

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA

MARINA TARGINO DE OLIVEIRA

**PERSPECTIVAS E DESAFIOS DO CUIDADO E CONDUTAS VOLTADAS AO
PACIENTE POLITRAUMATIZADO**

JOÃO PESSOA, 2021

MARINA TARGINO DE OLIVEIRA

**PERSPECTIVAS E DESAFIOS DO CUIDADO E CONDUTAS VOLTADAS AO
PACIENTE POLITRAUMATIZADO**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof.^a. Ms. Waléria Bastos de Andrade Gomes Nogueira

JOÃO PESSOA, 2021

O48p

Oliveira, Marina Targino de

Perspectivas e desafios do cuidado e condutas voltadas ao paciente politraumatizado / Marina Targino de Oliveira. – João Pessoa, 2021.

30f.; il.

Orientadora: Prof^ª. D^ª. Waléria Bastos de Andrade Gomes Nogueira.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Nova Esperança - FACENE

1. Traumatismo Múltiplo. 2. Emergência em Enfermagem. 3. Cuidados de Suporte Avançado de Vida no Trauma. I. Título.

CDU: 616-083

MARINA TARGINO DE OLIVEIRA

Projeto de Monografia apresentado pelo aluno Marina Targino de Oliveira, do curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora.

Aprovado em: ____/____/ 2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a. Ms. Waléria Bastos de Andrade Gomes Nogueira. - Orientadora
(Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE)

Prof.^a. Dr.^a Luzia Sandra Moura Moreira
(Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE)

Prof.^a. Dr.^a Smalyanna Sgren da Costa Andrade
(Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE)

Dedico este trabalho à minha querida mãe Daniele Cardoso de Oliveira Silva, na qual está depositada toda minha admiração e gratidão.

Agradecimentos

Agradecer é sempre a melhor forma de reconhecer que sem a força do próximo, não teríamos conseguido. Sou imensamente grata aos meus pais Reginaldo e Daniele, pelo amor, cuidado e esforços realizados durante esses quatro anos de curso. As minhas irmãs Bruna e Alissa que sempre estão ao meu lado me apoiando e compartilhando todos os momentos da minha vida.

Aos meus familiares, especialmente aos meus avós, por sempre estender a mão quando precisei. Ao meu namorado Isaac, pela paciência, apoio e incentivo ao meu crescimento profissional. A minha amiga Adriely pelo apoio mútuo que foi dado entre nós na conclusão de nossos trabalhos.

A minha orientadora Waléria Bastos e a professora Luzia Sandra pelos conhecimentos transmitidos, pela confiança e empatia.

Ao Senhor, seu amor cobre todas as minhas fraquezas e sua fidelidade é maior que todos os obstáculos na minha vida. Obrigada, Deus!

QUADROS

Quadro 1- Características e categorização dos artigos selecionados.....	26
--------------------------------------------------------------------------------	----

SIGLAS

LTC – Lesão Cerebral Traumática.

TVM – Trauma Vertebromedular.

XABCDE – X (hemorragia extrasanguinante), A (vias aéreas), B (respiração e ventilação), C (circulação), D (avaliação neurológica), E (exposição e controle de temperatura).

PHTLS – Protocolo de Atendimento Pré-hospitalar.

ATLS – Atendimento Avançado ao Politraumatizado.

RESUMO

Um paciente politraumatizado é caracterizado por apresentar lesões em dois ou mais sistemas, sendo necessário que pelo menos uma, ou uma combinação dessas lesões, represente um risco vital. O atendimento inicial aos pacientes vítimas de traumas requer agilidade e habilidade por meio de uma equipe altamente capacitada, cuja abordagem seja efetiva, diminuindo os riscos de uma possível evolução ao óbito do paciente. O sistema ATLS (*Advanced Trauma Life of Support*) tem o intuito de esquematizar e padronizar a abordagem inicial ao paciente e é utilizado como um protocolo nos atendimentos de emergência. O presente estudo tem como objetivo avaliar a evidência científica sobre as condutas voltadas ao atendimento do paciente politraumatizado. Trata-se de uma revisão integrativa com a seguinte questão norteadora do estudo: O que vem sendo produzido sobre o atendimento inicial ao paciente politraumatizado nos últimos cinco anos? A pesquisa foi realizada a partir do portal da BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), nas seguintes bases de dados: LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências Sociais e da Saúde); BDENF (Banco de Dados de Enfermagem), MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line*) e também na SCIELO (*Scientific Eletronic Library Online*). Essa busca foi realizada no período de setembro e outubro de 2021 utilizando a terminologia em saúde consultada nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/Bireme): Traumatismo Múltiplo, Emergência em Enfermagem, Cuidados de Suporte Avançado de Vida no Trauma. Os principais resultados da pesquisa são as atualizações dos protocolos de atendimento dispostos na literatura base. Portanto, é de grande importância a busca por atualizações por parte da equipe de urgência e emergência para que possam oferecer um atendimento com condutas padronizadas, ágeis e atualizadas.

Palavra-chave: Traumatismo Múltiplo. Emergência em Enfermagem. Cuidados de Suporte Avançado de Vida no Trauma.

ABSTRACT

A Polytrauma patient is characterized by having injuries in two or more systems, requiring that at least one, or a combination of these injuries, represent a vital risk. The initial care for trauma victims requires agility and skill through a highly trained team, where the approach is effective, reducing the risk of a possible evolution to the patient's death. The ATLS (Advanced Trauma Life of Support) system is intended to outline and standardize the initial approach to the patient and is used as a protocol in emergency care. This study aims to evaluate current concepts related to clinical approaches associated with the initial care of polytrauma patients. This is an integrative review with the following guiding question of the study: What has been produced about initial care for polytrauma patients in the last 5 years? The research was carried out through the portal of the VHL (Virtual Health Library), in the following databases: LILACS (Latin American and Caribbean Literature in Social and Health Sciences); BDENF (Nursing Database), MEDLINE (Online Medical Literature Analysis and Retrieval System) and also in SCIELO (Scientific Electronic Library Online). This search was carried out from September to October 2021 using the health terminology consulted in the Health Sciences Descriptors (DeCS/Bireme): Multiple Trauma, Emergency Nursing, Advanced Life Support Care in Trauma. The main results of the research are the updates of the care protocols arranged in the base literature. Therefore, it is of great importance that the urgency and emergency team seek updates so that they can offer a service with standardized, agile and up-to-date conducts.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1 PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	11
1.2 OBJETIVO.....	13
1.2.1 Objetivo Geral.....	13
1.2.2 Objetivos Específicos.....	13
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1 POLITRAUMATISMO E OS TIPOS DE TRAUMA.....	14
2.1.1 Trauma de face.....	14
2.1.2 Trauma abdominal.....	14
2.1.3 Lesão cerebral (LCT).....	15
2.1.4 Trauma vertebromedular (TVM).....	15
2.1.5 Trauma musculoesquelético	16
2.1.6 Trauma de Tórax.....	16
2.2 POLITRAUMATISMO DE SUAS REPERCUSSÕES PARA O PACIENTE.....	16
2.3 PROTOCOLOS.....	17
3. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	21
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	23
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
6. REFERÊNCIAS.....	31

1. INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

O paciente considerado politraumatizado é uma vítima que sofreu traumatismos múltiplos. O trauma é determinado por qualquer alteração à saúde causada por fatores externos, como acidentes automobilísticos, agressões físicas, ferimento por arma branca ou arma de fogo, acidentes de trabalhos, quedas, agentes químicos e elétricos (AFFONSO, et al., 2017).

De acordo com Ferraz e Bacelar (2005), essas lesões podem incluir traumas cerebrais e medulares, afetação de vísceras internas, hemorragias de diversos graus, perda de membros, queimaduras, cegueira e perda auditiva, além de múltiplas fraturas ósseas. Em muitos países, o trauma é considerado um problema com grande relevância na saúde pública, estando associado a um número significativo de óbitos, o qual soma parte da população jovem e produtiva, estabelecendo sequelas significativas em suas vítimas.

Os traumas podem ser divididos em três categorias, sendo: os penetrantes, quando a pele é rompida ou lacerada; contusos, quando não há perfuração da pele; e os mistos, que consiste em uma combinação dos dois tipos anteriores, bastante comum em acidentes de trânsito, por exemplo. É listado como as principais causas de trauma, acidentes de trânsito (24,9%), quedas (24,7%) e agressões físicas (18,7%) (AFFONSO, et. al., 2017).

Geralmente, as lesões múltiplas são causadas por eventos traumáticos, nos quais advém de um grande desprendimento de energia, como quedas, acidentes de trânsito, atropelamentos e ferimentos por arma de fogo, entre outras causas que levam às lesões graves. É considerada a principal causa de morte de indivíduos na faixa etária de 20 a 40 anos, ou seja, na fase em que o indivíduo é mais produtivo, além da maioria das vítimas serem do sexo masculino (DA SILVA SANTOS, et, al., 2018).

Politraumatismos geralmente ocasionam invalidez permanentes e até mesmo a morte, em alta incidência, constituindo um grande problema de saúde pública no Brasil e no mundo (WILL, et. al., 2020).

Segundo dados do DATASUS, no Brasil, 130 mil pessoas morrem por trauma a cada ano, e 450 mil pessoas apresentam sequelas graves, como incapacidade de andar, dificuldade de pronúncia, de aprendizado e até mesmo incapacidade de realizar alguma atividade.

Conforme dados da Organização Mundial de Saúde, a nível mundial, a cada dia morrem 16.000 pessoas em decorrência de trauma (AFFONSO, et al., 2017).

Quanto às abordagens iniciais, a equipe multidisciplinar prestadora têm grandes responsabilidades em suas mãos, com isso exige técnicas e competência, pois o tratamento inicial, certamente interfere no desfecho final. As intervenções prestadas primariamente interferem diretamente nas respostas imediatas e também na evolução do quadro clínico, podendo ser o divisor de águas para a sobrevivência do paciente politraumatizado (AFFONSO, et. al., 2017).

O atendimento inicial ao paciente politraumatizado é realizado pela unidade de remoção de urgência/emergência, que é geralmente quem realiza o atendimento pré-hospitalar ou por demanda espontânea, sendo realizado posteriormente a avaliação secundária e condução do caso em ambiente hospitalar (CARVALHO, 2010).

Na maior parte dos casos o trauma acomete jovens causando inaptidão física e intelectual ou óbito, gerando um custo social altíssimo, além de danos irreparáveis para os familiares. Essa colocação ratifica o sério problema de saúde pública que são os acidentes que geram um conjunto de traumas, incluindo as questões socioeconômicas e capacidade de estar ativo no mercado de trabalho. Posto isso, entende-se que a internação por traumatismo múltiplos é uma problemática na saúde pública, pois acomete uma fração da população significativamente jovem, além disso, gera custos para o tratamento de saúde, provoca afastamento do trabalho e em alguns cenários causa prejuízos de saúde permanentes e exclusão social (WILL, et. al., 2020).

Compreendendo a vasta ocorrência de incidentes causados pelo trauma e considerando a sua seriedade e relevância, onde um paciente politraumatizado irá impor para o Estado estrutura, assistência, suprimentos e tecnologias. Diante disto, conclui-se a importância do estudo da epidemiologia do traumatismo múltiplo, visto as consequências que o mesmo pode gerar, portando o conhecimento deste, pode auxiliar no atendimento inicial às vítimas de traumatismo e na adoção de políticas públicas preventivas (Affonso et al., 2017).

Diante disto, este trabalho tem como justificativa apresentar uma visão do que está sendo produzido nos últimos cinco anos a respeito da assistência inicial ao politraumatizado.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a evidência científica sobre as condutas voltadas ao atendimento do paciente politraumatizado.

1.2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Investigar os principais tipos de traumas apontados na literatura.

Identificar as estratégias de assistência para minimizar os eventos provocados pelo politraumatismo.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 POLITRAUMATISMO E OS TIPOS DE TRAUMA

Um paciente Politraumatizado é caracterizado por apresentar lesões em dois ou mais sistemas, sendo necessário que pelo menos uma, ou uma combinação dessas lesões, represente um risco vital. O atendimento prestado a usuários acometidos por múltiplos traumas deve seguir uma abordagem multidisciplinar pela possibilidade de múltiplas lesões associadas. As condutas devem ser padronizadas e o atendimento ágil, considerado o alto risco de óbito e sequelas irreversíveis (DA SILVA SANTOS, et al., 2018).

2.1.1 Trauma de Face

Em grandes áreas do corpo afetado por traumas, o rosto é o mais afetado, respondendo por 35% a 45% da taxa de trauma, uma vez que é a estrutura mais exposta do corpo humano por ser composta por estruturas que anatomicamente apresentam maior projeção anterior corpórea, e juntamente com a cinemática do trauma, a sua região torna-se a mais acometida. Inúmeros traumas podem acontecer sozinhos ou em conjunto com outros tipos de lesão (SOLLER et al., 2018).

As fraturas faciais além de acometerem estruturas nobres responsáveis pela audição, visão, e respiração, podem vir a causar riscos iminentes à vida da vítima. Existe uma maior probabilidade ao risco de hemorragia intracraniana em pacientes com fratura do complexo maxilofacial, quando comparados a pacientes sem estas, podendo assim, trazer riscos à vida do paciente. Dentre o leque de complicações que podem ocorrer, há duas que requerem maior atenção, sendo elas: fraturas de base de crânio e obstrução de vias aéreas (CHOONTHAR, et al., 2016).

2.1.2 Trauma Abdominal

O trauma abdominal é a causa de um grande número de mortes, pois a cavidade peritoneal, a cavidade torácica e o espaço retroperitônioal (especialmente casos de fraturas de quadril) são partes do organismo que apresentam alto potencial para sangramentos, que pode levar ao choque hemorrágico e em seguida à morte. O trauma abdominal é categorizado em lesões contusas, quando não há laceração da pele e tecidos moles e lesões penetrantes, quando há laceração da pele (JÚNIOR, et al., 2007).

Durante a investigação inicial do paciente suspeito de trauma de abdome deve-se seguir o sistema Advanced Trauma Life Support (ATLS), em conjunto com o exame físico básico de abdome (inspeção, ausculta, percussão e palpação). O toque retal deve ser parte obrigatória do exame físico do paciente politraumatizado, para a verificação de possíveis hemorragias e fraturas ósseas. É importante ressaltar que caso haja algum achado positivo no exame físico, pode ser sugestivo de uma lesão interna, sendo aconselhado posteriormente a complementação com exames computadorizados (JÚNIOR, et, al., 2007)

2.1.3 Lesão Cerebral Traumática - LCT

O traumatismo cranioencefálico é o principal determinante de morbidade, mortalidade e incapacidades permanentes nesses grupos de traumas. Lesões cerebrais traumáticas são classificadas em leve, moderada e grave, considerando a escala de Glasgow. Na LCT leve a somatória da escala de Glasgow é igual a 14 a 15, na moderada 9 a 13 e grave 3 a 8 pontos. A LTC grave está associada a uma taxa de até 70%, e 30% da reabilitação dos sobreviventes é caracterizada por sequelas neurológicas graves e qualidade de vida prejudicada (PHTLS 2018).

Ao examinar o crânio e a face, toda a cabeça e o couro cabeludo devem ser inspecionados e palpados à procura de contusões, fraturas, assimetrias e lesões. As pupilas devem ser avaliadas, quanto sua simetria e forma, nesse momento deve-se também avaliar se o paciente faz uso de lentes de contato, caso faça, devem ser retiradas. Quanto ao ouvido e nariz, deve-se identificar se há perda de sangue ou líquido cefalorraquiano (GAUDÊNCIO, et al., 2013).

2.1.4 Trauma Vertebro-medular -TVM

O trauma da medula espinhal é uma situação de emergência caracterizada por possíveis lesões transversais parciais ou completos dos feixes de nervos motores e sensoriais da medula espinhal, capazes de gerar déficits autonômicos, sensitivos e motores inferiormente à lesão, como também pode levar ao óbito (MÜLLER, et, al.).

O atendimento inicial deve ser realizado no local do acidente, tendo como principal conduta a imobilização, realizada por profissionais treinados e capacitados, bem como o transporte do paciente. O objetivo principal é evitar danos adicionais à medula espinhal (MÜLLER, et al.)

Para a imobilização deve-se utilizar um colar cervical, com o paciente deitado, em decúbito dorsal em uma maca rígida, sendo essa conduta feita em todos os politraumatizados, pois nesses deve sempre suspeitar-se de lesões na coluna vertebral. A retirada da imobilização só deverá ser feita após confirmação de ausência de lesões através de exames de imagem (MÜLLER, et al.).

2.1.5 Trauma Musculoesquelético

O trauma ortopédico é caracterizado por lesões musculares, tendinosas, ósseas e ligamentares. O atendimento inicial nesse perfil de fratura consiste na aplicação do protocolo XABCDE, citado pelo PHTLS, realizando a estabilização de possíveis hemorragias, imobilização da fratura e controle da dor (SALVARO, et al., 2021).

2.1.6 Trauma de Tórax

O trauma torácico tem uma grande incidência em vítimas politraumatizadas, aumentando o risco de vida caso não seja diagnosticado na avaliação primária e realizado terapêuticas imediatas no atendimento pré-hospitalar. O mesmo é classificado em concurso (quando uma força é aplicada sob a caixa torácica, quedas de grandes alturas, colisão automobilística, esmagamentos e agressões), penetrante (ferimentos por arma branca, ferimentos por arma de fogo e empalhamento) ou pela associação dos anteriores.

2.2 POLITRAUMATISMO E SUAS REPERCUSSÕES PARA O PACIENTE

Estudos epidemiológicos brasileiros apontam que nos últimos dez anos houve um avanço das taxas de mortalidade, morbidade e invalidez ocasionadas por traumatismos, o que caracteriza este avanço como uma grave problemática na saúde pública e social do país. O que acarreta também uma crítica repercussão na economia, uma vez que pode não só desarranjar a capacidade de trabalho das vítimas, como impor altos custos com a reabilitação, considerando as incapacidades temporárias ou permanentes, dele decorrentes. Dentre as possibilidades de prejuízos ocasionados pelo trauma estão expressivos déficits físicos, mentais e cognitivos, afetando de forma expressiva a qualidade de vida das vítimas e também de seus familiares (PAIVA, et al., 2010).

Na maior parte dos casos, os sobreviventes de politraumatismos precisam conviver com a cronicidade de doenças, ocasionadas pelas sequelas do trauma. Tais sequelas exigem mudanças significativas no estilo de vida, como se tornar fisicamente dependente, não poder trabalhar e ser estigmatizado diante das alterações provocadas pelo trauma, o que pode gerar resistência na aceitação. Sequelas mais graves e estéticas são acompanhadas de sentimento de angústia, incertezas e sofrimento emocional (PAIVA, et al., 2010).

É fundamental um planejamento de ações de saúde pública voltadas para as necessidades individuais dessa parcela da população. Tais necessidades em maioria se tratam de reabilitação motora, acompanhamento psicológico e direitos trabalhistas (PAIVA, et al., 2010).

2.3. PROTOCOLOS

Projetado para melhorar a uniformidade e eficácia do atendimento de emergências em hospitais, o Colégio Americano de Cirurgiões, para padronizar o atendimento ao politraumatizado, criou o sistema ABCDE do Advanced Trauma Life Support (ATLS) (Santos, et. al., 2017). Em 2018 contou com uma atualização da nona edição do PHTLS, sendo agora XABCDE.

X- Exsanguinação: contenção de hemorragia externa grave

A- *Airway*: vias aéreas permeáveis com controle da coluna cervical.

B- *Breathing*: respiração e ventilação.

C- *Circulation*: circulação e controle de hemorragias.

D- *Disability*: incapacidade neurológica.

E- *Exposure/Environmental Control*: despier o paciente, mas protegendo-o da hipotermia.

A- Vias aéreas e Controle da Coluna Cervical

Primeiramente avalia-se as vias aéreas da vítima, certificando-se que estão desobstruídas. Procura-se por corpos estranhos, secreções, fraturas faciais ou lacerações nas vias aéreas. Caso haja algum tipo de corpo estranho, o mesmo deve ser retirado e em casos de obstrução, uma via aérea precisa ser estabelecida imediatamente.

Durante essas avaliações, e possíveis intervenções para manter as vias aéreas permeáveis, deve-se dar uma atenção simultânea à coluna cervical. O cuidado consiste em garantir o alinhamento da coluna, mantendo-a alinhada e evitando movimentos expressivos do pescoço. Nesse procedimento a cabeça do paciente deve ser mantida em uma posição neutra, nunca deve ser hiperestendida, hiperfletida ou rodada. Baseados no evento traumático, deve-se suspeitar de lesão de coluna cervical e instalar um colar cervical e *red block* (coxins laterais) para a imobilização da cabeça e pescoço.

B- Respiração

Essa avaliação é realizada embasada nas propedêuticas do exame físico do trato respiratório, sendo eles a ausculta, percussão, palpação e inspeção. Pneumotórax hipertensivo, contusão pulmonar maciça, pneumotórax aberto e hemotórax são algumas condições que prejudicam ou impedem a respiração, e devem ser rapidamente identificados através das propedêuticas e inicialmente estabilizados dentro das condições possíveis.

O padrão respiratório também deve ser observado, pois caso não esteja dentro do padrão da normalidade, pode apresentar dois extremos: a hipoventilação ou a hiperventilação. A hipoventilação ocorre quando a ventilação é inadequada para a oxigenação, causando hipercapnia (aumento de dióxido de carbono no sangue). Já a hiperventilação é o aumento da quantidade de ar que ventila os pulmões, causando assim a hipocapnia (diminuição de dióxido de carbono no sangue) e alcalose.

C- Circulação e Controle de Hemorragias

Perder sangue é a principal causa de choque em pacientes politraumatizados, além disso, a circulação necessita estar adequada para que os órgãos vitais e cérebro recebam oxigênio e façam suas respectivas funções no corpo humano. Três parâmetros fornecem informações essenciais em minutos, sendo eles: nível de consciência, coloração da pele, sangramento, pulso e frequência cardíaca.

Hemorragias são classificadas de acordo com seu tipo e gravidade. Hemorragia capilar é caracterizada pelo rompimento de pequenos vasos sanguíneos, hemorragia venosa pelo rompimento de uma veia e a arterial pelo rompimento de uma artéria. Ainda pode ser dividida em interna, quando não acontece extravasamento de sangue para fora do corpo e externa,

quando há exteriorização do sangue para fora do corpo. Hemorragias externas devem ser controladas inicialmente por curativo compressivo ou torniquete.

A coloração da pele pode indicar hipovolemia (perda anormal do volume sanguíneo), apresentando cianose central, cianose periférica e taquicardia. Outro indicativo da hipovolemia é a pulsação fraca ou fina e rápida das carótidas e artérias femorais. Podendo se agravar para um choque hipovolêmico, que é uma grave condição clínica causada pela perda de grande volume sanguíneo, plasma e outros líquidos do organismo, fazendo com que o coração não consiga bombear o suficiente de sangue para os tecidos (órgãos vitais), levando a uma queda significativa no aporte de oxigênio. O choque hipovolêmico ainda pode ser subdividido em compensado e descompensado. No compensado o coração tem a capacidade de manter sua pressão sanguínea normal, porém na medida que o choque se intensifica, o organismo se torna incapaz de manter o mecanismo de compensação, neste momento a perfusão dos órgãos vitais e pressão arterial não são mais mantidas, caracterizando assim o choque hipovolêmico descompensado.

Faz parte do protocolo a realização rápida de cateter intravenoso calibrosos, tendo como primeira escolha os membros superiores. Através do cateter será repostos hemocomponentes e soluções necessárias para estabilizar o politraumatizado.

D- Incapacidade Neurológica

A avaliação inicial do estado neurológico é fundamental, e é realizada no final da assistência primária. Nessa avaliação verifica-se o nível de consciência e sinais neurológicos (tamanho e reação pupilar).

Um protocolo muito utilizado e recomendado para a avaliação de consciência é o método AVDI:

A - Alerta (vítima consciente)

V - Verbal presente. (Vítima consegue responder a perguntas simples como, qual o seu nome? Que dia é hoje?)

D - Estímulo de dor. (Vítima reage ao estímulo doloroso, mostrando que tem consciência preservada).

I - Inconsciente, sem resposta (sem nenhuma reação).

Outra escala muito conhecida e utilizada em avaliações neurológicas mais detalhadas e com um bom valor prognóstico é a escala de Glasgow, que foi criada em 1974 no Instituto de Ciências Neurológicas de Glasgow, na Inglaterra. Esse plano consiste em um esquema para avaliar a resposta neural de pacientes traumatizados, diante de estímulos fornecidos, podendo ser feita no exame secundário (OLIVEIRA, TELMA. 2017).

E- Exposição do Paciente

O paciente deve estar completamente despido e exposto, para facilitar os exames e inspeção, tendo a garantia que nenhuma lesão passe despercebida. Geralmente o paciente tem suas vestes cortadas, ainda no local do incidente, porém é de extrema necessidade o cuidado com a hipotermia. É preciso cobrir a vítima com cobertores específicos (manta térmica), para limitar o risco de perda significativa de calor.

3. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

O presente estudo se configura como uma revisão integrativa da literatura (RIL), a qual permite a inclusão de estudos com diferentes abordagens metodológicas, em que pesquisas primárias são sintetizadas e a partir de um delineamento das pesquisas avaliadas, conclusões são estabelecidas com a finalidade de reunir e sintetizar o conhecimento científico já produzido sobre um tema específico (SOUZA, et, al., 2010).

Seis etapas metodológicas são necessárias para a elaboração de uma revisão integrativa bem construída, que podem ser descritas da seguinte forma: identificação do tema e elaboração da pergunta norteadora; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES, et, al., 2008).

Para a realização desta revisão integrativa, foi utilizado a seguinte questão norteadora: O que vem sendo produzido sobre o atendimento inicial ao paciente politraumatizado nos últimos cinco anos?

A pesquisa foi realizada a partir do portal da BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), que integra as seguintes bases de dados: LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências Sociais e da Saúde); BDENF (Banco de Dados de Enfermagem), MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line*) e também na SCIELO (*Scientific Eletronic Library Online*). Essa busca foi realizada no período de setembro e outubro de 2021 utilizando a terminologia em saúde consultada nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/Bireme). Os descritores em ciência da saúde foram: Traumatismo Múltiplo, Emergência em Enfermagem, Cuidados de Suporte Avançado de Vida no Trauma.

Para selecionar a amostra, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: publicações na modalidade de artigo, texto completo, com recorte temporal de 2016 a 2021, nos idiomas português e inglês. Foram excluídas publicações como: teses, dissertações, monografias, estudos não estão disponibilizados na íntegra, notas prévias e artigos que não contemplaram os objetivos propostos.

O processo de busca obedeceu às etapas metodológicas da revisão sistemática e foi simplificado através do protocolo de Preferred Reporting of Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) que pode ser observado através do fluxograma representado na Figura 1.

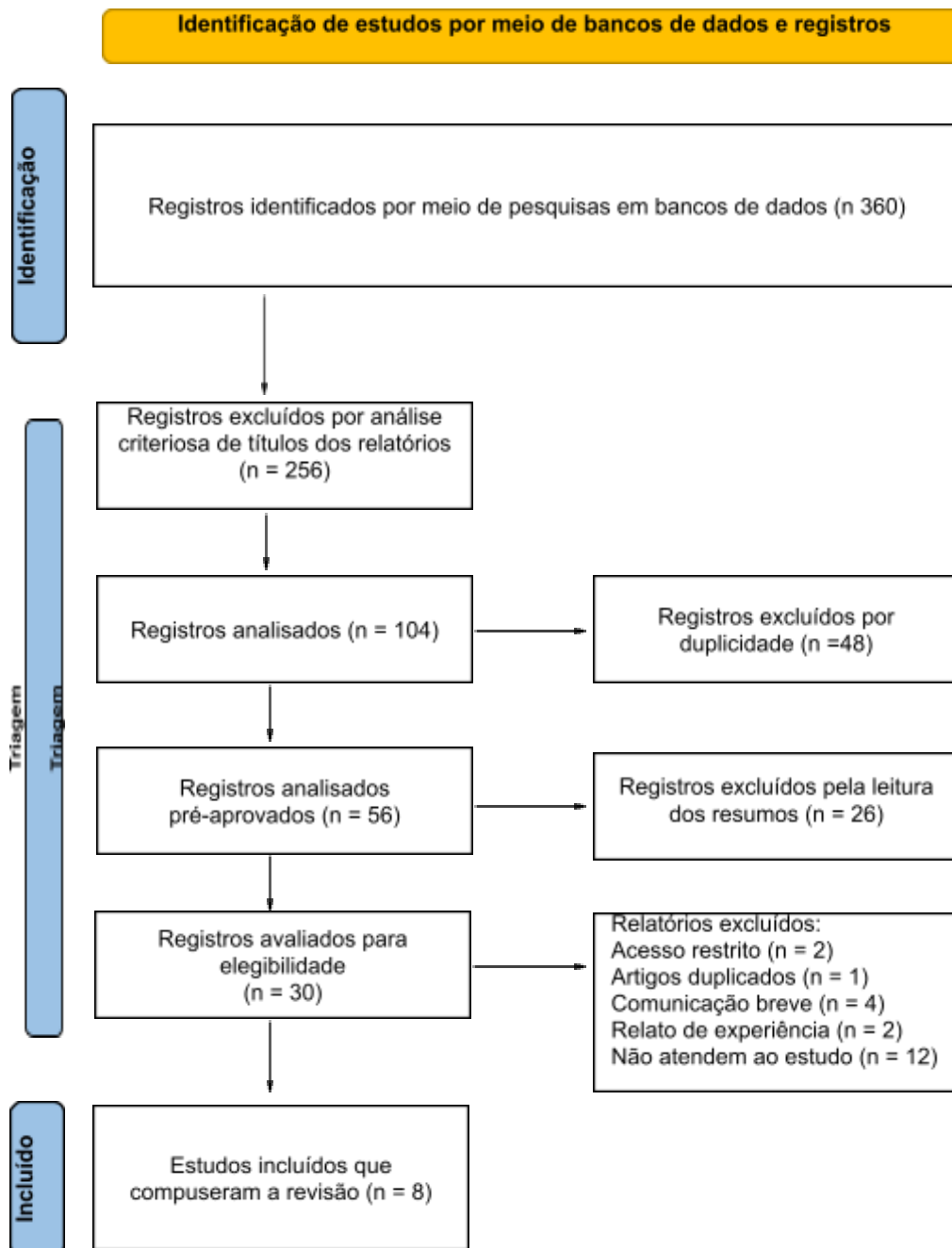


Figura 1. Fluxograma PRISMA de seleção dos estudos que constituíram a amostra, 2021

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Júnior 2007, o exame físico abdominal é importante, mas não confiável. De acordo com a atualização do PHTLS: O atendimento Pré-hospitalar ao Traumatizado, Oitava Edição, o exame físico básico de abdome que se divide em inspeção, ausculta, percussão e palpação é importante, confiável e indispensável. O exame físico é realizado durante a avaliação secundária, iniciado com inspeção e palpação, achados como lesões em tecido mole e equimoses pode-se suspeitar de lesão intra-abdominal, distensão pode ser indicativo uma hemorragia interna significativa. Durante a palpação e percussão, a sensibilidade abdominal significativa ou a tosse, defesa involuntária, sensibilidade na percussão e sons intestinais reduzidos ou ausentes podem ser indicativos de peritonite.

O Colégio Americano de Cirurgiões, para padronizar o atendimento ao politraumatizado, criou o sistema ABCDE do *Advanced Trauma Life Support*. A letra “A” representa vias aéreas e controle da coluna cervical, a letra B respiração e suporte ventilatório, letra C circulação hemodinâmica e controle de hemorragias, letra D avaliação neurológica e letra E exposição do paciente e proteção para hipotermia (Santos, et. al., 2017).

Porém o PHTLS 2018, trouxe uma atualização, sendo agora XABCDE. O “X” representa hemorragia exsanguinante, ou seja, hemorragia externa grave, dando prioridade inicial a mesma, antes mesmo do controle cervical e abertura das vias aéreas. A atualização é embasada na confirmação que epidemiologicamente as hemorragias graves levam a mais óbitos que obstruções por vias aéreas, apesar de também serem responsáveis por óbitos em um curto período de tempo.

De acordo com Brasil 2002, na portaria 2048 referência que deve-se levar em consideração que o atendimento pré-hospitalar é realizado em equipe, tendo a possibilidade de um atendimento sistemático, onde é realizado simultaneamente mais de uma etapa do protocolo.

Conforme Paixão Oliveira 2014, o protocolo recomendado para a avaliação de consciência é o método AVPU, que consiste em:

A- Alert: alerta;

V- Vocal: resposta a estímulo vocal;

P- Pain: resposta a estímulo doloroso;

U- Unresponsive: não responde a nenhum estímulo.

De acordo com o ATLS 2018, a nomenclatura do método foi atualizada, sendo agora:

A - Alerta (vítima consciente);

V - Verbal presente;

D - Estímulo de dor;

I - Inconsciente, sem resposta (sem nenhuma reação).

De acordo com Alves dos Santos (2019), o único protocolo utilizado para avaliação neurológica é a aplicação da escala de Glasgow.

Conforme o PHTLS (2019), uma atualização importante foi a entrada da aferição pupilar no atendimento pré-hospitalar, permitindo avaliar o estado neurológico do paciente de uma forma mais completa.

Para Soares (2013), na amputação os cuidados prestados inicialmente com o membro é de extrema importância, pois tais cuidados trazem maior probabilidade do aproveitamento do membro para reimplantação. Os cuidados se resumem, na limpeza e transporte correto do membro do local do acidente até o hospital que será prestado o atendimento. O membro deve ser limpo e irrigado, envolvido em compressa estéril, colocado em dois sacos plásticos e transportado dentro de uma caixa de isopor. A irrigação e limpeza do membro é realizada com solução salina e nessa caixa de isopor deve conter gelo ou água gelada.

Trazendo como atualização do protocolo o PHTLS (2019) afirma que deve-se identificar o membro com o nome do paciente e hora, irrigar e limpar com soro ringer lactado e seu transporte deve ser feito na caixa de isopor contendo apenas gelo triturado.

De acordo com Soares (2013), umas das técnicas a se realizar para contenção de hemorragias externas é a elevação do membro por gravidade.

Tendo em vista o protocolo de atendimento a vítimas politraumatizadas, onde o mesmo afirma que deve-se ter cautela, pois essa manobra não deve ser utilizada em vítima de trauma, apenas em vítimas clínicas (PHTLS, 2018).

Soares (2013) discorre sobre fraturas de extremidades, onde cita que apenas fraturas fechadas devem ser alinhadas para posição anatômica antes de serem imobilizadas.

Já a atualização do o PHTLS (2019) afirma que as fraturas expostas devem ser tracionadas, alinhadas, o osso exposto imobilizado e posteriormente o membro. Tal conduta tem como objetivo descomprimir veias, artérias e inervações e evitar que haja retaliação de tecidos moles.

A referida autora Soares (2013), define queimaduras e suas gravidades classificadas pela extensão, porém a mesma só citou até a queimadura de terceiro grau.

O PHTLS (2019), apresenta a queimadura de quarto grau, que é caracterizada por necrose de coagulação da pele, carbonização e tecido negro.

Damiani (2017) ainda não trouxe a atualização do protocolo XABCDE, o mesmo citou em seu artigo o protocolo sendo ABCDE, onde afirma que a estabilização da coluna cervical é o primeiro passo na abordagem ao paciente vítima de politrauma.

Logo mais o PHTLS (2018), trouxe a atualização do X, deixando claro que os profissionais no atendimento inicial devem dar prioridade para hemorragias externas quando necessário.

Segundo Damiani (2017), não é necessário o uso de colar cervical em pacientes que não referem dores cervicais e rigidez, sem déficit neurológico e sem fatores distratores, como uma lesão com dor intensa em outra parte do corpo somatizado à análise da cinemática do acidente.

Em concordância o PHTLS (2019), que exclui a necessidade do uso de colar cervical em vítimas de arma branca, arma de fogo e quando não há impacto ou queda na cinemática do trauma.

Alves dos Santos (2019), já cita a análise das pupilas na avaliação neurológica para que assim seja ofertado uma melhor triagem ao paciente. Outra observação é que a referida autora lista os passos da escala de Glasgow primeiramente pela avaliação motora.

Para o PHTLS (2019), essa avaliação se dá da seguinte forma, direcionando a aferição das pupilas já dentro da escala de Glasgow, como sendo uma das etapas. No final o escore da soma de Glasgow vai ser subtraído da soma do escore pupilar, após isso se tem a classificação neurológica do paciente. A referida literatura ainda afirma que a escala deve ser aplicada na seguinte ordem: avaliação ocular, avaliação verbal e por último a avaliação motora.

Alves dos Santos (2019), não explicou sobre o exame secundário, que por sua vez é de extrema importância.

O ATLS (2018), afirma que a avaliação secundária tem como objetivo identificar lesões que no primeiro momento não comprometem a vida do acidentado, porém se não forem corretamente tratadas poderão comprometer nas horas seguintes. O mesmo ainda trouxe como atualização o método SAMPLA, sigla para a verificação de sinais vitais (S),

alergias (A), medicamentos (M), passado médico (P), ingestão de líquidos (L) e ambiente do evento (A).

De acordo com Will (2020), o uso de dois acessos venosos calibrosos para reposição volêmica em vítimas de politrauma atendem às recomendações científicas.

Porém de acordo com a literatura base PHTLS (2019) o uso de dois acessos venosos só se faz necessário quando a vítima apresenta o quadro de hemorragia seguido por sinais de choque hipovolêmico. A importância da cautela na administração volêmica se dá pelo risco de sobrecarregar o organismo do politraumatizado, como por exemplo o sistema renal.

Will (2020), cita que no atendimento politraumatizado é tido como prioridade seguir a sequência do método ABCDE, uma vez que esse método ordena as intervenções que devem ser adotadas. Seguindo a sequência do protocolo, a prioridade descrita pela letra “A” é via aérea e instalação do colar cervical.

Como atualização do protocolo foi adicionado letra “X”, sendo agora método XABCDE, onde a prioridade descrita pela letra X é contenção de hemorragias externas quando necessário (PHTLS, 2018).

Conforme Santos (2018), para definir o nível de consciência do paciente, utiliza-se a escala de coma de Glasgow baseada em um valor numérico com um sistema de pontuação. O autor citou que nessa escala é avaliado a reatividade do paciente por meio da observação de três parâmetros: abertura ocular, reação motora e resposta verbal.

Além da abertura ocular, resposta motora e verbal, dentro da escala de Glasgow também é realizada a aferição pupilar (PHTLS, 2019).

O paciente politraumatizado cujo sua escala de coma de Glasgow for menor ou igual a oito, possui indicação precisa de via aérea definitiva (tubo endotraqueal com balonete insuflado, fixado e conectado a fonte de oxigênio) o mais rápido possível, seguindo as prioridades dispostas pelo protocolo XABCDE (BELEZIA, et, al., 2015).

Em concordância a literatura base ATLS (2018), recomenda a intubação para pacientes politraumatizados com escala de coma de Glasgow menor ou igual a oito. O mesmo ainda reforça a indicação da intubação para politraumatizados que apresenta saturação de oxigênio menor ou igual a 90%.

De acordo com Certain (2020), a restrição de coluna cervical é indicada após trauma contuso acompanhado de nível de consciência agudamente alterado, dor/sensibilidade na linha média cervical ou dorsal, sinais neurológicos focais (sintomas motores e sensitivos) e

deformidades anatômicas na coluna. Também deve ser observado a cinemática do acidente que causou o trauma.

O PHTLS (2018), mantém concordância e complementa que não há indicação para restrição cervical em casos de trauma penetrante sem queda, como por exemplo ferimentos de arma de fogo e arma branca. Uma vez sem indicação de restrição da coluna vertebral, a prioridade é o transporte imediato ao hospital apropriado após realizado os passos do protocolo XABCDE.

Quadro 1- Características e categorização dos artigos selecionados.

ANO	AUTOR	TÍTULO DO ARTIGO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
2019	ALVES DOS SANTOS, et, al.	Abordagem do atendimento inicial ao paciente politraumatizado.	Investigar o trauma de face em pacientes portadores de politraumas.	Revisão de literatura.	O atendimento e tratamento precoce é fundamental para uma técnica bem sucedida, além de ser uma conduta multidisciplinar e integral.
2015	BELEZIA, et, al.	Sequela rápida de intubação traqueal pré-hospitalar no trauma cranioencefálico grave	Analisar 144 pacientes com trauma cranioencefálico grave atendidos em uma unidade de suporte avançado.	Pesquisa de campo quantitativa descritiva.	O trauma cranioencefálico grave foi a principal indicação para a realização da sequência rápida de intubação.
2020	CERTAIN, et, al.	Restrição do movimento da coluna: um novo paradigma de atendimento às vítimas de trauma.	Investigar o uso da restrição de coluna cervical em vítimas de trauma.	Revisão de literatura.	A incidência no Brasil de lesões vertebromedulares é baixa.
2017	DAMINIANI	Uso rotineiro de colar cervical no politraumatizado	Investigar a correta indicação para utilização do colar cervical no politraumatizado.	Revisão narrativa da literatura.	Evidências atuais provam não somente que muitas vezes o uso do colar cervical não traz benefício como agrava lesões intracranianas
2014	DA PAIXÃO OLIVEIRA, et, al.	Escalas para avaliação do nível de consciência em trauma cranioencefálico e sua relevância para a prática de enfermagem em neurocirurgia.	Realizar uma revisão de literatura sobre escalas para avaliação do nível de consciência em pacientes com trauma cranioencefálico	Revisão de literatura	Apesar de vários estudos destacaram a importância do tema, a avaliação neurológica com a utilização de outras escalas não é prática rotineira nas unidades de trauma

2007	JÚNIOR, et, al.	Abordagem geral trauma abdominal.	Discutir a abordagem geral do atendimento dos pacientes com traumas abdominais contusos e penetrantes, incluindo as opções de testes diagnósticos e as considerações acerca do tratamento inicial.	Revisão de literatura.	A avaliação rigorosa do abdome e uma correta orientação irão reduzir os erros na interpretação e os impactos desfavoráveis na evolução do paciente.
2018	SANTOS, et, al.	Assistência de enfermagem ao paciente politraumatizado	Avaliar a assistência de enfermagem ao paciente politraumatizado.	Revisão integrativa da literatura	Esse estudo possibilitou identificar a importância da assistência de enfermagem ao paciente politraumatizado
2020	WILL, et, al.	Cuidados de enfermagem aos pacientes politraumatizados atendidos na emergência	Reconhecer os cuidados desenvolvidos pelos profissionais de enfermagem no serviço de emergência de um hospital geral.	Pesquisa de campo quantitativa descritiva	Verificou-se que o tempo de atendimento na instituição pesquisada ultrapassa na maioria das vezes os 60 minutos, não sendo possível prestar todos os cuidados recomendados neste tempo crítico conhecido mundialmente como Golden Hour.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atendimento inicial prestado a vítima politraumatizada deve ser realizado com abordagem de condutas padronizadas e ágeis, considerando o alto risco de óbito e sequelas irreversíveis. As intervenções primariamente prestadas interferem diretamente nas respostas imediatas e também no prognóstico da vítima.

Este estudo trouxe à tona produções voltadas ao cuidado ao paciente politraumatizado de forma qual, bem como os pormenores de traumas específicos como face, craneoencefálico, abdome e cervical/vertebrais, com condutas efetivas de assistência inicial.

É de grande importância a busca por atualizações por parte da equipe multidisciplinar prestadora de serviços na urgência e emergência, para que assim possam oferecer ao usuário um atendimento conforme a literatura base recomenda, podendo assim ser o divisor de águas para a sobrevivência do paciente politraumatizado.

6. REFERÊNCIAS

ATENDIMENTO pré-hospitalar ao traumatizado básico e avançado: PHTLS. Tradução Antônio Rogério Proença Tavares Crespo. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. **ATLS – Advanced Trauma Life Support** for. Doctors. 10. ed. Chicago: Committee on Trauma, 2018.

AFFONSO, P. R. A.; CAVALCANTI, M. A.; GANDELMAN, I.; GROISMAN, S.; **Etiologia de Trauma e Lesões Faciais no Atendimento Pré-Hospitalar no Rio de Janeiro**. Revista UNINGÁ. n. 1, v. 23, 2017.

BELEZIA, Bruno de Freitas et al. Sequência rápida de intubação traqueal pré-hospitalar no trauma cranioencefálico grave. 2015.

CARVALHO, M.F. et al. Princípios de Atendimento Hospitalar em Cirurgia Bucomaxilo-facial. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe v.10, n.4, p.79-84, out./dez. 2010. Disponível em:<[http://docplayer.com.br/11899771 - Principios-de-atendimento-hospitalar-em-cirurgia-buco-maxilo-facial.html](http://docplayer.com.br/11899771-Principios-de-atendimento-hospitalar-em-cirurgia-buco-maxilo-facial.html)> Acesso em: 1 maio 2021.

CERTAIN, Lucas; FERRAZ, Renato Ribeiro Nogueira. RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DA COLUNA: UM NOVO PARADIGMA DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE TRAUMA. **UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 17, n. 48, p. 51-59, 2020.

CHOONTHAR, Muralee Mohan et al. Head injury-a maxillofacial surgeon's perspective. **Journal of clinical and diagnostic research: JCDR**, v. 10, n. 1, p. ZE01, 2016.

DA SILVA SANTOS, Milaine Amanda et al. Assistência de enfermagem ao paciente politraumatizado. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS**, v. 4, n. 3, p. 11, 2018.

DA PAIXÃO OLIVEIRA, Débora Moura; PEREIRA, Carlos Umberto; DA PAIXÃO FREITAS, Zaira Moura. Escalas para avaliação do nível de consciência em trauma cranioencefálico e sua relevância para a prática de enfermagem em neurocirurgia. **Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia: Brazilian Neurosurgery**, v. 33, n. 01, p. 22-32, 2014.

DAMIANI, Daniel. Uso rotineiro do colar cervical no politraumatizado. revisão crítica. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 15, n. 2, p. 131-136, 2017.

GAUDÊNCIO, Talita Guerra; DE MOURA LEÃO, Gustavo. A Epidemiologia do Traumatismo Crânio-Encefálico. **Revista Neurociências**, v. 21, n. 3, p. 427-434, 2013.

JÚNIOR, Gerson Alves Pereira et al. Abordagem geral trauma abdominal. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 40, n. 4, p. 518-530, 2007.

GAUDÊNCIO, Talita Guerra; DE MOURA LEÃO, Gustavo. A Epidemiologia do Traumatismo Crânio-Encefálico. **Revista Neurociências**, v. 21, n. 3, p. 427-434, 2013.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto-enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MÜLLER, Bruno Rafael et al. TRAUMA RAQUIMEDULAR NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR: CONDUTA E REPERCUSSÕES. **Editor Chefe**, p. 230.

Oliveira, T. N. S. (2017). Trauma: Atendimento Inicial no Intra-Hospitalar. *Repositório Institucional da UFSC*. 1(1):10.

PAIVA, Luciana et al. Experiência do paciente politraumatizado e suas consequências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 6, p. Tela 1-Tela 9, 2010.

PHTLS Atendimento Pré-hospitalizado ao Traumatizado. 8ª ed. Jones & Bartlett Learning, 2017.

SALVARO, Maria Salete et al. O ENFERMEIRO NO MANEJO DA DOR A VÍTIMA DE TRAUMA ORTOPÉDICO. **Inova Saúde**, v. 11, n. 1, p. 43-65, 2021.

SANTOS, Gabriela Alves dos; ANDRADE, Igor Reis Santos; PEREIRA, José Carlos. ABORDAGEM DO ATENDIMENTO INICIAL AO PACIENTE POLITRAUMATIZADO: REVISÃO DE LITERATURA (UNIT-SE). 2020

SOARES, Flávia. Suporte básico de vida. **Instituto formação (Cursos técnicos profissionalizantes). Técnico em enfermagem**, 2013.

SOLLER, Izabelle Cristina de Souza et al. Perfil epidemiológico de pacientes com traumatismos faciais atendidos em emergência hospitalar. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, 2016.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

WILL, Rubyely Caroline et al. Cuidados de enfermagem aos pacientes politraumatizados atendidos na emergência. **Nursing (São Paulo)**, p. 3766-3777, 2020.