

## 111. TRAUMATISMO DE ABDOME

### a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

Causa 50% das mortes evitáveis por trauma.

Dependendo da integridade da parede abdominal é classificado em fechado e penetrante.

Os traumatismos abdominais fechados são cinco vezes mais frequentes que os penetrantes.

A principal complicação no ambiente pré-hospitalar é a lesão de vísceras maciças e estruturas vasculares, causando o choque hipovolêmico. A lesão de vísceras ocas leva a peritonite, mas as manifestações clínicas são tardias ocorrendo geralmente no hospital.

#### Incidência de lesões viscerais no trauma de abdome

FECHADO		PENETRANTE	
Baço	25	Fígado	37
Intestino	15	Delgado	26
Fígado	15	Estômago	19
Retroperitônio	13	Cólon	16,5
Rim	12	Grandes Vasos	11
Bexiga	6	Mesentério e Omento	9,5
Mesentério	5	Baço	7
Pâncreas	3	Diafragma	5,5
Diafragma	3	Rim	5
Vascular	2	Pâncreas	3,5
Uretra	2	Duodeno	2,5
-		Vias Biliares	1
-		Outros	1

### b. QUADRO CLÍNICO

É muito importante que o socorrista defina sua conduta a nível pré-hospitalar. O exame primário é fundamental para diagnosticar condições que ocasionem risco de vida imediato e iniciar o tratamento.

O surgimento de taquicardia e palidez em vítima de trauma de abdome sem evidências de hemorragia externa deve fazer o socorrista suspeitar de sangramento interno. A presença de lesões penetrantes, dor

ou distensão abdominal após trauma indicam a possibilidade de lesão visceral.

No exame abdominal a inspeção é muito importante, para determinar se o traumatismo é fechado ou penetrante. A distensão abdominal sugere lesão de víscera maciça.

A palpação deve ser feita nos quatro quadrantes, visando determinar: sensibilidade, descompressão dolorosa e defesa.

### **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.

Proceder a intubação orotraqueal e iniciar ventilação sob pressão positiva caso estas medidas não sejam suficientes para manter a oxigenação da vítima (saturação > 90% ou presença de choque).

Radiografar o tórax e coluna cervical no leito.

Estabilizar objetos extrusos.

Proteger vísceras expostas com compressas úmidas sem tentar recolocalas no interior da cavidade.

Tratar o estado de choque.

Iniciar a reposição com cristalóide na presença de sinais de choque, mas essa conduta não deve retardar o transporte.

Monitorizar a PA após a infusão de 20 ml/kg de Ringer, pois a reposição excessiva de volume pode agravar a hemorragia interna.

Manter a pressão arterial sistólica em torno de 90 mmHg.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados.

Transferir para hospital de referência.

## **112. TRAUMA NA GRAVIDEZ**

### **a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO**

A incidência de traumatismos durante o período gestacional vem aumentando nos últimos anos.