

Sinais de choque quando há hemotórax ou lesão de vísceras abdominais.

c. CONDUTA

Afastar complicações da fratura como lesão pulmonar ou de vísceras abdominais.

Transferir casos complicados ou com suspeita de complicações para o hospital de referência.

Efetuar analgesia com anti-inflamatórios ou analgésicos por via oral.

Encaminhar os casos não complicados para acompanhamento ambulatorial.

101. PNEUMOTÓRAX ABERTO

a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

É produzido por uma ferida penetrante do tórax.

A gravidade do quadro geralmente é proporcional a gravidade do defeito da parede torácica.

A livre comunicação através do orifício do espaço pleural com a atmosfera faz com que durante a inspiração o ar siga o caminho de menor resistência, passando pela ferida torácica para o espaço pleural e não pelas vias aéreas.

O ar no espaço pleural não participa do processo de troca gasosa e leva rapidamente o paciente a um quadro de insuficiência respiratória aguda.

b. QUADRO CLÍNICO

O paciente apresenta dispnéia e dor torácica.

Na inspeção pode ser observada ferida aspirativa no tórax.

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.

Cobrir o ferimento com curativo de material impermeável (plástico)

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.