

Atendimento ao Paciente Vítima de Traumatismo Abdominal

Última revisão: 15/06/2014
Estabelecido em: 13/12/2005

Responsáveis / Unidade

Eduardo Thomaz Froés – Médico | HJK
Leonardo B. Ottoni Porto – Médico | HJK

Colaboradores e Validadores

Equipe de Cirurgia do HJXXIII

INTRODUÇÃO / RACIONAL

A avaliação do abdome é um dos componentes mais críticos na abordagem inicial do traumatizado. O momento mais oportuno para avaliação abdominal deve ser determinado considerando o mecanismo de trauma, sua localização e o estado hemodinâmico do paciente.

A lesão intra-abdominal não diagnosticada é causa frequente de mortes evitáveis. Qualquer doente vítima de traumatismo abdominal contuso ou penetrante deve ser visto como portador de lesão cirúrgica, até que se prove o contrário (**APÊNDICE I**).

OBJETIVOS

1. Sistematizar o atendimento inicial ao paciente vítima de trauma abdominal por médicos especialistas ou não especialistas, em unidades básicas da rede hospitalar FHEMIG;
2. Identificar os padrões de Trauma Abdominal de acordo com sua causa;
3. Sistematizar os procedimentos diagnósticos e estabelecer prioridades de tratamento conforme o mecanismo da lesão;
4. Evitar a liberação de pacientes com risco elevado de desfecho desfavorável;
5. Evitar internações desnecessárias de pacientes com baixo risco de desfecho desfavorável;
6. Reduzir custos com transferências inter-hospitalares e tomografias computadorizadas (TC) do abdome desnecessárias;
7. Diminuir o número de cirurgias no HJXXIII, que possam ser realizadas em outros hospitais.

SIGLAS

ATLS: *Advanced Trauma Life Support*

CTI: Centro de Tratamento Intensivo

ECG: Escala de Coma de Glasgow

RX: Radiografia

TCE: Traumatismo Cranioencefálico

TC: Tomografia Computadorizada

TRM: Traumatismo Raquimedular

TTIH: Termo de Transferência Inter-hospitalar

USA: Ultrassonografia Abdominal

MATERIAL / PESSOAL NECESSÁRIO

1. Serviços médicos de urgência, com equipe médica qualificada (cirurgião geral, clínico geral e/ou pediatra), coordenada por um cirurgião geral com formação em trauma, para avaliação inicial deste tipo de paciente segundo os preceitos do ATLS;
2. Equipe de enfermagem treinada e orientada para cuidados com o paciente, vítima de trauma;
3. Especialidades de suporte – com médicos disponíveis 24 horas:
 - Indispensável: cirurgião vascular, anesthesiologista, ortopedista, neurocirurgião, cirurgião plástico;
 - Complementar: intensivista.
4. Imaginologia (disponível 24 horas):
 - Ultrassonografia na sala de emergência;

- Indispensável: radiologia convencional, tomografia computadorizada ou referir para HJXXIII e retornar conforme formulário TTIH (**APÊNDICE II**);
 - Complementar: recursos para angiografia.
5. Infraestrutura de bloco cirúrgico 24 horas;
 6. Veículo e equipe médica e paramédica capacitada para o transporte inter-hospitalar de pacientes vítimas de trauma (estes pacientes apresentam o risco de rápida deterioração durante o transporte, portanto o veículo deve estar capacitado para reanimação);
 7. Medicamentos essenciais: analgésicos, anticonvulsivantes.

ATIVIDADES ESSENCIAIS

1. Reavaliação clínica periódica do paciente;
2. Monitorização respiratória e hemodinâmica;
3. Revisão laboratorial;
4. Métodos de imagem para eventuais intercorrências;
5. Trauma abdominal contuso ou penetrante (pensar em possibilidade cirúrgica). Usar o ATLS conforme a padronização:
 - A. Manutenção das vias aéreas com proteção da coluna cervical;
 - B. Respiração e ventilação;
 - C. Circulação com controle da hemorragia;
 - D. Avaliação neurológica (vide protocolo de TCE);
 - E. Exposição do paciente e prevenção da hipotermia.

Alternativa em caso de desvios e ações necessárias:

Pacientes vítimas de trauma abdominal exclusivo, que não necessitem do concurso de outras especialidades, deverão ser tratadas nas unidades da FHEMIG que dispõem de estrutura básica para tratamento de doentes cirúrgicos (vide atividades essenciais estrutura básica). Nasquelas situações em que a conduta cirúrgica não está definida e que há necessidade de complementação propedêutica com algum método de imagem (ultrassom ou tomografia computadorizada) não disponível na unidade naquele momento, o paciente deverá ser encaminhado ao Hospital João XXIII (estrutura avançada), com posterior retorno à unidade de origem para tratamento definitivo. Este encaminhamento deverá ser feito após contato telefônico prévio com a coordenação do plantão do Hospital João XXIII e com o preenchimento do formulário TTIH (**APÊNDICE II**).

ITENS DE CONTROLE

1. Monitoramento dos índices de trauma;
2. Número de protocolos aplicados;
3. Tempo entre admissão do paciente até a resolução definitiva;
4. Número de contra referências preenchidas.

REFERÊNCIAS

	Grau de Recomendação/Nível de Evidência
1. Feliciano DV: Abdominal Trauma. In: Schwartz SI, Ellis H (eds): Maingot's Abdominal Operations, 9th Edition. East Norwalk, CT, Appleton & Lange, 1989.	D
2. Feliciano DV: Diagnostic modalities in abdominal trauma. Peritoneal lavage, ultrasonography, computed tomography scanning, and arteriography. Surgical Clinics of North America 1991; 71: 241-255.	D
3. Feliciano, DV, Rozycki GS: The management of penetrating abdominal trauma. In: Cameron JL, et al (eds): Advances in Surgery. Volume 28. St. Louis, Mosby, 1995.	D
4. Root HD: Abdominal trauma and diagnostic peritoneal revisited. American Journal of Surgery 1990; 159: 363-364.	D
5. Trafton PG: Pelvic ring injuries. Surgical Clinics of North America 1990; 70: 655-670.	D
6. Ivatury RR, et al: Penetrating gluteal injury. Journal of Trauma 1982; 22-706.	C
7. Feliciano, DV: Management of traumatic retroperitoneal hematoma. Annals of Surgery 1990; 211:109-123.	D
8. Coimbra R, Hoyt D, Winchell R, et al: The ongoing challenge of retroperitoneal vascular injuries. Am J Surg 1996; 172: 541-545.	C
9. Advanced Trauma Life Support – Student Manual, 1999.	D

Texto Subsidiário Consenso de Trauma Abdominal Fechado

OS CRITÉRIOS PARA DEFINIR ESTABILIDADE HEMODINÂMICA DEVEM SER CLÍNICOS, COM PA SISTÓLICA > 90 mmHg, BOA PERFUSÃO TECIDUAL E POSSIVELMENTE PULSO < 100 BPM.

Para a quantificação do hemoperitônio, deve-se usar a presença de sangue nos quadrantes, através de métodos de imagem. Assim, pequena quantidade seria quando houver presença de sangue em apenas um quadrante (ou restrito à pelve ou ao espaço hepato-renal); moderada quantidade, quando estiver presente em dois quadrantes e, finalmente, grande quantidade quando três ou mais quadrantes estiverem ocupados. Todos os pacientes com traumatismo abdominal fechado deverão ter o atendimento inicial realizado segundo os preceitos do ATLS.

O Paciente Hemodinamicamente Instável (FLUXOGRAMA I)

O paciente com trauma abdominal que se encontra hemodinamicamente instável após ABC (PA sistólica < 90 mmHg, pulso > 100 bpm e má perfusão tecidual) deverá ser submetido a ultrassonografia na sala de politraumatizados (FAST – *focused assessment sonographic in trauma*), sempre que possível. Quando isto não for possível, deverá ser submetido ao lavado peritoneal com 500 ml de SF 0,9%, preferencialmente aquecido. Não confundir com punção abdominal que tem sensibilidade menor (65%), comparado com aquele (95%). Se a ultrassonografia mostrar presença de líquido livre na cavidade abdominal, o paciente deverá ser encaminhado à laparotomia exploradora. Se, ao contrário, o resultado da ultrassonografia for normal, a avaliação prosseguirá na tentativa do diagnóstico de outra causa de choque. Havendo dúvida na interpretação da ultrassonografia deve-se realizar um lavado peritoneal. Se o exame realizado for o lavado peritoneal, o paciente deverá ser submetido à laparotomia se houver saída evidente de pelo menos 10 ml de sangue na aspiração ou retorno de líquido francamente sanguinolento. Se não houver saída de sangue ou a presença de sangue no líquido for microscópica, os exames prosseguirão na tentativa do diagnóstico de outra causa de choque.

As radiografias de tórax, pelve e coluna cervical, quando indicadas, só serão realizadas se houver aparelhagem na sala de trauma.

O Paciente Hemodinamicamente Estável (FLUXOGRAMA I)

O paciente com trauma abdominal que se encontra hemodinamicamente estável (PA sistólica > 90 mmHg, pulso < 100 bpm e perfusão tecidual adequada) deverá ser submetido a ultrassonografia. Se o resultado for negativo em relação à presença de líquido, o paciente ficará em observação no hospital. Caso contrário, o paciente deverá submeter-se à tomografia computadorizada (preferencialmente com duplo contraste). Caso exista hemoperitônio, poderá ser considerado o tratamento não operatório se o lavado peritoneal, como recomendado para o paciente instável, exame físico ou mecanismo do trauma não sugerirem lesão de víscera oca. Se a causa do hemoperitônio não for definida, o paciente deverá ser insistentemente avaliado, monitorizado clinicamente e a possibilidade de laparotomia deve ser sempre considerada.

Se não for possível a realização de tomografia computadorizada, não será aconselhável o tratamento não operatório.

As radiografias de tórax, pelve e coluna cervical, quando indicadas, deverão ser realizadas antes da cirurgia. Situações especiais:

Pacientes com lesão pélvica associada

1. A incisão para a realização de lavado peritoneal deverá ser supraumbilical;
2. Se positivo, a laparotomia deve ser indicada;
3. A fratura pélvica deve ser imobilizada com lençol ou outro dispositivo não ortopédico antes da laparotomia, particularmente nos pacientes instáveis.

Pacientes com TCE associado

1. Pacientes com TCE, TRM e intoxicação exógena que tenham ultrassonografia e/ou lavado peritoneal evidenciando presença de sangue na cavidade, ainda que estáveis, deverão ser laparotomizados quando forem encaminhados à cirurgia extra-abdominal.

TERMO DE TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR (TTIH)

TVE/AVC/ABDOME AGUDO/TRAUMA ABDOMINAL/ECLÂMPسيا

Hospital de origem _____ Data ___/___/_____ Hora ___:___

Nome do Paciente _____

Nº do registro _____

Diagnóstico Neurológico _____

Outros Diagnósticos _____

Foi observado o protocolo? sim não

Motivo clínico da transferência baseado na observação do protocolo

História Sumária e dados vitais:

PA ___/___ ___ mmHg Pulso ___ bpm FR ___ irpm

Glasgow _____

SAÍDA

Médico Autorizador: _____ CRM: _____

Contato feito pelo autorizador no destino: _____ CRM: _____

Assinatura e carimbo do Autorizador _____

Nome, nº de registro profissional e assinatura do Assistente Social ou profissional responsável pelo transporte: _____

Ambulância: SAMU FHEMIG-UTI FHEMIG-COMUM

Hora contato: ___:___ Hora saída: ___:___ Hora chegada: ___:___

CHEGADA

Hora da chegada HJXXIII: ___:___

Exame:

USA TC Angiografia Outro _____

Laudo sumário (radiologista ou médico assistente): _____

Nome, CRM e carimbo do médico avaliador: _____

RETORNO

Hora saída HJXXIII: ___:___ Hora chegada à origem: ___:___

Nome, CRM e carimbo médico que recebeu na origem: _____

Tratamento

