

Clinica Cirúrgica

EFICÁCIA DA INFILTRAÇÃO PRÉ-INCISIONAL DE BUPIVACAÍNA NO ALÍVIO DA DOR APÓS APENDICECTOMIA: ESTUDO DUPLO-CEGO, PROSPECTIVO E RANDOMIZADO

O controle da dor pós-operatória é ainda um dos aspectos mais conflitantes nos dias de hoje. Em estudo duplo cego, prospectivo e randomizado, realizado em 123 pacientes submetidos a apendicectomia, com idades entre 13 e 45 anos, avaliou-se a eficácia da infiltração pré-incisional da bupivacaína. Depois de submetidos a anestesia geral, os indivíduos foram divididos em dois grupos: o primeiro (61 pacientes) submetido a infiltração de 10 ml de bupivacaína a 0,5% sem adrenalina na pele e sub cutâneo, 5 minutos antes da incisão cutânea e mais 10 ml no plano muscular após abertura do tecido subcutâneo; o segundo compunha-se de grupo controle submetido apenas a apendicectomia sem a infiltração local (62 casos). No pós-operatório eram avaliados pelo grupo de enfermagem, que desconhecia quais pacientes estavam entrevistando. A dor foi avaliada utilizando-se uma escala visual analógica, em que ausência de dor era igual a zero e a pior dor possível era igual a 10. Nas primeiras 48 horas, os questionários foram feitos com 2, 4, 6 e 8 h de pós-operatório e a seguir a cada 4 h enquanto estavam deitados; quando vinham a sentar-se eram avaliados com 24 e 48 h após a cirurgia. A todos os pacientes era administrado sulfato de morfina 0,1 mg/kg/dose até a cada 4 h se o escore de dor estivesse acima de 5, durante as primeiras 48 h ou até quando a dor fosse controlável com paracetamol via oral. O escore de dor durante as primeiras 6, 12, 24 e 48 h foi significativamente menor no grupo tratado ($p < 0,001$). O mesmo ocorreu com o número de injeções de morfina necessárias.

Comentário

Trata-se de estudo bastante interessante, o qual demonstra que aparentemente ocorre uma inibição da cascata inflamatória com a infiltração, levando a uma menor necessidade de analgésicos, muitos dos quais com efeitos colaterais tais como a toxicidade gástrica e renal dos antiinflamatórios e a obstipação provocada pelos opióides. O método é bastante útil e facilmente aplicável mesmo em hospitais com menor resolutividade. Apesar do preço da bupivacaína em nosso meio ainda ser relativamente elevado, parece-nos que possa haver uma redução de custos com analgésicos no pós-operatório. O método pode ser aplicado a vários outros tipos de cirurgia eletiva.

PAULO KASSAB
ELIAS JIRJOSS ILIAS

Referência
Lohsiriwat V, Lert-akyamane N, Rushshatamukayanunt W. World J Surg, 28, 947-950, 2004.

Medicina Baseada em Evidência

DISFUNÇÃO SISTÓLICA TRANSITÓRIA DO VENTRÍCULO ESQUERDO POR ESTRESSE AGUDO

A associação de disfunção sistólica ventricular esquerda grave e reversível, temporalmente relacionada a eventos estressantes agudos é denominada cardiomiopatia de estresse ou de "Tako-tsubo". Reconhecida a partir de série de casos na literatura^{1,2}, a apresentação clínica, laboratorial e eletrocardiográfica por vezes indistinguível das síndromes coronarianas agudas (SCA), ocorre na ausência de doença coronariana obstrutiva significativa e leva ao grave acometimento da função ventricular sistólica, com acinesia / discinesia dos segmentos médio-apicais do ventrículo esquerdo (VE) e hipercontratibilidade compensatória dos segmentos basais, conferindo aspecto peculiar de abaulamento apical transitório (*apical ballooning*) à ventriculografia, além de viabilidade miocárdica à ressonância magnética. A ocorrência de gradientes intraventriculares dinâmicos não é incomum e até 40% desses pacientes necessitam de algum suporte inotrópico e/ou vaso-pressor, ou mesmo uso de balão intra-aórtico na fase aguda. Marcadores de necrose miocárdica são positivos, embora em níveis inferiores aos encontrados no IAM, e prolongamento do QTc e supra ou infradesnível do segmento ST e inversão da onda T são as alterações eletrocardiográficas mais comuns. Na evolução, recuperação completa da função ventricular é a regra, assim como é rara a recorrência, sendo o prognóstico geralmente favorável.

Wittstein et al., da Johns Hopkins University, em Baltimore, abordam os aspectos neurohumorais da síndrome em série de 19 pacientes admitidos de 1999 a 2003, 95% mulheres, com idade média de 63 anos e sinais e sintomas compatíveis com SCA³. Os pacientes foram submetidos a ecocardiograma e cinecoronariografia, e alguns também a biópsia miocárdica e ressonância magnética. As dosagens dos níveis séricos de catecolaminas de 13 pacientes e sua correlação com os valores encontrados em sete pacientes com IAM Killip III foram comparados. Os níveis de catecolaminas à admissão do primeiro grupo foram muito mais elevados do que nos paciente com IAM comprovado (medianas da epinefrina de 1264 pg/ml vs. 376 pg/ml, da norepinefrina de 2284 pg/ml vs. 1100 pg/ml e da dopamina de 111 pg/ml vs. 61 pg/ml). Os autores discutem os possíveis mecanismos fisiopatológicos desta forma de atordoamento miocárdico, enfatizando a atividade simpato-neural suprafisiológica levando a níveis excessivos de catecolaminas plasmáticas como causa central. Espasmo da microvasculatura, dano miocitário direto induzido por catecolaminas, além de liberação de espécies

reativas de oxigênio interferindo com o transporte de sódio e cálcio são outros possíveis contribuintes. A conclusão do estudo é que situações de estresse emocional ou físico intenso podem levar à disfunção miocárdica grave, aguda e transitória em pacientes sem doença arterial coronária obstrutiva, devido à estimulação simpática exagerada.

Comentário

O diagnóstico diferencial das síndromes coronarianas agudas é de extrema importância na prática clínica. O reconhecimento dessa nova forma de cardiomiopatia, por mimetizar quadros isquêmicos agudos, representa um desafio diagnóstico ao clínico e emergencista. Novos estudos para definir a patogênese correta e o tratamento mais adequado são necessários.

**RAFAELA DECZKA MORSCH
LUIZ F. POLI DE FIGUEIREDO**

Referências

1. Bybee KA et al. Systematic review: Transient left ventricular apical ballooning: A syndrome that mimics ST-segment elevation myocardial infarction. *Ann Intern Med* 2004;141:858-65
2. Sharkey SW et al. Acute and reversible cardiomyopathy provoked by stress in women from the United States. *Circulation* 2005;111:472-9
3. Wittstein IS et al. Neurohumoral features of myocardial stunning due to sudden emotional stress. *New Engl J Med* 2005;352:539-48.

Medicina Baseada em Evidência

EXPERIÊNCIA CLÍNICA, EDUCAÇÃO MÉDICA CONTINUADA E QUALIDADE DA ATENÇÃO EM SAÚDE

Garantir a qualidade na atenção em saúde tornou-se assunto central da medicina atual. A qualidade dessa atenção pode ser inferior à ideal, oscilando principalmente em decorrência de diferentes condições médicas e locais de atendimento. Dentre as condições médicas que podem influenciar a qualidade, está a performance, cuja avaliação também tem sido central na medicina moderna.

Enquanto a prática adquirida é adequada para algumas situações clínicas, o conhecimento e a performance médicos podem declinar com a passagem do tempo. Avanços médicos ocorrem freqüentemente, e o conhecimento explícito que o médico possui facilmente se torna desatualizado.

Apesar de se considerar, de maneira genérica, que o conhecimento tácito e as habilidades acumuladas pelos médicos, ao longo dos anos de prática, levem a habilidades clínicas superiores, é também razoável se considerar que os médicos com maior experiência possam paradoxalmente estar menos dispostos a fornecer cuidados em saúde tecnicamente apropriados.

Através de uma revisão sistemática da literatura¹, foram selecionados 62 estudos que avaliaram a relação entre o conhecimento médico ou a qualidade de atenção em saúde, e o tempo de prática médica ou idade do médico. Os desfechos avaliados foram: conhecimento, aderência a diretrizes de prática clínica (diagnóstico, *screening*, prevenção e terapêutica) e mortalidade dos pacientes.

No total, 32 de 62 estudos (52%) demonstraram uma associação negativa entre maior experiência e performance, ou seja, a performance diminuiu à medida que a experiência aumentou, para todos os desfechos avaliados; 13 estudos (21%) relataram associação negativa para alguns desfechos apenas; dois (3%) referem uma relação côncava, ou seja, a performance inicialmente aumenta à medida que a experiência aumenta, atinge um máximo, e depois decresce; 13 estudos (21%) não relataram associação; um (2%) referiu uma associação positiva, a saber, a performance cresce à medida que a experiência cresce, mas para apenas alguns desfechos; e um estudo (2%) referiu uma associação positiva para todos os desfechos analisados.

Apesar dessa revisão sistemática estar baseada em estudos heterogêneos e empíricos, ela sugere que médicos que estão em prática por mais tempo e médicos com mais idade, possuem menos conhecimento real, estão menos dispostos a aderir a diretrizes de prática clínica, e podem ter desfechos clínicos piores. Apesar de suas limitações, esse estudo sugere que médicos mais antigos podem necessitar de intervenções educacionais, aplicáveis a todas as faixas etárias, visando uma melhor qualidade na atenção à saúde dos pacientes. A avaliação da performance, demonstrando atualização e competência contínua deve também ser considerada.

Comentário

À medida que o tempo decorrido desde a graduação em medicina aumenta, o conhecimento atualizado sobre atenção à saúde diminui, mostrando haver uma correlação negativa, estatística, e clinicamente significativa entre essas variáveis².

Os resultados dessa revisão sistemática são paradoxais, à medida que é geralmente aceito que a experiência clínica leva ao conhecimento e à habilidade, e conseqüentemente a uma melhor atenção e cuidado ao paciente. Algumas razões poderiam explicar esses resultados: 1. É provável que os médicos criem uma bagagem de decisões clínicas durante a trajetória de prática, que não é atualizada periodicamente; 2. Médicos mais antigos se mostram menos dispostos a adotar novas evidências terapêuticas e são menos receptivos a novas condutas de prática clínica; 3. Adicionalmente, inovações práticas, envolvendo mudanças teóricas, como o uso de terapêutica cirúrgica menos agressiva ou protocolos de