

Paragem Cardio-Respiratória no Enfarte Agudo do Miocárdio: Um Caso de Recuperação Total



Alline Maçarico *, Tiago Amaral **

* Interna do Internato Médico de Anestesiologia, ** Enfermeiro do Serviço de Urgência Geral Polivalente
Viatura Médica de Emergência e Reanimação - Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE, Lisboa

A doença miocárdica e a morte por paragem cardíaca constituem um significativo problema de Saúde Pública [1].
Relatamos um caso de enfarte agudo do miocárdio (EAM) com paragem cardio-respiratória (PCR) presenciada pelo médico e enfermeiro da viatura médica de emergência e reanimação (VMER).

CASO CLÍNICO

- Activação da VMER para doente do sexo masculino, 70 anos e précordialgia associada a náuseas e sudorese.
- Chegada ao local em 5 minutos.
- No local: doente em Score de Glasgow (GCS) de 15, sentado, pálido e diaforético.
- Antecedentes de hipertensão arterial, tabagismo, dislipidémia e síndrome coronário agudo há 10 anos.
- Précordialgia intensa com irradiação para o membro superior esquerdo, desencadeada por stress emocional há 40 minutos e acompanhada de náuseas e episódio de vómito. Automedicado com nitroglicerina sublingual há 2 minutos.
- Perda súbita do estado de consciência. Verificou-se PCR com ritmo de fibrilhação ventricular (Figura 1).
- Procedeu-se a desfibrilhação. Manteve-se SAV.
- 1 minuto depois o doente reagiu, demonstrando recuperação da circulação espontânea.
- Avaliaram-se valores de frequência cardíaca, tensão arterial e oximetria periférica dentro da normalidade.
- O ECG mostrou infradesnívelamento ST e ondas T negativas de V4 a V6 (Figura 2).
- Iniciou-se terapêutica com: AAS (250 mg p.o.), Morfina (2+2+4+2 mg e.v.) e DNI (2+2 mg e perfusão a 2 mg/h e.v.).
- Verificou-se recuperação progressiva do estado de consciência para GCS de 15 com sonolência.
- Após contacto com o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), procedeu-se a transporte para Unidade de Cuidados Intensivos Coronários a 5 minutos de distância.
- Posteriormente houve uma evolução electrocardiográfica para supradesnívelamento ST de localização anterior (Figura 3).
- O cateterismo cardíaco revelou oclusão proximal da artéria coronária descendente anterior com vascularização retrógrada a partir de ramos da artéria coronária direita.
- O ecocardiograma evidenciou razoável função ventricular esquerda (Fracção de Ejecção de 58%).
- Alta hospitalar após 8 dias.
- Actualmente, passados 10 meses, o doente mantém o seu nível de funcionalidade com independência na realização das actividades de vida diária. É seguido em consulta de Cardiologia.

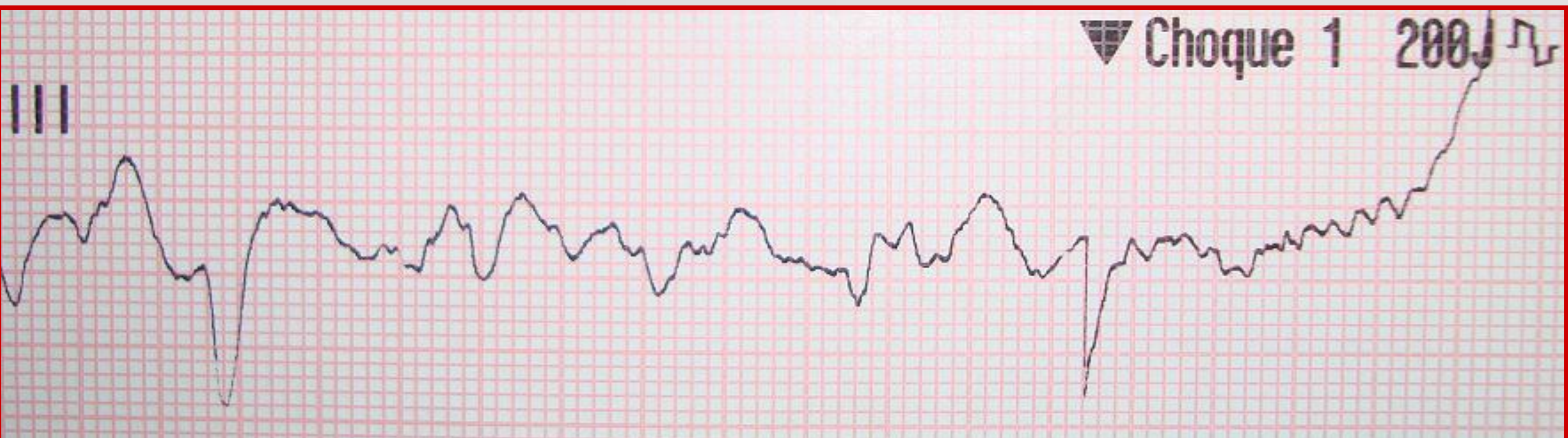


Figura 1 – Tira de ritmo em Fibrilhação Ventricular

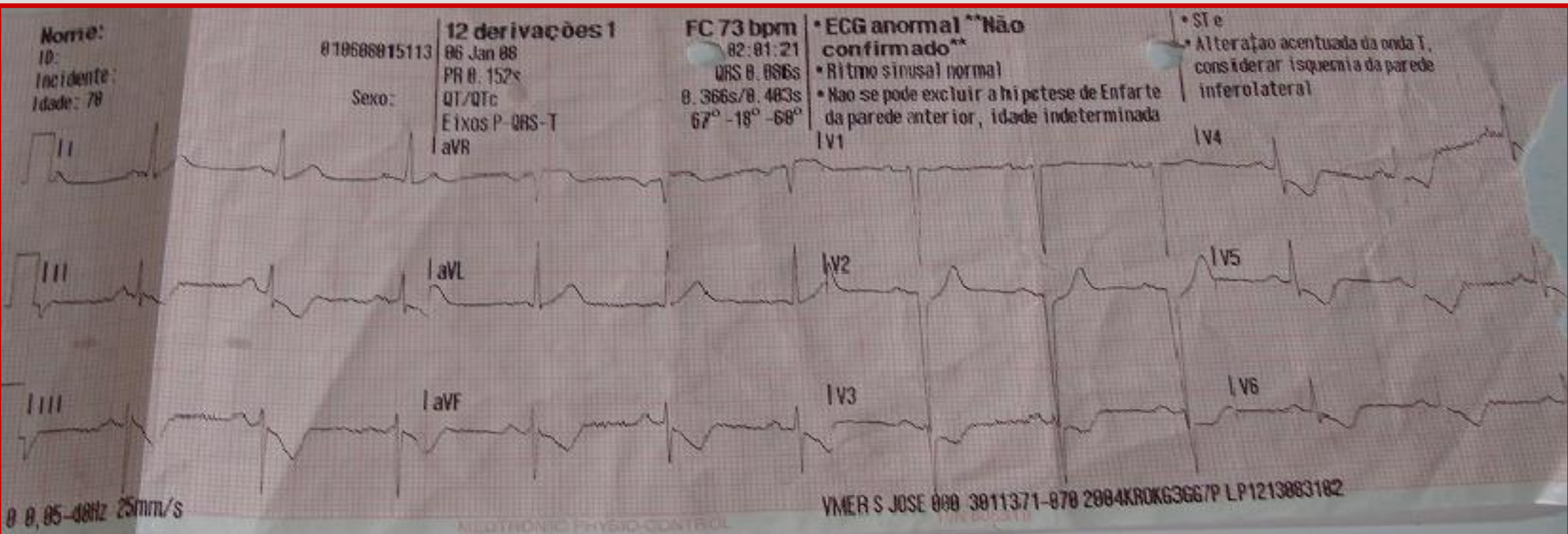


Figura 2 – ECG efectuado pela VMER após recuperação de circulação

	6/1/08 - Admissão	6/1/08 - 6 Horas Depois
AST	33 U/L	118 U/L
CK	192 U/L	1183 U/L
CK MB	44 U/L	143 U/L
Troponina T	0,083 ng/L	1,720 ng/L

Tabela 1 – Enzimologia Cardíaca

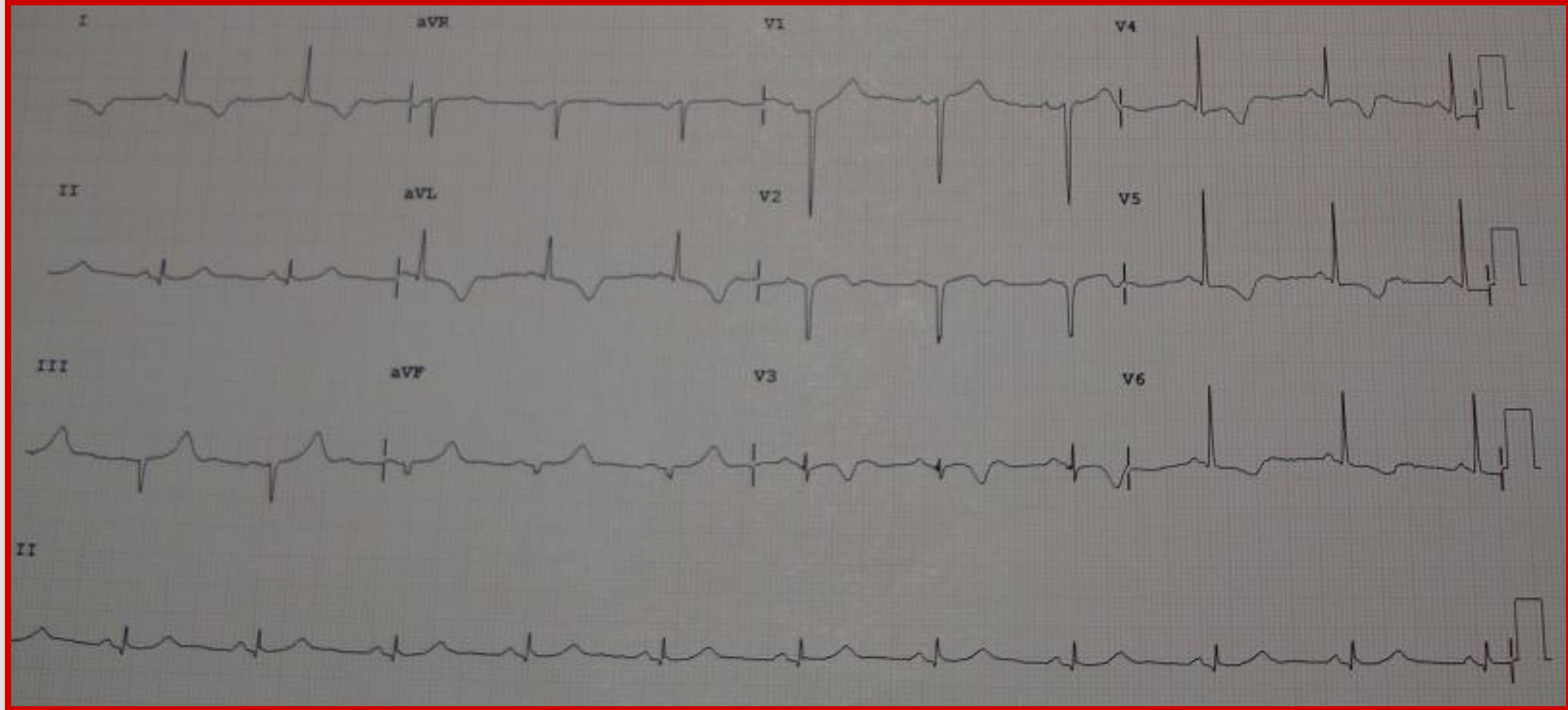


Figura 3 – ECG efectuado 24 horas após o episódio

CONCLUSÕES

- Neste caso evidencia-se o papel da emergência médica pré-hospitalar na diminuição da mortalidade e morbilidade no EAM [1].
- Vários factores contribuíram para o bom prognóstico do doente, que mantém o seu nível de funcionalidade prévio:
 - A gravidade da sintomatologia foi reconhecida pelo doente, que atempadamente activou os meios de emergência [2].
 - A PCR foi presenciada e a desfibrilhação precoce [2].
 - O doente foi correctamente encaminhado para uma unidade hospitalar diferenciada e próxima do local [2].