

**Referências Bibliográficas:**

1. Anesth Analg 2002; 95:411-416.
2. Eur J Anaesthesiol 2002; 19:447-451.
3. Eur J Cardiothorac Surg 2005; 27: 1022-1029.

**ID: 00651-00001****ANÁLISE COMPARATIVA DA INCIDÊNCIA DE COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS DE ABDOME SUPERIOR E INFERIOR****Autores:**

Mallmann, C.; Santos, L.M.V.; Toscani, N.V.; Jimenez, D.Y.L.; Costa, R.D.; Felix, E.A.

**Instituição:**

HCPA, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Ramiro Barcelos, 2350, Bairro Santa Cecília, CEP 90035-903.

**Introdução:** Complicações respiratórias constituem a intercorrência mais prevalente no pós-operatório de cirurgias não cardíacas(1). Cirurgias de abdome representam fator de risco adicional para este tipo de complicação(2). Nosso objetivo é analisar a incidência de complicações respiratórias no pós-operatório de cirurgias de abdome superior e de abdome inferior.

**Método:** Trata-se de um estudo observacional prospectivo onde foram arrolados todos os casos de cirurgia eletiva e aberta de abdome entre os meses de setembro de 2009 e junho de 2010. Foram realizadas avaliação pré-operatória na véspera da cirurgia, revisão da ficha de anestesia e reavaliação do paciente no primeiro e no quinto dia de pós-operatório. No décimo quinto dia era feito contato telefônico, sendo agendada consulta ambulatorial no eventual desenvolvimento de sintomas respiratórios. Foram considerados como desfechos: pneumonia, traqueobronquite, broncoespasmo e atelectasia. Este trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética de nossa instituição.

**Resultados:** De cirurgias de abdome superior, foram avaliados 60 pacientes: 20 cirurgias bariátricas, 24 gastrectomias, 10 hepatectomias e 6 duodenopancreatetectomias; destes, 60% mulheres (n=36), 63% com escore ASA 2 (n=38) e 37% com escore ASA 3 (n=22), numa média de idade de 52,43 +- 3,73 anos. De cirurgias de abdome inferior, foram avaliados 46 pacientes: 23 colectomias, 11 histerectomias abdominais e 12 anexectomias; destes, 73% mulheres (n=34), 72% com escore ASA 2 (n=33), 24% com escore ASA 3 (n=11) e 4% com escore ASA 1 (n=2), numa média de idade de 56,65 +- 14 anos. O tempo cirúrgico médio no primeiro grupo foi de 260 +- 90 min, enquanto no segundo foi de 191 +- 42 min. A incidência de complicações respiratórias entre os pacientes submetidos à cirurgia de abdome superior foi de 21,6% - pneumonia (n=8), broncoespasmo (n=3) e atelectasia (n=2), enquanto entre os submetidos à cirurgia de abdome inferior, a incidência foi de 10,8% - pneumonia (n=3) e atelectasia (n=2), o que correspondeu a um risco relativo de 2.

**Discussão e Conclusões:** As cirurgias de abdome superior comprometem de modo mais intenso a função respiratória, acarretando num maior risco de complicações.

**Referências Bibliográficas:**

1. Ann Intern Med. 2006; 144: 581 - 595.
2. J Bras Pneumol 2005; 31(2): 125 - 32.

**ID: 00653-00001****PADRÕES ULTRASSONOGRÁFICOS DE DISPERSÃO DA SOLUÇÃO DE ANESTÉSICO LOCAL INFLUENCIAM A TAXA DE SUCESSO DO BLOQUEIO ISQUIÁTICO INFRAGLÚTEO GUIADO POR NEUROESTIMULAÇÃO****Autores:**

Helayel, P.E.; Conceição, D.B.; Cargnin, F.R.; Ceccon, M.S.; Colossi, M.C.J.; Oliveira Filho, G.R.

**Instituição:**

HGCR, Hospital Governador Celso Ramos, Rua Irmã Benwarda 297 - 88015-360 - Florianópolis - SC.

**Introdução:** A ultrassonografia permite o controle da dispersão do anestésico local (AL) junto ao nervo 1. Nos bloqueios guiados por

neuroestimulação não há controle sobre a dispersão do AL. A hipótese deste estudo foi a de que os padrões de dispersão da solução de AL ao redor do nervo influenciam a taxa de sucesso do bloqueio infraglúteo do nervo isquiático.

**Método:** Foram incluídos 100 pacientes escalados para cirurgias sobre a perna ou pé neste estudo prospectivo observacional. Os pacientes foram submetidos a bloqueio infraglúteo do nervo isquiático com 20 mL de ropivacaína a 0,5% associado a bloqueio do nervo femoral com 10 mL do mesmo anestésico. Somente um padrão de resposta motora com estímulo entre 0,3 e 0,5 mA foi elicitado. Ao término da injeção do AL foram realizados exames ultrassonográficos no ponto de injeção do AL, 1 cm acima e 1 cm abaixo do mesmo. As imagens foram posteriormente analisadas e padrões de dispersão foram identificados: 3 – halo de AL visível circundando 100% da área de secção transversal do nervo; 2 – halo de AL visível circundando entre 50 e 75% da área de secção transversal do nervo; 1 – halo de AL visível até 50% da área de secção transversal do nervo; 0 – halo não visível, dispersão de AL nos tecidos circunjacentes. Sensibilidade e motricidade nos territórios dos componentes tibial e fibular foram testadas a cada 5 minutos após o término da injeção do AL, até o 30º minuto. Os critérios de sucesso foram: 1 – perda total de sensibilidade nos territórios tibial e fibular no 30º minuto e 2 – anestesia cirúrgica completa, sem necessidade de suplementação intraoperatória com opióide ou anestesia geral. As taxas de sucesso segundo cada critério foram comparadas entre os padrões de dispersão identificados.

**Resultados:** Foram analisados os dados de 94 pacientes. Quarenta pacientes (42,5%) apresentaram o padrão 3 de dispersão do AL. Os números correspondentes aos padrões 2, 1 e 0 foram 30 (32%), 13(14%) e 11(12%), respectivamente. Insensibilidade total aos 30 minutos ocorreu em 20 (50%), 9 (30%), 1 (8%) e 1 (9%) dos pacientes que apresentaram os padrões de dispersão 3, 2, 1 ou 0, respectivamente (x<sup>2</sup>= 11,96;p<0,01). As taxas de anestesia cirúrgica dos padrões 3, 2, 1 e 0 foram 90%, 50%, 31% e 9%, respectivamente(x<sup>2</sup>= 32,63;p<0,01). A regressão logística mostrou que o aumento de 1 unidade na escala de classificação do padrão de dispersão aumenta 2,53 (IC95% = 1,4 – 4,55) vezes a chance de se observar insensibilidade completa após 30 minutos e 4,48 (IC95% = 2,39 – 8,42) vezes a probabilidade de obtenção de anestesia cirúrgica após bloqueio infraglúteo do nervo isquiático.

**Conclusões:** As taxas de sucesso do bloqueio infraglúteo do nervo isquiático por neuroestimulação são influenciadas significativamente pelo padrão de dispersão do anestésico local ao redor da área de secção transversal do nervo.

**Referências Bibliográficas:**

1. Rev Bras Anesthesiol 2007; 57: 106 -123

**ID: 00653-00002****BLOQUEIO FEMORAL GUIADO POR ULTRASSOM PARA DRENAGEM DE ARTRITE SÉPTICA DE JOELHO EM PACIENTE COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO****Autores:**

Colossi, M.C.J.; Conceição, D.B.; Helayel, P.E.; Giaretta, T.; Oliveira Filho, G.R.

**Instituição:**

HGCR, Hospital Governador Celso Ramos, Rua Irmã Benwarda 297 - 88015-360 - Florianópolis - SC.

**Introdução:** O emprego da ultrassonografia na anestesia regional vem se tornando cada vez mais difundido pelo seu papel facilitador e pela sua eficácia. A visualização direta por meio da ultra-sonografia permite que a identificação de nervos periféricos, independentemente da capacidade de se obter estimulação sensitiva ou motora 1.

**Relato de Caso:** Paciente do sexo masculino, 35 anos, 62 kg, 1,67 m, estado físico ASA III, portador de lúpus eritematoso sistêmico. Apresentava cardiopatia com fração de ejeção de ventrículo esquerdo de 26%, nefrite e poliartropatia com artrite séptica em joelho direito. Em decorrência da dor e imobilidade do membro, optou-se pela realização de bloqueio do nervo femoral guiado por ultrassom. Após obtenção de acesso venoso periférico, monitoração da pressão arterial por método não-invasivo, eletrocardiografia e oximetria de pulso foi realizada sedação por via venosa com 1mg de midazolam e 75mg de fentanil. O bloqueio femoral foi