

b. QUADRO CLÍNICO

Dispnéia associada a diminuição do murmúrio vesicular no lado acometido e maciez a percussão.

Evidência de traumatismo de tórax fechado ou penetrante.

São comuns também sinais de choque e colapamento das jugulares, não ocorre desvio de traquéia.

A radiografia de tórax mostra velamento do hemitórax comprometido.

c. CONDUTA

Abrir via aérea.

Garantir ventilação adequada com oxigênio suplementar sob máscara.

Monitorizar o paciente com oxímetro de pulso.

Proceder a intubação orotraqueal e iniciar ventilação sob pressão positiva caso estas medidas não sejam suficientes para manter a oxigenação da vítima.

Obter 2 acessos venosos periféricos com cateteres curtos e calibrosos.

Colher sangue para realização de hematócrito e gasometria arterial, estudo de coagulação, eletrólitos e função renal.

Iniciar a reposição volêmica com Ringer em bolus de 20 ml/kg, em volume suficiente para manter pressão arterial sistólica entre 90 e 100 mmHg.

Avaliar a necessidade de introduzir dreno tubular.

Anotar volume drenado e drenagem horária.

Transferir o paciente para hospital de referência o mais rápido possível.

104. CONTUSÃO MIOCÁRDICA**a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO**

O traumatismo fechado de tórax pode produzir lesão cardíaca de intensidade variável. As consequências podem ser: distúrbios no sistema de condução, arritmias, redução do débito cardíaco, tamponamento cardíaco, ruptura de miocárdio ou válvulas. Suspeitar quando a vítima apresenta contusão ou fratura esternal ou mecanismo de lesão compatível.

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.