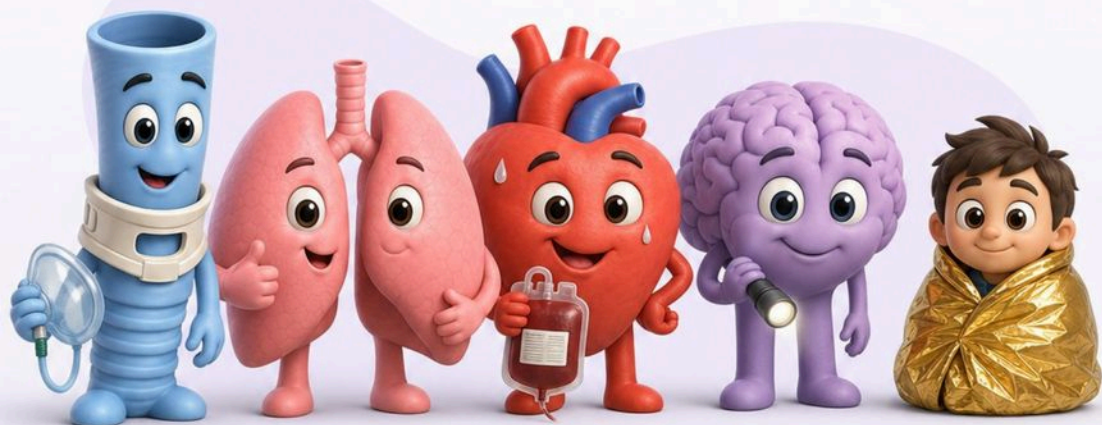


FICHAS RESUMO

HOT TOPICS

MED REVIEW



AVALIAÇÃO INICIAL NO — TRAUMA —

CIRURGIA GERAL

TRAUMA

≡ **XABCDE DO TRAUMA:** **A LÓGICA QUE SALVA VIDAS**

Por que atacar primeiro o que mata mais rápido



Trate a **MAIOR AMEAÇA** à vida. Não espere diagnóstico para agir.

POR QUE EXISTE UM FLUXOGRAMA

Trauma é um estresse **HIPERAGUDO** à homeostasia, potencialmente fatal — exige **AGILIDADE**.



Tratar primeiro a **MAIOR** ameaça à vida (prioridade fisiológica, não anatômica)



⌚ **NUNCA** esperar diagnóstico definitivo para tratar



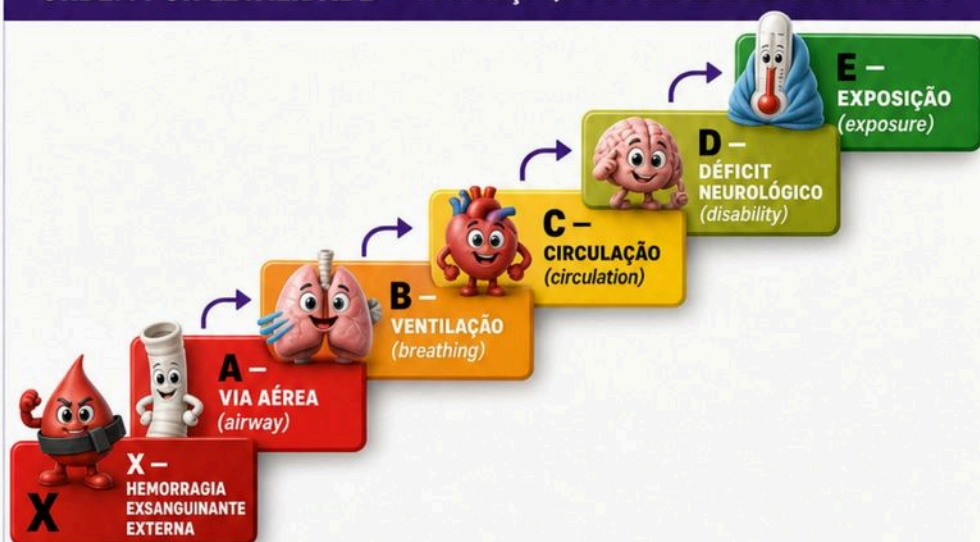
⊘ **NÃO** precisa de história detalhada para começar

Abordagem sistemática que ataca primeiro o que mata mais rápido.



> e quem entra primeiro?

ORDEM POR LETALIDADE — SÓ AVANÇA QUANDO RESOLVE A ETAPA ANTERIOR



Alteração em A é mais letal que em B, que é mais letal que em C — e assim por diante.

REGRA DE OURO: só avança para a próxima letra quando resolver a anterior.

SEGURANÇA DA CENA E O ATLS 11



Cena segura primeiro. Agora ATLS e PHTLS preconizam o **XABCDE**.

SEGURANÇA DA CENA VEM ANTES DE TUDO

No pré-hospitalar, a **PRIMEIRA** conduta é checar a **SEGURANÇA DA CENA** — antes de qualquer XABCDE.



1 CENA SEGURA?



2 X-A-B-C-D-E INICIAR ATENDIMENTO



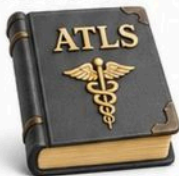
Cena insegura = não há atendimento. Sua segurança primeiro.



⚡ ATUALIZAÇÃO QUE A BANCA COBRA

ATÉ 2025

PHTLS (pré-hospitalar):
XABCDE — o X já existia.
ATLS: só **ABCDE** — sem o X.



ATLS 11

AMBOS passam a preconizar o **XABCDE**. O **'X'** = controle de hemorragia exsanguinante **ANTES** das vias aéreas.



Bancas ANTIGAS podem colocar o controle de sangramento externo só no **C** (circulação). Sempre confira a **EDIÇÃO** do protocolo cobrada no enunciado.

≡ **X** – HEMORRAGIA EXSANGUINANTE

Do curativo compressivo ao torniquete



Só sangramento **EXTERNO** – membros, partes moles, amputação.

HEMORRAGIA EXTERNA EXSANGUINANTE

Só hemorragias **EXTERNAS** exsanguinantes – membros, partes moles, amputação.

ENTRA:

membros • partes moles • amputação

NÃO ENTRA:

hemotórax maciço • sangramento
intra-abdominal • pélvico

⚠ Sangramento interno **NÃO** é do **X** – é do **C** (circulação).



> como aplico?

ESCALONAR ATÉ CESSAR



**CURATIVO
COMPRESSIVO
LOCAL**



**EMPAOTAMENTO
DA FERIDA**



TORNIQUETE

*Torniquete hoje é **MAIS TOLERADO** – o benefício supera o risco de isquemia.*



> passo a passo?

PASSO A PASSO

- 1 Posicionar 5–8 cm **PROXIMAL** à lesão, direto na **PELE** – **NUNCA** sobre articulação
- 2 Apertar (girar a manivela) até **CESSAR** o sangramento – vencer a PA, sem pulso distal palpável
- 3 Se não cessar, 2º torniquete **PROXIMAL** ao 1º (5–8 cm acima)
- 4 **ANOTAR O HORÁRIO** – controla o tempo de isquemia
- 5 Planejar retirada em ambiente controlado; sem cirurgia no serviço → **TRANSFERIR**

🕒 **Horário anotado = decisão segura sobre isquemia depois.**

≡ A — VIA AÉREA COM PROTEÇÃO CERVICAL

O₂ para todos e quando partir para a via aérea definitiva



Todo politraumatizado recebe **oxigênio**. Glasgow ≤ 8 = **intubar**.

O₂ PARA TODOS + IMOBILIZAÇÃO

Todo politraumatizado grave recebe O₂ suplementar — **MÁSCARA NÃO REINALANTE 12–15 L/min** — é a 1ª medida ao chegar.

Conversar com o paciente: se responde com voz normal → via aérea pérvia.



 **Imobilização cervical** (head blocks + colar)



 **Jaw thrust** (elevação da mandíbula)



 **Chin lift** — **EVITAR** se suspeita de lesão cervical



 **Cânula de Guedel** se necessário



> quando é definitiva?

INDICAÇÕES DE INTUBAÇÃO NO TRAUMA



Glasgow ≤ 8



Apneia



Saturação inadequada apesar de manobras



Risco de aspiração (sangue/vômito)



Trauma de **face**



Sangramento importante em via aérea



Lesão **térmica** inalatória



Hematoma cervical em expansão



Paciente **não colaborativo**

PEGADINHAS DE PROVA



Lesão térmica inalatória e TCE podem exigir intubação **PRECOCE/ANTECIPADA** — não espere deteriorar.



EVITAR intubação **NASOTRAQUEAL** se suspeita de fratura de base de crânio.

≡ B – VENTILAÇÃO E OXIGENAÇÃO



Hipertimpanismo + MV abolido + hipotensão = **PNEUMOTÓRAX HIPERTENSIVO**.

ASSEGURAR A OXIGENAÇÃO PELO EXAME FÍSICO

1



INSPECIONAR —
assimetrias,
contusões,
expansibilidade



2



AUSCULTAR —
queda do
murmúrio vesicular



3



PERCUTIR



HIPERTIMPANISMO → PNEUMOTÓRAX



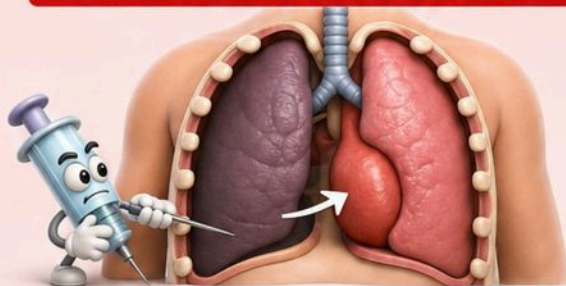
MACICEZ → HEMOTÓRAX

Realizar **DRENAGEM DE TÓRAX** se necessário.



> e se hipertensivo?

DIAGNÓSTICO É CLÍNICO — NÃO ESPERE A IMAGEM



HIPOTENSÃO



DISPNEIA



**MV ABOLIDO
IPSILATERAL**

→ **DESCOMPRESSÃO POR PUNÇÃO IMEDIATA,**
ANTES de qualquer exame de imagem.



A radiografia confirma depois — mas a punção salva agora.

≡ C – CIRCULAÇÃO E CONTROLE DO CHOQUE

Choque é hemorrágico até prova em contrário



Instável + FAST positivo = LAPAROTOMIA.

Instável NÃO vai à tomografia.

CIRCULAÇÃO COM CONTROLE DE HEMORRAGIA



⚠ NÃO usar acesso central nem dissecação como 1ª opção — periférico calibroso primeiro.



CHOQUE REFRATÁRIO — PARA ONDE LEVAR

A **FAST POSITIVO + INSTÁVEL = LAPAROTOMIA EXPLORADORA (não TC).**
Abdome tenso / peritonite + instável = cirurgia imediata.

B **SUSPEITA DE FRATURA DE Pelve + CHOQUE =** estabilização mecânica provisória (cinta pélvica) + reanimação.

C **TC SÓ APÓS ESTABILIZAÇÃO** — exame eletivo na busca do foco no paciente já estável.

REGRA ABSOLUTA



PACIENTE INSTÁVEL NÃO VAI PARA A TOMOGRAFIA.

O tomógrafo é o “túnel da morte” — primeiro estabiliza, depois investiga.

≡ D e E — NEUROLÓGICO E EXPOSIÇÃO

Glasgow, pupilas e a exposição completa do paciente

Anisocoria = TCE GRAVE. Exponha tudo, mas previna **HIPOTERMIA** sempre.

D — AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

ESCALA DE COMA DE GLASGOW



Abertura ocular



Resposta verbal



Resposta motora

Avalia o nível de consciência.
Documentar **QUEDA** na pontuação — sinal de piora.

PUPILAS



Simetria



Anisocoria

Avaliar fotorreatividade e simetria.
ANISOCORIA sugere TCE grave com **HERNIAÇÃO**.



Objetivo: evitar **LESÃO SECUNDÁRIA**, otimizando a perfusão cerebral. Documentar déficits e lateralidade.

› e a exposição?

E — EXPOSIÇÃO E CONTROLE DO AMBIENTE



• Despir **COMPLETAMENTE** — investigar lesões despercebidas.



• Rodar em **BLOCO** ($\geq 2-3$ auxiliares, alinhamento da coluna) — examinar o dorso, palpar corpos vertebrais (cervical à sacra) e retirar a prancha rígida.



• Em arma de fogo: identificar orifícios de **ENTRADA** e **SAÍDA** (trajeto).



• Em queimados: retirar as roupas **CESSA** o processo de queimadura.



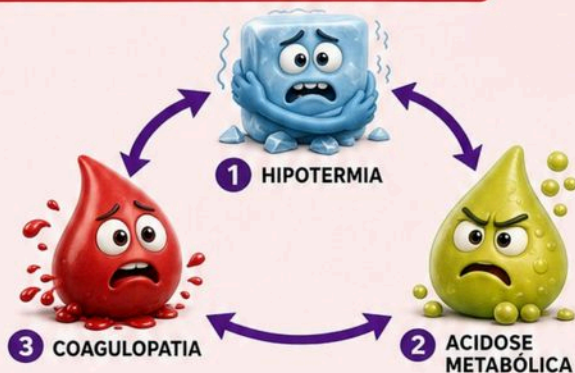
PREVENIR HIPOTERMIA SEMPRE, em qualquer clima — manta térmica + fluidos aquecidos.

TRÍADE LETAL E UM CASO DE EXEMPLO

Reavaliação cíclica, avaliação secundária e a ordem que cai na prova

Torniquete → drenagem → laparotomia → TC de crânio. NÃO inverte.

A TRÍADE MORTAL DO TRAUMA



COMO COMBATER

Aquecimento ativo + reposição balanceada (sangue/hemoderivados).
EVITAR cristalóide em excesso — piora a tríade.

↻ > qual a ordem?



A PRIMÁRIA É CÍCLICA

Intervenção numa etapa (ex.: drenou o pneumotórax)?
REAVALIE a etapa anterior antes de seguir. Só após concluir o **XABCDE** e estabilizar → **AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA**: exame da cabeça aos pés + história **AMPLA** + TC quando indicado.

APLICANDO O XABCDE — O CASO COMPLETO

X		Amputação SANGRANTE → aplicar TORNIQUETE (técnica detalhada na P3)
A		Já intubado → CHECAR via aérea definitiva
B		MV abolido + hipertimpanismo à E → DRENAR pneumotórax
C		Hipotenso/taquicárdico + FAST positivo → cristalóide/ SANGUE + LAPAROTOMIA (instável não vai à TC, ver P6)
D		Glasgow 3 + anisocoria → neuroproteção, TC de crânio, NEUROCIRURGIA

ORDEM CORRETA: torniquete → drenagem torácica → laparotomia → TC de crânio. Inverter essa ordem é o **ERRO CLÁSSICO** de prova.



Use este espaço
para registrar ideias,
resumos, dúvidas,
insights e tudo que
for importante para
seu aprendizado!

ANOTAÇÕES



REGISTRE AQUI

