

97. ESMAGAMENTOS

a. CONSIDERAÇÕES GERAIS DE AVALIAÇÃO

Existe o risco da "*Síndrome pós-liberação*", compreendida por: choque por perda para 3º espaço pelo edema muscular, acidose e hipercalemia de reperfusão e insuficiência renal aguda por mioglobínúria.

Estes pacientes podem apresentar morte súbita pela hipercalemia.

Caso o eletrocardiograma mostre alterações típicas de hipercalemia, iniciar tratamento com sais de cálcio e bicarbonato de sódio.

b. CONDUTA

Executar a avaliação rápida do traumatizado.

Abrir vias aéreas com manobra manual.

Assistir ventilação caso necessário com bolsa e máscara.

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

Desobstruir as vias aéreas com controle da coluna cervical.

Indicar estabilização da coluna cervical de todos os pacientes com história de trauma acima das clavículas, exceto se a lesão de coluna já tiver sido afastada por método de imagem.

Manter manualmente o alinhamento da coluna cervical até que a vítima esteja imobilizada por colar cervical rígido de extricação e fixado sobre a prancha longa.

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

Intubar pacientes com Glasgow ≤ 8 .

Conter hemorragias externas.

Iniciar reposição volêmica na extricação para prevenir a "*Síndrome pós-liberação*".

Utilizar salina a 0,9%, evitando o Ringer-Lactato por seu conteúdo de potássio, manter débito urinário maior que 100 ml/h.

Monitorizar continuamente o ECG procurando alterações da hipercalemia.

Colher sangue para dosar hematócrito, hemoglobina, natremia, calemia, calcemia, CPK total e gasometria arterial.

Administrar em caso de hipercalemia, gluconato de cálcio e bicarbonato de sódio (se paciente apresentar acidose).

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados.

Transportar para o hospital de referência.

98. AMPUTAÇÕES TRAUMÁTICAS

a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

São vistas em acidentes industriais e automobilísticos, com maior incidência em homens jovens.

O tratamento inicial deve ser rápido pela gravidade da lesão e pela possibilidade de implante do membro amputado.

São lesões incapacitantes e mutilantes e algumas vezes podem ameaçar a vida da vítima.

O **controle da hemorragia** é fundamental na primeira fase do tratamento. O membro amputado deve ser preservado sempre que possível, visando o implante.

Existe uma tendência natural, ao espasmo e retração que explicam o menor sangramento nas amputações completas.

Nas amputações parciais e nos desenlívamentos o sangramento é profuso.

b. QUADRO CLÍNICO

Na amputação completa ou total, o segmento é totalmente separado do corpo. Na parcial o segmento está separado do corpo 50% ou mais e no desenlívamento a pele e tecido adiposo são descolados do tecido subjacente.

c. CONDUTA

Executar a avaliação rápida do traumatizado.

Abrir vias aéreas com manobra manual.

Assistir ventilação caso necessário com BMV e oxigênio.

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

Monitorizar o paciente com cardioscópio, oxímetro de pulso e monitor não invasivo da tensão arterial.