



Elaboração de Protocolo de Fixação de Arcos Costais em um Centro de Trauma Universitário

José Augusto Pezati Tenani; Rafael Borella Pelosi; Juliana Hernandes; Mauricio Godinho; Luis Donizeti Stracieri; Rafael Del Ciampo Silva; Guilherme Seronni

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Palavras chave: Trauma; Fratura de Arcos Costais; Fixação Arcos Costais; Protocolo



OBJETIVO

Demonstrar a construção do protocolo de fixação de arcos costais devido trauma torácico em um centro de trauma.

MÉTODO

Revisão da literatura quanto ao trauma torácico com fraturas de arcos costais e suas formas de tratamento, não operatória e cirúrgica, bem como critérios de seleção, analgesia, custos e desfecho.

RESULTADOS

Após atendimento inicial, com diagnóstico confirmado de fraturas de arcos costais por métodos de imagem, o doente é avaliado em relação a: mecanismo de trauma, controle algico, saturação, comorbidades e medicamentos em uso, número de fraturas e suas localizações bem como a presença de hemo/pneumotórax. Em seguida, o doente é classificado em dois grupos: 1) aqueles com condição de alta sem avaliação especializada, caracterizados por 2 ou menos fraturas unilaterais, ausência de hemo/pneumotórax, não anticoagulados e com bom controle algico, e sem lesões associadas. Estes são liberados com analgesia e orientações de sinais de alarme. 2) doentes com critérios de internação hospitalar, seguidos pela cirurgia do trauma. Após realização de espirometria na admissão, são classificados em 3 níveis de complexidade:

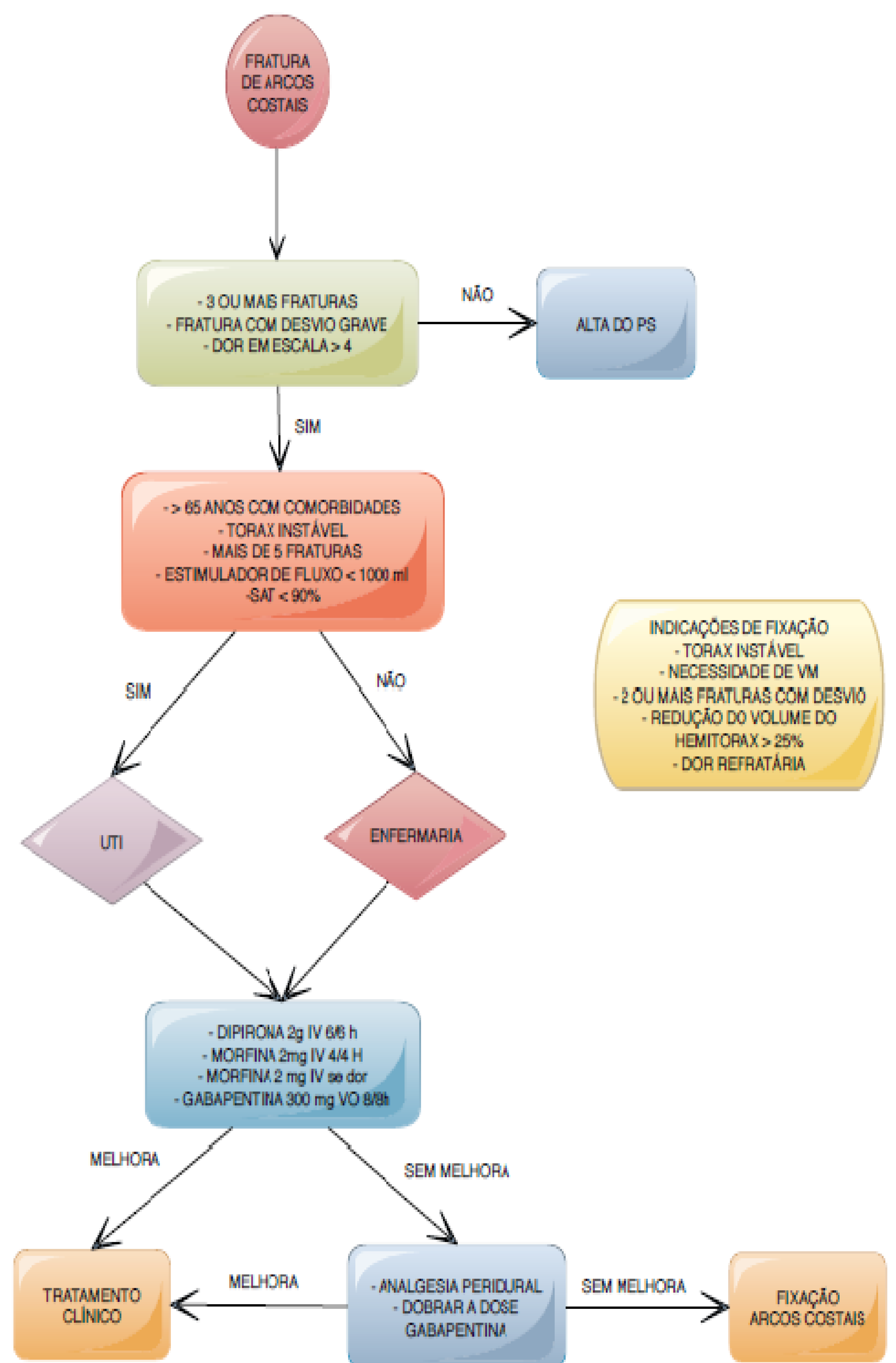
- Enfermaria: < 64 anos, < 6 fraturas, CVF > 1500ml
- Realiza-se fisioterapia motora e respiratória, verificado sinais vitais 6/6h, oxigenoterapia para $\text{SaO}_2 > 90\%$, analgesia conforme protocolo de instituição.
- Semi-intensivo: CVF entre 1000-1500ml, > 65 anos com CVF > 1500ml
- Além dos cuidados da enfermaria, monitorização contínua e avaliação de analgesia invasiva (bloqueios, cateteres).
- CTI: CVF < 1000ml, tórax instável, > 65 anos com 4 ou mais fraturas de costelas.
- Além dos cuidados do semi-intensivo, ventilação não-invasiva ou invasiva conforme necessidade e uso de broncodilatadores de horário.

Após a internação, existe indicação cirúrgica precocemente (<72h) nos seguintes casos:

- Tórax instável com falha de desmame de ventilação mecânica, movimento ventilatório paradoxal, ausência de contusão pulmonar grave e ausência de TCE moderado ou grave.
- Falha no controle algico mesmo com analgesia invasiva em fraturas com desvio de cortical.
- Deformidade de parede torácica com colapso estrutural da parede e perda do volume torácico ou desvio grave de múltiplas fraturas ou defeitos no tecido que podem resultar em deformidade permanente ou hérnia pulmonar.

- Toracotomia por outras indicações com fraturas desalinhadas impedindo a expansão pulmonar ou costelas empaladas no parênquima pulmonar em doentes que tenham expectativa de sobrevivência.

Indica-se o tratamento cirúrgico de forma eletiva (>72h) nos casos de: doentes com sinais de não consolidação das costelas visualizado em tomografia 2 meses após o trauma, e em doentes com dor ventilatório-dependente refratária.



CONCLUSÃO

A elaboração de um protocolo traz como benefícios a padronização de condutas, assim como a agilidade no atendimento, redução de custos e efeitos adversos, além do melhor desfecho para o doente.