

rotina consiste em infundir 20 ml/kg em bolus de solução de Ringer e reavaliar o paciente em seguida.

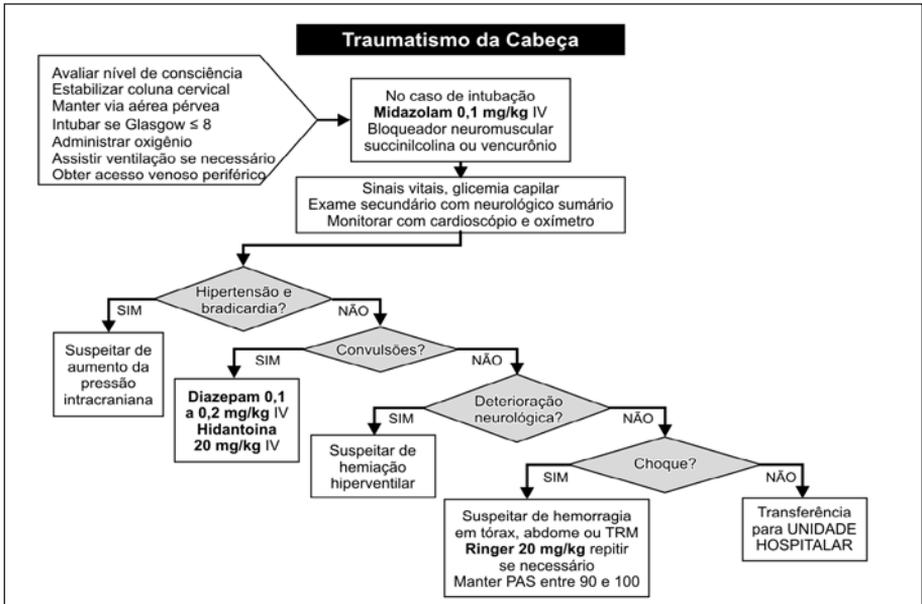
Manter a pressão sistólica entre 90 e 100 mmHg.

Transportar se possível a vítima com a cabeceira elevada a 30°.

Obter radiografia de tórax em PA.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e pressão arterial não invasiva monitorizados.

d. ALGORITMO DE TRAUMATISMO DA CABEÇA



Algoritmo para atendimento a pacientes com traumatismo de cabeça.

96. LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS

a. CONDIÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

A maioria das lesões de extremidades não causa risco imediato de vida, sendo avaliadas durante o exame detalhado do traumatizado.

Frequentemente são as lesões mais evidentes no politraumatizado, possuindo o potencial de desviar a atenção do socorrista de lesões mais graves.

O exame e tratamento da vítima devem priorizar as condições que causem instabilidade: obstrução de vias aéreas, respiração ineficaz e instabilidade circulatória.

As fraturas e luxações podem causar lesões vasculares e nervosas. As grandes artérias das extremidades ficam junto aos ossos, especialmente próximo as articulações. É obrigatória a palpação dos pulsos e a avaliação do enchimento capilar, sensibilidade e motilidade.

Algumas fraturas como as de fêmur e bacia, podem produzir hemorragias graves levando ao choque hipovolêmico.

Em fraturas abertas a contaminação é uma complicação frequente. No atendimento pré-hospitalar, não se deve efetuar a limpeza da superfície de ossos expostos.

b. QUADRO CLÍNICO

Os pacientes lúcidos podem relatar que ouviram o ruído típico da fratura e se queixam de dor intensa e constante.

Incapacidade funcional.

Deformidade do membro, com encurtamento e aumento de volume. Sempre comparar uma extremidade com a outra para avaliar estas características.

Em fraturas expostas o osso fraturado pode ser visualizado.

A presença de palidez ou cianose no lado lesado sugere comprometimento vascular.

A crepitação pode ser detectada pelo socorrista ao palpar a extremidade ou sentida pela vítima ao tentar movimentar o membro. Nunca permitir que a vítima se movimente para testar este sinal.

c. CONDUTA

Priorizar a desobstrução das vias aéreas, oxigenação e manutenção circulatória.

Adotar medidas de estabilização da coluna cervical caso indicado.

Aplicar oxigênio sob máscara 10 a 15 litros por minuto em pacientes ventilando espontaneamente.

Abrir vias aéreas em pacientes inconscientes e assistir a ventilação se necessário com BMV.

Analisar na avaliação rápida do traumatizado se a vítima apresenta condições "Load and Go".

Indicar o transporte rápido na presença de fraturas bilaterais de fêmur e da pelve.

Conter hemorragias externas com a compressão de ferimentos abertos.

Procurar obter na cena pelo menos um acesso venoso periférico em extremidade superior não lesada, exceto em pacientes apresentando lesões isoladas.

Imobilizar pacientes estáveis antes da remoção.

Efetuar analgesia antes da imobilização.

Imobilizar pacientes que apresentam critérios de instabilidade em imobilizador de corpo inteiro (prancha longa). Não perder tempo imobilizando uma fratura quando a vida da vítima está em risco.

Remover as roupas, anéis e pulseiras, que podem comprometer a vascularização da extremidade.

Cortar com instrumento apropriado anéis em extremidades lesadas.

Cobrir lesões abertas com bandagens estéreis.

Alinhar a extremidade.

Verificar antes e depois da imobilização: pulsos distais, enchimento capilar, sensibilidade e motilidade.

Imobilizar a extremidade na posição em que foi encontrada no caso de uma luxação ou fratura de articulação. Obter radiografia em duas incidências nos pacientes estáveis.

Manter o paciente imobilizado no hospital de referência, só remover o imobilizador após concordância do ortopedista ou médico recebedor.

Trocar o imobilizador no hospital de referência.

Princípios de imobilização

EXPOR A LESÃO.

REMOVER ANÉIS E BRACELETES QUE PODEM COMPROMETER A CIRCULAÇÃO.

COBRIR LESÕES ABERTAS COM BANDAGENS ESTÉREIS.

ALINHAR AS EXTREMIDADES UM SOCORRISTA DEVE SUPORTAR A EXTREMIDADE ENQUANTO O OUTRO APLICA O DISPOSITIVO DE IMOBILIZAÇÃO.

IMOBILIZAR NA POSIÇÃO ENCONTRADA SE HOUVER RESISTÊNCIA.

ACOLCHOAR IMOBILIZADORES RÍGIDOS PARA EVITAR FERIMENTOS EM PONTOS DE PRESSÃO.

NÃO REDUZIR FRATURAS OU LUXAÇÕES!

VERIFICAR PULSOS DISTAIS, ENCHIMENTO CAPILAR, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE ANTES E DEPOIS DA IMOBILIZAÇÃO.

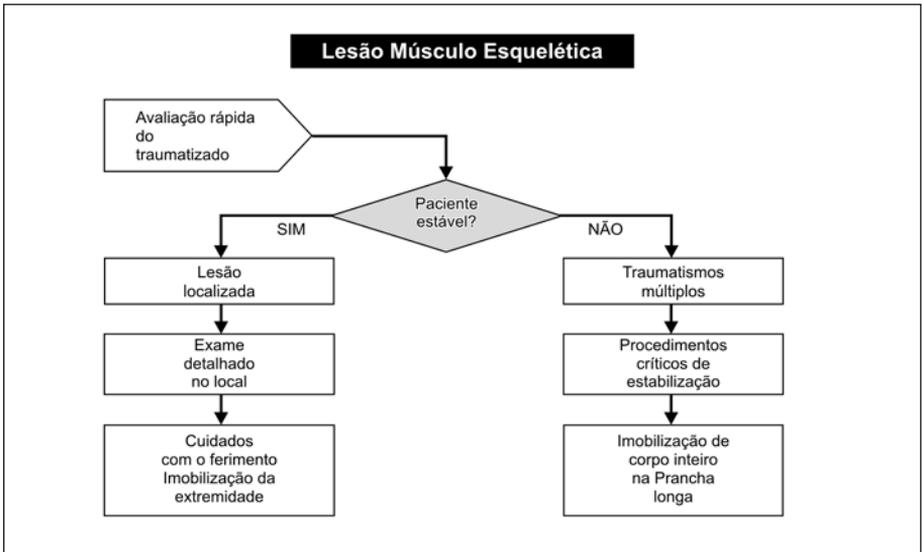
RETIRAR O IMOBILIZADOR, REALINHAR E REIMOBILIZAR SE OS PULSOS DESAPARECEREM DEPOIS DA IMOBILIZAÇÃO.

IMOBILIZAR A ARTICULAÇÃO DISTAL E PROXIMAL.

Comparação entre os diversos dispositivos de imobilização

DISPOSITIVO DE IMOBILIZAÇÃO	INDICAÇÕES	VANTAGENS	CARACTERÍSTICAS
BANDAGENS	Fraturas de clavícula, cabeça do úmero e escápula	Baixo custo	Imobilizam a extremidade contra a parede torácica. Devem ser associados a travesseiros para imobilizar em situações em que não é possível aproximar a extremidade da parede torácica.
IMOBILIZADORES RÍGIDOS	São úteis especialmente em lesões de mãos, pés, punhos, tornozelos, antebraços e pernas. Não imobilizam lesões proximais ao joelho e cotovelo com eficácia.	Boa qualidade de imobilização. Podem ser adaptados para uso em fraturas anguladas.	Podem ser de madeira, papelão ortopédico, alumínio ou imobilizadores à vácuo. Os imobilizadores à vácuo podem ser adaptados facilmente a fraturas anguladas. Devem ser acolchoados para evitar lesões da extremidade.
TALAS INFLÁVEIS	Empregadas em imobilização de perna e de antebraço	Transparentes. Tem ação hemostática por compressão. Podem ser reutilizados.	Podem causar isquemia do membro. Variação da pressão com a altitude. <i>Cuidado em transportes aéreos!</i> Frágeis – furam com facilidade. Não podem ser usadas em fraturas anguladas. Necessitam de avaliação constante da pressão.
COLETE FLEXÍVEL “KENDRICK EXTRICATION DEVICE”	Coluna vertebral. Fraturas de pelve e de fêmur proximal.	Imobilização eficiente	Colocação fácil
DISPOSITIVOS DE TRAÇÃO	Fraturas de Fêmur	Imobilização eficiente	Contra-indicar em fraturas de fêmur associadas a lesões de joelho, luxação coxo-femural e fraturas de pelve. Aplicação demorada.
ALMOFADAS OU TRAVESSEIROS	Fraturas de Tornozelo e de Pé	Baixo custo. Imobilização eficiente	Utilizado em transporte de pacientes com luxação do quadril.

d. ALGORITMO – LESÃO MÚSCULO-ESQUELÉTICA



Algoritmo de atendimento a pacientes com lesão músculo esquelética.

Abordagem de lesões específicas

COLUNA VERTEBRAL	<p>Uso de imobilizador de corpo inteiro como a prancha longa associada a colar cervical com dimensões apropriadas e estabilizador lateral da cabeça ou um imobilizador a vácuo.</p> <p>Importante: o colar cervical isoladamente não é um bom dispositivo imobilizador.</p>
PELVE	<p>Geralmente são causadas por acidentes automobilísticos ou atropelamentos.</p> <p>São identificadas no ambiente pré-hospitalar por dor e instabilidade com a palpação da pelve.</p> <p>Tem o potencial de causar o choque hipovolêmico devido ao intenso sangramento que provocam. O paciente é considerado instável mesmo com aparência de estável.</p> <p>Pacientes com sinais evidentes de choque pode ser utilizada apenas a prancha longa.</p> <p>Pacientes estáveis podem ser imobilizados com o KED invertido associado a prancha longa ou um imobilizador a vácuo de corpo inteiro.</p> <p>A “scoop stretcher” oferece vantagem pois o paciente pode ser colocado na prancha com menor manipulação e menor risco de agravamento da lesão. As manobras de rolamento podem agravar a lesão.</p>
FÊMUR	<p>Podem ser complicadas com hemorragias graves.</p> <p>Pacientes com fraturas bilaterais são considerados como graves, mesmo com aparência de estáveis.</p> <p>Caso a lesão seja unilateral e isolada o socorrista pode aplicar a tala de tração desde que não existam contra-indicações a sua utilização.</p> <p>Em fraturas bilaterais o único imobilizador aplicado é a prancha longa, se a vítima estiver estável pode ser usado o KED invertido.</p>
QUADRIL	<p>As luxações posteriores do quadril são consideradas emergências devido ao alto risco de interrupção do fluxo sanguíneo na cabeça do fêmur e por lesão do nervo ciático.</p> <p>O paciente apresenta flexão do quadril e rotação interna da coxa.</p> <p>A extremidade deve ser imobilizada na posição encontrada, da maneira mais confortável, suportada por travessieiros.</p>
ESMAGAMENTOS	<p>Obter acesso venoso periférico e iniciar a reposição com solução salina, o objetivo deste tratamento é evitar a lesão renal causada por mioglobínúria.</p> <p>A hipercalemia deve ser monitorada devido ao risco de arritmias.</p>
JOELHO	<p>Emergência médica devido ao elevado risco de lesão vascular e de amputação da extremidade. Imobilizar na posição encontrada, colocando um suporte sob a articulação.</p>
AMPUTAÇÕES TRAUMÁTICAS	<p>São lesões em que ocorre separação de um membro ou de uma estrutura protuberante do corpo. São causadas por acidentes industriais e automobilísticos.</p> <p>Mais comuns em jovens.</p> <p>Devido às características elásticas dos vasos sanguíneos há uma tendência natural à retração dos mesmos. Portanto, as amputações completas sangram menos que as parciais.</p> <p>A exposição das artérias laceradas leva a sangramento profuso. O tratamento inicial deve ser rápido pela gravidade da lesão, que pode causar a morte por hemorragia e, pela possibilidade de implante do membro amputado.</p> <p>O membro amputado deve ser preservado sempre que possível, porém a maior prioridade é a manutenção da vida.</p>