

# Protocolo de Atendimento ao Paciente Vítima de Traumatismo Abdominal



**002**

ESTABELECIDO EM  
13/12/2005

ÚLTIMA REVISÃO EM  
18/12/2009

**NOME DO TEMA //**

Protocolo de Atendimento ao Paciente Vítima de Traumatismo Abdominal

**RESPONSÁVEIS – UNIDADE //**

Equipe de Cirurgia do HJXXIII

**COLABORADORES //**

Dr. Leonardo B. Ottoni Porto, Dr. Eduardo Thomaz Froés – HJK

**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 prova em contrário. (texto subsidiário – (APÊNDICE I).

## OBJETIVO

Sistematizar o atendimento inicial ao paciente vítima de trauma abdominal por médicos especialistas ou não especialistas, em unidades básicas da rede hospitalar FHEMIG;

Identificar os padrões de Trauma Abdominal de acordo com sua causa;

Sistematizar os procedimentos diagnósticos e estabelecer prioridades de tratamento conforme o mecanismo da lesão;

Evitar a liberação de pacientes com risco elevado de desfecho desfavorável;

Evitar internações desnecessárias de pacientes com baixo risco de desfecho desfavorável;

Reduzir custos com transferências inter-hospitalares e tomografias computadorizadas (TC) do abdome desnecessárias;

Diminuir o número de cirurgias no HJXXIII, que possam ser feitas nos outros hospitais.

## 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 *Advanced Trauma Life Support (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 I);
  - Complementar: recursos para angiografia.
5. Infra-estrutura 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.

## **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.

## **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). Naquelas 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 I).

## **SIGLAS** //

TCE – Traumatismo Cranioencefálico  
ATLS – Advanced Trauma Life Support  
TC – Tomografia Computadorizada  
RX – Radiografia  
ECG – Escala de Coma de Glasgow  
USA – Ultrassonografia Abdominal  
CTI – Centro de Tratamento Intensivo  
TRM – Traumatismo Raquimedular

**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 |

**APÊNDICE I** //

**TERMO DE TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR**

**TVE/AVC/ABDOMEN AGUDO/TRAUMA ABDOMINAL/ECLÂMPSIA**

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 \_\_\_\_\_



ração 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**

O paciente com trauma abdominal que se encontra hemodinamicamente estável (P A sistólica > 90 mmHg, pulso < 100 bpm e perfusão tecidual adequada) deverá ser submetido à 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 supra umbilical.
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 ultra-sonografia e/ou lavado peritoneal evidenciando presença de sangue na cavidade, ainda que estáveis, deverão ser laparotomizados quando forem encaminhados à cirurgia extra-abdominal.

