

b. CONDUTA

Abrir vias aéreas.

Garantir ventilação adequada com oxigênio suplementar sob máscara.

Estabelecer acesso venoso.

Transporte rápido para o hospital.

Monitorização cardíaca.

Tratar arritmias instáveis segundo o protocolo do serviço.

105. TÓRAX INSTÁVEL**a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO**

Ocorre quando três costelas adjacentes estão fraturadas no mínimo em dois pontos. O resultado é a perda da continuidade da parede torácica com a separação de um segmento.

Geralmente ocorre na parede anterior ou lateral do tórax, sendo rara na posterior pois a musculatura estabiliza o segmento.

Complicações: hipoxemia causada contusão pulmonar. O paciente também tem risco levado de desenvolver pneumotórax ou hemotórax.

b. QUADRO CLÍNICO

O paciente apresenta dispnéia e dor torácica, associada a crepitação da parede torácica.

Em alguns casos pode ser observada a respiração paradoxal, isto é o segmento instável se move na direção contrária a parede torácica, acompanhando as variações da pressão intratorácica.

Este sinal pode não ser observado no ambiente pré-hospitalar pois a dor e o espasmo muscular, limitam a expansibilidade da parede torácica. Pacientes psicóticos podem estar totalmente orientados.

A radiografia de tórax mostra as fraturas de arcos costais.

c. CONDUTA

Executar a avaliação rápida do traumatizado.

Abrir vias aéreas com manobra manual.

Assistir ventilação caso necessário com bolsa e máscara.

Administrar oxigênio 10 a 15 litros por minuto.

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.