

Proceder a intubação orotraqueal e iniciar ventilação sob pressão positiva caso estas medidas não sejam suficientes para manter a oxigenação da vítima (saturação > 90% ou presença de choque).

Reavaliar o paciente após este procedimento pois o tórax instável se associa com frequência ao pneumotórax e ao hemotórax.

Radiografar o tórax no leito.

Tratar o estado de choque.

Iniciar a reposição com 20 ml/kg de Ringer Lactato IV em bolus, repetindo se necessário.

Manter a pressão arterial sistólica em torno de 90 mmHg.

Administrar analgésico opiáceo por via IV caso indicado.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados.

Remover o paciente para unidade de terapia intensiva.

106. TAMPONAMENTO CARDÍACO

a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

Geralmente ocorre após trauma penetrante de tórax, mas pode ocorrer no trauma fechado.

Devido ao pericárdio ser uma estrutura não elástica, a hemorragia intrapericárdica restringe o enchimento diastólico de ambos os ventrículos.

b. QUADRO CLÍNICO

O diagnóstico deve ser suspeitado em vítimas de trauma penetrante com turgência jugular, abafamento de bulhas (sinal de difícil avaliação no pré-hospitalar), hipotensão arterial e pulso paradoxal.

O desaparecimento do pulso radial durante a inspiração sugere a presença do pulso paradoxal.

c. CONDUTA

Abrir as vias aéreas.

Garantir ventilação adequada com oxigênio suplementar sob máscara.

Caso estas medidas não sejam suficientes proceder a intubação orotraqueal e iniciar ventilação sob pressão positiva.

Obter acesso venoso periférico com cateter curto e calibroso.

Administrar volume em quantidade suficiente para manter a pressão sistólica entre 90 e 100 mmHg. A reposição volêmica rápida é imperativa, pois o aumento da pressão venosa central pode manter temporariamente o enchimento ventricular, até a chegada ao hospital.

Efetuar a pericardiocentese nas vítimas que apresentam quadro clínico consistente com tamponamento cardíaco e estão agônicas ou em PCR. Esta é uma medida provisória, antes da realização da toracotomia. O procedimento é mal sucedido em mais de 60% dos casos, pois geralmente o sangue no interior do saco pericárdico está parcialmente coagulado, o que impossibilita sua aspiração por agulha. As complicações da pericardiocentese são: ***pneumotórax, laceração cardíaca ou de coronárias e arritmias.***

Remover o paciente imediatamente para hospital que possua cirurgia de emergência.

107. INTERMAÇÃO

a. CONDUCTA

Remover o paciente para ambiente climatizado.

Abrir vias aéreas de pacientes inconscientes com manobra manual.

Assistir a ventilação caso necessário com BMV e oxigênio.

Manter a permeabilização com cânula orofaríngea ou intubação orotraqueal.

Monitorizar o paciente com cardioscópio, oxímetro de pulso e monitor de PNI.

Administrar oxigênio em todos os pacientes, procurando manter a saturação acima de 92%.

Obter acesso venoso periférico com cateter calibroso.

Prevenir o dano renal causado por mioglobínúria, administrando solução salina isotônica IV, na velocidade de 250 a 500 ml/h.

Seguir o protocolo de choque caso o paciente apresente hipotensão arterial.

Despir o paciente e borrifá-lo com água fria.

Direcionar um ventilador para seu corpo.

Aplicar bolsas de gelo em áreas de grande fluxo sanguíneo como as axilas e a região inguinal.

Colocar os eletrodos do monitor cardíaco nas costas do paciente caso se opte por iniciar o resfriamento com água.