

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.

As causas mais comuns são: acidentes automobilísticos, atropelamentos e outros tipos de agressão.

O trauma é a principal causa não-obstétrica de mortalidade materno-fetal.

Cerca de 80% das gestantes com choque hemorrágico tem morte do feto.

A gestação provoca alterações em praticamente todos os órgãos e sistemas do organismo materno. O organismo da gestante apresenta reações diferentes diante de agressão traumática.

As prioridades no tratamento da grávida traumatizada são as mesmas de uma paciente não gestante.

Atenção deve ser dada ao segundo paciente, ou seja, o feto, depois que a mãe foi estabilizada.

No trauma penetrante as outras vísceras ficaram relativamente protegidas pelo útero aumentado, que fica muito mais vulnerável.

No trauma fechado, o líquido amniótico atua como um protetor fetal.

O consumo de O_2 está aumentado durante a gestação e a manutenção de oxigenação adequada é importante na fase de reanimação da paciente grávida traumatizada.

Na gestante, há um aumento do volume plasmático, levando a uma diminuição da hemoglobina, que fica em aproximadamente 11 g/dl e do hematócrito, que pode chegar a 31 a 35% no final da gestação.

Algumas pacientes podem exibir profunda hipotensão quando em decúbito dorsal devido à compressão da veia cava inferior e da própria aorta abdominal pelo útero aumentado. Esta situação é resolvida quando se coloca a paciente em posição de decúbito lateral esquerdo.

Nas grávidas o tempo de esvaziamento gástrico está aumentado e o estômago fica comprimido pelo útero, tornando a paciente mais vulnerável a aspiração pulmonar.

A hemorragia é a principal causa de morte no período pós-traumático e plenamente passível de um tratamento rápido e eficiente no próprio cenário extra-hospitalar.

b. QUADRO CLÍNICO

As gestantes sadias devido ao aumento de seu volume circulante podem perder de 30 a 35% de sua volemia antes de exibirem sinais de choque, como: hipotensão arterial, diminuição da pressão de pulso, taquipnéia,

diminuição da diurese ou alterações do SNC, tais como ansiedade, confusão e/ou letargia.

Os sinais de sofrimento fetal antecedem os sinais e sintomas de choque da gestante. Se o volume sanguíneo materno diminui devido ao trauma, o fluxo sanguíneo placentário é diminuído seletivamente.

A frequência cardíaca aumenta durante a gravidez alcançando no 3º trimestre, 15 a 20/min a mais que na mulher não grávida, fator a ser considerado na interpretação da taquicardia em gestantes.

A pressão arterial diminui de 10 a 15 mmHg durante o 2º trimestre e retorna aos seus níveis normais próximos ao termo.

c. CONDUCTA

Avaliar as vias aéreas com controle da coluna cervical.

Utilizar a manobra manual de elevação modificada da mandíbula com concomitante estabilização manual da cabeça e pescoço.

Lembrar que pela compressão do estômago pelo útero e pelo tempo de esvaziamento gástrico aumentado, que o estômago da grávida deve ser considerado como cheio.

Observar medidas para evitar a aspiração do conteúdo gástrico para as vias aéreas, ou seja, a rotação lateral do corpo em bloco e aspiração apropriada das vias aéreas superiores.

Administrar O₂ suplementar sob máscara com reservatório.

Ventilar a vítima caso a ventilação esteja inadequada na frequência de 12 a 16/min.

Posicionar a paciente imobilizada sobre prancha longa inclinada para a esquerda, ou alternativamente o útero pode ser deslocado manualmente para a esquerda enquanto a paciente não estiver sobre a prancha.

Avaliar a possibilidade de cesárea de emergência em caso de PCR.

Obter acesso venoso a duas veias periféricas de extremidade superior, com cateteres de calibre mínimo de **16**, e a reposição de um volume líquido inicial de **1 a 2 litros** de Ringer Lactato ou soro fisiológico administrados tão rapidamente quanto possível.

Obter Ht, gasometria arterial, glicemia, eletrólitos e função renal.

Reavaliar a paciente após a infusão de líquido e a infusão suspensa se a PA chegar a 90 mmHg de sistólica.

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.