

ANÁLISE DA EVOLUÇÃO CLÍNICA INTRA E PÓS OPERATÓRIO ENTRE DIFERENTES TIPOS DE CIRURGIA CARDÍACA¹

Juliana Wendland², Dante Thomé Da Cruz³, Eliane Roseli Winkelmann⁴.

¹ Projeto de Pesquisa institucional do Departamento de Ciências da Vida (DCVida) da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI

² Estudante do curso de Fisioterapia do Departamento de Ciências da Vida (DCVida) da UNIJUI, Bolsista de Iniciação Científica PROBIC/FAPERGS. e-mail: julianawendland@yahoo.com.br

³ Médico cirurgião cardíaco do Instituto do Coração – INCOR da Associação do Hospital de Caridade de Ijuí – HCI, pesquisador voluntário. E-mail: dantethome@terra.com.br

⁴ Fisioterapeuta, Docente, pesquisadora do Departamento de Ciências da Vida – DCVida/UNIJUI; Líder do Grupo Epidemiologia e Atenção em Saúde. e-mail: elianew@unijui.edu.br

Introdução

As doenças cardiovasculares (DCV) são responsáveis por altos índices de morbi-mortalidade no mundo e também no Brasil, sendo um sério problema de saúde pública. O tratamento pode ser clínico e farmacológico, até o momento em que o quadro clínico se instabiliza e leva a problemas mais complexos os quais o melhor recurso para solucionar estes agravos é a cirurgia cardíaca (PINHEIRO, 2007).

O perfil dos doentes cardíacos vem apresentando mudança nas últimas décadas, no sentido em que a expectativa de vida está aumentando devido às intervenções cirúrgicas e a gravidade dos quadros estabelecidos está cada vez mais complexa dentre os indivíduos com problemas cardíacos (ATIK, 2009). Os procedimentos cirúrgicos vêm apresentando resultados satisfatórios mediante ao tratamento de DCV (MORAIS, 2010).

Com os desenvolvimentos tecnológicos da medicina, vem sendo possível a realização de procedimentos cirúrgicos de alta complexidade (ATIK, 2009), os quais vêm aumentando progressivamente a possibilidade de realização de cirurgias cardíacas no decorrer das últimas décadas. Há três tipos de cirurgia: as corretoras, as reconstrutoras (revascularização do miocárdio, plastia de valva aórtica, mitral ou tricúspide) e as substitutivas (trocas valvares e transplantes), que objetivam proporcionar alívio dos sintomas, e melhora no funcionamento cardíaco, estes viabilizados quando existe a chance de uma maior vida útil, a qual o tratamento clínico não proporciona mais suporte de vida útil a estes indivíduos (MORAIS, 2010).

População mais idosa e fatores como internação prologada na UTI, assim como tempo de ventilação mecânica prolongado têm relação com o aumento da mortalidade pós-operatória (RAMOS, 2013).

Modalidade do trabalho: Relatório técnico-científico
Evento: XXII Seminário de Iniciação Científica

Portanto o objetivo deste trabalho é analisar a evolução clínica intra e pós operatória entre as cirurgias cardíacas: cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM), cirurgia de troca de valvas (Tva) e cirurgia de revascularização do miocárdio associada a troca de valva (CRM + Tva).

Metodologia

Estudo do tipo transversal, retrospectivo, analítico realizado através de coleta de dados em prontuários de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca e ao programa de STEPs na reabilitação cardíaca fase hospitalar. Foram incluídos no estudo indivíduos submetidos a cirurgia cardíaca eletiva de ambos os gêneros. Foram excluídos da amostra prontuários de indivíduos que foram a óbito devido os mesmos não estarem disponíveis.

A pesquisa se procedeu no Instituto do Coração de Ijuí – INCOR e realizada através dos dados coletados nos prontuários dos pacientes, como características individuais do paciente (idade, gênero, peso e altura). Também, os dados intra-operatórios (tipo de procedimento cirúrgico, tempo de circulação extracorpórea, clampeamento da aorta, tempo cirúrgico, fração de ejeção, recuperação dos batimentos, tempo sob ventilação mecânica) e no pós-operatório (tempo de internação na UTI, no leito e tempo total de internação) Para análise estatística dos dados foi processado no pacote estatístico SPSS Statistics Data Editor (versão 18.0, Chicago, IL, EUA). Os dados foram apresentados em valores absolutos e relativos e média $\pm$ desvio padrão. Para avaliar a normalidade das variáveis foi aplicado o teste Kolmogorov-Smirnov. As variáveis paramétricas foram comparadas através do teste t de Student e as não paramétricas com o teste exato de Fisher.

Resultados e discussão

Participaram do estudo 153 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca eletiva, destes 85 (55,6%) realizaram CRM, onde 59 (38,6%) eram do sexo masculino, 68(41,2%) realizaram cirurgia de Tva, dos quais 36(23,5) são do sexo masculino e 5(3,3%) foram submetidos a CRM+TVa onde destes 3(2%) são mulheres ($p=0,168$).

Em relação as medidas antropométricas entre CRM, Tva, CRM+TVa e total da amostra os mesmos apresentaram respectivamente a média $\pm$ desvio padrão: Idade: 61,13 $\pm$ 9,089, 58,21 $\pm$ 11,925, 63,40 $\pm$ 9,370 e 60 $\pm$ 10,411(0,170) anos, peso 79,85 $\pm$ 13,127, 72,85 $\pm$ 13,516, 70,30 $\pm$ 10,521 e 76,64 $\pm$ 13,622 kg (0,002*), altura 165,93 $\pm$ 9,378, 164,02 $\pm$ 8,743, 162,20 $\pm$ 6,723 e 165,03 $\pm$ 9,063 cm (0,001*). Quando comparadas CRM, Tva e CRM+TVa, observou-se diferença estatisticamente significativa com relação a altura e o peso, sendo maior para os pacientes submetidos a CRM.

Na análise dos fatores intra e pós-operatórios dos pacientes submetidos a CRM, Tva, CRM+TVa e total apresentaram respectivamente a média $\pm$ desvio padrão: ventilação mecânica 672,70 $\pm$ 336,0, 581,40 $\pm$ 112,831, 570 $\pm$ 88,034 e 632,36 $\pm$ 271,384 min ($p=0,090$), tempo total de cirurgia: 211 $\pm$ 88,608, 212,56 $\pm$ 74,415, 211 $\pm$ 69,678 e 211,65 $\pm$ 81,969 min ($p=0,822$), clampeamento da aorta: 59,10 $\pm$ 19,776, 81,37 $\pm$ 25,731, 104,20 $\pm$ 21,194 e 69,72 $\pm$ 25,626 min ($p=0,001*$), fração de ejeção (FE): 59,67 $\pm$ 11,621, 68,88 $\pm$ 8,687, 64,67 $\pm$ 12,741 e 63,78 $\pm$ 11,329% ($p=0,001*$), tempo de circulação extra corpórea (CEC): 77,87 $\pm$ 26,476, 116,20 $\pm$ 137,204, 118,80 $\pm$ 28,752 e 95,05 $\pm$ 91,989 min

Modalidade do trabalho: Relatório técnico-científico

Evento: XXII Seminário de Iniciação Científica

($p=0,001^*$), tempo total de internação na Unidade de Terapia Intensiva $2,52\pm 1,288$, $2,53\pm 0,908$, $2,33\pm 0,577$ e $2,52\pm 1,134$ dias ($p=0,313$), tempo total de internação no leito: $3,49\pm 1,821$, $3,86\pm 1,837$, $3,00\pm 0,00$ e $3,63\pm 1,812$ dias ($p=0,074$), tempo total de internação $5,24\pm 2,579$, $6,40\pm 2,008$, $5,33\pm 0,577$, $6,11\pm 2,343$ dias ($p=0,008^*$).

Os CRM tiveram menor tempo de clampeamento da aorta, menor FE embora dentro dos valores estabelecidos e menor CEC.

A recuperação dos batimentos foi espontâneo em 94 (63,9%) pacientes, onde respectivamente entre CRM, Tva e CRM+Tva ocorreu em n(%) respectivamente: 64(43,5), 29(19,7) e 2(1,4). O choque foi necessário em 51(34,7) do total da amostra onde respectivamente 19(12,9), 31(21,1) e 2(1,4) ($p=0,002^*$). O número de óbitos em n(%) no total da amostra foi de 10(6,5) pacientes, sendo que destes 2(1,3) CRM, 7(4,6) TVa, 1(0,7) CRM+TVa ($p=0,052^*$).

Portanto, na maioria dos pacientes submetidos a cirurgia a recuperação dos batimentos foi espontânea e entre os tipos cirúrgicos prevaleceu o CRM. Poucos pacientes necessitam de choque para retorno e destes a Tva foi o tipo cirúrgicos que mais necessitou, assim como foi o tipo cirúrgico que teve maior mortalidade.

No estudo de LAIZO(2010) da mesma forma que no presente estudo obteve-se mais casos de CRM, e estes mais realizados entre o sexo masculino assim também como no estudo de SANTOS (2013) e DE ANDRADE COELHO (2011).

A média de idade do estudo de SANTOS (2013) foi menor comparado a do atual estudo, já a população descrita por DE ANDRADE COELHO (2011) a média de idade apresentou-se maior. O tempo de VM do atual estudo foi inferior ($632,36\pm 271,384$) comparado ao estudo de ALEXANDRE (2013) ($947,0\pm 028,0$)min. No estudo de ALEXANDRE (2013) e BASTOS(2011) o tempo cirúrgico foi superior comparado ao atual estudo.

O tempo de clampeamento da aorta do estudo em questão foi de $69,72\pm 25,626$, inferior a estudo de ATIK (2009) em que o tempo de um dos grupos estudados foi de 86 ± 47 e do outro grupo foi de 98 ± 48 .

A média da FE do estudo de OLIVEIRA (2009) foi igualitária ($63,44\pm 8,42$) ao atual estudo ($63,78\pm 11,329\%$), já os resultados encontrados por GIACOMAZZI (2006) apresentaram –se inferiores ($61,48\pm 13,90\%$). Quanto ao tempo de CEC o atual estudo apresentou uma média de $95,05\pm 91,989$, quando comparado a estudo semelhante as médias dos dois grupos estudados por BASTOS (2011) foram de $115,81 \pm 63,28$ e $97,74 \pm 37,23$, ambos com tempo superior ao estudo em questão, já no estudo de GIACOMAZZI (2006) encontrou-se valores inferiores aos dos pacientes estudados neste trabalho com tempo de $70\pm 26,74$ min.

O tempo de internação na UTI do estudo de LAIZO (2010) apresentou-se em média $4,16\pm 3,76$ dias e do estudo de DE ANDRADE COELHO (2011) em $5,5\pm 17,2$ dias, muito maior comparado ao atual estudo a qual a média de internação da população é $2,52\pm 1,134$. BASTOS (2011) dividiu sua população em 2 grupos onde um apresentou média de $3,24\pm 3,10$ contra $2,94\pm 2,44$ dias, resultados estes ainda superiores aos encontrados no atual.

Modalidade do trabalho: Relatório técnico-científico

Evento: XXII Seminário de Iniciação Científica

O tempo médio de internação da população estudada por SANTOS(2013) foi de $10,84 \pm 9,7$ dias, já OLIVEIRA (2009) teve uma média de $7,22 \pm 3,02$ dias, TONIAL (2011) de igual forma encontrou médias semelhantes aos estudos citados, estas muito acima das encontradas no estudo atual em que se obteve média de $6,11 \pm 2,343$ dias.

Conclusão: Os valores intra e pós-operatórios mostram maior benefício para os CRM através do menor tempo de clampeamento da aorta e menor CEC e recuperação espontânea dos batimentos, menor necessidade de choque e menor mortalidade quando comparada a Tva.

Palavras-chave: intraoperatório, doenças cardiovasculares, fisioterapia.