

possuindo três pontos de fixação, que funciona como válvula unidirecional.

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

Proceder a intubação orotraqueal caso estas medidas não sejam suficientes para manter a saturação da vítima maior que 92%.

Iniciar ventilação sob pressão positiva e neste caso não há mais necessidade de manter o curativo em três pontos.

Obter acesso venoso periférico.

Monitorizar atentamente o paciente, devido ao risco de desenvolvimento de pneumotórax hipertensivo.

Administrar analgésico opiáceo por via IV caso indicado.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados.

Transferir o paciente para hospital de referência, o mais breve possível.

## 102. PNEUMOTÓRAX HIPERTENSIVO

### a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

Ocorre quando é criada em decorrência de lesão torácica um mecanismo de válvula unidirecional, que permite que o ar entre no espaço pleural na inspiração, mas impede sua saída na expiração.

A pressão intra-pleural se eleva rapidamente acima da atmosférica, produzindo um grave distúrbio respiratório e comprometimento circulatório, com hipotensão e choque devido ao impedimento do retorno venoso.

### b. QUADRO CLÍNICO

O paciente apresenta dispnéia, diminuição do murmúrio vesicular no lado acometido e hipertimpanismo.

São comuns também sinais de choque com hipotensão e turgência jugular.

O desvio de traquéia é um achado tardio e frequentemente não é observado no pré-hospitalar.

A redução da complacência pulmonar de um paciente em assistência ventilatória deve sugerir o desenvolvimento de pneumotórax e torna obrigatório um exame de reavaliação para excluir esta possibilidade.

O diagnóstico da condição é clínico e não radiológico.

**c. CONDUTA**

Executar a avaliação rápida do traumatizado.

Abrir vias aéreas com manobra manual.

Administrar oxigênio suplementar sob máscara com reservatório 10 a 15 litros por minuto.

Assistir ventilação caso necessário com BMV e oxigênio.

Administrar oxigênio por máscara com reservatório 10 a 15 litros por minuto.

Introduzir a agulha no hemitórax afetado na altura do 2º espaço intercostal na linha hemiclavicular.

Acoplar o catéter utilizado a uma válvula de Heimlich.

Indicar a descompressão de tórax com agulha somente na presença de descompensação (distúrbio respiratório grave e choque). A realização de radiografia de tórax não deve atrasar a descompressão do tórax.

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

Introduzir dreno de tórax tubular nos pacientes assim que possível.

Avaliar o paciente durante o transporte para deterioração respiratória, elevação da pressão inspiratória, deterioração hemodinâmica.

Observar escape aéreo e caso haja hemotórax associado avaliar a necessidade de adaptar dois frascos de drenagem e sistema de aspiração contínua.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados.

Transferir para hospital de referência assim que possível.

**103. HEMOTÓRAX MACIÇO****a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO**

É o acúmulo de sangue no espaço pleural.

Pode ser causado por traumatismos torácicos fechados ou penetrantes.

O sangramento pode originar-se de laceração das artérias intercostais, mamas internas, parênquima pulmonar ou lesões ao coração e grandes vasos.