

ENIA 24

**IV ENCONTRO NACIONAL
DE INTERNOS DE ANESTESIOLOGIA**

**11 & 12 DE OUTUBRO 2024
MONTEBELO VISTA ALEGRE
ÍLHAVO HOTEL**



PROGRAMA

ENIA²⁴

PROGRAMA

Workshop | Curso

- 16:00 | 19:00h** **WORKSHOP | 10 DE OUTUBRO**
POCUS Básico em Anestesiologia
Ecografia fast, gástrica, pulmonar e ecocardio
Formadoras: Elena Segura, Inês Coles e Inês Vieira
Máximo formandos: 18 (ratio 6/1)
- 09:00 | 18:00h** **CURSO | 26 DE OUTUBRO – ONLINE | 14 A 16 DE NOVEMBRO – SANTARÉM**
DATC – Definitive Anaesthetic Trauma Care
Diretor do curso: Luís Vale
Co-diretor do curso: Sérgio Baptista
Inscrição com desconto de 5% e prioridade para os participantes do ENIA
Inscrição através do site/formulário do DATC

Sexta-feira | 11 de outubro 2024

- 09:00h** Abertura do Secretariado
- 10:00 | 11:00h** **SESSÃO 1**
Abordagem à Via Aérea Difícil e uso alargado da máscara laríngea
Moderador: Vasyl Katerenchuk
- 10:00 | 10:30h** **Os desafios da Via Aérea Difícil**
Carlos Mexedo
- 10:30 | 11:00h** **Hot Topic: Máscara laríngea em situações especiais**
Marcos Pacheco

11:00 | 12:00h

SESSÃO 2

Fundamentos da ventilação protetora: Bases para uma prática avançada

Moderador: Gonçalo Bem

11:00 | 11:30h

Desconstrução dos modos ventilatórios

Milagros Garcia

11:30 | 12:00h

Hot Topic: Ventilação protetora e estratégias de recrutamento alveolar

Ana Batista

12:00 | 12:30h

Sessão de Abertura

Fátima Lima, Presidente SPA

Henrique Gouveia, Presidente SI/SPA

António Marques, Presidente do Colégio de Anestesiologia

12:30 | 13:00h

Apresentação de Posters

13:00 | 14:00h

Almoço

14:00 | 14:30h

PALESTRA INTERATIVA 1

Domínio da Anestesiologia em cenários críticos I: Liderança

Moderador: Mariana Armada Silva

A Liderança do Anestesiologista: *How to speak out?*

Daniela Chaló

14:30 | 16:00h

SESSÃO 3

Suporte circulatório: Fluidoterapia e monitorização hemodinâmica avançada

Moderador: Luís Gonçalves

14:30 | 15:00h

Fluidoterapia peri-operatória

Inês Coles

15:00 | 15:30h

Monitorização hemodinâmica perioperatória:

Quais os seus limites?

Magna Fortunato

15:30 | 16:00h

Hot Topic: Abordagem perioperatória de doentes hemodinamicamente instáveis

Inês Vieira

16:00 | 17:00h

SESSÃO 4

Protegendo o cérebro: Monitorização e estratégias na disfunção neurológica

Moderador: André Correia

16:00 | 16:30h

Neuromonitorização intra-operatória: Quais os seus limites?
Sérgio Vide

16:30 | 17:00h

Hot Topic: Estratégias de proteção cerebral no peri-operatório
Francisco Valente

17:00 | 17:30h

Coffee break

17:30 | 18:30h

SESSÃO 5

Expondo os mitos e a melhor evidência em Anestesiologia

Moderadora: Marta Dias Vaz

17:30 | 18:00h

Desconstrução de mitos na Anestesiologia
Francisco Valente

18:00 | 18:30h

Hot topic: Top Artigos *Out of the box*
Bernardo Matias

20:00h

Jantar do Encontro – Restaurante Batista do Bacalhau
(Mediante inscrição até 30 de setembro. Valor: €25)

Sábado | 12 de outubro 2024

09:30h

Abertura do Secretariado

10:00 | 11:00h

PALESTRA INTERATIVA 1

Sessão clínica: Desafios em anestesia regional

Moderadora: Inês Godinho

10:00 | 10:30h

Anestesia locoregional em contexto de emergência
Mauro Pereira

10:30 | 11:00h

Monitorização de complicações da anestesia regional:
Consulta de Anestesiologia no pós-operatório
Rita Teles

11:00 | 11:30h

Coffee break

- 11:30 | 12:30h** **PALESTRA INTERATIVA 2**
Domínio da Anestesiologia em cenários críticos II: Gestão de recursos
Moderadora: Mónica Paes Mamede
- 11:30 | 12:00h** **Anestesiologia em situações limite: Lições de missões humanitárias**
Gustavo Norte
- 12:00 | 12:30h** **SIMPÓSIO CSL Behring CSL Vifor**
Meet the Expert: Patient blood management – Da teoria à prática
Diana Paupério
- 12:30 | 13:00h** **Sessão Sindicato Independente dos Médicos (SIM): Legalidades na Anestesiologia**
Moderador: Henrique Gouveia
Palestrante: Mónica Paes Mamede
- 13:00 | 13:30h** **PALESTRA INTERATIVA 3**
O despertar da Inteligência Artificial aplicada à Anestesiologia
Moderadora: Sara Fernandes
- 13:00 | 13:30h** **Tips and tricks: Uso de Inteligência Artificial no quotidiano**
Sérgio Vide
- 13:30 | 14:00h** **PALESTRA INTERATIVA 4**
Sessão Wellbeing
Moderador: Paulo Correia
A vida além da Anestesiologia: O que ninguém conta
Palestrante: Ana Lídia Dias
- 14:00 | 14:15h** **Sessão de Encerramento**
Entrega de prémios
Paulo Correia

PO 01

AVALIAÇÃO DA DOR NO PÓS-OPERATÓRIO DE CESARIANAS

Vasyl Katerenchuk; Alexandre Pinheiro; Andreia Capelão; Ana Correia Batista; Irene Ferreira
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Introdução: A cesariana é um procedimento cirúrgico associado a níveis de dor moderada a intensa no pós-operatório, o que tem impacto negativo na recuperação pós-operatória, no estabelecimento da ligação entre a mãe e o filho, no bem-estar psicológico da mãe e dificulta a amamentação (1). Os objetivos principais deste trabalho foram auditar o controlo da dor e o grau de satisfação no pós-operatório das cesarianas.

Metodologia: Foi realizada uma auditoria com seleção consecutiva de todas as puérperas com cesariana nos meses de agosto e setembro de 2023. Foram analisadas prospectivamente as respostas fornecidas pelas puérperas numa visita presencial no primeiro e no segundo dia de pós-operatório sobre a avaliação subjetiva da dor estática, dinâmica e do grau de satisfação. A dor foi avaliada através de uma escala numérica verbal (de 0 a 10) e a satisfação através da aplicação de uma escala de Likert de 5 pontos (entre muito insatisfeita a muito satisfeita). Para além disso, foi analisado o cumprimento da medicação analgésica prescrita através da consulta do processo informático.

Resultados: Nesta auditoria foram avaliadas 50 puérperas. A técnica anestésica mais utilizada foi o bloqueio subaracnoideu com morfina intratecal (40%). Nesta amostra não houve necessidade de converter nenhuma técnica regional em anestesia geral. O controlo da dor no pós-operatório foi de 88% na dor estática e 45% dinâmica. No entanto, apenas 14% das puérperas pediram a medicação de resgate prescrita.

A satisfação das puérperas com o controlo da dor no pós-operatória foi alta (88%). A medicação basal prescrita foi cumprida em 96%.

Conclusão: Dos resultados obtidos destaca-se:

1. O controlo da dor dinâmica apresenta valores aquém do desejado, o que deve ser alvo de melhoria.
2. Necessidade de promover a comunicação com a grávida, nomeadamente quanto à medicação de resgate prescrita.
3. Destaca-se o elevado grau de satisfação das puérperas, considerando existir um viés pelo contexto puerperal.

Referências:

1. *Anaesthesia* 2020 76:5 665-680

PO 02

ANQUILOSE DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (ATM) EM IDADE PEDIÁTRICA: UM DESAFIO ANESTÉSICO.

Ana Reis Arantes; Rui Torres; Helena Salgado; Sandra Caldas; Graça Horta
Hospital de Braga

Introdução: A anquilose da ATM resulta da fusão entre a mandíbula e a fossa glenóide, condicionando restrição da mobilidade articular e distúrbios do desenvolvimento maxilofacial. O tratamento é frequentemente cirúrgico, mas a abordagem da via aérea pode representar um desafio. 1

Caso clínico: Sexo feminino, 11 anos, ASA 3, proposta para remoção de bloco anquilótico da ATM direita. Referenciada por Via Aérea Difícil Previsível (VADP): microsomia hemifacial direita, abertura bucal restrita e distância interincisional de 0,5cm. O cenário de VADP e possíveis implicações foram explicados à doente e responsável legal. Foram sensibilizadas para a importância da intubação nasotraqueal (INT) acordada, consentindo o procedimento. A equipa definiu um plano A (INT

por fibroscopia). A abordagem cirúrgica da via aérea foi preparada para a eventualidade de situação “Não Intubo, Não Oxigeno” (CICO). Foi realizado o briefing da equipa e disponibilizada ajuda cognitiva. Foi adotada a Monitorização Standard da ASA e da Profundidade Anestésica (BIS®). A membrana cricotiroideia foi marcada ecograficamente. A anestesia tópica da via aérea foi feita com lidocaína (máx. 9mg/kg) (instilação tópica, nebulização e técnica “spray as you go”). Como adjuvantes administrou-se Sulfato de Magnésio 25mg/kg, Hidrocortisona 2mg/kg, atropina 0,5mg e fenilefrina nasal (2,5mg/mL). A INT (tubo microlaríngeo 5.0mm), foi realizada em ventilação espontânea e posição semi-sentada e a oxigenação mantida com máscara facial de endoscopia. Foi realizada sedação com cetamina e dexmedetomidina (preparação 2mg/kg:2mcg/kg), em bólus faseados para o objetivo de sedação moderada. Após verificação do correto posicionamento do tubo nasotraqueal (TNT), foi induzida a Anestesia Geral. Previamente à emergência anestésica foi realizada uma laringoscopia direta (Cormarck-Lehane 3), e introduzido um bougie 10Fr pelo TNT como dispositivo de re-entubação. A vigilância foi mantida na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos e posteriormente na Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos. Não se registaram intercorrências.

Discussão: O cenário de VADP foi abordado segundo o método sTOP promovido pela Difficult Airway Society, adaptado à idade pediátrica.² As deformidades apresentadas predispõem à obstrução da via aérea superior e impossibilitavam qualquer técnica de laringoscopia ou recurso de resgate a dispositivos supraglóticos. A fibroscopia representa o Gold Standard.^{2,3} Embora em idade pediátrica, a doente foi incluída no processo de decisão e sensibilizada para a importância da manutenção do estado de consciência e ventilação espontânea. O sucesso da abordagem deveu-se à sua adequa-

da preparação, valorizando a vertente psicossocial da VADP e antecipando o cenário CICO.

1. Indian J Surg. 2016; 78(6):482–489
2. Anaesthesia. 2020; 75: 509–528
3. Rev Soc Port Anestesiologia. 2016; 25 (1): 7-31

PO 03

PRESSÃO DE CUFF NO DOENTE PEDIÁTRICO: A MONITORIZAÇÃO NA PRÁTICA CLÍNICA

Luís Pedro; Joana Sousa Gomes; Tiago Cardoso; Sara Cabete; Sónia Duarte
Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Unidade Local de Saúde de Santo António, Clínica de Anestesiologia Medicina Intensiva Emergência e Urgência, Serviço de Anestesiologia

Introdução: A monitorização objetiva da pressão do cuff (Pcuff) do tubo endotraqueal, embora recomendada, não é mandatória na prática anestésica diária. A Pcuff é necessária para garantir uma ventilação adequada, para prevenir possíveis microaspirações e complicações decorrentes da pressão aumentada ou diminuída. (1) O objetivo desta auditoria clínica foi avaliar a Pcuff, após indução anestésica e no final do procedimento, em doentes pediátricos submetidos a anestesia geral com intubação endotraqueal.

Métodos: Esta Auditoria prospetiva, autorizada pelo Departamento de Qualidade (G.Q. 005/2024), incluindo doentes pediátricos submetidos a intubação endotraqueal no bloco operatório durante o mês de Maio de 2024. Foram incluídos doentes submetidos a cirurgia eletiva e urgente.

Após a indução anestésica, os valores de Pcuff foram medidos, objectivamente, com um manómetro de cuff, portátil e calibrado. O valor da Pcuff foi ajustado, se fora dos valores de referência (20-30 cmH2O), e medido, novamente, no final do procedimento cirúrgico. Foram registados os valores de Pcuff nestes dois momentos, bem como dados demográficos do doente, relacionados com a cirurgia, anestesia e intubação (tabela 1).

Resultados: Foram incluídos 50 doentes, dos quais 5 foram excluídos devido à não medição da Pcuiff no início ou no final do procedimento. Após a indução anestésica, dos 45 doentes, 37.8% (n=17) apresentava Pcuiff dentro dos valores de referência, sendo que em 28.9% (n= 13) a Pcuiff foi inferior a 20 cmH2O e excedeu os 30 cmH2O em 33.3% (n=15). Relativamente aos valores obtidos no final do procedimento, em 51.1% (n=23) dos doentes a Pcuiff foi inferior a 20 cm H2O, em 2.2% (n=1) a Pcuiff foi superior a 30 cmH2O e em 46.7% (n=21) a Pcuiff encontrava-se entre 20 e 30 cmH2O.

Conclusão: Após análise dos dados obtidos, verificou-se um número elevado de doentes com Pcuiff inadequada após a indução anestésica bem como um número considerável de doentes com alteração da pressão durante o procedimento.

Assim, esta auditoria demonstra que a implementação, por rotina, de medições objetivas e quantitativas da Pcuiff após indução e durante o procedimento, poderão ser importantes para obtenção de valores de Pcuiff normais durante a anestesia, o que pode levar à minimização de complicações inerentes à sua alteração.

Referências bibliográficas:

1. Lee J, Reynolds H, Zundert AV. Intraoperative cuff pressure measurements of endotracheal tubes in the operating theater: A prospective audit. *Bali J Anaesthesiol* 2021;5:174-7.

Dados	Participantes N= 45 (%)
Idade em anos (média) (Min-Máx)	6.46 (0-17)
Género	
Feminino	17 (37.8)
Masculino	28(62.2)
Classificação ASA	
I	13 (28.9)
II	24 (53.3)
III	8 (17.8)
Duração da anestesia	
< 60 minutos	19 (42.2)
1 a 3 horas	21 (46.7)
> 3 horas	5 (11.1)
Tipo tubo endotraqueal	
Normal	11 (24.4)
Microcuff	8 (17.8)
Rae oral	22 (48.9)
Duplo lúmen	4 (8.9)

PO 04

CHOQUE PÓS-OPERATÓRIO COM REVERSÃO COMPLETA APÓS TRATAMENTO DIRIGIDO – UM CASO CLÍNICO

Rui Macedo Campos; Sara Lourenço;

Pedro Branquinho

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A instabilidade hemodinâmica associada a depressão do estado de consciência é um quadro comum no período pós-operatório que pode ter inúmeras etiologias. A cetoacidose diabética é uma complicação aguda da diabetes mellitus tipo 1 ou 2, que se caracteriza por um aumento do anion gap e evidência de corpos cetónicos na urina ou no sangue, podendo estar ou não associada a hiperglicemia. Sendo uma entidade clinicamente inespecífica, torna-se importante um alto índice de suspeição para este quadro no período perioperatório.

Caso clínico: Doente 79 anos, sexo masculino, ASA III, com antecedentes pessoais relevantes HTA, DM tipo II não insulino-dependente sob inibidor da SGLT2, cardiopatia isquémica edoença arterial periférica.

Submetido a endarterectomia femoral direita e desarticulação de D3 do pé direitoeletiva sob anestesia geral balanceada, sem intercorrências. Na UCPA, cerca de 2h após o procedimento, o doente inicia um quadro súbito de depressão de estado de consciência instabilidade hemodinâmica com necessidade de suporte vasopressor para pressões arteriais médias superiores a 65 mmHg, sem aparente causa identificada.

Após realização de gasimetria arterial, doente apresentava um quadro de acidose metabólica com gap aniónico elevado. Corpos cetónicos elevados, não mensuráveis.

Iniciou-se fluidoterapia intensiva com dextrose 5%+Polieletrólítico e perfusão de insulina a 6 U/h até o hiato aniótico e níveis de bicar-

bornato retornarem ao normal.

Cerca de 12 horas depois, verificou-se uma reversão completa do quadro, sem qualquer disfunção de órgão de novo.

Discussão/ Pontos de aprendizagem: A cetoacidose diabética euglicêmica é uma emergência médica. Caracteriza-se pela triade de valores de glicemia inferior a 200 mg/dl, acidose metabólica com elevado anion gap e cetonemia.

Entre os fatores de risco mais comuns incluem-se infecção, inadequada administração de insulina, tratamento com inibidores da SGLT2, diagnóstico de diabetes inaugural, entre outras comorbidades encontradas comumente em doentes cirúrgicos.

Em particular, a administração generalizada de inibidores da SGLT2 torna este diagnóstico cada vez mais frequente, sendo a história clínica detalhada do doente fulcral no estabelecimento de um diagnóstico.

O diagnóstico e tratamento precoces podem culminar na rápida resolução do quadro.

A cetoacidose diabética deve ser considerada como um diagnóstico diferencial etiológico de choque no período peri-operatório na presença de fatores de risco.

PO 05

PROPOFOL NA SÍNDROME DE BRUGADA: UM ALIADO INESPERADO?

Teresa Figueiredo de Barros; Urmik Mohanlal; Douglas Levier; Maria Luz Font; Nelson Silva Santos
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A síndrome de Brugada (SBr) é uma síndrome hereditária rara, com transmissão autossômica dominante e associada a um aumento do risco de taquiarritmias ventriculares e morte súbita cardíaca¹. Apesar da escassa evidência e resultados controversos, é recomendado aos doentes com SBr evitar a toma de alguns fármacos, incluindo propofol, cetamina, tramadol e bupivacaína, o que pode tornar estes doentes num desafio anestésico.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 71 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, proposto para uma hemicolecomia esquerda via laparoscópica, a quem foi detetado pela primeira vez na consulta anestésica pré operatória, um padrão Brugada tipo 1 espontâneo no eletrocardiograma (ECG). O doente foi encaminhado a consulta de arritmologia onde foi confirmado o diagnóstico.

Previamente à indução foram colocadas pás de desfibrilhação, um ECG de 5 derivações, e colocada uma linha arterial para monitorização invasiva da pressão arterial. Foi feita a indução anestésica com 0,1 mg de fentanilo, 10 mg etomidato e 30 mg de Propofol após o qual o ritmo eletrocardiográfico deixou de apresentar um padrão de Brugada, passando a demonstrar um bloqueio de ramo direito. A manutenção da anestesia foi feita com sevoflurano.

Durante a cirurgia foram feitas gasimetrias seriadas para controlo dos parâmetros bioquímicos, incluindo pH, pCO₂, pO₂, e iões, e alguns ajustes ventilatórios, conforme necessário. Houve variações significativas da pressão arterial, que ocorreram maioritariamente durante os posicionamentos, e que foram auto-limitados.

Fez-se analgesia intra operatória com paracetamol 1g, ceterolac 30mg e metamizol 2g. Optou-se pela não infiltração das portas com anestésico local, tendo sido feitos 2mg de morfina no fim da cirurgia.

Para profilaxia das náuseas e vômitos optou-se por fazer Dexametasona 4mg no início da cirurgia, e ondansetron 4mg no fim, evitando o uso de droperidol e metoclopramida.

A cirurgia teve uma duração total de 3h30, e foi feita uma extubação superficial sem intercorrências. O doente permaneceu na unidade de cuidados pós-anestésicos durante 3 horas, com pás de desfibrilhação colocadas e controlo eletrocardiográfico.

Discussão: Este caso demonstra o desafio terapêutico na anestesiologia direcionada a doentes com SBr. A utilização de propofol para

a indução anestésica tem vindo a demonstrar ser segura 2, no entanto este fármaco continua a aparecer na lista de fármacos a evitar em doentes com SBr. Apresentamos aqui um caso onde este fármaco não só demonstrou ser seguro, como poderá ter causado a reversão do padrão de Brugada no ECG.

Referências

1. Zeppenfeld, K, et al. 2022 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death, *European Heart Journal*
2. Flamée, P. et al, Electrocardiographic effects of propofol versus etomidate in patients with brugada syndrome. *Anesthesiology*

PO 06

CATÁSTROFES SÚBITAS NA OBSTETRÍCIA: UM CASO DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA E BRONCOSPASMO

Sérgio Gomes Pinto; Ana Patrícia Lima;

Gabriela Sousa

Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: O edema agudo do pulmão é uma complicação rara mas potencialmente fatal da pré-eclâmpsia, surgindo em cerca de 1% dos casos de pré-eclâmpsia grave. (*Eur Cardiol.* 2023, 18:e42. 10.15420/ecr.2022.56)

Neste caso clínico, apresentamos a gestão perioperatória de uma doente com pré-eclâmpsia grave que desenvolve subitamente um edema agudo do pulmão com necessidade de cesariana emergente.

Caso clínico: Doente de 32 anos, sexo feminino, com estado físico da ASA II por gravidez, obesidade e doença de refluxo gastroesofágico. Às 36 semanas e 2 dias de gestação foi admitida num hospital terciário por quadro de hipertensão, astenia e edema periférico, sendo diagnosticada com pré-eclâmpsia grave.

A doente ficou sob monitorização directa da equipa multidisciplinar composta por Obstetrícia e Anestesiologia na área de observação anexa ao Bloco de Partos, tendo sido colo-

cado um cateter epidural a nível L2-L3 para analgesia do trabalho de parto, sem intercorrências. Apesar do tratamento com labetalol e sulfato de magnésio endovenosos, sofreu um agravamento do seu estado ao desenvolver uma insuficiência respiratória aguda, com necessidade de cesariana emergente sob anestesia geral balanceada e ventilação mecânica por tubo orotraqueal.

O procedimento foi complicado pelo desenvolvimento de broncospasmo grave e refractário, com uma dessaturação importante (nadir de 35%) durante a indução anestésica. A manutenção anestésica foi feita com sevoflurano, e foram administrados salbutamol, brometo de ipratrópio, cetamina, sulfato de magnésio, hidrocortisona, cloreto de cálcio e adrenalina. Foram também colocados um cateter venoso central e arterial. Apesar das medidas instituídas, a doente manteve broncospasmo durante a totalidade do procedimento, sendo admitida à Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) para cuidados pós-operatórios sob ventilação mecânica.

Na UCI foi confirmado o diagnóstico de edema agudo do pulmão, e a doente cumpriu terapêutica diurética e anti-hipertensora, assim como perfusão de sulfato magnésio e repetição da terapêutica broncodilatadora, com resposta favorável e que permitiu extubação nas primeiras 24 h pós-op.

Discussão: A prática da Anestesiologia na Obstetrícia é pautada pelo potencial de intercorrências súbitas potencialmente fatais tanto para a mãe como para o feto.

Os médicos Anestesiologistas devem estar preparados para o desenvolvimento destas intercorrências catastróficas inesperadas, sendo o edema agudo do pulmão um excelente exemplo destas, atendendo à sua gravidade e raridade.

Este caso clínico ilustra a importância fundamental da vigilância na gestão das gravidezes de alto risco, assim como a necessidade de

tomar decisões e efectuar intervenções rápidas e assertivamente em colaboração forma multidisciplinar quando confrontados com uma situação desta natureza.

PO 07

CORAÇÃO À DIREITA, FEOCROMOCITOMA À ESQUERDA

Mónica Sofia Nogueira Maia; Pedro Medeiros Pinto; Francisco Teixeira; Amparo Costa
IPO Lisboa

Situs inversus totalis designa uma variante morfológica congénita rara caracterizada pela transposição total dos órgãos abdominais e torácicos para o lado contralateral à sua posição anatómica normal. Ocorre maioritariamente de forma esporádica e assintomática mas poderá estar associada a malformações cardiovasculares, respiratórias ou gastrointestinais.

Feocromocitoma é um tumor neuroendócrino produtor de catecolaminas com origem na medula da suprarrenal. A apresentação clínica típica inclui a tríade de hipertensão, cefaleias e palpitações mas, mais frequentemente, é diagnosticado acidentalmente em exames de imagens realizados por outro motivo. Dado o elevado risco de complicações no perioperatório, nomeadamente cardiovasculares, a estabilização hemodinâmica é particularmente relevante. A junção destas patologias raras e, por si só, complexas de gerir perioperatoriamente, cria um cenário clínico incomum e verdadeiramente desafiante.

Apresentamos um caso de uma mulher de 73 anos com antecedentes de situs inversus totalis e feocromocitoma da glândula suprarrenal esquerda.

Foi submetida a adrenalectomia esquerda por laparotomia sob anestesia geral combinada (morfina intratecal e anestesia geral endovenosa), após bloqueio adrenérgico iniciado 5 meses antes da cirurgia com o apoio de um endocrinologista, garantindo um controlo hemodinâmico pré-operatório adequado.

Dada a complexidade cirúrgica (por suspeita de invasão do parênquima hepático e veia cava inferior) pediu-se a colaboração de um cirurgião hepatobiliar de outro hospital e o serviço de imunohemoterapia foi contactado atempadamente para reserva de hemoderivados.

O período intra-operatório foi marcado por labilidade tensional, com necessidade de bólus de fentolamina e labetalol, seguidos de perfusão de fentolamina até à excisão do tumor e, depois, com perfusão de noradrenalina (máximo 0,33mcg/kg/min).

O pós-operatório imediato foi realizado numa unidade de cuidados intensivos onde se suspendeu o suporte vasopressor 24 horas após a cirurgia. O restante pós-operatório decorreu sem intercorrências.

- A otimização pré-operatória de um doente com feocromocitoma permite minimizar as complicações no perioperatório;
- O situs inversus totalis pode associar-se a malformações congénitas que poderão impactar a abordagem anestésica;
- A combinação de patologias pouco frequentes representa um desafio para o anestesiolologista, beneficiando de uma preparação atempada e de uma equipa multidisciplinar.

PO 08

CEFALEIA PÓS-PUNÇÃO DA DURA – UMA DOR DE CABEÇA

Manuel Neto Martins; Catia Rodrigues Martins; Francisca Santos; Júlia Mendonça
ULS São João

A Cefaleia Pós-Punção da Dura (CPPD) é causada por hipotensão do líquido cefalorraquidiano, com início 2-5 dias após punção da dura-máter. Os sintomas clássicos caracterizam-se por cefaleias de componente postural, podendo estar associados a rigidez da nuca, dor lombar, náuseas, alterações visuais e/ou auditivas. Em alguns casos, pode estar associada a manifestações atípicas como

ausência de correlação com ortostatismo (1).
Caso clínico: Sexo feminino, 46 anos, ASA II, submetida a ablação de mioma uterino por radiofrequência sob anestesia loco-regional (BSA single-shot em L2-L3, agulha Whitacre 25G). Em D3 pós-operatório, recorreu ao serviço de urgência com quadro compatível com CPPD, tendo alta para domicílio sob medidas conservadoras. Recorreu novamente ao SU no dia seguinte, altura em que apresentava quadro de cefaleia súbita, frontal, intensa (10/10), com agravamento em ortostatismo. Apresentava febre (39°C) e aumento dos parâmetros inflamatórios (PCR 193 e neutrofilia). Por suspeita de infeção do sistema nervoso central, iniciou anti-bioterapia empírica e realizou TC cranioencefálico, TC lombar e punção lombar, sem alterações. A doente foi internada para estudo e manteve durante todo o internamento cefaleia em decúbito e com elevação da cabeceira, associada a fotofobia e náuseas, refratária a analgesia sistémica. Foram realizados dois bloqueios do gânglio esfenopalatino e um bloqueio do nervo occipital, com alívio sintomático transitório. No internamento, pela apresentação atípica e manutenção de febre com aumento dos parâmetros inflamatórios, foram proteladas medidas invasivas e completado o estudo com nova punção lombar, venoTC, RM cerebral, RM cervico-dorso-lombar, TC toraco-abdomino-pelvico, ecodoppler carotídeo e hemoculturas, sem alterações de relevo exceto a presença de necrose de mioma com bolhas gasosas (sem poder ser excluída sobreinfeção).

Em D24 de internamento, após colaboração multidisciplinar e exclusão dos diagnósticos diferenciais, apirexia sustentada e diminuição dos parâmetros inflamatórios foi realizado Blood Patch Epidural. A doente apresentou resolução completa do quadro no próprio dia e teve alta para o domicílio 48h após realização da técnica e levante progressivo, sem recorrência das queixas.

Discussão: A suspeita diagnóstica de CPPD

deve estar presente em todos os quadros de cefaleias após punção da dura-máter. A presença de fatores confundidores, como a atipia da apresentação clínica das cefaleias, a presença concomitante de suspeita de infeção sistémica e/ou SNC, pode potencialmente atrasar o seu correto diagnóstico. Nestas situações, a abordagem multidisciplinar e a utilização de meios complementares de diagnóstico é fulcral para a exclusão dos diagnósticos diferenciais. Quando refratária a tratamento conservador e se não contra-indicado, o Blood Patch Epidural é o tratamento de primeira linha, com eficácia na maioria dos casos.

PO 09

COMPARAÇÃO ENTRE O BLOQUEIO PERICAPSULAR E O BLOQUEIO DO NERVO FEMORAL NA ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA

Francisca Morais Santos; Luís Gonçalves;
Tânia Barros; Alexandra Lagarto; Vasco Simões;
Cátia Domingues; Marta Laranjo; Margarida Santos;
Elisa Ferreira; Helena Lima; Lúcia Gonçalves;
Elisabete Valente

Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: A artroplastia total da anca (ATA) é a cirurgia ortopédica major mais comum e tem como principal indicação a coxartrose. O sucesso cirúrgico depende do controlo eficaz da dor no perioperatório que depende de uma estratégia analgésica multimodal, onde se incluem as técnicas locoregionais, ferramentas importantes e baseadas na evidência, que proporcionam um melhor conforto ao doente(1;2).
Objetivos: Este estudo pretende primariamente comparar a eficácia entre o bloqueio dos Nervos Pericapsulares (PENG) e o bloqueio do Nervo Femoral (BNF), relativamente ao controlo da dor no pós-operatório e presença de bloqueio motor. Como objetivos secundários: avaliar a redução do consumo de opióides e a incidência de complicações em cada um dos bloqueios.

Materiais/Métodos: Este estudo prospectivo observacional abrange um conjunto de 57 doentes submetidos a ATA, entre janeiro de 2023 e abril de 2024. Definiram-se como critérios de inclusão: idade > 18 anos, ASA I - III, artroplastia total da anca primária, por via lateral ou anterior, sob anestesia geral ou bloqueio subaracnoideu e o uso de ropivacaína para o bloqueio de nervo periférico (BNP) (PENG ou BNF). Os critérios de exclusão abrangeram doentes com história de alergia a anestésicos locais, infeção no local de injeção, peso <30 kg, demência ou alterações cognitivas, contra-indicações ao BNP ou recusa do doente.

Resultados: Foram selecionados 55 doentes, dos quais 17 foram submetidos a BNF e 38 ao bloqueio PENG. Relativamente ao controlo da dor pós-operatória ambos os bloqueios se mostraram igualmente eficazes. Quanto ao consumo de opióides verificou-se que foi menor no grupo de doentes com bloqueio PENG. A incidência de bloqueio motor, mostrou ser significativamente menor no grupo de doentes submetidos a bloqueio PENG. A complicação mais comum foi a hipotensão, registada com maior frequência em doentes submetidos ao PENG.

Discussão/ Conclusão: Não há diferenças na redução do score de dor entre o BNF e o PENG. Contudo, este último proporciona menor bloqueio motor e menor consumo de opióides no pós-operatório, o que possibilita uma mobilização e recuperação mais precoces.

1. Casas Reza P, Gestal Vázquez M, Sampayo Rodríguez L, Vilar Castro A, López-López D, García Romar A. Retrospective analysis of regional anaesthesia in hip surgery: A clinical audit. *Rev Esp Anesthesiol Reanim (Engl Ed)*. 2024 Mar;71(3):160-170. doi: 10.1016/j.re-dare.2024.02.011. Epub 2024 Feb 12. PMID: 38354775.
2. Min BW, Kim Y, Cho HM, Park KS, Yoon PW, Nho JH, Kim SM, Lee KJ, Moon KH. Perioperative Pain Management in Total Hip Arthroplasty: Korean Hip Society Guidelines. *Hip Pelvis*. 2016 Mar;28(1):15-23. doi: 10.5371/hp.2016.28.1.15. Epub 2016 Mar 31. PMID: 27536639; PMCID: PMC4972874.

PO 10

PAPEL DO SULFATO DE MAGNÉSIO PARA CONTROLO DA DOR EM CIRURGIA BARIÁTRICA LAPAROSCÓPICA

Pedro Vaz Salvador; João Carlos Santos; Emília Silva; Diana Afonso; Daniel Ramos
Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: O sulfato de magnésio tem sido investigado pelo seu papel na gestão da dor pós-operatória (1). Na cirurgia bariátrica, a redução de opióides é crucial, bem como a gestão do risco de complicações musculares e respiratórias. Este estudo compara o efeito da administração intra-operatória de sulfato de magnésio com a sua administração apenas na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) e com a não-administração do fármaco. O outcome primário foi a dor à entrada na UCPA, após a emergência anestésica. Os outcomes secundários incluíram a dor à saída, o controlo da dor às 6, 12 e 24 horas e a incidência de complicações pós-operatórias.

Metodologia: Os dados foram recolhidos retrospectivamente de 62 doentes submetidos a cirurgias bariátricas entre janeiro de 2023 e junho de 2024. Os doentes foram divididos em três grupos: administração intra-operatória de sulfato de magnésio (IOp), administração apenas na UCPA (UCPA) e ausência do fármaco (SF). Para comparar os grupos, utilizaram-se testes de Kruskal-Wallis e de Dunn. Foram avaliadas as variáveis sociodemográficas e comorbilidades dos doentes, bem como o uso de analgésicos concomitantes.

Resultados: À entrada na UCPA, o grupo IOp apresentou a menor intensidade de dor ($0,80 \pm 1,76$), seguido pelo grupo SF

(0,81±1,41), enquanto o grupo UCPA registou maior dor (2,50±1,88). Houve diferenças significativas entre IOp e UCPA ($p = 0,0028$) e entre UCPA e SF ($p = 0,0106$), mas não entre IOp e SF ($p = 0,9151$). No grupo UCPA, a administração de outros analgésicos concomitantes resultou em menor dor à saída da UCPA ($p = 0,0004$). Não se verificaram diferenças significativas na incidência de complicações pós-operatórias ou nas variáveis sociodemográficas entre os grupos. Nenhum doente apresentou complicações respiratórias.

Discussão e conclusão: A cirurgia bariátrica laparoscópica, a administração intra-operatória de sulfato de magnésio é mais eficaz na redução da dor pós-operatória em comparação com a sua administração apenas na UCPA, mesmo com o uso de analgesia multimodal. A padronização dos protocolos ajudou a mitigar o viés causado pelo uso de outros analgésicos, embora a variabilidade na tolerância à dor seja um fator a considerar. Estes resultados reforçam a utilidade do sulfato de magnésio no controlo da dor perioperatória (2), sendo necessários mais estudos para avaliar os efeitos a longo prazo e a redução do uso de opioides.

Referências: 1) Anesthesiology 2013; 119:178–190 2) “Oh Mg!” Magnesium: A Powerful Tool in the Perioperative Setting, 2018

PO 11

GESTÃO ANESTÉSICA DE DOENTE PEDIÁTRICO PROPOSTO PARA DUODENOPANCREATECTOMIA CEFÁLICA

Mariana Gouveia Azevedo¹; Paula Rebelo²; Maria Ana Pires³

¹Hospital Dr. Nélio Mendonça; ²Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano;

³Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A presença de massas pancreáticas na população pediátrica é um achado raro, o que torna a realização da duodenopancreatectomia cefálica nesta faixa etária uma exceção. É uma cirurgia major de ele-

vada complexidade cirúrgica e anestésica e com grandes taxas de morbimortalidade. Reportamos a gestão peri-operatória de uma adolescente submetida a este procedimento.

Caso clínico: Adolescente de 16 anos, género feminino, antecedentes pessoais de hidradenite supurativa inguinal e axilar, foi diagnosticada com neoplasia da cabeça do pâncreas de alto grau e proposta para duodenopancreatectomia cefálica por laparotomia pela Cirurgia Pediátrica. No pré-operatório, estudo analítico sem alterações de relevo e pedido reserva de 2 unidades de concentrado eritrocitário.

No intraoperatório, para além da monitorização standard da ASA, foi utilizada pressão arterial invasiva, diurese, temperatura central, monitorização do relaxamento neuromuscular e monitorização da profundidade anestésica. A técnica anestésica utilizada foi uma anestesia combinada, associando anestesia geral balanceada e epidural torácica. A indução anestésica e intubação orotraqueal decorreram sem intercorrências. Fluidoterapia de manutenção com cristalóide Benelyte pela fórmula de Holliday e de reposição de perdas insensíveis de cirurgia major (10mL/kg/h) com cristalóide Plasmalyte. Foram colocados dois acessos venosos periféricos de 20G, um cateter venoso central na veia jugular interna, cateter arterial radial e ainda cateter epidural a nível T12-L1. Cirurgia decorreu sem intercorrências, com perdas residuais e duração de 2h50. Analgesia intraoperatória foi multimodal com paracetamol, cetorolac, tramadol e bólus de ropivacaína epidural.

No fim do procedimento, dado estabilidade clínica, adolescente foi extubada e transportada para a Unidade de cuidados intensivos pediátricos, sem intercorrências.

No período pós-operatório esteve sob analgesia multimodal e perfusão epidural de ropivacaína 2%, 6-12mL/h, sem queixas algícas, tendo tido alta da Unidade de cuidados intensivos pediátricos após 24h.

Discussão: A duodenopancreatectomia cefálica é uma cirurgia complexa sendo desafiante para o anestesiológista uma vez que está associada à ocorrência de grande shift de fluidos, perdas sanguíneas e desequilíbrios hidroeletrólíticos. Para além da abordagem intraoperatório, também é fundamental um regime de analgesia multimodal adequado para permitir uma boa recuperação no pós-operatório.

Bibliografia:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22474803/>

PO 12

GESTÃO DE RESÍDUOS LÍQUIDOS EM CIRURGIA ENDOSCÓPICA UROLÓGICA – ESTIMATIVA NO IMPACTO AMBIENTAL

Patrícia Santos Sequeira; Maria Miguel Gomes; Carmen Oliveira
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: A sustentabilidade no bloco operatório é uma preocupação já adereçada pela OMS e ESAIC, sendo primordial a redução da quantidade de resíduos gerados.[1,2] As cirurgias urológicas endoscópicas geram uma elevada quantidade de resíduos líquidos (RL) recolhidos em recipientes descartáveis, posteriormente incinerados.[3] Atualmente, existem sistemas de gestão de RL que permitem a sua eliminação segura diretamente nas águas sanitárias. O objetivo deste trabalho é estimar o peso dos recipientes gerados na cirurgia urológica endoscópica e estimar o eventual impacto ambiental e financeiro.

Metodologia: Obtida a duração de todas as cirurgias endoscópicas urológicas eletivas realizadas entre janeiro e junho de 2024, através de registos eletrónicos. Prospectivamente foi recolhido o volume de recipientes utilizados durante 4 semanas não incluídas nesse período, nas referidas cirurgias. Aplicado o teste de Mann-Whitney, para averiguar a existência de diferenças significativamente estatísticas entre os grupos e efetuada extrapolação linear

simples para estimar o peso total de recipientes utilizados nos seis meses.

Resultados: Realizaram-se 310 cirurgias em seis meses (tempo médio de 51.37 minutos). No período de colheita de recipientes, efetuaram-se 35 cirurgias (tempo médio de 56.48 minutos), sem diferença estatística entre os grupos ($p > 0.05$). Foram recolhidos 385.9kg de RL em recipientes. Na extrapolação linear simples, estima-se que foram produzidos 2315,4 kg de RL nos seis meses, com um custo total de incineração de 1234,11 euros (preço por quilograma (Kg) para gestão de resíduos do Grupo III (0.533 euros/Kg).

Discussão e conclusão: Os RL gerados em cirurgia são submetidos a incineração, com elevado impacto ambiental. Na literatura, a substituição dos recipientes por sistemas de gestão de RL, demonstrou ter impacto na diminuição das emissões de CO2 e da toxicidade ambiental, melhorando a eficiência, segurança e satisfação dos profissionais, diminuindo também os custos a longo prazo. [3] O presente estudo apresenta limitações, nomeadamente, as inerentes ao uso da extrapolação, o período de colheita de recipientes incluir uma época de redução do número de cirurgias e a não inclusão de outras cirurgias endoscópicas, podendo subestimar os resultados. Ainda assim, pode-se aferir que o uso de dispositivos de gestão de RL constituiria uma forma de poupança significativa não só ambiental, mas também financeira, pelo que a sua adoção nos blocos operatórios seria bastante profícua.

Referências:

1. Eur J Anaesthesiol. 2023; 40:461–464
2. Eur J Anaesthesiol. 2024; 41:260–277
3. Ann Med Surg (Lond). 2023 Sep; 85(9): 4307–431

PO 13

TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR PARA CESARIANA EM GRÁVIDA COM PLACENTA ACRETA

João Laranjeira¹; Vasyll Katerenchuk²; Marta Coelho¹; Filipa Lança¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria; ²Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Introdução: A placenta acreta é uma complicação obstétrica que pode estar associada a hemorragias catastróficas [1]. Neste caso clínico é descrito a gestão multidisciplinar peri-operatória de uma grávida com placenta prévia e increta proposta para cesariana, sem necessidade de transfusão de produtos sanguíneos.

Caso clínico: Grávida de 35 anos, com antecedentes de obesidade grau I, história de cesariana e miomectomia há 3 anos, com o diagnóstico radiológico de placenta acreta para cesariana eletiva às 35 semanas de gestação. O planeamento multidisciplinar pré-operatório envolveu a Anestesiologia, Obstetria e Ginecologia, Radiologia, Imunohemoterapia, Cuidados Intensivos e Neonatologia. Na manhã da cirurgia, foram colocados dois balões intra-arteriais nas artérias ilíacas internas no laboratório de radiologia de intervenção, sob sedação com uma perfusão de remifentanil titulada para efeito. No bloco operatório, após monitorização ASA standard e colocação de linha arterial, foi realizada indução de sequência rápida e iniciada anestesia geral balanceada. Duas unidades de concentrado eritrocitário estavam prontamente disponíveis no bloco operatório. Foi administrado 1g de ácido tranexâmico no início da cirurgia. Após o nascimento do bebé, os balões foram insuflados, permitindo controlar a hemorragia. O tempo total de insuflação foi inferior a 30 minutos. Foram administrados um total de 1600 ml de cristalóides e a perda de sangue estimada foi de aproximadamente 1000 ml. Foi iniciada uma perfusão de norepinephrina (máximo 45 µg/min), permitindo

manter normolactacidemia. Após a cesariana, foi realizada uma histerectomia devido à ausência de um plano de clivagem uterina (indicação cirúrgica). Não foi necessário utilizar quaisquer produtos sanguíneos.

Discussão: A possibilidade de realizar um procedimento cirúrgico associado a hemorragia potencialmente maciça sem necessitar de suporte transfusional, evitando assim os riscos a esta associados, sublinha a importância das medidas preventivas e de uma equipa de cuidados multidisciplinar especializada. Como a incidência de placenta acreta parece estar a aumentar (provavelmente face ao aumento de cesarianas) o estabelecimento de uma equipa de cuidados pode ter impacto na prática clínica [1]. Salienta-se a importância de reconhecer o papel vital dos balões de insuflação intra-arterial no controlo da hemorragia e a preparação para hemorragia rápida, coagulopatia e necessidade de transfusão maciça. [1,2,3].

Referências:

1. J Perinat Med 2020 51:4 439-454
2. Clin Obstet Gynecol 2018 61:4 808-827
3. Blood Transfus 2019 17:2 112-136

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE
HNSL HNSP
Patient Consent for Medical Training / Education

The use of case reports in medical training for educational purposes is very important to improve medical knowledge. Patients have the right to refuse to sign this consent form, and their refusal to sign this form will not affect their care in any way.

I, Grávida Svetlana Katerenchuk Filipa Lança (Signature of the patient), with the identification number 32857729, hereby sign this form to give my consent for use of my clinical information to be reported for use in medical training and education, including the disclosure of medical conditions, results and images of medical exam, and photos and videos relating to my case. I understand the following:

1. My name and initials will not be published and that all efforts will be made to conceal my identity, but that complete anonymity cannot be guaranteed.
2. The material may be used in different settings and educational levels and may be subject to change/edition. As a result, it is possible that someone may recognize me from the images and/or accompanying content.
3. I waive all rights I may have in the material. It is possible that the material may also be copied and posted online or in print by others without my permission.
4. I will not receive any payment or royalties in connection with the use of the material.
5. I can revoke consent at any time before the case is used for medical education, without providing any reason to do so, without this having any negative impact on me or my relatives.

I have been offered the opportunity to review all images, photographs, and videos that will be included.

17/11/2022 (Date) Grávida Svetlana Katerenchuk Filipa Lança (Signature of patient)

In case the person signing this consent is not the patient, his/her legal representative, who must indicate his/her identification, can sign this document.

Name: _____ Identification number: _____

Legal Representative signature: _____

Information of the professional who explained this form to the patient or his/her representative:

João Laranjeira 62981 (Date) (Professional's signature and number of professional order)

Contact of the Principal Investigator / Author: jo.laranjeira@chln.pt (e-mail)
93 223 65 77 (phone)

PO 14

BLOQUEIO DE ESCALPE: UMA ALTERNATIVA À ANESTESIA GERAL EM NEUROCIRURGIA?

Ricardo Silva; André Postiga; Carolina Almeida;
Germano Carreira; Pedro Santos
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O bloqueio do escalpe é uma técnica analgésica segura e eficaz para pacientes submetidos a craniotomia. O bloqueio do escalpe tornou-se uma alternativa à anestesia geral em alguns procedimentos neurocirúrgicos.¹

Caso clínico: Doente de 63 anos, recorre ao SU após episódio de síncope com traumatismo crânio-encefálico. Realizou TC-CE com identificação de hematoma subdural com indicação cirúrgica. Associadamente no contexto da síncope referência a dor torácica – realizou ECG com inversão onda T nas derivações V1-V5, troponina I – alta sensibilidade elevada – assumido diagnóstico de NSTEMI. Pela cardiologia indicação para realização de coronariografia.

Após discussão multidisciplinar, dada a necessidade de dupla anti-agregação plaquetar no caso de implantação de stent coronário e risco de agravamento de hematoma subdural - decidido realização de drenagem de hematoma subdural.

Assim, doente com evento coronário agudo proposto para cirurgia – alto risco anestésico. Monitorização standard ASA + monitorização invasiva da pressão arterial através da colocação de cateter na artéria radial direita.

Realizado bloqueio do escalpe com 15cc de ropivacaína 0.75% + 5cc de lidocaína a 2% associado a perfusão de dexmedetomidina durante o procedimento. Perfusão iniciada na dose 0,7mcg/kg/h e posteriormente com redução gradual até dose de 0,5mcg/kg/h. Administrado 100mcg de fentanil previamente à realização de orifícios de trépano. Procedimento decorreu sem intercorrências com

estabilidade hemodinâmica mantida.

Em D3 pós-operatório, realizou coronariografia com identificação de doença cardíaca isquémica de 3 vasos.

Discussão: Doentes com cardiopatia isquémica apresentam risco aumentado de isquémia miocárdica, distúrbios de condução, morbidade e mortalidade durante o período perioperatório.

Neste caso, demonstramos que a realização de uma técnica de anestesia regional poderá ser importante inclusive em neurocirurgia. A realização de bloqueio de escalpe complementado com sedação por perfusão de dexmedetomidina permitiu evitar a realização de uma anestesia geral com maior risco de instabilidade hemodinâmica.

Referências:

1. J Neurosci Rural Pract. 2023 Jan-Mar;14(1):1-2.

PO 15

CONVULSÃO DURANTE ANESTESIA GERAL: A IMPORTÂNCIA DO MONITORAMENTO DE EEG PROCESSADO

Inês Pestana²; Maria João Quelhas¹; Elizabete Neutel²; Alexandra Saraiva²

¹Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano; ²Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: A epilepsia afeta 1% da população mundial e em cerca de 30% dos casos pode ser refratária a tratamento farmacológico. A implantação de elétrodos de Eletroencefalografia Estereotáxica (EEGE) é um método invasivo de monitorização e mapeamento de focos epileptogénicos em pacientes com epilepsia focal refratária, permitindo a gravação de crises e análise tridimensional da zona epileptógena. Apresentamos um caso de crises intraoperatórias capturadas no EEG processado.

Caso: Homem de 23 anos com epilepsia refratária de etiologia estrutural foi admitido para a implantação cirúrgica de elétrodos

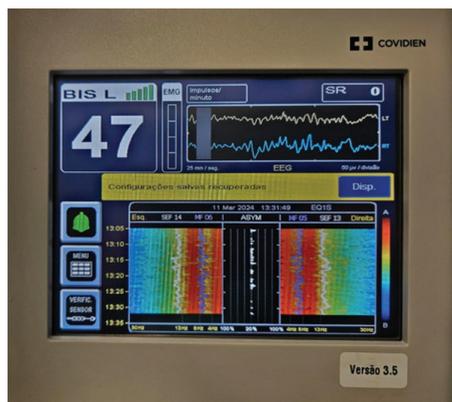
-EEGE. No dia da cirurgia, foi colocado acesso vascular e o paciente foi monitorizado segundo os standards da American Society of Anesthesiology, incluindo monitorização invasiva da pressão arterial, EEG processado bilateral (BIS), monitorização de bloqueio neuromuscular e oximetria cerebral. A indução anestésica com TCI de propofol e remifentanil foi linear. A anestesia foi mantida com anestesia intravenosa total.

A cirurgia começou com a fixação da cabeça (Mayfield) e aquisição de imagem para neuronavegação. Durante o procedimento, foram implantados 9 elétrodos profundos no lado direito e 5 no esquerdo usando neuronavegação para posterior estimulação de crises no laboratório de EEG. Durante a introdução dos elétrodos no lado direito foi notada uma assimetria significativa no EEG processado, com aumento da potência nas frequências alfa, beta e gama no hemisfério direito e presença de surtos que foram interpretados como uma crise focal causada pela estimulação direta dos elétrodos profundos. Não houve resposta motora pois o paciente estava sob bloqueio neuromuscular. Não houve alteração hemodinâmica e a análise de gases sanguíneos arteriais era normal. Às 13:16, 1g de levetiracetam foi administrado para aumentar o limiar convulsivo, com resposta positiva e melhoria da assimetria. Não houve mais eventos durante a cirurgia. O paciente foi transferido para a UCPA e posteriormente para a enfermaria.

Discussão: O manuseio anestésico de doentes com epilepsia refratária pode ser desafiador. Convulsões intraoperatórias são raras, mesmo na presença de fatores precipitantes como estimulação elétrica e manipulação cirúrgica direta. O risco é significativamente reduzido sob anestesia geral devido à supressão da atividade neuronal pelos hipnóticos comumente usados.

O BIS é um monitor criado para medir profundidade anestésica. O espectrograma permite

a detecção de variações de frequência no domínio do tempo, possibilitando a identificação de variações subtis de frequência. A monitorização com EEG é útil na detecção de crises e tomada de decisões durante a anestesia já que um evento epileptiforme pode ser imperceptível quando são usados bloqueadores neuromusculares. No entanto, tem limitações e deve ser utilizado como parte de uma monitorização multimodal e interpretado no contexto clínico.



PO 16

ATELECTASIA PULMONAR TOTAL COM PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA NO PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA

Beatriz Matos; Joana Barata

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: Vários estudos demonstraram que as complicações pulmonares pós operatórias (CPP) são mais prevalentes do que as cardíacas.¹

Mesmo as CPP ligeiras estão associadas a um aumento da mortalidade pós operatória precoce, maior probabilidade de admissão numa Unidade de Cuidados Intensivos e mais tempo de internamento.²

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 83 anos, vítima de queda no domicílio com trau-

ma vertebro-medular.

No SU objetivou-se hematoma cervical posterior, hipotensão, polipneia, retenção urinária aguda, anestesia com nível sensitivo C7-C8 e tetraparesia com paraplegia.

Realizou TC cervical que revelou achatamento somático de C7 e coleção hemática epidural posterior.

Foi transferida com quadro de choque neurogênico, sob suporte aminérgico para hospital com valência em neurocirurgia.

Submetida a cirurgia urgente com laminectomia C6C7, instrumentação posterior C4C-5-D1D2 e drenagem de coleção hemática epidural. Realizada anestesia geral balanceada tendo sido extubada no pós-operatório imediato, sem intercorrências.

À chegada da UCPA apresentava quadro de dispneia e hipotensão, com necessidade de re-intubação e ventilação mecânica. Após estabilização hemodinâmica foi novamente extubada, apresentando respiração pouco eficaz com hipoxemia associada.

Tentada otimização respiratória com VNI sem sucesso. Verificou-se agravamento súbito e refratário da hipoxemia que culminou em paragem cardiorrespiratória (PCR) em assistolia. Iniciado SAV com recuperação após 1 ciclo com 1 mg de adrenalina e intubação orotraqueal. Pós ressuscitação mantinha quadro de hipoxemia e ventilação difícil.

Realizado RX toráx que verificou hipotransparência total no campo pulmonar esquerdo compatível com possível atelectasia.

Realizada broncofibroscopia emergente com aspiração de secreções da árvore brônquica esquerda. Melhoria marcada da ventilação e estado hemodinâmico, e resolução imediata da atelectasia.

Discussão: A identificação e tratamento precoce de complicações pós operatórias na UCPA revela-se, por vezes, um desafio.

A obstrução da via aérea por secreções pode rapidamente levar a quadros de hipoxemia

grave e refratária, culminando em PCR.

A broncofibroscopia emergente constitui um método de diagnóstico e terapêutica acessível a profissionais treinados, essencial para resolução rápida e eficaz de obstruções da via aérea.

Referências:

1. British Journal of Anaesthesia. 2017; 118 (3): 317–34;
2. JAMA Surg. 2017; 152(2): 157–166.

ORGANIZAÇÃO



Secção
de Internos
Sociedade Portuguesa
de Anestesiologia
Portuguese Trainee Network



MAJOR SPONSORS

CSL Behring CSL Vifor

SPONSORS

Baxter

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE



**FRESENIUS
KABI**

octapharma
For the safe and optimal use of human proteins

SIM
SINDICATO INDEPENDENTE
DOS MÉDICOS

SPECULUM
SA
Acompanhamento à prática da vida

APOIO



**CAVES
PRIMAVERA**
— EST. 1944 —

Maria da Apresentação
da Cruz, Herds.
Doce Tradicional | Traditional Sweet
Rua D. Jorge Lourenço, 37 • 3800-142 Aveiro • Portugal
☎ 234 422 223 • geral@maria-da-cruz.com • maria-da-cruz.com
1882

SECRETARIADO

admedic⁺

sofia.gomes@admedic.pt

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

www.admedic.pt