

	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas da UPA 24h			PCDT nº 16-2023
	Data da elaboração: 01/06/2023.	Data da aprovação: 08/06/2023.	Validade: 2 anos	UPA 24h Catanduva-SP

Título	Atendimento Inicial ao Politraumatizado										
CID 10	T00 – T07										
Introdução	<p>O trauma é hoje a principal causa de morte entre crianças e adultos jovens, de 1 a 44 anos. Além da alta mortalidade dentro da população jovem economicamente ativa, para cada morte por trauma, três doentes ficam com incapacitação permanente, sobrecarregando Sistema Único de Saúde e o Sistema Previdenciário. Nos Estados Unidos, os custos relacionados ao trauma excedem US\$500 bilhões por ano.</p> <p>Em 1984, Trunkey descreveu a tríade de distribuição das mortes em trauma, dividindo as mortes em imediatas, precoces e tardias. As mortes imediatas ocorrem na cena de trauma ou durante o transporte pré-hospitalar, sendo as principais causas os traumatismos cranianos e hemorragias maciças. As mortes precoces, que são aquelas com pico em 2 horas após o trauma, ocorrem normalmente no ambiente hospitalar, causadas principalmente por distúrbios ventilatórios e sangramentos.</p> <p>Já as mortes tardias têm o pico de incidência semanas após o evento trauma, normalmente associadas a infecções e outras complicações de pacientes críticos.</p> <p>Avaliando os pacientes traumatizados no ambiente hospitalar, observou-se uma sequência temporal de eventos que levam à morte do paciente politraumatizado. Com base nessa sequência, conforme a gravidade das lesões, foi desenvolvido em 1979 o ATLS (Advanced Trauma Life Support), pelo Colégio Americano de Cirurgiões, que estruturou o atendimento inicial ao politraumatizado, propondo um protocolo de avaliação e reanimação simultânea do paciente (Tabelas 28.1 e 28.2).</p> <p>Esse protocolo tem se desenvolvido e se adaptado às mudanças atuais, incluindo o arsenal hoje disponível nos serviços de emergência.</p>										
Acolhimento e Classificação de Risco	<p>Pacientes conduzidos via SAMU/Corpo de Bombeiros/Resgate Credenciado de Rodovias, quando em protocolo de transporte (em prancha rígida + colar cervical) têm acesso imediato à SALA DE URGÊNCIA, onde receberão o atendimento inicial pelo médico da unidade de emergência. A triagem e classificação de risco serão realizadas pelo enfermeiro do setor.</p> <p>Pacientes que chegam à Unidade de Pronto atendimento por outras vias, ou que não estejam em prancha rígida + colar cervical, seguirão o fluxo habitual da UPA24h e deverão ser direcionados a Sala de Triagem.</p> <p>✓ O acolhimento deve incluir as seguintes informações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Situação/Queixa/Duração ○ Classificar a dor em intensidade pela escala de 1 a 10 (Escala Analógica Visual) <p>Escala visual analógica - EVA</p> <p>Solicite ao paciente que fale/aponte a intensidade da dor em uma escala de 0 a 10, correspondendo o zero a ausência de dor e o 10 a pior dor imaginável.</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td style="background-color: #0070C0; color: white; text-align: center;">leve</td> <td style="background-color: #FFA500; color: white; text-align: center;">moderada</td> <td style="background-color: #FF0000; color: white; text-align: center;">intensa</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">AUSÊNCIA DE DOR</td> <td style="text-align: center; color: white;">1 2 3</td> <td style="text-align: center; color: white;">4 5 6 7</td> <td style="text-align: center; color: white;">8 9 10</td> <td style="text-align: center;">PIOR DOR</td> </tr> </table> <p>Fonte: Adaptado de Organização mundial da saúde: Cuidados paliativos oncológicos-controle da dor,2001</p>		leve	moderada	intensa		AUSÊNCIA DE DOR	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10	PIOR DOR
	leve	moderada	intensa								
AUSÊNCIA DE DOR	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10	PIOR DOR							

- Breve histórico (relatado pelo próprio paciente, familiar ou testemunhas)
- Uso de medicações
- Verificação de sinais vitais

Acolhimento e Classificação de Risco



Paciente vítima de Politrauma



NÃO

SIM

Colar cervical e prancha rígida?

Paciente **SEM** outros sinais e sintomas que sugiram gravidade, com classificação de risco **VERDE OU AMARELO**.

Paciente **COM** sinais e sintomas que sugiram gravidade, com classificação de risco **LARANJA OU VERMELHO**.

Alocar paciente em local **SALA AMARELA** para o atendimento inicial.

Alocar paciente em **SALA DE EMERGÊNCIA** para atendimento inicial.

Fluxograma de Atendimento de Risco do paciente vítima de POLITRAUMA

Conceitos do atendimento inicial ao politraumatizado

- **Avaliação e tratamentos baseados na sequência XABCDE;**
- **Tratar primeiro a maior ameaça à vida;**
- **O diagnóstico definitivo não é importante de imediato;**
- **O tempo é essencial;**
- **Não provocar mais lesões;**
- **Trabalhar em equipe;**

Mnemônico XABCDE de atendimento ao politraumatizado - Sequência XABCDE

- X – Exsanguinante – Hemorragia grave
- A - Airway - Vias aéreas
- B - Breathing - Respiração
- C - Circulation - Circulação
- D - Disability - Disfunção (Estado neurológico)
- E - Exposure - Exposição, ambiente, temperatura corpórea.

Avaliação rápida

Em 10 segundos é possível avaliar o doente de maneira rápida e simples.

1. Identificar-se;
2. Perguntar o nome do paciente;
3. Perguntar ao paciente o que aconteceu.
4. A resposta apropriada confirma
 - A - Via aérea pérvia;
 - B - Reserva respiratória suficiente para falar;
 - C - Perusão suficiente para raciocinar;
 - D - Sensório normal.

Exsanguinante – Hemorragia grave.

Esta etapa de atendimento foi inserida na 9ª edição do PHTLS, enfatizando a necessidade de identificação e gerenciamento imediato da hemorragia externa na pesquisa primária de um paciente com trauma, com risco eminente de morte. Se a hemorragia externa exsanguinante estiver presente, deve ser controlada antes mesmo da avaliação da via aérea (ou simultaneamente, se a assistência adequada estiver presente na cena), ou avaliação de outras intervenções como a imobilização da coluna cervical. Este tipo de sangramento envolve tipicamente o sangramento arterial de uma extremidade, mas também pode ocorrer no couro cabeludo ou na junção de uma extremidade com um tronco (sangramento juncional) e outros locais.

A hemorragia arterial exsanguinea de uma extremidade é melhor administrada imediatamente colocando um torniquete o mais próximo possível (isto é, perto da virilha ou da axila) da extremidade afetada. Outras medidas de controle de sangramento, tais como pressão local e agentes hemostáticos podem ser usados, mas não devem atrasar ou tomar o lugar do posicionamento do torniquete em tais casos.

Airway - Vias aéreas

O objetivo no primeiro momento é garantir a permeabilidade das vias aéreas. Neste momento também devem ser avaliadas a presença do colar cervical e sua colocação adequada.

1. Buscar por sinais de obstrução, que pode ser funcional - pela queda da base da língua por rebaixamento do nível de consciência - ou mecânica, na presença de corpo estranho, sangue, vômito, fraturas de face e cervicais ou edema de glote.
2. Avaliar fala (se possível). A presença de rouquidão indica lesão de via aérea.

3. Saturação de O₂,
4. Padrão respiratório.
5. Manobras não avançadas para garantir VA:
 - Fornecer O₂, em máscara a 100%, aspirar secreções;
 - Na permanência de obstrução funcional pode-se proceder com elevação do mento (Chin-Lift) ou tração da mandíbula (Jaw-Thrust);
 - Inserir cânula de Guedel;
 - Inserir máscara laríngea.
6. Manobras avançadas:
 - IOT;
 - Cricotireoidostomia cirúrgica;
 - Traqueostomia.

Observação:

As manobras avançadas são vias aéreas definitivas. Embora a cricotireoidostomia também se enquadra como via aérea definitiva, recomenda-se sempre a sua troca por uma traqueostomia.

Breathing - respiração

Observar respiração e ventilação:

1. Expansibilidade;
2. Frequência respiratória;
3. Palpar tórax em busca de instabilidade e enfisema subcutâneo;
4. Ausculta.

São cinco as possíveis causas de má ventilação neste momento inicial:

1. Pneumotórax hipertensivo

Tem-se uma diminuição da expansão com diminuição de MV, hipotensão e estase jugular. É uma insuficiência respiratória aguda (IRpA) acompanhada de instabilidade hemodinâmica.

Pode ocorrer em traumas com mecanismo de alta energia ou ferimentos penetrantes de tórax. O diagnóstico é clínico e não necessita de confirmação com exame de imagem.

Conduta: punção de alívio com Jelco 14 em 5° espaço intercostal na linha axilar média. O Jelco deve estar associado à seringa com soro para observar o ar saindo, em seguida deve-se proceder a drenagem de tórax com dreno tubular acoplado ao selo d'água.

2. Pneumotórax aberto

Os mecanismos de traumas mais comuns, são ocasionados por ferimentos penetrantes mais comumente ocasionados por arma de fogo (FAF), por arma branca (FAB), ou trauma fechado de alta energia com perda de partes moles.

Tem-se perda de ar quando o ferimento é maior que 2/3 do diâmetro da traqueia. Nessa situação, a via preferencial de entrada do ar é pelo ferimento.

Conduta: curativo de três pontas seguido de oclusão, seguido de drenagem de tórax por outro orifício.

3. Instabilidade torácica com contusão pulmonar - tórax instável

Ocorre por fratura em dois pontos de duas ou mais costelas concomitantes, com um segmento instável do tórax, podendo causar respiração paradoxal.

Conduta: suporte ventilatório e analgesia, IOT se insuficiência respiratória.

4. Hemotórax maciço

Tem-se IRpA com instabilidade hemodinâmica e queda de saturação de O₂, importante;

Pode ser causado por ferimentos penetrantes do tórax ou traumas fechados;

Considera-se um hemotórax maciço quando o volume de sangue é maior que 1,5 L, com repercussão hemodinâmica;

Conduta: expansão com RL, transfusão de CH e drenagem de tórax.

5. Hérnia diafragmática traumática

Lesão do diafragma com herniação do conteúdo abdominal, mais comum à esquerda pela menor proteção por órgãos parenquimatosos.

Pode ser causada por ferimentos penetrantes ou trauma fechado de alta energia cinética.

O diagnóstico pode ser feito com RX de tórax, porém pode passar despercebido na avaliação dos menos experientes.

Frequentemente é diagnosticado em laparoscopias ou laparotomias por outros motivos.

Conduta: requer abordagem cirúrgica.

Circulation - circulação

Deve-se avaliar a perfusão orgânica através do nível de consciência e da cor e temperatura da pele, além do tempo de enchimento capilar.

Neste momento, também são de extrema importância a frequência e a característica do pulso periférico e central, além da pressão arterial.

Os objetivos são:

1. Controle de hemorragia;
2. Restauração da volemia;
3. Reavaliação do doente.

Deve-se realizar a pergunta: existe alguma fonte de sangramento. Os sangramentos do corpo podem ser divididos em segmentos para facilitar a avaliação:

Sangramentos externos

Os sangramentos externos são prontamente identificados, podendo ser controlados de início com compressão extrínseca, ou em casos mais graves, com aplicação de torniquetes.

Torácicos

O hemotórax não maciço ou hemopneumotórax, pode ser identificado ao exame clínico associado ao uso do RX de tórax na sala de emergência, ou E-FAST com avaliação da cavidade pleural. A conduta é a drenagem torácica com dreno tubular.

Abdominais intraperitoneais

As hemorragias intraperitoneais podem ser avaliadas com o FAST no paciente instável ou TC de abdome após a avaliação inicial no paciente estável. A depender do estado do paciente e das lesões pode ser necessário abordagem cirúrgica.

Abdominais extra peritoneais - pelve e retroperitônio

Para avaliar hemorragias pélvicas, faz-se avaliação da estabilidade pélvica, com compressão laterolateral, anteroposterior e da sínfise púbica. Na presença de alteração de um destes, o próximo exame não deve ser feito e deve-se estabilizar a pelve com lençol ou *pelvic binder*.

O toque retal deve ser feito na busca de sangramentos e espículas ósseas, avalia-se também neste momento o tônus esfinteriano. Em um segundo momento, as lesões pélvicas devem ser avaliadas com RX de bacia.

Membros - fraturas de ossos longos

As fraturas de ossos longos podem ser avaliadas com a inspeção e palpação deles, com sinais mais comuns de desvios, abaulamento e instabilidade.

Reanimação

A reanimação ou expansão volêmica é feita conforme o grau de choque hemorrágico do paciente, e só deve ser realizada se o paciente apresenta algum grau de sangramento ou hipovolemia. A via preferencial é por dois acessos venosos periféricos calibrosos (Jelcos 14 ou 16), já devendo ser realizada a coleta de exames essenciais na sala de emergência.

Exames essenciais no atendimento ao trauma

- Tipagem sanguínea
- Hb/Ht
- Plaquetas
- Coagulograma
- Gasometria arterial com dosagem de lactato arterial

Em geral, a reposição inicial é com 1 a 2 L de cristalóide aquecido (preferencialmente Ringer Lactato), aberto.

Deve-se evitar excesso de volume, especialmente em crianças, com dose máxima de 20 mL/kg. O uso de concentrado de hemácias fica reservado na ausência de resposta ou de resposta transitória.

A passagem de SVD é mandatória para controle de função renal e perfusão, porém pode ser passada com calma em uma avaliação secundária, atentando-se para lesões perineais e uretrais.

Na dificuldade de obtenção de acesso periférico, as opções são o acesso intraósseo, a dissecação venosa e os acessos centrais (femoral, jugular, subclávio).

Disability

Tem como objetivo verificar o nível neurológico do paciente e seus déficits. A avaliação inclui:

- Pupilas;
- Nível de consciência pela Escala de Coma de Glasgow - ECG;
- Dextro;
- Déficits focais.

*Atenção: pacientes com ECG menor ou igual a 8 não protegem adequadamente as vias aéreas, e têm indicação de IOT!

A presença de alteração no breve exame neurológico indica a realização de TC de crânio em um segundo momento.

Exposure - exposição e controle do ambiente

É um momento em que se passa às avaliações da parte externa do paciente.

- Expor completamente o paciente, retirando roupas e acessórios.
- Rolamento em bloco e exame do dorso.
- Palpar coluna e retirar prancha rígida.
- Prevenir hipotermia com colocação de manta térmica, aquecimento da sala e infusão de fluidos aquecidos. A hipotermia faz parte da tríade letal do trauma e contribui para o desenvolvimento de coagulopatia.
- Caracterizar: descontinuidades na pele, fraturas e demais lesões
- Considerar a retirada do colar cervical se:
 - Paciente ECG 15 sem dor à mobilização passiva e ativa.
 - Imagem cervical sem lesões.

Medidas auxiliares

- Sonda vesical de demora
 - Avaliar presença de sangue, descompressão da bexiga e monitorização do débito urinário.
 - Contra-indicações à passagem de SVD: uretrorragia, hematoma perineal ou próstata deslocada cranialmente.
- Sonda gástrica
 - Descompressão gástrica;
 - Analisar conteúdo: sangue ou bile;

- Contraindicações à passagem de SNG: sinais de fratura de base do crânio (saída de líquido pelo nariz ou ouvido, equimose periorbitária, instabilidade da face, hemotímpano).

- Exames:
 - Radiografia de tórax e pelve;
 - Avaliar necessidade de tomografia;
 - Indicações de tomografia de corpo inteiro:
 - Trauma de alta energia;
 - Queda > 3 m de altura;
 - Colisão > 50 km/hora;
 - Ejetado do veículo;
 - Acidente com morte no local;
 - Mecanismo de trauma desconhecido e paciente inconsciente.

Ao fim do XABCDE: repassar novamente o XABCDE.

Avaliação Secundária

Só deve ser feita se o paciente estiver com as funções vitais normalizadas. Inclui:

- História SAMPLA
 - Sinais e sintomas;
 - Alergias;
 - Medicamentos em uso;
 - Passado médico: comorbidades, cirurgias;
 - Líquidos e alimentos ingeridos;
 - Avaliação de cena: mecanismo do trauma e circunstâncias.
- Exame físico da cabeça aos pés
- Exame neurológico completo
- Exames especiais
- Reavaliação e avaliação por outras especialidades cirúrgicas.

	<p>Oxigenioterapia suplementar (15L/min) Em Máscara de Alto Fluxo: Indicada quando o paciente apresentar hipóxia, com Saturação de O₂ < 90%, ou sinais clínicos de hipóxia.</p> <p>Analgesia: Deve ser escalonado conforme protocolo de dor da UPA24.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analgésico simples → AINES → Opióides. <p>Controle Glicêmico: Instituir protocolos de controle glicêmico em pacientes politraumatizados que apresentam hiperglicemia significativa (> 180 mg/dL). O alvo é reduzir os níveis glicêmicos e evitar episódios de hipoglicemia (< 70 mg/dL).</p> <p>Controle Pressórico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em se tratando de emergência hipertensiva (PAD ≥120mmHg e Lesão de Órgão Alvo), utilizar droga endovenosa. Nitroglicerina (consultar protocolo de diluição padrão da unidade / atentar para contra-indicações ao uso de nitrato); • PA alvo: 140x90mmHg. PAS <140mmHg. <p>Controle sintomático:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar necessidade de associação de sintomáticos em doses oportunas e direcionadas a sintomatologia. • Considerar o Uso de Ácido Tranexâmico em caso de sangramento ativo, na dose de 1g EV em bolus durante 10 min (se trauma há menos de 3 horas). Seguido de 1g em infusão contínua EV de 8 em 8 horas.
<p>Fluxograma de Atendimento</p>	<p>Paciente com indicação de internação hospitalar, realização de exames tomográficos ou intervenção cirúrgica.</p> <p>Solicitação imediata de transferência para unidade hospitalar de referência Via CROSS</p> <p>Paciente sem indicação de Internação Hospitalar, sem sinais de gravidade e com melhora com analgesia, após reavaliação médica, podem ser liberados da UPA 24h com Orientações, Receita e Atestado Médicos.</p> <p>IMPORTANTE:</p> <p>Realizar Reavaliações constantes;</p> <p>Checar todos os Exames laboratoriais e de imagem solicitados, em caso de dúvidas direcionar ao Médico do setor de Urgência para reavaliação conjunta;</p> <p>Descartar causas potenciais de morte ou instabilidade;</p> <p>Considerar encaminhamento imediato via CROSS em caso de deterioração ou piora de quadro clínico.</p>
<p>Referência Bibliográfica</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ATLS - Suporte Avançado de Vida no Trauma, Manual do Curso de Alunos. 10ª edição. Colégio Americano de Cirurgiões, 2018. 2. Cannon JW, MD, SM; Khan, MA. MBBS (Lond), PhD; Raja, AS. MD et al. Damage control resuscitation in patients with severe traumatic hemorrhage: A practice management guideline from the Eastern Association for the Surgery of Trauma. J. Trauma 2017 83(3):605-17.

	<p>3. Culinane DC, Schiller HJ, Zielinski MD, et al. Eastern Association for the Surgery of Trauma practice management guidelines for hemorrhage in pelvic fracture - update and systematic review. J. Trauma. 2011 Dec 71(6):1850-68.</p> <p>4. Gruen L, Brohi K, Schreiber M, Balogh ZJ, Pitt V, Narayan M, et al. Haemorrhage control in severely injured patients. Lancet, 380 (2012), pp. 1099-108.</p> <p>5. Mowery NT, Gunter OL, Collier BR, et al. Practice management guidelines for management of hemothorax and occult pneumothorax. J Trauma. 2011 Feb;70(2):510-8.</p>
--	--

<p>Elaboração: Michel Alves Teixeira CRM SP 193547</p>	<p>Revisão: João Henrique Biagi RT enfermagem Coren 503057 SP</p>	<p>Aprovação: Beatriz dos Santos Thimóteo CRM SP 191634 RQE 91041 / 910411</p> <p>Nelson Alves Pinheiro Neto COREN SP 0496985 Gerente Administrativo UPA 24h</p>
---	--	---