

## PERGUNTAS E RESPOSTAS

As taxas de mortalidade associadas ao afogamento não intencional são geralmente maiores em crianças e homens.

Verdadeiro.

Em casos de mortalidade por afogamento não intencional, é maior em crianças, em homens e em países com um índice sociodemográfico de baixo a médio.

O afogamento é categorizado como afogamento molhado ou seco.

Falso.

A definição de consenso internacional atual excluiu termos como afogamento molhado, seco, quase afogamento e afogamento secundário. A definição de consenso (Congresso Mundial de Afogamento 2002) é: Afogamento é o processo de experimentar comprometimento respiratório por submersão/imersão em líquido. Os resultados do afogamento são classificados como morte, morbidade e sem morbidade.

O tratamento antibiótico profilático é indicado em todas as vítimas de afogamento.

Falso.

O tratamento profilático não é indicado, pois pneumonia se desenvolve em menos de 15% das vítimas de afogamento e o tratamento profilático pode resultar em pneumonia causada por patógenos resistentes à terapia.

Pessoas com comorbidades cardiovasculares têm maior probabilidade de se afogar após longa imersão em água quente.

Verdadeiro.

O afogamento em água quente geralmente ocorre após sair de um banho quente devido à perda de pressão hidrostática ao sair da água. A hipotensão subsequente pode levar à hipoperfusão de órgãos críticos, o que representa uma ameaça para os idosos e especialmente para aqueles com hipertensão coexistente, doença arterial coronariana e insuficiência cardíaca congestiva.

O choque frio inicia uma resposta caracterizada por arfada e hiperventilação.

Verdadeiro.

A estimulação intensa dos receptores de frio após a imersão em água fria pode induzir um choque frio. Isso causa arfada reflexiva e hiperventilação, que deprime a capacidade de segurar a respiração e pode aumentar o risco de aspiração de água.

Temperaturas musculares de 20-30°C podem levar ao bloqueio do nervo periférico.

Falso.

O desempenho muscular declina aproximadamente 5% para cada grau de redução na temperatura muscular. Apenas ao atingir temperaturas abaixo de 20°C é que os potenciais de ação são reduzidos. Em temperaturas musculares de 5-15°C, pode ocorrer bloqueio do nervo periférico.

O BLS em uma vítima de afogamento começa com 5 respirações de socorro.

Verdadeiro.

A causa de uma parada cardiorrespiratória após afogamento é hipoxemia. Algum oxigênio precisa estar nos pulmões antes de iniciar a circulação por compressões externas. Várias respirações iniciais são necessárias para superar a alta resistência pulmonar devido a líquido e espuma ocupando as vias aéreas, melhorando assim a oxigenação. O número de 5 é baseado em consenso, não em evidência.

A ventilação não invasiva é uma opção segura em pacientes selecionados de afogamento.

Verdadeiro.

Resultados positivos com ventilação não invasiva são principalmente vistos em pacientes que são hemodinamicamente estáveis e têm um GCS inicial >12.

Um tempo de submersão mais curto está relacionado a um melhor prognóstico.

Verdadeiro.

Fatores que melhoram o prognóstico são relacionados a um período mais curto de hipóxia, como a duração mais curta da submersão devido ao resgate rápido por transeuntes e chegada mais rápida de pessoal qualificado para manter a ressuscitação.

A intubação no local deve ser evitada porque a manipulação de uma vítima com hipotermia profunda pode induzir VF.

Falso.

Os benefícios da oxigenação adequada e proteção contra aspiração superam o risco de induzir VF.

Em vítimas de afogamento, o SAV padrão é realizado.

Falso.

No afogamento

, é aconselhado iniciar o SBV/SAV com 5 respirações de socorro antes de iniciar as compressões. Além disso, o papel do DEA é de menor prioridade. Além disso, vítimas hipotérmicas requerem desvio do protocolo SAV padrão. Por exemplo, intervenção cardíaca e intervalos de dosagem de medicamentos devem ser ajustados para levar em conta a temperatura, pois a temperatura baixa influencia a responsividade cardíaca e um metabolismo lento pode levar à toxicidade medicamentosa.

A busca por sinais vitais em uma vítima hipotérmica é difícil, e, em caso de dúvida, o BLS deve ser iniciado de qualquer maneira.

Verdadeiro.

Detectar sinais vitais em vítimas normotérmicas hipóxicas e hipotérmicas pode ser desafiador devido a uma baixa taxa respiratória e bradicardia severa. Por essa razão: "Ninguém está morto até estar quente e morto".

O edema pulmonar em vítimas de afogamento é sempre o resultado direto da aspiração de água.

Falso.

O edema pulmonar tem múltiplos mecanismos. Pode ocorrer devido a alterações na permeabilidade da barreira sangue-pulmão, influência de catecolaminas circulantes, hipóxia, estresse ou por edema negativo de pressão mediado por laringoespasmos.

Os pontos de corte para classificar a gravidade da hipotermia são definidos em 35, 32, 28, 24 e 13,7 °C

Verdadeiro.

De acordo com o Sistema Suíço de Classificação, hipotermia leve é definida com uma temperatura central de 32-35 oC, hipotermia moderada em 28-32 oC e hipotermia severa em 24-28 oC. Parada cardíaca ou estado de baixo fluxo é visto com temperaturas abaixo de 24 oC e morte por hipotermia irreversível abaixo de 13,7 oC.

Ao se deparar com uma vítima de afogamento na praia, o primeiro passo para permitir uma melhor ventilação é tentar remover a água dos pulmões.

Falso.

Isso não tem benefício e aumenta o risco de aspiração. A primeira prioridade é tratar a hipóxia com 5 respirações de socorro.

O impulso para respirar pode ser suprimido ao engolir.

Verdadeiro.

O tempo de apneia é influenciado por vários fatores e engolir pode suprimir temporariamente o impulso de respirar. Isso pode aumentar o tempo de apneia até que os níveis de oxigênio e dióxido de carbono no sangue acionem um impulso irresistível para respirar.

A ausência de líquido nos pulmões em uma vítima morta sempre indica que havia laringoespasma no momento da morte.

Falso.

A maioria dos exames post-mortem mostra algum traço de líquido nos pulmões. A ausência de líquido nos pulmões pode ser devido a um laringoespasma ativo no momento da morte ou pode ser vista como prova de que a vítima já estava morta no momento da submersão.

O resfriamento do cérebro antes da hipoxemia ocorrer melhora o prognóstico.

Verdadeiro.

As mudanças cerebrais com afogamento ainda são em grande parte desconhecidas. No entanto, o resfriamento rápido seletivo do cérebro antes da ocorrência de hipoxemia pode ser crucial para um bom prognóstico.

Para o uso de Suporte de Vida Extracorpóreo (SVEC), uma idade mais jovem está associada a um melhor resultado.

Verdadeiro.

Resultados promissores foram observados com SVEC em jovens vítimas de afogamento com temperatura central abaixo de 28 oC.

No caso de retorno da circulação espontânea (RCE) em um paciente afogado, o cuidado pós-ressuscitação padrão é indicado.

Verdadeiro.

Embora o algoritmo SBV/SAV durante a ressuscitação possa ser alterado em vítimas de afogamento e devido à presença de hipotermia, o cuidado pós-ressuscitação permanece inalterado.