

93. ATENDIMENTO AO POLITRAUMATIZADO

a. CONSIDERAÇÕES GERAIS DE AVALIAÇÃO

As vítimas de trauma não recebem tratamento definitivo no ambiente pré-hospitalar.

A maioria das mortes evitáveis decorre do retardo no início do tratamento cirúrgico.

O tratamento dos politraumatizados requer economia de tempo no pré-hospitalar e no transporte do paciente.

A “Hora de Ouro” começa no momento em que a vítima se fere e não quando inicia o seu atendimento.

Os minutos perdidos antes da chegada do socorro são tão importantes quanto os perdidos por ações desorganizadas durante o atendimento.

b. AVALIAÇÃO DA VÍTIMA

Para otimização do tempo a avaliação pré-hospitalar da vítima é dividida em **três fases**: exame primário, exame secundário e reavaliação.

O líder da equipe faz o exame da vítima e os procedimentos devem ser divididos entre os integrantes da equipe, levando em consideração suas capacidades técnicas e profissionais (por exemplo: só o médico pode intubar ou descomprimir tórax).

Eventos associados a traumatismo grave

QUEDAS > 2 A 3 VEZES A ALTURA DA PESSOA
COLISÕES A MAIS DE 32 km/h
EXPULSÃO DO PACIENTE PARA FORA DO VEÍCULO
MORTE DE UM PASSAGEIRO DO VEÍCULO
DANOS GRAVES AO VEÍCULO

EXAME PRIMÁRIO: (AVALIAÇÃO RÁPIDA)

Avaliação rápida (menos que 2 minutos) empregada para diagnosticar e corrigir condições que ameacem a vida e para decidir se um paciente é crítico ou não. Deve ser completada em dois minutos ou menos e é tão importante que só pode ser interrompida por obstrução de vias aéreas ou parada cardíaca. Distúrbios respiratórios (que não a obstrução

de vias aéreas) não são indicação para interromper o exame primário pois a causa do problema respiratório é frequentemente encontrada durante o exame do tórax. Grandes sangramentos também devem ser controlados neste momento, porém sem que seja interrompido o exame primário.

As prioridades de avaliação do exame primário são:

Avaliação das vias aéreas, controle da coluna cervical e nível inicial de consciência;

Avaliação da respiração;

Avaliação da circulação;

Exame breve do abdome, pelve e extremidades.

INTERVENÇÕES CRÍTICAS – Ao completar o exame primário, informação suficiente estará disponível para decidir a presença ou não de uma situação crítica está presente. Quando alguma situação crítica é detectada, a remoção para o **hospital de referência** deverá ser realizada o mais breve possível. A maioria dos tratamentos não essenciais deverá ser feita posteriormente.

As seguintes intervenções são consideradas críticas e devem ser feitas no primeiro atendimento:

Desobstrução de vias aéreas;

Hemostasia de grandes sangramentos;

Acesso venoso periférico;

Selamento de ferimentos de tórax aspirativos;

Hiperventilação;

Descompressão de pneumotórax hipertensivo.

EXAME SECUNDÁRIO:

Avaliação mais detalhada do paciente que visa detectar todas as lesões não detectadas durante o exame primário. Mesmo em pacientes estáveis, o exame secundário deve ser realizado em menos de 5 minutos.

A ordem de procedimentos durante o exame secundário é:

Sinais vitais;

História do paciente e evento traumático;

Exame da cabeça aos pés;

Colocação de bandagens e imobilização;

Monitorização contínua com cardioscópio e oxímetro de pulso;

Radiografia de tórax em PA e lateral de coluna cervical caso indicada;

Realização de exames laboratoriais: hematócrito, gasometria arterial, glicemia, eletrólitos, creatinina, uréia, EAS, tipagem sanguínea e fator Rh.

CUIDADOS CRÍTICOS E REAVALIAÇÃO – O exame de reavaliação é um exame abreviado para avaliar alterações na condição do paciente. Suas prioridades são:

Nível de consciência

Exame da via aérea

Respiração

Pulso, pressão arterial, cor e temperatura da pele

Exame do abdome

Avaliação focalizada das lesões

Verificar as intervenções

c. CONDUTA

Desobstruir as vias aéreas mantendo o controle da coluna cervical.

Indicar estabilização da coluna cervical em todos os pacientes com história de trauma acima das clavículas.

Manter manualmente o alinhamento da coluna cervical até que a vítima esteja imobilizada por colar cervical rígido de extricação e fixado sobre a prancha longa, associado ao estabilizador lateral de cabeça (head block) em todos os politraumatizados com suspeita de traumatismo raquimedular.

Suplementar oxigênio sob máscara com reservatório 10 a 15 litros por minuto.

Monitorizar o paciente com cardioscópio, oxímetro de pulso e monitor não invasivo da tensão arterial.

Assistir a ventilação com BMV e oxigênio sempre que o paciente apresentar dificuldade respiratória ou Glasgow ≤ 8 .

Intubar pacientes com Glasgow ≤ 8 por via orotraqueal mantendo durante o procedimento o alinhamento manual da coluna cervical.

Sedar pacientes reativos durante a intubação com midazolam 0,1 a 0,2 mg/kg IV e caso necessário utilize bloqueadores neuromusculares.

Optar pela cricotireoidotomia, caso a intubação seja tecnicamente impossível.

Descomprimir tórax nos casos de suspeita de pneumotórax hipertensivo.

Controlar sangramentos externos graves através de compressão, ou emprego do esfigmomanômetro como torniquete.

Obter acesso venoso periférico em extremidade superior com cateter curto e calibroso.

Colher sangue venoso para hematócrito, hemoglobina, creatinina, uréia, natremia e calemia.

Colher urina para EAS.

Obter radiografia de tórax em AP e coluna cervical.

Infundir solução de Ringer lactato na velocidade de 30 ml/h para manter veia em pacientes com quadro hemodinâmico estável.

Controlar o choque efetuando a reposição controlada de volume com Ringer Lactato na dose de 20 ml/kg em bolus.

Remover imediatamente pacientes que persistam hipotensos com evidências de hemorragia interna não controlada (indicação imediata de cirurgia em **hospital de referência**).

Imobilizar fraturas isoladas de extremidades somente em pacientes estáveis.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e pressão arterial não invasiva continuamente monitorizados e caso o paciente esteja intubado a PetCO₂.

Manter o paciente imobilizado até que a presença de fraturas seja afastada.

Fazer imunização contra tétano, no hospital de referência.

Transferir os pacientes críticos para **hospital de referência**.

d. INDICAÇÕES DE REMOÇÃO

Indicações para remoção imediata do politraumatizado para o hospital de referência

ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

DISTÚRBO RESPIRATÓRIO GRAVE

CHOQUE

LESÕES GRAVES:

FERIMENTO PENETRANTES DE CABEÇA, PESCOÇO, TÓRAX E ABDOME

QUEDAS > 2 a 3 VEZES A ALTURA DA PESSOA

ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO COM MORTE DE UM DOS PASSAGEIROS

FRATURA DE PELVE

FRATURA BILATERAL DE FÊMUR