

8 – Cardiologia Intensiva

Estratégia para redução de hipotensão durante artroplastia de joelho: soltura escalonada do manguito pneumático

Almeida, Marcelo F M, Costa, Marcos A V, Mattos, Camila B R, Sousa, Eduardo B, Cals, Diogo O, Castro, Renata R T
INTO - Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: A interrupção do fluxo sanguíneo de um membro com manguito pneumático (MP) é comum em cirurgias ortopédicas. A liberação deste manguito acarreta hiperemia reativa, com frequente hipotensão secundária.

As repercussões hemodinâmicas de diferentes velocidades de soltura do MP após cirurgia de artroplastia total de joelho (ATJ) não são conhecidas.

Objetivo: Avaliar a influência da velocidade de soltura do MP na ATJ sobre parâmetros hemodinâmicos em diferentes fases do período pós-operatório.

Delimitação: Ensaio clínico prospectivo randomizado.

Métodos: 47 pacientes submetidos à ATJ sob raqui-anestesia, sedação e bloqueio de plexo e randomizados em 2 grupos de acordo com a velocidade de soltura do MP: abrupta (A) (n=23) e escalonada (Redução de 25% da pressão do manguito a cada minuto) (E) (n=24). Exclusão: risco cirúrgico ASA > III; comorbidades exceto diabetes ou HAS. A pressão arterial (PA) e a frequência cardíaca (FC) dos pacientes foram avaliadas nos seguintes momentos: 1) 24 horas antes da cirurgia; 2) Imediatamente antes da soltura; 3) 1 minutos após soltura; 4) 5 minutos após a soltura; 5) 24 horas após a cirurgia. As variáveis hemodinâmicas foram comparadas através de ANOVA de dois fatores (grupo x momento) e teste post-hoc de Newman Keuls.

Resultados: Tabela 1

Variável	Grupo	1	2	3	4	5
PAS(mmHg)	A	131± 7	113±10	95± 8	104± 7	120±7
	E	132±11	114± 8	105± 6*	113± 6*	120±8
PAD(mmHg)	A	85± 5	70± 7	53±14	65± 8	75±8
	E	87± 7	75± 6	67± 7*	72± 5	77±7
FC(bpm)	A	74± 6	59± 6	95±19	86±15	76±8
	E	75± 5	62± 6	72± 4*	69± 4*	74±6

*P<0,01 vs. A no mesmo momento

Conclusões: A soltura escalonada do manguito pneumático preveniu a ocorrência de hipotensão e taquicardia no pós-operatório imediato de ATJ.

Avaliação dos tempos de circulação extracorpórea e clampeamento aórtico com preditores de morbidade e mortalidade nas cirurgias de revascularização miocárdica

Pedro Paulo Nogueiras Sampaio, Renato Faria Ribeiro Neto, Leticia Gonçalves da Rocha, Breno Giestal Abreu Filgueiras, Juliana Aquino de Mello, Carlos Nogueira Pires, Carolina Paes Barreto, Alessandra Godomiczer, Roberto de Castro Meirelles de Almeida, Vlander Gomes Junior, Claudio Guedes Sobrosa, Luiz Maurino Abreu
Hospital dos Servidores do Estado Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamentos: A resposta inflamatória sistêmica desencadeada pela circulação extracorpórea (CEC) está associada a alterações circulatórias e neuro-humorais. Períodos prolongados de CEC e clampeamento aórtico (CLAMP) podem estar associados a maior incidência de complicações e maior mortalidade cirúrgica nas cirurgias de revascularização miocárdica (RVM). **Objetivos:** Analisar o impacto dos tempos de CEC e CLAMP na ocorrência de complicações pós-operatórias e mortalidade, nas RVM.

Material e métodos: Realizada revisão de prontuário e análise de banco de dados das RVMs realizadas em 2007 e 2008. A análise estatística foi feita com o pacote SPSS 15.0. A associação de variáveis foi verificada pelo testes de t-student e teste de correlação de Pearson.

Resultados: A amostra era formada por 120 pacientes, 70% do sexo masculino, com média de idade de 62,21 ± 9,2 anos. Em 10% da amostra foi realizada cirurgia orovalvar (CO) associada, e em 66,6% foram implantados pelo menos 3 enxertos para RVM. As médias dos tempos de CEC foram 75,87±32,24min, e CLAMP, 55,81±26,40min. Observamos maiores CEC e CLAMP em pacientes com CO associada, e idade avançada. As médias dos tempos de CEC e CLAMP foram maiores, com valor de p<0,05, em: uso de aminas vasoativas, infecção pós-operatória, fibrilação atrial, hemotransfusão, e tempo de extubação maior que 24horas. Também foram maiores nos óbitos. Porém, quando analisamos RVM sem CO, não existe diferença significativa.

Conclusões: Idade, CO associada à RVM, e número de enxertos, influenciam no aumento dos tempos de CEC e CLAMP. Por sua vez, CEC e CLAMP estão associados a ocorrência de fibrilação atrial, infecção, hemotransfusão, uso de aminas, extubação tardia, e também se associam com mortalidade nas RVM associadas à CO.

Avaliação da incidência e dos fatores predisponentes a fibrilação atrial no pós-operatório de cirurgias de revascularização miocárdica

Pedro Paulo Nogueiras Sampaio, Renato Faria Ribeiro Neto, Vanessa Gonçalves Pereira, Amanda de Paula Freitas Cardoso, Daniele Pires Carrilho Gomes Araújo, Alexandre Giani Marcos Dias, Tatiana Menacho Colombo, Roberto de Castro Meirelles de Almeida, Marisa Chaves Moreira da Rocha, Eduardo da Costa Rodrigues, Claudio Guedes Sobrosa, Luiz Maurino Abreu
Hospital dos Servidores do Estado Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamentos: A fibrilação atrial (FA) é a arritmia mais prevalente na prática clínica e nas cirurgias de revascularização miocárdica (RVM). Sua incidência varia de 5 a 40%. A FA está associada com maiores taxas de internação e de AVC. A identificação de fatores predisponentes à FA é útil na otimização do cuidado pós-operatório.

Objetivos: Identificar a incidência de FA nas RVMs, seus fatores predisponentes, e sua relação com óbitos intra hospitalares.

Material e métodos: Realizada revisão de prontuário e análise de banco de dados das RVMs realizadas em 2007 e 2008. A análise estatística foi feita com o pacote SPSS 15.0. A associação de variáveis foi verificada pelo testes t-student, Teste de Qui-quadrado, Teste de Fischer e Teste de correlação de Pearson.

Resultados: A amostra era formada por 120 pacientes, 70% homens, com média de idade de 62,21±9,2anos. Em 10% da amostra foi realizada também cirurgia orovalvar (CO). A incidência de FA foi de 20,8% com tempo médio de aparecimento de 2,9±1,58 dias. A realização de CO associada à RVM teve relação com FA (50% dos pacientes) com p<0,05 e um risco de 4,5 vezes maior de desenvolver a arritmia. A média da idade com FA foi de 68,6±5,6 x 60,53±9,2anos sem FA (p<0,01). As médias dos tempos de CEC foram maiores nos pacientes com FA: CEC 93,04±28,3min x 71,88± 32,3min (p<0,05). A média da fração de ejeção (FE) pós operatória foi menor nos pacientes com FA 48,0±17,5% x 60,5±11,3% (p<0,05). Observamos maior taxa de mortalidade em pacientes com FA submetidos a RVM e CO associadas (p<0,05) porém não observamos tal associação em RVM isoladas.

Conclusões: A incidência da FA foi de 20,8%. Idade, CO associada à RVM, CEC e CLAMP, e FE reduzida no pós-operatório, estão associados à maior incidência da arritmia. A FA pode estar associada a uma maior mortalidade em pacientes submetidos a RVM e CO associadas.

Comparação do perfil de risco cardiovascular e da mortalidade entre pacientes internados por coronariopatia aguda e por outras doenças em Unidade Coronariana de Hospital Universitário

Amalia F Reis, Cesar N Cohen, Clauber Heringer, Orlando Rocha S, Rosemary N C Abdalah, Thiago O E Alves, Camila Giro, Aline V Scharra, Luiz José Martins Romão F
Universidade Federal Fluminense Niterói RJ BRASIL

Fundamentos: As doenças cardiovasculares são a principal causa de óbito no Brasil e a terceira maior causa de internação no SUS.

Objetivo: Comparar o perfil de risco cardiovascular e a mortalidade entre pacientes internados por doença coronariana aguda (G1) e por outras patologias (G2) na Unidade Coronariana de Hospital Universitário.

Pacientes e métodos: Estudo transversal das internações realizadas nos últimos 6 meses, após criação do banco de dados. Foram comparadas as prevalências entre G1 e G2 dos: a) fatores de risco cardiovascular: sexo, idade, hipertensão (HAS), diabetes, tabagismo, hipercolesterolemia, HDL <40mg/dl, IMC >25, sedentarismo, história familiar de coronariopatia; b) marcadores de pior prognóstico: infarto prévio, infecção na internação e creatinina >1,2mg/dl; c) óbitos durante internação. Foram usados Teste do Qui-quadrado, Teste exato de Fisher e Teste G, com valor de alfa <0,05.

Resultados: Setenta pacientes: 30% com idade >65 anos e 59% homens. Foram internados por doença coronariana aguda 64% (G1) e por outras causas 36% (G2: 13% disfunção ventricular, 13% arritmias, 10% outras patologias). A prevalência da maioria dos fatores de risco e dos marcadores de prognóstico avaliados foi semelhante nos dois grupos; apenas a prevalência de HAS (p=0,04) e de HDL <40mg/dl (p=0,01) foram maiores no G1. Ocorreram 6 óbitos (8,6%), sem diferença significativa entre G1 e G2. A mortalidade foi significativamente maior nos pacientes >75 anos (p=0,04) e naqueles com infecções (p=0,02).

Conclusões: A mortalidade e a prevalência dos fatores de risco e marcadores de prognóstico foram semelhantes entre os dois grupos, com exceção da HAS e HDL baixo que foram mais prevalentes no G1. A idade avançada e a ocorrência de infecção foram as únicas variáveis significativamente mais prevalentes nos pacientes que evoluíram para óbito.