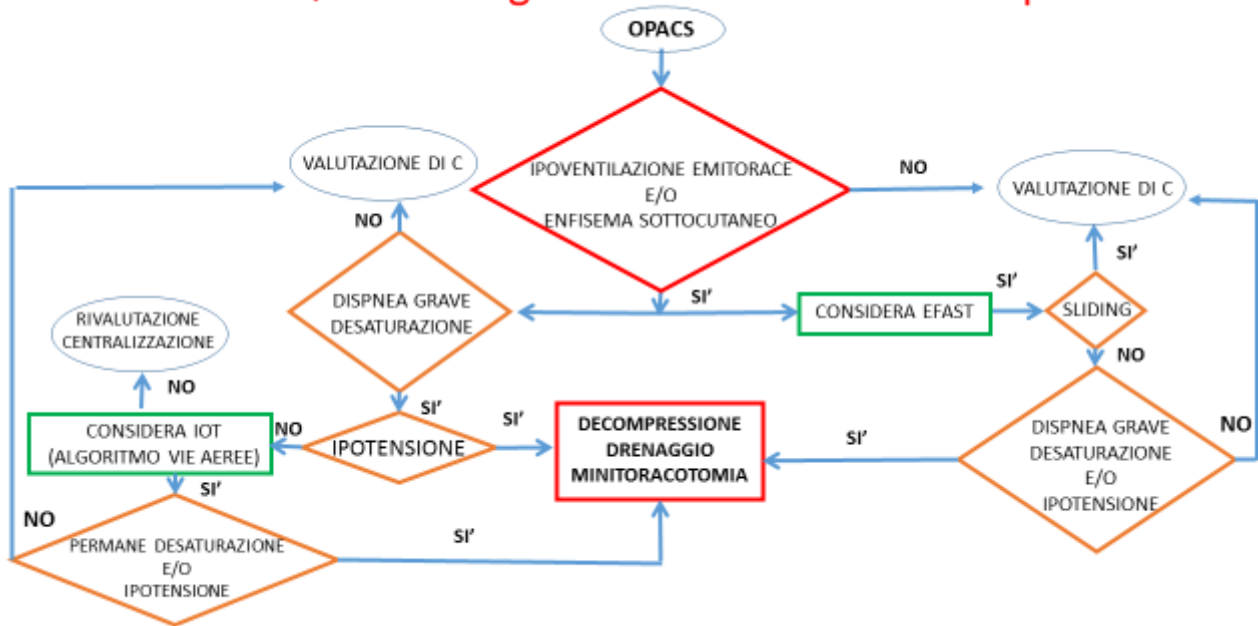


Il PNX iperteso è una delle più frequenti cause di morte evitabile in extraospedaliero.

La diagnosi di PNX iperteso è una diagnosi CLINICA, OPACS eseguito correttamente e in maniera completa ci permette di individuare il grande killer del paziente con trauma del torace. Se non individuato e trattato porta rapidamente a morte il paziente.

Quando? Algoritmo decisionale decompressione



The indications for decompression/drainage of the pleural space are inspection/assessment ABC, careful interpretation of the findings and cost-benefit ratioThe presence of a tension PNx is an acute and life-threatening condition which ultimately leads to death if not addressed and treated quickly and appropriately

Chinese Journal of Traumatology 18 (2015)125-134. Prehospital care for multiple trauma patients in Germany

Il ramo principale dell'algoritmo, che parte ovviamente da un OPACS completo e ben eseguito, evidenzia come la presenza di ipoventilazione in tutto un ambito polmonare e/o enfisema sottocutaneo associato a grave compromissione respiratoria (da leggere dispnea grave e desaturazione) e compromissione emodinamica rappresentano la diagnosi clinica di PNx iperteso e richiedono l'immediata decompressione.

L'eco torace fornisce se positiva (no sliding) un'ulteriore conferma e consente di fare diagnosi nel momento in cui è presente grave compromissione respiratoria **e/o** emodinamica (vedi letteratura) Nel caso il paziente presenti grave compromissione respiratoria senza immediata compromissione emodinamica prevale la necessità di ossigenare e ventilare efficacemente quindi richiamo a algoritmo della gestione avanzata delle vie aeree e all'intubazione orotracheale se indicato, opportuno e fattibile. Se non opportuno e/o non fattibile rapida centralizzazione.

Se dopo la gestione della via aerea e la corretta ventilazione permane desaturazione e/o compare ipotensione vi è l'indicazione a decompressione.

L'ausilio dell'ecografia appare estremamente importante nella diagnosi di PNx, seppur con una serie di limiti che devono essere tenuti in considerazione:

- L'ecografia è uno strumento "operatore dipendente"
- L'assenza di sliding definisce un PNx la diagnosi di ipertensione è CLINICA
- La sensibilità dell'esame in ambito pre-h è difficile da definire ma è più bassa rispetto all'ED per fattori facilmente intuibili (tempo, luce, posizione dell'operatore e del paziente).

Terapia: ogni operatore dovrà procedere in base alle proprie competenze e skills pratiche acquisite e **dopo aver valutato indicazione ed opportunità**

Una volta gestita in maniera ottimale la via aerea e valutato e risolto i problemi di B al paziente deve essere garantita una corretta ventilazione (a maggior ragione se sedato e intubato)

- **Utilizza il ventilatore meccanico**
- **VTe 6-8 ml/kg, Pmax 30, FR 12-15 atti/min**
- **FiO2 minima per ottenere SpO2 ≥ 94%**
- **Monitorizza EtCO2 → normocapnia**
- **EGA appena arrivato in DEA**