

	<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO</b>		<b>Rotina Nº:</b> 083-009
	<b>Título:</b> Assistência no Trauma		<b>Implantada:</b> 01/07/09
	<b>Setor:</b> Emergência		<b>Versão:</b> 1
	<b>Responsável:</b> Dr. Sérgio S. P. Silva		<b>Alterada:</b> 01/07/2009

**Público Alvo:** Médicos do Corpo Clínico e Enfermagem.

**Objetivo:** Esta rotina aplica-se a padronizar e orientar a equipe de enfermagem e médica no atendimento ao Trauma.

**Referência:** Não consta

**Descrição do Protocolo:**

**Trauma: Atendimento Inicial**

**Preparação:** A Equipe deverá estar preparada para receber o Trauma, devendo ser avisado pelo Pré Hospitalar. Deverá estar disponível para o paciente vítima de trauma o colar cervical, prancha rígida, sondas rígidas de aspiração, cânulas endotraqueais com cuffs testados, laringoscópio, Ringer Lactato aquecido a 39 graus, pacotes com campos e aventais, sondas gástricas, sondas vesicais, material para toracocentese e drenagem de tórax, cateteres venosos de grosso calibre para infusão e punção torácica, monitor e oxímetro de pulso.

**Avaliação Primária e Reanimação:**

Identificar e tratar as lesões que matam mais rapidamente, sem perder tempo com procedimentos que não sejam a prioridade. O diagnóstico da lesão deve ser seguido pelo tratamento. Devemos investir nas necessidades mais urgentes do paciente, de acordo com a ordem:

A) Vias aéreas com controle de coluna cervical: Identificar o problema e promover reanimação.

	<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO</b>		<b>Rotina Nº:</b> 083-009
	<b>Título:</b> Assistência no Trauma		<b>Implantada:</b> 01/07/09
	<b>Setor:</b> Emergência		<b>Versão:</b> 1
	<b>Responsável:</b> Dr. Sérgio S. P. Silva		<b>Alterada:</b> 01/07/2009

B) Boa respiração: Identificar o problema e promover reanimação.

C) Circulação, tratar choque hipovolêmico: Identificar o problema e promover reanimação.

D) Avaliação Neurológica: Identificar o problema e promover reanimação.

E) Exposição com controle de hipotermia.

Exames que colaboram com o atendimento primário são: RX de tórax AP e bacia AP na sala de emergência com RX portátil, monitor cardíaco, gasometria arterial, sondagem gástrica e urinária, estas últimas após excluídas pelo médico as contra indicações.

**Avaliação secundária:** fazer após diagnóstico e tratamento das lesões que causam risco de vida iminente. Minuciosamente o paciente deve ser avaliado da cabeça aos pés.

**Tratamento definitivo:** pelo médico ou equipe responsável.

### **Avaliação Primária e Reanimação**

#### **A) Vias Aéreas:**

- Prioridade: Identificar o problema e promover reanimação:
- Tentar falar com o paciente, caso ele não responda ou as respostas forem inapropriadas pensa-se em comprometimento da ventilação / neurológico.
- trauma facial, o paciente que se recusa a permanecer deitado pode ter comprometimento importante de vias aéreas.
- trauma cervical, no caso os penetrantes e os fechados que causam compressão de laringe e traqueia.
- trauma de laringe, apresentando enfizema subcutâneo, rouquidão e fratura palpável. Está indicado a traqueostomia de emergência.
- respiração ruidosa é sintoma de semi oclusão de vias aéreas.

	<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO</b>		<b>Rotina Nº:</b> 083-009
	<b>Título:</b> Assistência no Trauma		<b>Implantada:</b> 01/07/09
	<b>Setor:</b> Emergência		<b>Versão:</b> 1
	<b>Responsável:</b> Dr. Sérgio S. P. Silva		<b>Alterada:</b> 01/07/2009

- diminuição de nível de consciência (Glasgow < 8).
- agitação, agressividade
- cianose em leitos ungueais e lábios
- tiragem

### **Reanimação:**

- 1) Colocar Oxímetro de Pulso
- 2) Retirar o capacete de forma a manter coluna em posição neutra, alinhada.
- 3) Oferecer Oxigênio suplementar em máscara com FiO2 100%
- 4) Colocar colar cervical, até que seja excluída possibilidade de lesão de coluna por RX e avaliação clínica.
- 5) Aspirar com sondas rígidas, principalmente em pacientes com fraturas de terço médio de face.
- 6) Elevar o mento ou tracionar a mandíbula, sem mover a coluna cervical
- 7) Colocar cânula orofaríngea no paciente inconsciente, usando abaixador de língua ou fazer rotação de 180 graus após introduzir a cânula até o palato mole (no adulto, nunca em crianças).
- 8) Estabelecer Via Aérea Definitiva:

- inconscientes
- fraturas maxilofaciais graves
- risco de aspiração em sangramentos e vômitos
- risco de obstrução de VAS (hematoma cervical, lesão de traquéia e laringe, estridor)
- apnéia
- movimentos respiratórios inadequados (taquipnéia, hipóxia, hipercarbia, cianose)
- TCE grave com necessidade de hiperventilação

	<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO</b>		<b>Rotina Nº:</b> 083-009
	<b>Título:</b> Assistência no Trauma		<b>Implantada:</b> 01/07/09
	<b>Setor:</b> Emergência		<b>Versão:</b> 1
	<b>Responsável:</b> Dr. Sérgio S. P. Silva		<b>Alterada:</b> 01/07/2009

-comprometimento potencial iminente de VAS, como nas lesões por inalação, queimadura de cavidade oral e laringe

- 9) Na intubação orotraqueal, deve-se usar a técnica com 2 pessoas, uma delas promovendo a imobilização da coluna cervical.
- 10) Auscultar ambos os hemitórax após o epigástrico
- 11) Confirmar a sonda com detector colorimétrico de CO<sub>2</sub> que será positivo se a intubação for correta
- 12) RX de tórax AP após a intubação, na sala de emergência.
- 13) Caso haja transporte do doente, sempre reavaliar se a sonda continua endotraqueal.
- 14) Sempre ter material de acesso cirúrgico (cricotireoidectomia) à disposição antes de uma intubação.

#### **Técnica para proceder a uma intubação de sequência rápida:**

- Estar preparado para a abordagem cirúrgica caso não se consiga de outra forma
- Pré-oxigenar o doente com O<sub>2</sub> a 100%
- Comprimir cartilagem cricoide
- Administrar um sedativo (etomidato 0,3 mg/kg ou 30 mg; midazolam 2 a 5 mg IV)
- Administrar 1 a 2mg/kg de succinilcolina (100mg na dose habitual)
- Obtido o relaxamento do doente, intubá-lo por via orotraqueal.
- Confirmar a posição da cânula por ausculta e determinar a presença de CO<sub>2</sub> no ar expirado
- Interromper a compressão da cricoide
- Ventilar o doente