

Dissecção Aguda de Aorta (DAA)

Guia de manejo e prescrição para DAA: analgesia com opioides, controle rigoroso de FC (meta <60bpm) e PA (100-120mmHg), estabilização hemodinâmica e encaminhamento cirúrgico urgente.

Paciente típico: Homem, 50-70 anos, hipertenso de longa data, apresentando dor torácica ou dorsal de início súbito, lancinante, de forte intensidade, com sudorese, náuseas e PA elevada (geralmente >180/110 mmHg).

? Guia rápido

i Clique nos tópicos abaixo para ver detalhes

História clínica típica

História Clínica

Paciente refere dor torácica de início súbito há \square minutos/horas, de forte intensidade (\square /10), em região anterior do tórax com irradiação para dorso/região interescapular. Dor descrita como "em rasgo", "lancinante" ou "como se algo rasgasse por dentro". Dor migratória, iniciando no tórax anterior e propagando-se para o dorso. Associada a sudorese profusa, náuseas, palidez cutânea e sensação de morte iminente.

Nega trauma torácico, nega febre, nega tosse, nega dispneia significativa. Antecedente de hipertensão arterial sistêmica mal controlada. Pode apresentar síncope no início do quadro (\square % dos casos).

Nega alergias medicamentosas conhecidas.

Exame físico

REG/MEG, ansioso, taquipneico, sudoreico, pálido, agitado pela dor.

PA: MSD □ mmHg / MSE □ mmHg (diferença >20mmHg entre membros sugere dissecação)

FC: □ bpm (geralmente taquicárdico pela dor/estresse adrenérgico)

FR: □ irpm

SatO2: □% em ar ambiente

Tax: □°C

AC: RCR 2T, bulhas normofonéticas. Pode apresentar sopro diastólico de insuficiência aórtica em foco aórtico.

Avaliar sinais de tamponamento cardíaco (hipofonese de bulhas, estase jugular, pulso paradoxal).

AR: MVF sem RA bilateralmente.

Abdome: flácido, RHA+, indolor à palpação, sem massas ou visceromegalias.

Extremidades: pulsos assimétricos ou diminuídos (□% dos casos). Diferença de pulsos entre MMSS.

Perfusão periférica pode estar comprometida. Avaliar déficits neurológicos focais.

HD

- Dissecação Aguda de Aorta (suspeita clínica - Escore ADD-RS \geq 2 pontos)
- Emergência hipertensiva secundária à DAA

Conduta

- EMERGÊNCIA ABSOLUTA - Ativação imediata de protocolo de DAA
- Acesso venoso calibroso (2 acessos) + monitorização multiparamétrica contínua
- Solicitar URGENTE: Angiotomografia de aorta (se hemodinamicamente estável)
- Acionar cirurgia cardiovascular / cirurgia torácica IMEDIATAMENTE
- Ecocardiograma à beira do leito (avaliar derrame pericárdico, tamponamento, insuficiência aórtica)
- Reservar vaga em UTI
- NPO absoluto (preparo para cirurgia)
- Analgesia IMEDIATA com opioides fortes (controlar dor e tônus simpático)
- Controle RIGOROSO da FC ANTES da PA (evitar taquicardia reflexa)
 - Meta FC: <60 bpm com betabloqueadores EV
- Após controle de FC, controle da PA com vasodilatadores EV
 - Meta PAS: 100-120 mmHg (menor pressão tolerada com diurese preservada)
- Exames laboratoriais: Hemograma, Ureia, Creatinina, Eletrólitos, Troponina, Dímero-D, Gasometria, Tipo sanguíneo + RH
- ECG de 12 derivações
- Radiografia de tórax (alargamento de mediastino em 60% dos casos)
- Indicação de INTERNAÇÃO EM UTI - 100% dos casos

Prescrição para paciente típico

No pronto-socorro:

ANALGESIA IMEDIATA (escolher UMA opção)

01. Morfina (10mg/mL) – Diluir 1mL (10mg) + 9mL de SF0,9% = 10mL (1mg/mL),
aplicar 2 a 4mL EV em bólus lento. Repetir 2-4mL a cada 5-15 min se necessário até controle da dor.

OU

Fentanil (50mcg/mL) – Aplicar 2mL (100mcg) EV em bólus lento. Repetir 1-2mL se necessário.

CONTROLE DA FC (ANTES DO CONTROLE DA PA - escolher UMA opção)

META: FC < 60 bpm

02. Metoprolol (5mg/5mL) – Aplicar 5mL EV em bólus lento (em 5 minutos).
Repetir dose a cada 15 minutos até 3 doses (máximo 15mg) ou até atingir meta de FC <60 bpm.

OU

Esmolol (2500mg/10mL) – Diluir 10mL (2500mg) + 240mL de SG5% = 250mL (10mg/mL).

Dose de ataque: 500 mcg/kg EV em 1 minuto.

Manutenção: 25-50 mcg/kg/min em BIC (ajustar conforme resposta).

CONTROLE DA PA (APÓS CONTROLE DA FC - escolher UMA opção)

META: PAS 100-120 mmHg

03. Nitroprussiato de Sódio - Nipride (50mg/2mL) – Diluir 2mL (50mg) + 248mL de SG5% = 250mL.

Iniciar BIC a 5mL/h (0,3 mcg/kg/min). Titular até atingir PAS 100-120 mmHg. Máximo: 10 mcg/kg/min.

Proteger da luz (envolver equipo com papel alumínio). Trocar solução a cada 24h.

OU

Nitroglicerina - Tridil (5mg/mL) – Diluir 10mL (50mg) + 240mL de SG5% = 250mL.

Iniciar BIC a 2mL/h (10-20 mcg/min). Titular progressivamente até atingir PAS 100-120 mmHg.

ANTIEMÉTICO (se náuseas/vômitos)

04. Ondansetrona (4mg/2mL) – Diluir 01 ampola (2mL) + 8mL de SF0,9%, aplicar 10mL EV lento

em 3-5 min.

HIDRATAÇÃO (manter acesso venoso pérvio)

05. Soro Fisiológico 0,9% 500mL – Manter acesso venoso com 20-40 mL/h (KVO - keep vein open).

NÃO fazer expansão volêmica vigorosa (risco de piorar dissecação).

Para casa:

NÃO HÁ PRESCRIÇÃO DE ALTA DOMICILIAR

Dissecação Aguda de Aorta é EMERGÊNCIA ABSOLUTA com indicação de internação em UTI e manejo cirúrgico urgente (Stanford A) ou internação para tratamento clínico intensivo (Stanford B).

LETALIDADE: 1-2% por hora nas primeiras 48h se não tratada adequadamente.

CONDUTA OBRIGATÓRIA:

- Internação em UTI
- Avaliação da cirurgia cardiovascular/torácica
- Angiotomografia de aorta urgente
- Tratamento cirúrgico urgente (Stanford tipo A)
- Tratamento clínico intensivo ou endovascular (Stanford tipo B complicado)

? NO PRONTO-SOCORRO

- **△ MANEJO E CUIDADOS INICIAIS**
 - **DISSECAÇÃO AGUDA DE AORTA É EMERGÊNCIA CARDIOVASCULAR ABSOLUTA**
 - **Mortalidade:** 1-2% por hora nas primeiras 48h se não tratada / 50% de mortalidade em 48h sem tratamento adequado
 - **Triagem:** Sala Vermelha / Prioridade 1 / Acionamento imediato de protocolo
 - **Acesso venoso:** 2 acessos calibrosos (jelco 18G ou 16G) em MMSS diferentes
 - **Monitorização contínua:** PA não invasiva em ambos os braços (diferença >20mmHg sugere dissecação), FC, FR, SatO₂, ECG contínuo
 - **Posicionamento:** Decúbito elevado 30-45° se confortável, repouso absoluto
 - **Oxigenoterapia:** Se SatO₂ <94% (cateter nasal O₂ 2-4 L/min ou máscara 5-10 L/min)
 - **NPO absoluto:** Preparo para cirurgia ou procedimentos
 - **Ativação imediata:**
 - Cirurgia cardiovascular / cirurgia torácica

- UTI (reservar vaga)
- Hemodinâmica (se disponível)
- **ESCORE ADD-RS (Aortic Dissection Detection Risk Score):** Estratificação de risco
 - **Condições de alto risco (1 ponto):** Síndrome de Marfan, histórico familiar de doença aórtica, cirurgia ou manipulação aórtica prévia, aneurisma de aorta torácico conhecido, doença valvar aórtica
 - **Sintomas de alto risco (1 ponto):** Dor torácica/dorsal/abdominal de início abrupto com caráter lancinante ou em rasgo
 - **Sinais de alto risco (1 ponto):** Déficit de pulsos ou diferença de PA nos MMSS, déficit neurológico na presença de dor, novo sopro de insuficiência aórtica na presença de dor, hipotensão/choque
 - **Interpretação:**
 - **0-1 ponto:** Solicitar Dímero-D → se ≥ 500 ng/mL: Angiotomografia de aorta
 - **2-3 pontos:** Solicitar Angiotomografia de aorta diretamente (não aguardar Dímero-D)
- **Exames de imagem prioritários:**
 - **1ª escolha:** Angiotomografia de aorta com contraste (sensibilidade >95%, especificidade >95%)
 - **Alternativa:** Ecocardiograma transesofágico (se instabilidade hemodinâmica ou contra-indicação ao contraste)
 - **Radiografia de tórax:** Pode mostrar alargamento de mediastino (>8 cm), mas NÃO exclui DAA se normal
- **Sinais de alerta CRÍTICOS (indicam complicação grave):**
 - **Hipotensão / choque:** Tamponamento cardíaco, ruptura aórtica contida ou livre
 - **Síncope:** Tamponamento cardíaco, baixo débito, dissecação em carótidas
 - **Déficit neurológico focal:** Dissecação de artérias carótidas, AVC isquêmico
 - **Dor abdominal intensa + acidose:** Isquemia mesentérica (dissecação de artérias mesentéricas)
 - **Anúria / oligúria:** Dissecação de artérias renais
 - **Sopro diastólico novo:** Insuficiência aórtica aguda
 - **Hipofonese de bulhas + estase jugular + pulso paradoxal:** Tamponamento cardíaco
- **SEQUÊNCIA OBRIGATÓRIA DE TRATAMENTO:**
 1. **ANALGESIA** com opioides (controlar dor e diminuir tônus simpático)
 2. **CONTROLE DA FC** com betabloqueadores EV (ANTES do controle da PA) → Meta: FC <60 bpm
 3. **CONTROLE DA PA** com vasodilatadores EV (APÓS controle da FC) → Meta: PAS 100-120 mmHg
 4. **NUNCA** usar vasodilatadores antes de betabloqueadores (risco de taquicardia reflexa e piora da dissecação)
- **Classificação de Stanford:**
 - **Tipo A (62%):** Envolve aorta ascendente → **CIRURGIA URGENTE (mortalidade 1-2%/hora)**

- **Tipo B (38%):** NÃO envolve aorta ascendente (inicia após subclávia E) → **Tratamento clínico OU cirúrgico/endovascular se complicado**
- **Stanford B complicado (indicação cirúrgica/endovascular):**
 - Hipertensão refratária ao tratamento clínico
 - Dor recorrente ou persistente
 - Expansão precoce ou rápida da aorta
 - Hemotórax, hematoma mediastinal crescente (ruptura iminente)
 - Síndrome de má perfusão: isquemia visceral, renal, de membros inferiores ou espinhal

• ANALGÉSICO OPIOIDE

- **Prescrição prática:**
 - **Morfina (10mg/mL)** – Diluir 1mL (10mg) + 9mL de SF0,9% = 10mL (solução 1mg/mL). Aplicar 2-4mL (2-4mg) EV em bólus lento. Repetir 2-4mL a cada 5-15 minutos se necessário até controle completo da dor. Dose máxima inicial: 10mg.
 - **Fentanil (50mcg/mL)** – Aplicar 2mL (100mcg) EV em bólus lento (em 2-3 minutos). Pode repetir 1-2mL (50-100mcg) a cada 3-5 minutos se necessário.
- **Alternativas:**
 - **Tramadol (100mg/2mL)** – Diluir 01 ampola (2mL) + 8mL de SF0,9%, aplicar 10mL EV lento em 3-5 minutos. ATENÇÃO: Menos eficaz que morfina/fentanil para dor intensa da DAA.
- **Indicações:**
 - Analgesia potente para controle da dor severa característica da DAA
 - Redução do tônus simpático (diminui FC, PA e estresse da parede aórtica)
 - OBRIGATÓRIO em todos os casos de DAA
- **Apresentações:**
 - Morfina: 10mg/mL (ampolas de 1mL, 2mL)
 - Fentanil: 50mcg/mL (ampolas de 2mL, 5mL, 10mL)
 - Tramadol: 100mg/2mL (ampolas de 2mL)
- **Via(s):** EV (via preferencial - efeito rápido necessário)
- **Cuidados:**
 - **Contraindicações:** Hipersensibilidade conhecida aos opioides, depressão respiratória grave
 - **Monitorização:** FR, SatO2, nível de consciência (sedação excessiva)
 - **Morfina:** Risco de liberação de histamina (rubor, prurido). Metabolização renal (ajustar em IRC). Náuseas (associar antiemético se necessário).
 - **Fentanil:** Preferir em idosos, IR, instabilidade hemodinâmica (menos hipotensão que morfina). Início de ação mais rápido (1-2 min). Duração mais curta (30-60 min).
 - **Naloxona:** Ter disponível para reversão de depressão respiratória (0,4mg EV se FR <8 irpm ou SatO2 <90% refratária)
 - **Idosos:** Iniciar com 50% da dose (risco aumentado de sedação e depressão respiratória)
 - **Gestantes:** Morfina categoria C - usar com cautela, avaliar risco-benefício (DAA é emergência absoluta)

- **NUNCA** subestimar a dor: controle inadequado piora prognóstico (aumento de estresse simpático)

• BETABLOQUEADOR (controle da FC)

○ Prescrição prática:

- Metoprolol (5mg/5mL) – Aplicar 1 ampola (5mL = 5mg) EV em bólus lento (administrar em 5 minutos). Repetir dose a cada 15 minutos até atingir FC <60 bpm ou dose máxima de 15mg (3 ampolas). Monitorizar FC e PA continuamente.
- Esmolol (2500mg/10mL) – Diluir 10mL (2500mg) em 240mL de SG5% = 250mL (10mg/mL). Dose de ataque: 500 mcg/kg EV em 1 minuto. Manutenção em BIC: 25-50 mcg/kg/min. Titular conforme resposta (aumentar 25 mcg/kg/min a cada 5 min se necessário até FC <60 bpm). Dose máxima: 300 mcg/kg/min.

○ Alternativas:

- Labetalol (100mg/20mL) – Aplicar 20mg (4mL) EV em bólus lento. Repetir 40-80mg a cada 10 minutos até FC <60 bpm ou dose máxima 300mg. Vantagem: betabloqueador + alfa bloqueador (controla FC e PA simultaneamente).
- Propranolol (10mg/10mL) – Aplicar 1mg (1mL) EV lento. Repetir 1mg a cada 5 minutos até FC <60 bpm ou dose máxima 5mg. Uso menos comum (maior risco de broncoespasmo).

○ Se contra-indicação a betabloqueadores:

- Diltiazem (25mg/5mL) – Aplicar 0,25 mg/kg (média 20mg = 4mL) EV em bólus lento em 2 minutos. Pode repetir 0,35 mg/kg após 15 min se necessário.
- Verapamil (5mg/2mL) – Aplicar 2,5-5mg (1-2mL) EV em bólus lento. Repetir 5-10mg após 15-30 min se necessário.

○ Indicações:

- Controle rigoroso da FC antes do controle da PA (prevenir taquicardia reflexa)
- Reduzir estresse de cisalhamento na parede aórtica (força = dP/dt)
- Meta terapêutica: FC <60 bpm (se tolerado - avaliar perfusão e diurese)
- OBRIGATÓRIO iniciar betabloqueador ANTES de vasodilatador

○ Apresentações:

- Metoprolol: 5mg/5mL (ampolas de 5mL)
- Esmolol: 2500mg/10mL (frascos de 10mL), 2500mg/250mL (frascos prontos)
- Labetalol: 100mg/20mL (ampolas de 20mL)
- Diltiazem: 25mg/5mL (ampolas de 5mL)

○ Via(s): EV (obrigatório - necessário efeito rápido e titulável)

○ Cuidados:

- **Contra-indicações absolutas:** BAV 2º/3º grau, bradicardia <50 bpm, choque cardiogênico, asma grave descompensada, DPOC grave descompensado
- **Contra-indicações relativas:** ICC descompensada (avaliar risco-benefício - DAA é emergência)
- **Monitorização contínua obrigatória:** FC, PA, ECG (vigilância de BAV), sinais de hipoperfusão
- **Sinais de sobredose:** Bradicardia grave (<40 bpm), BAV, hipotensão, broncoespasmo
- **Esmolol:** Vantagem de meia-vida ultracurta (9 min) - se efeito adverso, suspender infusão e recuperação em 10-20 min

- **Metoprolol:** Cardioseletivo (menos broncoespasmo que propranolol), mas usar com cautela em DPOC/asma
- **Labetalol:** Vantagem de controlar FC e PA simultaneamente (ação alfa + beta), útil se dificuldade de acesso ou equipe limitada
- **Bloqueadores de canal de cálcio:** Usar APENAS se contra-indicação absoluta a betabloqueadores (menos eficazes em reduzir dP/dt)
- **Atropina:** Ter disponível para reversão de bradicardia sintomática (0,5-1mg EV)
- **Idosos:** Maior risco de bradicardia e hipotensão - iniciar com doses menores e titular cautelosamente
- **Gestantes:** Metoprolol/Labetalol categoria C - usar com monitorização fetal se viável (DAA é emergência materna absoluta)
- **NÃO iniciar vasodilatador** antes de FC controlada (risco de taquicardia reflexa e aumento do dP/dt piora a dissecação)

• VASODILATADOR (controle da PA)

○ Prescrição prática:

- Nitroprussiato de Sódio - Nipride (50mg/2mL) – Diluir 1 ampola (2mL = 50mg) em 248mL de SG5% = 250mL (200 mcg/mL). Iniciar BIC a 5mL/h (0,3 mcg/kg/min para paciente de 70kg). Titular 2-5 mL/h a cada 5-10 minutos até atingir PAS 100-120 mmHg. Dose máxima: 10 mcg/kg/min. PROTEGER DA LUZ (envolver equipo com papel alumínio). Trocar solução a cada 24h.
- Nitroglicerina - Tridil (5mg/mL) – Diluir 10mL (50mg) em 240mL de SG5% = 250mL (200 mcg/mL). Iniciar BIC a 2mL/h (10-20 mcg/min). Titular 1-2 mL/h a cada 5-10 minutos até atingir PAS 100-120 mmHg. Dose máxima: 200 mcg/min.

○ Indicações:

- Controle da PA APÓS controle da FC
- Reduzir pós-carga e estresse na parede aórtica
- Meta terapêutica: PAS 100-120 mmHg (menor pressão tolerada com diurese preservada >0,5 mL/kg/h)
- OBRIGATÓRIO controlar FC antes (betabloqueador deve preceder)

○ Apresentações:

- Nitroprussiato de Sódio: 50mg/2mL (ampolas de 2mL)
- Nitroglicerina: 5mg/mL (ampolas de 10mL, frascos de 50mL)

○ Via(s): □□ EV em BIC (bomba de infusão contínua - necessário controle preciso)

○ Cuidados:

○ Nitroprussiato:

- **Contra-indicações:** Hipertensão intracraniana, coarctação de aorta, insuficiência hepática grave
- **Toxicidade:** Metabolizado em tiocianato e cianeto. Intoxicação por cianeto (acidose metabólica, confusão, convulsões) após uso prolongado (>24-48h) ou doses altas. Dosar tiocianato se uso >48h (normal <50-100 mcg/mL).
- **Fotossensível:** OBRIGATÓRIO proteger da luz (envolver equipo e frasco com papel alumínio/papel pardo)

- **Trocar solução:** A cada 24h (degradação com formação de cianeto)
- **Monitorização:** PA invasiva ideal (titulação precisa). Se PA não invasiva: monitorar a cada 2-5 min durante titulação.
- **Rebote hipertensivo:** Reduzir infusão gradualmente (não suspender abruptamente)
- **Insuficiência renal:** Acúmulo de tiocianato (náuseas, tinnitus, confusão mental). Reduzir dose ou preferir nitroglicerina.
- **Nitroglicerina:**
 - **Contraindicações:** Uso recente de inibidores de fosfodiesterase-5 (sildenafil, tadalafila - últimas 24-48h), hipotensão severa, choque
 - **Efeitos adversos:** Cefaleia (comum), taquicardia reflexa (por isso OBRIGATÓRIO betabloqueador antes)
 - **Tolerância:** Pode desenvolver tolerância após 24-48h de uso contínuo. Se ocorrer, considerar trocar para nitroprussiato.
 - **Monitorização:** PA a cada 5-10 min durante titulação, FC (vigilância de taquicardia reflexa)
 - **Vantagem:** Menos toxicidade que nitroprussiato em uso prolongado
 - **Preferir em:** IAM concomitante (vasodilatação coronariana), insuficiência renal
- **GERAL:**
 - **NUNCA** iniciar antes de controlar FC (risco de taquicardia reflexa aumenta dP/dt e piora dissecação)
 - **Meta PAS:** 100-120 mmHg (equilíbrio entre prevenir progressão da dissecação e manter perfusão orgânica)
 - **Sinais de hipoperfusão:** Oligúria (<0,5 mL/kg/h), confusão mental, acidose metabólica, lactato elevado → reduzir dose (aceitar PAS até 120 mmHg)
 - **Bomba de infusão:** Idealmente usar BIC para controle preciso da dose
 - **Acesso venoso exclusivo:** Preferir acesso venoso exclusivo para vasodilatadores (evitar interações)
 - **Transição para VO:** Após estabilização (24-48h), iniciar betabloqueador VO (metoprolol, atenolol, propranolol) e retirar gradualmente infusões EV

• ANTIEMÉTICO

- **Prescrição prática:**
 - Ondansetrona (4mg/2mL) – Diluir 01 ampola (2mL = 4mg) + 8mL de SF0,9%, aplicar 10mL EV lento em 3-5 minutos. Dose máxima: 8mg por dose. Pode repetir após 8h se necessário.
- **Alternativas:**
 - Metoclopramida (10mg/2mL) – Diluir 01 ampola (2mL) + 8mL de SF0,9%, aplicar 10mL EV lento em 3-5 minutos.
 - Bromoprida (10mg/2mL) – Diluir 01 ampola (2mL) + 8mL de SF0,9%, aplicar 10mL EV lento em 3-5 minutos.
- **Indicações:**

- Controle de náuseas e vômitos (comuns na DAA devido à dor intensa e estresse simpático)
- Associados à analgesia com opioides (que podem causar náuseas)
- **Apresentações:**
 - Ondansetrona: 4mg/2mL (ampolas de 2mL), 8mg/4mL (ampolas de 4mL)
 - Metoclopramida: 10mg/2mL (ampolas de 2mL)
 - Bromoprida: 10mg/2mL (ampolas de 2mL)
- **Via(s):** EV
- **Cuidados:**
 - **Ondansetrona:** Risco de prolongamento QT (evitar em cardiopatas graves ou QTc >500 ms). Preferencial em DAA por menor risco de efeitos extrapiramidais.
 - **Metoclopramida/Bromoprida:** Risco de sintomas extrapiramidais (distonias agudas, principalmente em jovens). Contraindicação: obstrução intestinal, feocromocitoma, epilepsia não controlada.
 - **Dose máxima:** Ondansetrona 8mg/dose; Metoclopramida 10mg/dose
 - **Gestantes:** Ondansetrona categoria B (segura). Metoclopramida categoria B.

- **SEDAÇÃO/ANSIOLÍTICO (se agitação importante)**

- **Prescrição prática:**
 - Midazolam (5mg/mL) – Aplicar 0,5-1mL (2,5-5mg) EV lento. Titular conforme necessário. Usar com CAUTELA (risco de depressão respiratória associada a opioides).
- **Indicações:**
 - Agitação psicomotora importante (dificulta monitorização e controle hemodinâmico)
 - Ansiedade extrema refratária a opioides
 - Uso RESTRITO e cauteloso (preferir controle da dor adequado)
- **Apresentações:**
 - Midazolam: 5mg/mL (ampolas de 3mL, 10mL)
- **Via(s):** EV
- **Cuidados:**
 - **USAR COM EXTREMA CAUTELA:** Associação com opioides aumenta muito risco de depressão respiratória
 - **Monitorização:** FR, SatO2, nível de consciência contínuos
 - **Flumazenil:** Ter disponível para reversão se depressão respiratória (0,2mg EV, repetir se necessário)
 - **Preferir:** Analgesia adequada ao invés de sedação (dor controlada reduz agitação)
 - **Contraindicações:** Miastenia gravis, glaucoma de ângulo fechado, insuficiência respiratória grave

• HIDRATAÇÃO / ACESSO VENOSO

◦ Prescrição prática:

- Soro Fisiológico 0,9% 500mL – Manter acesso venoso com 20-40 mL/h (keep vein open). NÃO fazer expansão volêmica vigorosa (risco de aumento da PA e piora da dissecação).

◦ Indicações:

- Manter acesso venoso pérvio para medicações
- Evitar hipovolemia relativa por NPO
- NÃO é indicado reposição volêmica vigorosa

◦ Apresentações:

- Soro Fisiológico 0,9%: frascos de 250mL, 500mL, 1000mL

◦ Via(s): EV

◦ Cuidados:

- **NÃO fazer expansão volêmica agressiva:** Risco de aumento da PA e piora da dissecação
- **Se hipotensão:** Avaliar CAUSA (tamponamento cardíaco, ruptura aórtica, isquemia mesentérica) - NÃO responder com volume cegamente
- **Meta:** Manter acesso pérvio, evitar desidratação, mas SEM aumentar pressão intraluminal
- **Monitorizar:** Balanço hídrico, diurese (meta >0,5 mL/kg/h)

? PARA CASA

NÃO HÁ PRESCRIÇÃO DE ALTA DOMICILIAR PARA DISSECÇÃO AGUDA DE AORTA

Dissecção Aguda de Aorta é EMERGÊNCIA CARDIOVASCULAR ABSOLUTA com:

- **Indicação de INTERNAÇÃO EM UTI em 100% dos casos**
- **Stanford Tipo A:** Cirurgia cardiovascular URGENTE (mortalidade 1-2% por hora)
- **Stanford Tipo B:** Tratamento clínico intensivo em UTI OU cirurgia/endovascular se complicado
- **LETALIDADE:** 50% em 48h se não tratada adequadamente

NUNCA liberar alta para pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de DAA.

• Orientações fundamentais para equipe e familiares

- **DAA é emergência com risco iminente de morte** - familiares devem ser informados da gravidade
- **Prognóstico:**
 - Stanford A: Mortalidade cirúrgica 15-35% (melhor que mortalidade sem cirurgia 50-80% em 48h)
 - Stanford B não complicado: Mortalidade hospitalar 10-15% com tratamento clínico

- Stanford B complicado: Mortalidade 30-50% mesmo com tratamento
- **Complicações graves possíveis:**
 - Ruptura aórtica (tamponamento cardíaco, hemotórax, choque hemorrágico)
 - Isquemia miocárdica / IAM (dissecção de coronárias)
 - AVC isquêmico (dissecção de carótidas)
 - Isquemia mesentérica (abdome agudo isquêmico)
 - Isquemia de membros (dissecção de ilíacas/femorais)
 - Paraplegia (isquemia medular)
 - Insuficiência renal aguda (dissecção de artérias renais)
- **Sinais de alerta pós-operatórios (para equipe):**
 - Sangramento de drenos >200 mL/h (reavaliação cirúrgica)
 - Instabilidade hemodinâmica refratária
 - Sinais de isquemia miocárdica / IAM
 - Alterações neurológicas novas
 - Oligúria / anúria (IRA)
- **Seguimento a longo prazo (após alta hospitalar):**
 - Cirurgia cardiovascular / cirurgia torácica (acompanhamento seriado)
 - Angiotomografia de aorta: 1, 3, 6, 12 meses e anualmente após
 - Controle RIGOROSO da PA (meta PAS <120 mmHg, ideal <110 mmHg)
 - Betabloqueador VO contínuo em todos os pacientes
 - Modificação de fatores de risco: tabagismo (suspender), controle lipídico (estatina)
 - **Atividade física:** Restrita por 3-6 meses. Evitar esforços intensos, levantamento de peso >5kg, Valsalva
 - **Retorno sexual:** Após liberação médica (geralmente 4-6 semanas pós-cirurgia)
 - **Gestação futura:** Contraindicada ou alto risco (discutir com cirurgia cardiovascular e obstetra)
- **Prognóstico a longo prazo:**
 - Sobrevida 5 anos: 60-80% (Stanford A operado), 40-60% (Stanford B)
 - Reintervenção: 20-30% em 5 anos (progressão de aneurisma, nova dissecção)
 - Qualidade de vida: Geralmente boa após recuperação, mas limitações físicas podem persistir

? CID-10:

- **I71.0:** Dissecção de aorta (qualquer parte)
- **I71.00:** Dissecção da aorta torácica
- **I71.01:** Dissecção da aorta toracoabdominal
- **I71.02:** Dissecção da aorta abdominal
- **I71.03:** Dissecção da aorta torácica e abdominal