

60. ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL

a. CONSIDERAÇÕES GERAIS

A maioria dos aneurismas é assintomática e é detectada em exames de rotina.

Cerca de 90% dos aneurismas de aorta são infra-renais.

É uma condição comum que pode estar presente em 5% dos homens acima dos 65 anos de idade.

A ruptura do aneurisma é um quadro muito grave associada a 90% de óbito, antes da chegada ao hospital.

A ruptura do aneurisma pode causar hemorragia interna para cavidade abdominal ou retroperitônio.

b. QUADRO CLÍNICO

A ruptura do aneurisma é sugerida por quadro de dor súbita muito intensa no dorso, abdome ou flanco e hipotensão.

Dor abdominal ou no dorso na presença de pulsação aórtica proeminente pode indicar expansão rápida do aneurisma.

Embólias periféricas podem ser causadas por aneurismas de aorta.

A radiografia de abdome pode indicar a presença do aneurisma.

c. CONDUTA

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

Obter dois acessos venosos periféricos calibrosos.

Efetuar reposição com cristalóide IV em bolo de modo a manter a perfusão.

Obter hemograma, função renal, eletrólitos e ECG de 12 derivações.

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

Monitorar oximetria de pulso, eletrocardiograma e PNI.

Ficar atento ao desenvolvimento de hipotensão arterial durante o atendimento.

Manter a PAM em 70 a 80 mmHg.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados.

Fazer radiografia de abdome no leito.

Na suspeita de ruptura ou instabilidade hemodinâmica, o paciente deve ser removido para o hospital para realização de ultra-sonografia abdominal e TC.

Transportar rapidamente a hospital de referência com cirurgia vascular.

61. PERICARDITE

a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

A inflamação aguda do pericárdio (< 2 semanas) pode ser ocasionada por: processo infeccioso, doenças autoimunes (lúpus, artrite reumatóide), neoplasia, pós-irradiação, uremia, pós-IAM ou cirurgia cardíaca.

O tipo mais comum é a pericardite viral, podendo ser causada por: Cocksackie e Echovírus, Epstein Barr, varicela, hepatite, caxumba e HIV. Afeta principalmente homens abaixo de 50 anos.

A pericardite pós-IAM ocorre 5 dias após o IAM e é uma manifestação da necrose transmural.

A síndrome de Dressler ocorre semanas ou meses pós IAM ou cirurgia cardíaca e provavelmente é de origem auto-imune.

A pericardite tuberculosa resulta da disseminação da bactéria por via hematogênica ou linfática.

A pericardite urêmica é uma complicação comum da insuficiência renal e é resolvida com a instituição da diálise.

Raramente pode ocorrer a pericardite bacteriana que é extensão de processo infeccioso pulmonar.

A principal complicação é o tamponamento pericárdico.

b. QUADRO CLÍNICO

Dor torácica pleurítica e postural, que é aliviada quando o paciente se senta.

A dor é subesternal podendo irradiar-se para pescoço, epigástrico, dorso ou ombros.

Pode haver um atrito pericárdico.

Febre e leucocitose podem estar presentes.

O ECG mostra alterações difusas de ST e T, que apresentam uma