

A traquéia pode estar centralizada ou desviada, o pneumotórax hipertensivo pode causar desvio contra-lateral da traquéia.

A ausência de ventilação em um dos pulmões sugere pneumotórax ou hemotórax na vítima de trauma. Em caso de alteração na ausculta torácica percutir bilateralmente, a hipersonoridade sugere pneumotórax hipertensivo e a macicez o hemotórax maciço.

Ausculta cardíaca rápida para determinar se as bulhas estão com a tonalidade normal ou se estão abafadas. O abafamento de bulhas cardíacas associado a hipotensão arterial e turgência jugular sugere tamponamento cardíaco.

Causas de hipotensão arterial nos traumatismos de tórax

HEMORRAGIA INTERNA OU EXTERNA PNEUMOTÓRAX HIPERTENSIVO TAMPONAMENTO CARDÍACO CONTUSÃO MIOCÁRDICA

100. FRATURA DE ARCOS COSTAIS

a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

São as lesões torácicas mais frequentes nos traumatismos fechados.

Os arcos costais mais lesados vão do 4º ao 10º.

O 1º, 2º e 3º arcos costais são bem protegidos e o 11º e o 12º são curtos e pouco expostos.

As complicações das fraturas de arcos costais são:

Restrição a ventilação causada pela dor.

Associação a contusão pulmonar na presença de três ou mais arcos costais fraturados.

Lesões hepáticas ou esplênicas nas fraturas de arcos costais baixos.

b. QUADRO CLÍNICO

Dor e crepitação a palpação do tórax.

Dor provocada pelos movimentos respiratórios.

Visualização das fraturas à radiografia de tórax.

Dificuldade respiratória quando os arcos costais fraturados estão associados a pneumotórax.

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)