

	<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO</b>		<b>Rotina Nº:</b> 083-010
	<b>Título:</b> Assistência no Trauma de tórax		<b>Implantada:</b> 01/07/09
	<b>Setor:</b> Emergência		<b>Versão:</b> 1
	<b>Responsável:</b> Dr. Sérgio S. Pinto Silva		<b>Alterada:</b> 01/07/2009

**Público Alvo:** Médicos do Corpo Clínico e Enfermagem.

**Objetivo:** Esta rotina aplica-se a padronizar e orientar a equipe de enfermagem no atendimento ao Trauma de tórax.

**Referência:** Não consta

**Descrição do Protocolo:**

**Respiração: Trauma de tórax**

Os traumas de tórax identificáveis e tratáveis no exame primário são os seguintes:

- 1) Obstrução de Via Aérea
- 2) Pneumotórax Hipertensivo
- 3) Pneumotórax Aberto (ferida torácica aspirativa)
- 4) Tórax Instável
- 5) Hemotórax Maciço
- 6) Tamponamento Cardíaco

Medidas Gerais: Monitorar, oxímetro de pulso, solicitar gasometria.

**1) Obstrução da Via Aérea:**

Sinais e sintomas são estridor, rouquidão, lesões palpáveis na região de articulação esterno clavicular. Lesões prováveis: luxações posteriores de articulação esterno clavicular (hematoma pode comprimir a VAS, portanto deve-se reduzir a fratura e promover via aérea definitiva), fratura de laringe (pode gerar obstrução aguda. Indicado traqueostomia de emergência se a cricotireoidectomia não puder ser realizada).

	<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO</b>		<b>Rotina Nº:</b> 083-010
	<b>Título:</b> Assistência no Trauma de tórax		<b>Implantada:</b> 01/07/09
	<b>Setor:</b> Emergência		<b>Versão:</b> 1
	<b>Responsável:</b> Dr. Sérgio S. Pinto Silva		<b>Alterada:</b> 01/07/2009

## 2) Pneumotórax Hipertensivo:

Sinais de insuficiência respiratória, engurgitamento de jugulares, desviam de traquéia para lado oposto ao acometido, movimentos respiratórios cada vez mais superficiais, cianose labial e de extremidades como sinal tardio.

Causa mais comum: paciente que foi colocado em ventilação mecânica que tenha lesão pleuro pulmonar. Cuidado nas lesões de coluna torácica, com uso de cateteres venosos centrais.

O diagnóstico é clínico, não radiológico, não se deve esperar RX para tratar.

Tratamento: inserir cateter de grosso calibre no segundo espaço intercostal, medialmente à linha axilar. Inserir o dreno de tórax na fase de tratamento definitivo.

## 3) Pneumotórax Aberto:

Qualquer ferida com 2/3 de diâmetro da traquéia caracteriza pneumotórax aberto. O tratamento é um curativo oclusivo com tês lados esparadrapados e um livre, para que funcione como válvula unidirecional. O dreno de tórax é inserido quando possível longe do local do ferimento.

## 4) Tórax Instável:

Movimento paradoxal do tórax, hipóxia por contusão pulmonar subjacente e dor. O doente respira com dificuldade e o movimento do tórax é assimétrico e desordenado. A gasometria e o RX solicitados ao fim do exame primário mostram acidose respiratória e fraturas em arcos costais contíguos.

O tratamento é oxigênio suplementar e hidratação cuidadosa. Para evitarmos hiperidratação, analgesia, reexpansão do pulmão, com intubação e ventilação assistida até o diagnóstico de outras lesões.

	<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO</b>		<b>Rotina Nº:</b> 083-010
	<b>Título:</b> Assistência no Trauma de tórax		<b>Implantada:</b> 01/07/09
	<b>Setor:</b> Emergência		<b>Versão:</b> 1
	<b>Responsável:</b> Dr. Sérgio S. Pinto Silva		<b>Alterada:</b> 01/07/2009

### 5) Hemotórax Maciço:

Comum em ferimentos penetrantes, tratando-se de perda de 1500ml de sangue ou 200ml/h em 2 a 4 horas e sinais de choque hipovolêmico profundo. A clínica é de macicez e ausência do murmúrio vesicular. Descomprime-se o tórax com drenagem e indica-se toracotomia se há perda de 1500ml de sangue ou 200ml/h em 2 a 4 horas.

### 6) Tamponamento Cardíaco:

Comum em ferimentos penetrantes, a clínica é a de pulso paradoxal com a PA sistólica caindo mais de 10mmhg na inspiração profunda, há abafamento de bulhas, aumento de jugulares. A AESP na ausência de hipovolemia ou de pneumotórax hipertensivo sugere tamponamento cardíaco. Diagnóstico com FAST ou com pericardiocentese subxifoidea.

Atenção para pacientes em choque que não têm resposta às medidas iniciais de reanimação com Ringer Lactato ou Concentrado de Hemácias. A punção do saco pericárdico pode ser diagnóstica e terapêutica, naqueles pacientes que desenvolvera, hemopericárdio em traumas contusos apenas.

Tratamento: iniciar com a reposição de volume que o quadro melhorará transitoriamente, havendo tempo para o FAST ou a pericardiocentese. A pericardiocentese deve ser realizada no doente monitorado.

O paciente com tamponamento pericardico deverá ter piora clínica quando ventilado com pressão positiva, já que isto ciminuirá o débito cardiaco. No paciente com PCR, a massagem cardiaca externa tem pouco ou nenhum valor já que o espaço para enchimento das câmaras cardiacas é pequeno.

Na situação de choque hipovolêmico que não melhora com as medidas de ressuscitação, a possibilidade de haver Tamponamento Cardíaco simultâneo, principalmente nos pacientes com ferimentos perfurantes em tórax é grande, a Pericardiocentese deve ser seramente aventada.