

Efetuar o transporte da paciente para o hospital em todos os casos.

Incluir no exame a avaliação da irritabilidade uterina (presença de contrações e seu ritmo) e a altura do fundo de útero.

Prestar atenção a saída de líquido amniótico ou sangramentos vaginal.

Anotar todos os dados observados e comunicá-los ao médico do hospital de referência.

## 113. TRAUMA PEDIÁTRICO

### a. CONSIDERAÇÕES GERAIS DE AVALIAÇÃO

Durante o atendimento a criança ferida uma das principais dificuldades é lidar com os responsáveis, que geralmente estão ansiosos e preocupados.

A melhor maneira de ganhar a confiança dos pais é demonstrar competência durante o atendimento. Envolvê-los no socorro.

Sempre que possível mantenha os pais em contato físico e verbal com o paciente. Pedir por exemplo que eles confortem a criança e ajudem segurando algum equipamento. Explicar tudo o que está sendo feito para os responsáveis, demonstre preocupação pela criança mantendo o profissionalismo.

O traumatismo da cabeça é a causa mais comum de óbito após trauma em pacientes pediátrico. As lesões da cabeça são mais frequentes na criança devido ao tamanho e peso desta em relação ao corpo. As crianças costumam apresentar um prognóstico melhor do que adultos com o mesmo grau de lesão e a recuperação pode ser completa mesmo em pacientes com lesões graves.

O traumatismo de abdome representa a segunda causa de óbito após trauma em pacientes pediátricos. Sua principal manifestação é o choque hemorrágico causado pela rotura do fígado e do baço. Estes órgãos são menos protegidos pelas costelas e são relativamente maiores em crianças.

A parede torácica é mais elástica em crianças do que em adultos diminuindo a chance de lesões como tórax instável e tamponamento cardíaco, após o traumatismo de tórax.

Traumatismos de coluna vertebral são pouco frequentes antes da adolescência apesar do tamanho da cabeça da criança. Mas mesmo assim imobilizar toda a criança com mecanismo de lesão sugestivo.

Os pacientes socorridos em assentos infantis, apresentam menor chance de sofrer lesões graves em acidentes automobilísticos.

### **b. QUADRO CLÍNICO**

A avaliação do nível de consciência é um excelente indicador de traumatismo de crânio. Utilizar como parâmetro a variação da pontuação na escala de Glasgow adaptada para pediatria.

Crianças pequenas podem se beneficiar de um brinquedo e caso algum esteja disponível permitir que ele fique com o paciente. Uma criança que pode ser consolada ou distraída com algum brinquedo tem o cérebro adequadamente perfundido e oxigenado.

Particularidades: as contusões abdominais, equimoses provocadas por cintos de segurança, dor abdominal em pacientes pediátricos representam indicações de transporte rápido. Mesmo vítimas com sinais mínimos de trauma podem apresentar lesões graves.

Os principais sinais do traumatismo de tórax são: dificuldade respiratória que pode ser causada por pneumotórax, hemotórax e contusão pulmonar.

A taquipnéia é um importante sinal de comprometimento respiratório, uma criança respirando com frequência maior que quarenta por minuto ou um lactente com mais de sessenta por minuto tem indicação de transporte rápido; batimentos de asa de nariz; retrações supra-esternais, intercostais e subcostais.

A ausculta pulmonar pode ser enganosa em caso de pneumotórax pode haver transmissão de ruídos de um lado do tórax para outro devido ao pequeno tamanho da caixa torácica.

O diagnóstico de choque é mais difícil em crianças do que em adultos e quanto mais jovem o paciente mais difícil é a avaliação. Os sinais de choque podem ser simulados por outras condições como exposição ao frio, medo e estresse. A frequência de pulso **maior que 130 bpm** deve sugerir choque.

A palpação de pulsos pode ser difícil em crianças pequenas e lactentes, mesmo que eles não estejam em choque. No lactente o pulso braquial é o mais fácil de palpar.

A redução da temperatura das extremidades pode ser secundária a exposição ao frio, medo e estresse.

Hipotensão arterial: é um sinal tardio de choque. A aferição da pressão arterial é difícil e pode ser demorada em crianças pequenas. Como regra a

pressão arterial sistólica menor que 80 mmHg em crianças e que setenta mmHg em lactentes são sinais indicativos de hipotensão.

O tamanho do manguito do esfigmomanômetro deve ser adequado ao do paciente para evitar erros na aferição.

O enchimento capilar também é difícil de avaliar, quando superior a 2 segundos sugere a presença de problema circulatório.

Devido a mecanismos compensatórios as crianças em estágio inicial de choque podem parecer bem. A piora é súbita.

### Escala de Glasgow pediátrica

ABERTURA OCULAR			
	> 1 ANO	< 1 ANO	
1	NÃO ABRE	NÃO ABRE	
2	A DOR	A DOR	
3	AOS ESTÍMULOS VERBAIS	AO GRITO	
4	ESPONTÂNEA	ESPONTÂNEA	
MELHOR RESPOSTA MOTORA			
	> 1 ANO	< 1 ANO	
1	SEM RESPOSTA	SEM RESPOSTA	
2	EXTENSÃO	EXTENSÃO	
3	FLEXÃO ANORMAL	FLEXÃO ANORMAL	
4	RETIRADA EM FLEXÃO	RETIRADA EM FLEXÃO	
5	LOCALIZA A DOR	LOCALIZA A DOR	
6	OBEDECE		
MELHOR RESPOSTA VERBAL			
	> 5 ANOS	> 2 - 5 ANOS	0 - 2 ANOS
1	SEM RESPOSTA	SEM RESPOSTA	SEM RESPOSTA
2	SONS INCOMPREENSÍVEIS	GRUNHIDOS	GRUNHIDOS
3	PALAVRAS DESCONEXAS	CHORO E GRITOS	CHORO INAPROPRIADO
4	DESORIENTADO	PALAVRAS INAPROPRIADAS	CHORO
5	CONVERSA COM ORIENTAÇÃO	FRASES E PALAVRAS APROPRIADAS	SORRI, BALBUCIA E CHORA APROPRIADAMENTE

**Sinais vitais de acordo com a faixa etária**

IDADE	PESO KG	RESPIRAÇÕES/ MINUTO	PULSO (BPM)	PA SISTÓLICA (mmHg)
Recém nato	3 - 4	30 - 50	120 - 160	> 60
6 meses a 1 ano	8 -10	30 - 40	120 - 140	70 - 80
2 a 4 anos	12 - 16	20 - 30	100 - 110	80 - 95
5 a 8 anos	18 - 26	14 - 20	80 - 100	90 - 100
8 a12 anos	26 - 50	12 - 20	80 - 100	100 -110
> 12 anos	> 50	12 - 16	80 - 100	100 - 120

**c. CONDUTA**

Adotar medidas de auto-proteção.

Manter as vias aéreas abertas com manobras manuais e estabilização manual da cabeça e pescoço.

Determinar após a abertura da via aérea, se a vítima apresenta respiração adequada.

Iniciar a assistência ventilatória com a respiração artificial sob máscara, caso a respiração esteja ausente ou inapropriada.

Utilizar a máscara invertida caso a disponível seja grande para o paciente.

Estabilizar a cabeça e pescoço manualmente, o colar cervical só é aplicado no final da avaliação rápida.

A manobra manual de desobstrução indicada no trauma é a elevação modificada da mandíbula.

Colocar um coxim sob os ombros para manter a cabeça em posição neutra geralmente é necessário. Em crianças pequenas devido ao maior tamanho da cabeça em proporção ao corpo o occipital pode manter a cabeça flexionada obstruindo a via aérea quando ela está em decúbito dorsal.

Lembrar que a hiperextensão da cabeça pode causar obstrução de vias aéreas e a cânula orofaríngea deve ser utilizada somente em crianças não reativas. A cânula nasofaríngea está contra-indicada.

Ventilar crianças que não apresentam respiração adequada com oxigênio suplementar.

Administrar oxigênio sob máscara em crianças ventilando adequadamente.

Efetuar as ventilações pulmonares lentamente para evitar a distensão gástrica e na frequência apropriada para a idade da vítima.

Empregar as frequências recomendadas para ventilação pediátrica que são: 20/min para pacientes menores que um ano de idade e 15 a 20/min para crianças maiores e adolescentes.

Proceder a intubação orotraqueal em caso de inconsciência e/ou necessidade de assistência respiratória.

Conter hemorragias externas. Os locais de sangramento óbvios devem ser controlados para manter a circulação. Como o volume sanguíneo da criança é de 80 a 90 ml/kg sangramentos com perdas que seriam bem toleradas em um adulto podem causar o choque. As técnicas de controle de hemorragias são as mesmas utilizadas em adultos.

Obter acesso a circulação, como no adulto não é uma prioridade em transportes de curta duração. Em situações especiais como transportes prolongados, hemorragias controladas, esmagamentos, tempo longo de desencarceramento o acesso a circulação no ambiente pré-hospitalar o procedimento é necessário. São opções a veias periféricas de extremidades superiores, a safena anteriormente ao maléolo medial da tíbia e a infusão intra-óssea.

Colher sangue para hematócrito, gasometria arterial, eletrólitos e função renal.

Monitorizar ECG, oximetria de pulso.

Obter radiografia de tórax.

Efetuar a reposição de volume em bolus de 20 ml/kg seguidos por reavaliação dos parâmetros clínicos do paciente. Caso necessário o bolus deve ser repetido.

Transportar rápido ao hospital para avaliação caso indicado.