

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. CONDUTA**

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  $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$  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.