

**Produção Científica do Centro de Ensino e Treinamento
em Anestesiologia do Hospital Universitário Cajuru
PUCPR.**

Ano base 2005

www.pucpr.br/anestesia

Responsável: Douglas Flávio Porsani
Preceptor: Roberto Tsuneo Cervato Sato

Co-responsáveis: Antônio Garibaldi de Almeida
Sérgio Bernardo Tenório
Débora de Oliveira Cumino
Daniela Bianchi Gomes

**SOCIEDADE PARANAENSE DE ANESTESIOLOGIA
CECA 2005
Curso de Educação Continuada em Anestesiologia**



DATA	HORÁRIO	ME	TEMA	PALESTRANTE
7/mar	20:00	R1	Bloqueios periféricos	Douglas Flávio Porsani
15/mar	20:00	R1	Preparo pré- anestésico adulto	Maristela B Lopes
15/mar	21:00	R2	Preparo pré- anestésico	Maristela B Lopes
27/abr	20:00	R1	Farmacologia dos anestésicos locais	Douglas Flávio Porsani
14/jun	20:00	R2	Autacóides derivados dos Lipídios	Maristela Bueno Lopes
22/set	20:00	R1	Farmacologia dos anestésicos inalatórios	Daniela Bianchi Garcia Gomes
3/out	20:00	R1	Anestesia Inalatória	Débora De Oliveira Cumino
18/out	20:00	R2	Anestesia em Urgências	Roberto T C Sato
18/out	21:00	R2	Anestesia no Trauma	Antônio Carlos M Oliveira

CONGRESSO BRASILEIRO DE ANESTESIOLOGIA

CONVIDADOS CBA2005

- Daniela Bianchi Garcia Gomes
 - Débora de Oliveira Cumino
 - Douglas Flávio Porsani
 - Sérgio Bernardo Tenório
-

TEMAS LIVRES CBA 2005

RAQUIANESTESIA TOTAL APÓS BLOQUEIO EPIDURAL. RELATO DE CASO.

Roberto TC Sato, Fábio CA Chiarato*, Ângelo MG Carstens, Evandro Belotto.

CET do Hospital Universitário Cajuru PUCPR – www.pucpr.br/anestesia

Serviço de Anestesiologia - Av. São José, 300 – Cristo Rei – Curitiba/PR – 80050 350

Introdução - Raquianestesia total é complicação possível da técnica do bloqueio peridural. **Relato do Caso** - Paciente masculino, 66 anos, 80 kg, hipertenso controlado. Para prostatectomia radical. Na anestesia foi optado pelo espaço L2-L3, punção mediana com Tuohy nº 18, localizado espaço epidural pela perda de resistência, realizado dose teste a qual foi negativa, iniciado então injeção de ropivacaína 1% 190mg. Injeção 5ml/min, com aspiração do êmbolo a cada 5ml, nos cinco ml finais na aspiração houve refluxo de líquido, suspensa a injeção e o paciente foi posicionado em decúbito dorsal e referiu parestesia em MSE, após 3 min dispnéia (PA 90/58, SpO₂ 89%, Fc 53 bpm). Intubado, ventilação mecânica instituída, infusão de dopamina à 5 mcg/kg/min e o paciente voltou a níveis pressóricos satisfatórios de PAS 120- 110 mmHg. Após 2 min da intubação verificou-se midríase em olho esquerdo e 30 min após no direito, não foto-reagente, iniciado isofurano em 0,5 %. O procedimento cirúrgico procedeu-se normalmente e teve duração de 150 min, manteve-se estável. Interrompido o isoflurano. Após 30 min do término da cirurgia a midríase começou a regredir para à esquerda e depois à direita. Encaminhado para a SRPA intubado em VM e dopamina, permaneceu por uma hora, quando já obedecia a comando verbal, abria o olho e mobilizava MMSS, sensibilidade dolorosa em T6 (PA 130/90mmHg, SpO₂ 98%, FC 98 bpm). Mais 15 minutos e foi extubado, consciente e cooperativo ainda com anestesia em abdômen e MMII. Após 40 minutos da extubação foi então retirado a dopamina. Observado por 30 minutos e encaminhado para o quarto, SpO₂ 93% FiO₂21%, PA 130/75 mmHg FC 80 bpm, com anestesia em MMII. **Discussão** - O bloqueio subaracnóideo pode ocorrer mesmo com dose teste negativa, assim como aspiração negativa no início. Aspirações repetidas impedem que grande volume anestésico atinja o espaço subaracnóideo, no caso de migração da agulha. A inconsciência e ausência de reflexo pupilar bilateral indicam que o anestésico local penetrou no espaço subaracnóideo craniano, afetando a condução de impulsos pelos nervos cranianos II e III, bloqueando o arco do reflexo pupilar. **Referências** - 01. Nociti JR, Nunes AMM, Cagnolatti CA, Sato RTC - Raquianestesia total após bloqueio do plexo braquial pela via interescalênica. Relato de caso -Rev Bras Anesthesiol, 2000;50(3):246-247.

ASPIRAÇÃO BRONCOPULMONAR. RELATO DE CASO.

Roberto TC Sato, Angelo MG Carstens*, Larissa S Otoboni, Elke B Farias

CET do Hospital Universitário Cajuru PUCPR – www.pucpr.br/anestesia

Serviço de Anestesiologia - Av. São José, 300 – Cristo Rei – Curitiba/PR – 80050 350

Introdução- A aspiração de conteúdos gástricos é uma causa potencialmente devastadora de hipoxemia pós-operatória. Pode levar à pneumonite química. Apresenta incidência de 4,7 em 10.000 anestésias com mortalidade de 5%, sendo uma das complicações mais temíveis em anestesia. Este caso ocorreu durante a indução anestésica. **Relato do Caso** - Paciente feminina, 82 anos, 75 Kg, ASA II, para laparotomia exploradora. Optou-se por anestesia geral balanceada. A paciente foi medicada no pré-anestésico com ranitidina 150 mg, bromoprida 10 mg, cerca de uma hora antes do procedimento, prescrito jejum adequado. Paciente foi posicionada com elevação da cabeceira a 30°, com oxigenação prévia. Tentou-se a intubação com a paciente acordada com lidocaína tópica, sem sucesso, paciente não colaborativa e agitada. Procedeu-se à indução com fentanil 200mcg, lidocaína 2% 60mg, etomidato 20 mg, succinilcolina 100mg com *prime* de BNM adespolarizante e manobra de Sellick. Na laringoscopia houve episódio de regurgitação de grande quantidade de conteúdo gástrico escuro e fétido. Realizada aspiração orotraqueal e intubação. Sondagem nasogástrica com aspiração de grande quantidade. Mantendo-se ventilação controlada mecânica, com O₂ 100% e isolurano a 1,5%, com PEEP e PIT de 45 mmHg. A SpO₂ era insatisfatória. Realizada broncoscopia com lavagem, sucção e remoção de amostra para cultura. A SpO₂ e a PIT melhoraram e houve estabilização hemodinâmica. A cirurgia procedeu-se e evidenciou sub-oclusão intestinal. Administrado antibiótico e broncodilatador pulmonar. Optou-se por acordar e extubar a paciente. Encaminhada para URPA com O₂ 5L/min sob máscara facial. Após 25 minutos apresentou tosse e vômito. Realizado de imediato posicionamento em decúbito lateral direito, aspiração orotraqueal e tentativa frustra de re-intubação, a SpO₂ caiu e chegou à PCR e reanimação. Encaminha para UTI, permanecendo sedada e intubada por 32 dias. Evoluiu satisfatoriamente, recuperando a função pulmonar e a consciência, recebendo alta hospitalar após 45 dias sem seqüelas. **Discussão-** A aspiração broncopolmonar é grave. A prevenção, com identificação dos pacientes de risco, é primordial para o prognóstico clínico e a prática da anestesia mais segura. **Referência** – 01. Prevencao da Aspiração Pulmonar do Conteúdo Gástrico. Rev Bras Anestesiol, 2004;54(2):261-275

PUNÇÃO INADVERTIDA DO BALONETE DE SONDA ENDOTRAQUEAL NA PUNÇÃO VENOSA CENTRAL. RELATO DE CASO.

Roberto TC Sato, Eugênio Mizuta*, Luciano C Cól, Endrigo MS Prevedello.

CET do Hospital Universitário Cajuru PUCPR – www.pucpr.br/anestesia

Serviço de Anestesiologia - Av. São José, 300 – Cristo Rei – Curitiba/PR – 80050 350

Introdução - O objetivo deste relato é apresentar um caso de punção acidental do balonete de sonda endotraqueal na tentativa de uma punção da veia jugular interna devido a parâmetros anatômicos adversos. **Relato do Caso** – Paciente do sexo feminino, 63 anos, 90 Kg, 1,60m (IMC 35), ASA III, diabética e coronariopata para tratamento cirúrgico de laceração traumática entre a região occipital e mastóide. A paciente se apresentara com hipotensão, palidez e taquicardia. Optou-se por anestesia geral balanceada, procedeu-se à punção venosa periférica. Indução com fentanil 150 mcg, etomidato 18 mg, succinilcolina 100mg e atracúrio 25 mg, intubada com sonda 7,5 simples. Mantendo-se ventilação mecânica, com FiO₂ de 100% 2 l/min e isoflurano até 1 CAM. A seguir procurou-se a punção de um segundo acesso venoso de grande calibre devido a necessidade de transfusão rápida, tentando acesso a jugular interna (escolha feita devido a posição rotacionada da cabeça para o procedimento de hemostasia que estava em andamento). Ao introduzir o cateter 14G medialmente ao músculo esternocleidomastóide observou-se ar na seringa. Primeiramente foi levantada a hipótese de punção pleuro-pulmonar, mas em seguida notou-se ar vazando pela cavidade oral da paciente. Deu-se início a uma nova seqüência de intubação a qual foi dificultada por um edema e sangramento na região da laringe. Havia também dificuldade de ventilação manual o que acarretou numa apnéia prolongada, antes da intubação ser bem sucedida. A saturação voltou ao normal. Outras tentativas de punções foram realizadas sem sucesso. No transcorrer da cirurgia a paciente teve sinais eletrocardiográficos de infarto e rapidamente evoluiu para parada cardíaca e óbito após seqüência de ressuscitação. **Discussão** – O caso mostra a possibilidade de erros de punção devido à dificuldade de identificação de alguns elementos anatômicos em obesos. A situação foi agravada devido estresse emergencial, mal posicionamento do paciente e um discreto edema cutâneo que a paciente apresentava em seu pescoço. Erro de punção se faz possível. **Referências** – 01.

Ruesch S, Walder B, Tramer MR - Complications of central venous catheters: Internal jugular versus subclavian access - A systematic review. *Critical Care Medicine*. 30(2):454-460, February 2002.

II CONGRESSO INTERNACIONAL DE ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS

www.crianca2005.org.br



27/8/2005

12:20 / 13:00 - Simpósio Satélite: Cristália

Bupivacaína racêmica a 0,5% e mistura com excesso enantiomérico de 50% (S75-R25) a 0,5% no bloqueio do plexo braquial para cirurgia ortopédica. Estudo comparativo.

- **Roberto Tsuneo Cervato Sato (PR)**

28/8/2005

12:00 / 14:00 - Visita aos Posterres

Avaliadoras: **Débora de Oliveira Cumino (PR)** e **Daniela B.G. Gomes (PR)**

Código dos Trabalhos
219, 233, 250, 260, 268, 423, 426

14:00 / 15:40 - An13 - Painel: Transplante

14:00 - 14:20 - Transplante de fígado: avaliação e preparo pré-operatório - **Emília Valinetti (SP)**

14:20 - 14:40 - Transplante de fígado: manuseio per-operatório e resultados - **Gregory B. Hammer (EUA)**

14:40 - 15:00 - Transplante de rim: preparo e cuidados peri-operatórios - **Daniela B. G. Gomes (PR)**

15:00 - 15:20 - Anestesia na criança transplantada - Ana M. Menezes Caetano (PE)

15:20 - 15:40 - Discussão

Moderadora: **Débora de Oliveira Cumino** (PR)

15:50 / 16:10 - An14 - Mini-Conferência: A criança traumatizada: resgate, transporte e atendimento

- **Douglas Flávio Porsani** (PR)

Coordenadora: **Débora de Oliveira Cumino** (PR)

16:15 / 17:00 - An15 - Conferência: Trauma crânio-encefálico na criança: erros comuns no seu manuseio

- Bruno Bissonnette (Canadá)

Coordenadora: **Débora de Oliveira Cumino** (PR)

17:15 / 18:00 - An16 - Conferência: Transfusão de sangue: indicação e métodos para reduzir seu uso

- Joseph D. Tobias (EUA)

Coordenadora: **Débora de Oliveira Cumino** (PR)

18:10 / 19:00 - An17 - Conferência - Cefaléia na infância

- Daniel Annequin (França)

Coordenadora: **Débora de Oliveira Cumino** (PR)

29/8/2005

16:00 / 16:30 - An23 - Mini-Conferência: Situações complexas em anestesia pediátrica

Vias aéreas difíceis - **Débora de Oliveira Cumino** (PR)

Coordenadora: Angel O. Zanetti (PR)

10:00 / 11:40 - An32 - Painel: Humanização no atendimento da criança submetida à cirurgia

10:00 - 10:20 - A medicação pré-anestésica é capaz de minimizar o trauma anestésico-cirúrgico? -

-Miriam Nóbrega R. Pereira

10:20 - 10:40 - Os pais na sala de cirurgia pode ser útil para a criança? E para o médico? - **Débora de Oliveira Cumino** (PR)

10:40 - 11:00 - O papel dos recursos audiovisuais no preparo da criança - Emília Valinetti (SP)

11:00 - 11:20 - O papel do serviço de Psicologia no preparo pré-operatório - Giseli C. Rodacoski (PR)

11:20 - 11:40 - Discussão

Moderadora: **Daniela B. G. Gomes** (PR)

Coordenador: Farid Sabbag (PR)

14:00 / 14:30 - An33 - Sessão de Temas Livres

Comentadores: **Débora de Oliveira Cumino** (PR); **Daniela B. G. Gomes** (PR)

Coordenador: **Daniela B. G. Gomes** (PR)

PUBLICAÇÃO NA REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Revista Brasileira de Anestesiologia
ISSN 1806-907X

**Roberto Tsuneo Cervato Sato; Douglas Flávio Porsani; Antônio
Garibaldino Vieira do Amaral;
Oscar Vilmar Schulz Júnior; Ângelo Manoel Grande Carstens.**

Bupivacaína Racêmica a 0,5% e Mistura com Excesso Enantiomérico de 50%
(S75-R25) a 0,5% no Bloqueio do Plexo Braquial para Cirurgia Ortopédica.
Estudo Comparativo.

Rev Bras Anesthesiol 2005; 55: 2: 165 – 174

