

Síndrome da Suspensão Inerte

Por: Dr. Oswaldo Alves Bastos Neto

No início da década de 1980, a Comissão Médica da Federação Francesa de Espeleologia participou da investigação de alguns óbitos que ocorreram em situações peculiares. Na ocasião das investigações a causa das mortes foi definida como decorrente da exaustão hipotérmica.

Em 1983 uma nova hipótese surgiu como origem dos óbitos relatados: Síndrome da Suspensão Inerte. No ano seguinte teve lugar o primeiro teste controlado para verificar tal hipótese. Os dois primeiros sujeitos do teste desfaleceram e apresentaram problemas potencialmente sérios, incluindo anormalidade da pressão arterial e anormalidades de ritmo cardíaco, esta surgindo de forma abrupta em um período de 2 a 12 minutos e sem comemorativos. Pelo resultado inicial destes testes, o experimento foi abortado, sendo considerado arriscado. Por outro lado verificou-se que pessoas saudáveis, quando suspensas inertes em cintos de segurança, podiam apresentar um quadro clínico característico, de rápida evolução e que caso não fosse tratado devidamente poderia levar ao óbito, independente de outras causas. O tratamento desta anormalidade, aventado nesta ocasião, seria a retirada da vítima da suspensão. Posteriormente o experimento foi retomado sob condições de controle mais rigorosas. Procedeu-se o controle de pulso, pressão arterial, eletrocardiograma, eletroencefalograma e vários controles sanguíneos. Equipamentos de reanimação foram colocados a disposição da equipe de teste.

Mesmo com todo este aparato, existia a possibilidade da retirada rápida da "vítima" de sua condição de suspensão. O resultado destes testes corroboraram os achados do primeiro. O controle de pulso excluiu a hipótese de compressão arterial por compressão pelo cinto.

O mecanismo fisiopatológico foi descrito inicialmente como uma anormalidade do sistema cárdio - circulatório ocasionando uma diminuição na pressão arterial no sistema nervoso central, podendo ocasionar o óbito.

Estudos posteriores demonstraram outras peculiaridades. Os membros inferiores comportam cerca de 20% do volume circulatório e sob circunstâncias normais o retorno deste volume ao coração é favorecido pelo sistema valvular venoso e pelo mecanismo "vis a tergo", ou popularmente bomba muscular. Uma pessoa em suspensão inerte, independente do cinto utilizado, fica com este volume represado nos membros inferiores. Esta situação é semelhante a um choque circulatório classe 2 (15 - 30%) e as reações fisiológicas posteriores tendem a agravar o quadro, levando uma pessoa rapidamente à inconsciência. Além dos aspectos mencionados existem outros que podem colaborar ou não com o processo:

- - a habilidade de movimentar os membros inferiores;
- - desidratação;
- - hipotermia;
- - choque;
- - fadiga;
- - estado de consciência e

- grau de inclinação do corpo.

O quadro geral pode ser agravado com a síndrome compartimental resultante de trauma ou suspensão prolongada. Tratamento médico de urgência nestas condições deve ser direcionado para a retirada do cinto, hidratação, correção dos possíveis desvios metabólicos (geralmente acidose metabólica), manutenção da perfusão renal e oxigenoterapia. Cabe lembrar que após suspensão prolongada o quadro também pode ser superposto a fenômenos trombóticos.

- O uso de calça militar anti-choque pode ser uma boa opção durante o transporte até a sala de emergência, principalmente quando existir a necessidade de transporte na vertical, como nos resgates de espaço confinado p. ex.. Sempre deve ser avaliada suas vantagens e desvantagens.
- Por todo o exposto concluímos:
- devemos reconhecer a existência de um entidade mórbida característica e potencialmente fatal denominada Síndrome da Suspensão Inerte;
- toda pessoa suspensa em um cinto de segurança pode apresentar tal quadro clínico, mesmo após pequenos períodos. Em caso de quedas, acompanhadas ou não de traumas, o quadro pode agravar-se; devemos evitar o transporte de vítimas na vertical, na medida do possível. A calça militar anti-choque é altamente recomendável nesta situação, ressalvadas as condições clínicas que a contra-indicam;
- toda pessoa efetuando atividades verticais, esportivas ou laborais, que possam predispor a suspensão inerte deve ter a possibilidade de ser retirada rapidamente da situação em caso de anormalidade ou acidente. Estas situações colocam sob suspeição a utilização exclusiva de trava quedas com únicos sistemas de segurança, principalmente quando utilizados sem sistemas de absorção de impacto (dissipadores de energia de impacto);
- não deve ser permitida a atividade em meio vertical de qualquer pessoa portadora de anormalidade que possa contribuir para o desenvolvimento do quadro, em especial as cardio-circulatórias;
- deve ser incentivado o trabalho em equipe, evitando-se o trabalho solitário no meio vertical.

Quanto a que o acidentado deve ser retirado "devagar"???

Considerando o represamento venoso já citado, caso a vítima seja retirada de forma abrupta será produzida uma sobrecarga em todo sistema circulatório que poderá resultar em outros problemas como: edema pulmonar, infarto, AVC (acidente vascular cerebral), dependendo da rapidez da retirada, da condição de saúde da vítima, etc.

Em casos de quedas em que podem estar sobrepostas patologias como esmagamento muscular e trombose, a retirada abrupta pode, no primeiro caso produzir um retorno excessivo de mioglobina e potássio ao sistema circulatório sendo estas responsáveis por lesão renal e alteração do ritmo cardíaco (dependendo da concentração e condições pregressas da vítima), e no segundo caso migração do coágulo aos pulmões produzindo uma trombose pulmonar, quadro este potencialmente fatal.