia para cirurgia bariátrica. Avaliação retrospectiva e revisão da literatura. Rev. Bras. Anestesiol. 2006; 56 (3).

ID: 00614-00001

VOLUME MÍNIMO EFETIVO DE ANESTÉSICO LOCAL EM BLOQUEIO INFRACLAVICULAR: ULTRASSOM VERSUS ULTRASSOM ASSOCIADO A NEUROESTIMULAÇÃO**Autores:**

Conceição, D.B.; Helayel, P.; Filho, J.R.C.; Souza, S.D.; Oliveira Filho, G.R.

Instituição:

HGCR, CET/SBA Integrado de Anestesiologia da SES-SC, Rua Irmã Benwarda, 297 - 88015-360 - Florianópolis-SC.

Introdução: O bloqueio guiado por ultrassom oferece a vantagem de visualização da dispersão do anestésico local, possibilitando melhores resultados e menor incidência de complicações. O volume administrado constitui um relevante parâmetro preditor de toxicidade sistêmica em bloqueios periféricos. O presente estudo tem como objetivo comparar o volume mínimo efetivo de anestésico local (VMEAL) para o bloqueio infraclavicular guiado apenas por ultrassom com o guiado por ultrassom associado à neuroestimulação.

Método: Após aprovação pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Governador Celso Ramos, foram incluídos pacientes ASA I ou II candidatos a cirurgias eletivas em antebraço ou mão. Todos os pacientes que integraram o estudo assinaram o consentimento informado. Os pacientes foram distribuídos aleatoriamente, compondo dois grupos: o grupo US (apenas a ultrassonografia utilizada como guia para injeção do anestésico local) e o grupo UN (ultrassonografia associada a neuroestimulação). O primeiro paciente de cada grupo recebeu um volume total de 30 ml de ropivacaína a 0,75%. O método *Up and Down* foi aplicado nos pacientes subsequentes. A avaliação da efetividade do bloqueio se deu pela regra dos "4 Ps". Foi atribuído o valor 0 (zero) para completa perda sensitiva ou