

Eclâmpsia: ocorre quando convulsões tônico-clônicas generalizadas associam-se ao quadro descrito.

b. CONDOTA

Acalmar pacientes lúcidas.

Manter o ambiente tranquilo, pois ruídos e movimentação podem precipitar uma convulsão.

Posicionar a paciente em decúbito lateral esquerdo.

Administrar oxigênio sob máscara 10 a 15 litros por minuto.

Adotar inicialmente medidas básicas de permeabilização seguida da intubação orotraqueal, caso a paciente esteja inconsciente (Glasgow ≤ 8) ou com depressão dos reflexos de proteção de vias aéreas.

Monitorar oximetria de pulso, eletrocardiograma e tensão arterial por método não invasivo.

Obter acesso venoso periférico.

Administrar diazepam 0,1 a 0,2 mg/kg por via intravenosa em paciente apresentando convulsões.

Considerar a utilização do sulfato de magnésio na dose de 4 g não excedendo 1 g / minuto.

Utilizar cuidadosamente medicamentos anti-hipertensivos no pré-hospitalar.

57. DISSECÇÃO AÓRTICA

a. CONSIDERAÇÕES GERAIS

A laceração da aorta permite que o sangue alcance a camada média dessa artéria e a separe de sua adventícia.

Não é uma condição incomum.

A mortalidade é elevada nas primeiras horas de evolução.

As dissecções envolvendo a aorta torácica constituem indicação cirúrgica de emergência.

b. QUADRO CLÍNICO

Apresentação súbita de dor muito intensa localizada geralmente no tórax anterior podendo se irradiar para o pescoço e região interescapular ou abdome.

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 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.