

- Carlos E. C. Martins
- Rogério L. R. Videira
- Gleicy K. Barcelos

Parada cardiorrespiratória em obeso mórbido e reanimação com massagem cardíaca subdiafragmática

Hospital e Maternidade São Luiz, São Paulo

INTRODUÇÃO

A anestesia no obeso mórbido é um desafio. As complicações são freqüentes e, muitas vezes, de difícil tratamento.

RELATO DO CASO

Paciente feminina, 59 anos, 138 kg, 1,56 m, índice de massa corpórea (IMC) = 56, 7 kg/m², P2 (antigo ASA II), hipertensa. Tratada com atenolol + clortalidona, foi submetida à gastroplastia redutora por laparotomia. Monitorização com cardioscópio, capnografia, oxímetro de pulso, pressão arterial média (PAM) e pressão venosa central (PVC) (v. jugular interna direita). Técnica anestésica combinada: anestesia geral e raqui-anestesia em L3/L4, agulha 27 G x 4 11116. Foram utilizados bupivacaína hiperbárica (5 mg) + sufentanil 10 mcg + morfina 0,5 mg intratecal. A anestesia geral foi induzida com midazolam (2 mg), fentanil (250 mcg), propofol 150 mg e succinilcolina 160 mg. Manutenção com propofol em infusão alvo controlada 3,5 mcg/ml, atracúrio 7 mcg/kg/min, sevoflurano 0,5% e N₂O a 50%. Após 4 h, a paciente apresentou bradicardia com repercussão hemodinâmica (FC = 52 bpm, PA = 6.032 mmHg), sendo medicada com atropina 0,75 mg. Evoluíu para fibrilação ventricular. Desfibrilada com 200 J, apresentou assistolia. Iniciada MCE com PAM = 30/20 mmHg. Após 3 min e devido à ineficácia da MCE, passou-se para a massagem cardíaca subdiafragmática (MCSD), obtendo-se PAM = 60 mmHg. Depois de 20 min e cinco desfibrilações alternadas com MCSD e 5 mg epinefrina, a paciente assumiu ritmo sinusal e foi encaminhada à UTI com dopamina 5 mcg/kg/min. Recebeu alta da UTI no quarto PO e alta hospitalar no 15º PO.

DISCUSSÃO

A partir de 1960, quando Kouwenhoven descreveu a MCE, a massagem cardíaca interna, outrora muito utilizada, passou a ter indicações restritas, não sendo rotineiramente preconizada nos algoritmos da American Heart Association. No entanto, em algumas situações, em que existem dificuldades técnicas que tornam a MCE ineficaz, poderiam ser usadas técnicas alternativas. A MCSD possui algumas vantagens durante a cirurgia com abdome aberto, como menor incidência de fratura de costelas e outras lesões. A compressão digital da aorta abdominal direciona o fluxo da massagem para os órgãos alvo da reanimação (coração e cérebro). Neste caso, o sucesso da reanimação prolongada pode ser creditado à utilização da técnica.

REFERÊNCIAS

1. Rieder CF. A study of the techniques of cardiac massage with the abdomen open. *Surgery*. 1985;98(4):824-30;
2. Girardi, LN. Improved survival after intraoperative cardiac arrest in noncardiac surgical patients. *Arch Surgery*. 1995;130(1):15-8.

Endereço para correspondência:

Carlos Eduardo da Costa Martins
Rua Doutor Alceu de Campos Rodrigues, 95 – Itaim
São Paulo (SP) – CEP 04544-000