

SEPARATA CIENTÍFICA

3ª SEPARATA - EDIÇÃO N. 14- NOVEMBRO 2019

TEMAS EM REVISÃO

Abordagem diagnóstica da dispneia aguda no adulto, no pré-hospitalar

João Santos

DPOC agudizada: breve revisão da abordagem pré-hospitalar

Margarida Viana Coelho

Sintomas prodrómicos de paragem cardiorrespiratória, na pessoa em situação crítica, em contexto pré-hospitalar: uma Revisão Scoping

Diana Alves Varela, Rita Júlia Silva, Sara Canas da Silva, Vasco Monteiro

Quetamina, uma lufada de ar fresco?

Miguel Jacob

HOT TOPIC

Dispneia no doente paliativo - quando curar não está ao alcance

Ana Filipa Santos

RUBRICA PEDIÁTRICA

Estridor Agudo na Criança: Abordagem Diagnóstica e Terapêutica no Pré-hospitalar

Inês Simão

CASO CLÍNICO

Taquicardia Refratária de causa inesperada

Noelia Carrillo-Alfonso, Solange Mega

Contactos:

www.chalgarve.min-saude.pt/lifesaving
neuu.com/lifesaving
lifesavingonline.com
facebook.com/revistalifesaving
facebook.com/vmerdaro
linkedin.com/in/lifesaving-8a5265195



CASO CLÍNICO

Taquicardia Refratária de causa inesperada

Noelia Carrillo-Alfonso^{1,3}; Solange Mega^{2,3}.

¹ Médica Interna de Formação Específica de Anestesiologia, Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro;

² Enfermeira SIV Loulé;

³ VMER Faro e Albufeira.

Ativação de Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) de Faro num dia de Verão, para rendez-vous com ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) de Tavira.

Esta última acionada por um homem de 56 anos encontrado inconsciente dentro do veículo automóvel, estacionado ao sol há várias horas. À chegada da SIV, a realçar hipotensão (Pressão arterial média 50 mmHg) e frequência cardíaca (FC) de 194 bpm. O electrocardiograma (ECG) de 12 derivações realizado pela SIV demonstrou uma taquicardia de complexos estreitos. Admitida Taquicardia supra-ventricular (TSV) pelo médico regulador, com início de protocolo de TSV: Adenosina 6 + 12 mg, sem reversão do quadro clínico. Antecedentes pessoais, medicação habitual ou alergias desconhecidas.



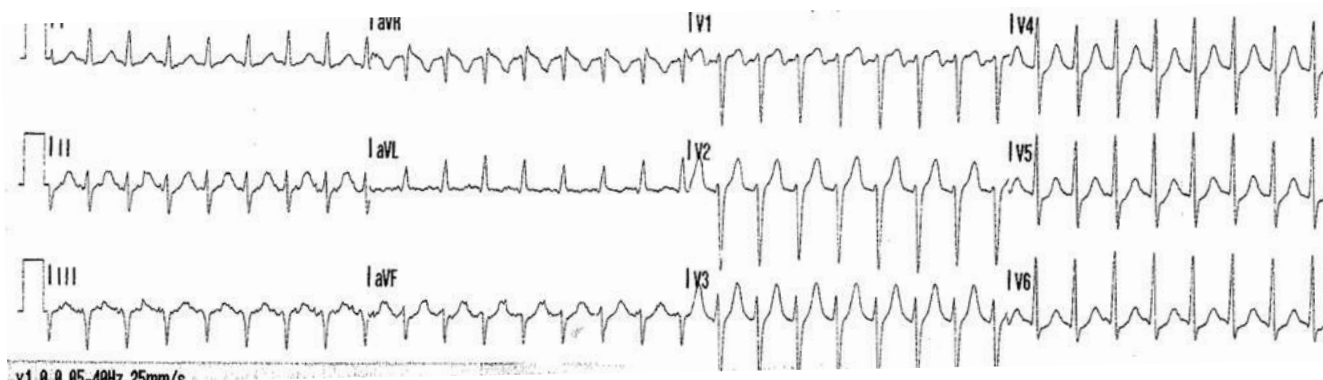


Figura 2 – ECG realizado pela equipa SIV, FC 190 bpm

À chegada da equipa da VMER ao local para rendez-vous, o doente estava deitado na maca da ambulância, mantendo alteração do estado de consciência. Tomadas as medidas de proteção individual, procedeu-se à reavaliação primária com base na abordagem ABDCE. A realçar: Taquipneico, sem sinais de dificuldade respiratória, auscultação pulmonar com murmúrio vesicular mantido e simétrico, SpO2 de 97% com O2 suplementar por máscara facial a 5L/min. Com rubor da face, pele quente e suada, PA 82/40 mmHg (PAM 54 mmHg), FC 170 bpm, tempo de reperusão capilar superior a 2 segundos. Sem aparentes défices neurológicos focais, com movimentos distónicos dos membros inferiores, Glasgow Coma Scale (GCS) 11/15 (O3, V3, M5), Glicémia 136 mg/dL. Na exposição do doente salienta-se hálito etanólico.

Realizou-se novo ECG 12 derivações que demonstrou taquicardia de complexos QRS estreitos, aparentemente regulares, FC aproximada de 170 bpm. Assumida Taquicardia Supra-Ventricular com sinais de gravidade. Sedado com Midazolam 6mg, e realizada duas tentativas de cardioversão sincronizada com 100J e 150J, ambas infrutíferas.

Tendo em conta a manutenção do quadro clínico, opta-se por terapêutica beta-bloqueante com Esmolol 20 + 20 mg, e fluidoterapia com 500 + 500 ml de soro fisiológico. Inicia-se transporte acompanhado com médico para a Unidade Hospitalar – Urgência do Hospital de Faro. Durante o mesmo, o doente apresentou melhoria do

estado de consciência, G14/15 (O4, V4, M6), diminuição máxima da FC em 125 bpm, pele sem alterações, TRC < 2 segundos, restantes parâmetros similares.

À chegada da Sala de Reanimação do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), uma hora depois da activação, GCS 14/15, aumento da FC para 140 bpm, TA 130/86mmHg, com SatO2 99% com O2 a 5L. É realizada pesquisa do processo clínico que revela: antecedentes pessoais de abuso de álcool com internamento prévio em Psiquiatria. Última consulta desta especialidade há 6 meses onde foi prescrito Setralina, Oxazepam e Dissulfiram a realizar diariamente. Analiticamente, a realçar alcoolémia de 260mg/dL, tóxicos negativos à excepção de benzodiazepinas, e gasimetria arterial com Lactatos 4.9mmol/L, Na+ 152 mmol/L. Realizado novo ECG, discutido com Urgência de Cardiologia que admite taquigrafia de ritmo sinusal.

Melhoria no decurso da estadia na Sala de Reanimação, com frequências cardíacas a reduzir gradualmente. Aumento progressivo do GCS para 15/15, permitindo averiguar história: doente terá tomado medicação habitual prescrita, incluído dissulfiram, simultaneamente com álcool. Não sabia que não podia misturar estas duas substâncias. Contactado CIAV- indicou apenas medidas de suporte. Manteve fluidoterapia, iniciando tiamina e dextrose 5%.

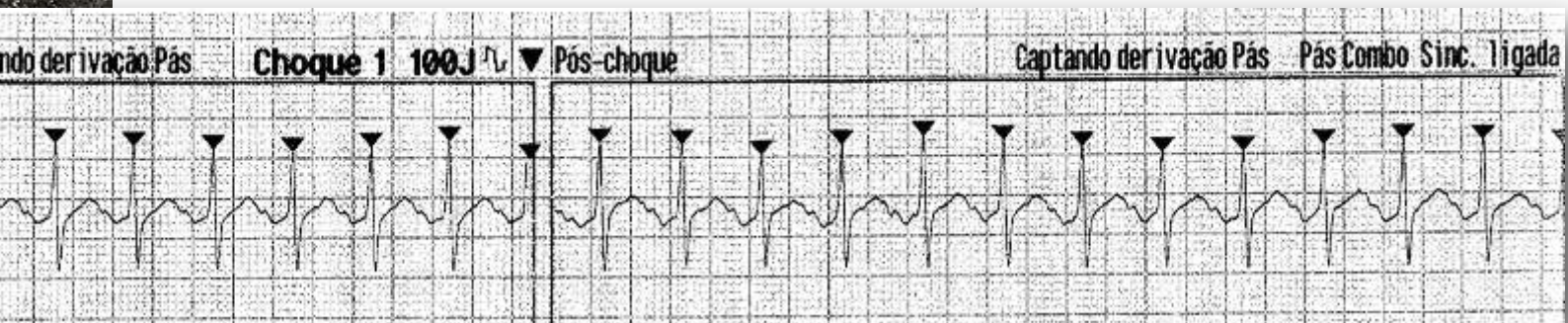


Figura 2- ECG após 1ª tentativa cardioversão sincronizada a 100J

Diagnóstico final de **Taquicardia Sinusal** no contexto de interação entre álcool e Dissulfiram, desidratação hiper-natrémica, no contexto de permanência no carro exposto ao sol durante várias horas, e hipoperfusão tecidual por desidratação e baixo débito por taquicardia mantida. Alta umas horas depois, assintomático, com FC rondando os 110 bpm.

Discussão

O Dissulfiram é um medicamento utilizado como dissuasor no consumo de álcool crónico. Provoca reações físicas desagradáveis após ingestão do mesmo, por interferir no metabolismo do álcool ingerido. Bloqueia a enzima aldeído desidrogenase, responsável pela metabolização do acetaldeído a acetato, levando assim um aumento das concentrações do último. A intensidade e duração da reação adversa depende das concentrações de fármaco e álcool no sangue. Os sintomas habituais podem ser: rubor da face, cefaleias, tonturas, suores, dor torácica, taquicardia, hiperventilação, hipotensão, alteração do estado de consciência e outros sintomas neurológicos como o síndrome extra-piramidal. O desconforto associado a esta reação é tido como estímulo negativo para a ingestão de bebidas alcoólicas.

Realçamos a importância do pré-hospitalar numa primeira abordagem à vítima crítica, com coordenação através do CODU das equipas VMER e SIV. No entanto, é vital ressaltar que nem sempre nos é possível solucionar os casos no exterior, tanto pela impossibilidade de realização de outros meios complementares de diagnóstico, como pelo facto de não conseguir saber informação valiosa como medicação habitual e antecedentes pessoais de um doente que se apresente inconsciente.

Conclusão

Interpretado inicialmente como um caso de taquicardia supra-ventricular com critérios de gravidade, que apesar de tratamento dirigido não sofreu reversão. O sucedido fez repensar o diagnóstico de uma taquicardia regular de complexos estreitos, cuja verdadeira causa apenas se descobriu com um CHAMU adequado após pesquisa do processo clínico do doente e recuperação do estado de consciência- taquicardia sinusal por interação entre álcool e dissulfiram. Não sendo nem um fármaco comumente utilizado, nem uma reação expectável, o caso em questão tornou-se num desafio para as equipas do pré e intra-hospitalar, que trabalharam em conjunto para o benefício do doente.

Take Home Messages

Nos doentes inconscientes por vezes apenas a pesquisa do historial médico permite averiguar o diagnóstico correcto.

O dissulfiram é um fármaco utilizado no alcoolismo crónico. Em simultâneo com ingestão de álcool provoca reações adversas no organismo, como a taquicardia sinusal refractária. [L](#)

Referências Bibliográficas

- 1 – Soghoian S, Wiener S. Disulfiram Toxicity Clinical Presentation: History, Physical, Causes. <https://emedicine.medscape.com/article/814525-clinical#b1>. Published 2016.
- 2 —Folheto Informativo: Tetradim 500 mg, Dissulfiram. 2018. http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=8415&tipo_doc=fi.

