

REVERSÃO DE TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR POR MANOBRA DE VALSALVA MODIFICADA NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: RELATO DE CASO

Pedro Henrique Fortes Caldas¹, Jean Harraquian B Kiss², Dione Francisca dos Santos³, Juliana Monteiro Couto⁴, Adriano Figueredo Neves⁵, Wilson Ferreira da Silva Junior⁶

¹⁻⁶ Universidade Luterana do Brasil– Ulbra Manaus/ Medicina
phcaldas.med@gmail.com

RESUMO: As taquicardias supraventriculares (TSV) representam causa frequente de atendimento em serviços de urgência e emergência. No cenário pré-hospitalar, intervenções rápidas, eficazes e seguras são essenciais. Relata-se o caso de um paciente masculino, 46 anos, caminhoneiro, com histórico de uso prévio de anfetaminas, que apresentou episódio de TSV estável, atendido em base do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Após monitorização e tentativa sem sucesso de compressão do seio carotídeo, foi realizada a Manobra de Valsalva Modificada (MVM), resultando em reversão efetiva para ritmo sinusal. A MVM mostrou-se uma estratégia segura, não farmacológica, de baixo custo e de fácil execução, com rápida resposta clínica. Este relato reforça a aplicabilidade da MVM no atendimento pré-hospitalar como primeira linha em pacientes hemodinamicamente estáveis, reduzindo a necessidade de terapias farmacológicas e seus potenciais efeitos adversos.

PALAVRAS-CHAVE: Taquicardia supraventricular; Manobra de Valsalva modificada; Atendimento pré-hospitalar.

ÁREA TEMÁTICA: Emergências cardiovasculares.

INTRODUÇÃO

As taquicardias supraventriculares (TSV) são taquiarritmias que ocorre devido a disfunções elétricas nos átrios do coração, resultando em batimentos rápidos e irregulares, gerando assim uma frequência cardíaca superior a 100 batimentos por minuto¹.

Na população de forma geral, as TSV afetam com maior frequência os adultos, com uma prevalência de 2,29 a cada 1.000 pessoas², sendo a incidência anual estimada em 36/100.000/ano³. Com exceção da fibrilação atrial, a Taquicardia por Reentrada Nodal (56%), seguida pela Taquicardia por reentrada Átrio Ventricular (27%) são as TSV mais frequentes⁴.

Dentre os mecanismos, podemos citar: 1) hiperautomatismos relacionados à fase 4 da despolarização cardíaca com ritmos acelerados suplantando o ritmo sinusal; 2) atividade deflagrada, que é um mecanismo gerado por interrupções na repolarização das células cardíacas denominadas pós-potenciais que atuam como gatilhos das arritmias; 3) mecanismo de reentrada⁵.

Um dos fatores que podem precipitar essa taquiarritmia é o abuso de drogas, como por exemplo a anfetamina. Essa droga, usualmente utilizada por jovens e por caminhoneiros, sendo conhecida popularmente entre esses de “rebites” que é um simpatomimético que liberam catecolaminas nas terminações nervosas pré-sinápticas, estimulando receptores α e β adrenérgicos e potencializando as arritmias cardíacas⁶.

O tratamento medicamentoso e o elétrico são usualmente utilizados, porém os efeitos aos paciente são referidos com algo incômodo: “falta de ar, sensação de quase morte, compressão no peito”⁷.

Outras alternativas não-medicamentosas podem ser utilizadas primariamente a fim de evitar essas sensações desconfortáveis. A estimulação do nervo vago, através da manobra de Valsalva Modificada (MVM) tem sido um método promissor na emulação parassimpática, apresentando pouco efeito colateral, com eficácia de cerca de 43% de conversões em comparação com 17 % da Manobra Convencional⁸.

A MVM consiste em proceder à expiração forçada por 15 segundos com o paciente em decúbito dorsal a 45°. Imediatamente após, deita-se o paciente a 0° e eleva-se os membros inferiores a 45°, mantendo-se essa posição observando por meio da monitorização o ritmo cardíaco⁷.

No cenário do Atendimento Pré-Hospitalar (APH), a MVM pode ser considerada uma opção nas conversões de TSV a fim de ter maior eficácia para a reversão em ritmo sinusal e a diminuição da necessidade de terapias usuais como a cardioversão elétrica e química.

OBJETIVO

Descrever a eficácia da Manobra de Valsalva Modificada na reversão da taquicardia supraventricular no atendimento pré-hospitalar, destacando sua aplicabilidade, segurança e impacto clínico na abordagem inicial de pacientes hemodinamicamente estáveis.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 46 anos, caminhoneiro, procurou atendimento diretamente na base Leste do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência devido episódio de palpitação, “batedeira no peito”, desconforto torácico, sudorese, com duração de aproximadamente 20 minutos. Possui histórico de Hipertensão Arterial Sistêmica e está em tratamento irregular com carvedilol e losartana há 8 anos. Ele relatou uso regular de anfetaminas (“rebites”) há 10 anos para se manter acordado durante suas longas jornadas de trabalho, abstinência há 2 meses. Negava tabagismo e etilismo social. No atendimento inicial, sua frequência cardíaca estava em torno de 190 batimentos por minuto (bpm), pressão arterial: 140/90 mmHg, Frequência respiratória: 23 irpm, Saturação: 96 %, temperatura: 35.9 C. Foi realizada o acesso venoso e monitorização, a qual confirmou a presença de TSV. Posteriormente, realizado o exame físico a qual não constatou contraindicações de compressão do seio carotídeo, porém sem sucesso. Em seguida, após a orientação da técnica, o paciente foi submetido a MVM que consistiu em manter o paciente monitorizado e sentado na maca, orientado a assoprar uma seringa de 20 ml por 15 segundos e após esse tempo deitou-se a 0° e elevou-se os membros inferiores a 45°, mantendo-se essa posição observando por meio da monitorização a frequência cardíaca do paciente reduzir gradualmente, retornando ao ritmo sinusal.

DISCUSSÃO DE CASO

As principais taquicardias supraventriculares (TSV) incluem taquicardia por reentrada nodal, reentrada atrioventricular, taquicardia atrial focal e multifocal, flutter atrial e fibrilação atrial⁷. Em pacientes sem cardiopatia estrutural, os sintomas mais comuns são palpitação, desconforto torácico, dispneia e pulsatilidade

cervical⁹. Eletrocardiograficamente, caracterizam-se por complexos QRS estreitos, intervalos RR regulares e ausência ou anormalidade das ondas P¹.

O uso de substâncias simpatomiméticas, como anfetaminas, estimula a liberação de catecolaminas, elevando a frequência cardíaca e a pressão arterial, favorecendo o desencadeamento de TSV^{6,9}.

Em pacientes instáveis, indica-se cardioversão elétrica imediata, enquanto nos estáveis recomenda-se o uso inicial de manobras vagais e terapia farmacológica⁷. A adenosina apresenta alta eficácia, porém está associada a efeitos adversos desconfortáveis^{7,10}.

A Manobra de Valsalva Modificada (MVM) apresenta maior taxa de conversão quando comparada à manobra convencional, com perfil seguro e baixo custo^{8,10}. No atendimento pré-hospitalar, destaca-se por sua rápida execução, eficácia clínica e redução da necessidade de intervenções invasivas^{7,8}.

RESULTADOS

A aplicação da Manobra de Valsalva Modificada promoveu redução progressiva da frequência cardíaca, culminando na reversão da taquicardia supraventricular para ritmo sinusal, sem ocorrência de efeitos adversos. O paciente apresentou melhora imediata dos sintomas, com estabilização clínica, evitando a necessidade de intervenção farmacológica ou elétrica. O desfecho positivo reforça a eficácia da técnica no cenário pré-hospitalar, evidenciando sua utilidade como estratégia inicial segura, rápida e custo-efetiva no manejo da TSV estável.

CONCLUSÃO

Dessa forma, destaca-se o papel crucial da MVM no APH, particularmente pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU. A tentativa de reversão da TSV por meio da MVM deve ser considerada como primeira escolha, tendo em vista o desconforto e os possíveis efeitos adversos associados à administração de adenosina.

REFERÊNCIAS:

1. Samesima N, God EG, Kruse JCL, Leal MG, França FFAC, Pinho C, et al. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre a Análise e Emissão de Laudos Eletrocardiográficos – 2022. Arq Bras Cardiol. 2022; 119(4):638-680
2. Mahtani AU, Nair DG. Supraventricular tachycardia. Med Clin North Am. 2019;103(5):863-79. doi: 10.1016/j.mcna.2019.05.007
3. Tallo FS, Moraes Junior R, Vendrame LS, Lopes RD, Lopes AC. Taquicardias supraventriculares na sala de emergência: uma revisão para o clínico. Rev Bras Clin Med S Paul. 2012;10(6):508-12. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n6/a3186.pdf>.
4. Lee KW, Badhwar N, Scheinman MM. Supraventricular tachycardia - part I. Curr Probl Cardiol. 2008;33(9):467-546. doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2008.06.002.
5. Sra JS, Jazayeri MR, Blanck Z, Deshpande S, Dhala AA Akhtar M. Slow pathway ablation in patients with atrioventricular node reentrant tachycardia and a prolonged PR interval. J Am Coll Cardiol. 1994; 24(4):1064-8.
6. Botelho, S. S. P. et al. Uso do “rebite” entre caminhoneiros que trafegam na BR381 do interior do estado de Minas Gerais. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 7, n. 3, p. 134-40, 2008.
7. Ferreira MHQ, Teixeira AB, Fumagalli BC. Eficácia da manobra de Valsalva modificada como tratamento para reversão de taquicardia supraventricular: revisão sistemática / Efficacy of the modified Valsalva maneuver as a treatment for reversing supraventricular tachycardia: systematic review. Rev Med (São Paulo). 2021 mar.-abr.;100(2):171-7.
8. Appelboam A, Reuben A, Mann C, Gagg J, Ewings P, et al. Postural modification to the standard Valsalva manoeuvre for emergency treatment of supraventricular tachycardias (REVERT): a randomised controlled trial. Lancet. 2015;386(10005):1747-53. doi: 10.1016/S0140-6736(15)61485-4
9. Jacobs W. Fatal amphetamine-associated cardiotoxicity and its medicolegal implications. Am J Forensic Med Pathol. 2006;27:156-60