

Caso Clínico

Ismar Alberto Pereira Bahia¹

Atendimento inicial ao politraumatizado

Identificação: G.M.S., 14 anos, branca, moradora da zona sul do Rio de Janeiro

Queixa e duração: Queda da mureta da praia de +/- 1,6m, há 40min.

HDA: Informam os familiares que a menor, foi atropelada por uma bicicleta no calçadão da praia e esta a arremessou da mureta à areia numa altura de aproximadamente 1,6m, caindo sobre o lado esquerdo. Foi resgatada pelo grupo de socorro de emergência, fez-se a avaliação inicial, a criança ventilava espontaneamente, com 28 irpm, palidez cutâneo mucosa, Glasgow de 14, foi colocado colar cervical, acomodada em prancha rígida, feita punção venosa periférica e infusão de Ringer lactato. No pronto socorro foi atendida prontamente, feito todo o protocolo do ATLS, A criança encontrava-se com palidez intensa cutâneo mucosa, taquicardica, queixa de dor no flanco esquerdo, escoriações e hematoma nesta região. PA 90x70mmHg, pulso 120bpm, 28 irpm. Na avaliação não havia sinais de TCE ou TRM, Glasgow 14, foi realizada uma ultrassonografia na sala de emergência que mostrou líquido livre na cavidade, +/- 250ml, conduzida ao Centro de Imagens para realização de tomografia computadorizada helicoidal que indicou fratura de 2 arcos costais esquerdo, sem hemotórax e lesão polar esplênica, sangue livre na cavidade, TC de crânio sem alterações.

Antecedentes:

- Pessoais: Doenças comuns da infância, sem outras alterações.
- Familiares: pais vivos, saudáveis, um irmão de 8 anos sem qualquer alteração.
- Socioculturais: bom nível sócio econômico, pai é bancário, mãe professora universitária.

Informações complementares

- Sintomas gerais: queixa de dor na região acometida, estado geral bom, lúcida e orientada.

Exame físico:

- Cabeça e pescoço sem alterações, tórax com escoriações na parede lateral esquerda, abdômen doloroso no flanco esquerdo com sinais de massa palpável (Sinal de Ballance), pelve e períneo sem alterações, dorso e membros sem alterações.

Evolução:

Foi solicitado tipagem sanguínea e prova cruzada, sendo devidamente preparada e conduzida ao Centro Cirúrgico. Na laparotomia foi encontrado no inventário, hemoperitônio, lesão de polo superior esplênico, outros órgãos sem alterações, foi realizada esplenectomia polar, com esplenorragia do segmento inferior, lavagem da cavidade e síntese da parede. A paciente conduzida para unidade de pós operatório.

¹ Chefe do Departamento de Clínica Cirúrgica da Escola de Medicina Souza Marques; Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões; Diretor Médico do Hospital Casa de Portugal.

1º DPO ocorreu sem intercorrências, no 2º dia a paciente encontrava-se ativa, feito hematócrito que revelou 33%, US ausência de líquido na cavidade, peristalse presente. Iniciou a dieta branda, alta hospitalar com 72h de pós-operatório com recomendações de restrição da atividade física.

Discussão:

O tratamento de um politraumatizado requer rápida identificação das lesões e intervenção terapêutica imediata para controlar as condições que podem colocar em risco a vida ou a integridade física do indivíduo. No primeiro contato com o acidentado, fazer uma rápida avaliação da cena do acidente e afastar pessoas que no desespero de auxiliar podem criar agravos ao caso, como nesta situação que ocorre em local com grande quantidade de transeuntes que tem a tendência de se aglomerar induzidos pela curiosidade. A equipe de socorro pré-hospitalar foi acionada, ofereceu uma resposta imediata para atuar no local da ocorrência, estabilizando o paciente, o tempo e uma abordagem sistematizada são indispensáveis para que este processo ocorra. As etapas desta sistematização são:

1. **Preparação;**
2. **Triagem;**
3. **Exame primário (ABC da vida);**
4. **Reanimação;**
5. **Medidas auxiliares ao exame primário e à reanimação;**
6. **Exame secundário (céfalo-caudal) e história;**
7. **Medidas auxiliares ao exame secundário; 8. Reavaliação e monitoração após reanimação;**
9. **Cuidados definitivos.**

Esta criança após a abordagem inicial foi devidamente preparada e transportada de forma adequada. A equipe da fase intra-hospitalar, que recebe o caso, deve estar ciente pelo sistema de regulação médica e preparada e para atendimento. A regulação médica deve ser a ponte entre as equipes do pré-hospitalar e do intra-hospitalar que libera as viaturas para o atendimento da ocorrência e informa a equipe pré-hospitalar o local para continuidade do atendimento e avisa ao intra-hospitalar o caso que será encaminhado.

Esta fase cumpriu os devidos protocolos e esta criança deu entrada no setor de Emergência onde foi submetida a uma Classificação de Risco, é conduzida à Sala de trauma e a paciente foi avaliada de forma rápida, precisa e eficiente, numa sequência lógica de prioridades para suporte de vida. Este processo constitui os cuidados com o traumatizado e identifica as condições de ameaça a vida que requerem ação imediata, aplicar procedimentos padronizados como ABCDE, que podem identificar anormalidades agudas ao agravo à saúde, como situações de morte iminente e evitáveis, atendidas durante certo período de tempo, onde a ausência de oxigênio mata mais rapidamente que um sangramento.

Repetir toda a sequência de avaliação

A – AVALIAÇÃO DAS VIAS AÉREAS E ESTABILIZAÇÃO DA COLUNA CERVICAL.

B – AVALIAÇÃO DA RESPIRAÇÃO E VENTILAÇÃO C – CIRCULAÇÃO E CONTROLE DE HEMORRAGIA. D – AVALIAÇÃO DO ESTADO NEUROLÓGICO. E – EXPOSIÇÃO COM CONTROLE DE HIPOTERMIA.

Foram verificadas a coloração da pele que estava pálida, a frequência e a amplitude do pulso (se o pulso radial esta ausente a pressão sistólica é menor que 80 mmHg) e perfusão periférica (enchimento capilar maior que 3 segundos) isto nos dará subsídios para caracterizar a presença de choque e estimar o grau de hipovolemia. Como o acesso venoso já estava estabelecido, manteve-se a infusão de Ringer lactato, observando os níveis da pressão arterial, com objetivo de assegurar uma hipotensão permissiva.

Com a estabilização hemodinâmica foi possível realizar um estudo por imagens e identificar a lesão esplênica, o hemoperitônio e estabelecer a conduta.

O que se questiona é porque não adotar neste caso uma conduta conservadora? Esta tem se mostrado bastante eficaz em lesões deste tipo, mas depende de fatores que devem estar disponíveis para sua adoção, como o treinamento adequado do cirurgião, recursos de terapia intensiva, métodos de imagens e equipe disponível para intervenção a qualquer momento.

Neste caso a conduta foi indicar laparotomia, pois seguramente algum destes elementos não estava presente e a esplenectomia polar preservando a maior parte do tecido protege o organismo contra infecções por bactérias encapsuladas.

Mas sempre é bom lembrar que no pós-operatório imediato uma hipotensão permissiva pode garantir o sucesso do procedimento evitando uma re-intervenção para ressecção do tecido remanescente.