



BLOQUEIO SUBARACNOIDEU NO PRÉ-HOSPITALAR: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO



Lufinha, A*; Duarte, C**

VMER do Hospital de São Francisco Xavier
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE



INTRODUÇÃO:

No actual estado da arte, a actuação dos profissionais de saúde na abordagem do politraumatizado consiste na avaliação sistemática da Via Aérea (*Airway*), Ventilação (*Breathing*), Circulação (*Circulation*), estado neurológico (*Disability*) e exposição (*Exposition*), bem como na realização das medidas de ressuscitação necessárias ao doente. Existem situações particulares em que a intervenção do médico consiste essencialmente no controlo da dor para que, com segurança e com o mínimo stress fisiológico para o doente, seja possível estabilizar e transportar a vítima ao hospital.

OBJECTIVO:

Na emergência pré-hospitalar, o conhecimento de técnicas de anestesia regional pode-se revelar primordial no controlo da dor. A realização de bloqueios periféricos encontra-se bastante documentada na bibliografia, enquanto que os bloqueios centrais são muito pouco utilizados no pré-hospitalar devido às particularidades singulares da técnica, à necessidade de assepsia e de uma correcta monitorização hemodinâmica.

CASO CLÍNICO:

Accionamento da Viatura Médica Emergência e Reanimação (VMER) para prestar assistência a um indivíduo do sexo ♂, de 71 anos, com antecedentes pessoais de Hipertensão Arterial, vítima de acidente agrícola com um arado motorizado, no concelho de Cascais.



À chegada da VMER, o doente encontrava-se sentado sobre o arado agrícola, apresentando o membro inferior direito (MID) esfacelado, polifracturado, enrolado e preso nas lâminas do arado, o que lhe provocava dores insuportáveis. O doente encontrava-se consciente (GCS 15) e hemodinamicamente estável. Procedeu-se à avaliação inicial e monitorização do doente. De seguida, efectuou-se um Bloqueio Subaracnoideu (BSA) com Lidocaína (50 mg) e Sufentanil (2,5 µg), ao nível L4 – L5, por abordagem mediana, utilizando-se o mandril de um cateter endovenoso periférico G20. Obteve-se um rápido e eficaz bloqueio motor e sensitivo, com nível em T11, o que permitiu a extracção delicada do membro, sua posterior desinfecção e imobilização, sem a ocorrência de qualquer tipo de complicação. O doente manteve-se sempre consciente, hemodinamicamente estável e sem dores até à unidade hospitalar. Foi operado de imediato, com recurso a uma Anestesia Geral Combinada (BSA + AGB), resultando na amputação do MID pelo 1/3 médio da coxa. Pós – operatório imediato e tardio decorreu sem qualquer tipo de evento digno de registo.



CONCLUSÃO:

Na abordagem do politraumatizado, o controle emergente da dor, a analgesia e a sedação constituem reais desafios na emergência pré-hospitalar. A escolha da técnica analgésica depende do estado físico do doente, da localização e tipo de lesões apresentadas e em particular da experiência do médico no local. Os bloqueios periféricos (plexos ou de nervos) e do neuroeixo são alternativas exequíveis em determinadas situações especiais, desde que sejam garantidos os indispensáveis cuidados na realização destas técnicas. Em situações muito particulares, e após cuidadosa avaliação dos prós e contras, o recurso a estas técnicas pode constituir uma solução muito eficaz no controlo da dor.

Bibliografia:

- 1) "Anaesthesia, Pain, Intensive Care and Emergency Medicine - A.P.I.C.E.", de A.Gullo
- 2) "Prehospital and emergency room pain management for the adult trauma patient", de Caroline Telion e Pierre Carli.

- * Assistente Hospitalar de Anestesiologia
** Tripulante Ambulância Socorro da VMER