

Assistolia em paciente submetida à raquianestesia

CET-SBA do Serviço de Anestesiologia Itajaí, Itajaí, Santa Catarina

■ Jurandy B. Silva
■ Adecir G. Neubauer
■ André O. Cenci
■ Dante Ranieri Júnior

INTRODUÇÃO

A raquianestesia é um procedimento utilizado com frequência para cirurgias do abdome inferior. Apesar da sua aparente simplicidade, é dotada de riscos, dentre eles, a parada cardíaca, numa incidência de 0,07%. Relatamos a seguir o caso de uma paciente que evoluiu com assistolia após ter sido submetida à raquianestesia.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 50 anos, estado físico P1 (antigo ASA I), com indicação de histerectomia abdominal por miomatose uterina. Hemodinamicamente encontrava-se estável, exame cardiopulmonar e laboratorial sem alterações, IMC 36,3 kg/m². A paciente foi monitorizada com PANI, cardioscópio e SpO₂. Venóclise com cateter 18 G em MSD e sedada com midazolam 1 mg. Foi proposta uma raquianestesia com bupivacaína hiperbárica 0,5% 20 mg, sufentanil, 3 mcg e morfina 50 mcg, com a paciente sentada, no espaço L2-L3 e agulha tipo Quincke 26 numa velocidade de 1 ml/3 s. Em seguida foi colocada em cefalodeclive e, após 3 minutos da injeção, foi testado o nível térmico do bloqueio, que já se encontrava em T2-T3. Decidiu-se pela atropinização precoce (0,5 mg) e, enquanto se preparava a droga, a paciente evoluiu com bradicardia severa seguida de traçado de ECG isoelétrico, ausência de curva de pletismografia e de

pulso carotídeo. Com a paciente em cefalodeclive, iniciaram-se as manobras de ressuscitação. Após 30 segundos de MCE, já se observava a presença de pulso carotídeo e retorno do ritmo sinusal, bem como exame neurológico normal. O ato cirúrgico, a partir de então, transcorreu normalmente e a paciente recebeu alta da SRPA após 3 h do bloqueio.

DISCUSSÃO

A arritmia mais freqüente relacionada à raquianestesia é a bradicardia, entretanto, neste caso, a mesma foi tão severa, que evoluiu para assistolia. Relacionamos tal fato não só ao bloqueio das fibras cardioaceleradoras, mas também ao desencadeamento de reflexos cardíacos, como o Bezold Jarish. Em pacientes com instalação alta de bloqueio (acima de T4), a atropinização precoce se mostra uma alternativa adequada.

REFERÊNCIAS

1. Pollard JB. Cardiac arrest during spinal anesthesia: common mechanisms and strategies for prevention. *Anesth Analg.* 2001;92:252-6.
2. Auroy Y, Narchi P, Messiah A, et al. Serious complications related to regional anesthesia. *Anesth.* 1997;87:479-86.

Endereço para correspondência:

Jurandy B. Silva
Avenida Marcos Konder, 1.111 – Centro
Itajaí (SC) – CEP 88301-303