

# LIFE SAVING<sup>®</sup> SCIENTIFICO

PREVIOUSLY SEPARATA CIENTIFICA

NÚMERO 01 VOLUME 8

FEVEREIRO 2022

## Abordagem do doente agitado ou agressivo no pré-hospitalar

HOT TOPIC

**DRONE-DEA:**  
estará o futuro mais  
próximo?

LIFESAVING TRENDS

**Métodos de Triagem  
Extra e Intra-hospitalar  
em Situações de  
Catástrofe**

REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

**O Impacto Psicológico da  
Pandemia Covid-19 nos  
Profissionais de  
Emergência Pré -  
Hospitalar**

REFLEXÕES BREVES SOBRE A  
EMERGÊNCIA MÉDICA

Para 22

## VAMOS PÔR O ECG NOS EIXOS

# ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO POSTERIOR – COMO DESVENDAR O LADO OCULTO DO CORAÇÃO.

Teresa Tomásia Silva<sup>1</sup>, Tiago Branco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Interno de Formação Específica, Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Serviço de Medicina Interna

Mulher de 76 anos, com fatores de risco cardiovascular (hipertensão arterial presumidamente essencial, diabetes mellitus tipo 2, ex-fumadora há 20 anos com carga tabágica 21UMA) e antecedentes pessoais de cardiopatia isquémica, refere sensação de indisposição e náusea intensas após o jantar seguidas, pelas 23.30h, de torácica opressiva com irradiação ao membro superior esquerdo, que se manteve de forma intermitente ao longo da noite. No dia seguinte, por recidiva de dor torácica, ativou a emergência pré-hospitalar e foi assistida pela VMER, apresentando Eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações sem alterações de relevo. No serviço de urgência, já sem dor torácica, repetiu ECG acrescido das derivações direitas e posteriores, evidenciando infradesnivelamento de ST (infraST) nas derivações anteriores, sem alterações nas posteriores. Analiticamente, apresentava Troponina I de alta sensibilidade de 307 pg/mL. Cerca de 45 minutos mais tarde, teve recidiva de toracalgia e realizou novo ECG (Figura 1) que apresentava: Ritmo sinusal, com 56 batimentos por minuto, sem desvios do eixo elétrico, com infraST de V1-V5 e DII, e supraST V7-V9.

Com base nos sintomas e no ECG, assumiu-se o diagnóstico de Enfarte Agudo do Miocárdio com supradesnivelamento de ST (EAMcSST) posterior, sendo admitida no Laboratório de Hemodinâmica, onde realizou coronariografia que revelou oclusão trombótica de artéria coronária Circunflexa, tendo sido submetida a angioplastia primária com stent.

O EAMcSST posterior isolado é pouco comum (3-11% dos casos) e o seu diagnóstico eletrocardiográfico requer sensibilidade e perspicácia, dada a ausência de um supradesnivelamento óbvio do segmento ST à primeira vista. No ECG 12d simples, a presença de infradesnivelamento de ST em V1-V3 - consideradas alterações recíprocas “em espelho” da parede posterior - deverá conduzir à suspeita diagnóstica, principalmente na presença de sintomas de isquemia, tornando-se imprescindível a obtenção de derivações posteriores (V7-V9), onde a presença de supradesnivelamento ST implicará revascularização emergente, com impacto prognóstico [4](#)

## BIBLIOGRAFIA

1. O’Gara PT, et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction, *Circulation*, 2013
2. Ibanez B, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation, *EHJ*, 2018

EDITORA



TERESA MOTA

Interna de formação Específica de cardiologia - CHUA

EDITOR



HUGO COSTA

Interno de formação Específica de cardiologia - CHUA

**Palavras-Chave:** Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) posterior; derivações posteriores