

Dependendo do local de dissecação podem ocorrer: AVE, infarto agudo do miocárdio, síncope, tamponamento cardíaco, paralisias ou paraplegias, insuficiência aórtica aguda, hemotórax, isquemia visceral e de extremidades.

Pesquisar no exame físico: assimetria de pulsos, diferença de pressão arterial nos membros superiores, turgência de jugulares e atrito pericárdico, sopro de regurgitação aórtica, sinais de derrame pleural e déficit neurológico.

Diagnóstico diferencial com IAM, angina instável, AVE e abdome agudo. Geralmente é impossível no ambiente pré-hospitalar.

O diagnóstico de certeza é hospitalar através de TC e ecocardiograma bidimensional.

c. CONDOTA

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

Obter dois acessos venosos periféricos calibrosos.

Efetuar analgesia com sulfato de morfina 2 a 4 mg por via intravenosa, repetindo se necessário até a dose máxima de 10 mg.

Evitar a administração de nitratos e outros medicamentos vasodilatadores que produzam taquicardia.

Monitorar oximetria de pulso, eletrocardiograma e PNI.

Ficar atento ao desenvolvimento de hipotensão arterial durante o atendimento. A rotura do aneurisma pode causar hemorragia interna para cavidade pleural, pericárdica ou retroperitônio.

Fazer radiografia de tórax no leito.

Transportar rapidamente a hospital de referência com cirurgia cardíaca e/ou vascular.

Administrar nitroprussiato de sódio IV em infusão contínua 0,5 a 10 µg/kg/min associado a beta bloqueador venoso (esmolol é o medicamento de escolha).

Manter a PAM em 70 a 80 mmHg.

58. INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA

a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

É o resultado final de várias doenças: hipertensão arterial, insuficiência coronariana e outras.

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.