



REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Anestesiologia
www.sba.com.br



INFORMAÇÃO CLÍNICA

Raquianestesia contínua com monitoração hemodinâmica minimamente invasiva para cirurgia de reparação do quadril em dois pacientes com estenose aórtica grave[☆]

María Mercedes López^a, Emilia Guasch^a, Renato Schiraldi^a, Genaro Maggi^{a,*}, Eduardo Alonso^a e Fernando Gilsanz^{a,b}

^a Hospital Universitario La Paz, Madrid, Espanha

^b Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, Madrid, Espanha

Recebido em 5 de dezembro de 2012; aceito em 20 de março de 2013

Disponível na Internet em 26 de setembro de 2014

PALAVRAS-CHAVE

Técnicas anestésicas – subdural;
Técnicas de mensuração – débito cardíaco

Resumo

Justificativa e objetivos: A estenose aórtica aumenta a morbidade e mortalidade no período perioperatório. A monitoração invasiva no perioperatório é recomendada para pacientes com área valvar <1,0 cm² ou gradiente médio >30 mm Hg, além de ser importante evitar a hipotensão e arritmias. Relatamos o manejo anestésico com o uso de raquianestesia contínua e monitoração hemodinâmica minimamente invasiva em duas pacientes com estenose aórtica grave, submetidas à cirurgia de reparação do quadril.

Relato de caso: Duas pacientes com estenose aórtica grave foram programadas para cirurgia de reparação de fratura de quadril. Raquianestesia contínua com monitoração hemodinâmica minimamente invasiva foi usada para o manejo anestésico de ambas as pacientes. A cirurgia foi realizada com sucesso após duas doses consecutivas de 2 mg de bupivacaína isobárica a 0,5% em uma das pacientes e quatro doses consecutivas na outra. As condições hemodinâmicas permaneceram estáveis durante a intervenção. Os sinais vitais e parâmetros hemodinâmicos permaneceram estáveis durante as duas intervenções.

Conclusão: Nosso relato descreve o uso da raquianestesia contínua com monitoração hemodinâmica minimamente invasiva como uma alternativa válida para a anestesia geral ou peridural em duas pacientes com estenose aórtica grave, submetidas à cirurgia de membro inferior. Contudo, ensaios clínicos controlados são necessários para estabelecer que a técnica é segura e eficaz nesse tipo de pacientes.

© 2013 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

[☆] Este estudo foi conduzido no Hospital Universitario La Paz em Madrid, Espanha.

* Autor para correspondência.

E-mails: genaromaggi@hotmail.com, genaromaggi@gmail.com (G. Maggi).

KEYWORDS

Anaesthetic techniques – subdural;
Measurement techniques – cardiac output

Continuous spinal anaesthesia with minimally invasive haemodynamic monitoring for surgical hip repair in two patients with severe aortic stenosis**Abstract**

Background and objectives: Aortic stenosis increases perioperative morbidity and mortality, perioperative invasive monitoring is advised for patients with an aortic valve area $<1.0\text{ cm}^2$ or a mean aortic valve gradient $>30\text{ mm Hg}$ and it is important to avoid hypotension and arrhythmias. We report the anaesthetic management with continuous spinal anaesthesia and minimally invasive haemodynamic monitoring of two patients with severe aortic stenosis undergoing surgical hip repair.

Case report: Two women with severe aortic stenosis were scheduled for hip fracture repair. Continuous spinal anaesthesia with minimally invasive haemodynamic monitoring was used for anaesthetic management of both. Surgery was performed successfully after two consecutive doses of 2 mg of isobaric bupivacaine 0.5% in one of them and four consecutive doses in the other. Haemodynamic conditions remained stable throughout the intervention. Vital signs and haemodynamic parameters remained stable throughout the two interventions.

Conclusion: Our report illustrates the use of continuous spinal anaesthesia with minimally invasive haemodynamic monitoring as a valid alternative to general or epidural anaesthesia in two patients with severe aortic stenosis who are undergoing lower limb surgery. However, controlled clinical trials would be required to establish that this technique is safe and effective in these type of patients.

© 2013 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Published by Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

Introdução

A estenose aórtica grave é definida como uma área da valva aórtica inferior a $0,8\text{ cm}^2$ e um pico do gradiente transvalvar superior a 80 mm Hg .¹ Os pacientes muitas vezes apresentam dispneia, angina e síncope ao esforço. Podemos encontrar pacientes com estenose aórtica grave não-corrigida submetidos à cirurgia não-cardíaca. Nesses casos, as considerações anestésicas envolvem a manutenção do ritmo sinusal, frequência cardíaca e volume intravascular normais; e prevenção de hipotensão. Hipotensão grave pode levar à hipoperfusão coronariana e insuficiência ventricular. Os bloqueios centrais são tradicionalmente contraindicados nesses pacientes.¹ No entanto, a raquianestesia contínua (RAC) pode ser particularmente interessante em pacientes com estenose aórtica grave, pois permite a titulação individualizada da anestesia local e pode proporcionar maior estabilidade hemodinâmica que a raquianestesia simples.²⁻⁴ A RAC tem sido usada com sucesso em pacientes nos quais a estabilidade hemodinâmica é obrigatória, como os pacientes com patologia cardíaca submetidos à cirurgia de membro inferior⁵⁻⁷ ou procedimentos obstétricos.^{8,9}

Relatamos o manejo anestésico com o uso de RAC e monitoração hemodinâmica minimamente invasiva em duas pacientes com estenose aórtica grave, submetidas à cirurgia de reparação do quadril.

Relato de caso**Caso 1**

Paciente do sexo feminino, 92 anos de idade, agendada para reparação de fratura do quadril esquerdo após

fratura pertrocanterica de fêmur esquerdo. Em sua história médica descobrimos hipertensão arterial, estenose aórtica grave e insuficiência mitral moderada. Seu tratamento pré-operatório consistiu em Eplerenone, Aspirina e Furosemida. A paciente não tinha alergia conhecida a medicamentos.

Ecocardiograma foi realizado antes da cirurgia e revelou uma área da valva aórtica de $0,6\text{ cm}^2$ e um pico do gradiente transvalvar aórtico de $85,4\text{ mm Hg}$, além de uma fração de ejeção de 63% e um comprometimento mitral duplo, com estenose mitral moderada e insuficiência mitral grave. O ECG mostrou ritmo sinusal normal.

No centro cirúrgico, monitoramos a paciente com ECG, pressão arterial não-invasiva (PANI) e saturação periférica de oxigênio (SpO_2). Os valores basais foram: PANI ($150/78\text{ mm Hg}$), frequência cardíaca (89 bpm) e SpO_2 (100%). Um cateter arterial foi inserido na artéria radial esquerda, com a paciente acordada e levemente sedada com midazolam iv ($0,05\text{ mg kg}^{-1}$) e fentanil iv ($50\text{ }\mu\text{g}$). Conectamos o cateter a um monitor FloTrac-Vigileo[®] (Edwards Lifesciences) e medimos continuamente o índice do volume sistólico (IVS), o índice cardíaco (IC) e a variação do volume sistólico (VVS). Os valores basais foram: IVS (24 mL m^2), IC (2 L min^{-1}) e VVS (8%). Após registrar os valores mensurados, a paciente foi posicionada em decúbito lateral direito. Para a RAC, um conjunto Micro-Spinolong (Polymedic[®], Temena, França) foi usado, no qual o cateter é introduzido no espaço subaracnoideo através de uma cânula que cobre a agulha e protege o cateter de deformação ou torção. Uma agulha espinhal, ponta de lápis, de calibre 27G foi inserida no espaço vertebral L3-L4 até o espaço subaracnoideo. A agulha foi removida e a cânula de calibre 26 avançada; através da cânula, o cateter de calibre 27 foi inserido 4 cm no espaço subaracnoideo e preso à pele. A paciente foi reposicionada em decúbito dorsal e, após a aspiração

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2749201>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2749201>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)