

A característica principal é a incapacidade do coração de manter um débito cardíaco suficiente para atender as demandas do corpo.

Os mecanismos compensatórios são: dilatação ventricular, retenção de água e sódio pelos rins, aumento dos níveis séricos de renina e angiotensina e hiperatividade simpática com taquicardia e aumento da resistência vascular sistêmica.

### **b. QUADRO CLÍNICO**

Tosse noturna ou dispnéia, ortopnéia, dispnéia aos esforços e edema de membros inferiores.

A presença de dispnéia em repouso ou com esforços mínimos indica um quadro grave.

Cardiomegalia é um achado frequente.

Estertores pulmonares, derrame pleural e terceira bulha.

Radiografia de tórax mostra cardiomegalia e congestão pulmonar.

ECG geralmente está alterado, mas não existem achados típicos.

### **c. CONDUTA**

Orientar o paciente a seguir dieta hipossódica.

Prescrever diurético tiazídico VO caso não haja insuficiência renal.

Considerar o uso de captopril VO.

Colher sangue para hemograma, eletrólitos, função renal e TAP.

Hospitalizar pacientes com quadros graves, sintomas de início recente e doenças de base.

Referir os demais para revisão ambulatorial em no máximo sete dias.

## **59. EMBOLIA PULMONAR**

### **a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO**

Decorrente do deslocamento de um trombo formado no sistema venoso, geralmente nos leitos íleo-femoral ou pélvico.

A embolização oriunda de trombos do sistema venoso distal de extremidades inferiores é mais rara.

As consequências dependem do tamanho do êmbolo e do estado prévio da vítima.

Êmbolos pequenos obstruem só uma pequena parte da árvore vascular pulmonar causando atelectasia e desequilíbrio V/Q com hipoxemia.

Pode haver ou não infarto pulmonar associado a embolia.

A embolização maciça de 60% da árvore pulmonar causa hipertensão pulmonar aguda, sobrecarga de VD, hipotensão sistêmica e choque.

**b. QUADRO CLÍNICO**

Início súbito de: tosse, dispnéia, ansiedade e dor torácica em várias combinações.

Hemoptise e síncope podem ocorrer.

A taquicardia e a taquipnéia são achados comuns.

A radiografia de tórax é anormal na maioria dos casos de infarto pulmonar, mas os achados são inespecíficos. Podem surgir: atelectasias, derrames pleurais e infiltrados pulmonares.

O ECG é geralmente anormal mostrando taquicardia ou alterações difusas de ST-T. O padrão de sobrecarga de VD é mais específico, mas é incomum, a presença de S1/Q3/T3.

Gasometria arterial mostra na maior parte dos casos hipoxemia com PaO<sub>2</sub> < que 80 mmHg.

Os níveis séricos de D Dímero, que é um produto de degradação da fibrina dosado pelo método ELISA tem 95% de sensibilidade para formação de trombo. Se o teste for negativo evita a realização de exames mais invasivos (angiografia).

Os exames mais específicos são disponíveis apenas no hospital, a cintilografia ventilação perfusão, tomografia helicoidal com contraste, ultra-som com doppler e angiografia pulmonar.

**Variáveis clínicas para avaliação da probabilidade de embolia pulmonar**

VARIÁVEL CLÍNICA	PONTUAÇÃO
Sintomas e sinais de Trombose Venosa Profunda	3,0
Diagnóstico diferencial com menor probabilidade que Embolia Pulmonar	3,0
Frequência Cardíaca > 100 bpm	1,5
Imobilização (acamado) > 3 dias ou cirurgia < 4 semanas	1,5
Embolia pulmonar ou Trombose Venosa Profunda prévia	1,5
Hemoptise	1,0
Câncer	1,0

§ A pontuação maior que 4 pontos sugere uma elevada probabilidade de embolia pulmonar.

### c. CONDUTA

Administrar oxigênio suplementar 10 a 15 litros por minuto sob máscara.

Monitorar ECG e oximetria de pulso.

Obter acesso venoso periférico com cateter curto e calibroso.

Identificar se existe alta probabilidade de embolia pulmonar.

Colher sangue para gasometria arterial, dosagem de D Dímero, hemograma, TAP, PTT, função renal, eletrólitos e glicemia.

Intubar caso haja hipoxemia refratária, hipercapnia com queda do nível de consciência (Glasgow  $\leq 8$ ).

Estabilizar hemodinâmica com volume ou infusão contínua de aminas caso a hipotensão seja refratária a volume.

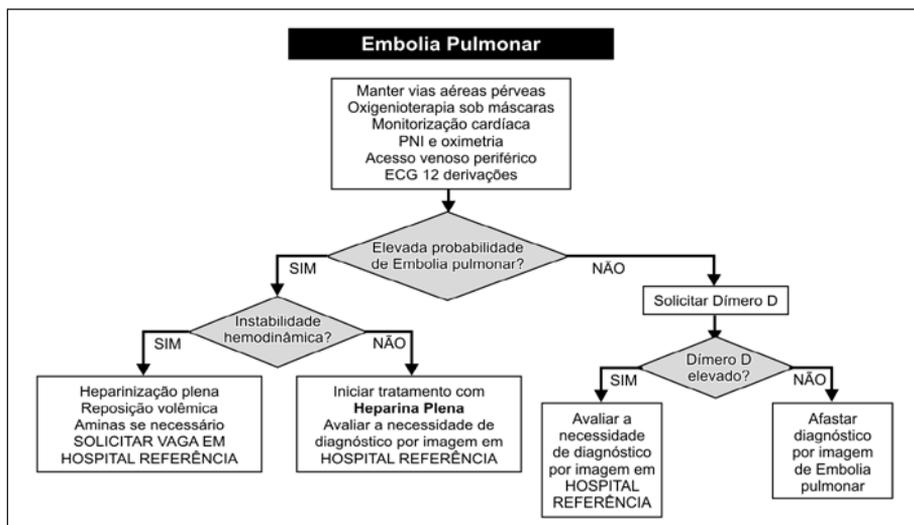
Efetuar radiografia de tórax e ECG de 12 derivações.

Encaminhar pacientes apresentando hipotensão ou choque pós-embolia pulmonar para trombólise.

Iniciar terapêutica anticoagulante com heparina não fracionada na dose inicial de 80 UI/kg IV seguida por infusão de 18 UI/kg/h, ajustando pelo PTT.

Transferir o paciente para hospital de referência com UTI.

### d. ALGORITMO DE EMBOLIA PULMONAR



Algoritmo para avaliação diagnóstica de embolia pulmonar utilizando Dímero D.