

Administrar volume em quantidade suficiente para manter a pressão sistólica entre 90 e 100 mmHg. A reposição volêmica rápida é imperativa, pois o aumento da pressão venosa central pode manter temporariamente o enchimento ventricular, até a chegada ao hospital.

Efetuar a pericardiocentese nas vítimas que apresentam quadro clínico consistente com tamponamento cardíaco e estão agônicas ou em PCR. Esta é uma medida provisória, antes da realização da toracotomia. O procedimento é mal sucedido em mais de 60% dos casos, pois geralmente o sangue no interior do saco pericárdico está parcialmente coagulado, o que impossibilita sua aspiração por agulha. As complicações da pericardiocentese são: ***pneumotórax, laceração cardíaca ou de coronárias e arritmias.***

Remover o paciente imediatamente para hospital que possua cirurgia de emergência.

107. INTERMAÇÃO

a. CONDUCTA

Remover o paciente para ambiente climatizado.

Abrir vias aéreas de pacientes inconscientes com manobra manual.

Assistir a ventilação caso necessário com BMV e oxigênio.

Manter a permeabilização com cânula orofaríngea ou intubação orotraqueal.

Monitorizar o paciente com cardioscópio, oxímetro de pulso e monitor de PNI.

Administrar oxigênio em todos os pacientes, procurando manter a saturação acima de 92%.

Obter acesso venoso periférico com cateter calibroso.

Prevenir o dano renal causado por mioglobínúria, administrando solução salina isotônica IV, na velocidade de 250 a 500 ml/h.

Seguir o protocolo de choque caso o paciente apresente hipotensão arterial.

Despir o paciente e borrifá-lo com água fria.

Direcionar um ventilador para seu corpo.

Aplicar bolsas de gelo em áreas de grande fluxo sanguíneo como as axilas e a região inguinal.

Colocar os eletrodos do monitor cardíaco nas costas do paciente caso se opte por iniciar o resfriamento com água.

Interromper os procedimentos quando a temperatura central chegar a 40°C.

Controlar convulsões tônico-clônicas com diazepam 5 a 10 mg por via venosa.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados.

Obter vaga em unidade de terapia intensiva.

108. HIPOTERMIA

a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

É a redução da temperatura corporal, que ocorre geralmente após exposição a baixas temperaturas.

É mais comum em idosos, crianças, desnutridos, pacientes com traumatismos de medula espinhal, grandes queimados, indivíduos inconscientes e alcoolizados.

Pode ser classificada em leve, moderada e grave, de acordo com a temperatura corporal.

A imersão em líquidos com temperatura baixa acelera muito a perda de calor.

b. QUADRO CLÍNICO

HISTÓRIA

O paciente deve ser questionado quanto ao uso de medicamentos que alteram o mecanismo termorregulatório e predispõe a hipotermia. Distúrbios da tireóide podem estar associados. Determinar último horário de alimentação do paciente é importante devido ao risco de broncoaspiração.

PULSO

A bradicardia é comum. Abaixo de 30° C a fibrilação atrial é frequente e temperaturas centrais inferiores a 28° C pode ocorrer a fibrilação ventricular. O surgimento da assistolia ocorre em temperaturas inferiores a 21° C.

PRESSÃO ARTERIAL

A hipotensão pode resultar de desidratação intensa, causada por poliúria. Em temperaturas abaixo de vinte e cinco graus a hipotensão arterial é comum.

TEMPERATURA CORPORAL

Os termômetros clínicos não são acurados em temperaturas inferiores a 35° C e a temperatura cutânea não se correlaciona com a temperatura central. Um termômetro timpânico que detecta infravermelho é o método mais prático de aferir a temperatura no pré-hospitalar.