



# 57º CONGRESSO BRASILEIRO DE ANESTESIOLOGIA

7º CONGRESSO DE DOR  
DA SOCIEDADE BRASILEIRA  
DE ANESTESIOLOGIA

PORTO ALEGRE 2010



20 a 24 de novembro de 2010 | Centro de Eventos da FIERGS | Porto Alegre/RS

de Sá 20 - Estácio - Rio de Janeiro.

**Introdução:** A LMA-Supreme (SLMA) é um dispositivo supraglótico, lançado recentemente para o controle da via aérea. Este estudo tem como finalidade analisar a facilidade de inserção e a capacidade de selamento das vias aéreas com este dispositivo durante anestesia geral.

**Método:** Estudo observacional, prospectivo com 50 pacientes classificação ASA P1-P2, submetidos a cirurgias eletivas sob anestesia geral com a SLMA em decúbito dorsal. Os dados avaliados incluem número de tentativas de inserção, tempo efetivo para controle das vias aéreas, respostas hemodinâmicas e respiratórias após inserção da SLMA, fuga aérea para esôfago/orofaringe, sucesso na passagem de sonda gástrica e complicações intra-operatórias e pós-operatórias. Os dados foram analisados através de média simples utilizando o programa Microsoft Excel spread sheet (Microsoft Corporation, Redmond, WA, 98052-6399, USA). A inserção da máscara foi possível em todos os pacientes. Houve sucesso na primeira tentativa em 41 pacientes (82%). O tempo efetivo para controle das vias aéreas foi de 30 segundos ou menos em 46 casos (92%), possuindo um valor médio de 26 segundos (14-54 s). Não houve alteração ventilatória durante passagem da SLMA. A SpO<sub>2</sub> foi superior a 98% em 100% dos pacientes. A inserção do dispositivo não causou alterações hemodinâmicas significativas. A pressão de selamento média foi de 28 cm H<sub>2</sub>O. A passagem da sonda gástrica número 14 foi realizada com sucesso em 100% dos casos na 1ª tentativa. Não ocorreu nenhum caso de falha na inserção, regurgitação, hipoxemia, broncoespasmo, laringoespasmo ou edema. A complicação mais comum foi a presença de sangue na SLMA em quatro casos, sendo que em um caso observou-se sangramento durante a inserção da SLMA.

**Discussão e Conclusões:** A SLMA foi introduzida com sucesso e permitiu ventilação adequada em todos os pacientes. Não ocorreram distúrbios hemodinâmicos ou ventilatórios durante a inserção. O índice de complicações foi baixo. Concluímos que a SLMA é capaz de fornecer ventilação adequada em pacientes ASA P1-P2, demonstrando rapidez e facilidade na sua inserção, uma boa adaptação às vias aéreas, permitindo controle ventilatório eficiente e seguro.

#### Referências Bibliográficas:

1. Anaesthesia.2009;64:555-562.
2. Anaesthesia 2009; 64: 79-83.
3. Brit J Anaesth 2008; 101:405-10.

**ID: 00842-00001**

### ABORDAGEM ANESTÉSICA DE GESTANTE COM PRÉ-ECLÂMPSIA E EDEMA AGUDO DE PULMÃO

#### Autores:

Maia, T.M.S.; Lucas, A.L.; Barros, L.B.; De Maria, C.F.M.

#### Instituição:

FHEMIG, Fundação Hospitalar de Minas Gerais, Rua Doutor Cristiano Rezende, 2745. Bairro Araguaia, BH, MG

**Introdução:** Este trabalho se justifica pela oportunidade de relatar caso grave de gestante com associação de pré-eclâmpsia e edema agudo de pulmão, objetivando apresentar conduta anestésica bem sucedida.

**Relato de Caso:** Trata-se de relato de caso de paciente do sexo feminino, 33 anos, peso 85kg, primigesta na 27ª semana de gestação, previamente saudável, admitida na maternidade com sangramento vaginal e dispnéia de início súbito. Exame físico: FC:128bpm, cateter nasal de O<sub>2</sub> a 3L/min com sat.O<sub>2</sub> 88%, PA 185 x 125mmHg, edema de mãos e face. À ausculta respiratória: crepitações em bases pulmonares. Constataram-se sinais sugestivos de descolamento prematuro de placenta e BCF em padrão decrescente. Foram iniciados sulfato de magnésio 4g IV dose de ataque e 2g/h em bomba de infusão e nifedipina 10 mg VO. Além disso, foram solicitados exames laboratoriais: hemograma completo, uréia, creatinina, enzimas hepáticas, LDH, ácido úrico, bilirrubina total e frações. Proteinúria de fita resultou 2+. Induzida anestesia geral balanceada com melhora dos parâmetros respiratórios. O RN vivo do sexo feminino foi acolhido pela Neonatologia e a puérpera levada ao CTI onde permaneceu por dois dias, recebendo alta da enfermagem quatro dias após.

**Discussão e Conclusões:** A paciente em questão apresentou pré-eclâmpsia grave associada a descolamento prematuro de placenta e edema agudo de

pulmão. Sua rápida abordagem proporcionou a sua evolução favorável. O conhecimento da doença hipertensiva específica da gravidez é de suma importância para os médicos anestesiológicos devido a sua prevalência e seu potencial de causar morbimortalidade graves e até fatais. A pré-eclâmpsia é doença sistêmica que só ocorre na presença de tecido placentário. Alguns fatores de risco propostos são nuliparidade, gestação múltipla, história de hipertensão crônica, idade materna superior a 35 anos, obesidade. Há algumas teorias postuladas, mas a sua fisiopatologia não está totalmente esclarecida. Provoca alterações que afetam todo o organismo sendo as principais: distúrbios neurológicos, pulmonares, cardiovasculares, hepáticos, renais e de coagulação. Obtém-se tratamento definitivo pelo parto, porém geralmente medicamentos são indicados. Há discussões sobre a melhor técnica anestésica, no entanto o consenso e preferência atual é o bloqueio neuroaxial. A presença e o alerta do Anestesiologista são de suma importância para o diagnóstico e tratamento adequados e imediatos das intercorrências.

#### Referências Bibliográficas:

1. William's Obstetrics 22ed, 2005;1441.
2. Tratado de Obstetria FEBRASG,2000; 913.

**ID: 00843-00001**

### PREVALÊNCIA DE CESARIANA NAS PACIENTES COM ANALGESIA EM NEUROEIXO PARA TRABALHO DE PARTO

#### Autores:

Martins, R.S.; Martins, A.L.C.; Vacaro, M.Z.; Mallmann, T.; Dutra, B.P.; Goldbaum, M.J.R.

#### Instituição:

HCPA, CET Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rua Ramiro Barcelos, 2350 - Rio Branco.

**Introdução:** analgesia de parto no neuroeixo é a técnica mais efetiva para alívio de dor durante o trabalho de parto (TP). Estudos recentes, com limitações metodológicas, evidenciam que não há influência da analgesia sobre a incidência geral de parto cesáreo (PC). Nossa primeira hipótese é de que a analgesia no neuroeixo administrada às parturientes, independente do momento em que é realizada, não aumenta a prevalência de PC e nem retarda TP. Em segundo lugar, acreditamos que, não havendo o nascimento até um determinado tempo após realizada a analgesia, a chance de evolução para PC por distócia torna-se significativa. Os objetivos deste estudo foram analisar a prevalência de PC nas pacientes submetidas à analgesia, em nosso serviço, e verificar se a duração da analgesia se associa ao aumento da prevalência de PC.

**Método:** foi realizado um estudo retrospectivo, no qual foram incluídas todas as gestantes com idade gestacional entre 36 e 42 semanas e em TP ativo, submetidas à analgesia de parto no período de setembro à dezembro de 2009, em nosso serviço. Os parâmetros analisados foram: paridade, tempo entre o início da analgesia e o nascimento, dilatação cervical no momento da analgesia e tipo de parto (vaginal ou cesariana). As pacientes foram subdivididas em grupos de acordo com: dilatação cervical no momento da analgesia (3-5cm, 6-7cm, 8-10cm), paridade (nulíparas, múltiparas) e duração da analgesia (até 3 horas e mais de 3 horas). No nosso hospital, analgesia de parto é indicação obstétrica, e as técnicas de analgesia empregadas são semelhantes entre os anestesiológicos, por isto, não foram avaliadas. A análise estatística foi conduzida pelo programa SPSS 16.0. O teste qui-quadrado foi utilizado para avaliar associação entre as variáveis e o tipo de parto. Para estimar o risco relativo de cesariana para tempo ajustado pelos demais fatores estudados, foi realizada Regressão de Poisson. O nível de significância foi de 5%.

**Resultados:** No período estudado, foram realizados 596 partos vaginais e 331 PC. Foram incluídas 228 pacientes submetidas à analgesia de parto. A prevalência de PC neste grupo foi de 20,2% (versus 40,8% de PC em pacientes não-analgésicas; p<0,001). O tempo de analgesia maior que 3 horas mostrou-se fator indicativo para PC (32,8% versus 14,9% menor que 3 horas, p=0,002), evidenciando um risco relativo para PC de 1,84 (IC 95% 1,048-3,233).

**Conclusões:** o estudo sugere não haver aumento da taxa de PC nas pacientes submetidas à analgesia. Entretanto, o risco de necessidade de cesariana, a partir de três horas de duração de analgesia, aumenta consideravelmente.