



REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO NACIONAL DOS HOSPITAIS

ESPECIALIDADE: <u>CIRURGIA GERAL</u>	PROTOCOLO N° 03
TÍTULO : <u>ATENDIMENTO INICIAL AO POLITRAUMATIZADO</u>	N° de páginas: 7
	CID 9-CM 959.9

1. INTRODUÇÃO

O trauma nos países ocidentais é a terceira causa de morte, depois de doenças cardiovasculares e cânceres, sendo naqueles abaixo de 45 anos de idade, a primeira causa de morte.

Tal fatalidade acomete principalmente a população economicamente ativa, com conseqüências sociais de elevado custo.

Portanto, o atendimento ao paciente politraumatizado deve seguir uma abordagem multidisciplinar pela possibilidade de múltiplas lesões associadas.(Granato C, 2021)

2. DEFINIÇÃO

Politraumatizado é considerado aquele que apresenta lesões em dois ou mais sistemas, sendo necessário que pelo menos uma ou uma combinação dessas lesões, represente um risco vital para a vítima.

3. O TRAUMA

Os três picos do trauma

São considerados os momentos críticos em que ocorrem as mortes no trauma:

O **primeiro pico** corresponde aos segundos ou minutos iniciais após o trauma. Provocados por lesões tão graves que dificilmente a vítima é salva.

O **segundo pico** corresponde a algumas horas após o trauma. Sendo que o atendimento pós trauma tem relação proporcional com a probabilidade de sobrevivência da vítima. É também chamado de **Golden Hour**.

O **terceiro pico** corresponde as mortes mais tardias de dias ou até semanas após o trauma.(Moura E, 2018)

No atendimento da vítima de trauma a abordagem sistemática é crucial para que possa ser aplicada de forma rápida e precisa. Essa abordagem é denominada avaliação inicial, que inclui os seguintes momentos:

- a)Preparação
- b)Triagem
- c)Exame primário
- c)Reanimação
- d)Exame secundário
- e) Medidas auxiliares ao Exame secundário
- f)Reavaliação e monitorização após reanimação
- g)Cuidados definitivos

a) **PREPARAÇÃO**

Envolve o ambiente pré e o intra-hospitalar, em que a comunicação deve ser clara e eficaz para a transferência da vítima do local do trauma até ao destino não seja frustrado, improvisado e ineficaz.

b) **TRIAGEM**

A triagem corresponde a classificação das vítimas de acordo com a gravidade das lesões, para que possam ser encaminhadas para o hospital adequado e com recursos disponíveis para o tratamento necessário.

c) AVALIAÇÃO INICIAL

Tem como objectivo o de identificar e tratar de forma prioritária as lesões que implicam risco de vida. Permite estabelecer uma sequência lógica de prioridade de tratamento, ou seja, tratar primeiro aquilo que mata mais rápido. Essa sequência é chamada de ABCDE do trauma.

- **A:** *Airway maintenance with restriction of cervical spine motion* (Vias aéreas com protecção da coluna cervical)
- **B:** *Breathing and ventilation* (Ventilação e Respiração)
- **C:** *Circulation with hemorrhage control* (Circulação com controle de hemorragia)
- **D:** *Disability* (Disfunção neurológica)
- **E:** *Exposure/ Environmental control* (Exposição/controlado do ambiente)

A: Vias aéreas com protecção da coluna cervical

Deve-se sempre tentar algum diálogo com a vítima para constatar o estado de consciência e concomitante permeabilidade da via aérea. No entanto para as vítimas inconscientes devem ser feitas manobras de permeabilização como a *Chin lift* (elevação do mento) e *jaw thrust* (tração da mandíbula). No entanto sempre feitas sob protecção da coluna cervical. (Lagoeiro B, 2018)

Deve-se aspirar as secreções e extrair os corpos estranhos da cavidade orofaríngea.

A via aérea definitiva em doentes inconscientes ou em insuficiência respiratória deve ser realizada precocemente e se recomenda a intubação orotraqueal como via definitiva de primeira opção, porém na impossibilidade podem se optar por uso de máscara laríngea por 4 a 8 horas, intubação nasotraqueal nos doentes com trismus e traqueostomia. (Lagoeiro B, 2018)

A intubação orotraqueal (IOT) de sequência rápida agora é chamada IOT assistida por drogas, sendo que passa a estar recomendado o uso de videolaringoscopia para a intubação orotraqueal. (Granato C, 2021)

B: Ventilação e Respiração

Mesmo obtendo perviedade da via aérea a ventilação pode ser comprometida pela falta de aporte de oxigénio, que deverá ser administrado de forma suplementar. Nessa altura é imperioso procurar por sinais que podem indicar lesões que colocam a via em risco, tais como estase das veias jugulares, desvio da traqueia e enfisema subcutâneo. (Lagoeiro B, 2018)

Devem ser pesquisados sinais sugestivos de trauma torácico aberto ou contuso, tamponamento cardíaco ou de estruturas mediastínicas.

A lesão da árvore traqueobrônquica passa a ser considerada lesão ameaçadora à vida.

Tórax instável passa a ser considerado uma lesão potencialmente ameaçadora à vida; Descompressão torácica (punção torácica): 5º espaço intercostal na linha axilar média; A drenagem torácica deve ser feita utilizando drenos de menor calibre, entre 28 e 32 fr.

C: Circulação com controlo de hemorragia

Nessa etapa, iremos fazer uma avaliação do estado hemodinâmico do paciente.

A pressão arterial, cor da pele, pulso e o tempo de enchimento capilar são sinais clínicos que oferecem informações importantes sobre a volemia do paciente, e, portanto, devem ser avaliados.

Hipotensão, pulso taquicárdico, pele fria e pálida, e tempo de enchimento capilar aumentado sugerem fortemente hipovolemia, ou seja, o paciente está perdendo sangue.

Assim, além de hemorragias externas, devemos procurar por sinais que falem a favor de hemorragias internas em locais como tórax, abdome, retroperitônio, pelve e ossos longos.(Granato C, 2021)

Inspeção torácica

Na inspeção torácica, devemos observar se os movimentos respiratórios estão simétricos e se há lesões, como pneumotórax aberto, por exemplo.

Na palpação, procuraremos por crepitações e locais de hipersensibilidade. Na percussão, o hipertimpanismo ou macicez sugerem lesões importantes.

Por fim, devemos auscultar o tórax bilateralmente a procura de murmúrio vesicular.

Obs: Os achados da ausculta e da percussão podem ser difíceis de serem identificados devido ao ambiente barulhento da sala de trauma.

Algumas lesões identificadas nessa etapa, necessitarão de tratamento imediato, sendo elas: pneumotórax hipertensivo, pneumotórax aberto, hemotórax maciço, tamponamento cardíaco e lesão de árvore traqueobrônquica.

Após estabilização dos parâmetros respiratórios do paciente, e tratamento das lesões que causam risco imediato a vida, poderemos seguir para a etapa C.(Granato C, 2021)

Inspeção de abdome, parte inferior do tórax e períneo

Devemos inspecionar abdome, parte inferior do tórax e períneo, na procura de laceração, ferimento penetrante, evisceração, corpos estranhos e gravidez.

Na ausculta, a ausência de ruídos hidroaéreos pode indicar sangue intraperitoneal livre. Na percussão e palpação, a presença de dor pode indicar irritação peritoneal.

A compressão pélvica também deverá ser feita para avaliar instabilidade.

O toque retal deve ser realizado para obter informações como a presença de sangue na luz retal, fragmentos de ossos pélvicos e atonia do esfíncter, que pode sugerir uma lesão raquimedular.(Granato C, 2021)

Além do exame físico, podemos lançar mão da Avaliação ultrasonográfica direcionada para trauma (E-FAST), que é bastante sensível para detectar a presença de líquido livre em cavidades.

Deve ser obtida imagens do saco pericárdico, espaço esplenorrenal, espaço hepatorrenal e pelve.

Após a obtenção do acesso, devemos colher amostra de sangue para exames laboratoriais, como tipagem sanguínea, prova cruzada, β HCG para mulheres em idade fértil, gasometria e lactato, e devemos iniciar a infusão em bolus de no máximo 1 litro de cristalóide.

É recomendado a reposição com até 1 litro de cristalóide; Punção venosa única com Jelco 18; Uso do ácido tranexâmico; Transfusão maciça: definido como 10 U de concentrado de hemácias em 24 horas ou 4 unidades em 1 hora. A regra de reposição 3:1 (perdidos/reposto) passar a ser 1:1:1, orientando a transfusão precoce; Os profissionais devem fazer uso do tromboelastograma para guiar a transfusão e uso do ácido tranexâmico; Laparoscopia é recomendada no trauma penetrante; Lavado peritoneal em segundo plano, porém não excluído, devido à adoção crescente do FAST; Fratura pélvica com choque hipovolêmico possui indicação de arteriografia; Fórmula de Parkland: volume de reposição = $2 \times \text{Peso (Kg)} \times \% \text{ SCQ}$; e manejar pelo débito urinário;(Moura E, 2018)

Paciente instável

Caso ainda assim, o paciente não estabilize, é recomendada a hemotransfusão, seguindo a proporção de 1:1:1, ou seja, 1 bolsa de concentrado de hemácias para 1 bolsa de plaquetas, para 1 bolsa de plasma.

É importante ressaltar que, a reposição volêmica contínua não substitui o tratamento definitivo da hemorragia.

Todos os fluidos deverão ser pré-aquecidos antes de serem administrados, para evitar o risco de hipotermia, coagulopatia e acidose metabólica, conhecidos como Tríade Letal.

Nessa etapa, ainda podemos utilizar de medidas auxiliares para monitorizar o paciente, como:

Sondagem gástrica: indicada para diminuir a distensão gástrica, evitando vômitos e aspiração, e avaliar hemorragias do trato gastrointestinal.

Sondagem vesical: avalia o débito urinário, que é um importante marcador de volemia e perfusão renal.(Moura E, 2018)

No caso de sinais sugestivos de lesão de uretra (sangue no meato uretral e equimose perineal), a integridade da uretra deve ser confirmada pela uretrografia retrógrada antes da colocação da sonda.

Caso seja confirmada a lesão, está indicada a punção suprapúbica (cistostomia).

D: Disfunção neurológica

Nessa etapa iremos fazer a avaliação do nível de consciência da vítima, através da escala de coma de Glasgow.

O rebaixamento do nível de consciência pode estar associado a um trauma direto no cérebro ou hipóxia/hipoperfusão.

É importante também checarmos a reatividade das pupilas através do reflexo fotomotor direto e consensual.

Pupilas anisocóricas podem indicar aumento da PIC por uma lesão expansiva.

ECG (Glasgow): resposta motora à pressão e não à dor. Pressão deve ser realizada nas regiões supraorbitária ou ungueal; O novo ATLS passa a adotar a regra Canadense para a retirada do colar cervical: paciente consciente, glasgow = 15 e sem dor, já pode tirar o colar cervical;(Moura E, 2018)

E: Exposição/controle do ambiente

Nessa etapa, devemos retirar todo o traje do doente, atentando para a hipotermia (aquecer com manta térmica e aumentar a temperatura da sala).

Não podemos esquecer de checar o dorso do paciente, a procura de lesões ocultas.

Após terminar essa avaliação sequenciada, devemos reavaliar o paciente, para então, continuarmos com as etapas seguintes da Avaliação Inicial.

d) CONSIDERAR A NECESSIDADE DE TRANSFÊRENCIA DO DOENTE

Caso a equipe que esteja atendendo o paciente verifique a necessidade de transferência da vítima para outra instituição, esse processo deve ser iniciado imediatamente.

e) AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA E MEDIDAS AUXILIARES A AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Após a realização completa das etapas passadas, devemos iniciar a avaliação secundária, que consiste em um exame completo do paciente ou seja, cefalo-caudal.

Esse exame inclui uma história clínica completa, a fim de obter informações sobre alergias, medicamentos de uso habitual, passado médico, líquidos e alimentos ingeridos recentemente e mecanismo do trauma, também chamado de AMPLIAS ou AMPLE.

Essas informações podem ser obtidas com familiares da vítima. Além da história, devemos realizar um exame físico completo, da cabeça aos pés.

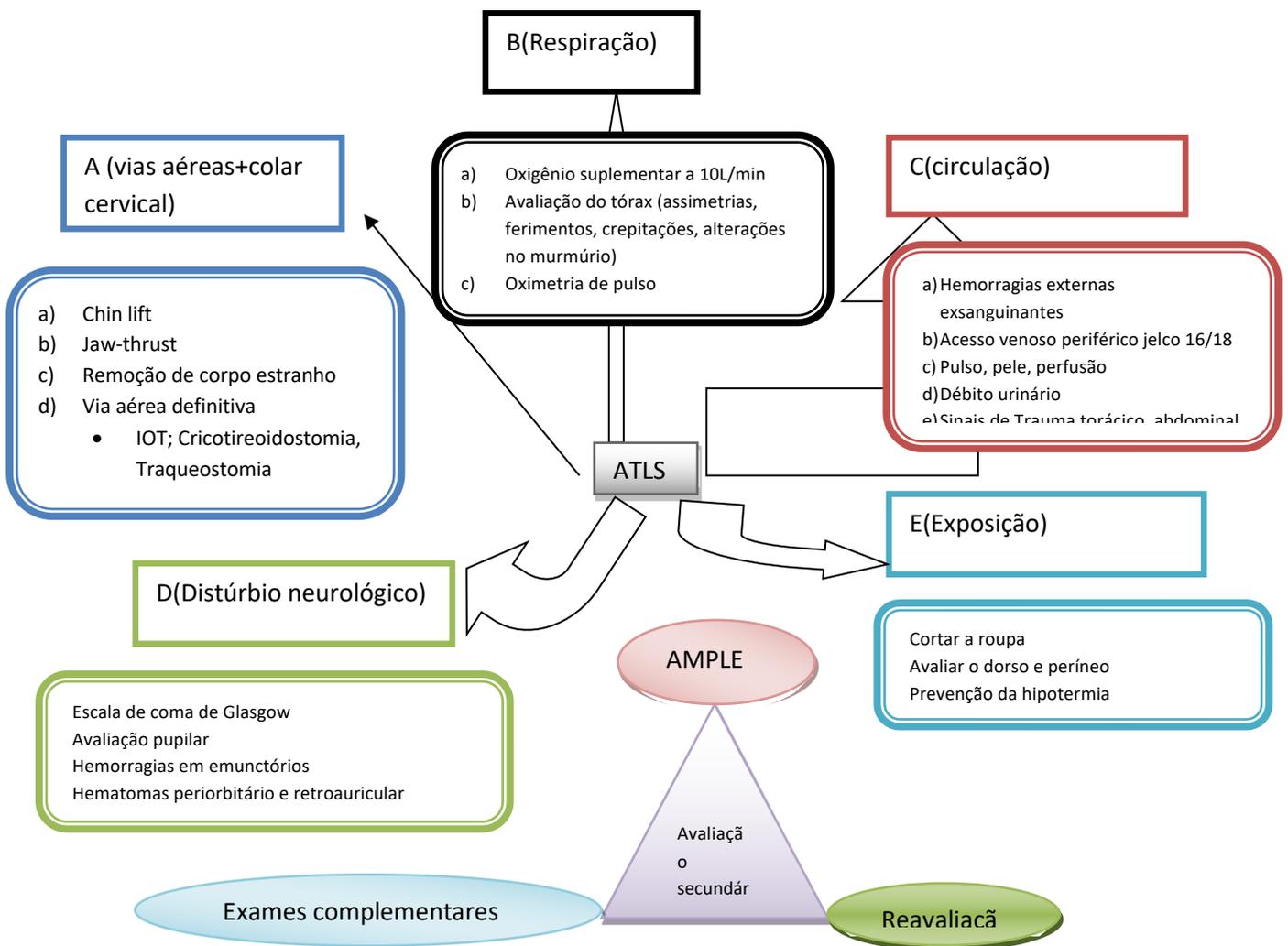
Na presença de qualquer alteração, podemos solicitar exames específicos para o fechamento do diagnóstico.

f) REAVALIAÇÃO

Todo doente politraumatizado deve ser reavaliado constantemente, pois a qualquer momento, pode haver uma deterioração dos achados já registados(Lagoeiro B, 2018)

g) TRATAMENTO DEFINITIVO

Caso a instituição que o paciente esteja não apresente recursos suficientes para o seu tratamento, ele deve ser transferido para um centro de trauma mais especializado.



Autor(es):	Função	Assinatura	Data
Calmildo Miguel F. Leandro	Cirurgião, Assistente Graduado B		22.09.2021

Aprovado por	Função	Assinatura	Data
Augusto Manuel Lourenço	Cirurgião, Médico Chefe de Serviço e Director do serviço		
Revisto por	Função	Assinatura	Data

Nº Revisão:

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Granato C. (2021). Atendimento Inicial ao Politraumatizado no contexto intra-hospitalar

| Ligas. *Revista SANAR CON*. <https://www.sanarmed.com/atendimento-inicial-ao-politraumatizado-no-contexto-intra-hospitalar-ligas>

Lagoeiro B. (2018). *Via área avançada: Conceitos básicos para manejo*.

<https://pebmed.com.br/conceitos-de-via-area-avancada/>

Moura E. (2018). *O que há de novo no ATLS 10ª edição? [ABRAMEDE 2018]*.

<https://pebmed.com.br/o-que-ha-de-novo-no-atls-10a-edicao-abramede-2018/>