



PROTOCOL MEDICAL
DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT
MANAGEMENTUL TRAUMATISMELOR ABDOMINALE


COD PM-POLITR-007

EDITA 11

Dr.


*Elaborat Dr. Timescu Bogdan
 Elaborat Dr. Miuta Cosmin
 Medic sef COMPARTIMENT - DR. TUNESCU BOGDAN*

*Prezentul protocol a fost avizat în cadrul ședinței Consiliului medical din data
 de 13-06-2024 (P.V. nr. 2 din 65).*

 <p>SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA</p>	<p>PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT</p> <p>MANAGEMENTUL TRAUMATISMELOR ABDOMINALE</p>	<p>Ediția .17</p>
<p>COMPARTIMENT POLITRAUMATOLOGIE CHIRURGIE GENERALA IV</p>	<p>PM-POLITR-007</p>	<p>Pag. 2 din 13</p>

Cuprins

1. Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor protocolului	3
2. Scopul protocolului.....	3
3. Domeniul de aplicare a procedurii operaționale	3
4. Documente de referință (reglementări) aplicabile activității procedurate	3
5. Definiții și abrevieri ale termenilor utilizați în procedura operațională.....	4
6. Descrierea protocolului.....	5
1) Etiologie	5
2) Clasificare.....	5
3) Diagnosticul	7
4) Anamneza	7
5) Antecedente patologice:	7
6) Examen primar (ABCDE)	7
7) Examen secundar	7
8) Examen clinic local	8
9) Explorări paraclinice	8
10) Atitudinea terapeutică	9
7. Resurse necesare	9
8. Condiții de abatere de la protocol	10
9. Valorificarea rezultatelor activității - indicatori	10
10. Responsabilități și răspunderi în derularea activității	10
Anexa 1 Algoritm de diagnostic și tratament al traumelor abdominale nepenetrante	Error!
Bookmark not defined.	
Anexa 2 Algoritm de diagnostic și tratament al traumatismelor abdominale penetrante	Error!
Bookmark not defined.	

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT	Ediția .1/
	MANAGEMENTUL TRAUMATISMELOR ABDOMINALE	
COMPARTIMENT POLITRAUMATOLOGIE CHIRURGIE GENERALĂ IV	PM-POLITR-007	Pag. 3 din 13

1. Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor protocolului

Ediția sau, după caz, revizia în cadrul ediției	Componenta revizuită	Modalitatea reviziei	Data de la care se aplică prevederile ediției sau reviziei/ediției
1	2	3	4
<i>EDIȚIA II</i>	1		<i>25.06.2024</i>

2. Scopul protocolului

Scopul principal al protocolului îl reprezintă gestionarea riscului erorilor de diagnostic și / sau tratament.

Implementarea PM asigură reducerea variabilității de practică, permite actualizarea cunoștințelor medicale și uniformizarea atitudinilor și / sau aptitudinilor medicale de diagnostic și tratament, la nivelul standardului de îngrijire propus.

Asigură creșterea eficacității și eficientizarea costurilor și promovează utilizarea eficientă a resurselor medicale și asigură o bază rațională pentru transferuri între clinici de niveluri diferite.

3. Domeniul de aplicare a procedurii operaționale

Protocolul se aplică tuturor pacienților cu suspiciune de TRAUMATISM ABDOMINAL, cod DRG S36.9 din COMPARTIMENTUL POLITRAUMATOLOGIE (secția/camera de garda sau UPU)

- 1.1. Nivel de aplicare - Asistență medicală de urgență (UPU/camera de gardă)
- 1.2. Nivel de aplicare – asistență medicală spitalicească


4. Bibliografie

4.1. Reglementări internaționale

1. Ghidul European Society for Trauma and Emergency Surgery
2. Ghidul internațional World Society of Emergency Surgery Guidelines

4.2. Reglementări naționale

1. Tratat de patologie chirurgicală – Nicolae Angelescu. Ed. Medicală – București 2003
2. Tratat de chirurgie generală – TRATAT DE CHIRURGIE, VOL. VIII Irinel Popescu (sub redacția) Editura Academiei Române, București 2008, ISBN 978-973-27-1679-3

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT	Ediția .b
	MANAGEMENTUL TRAUMATISMELOR ABDOMINALE	
COMPARTIMENT POLITRAUMATOLOGIE CHIRURGIE GENERALĂ IV	PM-POLITR-007	Pag. 4 din 13


5. Definiții și abrevieri ale termenilor utilizați în procedura operațională

5.1. Definiții ale termenilor

Nr. crt.	Termenul	Definiția și/sau, dacă este cazul, actul care definește termenul
1.	Protocol medical	un set de reguli care trebuie respectate de personalul medical în stabilirea diagnosticului și/sau stabilirea tratamentului unui pacient cu suspiciunea de anumită afecțiune
2.	Pacient	orice persoană care îndeplinește cel puțin unul dintre următoarele criterii: a. Persoana care are o plângere sau un mecanism sugestiv pentru o boală sau un vătămare potențială, b. Persoana care prezintă aspecte evidente de boală sau de vătămare sau c. Persoana identificată de către un apelant informat care solicită evaluarea pentru boală sau rănire potențială.
3.	Pacient critic	pacientul cu funcțiile vitale instabile sau cu afecțiuni care pot avea complicații ireversibile și care necesită intervenție medicală de urgență sau îngrijiri într-o secție de terapie intensivă generală sau specializată;
4.	Asistență medicală de urgență	ansamblul de măsuri diagnostice și terapeutice întreprinse de către personal medical calificat. Ea poate fi acordată la diferite niveluri de către medici și asistenți medicali cu diferite grade de pregătire;
5	Urgență medicală	accidentarea sau îmbolnăvirea acută, care necesită acordarea primului ajutor calificat și/sau a asistenței medicale de urgență, la unul sau mai multe niveluri de competență, după caz. Ea poate fi urgență cu pericol vital, unde este necesară/sunt necesare una sau mai multe resurse de intervenție în faza prespitalicească, continuând îngrijirile într-un spital local, județean ori regional, sau urgență fără pericol vital, unde îngrijirile pot fi efectuate, după caz, cu sau fără utilizarea unor resurse prespitalicești, la un centru ori cabinet medical autorizat sau, după caz, la un spital;
6	Traumatism abdominal	totalitatea leziunilor anatomo-funcționale loco-regionale cu impactul sistemic al acestora provocate de acțiunea unuia sau mai multor agenți vulneranți asupra structurilor abdominale.

5.2. Abrevieri ale termenilor

Nr.	Abrevierea	Termenul abreviat
1	ATLS	Advanced Trauma Life Support
2	ABCDE	Airway, Breathing, Circulation, Disability, and Exposure
3	FAST	Focussed Assessment with Sonography for Trauma
4	HLG	Hemoleucograma
5	S.C	Subcutanat
6	IV	Intravenos
7	ISS	Injury severity score
8	FAST	Focussed Assessment with Sonography for Trauma
9	ATLS	Advanced Trauma Life Support

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT	Ediția .#
	MANAGEMENTUL TRAUMATISMELOR ABDOMINALE	
COMPARTIMENT POLITRAUMATOLOGIE CHIRURGIE GENERALĂ IV	PM-POLITR-007	Pag. 5 din 13

6. Descrierea protocolului

1) Etiologie

- a. Accidentele de circulație – până la 50%
- b. Leziunile prin agresiune (contuzii, armă albă, de foc)
- c. Căderile de la înălțime
- d. Accidentele de muncă
- e. Accidentele sportive
- f. Traumatismele habituale

2) Clasificare

- g. Închise (contuzii)
- h. Deschise (plăgi)

a. Traumatismele închise:

- A cu leziuni ale peretelui abdominal (contuzie, hematom, ruptură mușchi)
- B cu leziuni ale organelor intraabdominale (parenchimotoase și/sau cavitare)
- C cu leziuni ale organelor și structurilor retroperitoneale
- D cu leziuni ale organelor intra- și retroperitoneale

b. Traumatismele deschise - Plăgile (armă albă, armă de foc):

- A. nepenetrante
- B. penetrante, dar neperforante
- C. perforante
- D. transfixiante ale peretelui organului

Traumatismele abdominale (inclusiv închise și deschise) în funcție de asocierile organelor lezate pot fi:

- Leziuni ale organelor intraperitoneale
- Leziuni ale organelor extraperitoneale
- Leziuni ale organelor intra- și retroperitoneale

În funcție de numărul organelor lezate:

- Traumatism izolat (simplu) (leziuni a unui singur organ).
- Traumatism multiplu (leziuni multiviscerale intraabdominale).
- Traumatism asociat ~ politraumatism (asocierea leziunilor de organe din diferite sisteme cu – ISS > 16p.)

**Frecvența leziunilor în traumatismele abdominale închise**


Organul	Frecvența (%)
Ficatul	30%
Splina	25%
Hematom retroperitoneal	13%
Rinichi	7%
Vezica urinară	6%
Intestinul	5%
Mezenterul	5%
Pancreasul	3%
Diafragma	2%
Uretra	2%
Vase	2%

Frecvența leziunilor în traumatismele penetrante ale abdomenului

Organul	Frecvența(%)
Ficatul	37%
Intestinul subțire	26%
Stomacul	19%
Colonul	17%
Vase mari	13%
Hematom retroperitoneal	10%
Mezenterul, omentul	10%
Splina	7%
Diafragma	5%
Rinichii	4%
Pancreasul	4%
Duodenul	2%
Sistemul biliar	1%

Frecvența leziunilor în traumatismele prin armă de foc

Organ	Frecvența(%)
Intestin	50%
Colon	40%
Ficat	30%
Structuri vasculare abdominale	25%

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT	Ediția .II
	MANAGEMENTUL TRAUMATISMELOR ABDOMINALE	
COMPARTIMENT POLITRAUMATOLOGIE CHIRURGIE GENERALĂ IV	PM-POLITR-007	Pag. 7 din 13

3) *Diagnosticul*

- acuzele,
- anamneza,
- mecanismul traumei,
- datele examenului clinic la etapa de prespital,
- rezultatele examenului clinic și paraclinic la spitalizare și dinamica acestora.

4) *Anamneza*

- intervalul de timp de la impact,
- circumstanțele traumei (punct de impact, natura agentului traumatic, poziția corpului în timpul traumatismului),
- momentul traumei în raport cu diferite acte fiziologice (ora ultimei alimentații, micțiunea, defecația),
- consumul de alcool și droguri și efectele sesizate după traumatism (hematemeză, melenă, rectoragie, hematurie etc).

5) *Antecedente patologice:*

- coagulopatii,
- ciroză hepatică,
- maladii hematologice,
- medicația utilizată în caz de maladii cronice etc.

6) *Examen primar (ABCDE)*

- paternul căilor respiratorii,
- ventilația,
- circulația,
- integritatea neurologică,
- împrejurările accidentului


7) *Examen secundar*

- leziunile tegumentare (hematoame, eviscerații, eliminări patologice din plăgi),
- corpi străini,
- deficit neurologic periferic
- deformațiile membrilor (excepție - bazinul și coapsele)

Semne locale:

-mărci traumatice.fracturi costale inferioare → rupturi hepatice și splenice exteriorizarea sângelui la nivelul plăgii dacă exista) sensibilitate dureroasă difuză la palpare, apărare sau contractură musculară;

-semnul Rozanov (în ruptura splenică): pozitie antalgica in decubit lateral stang cu membrele inferioare flectate pe abdomen;

 <p>SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA</p>	<p>PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT</p> <p>MANAGEMENTUL TRAUMATISMELOR ABDOMINALE</p>	<p>Ediția .II</p>
<p>COMPARTIMENT POLITRAUMATOLOGIE CHIRURGIE GENERALA IV</p>	<p>PM-POLITR-007</p>	<p>Pag. 8 din 13</p>

alte semne: diminuarea matității ficatului, lichid liber în cavitatea abdominală, absenta zgomotelor intestinale la auscultație.

-la un pacient în stare de șoc reflexele pot fi diminuate, astfel:apărarea musculară poate lipsi; distensia abdominală;

-caracteristic - semnul Kulenkampff – matitate deplasabilă pe flancuri în asociere cu un abdomen moale

Se asociază semnele clinice ce țin nemijlocit de organul sau organele lezate, mai ales în cazul hemoperitoneului traumatic.

-hematemeză, hematochezie, rectoragii;

I.Sindromul hemoragiei intraabdominale (agitatie, sete, paloare, tahicardie, lipotimic, dureri abdominale, matitate deplasabilă, anemie)

II.Sindromul peritonitei în evoluție (durere, contractură musculară, lipsa peristaltismului, semne peritoneale etc)

III. Asocierea ambelor sindroame

IV. Lipsa sindromului peritoncal (abdomen asimptomatic) la prezența leziunilor viscerale – șoc sever, comă posttraumatică, leziuni medulare, etilism acut, narcomanie sau administrarea narcoticelor, cașexie la bătrâni etc.

V. Abdomenul acut traumatic fals – rupturi incomplete ale mușchilor abdominali cu iritație peritoneală (sindrom Reily) fracturi ale coastelor inferioare cu rcvârsat intrapleural,traumatisme vertebro-medulare, traumatisme craniocerebrale

8) Examen clinic local.

Inspecție: abdomen destins și imobil cu respirația, contuzii, abraziuni, urma de centură de siguranță, echimoze, plăgi (eventual eviscerație de epiploon sau intestin),

Specific hemoragiilor retroperitoneale / pancreatitei acute (apar abia după câteva zile) : echimoze la nivelul flancurilor – semnul Turner, echimoze la nivel ombilical – semn Cullen, Semnul Kehr-durere la nivelul umarului stang, cauzata de iritatie suprafetei inferioare a diafragmului de o hemoragie produsa prin ruptura de splina. Impulsurile dureroase sunt transmise pe calea nervului frenic.

Palpare: durere, apărare musculară, instabilitatea bazinului.

Percuție: meteorism, matitate deplasabilă (hemoperitoneu), semnul valului (hemoperitoneu masiv).

Auscultație: absența zgomotelor intestinale – semn prezent în 65-93% din cazurile cu leziuni viscerale.

9) Explorări paraclinice

- **Exame de laborator:** HLG, teste de coagulare, funcție hepatică, renala, glicemie

- **Radiografia abdominală simplă** poate decela:


pneumoperitoneu (leziune de viscer cavitat), opacifiere locală sau difuză (hemoperitoneu), corpi străini.

- **Ecografia**-poate diagnostica:

- 1) prezența de fluid în cavitatea peritoneala

- 2) leziuni de organ parenchimos (splină, ficat, rinichi)

-are valoare scăzută în diagnosticul leziunilor de organ cavitat și în alte leziuni care initial nu produc fluid intraperitoncal.

 <p>SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA</p>	<p>PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT</p> <p>MANAGEMENTUL TRAUMATISMELOR ABDOMINALE</p>	<p>Ediția .II</p>
<p>COMPARTIMENT POLITRAUMATOLOGIE CHIRURGIE GENERALĂ IV</p>	<p>PM-POLITR-007</p>	<p>Pag. 9 din 13</p>

-metoda FAST (Focussed Assessment with Sonography for Trauma)
evaluare rapidă (2-3 minute) axată pe prezența fluidului în cavitatea peritoneală
nu necesită deplasarea bolnavului
inclusă în protocolul de ATLS (Advanced Trauma Life Support).


- **Puncția-aspirație abdominală**
 - în scop diagnostic, identifică lichidul peritoneal (sânge, bilă, conținut intestinal, etc)
 - necesită prezenta unei cantități medii de conținut patologic peritoneal
- **Lavaj peritoneal diagnostic**
 - mai sensibil decât puncția
 - nu necesită cantități semnificative de conținut patologic peritoneal
- **Tomografia computerizată:**
 - metodă valoroasă
 - indicată la un pacient stabilizat hemodinamic.
 - evidențiază cu precizie leziuni viscerale parenchimatose (putând preciza și gradul rupturii) și retroperitoneale;
 - cu triplu contrast (Iopamiro / Omnipaque): (per os, iv, clismă) punc în evidență și leziuni ale viscerelor cavitare, inclusiv ale arborelui urinar(uretere, vezică).
 - baza evaluării inițiale și a controalelor ulterioare,baza tratamentului non-operator în leziunile de grad I-III ale viscerelor parenchimatose.
- **Angiografia diagnostică și terapeutică**
 - utilă în leziuni vasculare retroperitoneale, hemobilie, etc.
- **Laparoscopie diagnostică**
 - în caz de dubii diagnostice
- **Urografia, cistografia retrogradă**
 - utile în contuzii sau plăgi abdominale în care se bănuiește o leziune a arborelui urinar.
 - urografia cu s.c. iv - în evaluarea rinichilor și ureterelor, completată eventual de arteriografie.
 - cistografia retrogradă - în suspiciunile de ruptură a vezicii urinare,putând diferenția rupturile intra- de cele extraperitoneale.

10) *Atitudinea terapeutică*

- Reechilibrare hidroelectrolitică și hematologică
- Bilanț lezional complet
- Laparoscopie exploratorie - la pacienți stabili hemodinamic
- Laparotomie exploratorie – la pacienți instabili hemodinamic
- Rezolvarea cauzelor

7. Resurse necesare

1. Umane (competențele personalului necesare)
 - a. Medic specialist/primar chirurgie generala

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT	Ediția .#
	MANAGEMENTUL TRAUMATISMELOR ABDOMINALE	
COMPARTIMENT POLITRAUMATOLOGIE CHIRURGIE GENERALĂ IV	PM-POLITR-007	Pag. 10 din 13

- b. Acces la consultații specializate/ medic specialist primar ATI, medic specialist/primar radiologie interventionala
- c. Asistente medicale generaliste
- d. Personal auxiliar/ brancardier/infirmiera
2. Material (aparatură specific etc)
 - a. Computer tomograf
 - b. Ecograf
 - c. Laborator de urgență
 - d. Trusa instrumente chirurgie generala/vasculara
 - e. Echipament laparoscopic
 - f. Electrocauter/Aparat/Pense sigilare vasculara
 - g. Fire sutura, Staplere liniare, circulare

8. Condiții de abatere de la protocol


1. Reglementări juridice
2. În caz de necesitate, clinicienii vor apela la judecata clinică, cunoștințele și experiența pe care le au pentru a decide abaterea de la protocol
3. În caz de particularități ale cazului care justifică abaterea de la protocol. Particularitățile pot fi legate de sex, vârste extreme, comorbidități, complicații, atitudinea pacientului față de boală, comportamente alimentare de viață, sociale, profesionale, culturale, religioase etc.
4. Refuzul pacientului de accepta conduita terapeutică precizată în protocol
5. Studii clinice derulate în spital aprobate de Comisia de etică, care permit abaterea de la protocol
6. Modificări în ghidurile naționale sau internaționale

9. Valorificarea rezultatelor activității - indicatori

Nr. crt.	Indicator de performanță	Perioada raportării	Mod de calcul	Valoare țintă
1	Rata mortalității gen.(%)	anual		3.82
2	Rata infecțiilor asociate asistentei medicale	anual		1.76
3	Durata medie de spitalizare	anual		12.09

10. Responsabilități și răspunderi în derularea activității

1. Medic șef secție
 - a. Răspunde de implementarea protocolului la nivelul structurii
 - b. Realizează/coordonează analize semestriale ale abaterilor de la aplicarea protocolului
 - c. Coordonează/realizează analiza autoevaluărilor semestriale a indicatorilor de eficacitate și eficiență ai protocolului

 <p>SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA</p>	<p>PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT</p> <p>MANAGEMENTUL TRAUMATISMELOR ABDOMINALE</p>	<p>Ediția .Jf</p>
<p>COMPARTIMENT POLITRAUMATOLOGIE CHIRURGIE GENERALĂ IV</p>	<p>PM-POLITR-007</p>	<p>Pag. 11 din 13</p>

- d. Coordonează autoevaluarea periodică a respectării protocolului
- e. Se asigură de informarea, instruirea și respectarea întregului personal din subordine, inclusiv a noilor angajați, a protocolului
2. Auditor clinic al secției
 - a. Participă în misiuni audit clinic de analiză a protocoalelor implementate la nivel de spital
 - b. Analizează periodic implementarea protocoalelor medicale la nivelul secției din care face parte
 - c. Analizează periodic abaterile de la protocoalele implementate la nivelul secției din care face parte
3. Medicii clinicieni din cadrul secției
 - a. Respectă protocolul medical
 - b. Se abat de la protocol doar în condițiile precizate de acestea, cu acordul medicului șef de secție și cu motivarea în FOCG a abaterii
 - c. Completează FOCG cu recomandările de consulturi interdisciplinare (cu motivare acestora și menționarea datei și orei solicitării consultului)
 - d. Completează FOCG cu recomandările de medicamente (menționând substanța, cantitatea, doza, ritmul, modul de administrare)
 - e. Completează FOCG cu recomandarea de investigații paraclinice menționarea datei și orei solicitării (cu motivare acestora în cazul în care nu fac parte din protocolul stabilit)
 - f. Solicită consimțământul pacientului pentru aplicarea planului conform protocolului (conform procedurii specifice PO-MED-030 Procedura operațională de obținere a acordului pacientului informat sau a procedurii PO-MED-039 Procedura operațională privind intervenția medicală fără acordul pacientului /reprezentantului legal, în funcție de situație.
4. Asistentele medicale din cadrul secției
 - a. Administrează medicamentele conform recomandărilor făcute în FOCG de către medic
 - b. Pregătesc pacientul pentru investigațiile recomandate de către medic în FOCG



SPIITALUL CLINIC
JUDEȚEAN
DE URGENTĂ
"PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA

**PROTOCOL MEDICAL
DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT**

**MANAGEMENTUL TRAUMATISMELOR
ABDOMINALE**

Ediția .11

COMPARTIMENT
POLITRAUMATOLOGIE
CHIRURGIE GENERALA IV

PM-POLITR-007

Pag. 12 din 13