



# POP 01 - ATENDIMENTO INICIAL AO POLITRAUMATIZADO



**SAMU  
192**

## ELABORADORES

**Maíza Sandra Ribeiro Macedo**  
Coordenação Geral

**Robson Batista**  
Coordenação Administrativa

**Fabília Passos Pinto**  
Coordenação de Enfermagem

**José Luiz Oliveira Araújo Júnior**  
Coordenador Médico

**Milena Soares Araújo Amorim**  
Coordenação do NEP

**Rodrigo do Santos Matos**  
Médico do NEP

## COLABORADORES

**Equipe Assistencial SAMU 192**

**Emissão: 20/03/2012**  
**Revisão: 24/07/2015**

## **ATENDIMENTO INICIAL AO POLITRAUMATIZADO**

Esse protocolo visa sistematizar o atendimento pré-hospitalar móvel ao politraumatizado, com o objetivo de minimizar o tempo gasto na cena e melhorar a qualidade do atendimento, abordando os princípios da Avaliação dos doentes e seu tratamento adequado.

### **CONCEITOS**

O preceito básico do atendimento ao politraumatizado é a avaliação do doente. O objetivo desta avaliação é determinar a condição atual do doente e servir de base para a tomada de decisões em relação ao tratamento e transporte do mesmo. Dessa forma, esse processo de avaliação deve ser realizado de forma sistemática, rápida e organizada.

A prioridade inicial no atendimento pré-hospitalar ao politraumatizado é a avaliação da cena. Essa avaliação inicia-se antes mesmo da chegada ao local, com base nas informações coletadas do solicitante e outras testemunhas que estejam próximas às vítimas no local da ocorrência. É necessário garantir a segurança do socorrista e das vítimas na cena antes de proceder à avaliação do doente e seu tratamento. Diante de uma cena segura, deve-se avaliar a real situação da ocorrência reconhecendo situações de incidentes com múltiplas vítimas, desastres e necessidade de apoio de mais equipes ou outros recursos necessários para o atendimento adequado dos doentes. Após uma avaliação sucinta da cena deve-se voltar à atenção para a avaliação de cada doente.

### **AVALIAÇÃO PRIMÁRIA**

Entende-se por politraumatizado o doente que possui lesões que afetam mais de um sistema do corpo secundário a algum tipo de trauma. Nesses casos, o objetivo da avaliação primária é identificar rapidamente condições com risco de vida, iniciar a reanimação e prover o transporte rápido à unidade de referência.

A avaliação primária inicia-se com uma impressão geral do paciente. O socorrista observa se o paciente está respirando efetivamente, se está acordado e apresenta alguma movimentação espontânea. Se o paciente é capaz de responder algum questionamento conclui-se que o mesmo possui via aérea pérvia, boa função respiratória e perfusão cerebral. Nesse momento, procura-se sinais de sangramento e coleta-se dados preliminares para completar a avaliação.

Essa avaliação inicial pode fornecer informações suficientes para a equipe determinar a necessidade de mais recursos ou o suporte avançado para atendimento desse doente. A partir de então, segue-se a avaliação primária obedecendo às etapas seguintes.

anormal (por exemplo, pneumotórax hipertensivo, hemotórax maciço, dentre outros).

Mesmo no paciente eupnéico pode ser necessária a oferta de oxigênio suplementar, avaliando-se a oxigenação dos tecidos do paciente, tendo como parâmetro a oximetria do mesmo. O objetivo é manter uma saturação de oxigênio > 95%.

### **Circulação**

Na avaliação inicial do doente politraumatizado, deve-se identificar e controlar o sangramento visível, a hemorragia externa. Esse controle deve ser iniciado na cena e mantido durante o transporte do doente. Para controlar o sangramento externo pode-se utilizar pressão direta no local do sangramento, com curativos ou pode-se utilizar torniquetes quando o sangramento não é contido por pressão direta.

Mesmo na ausência de sangramento visível deve-se avaliar sinais de perda sanguínea, choque ou instabilidade hemodinâmica. Para tal, avalia-se a presença, qualidade e regularidade do pulso, a cor, temperatura e umidade da pele e o tempo de enchimento capilar. A presença de pulso radial pode ajudar a estimar a pressão arterial sistólica. Pulso radial não-palpável pode indicar fase descompensada de choque hipovolêmico. Pele azulada ou pálida, úmida e pegajosa são sinais de perfusão inadequada da pele. Tempo de enchimento capilar maior que dois segundos também indica má perfusão, porém não é um indicador fidedigno, pois pode ser alterado por outros fatores.

### **Disfunção Neurológica**

Avalia-se a oxigenação cerebral ao se estabelecer o nível de consciência do doente. Um paciente agressivo, agitado, confuso ou com um nível de consciência diminuído pode estar hipoxêmico, apresentar alguma lesão cerebral, intoxicação medicamentosa ou por outras drogas ou ainda estar em um quadro de descompensação clínica de alguma doença de base (por exemplo, diabetes mellitus).

A Escala de Coma de Glasgow é uma ferramenta prática para determinar o nível de consciência. Considerando a abertura ocular, a melhor resposta motora e a melhor resposta verbal determina-se uma pontuação para o paciente. O escore mínimo é três e o máximo é quinze. Um escore menor ou igual a oito indica uma lesão grave e serve como indicativo para avaliar tratamento imediato da via aérea do paciente.

O exame pupilar também pode auxiliar o diagnóstico de lesões cerebrais potencialmente fatais. Deve-se avaliar alteração no tamanho das pupilas e sua reação ao estímulo luminoso.

### **Exposição e Ambiente**

A exposição do doente é fundamental para que se identifiquem todas as lesões. Lesões graves podem passar despercebidas se a exposição não for devidamente realizada. Após inspeção de todo o corpo do doente, o mesmo deve ser coberto para conservar o calor corporal e evitar hipotermia, que pode contribuir para piorar a perfusão tecidual.

É importante frisar que a avaliação primária é um processo de ações que ocorrem simultaneamente, de forma rápida e sequenciada. Se uma condição de risco de vida é identificada na avaliação primária, o doente deve ser rapidamente imobilizado para transporte após início da

intervenção na cena, com o objetivo de minimizar o tempo gasto na cena. Exceto em condições excepcionais o tempo de permanência na cena para pacientes críticos não deve exceder 10 minutos.

Volume adequado de fluidos no intravascular também deve ser instalado para restaurar a circulação do doente. Apesar das últimas orientações do PHTLS definirem que o acesso venoso deve ser instalado a caminho da instituição de referência, orientamos no nosso serviço que devem ser instalados dois acessos venosos calibrosos ainda no local da cena. Instituir punção venosa na ambulância a caminho da unidade de referência aumenta os riscos de agravos a equipe.

## **AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA**

Em pacientes críticos, apenas a avaliação primária é realizada, instituindo-se reanimação e transporte do paciente, com reavaliações seguidas durante o transporte.

Após o término da avaliação primária, se não existirem lesões que ameacem a vida, segue-se a avaliação secundária do doente, com o objetivo de identificar lesões ou problemas não identificados na avaliação primária.

Deve-se reavaliar os sinais vitais do paciente, estando atento para possível deterioração do quadro clínico. Segue-se então exame detalhado de cada segmento corporal, incluindo inspeção e palpação, em busca de fraturas, lacerações ou outras alterações.

## **INCIDENTES COM MÚLTIPLAS VÍTIMAS**

Nos casos de incidentes com múltiplas vítimas, após avaliação da cena e garantia de segurança, a equipe deve proceder à triagem das vítimas. O objetivo é determinar a prioridade de atendimento e transporte.

Nos casos em que há disponibilidade de recursos para atender a todas as vítimas, os doentes com lesões mais graves serão tratados e transportados primeiro.

Nos casos em que o número de doentes excede a capacidade imediata de recursos no local, o objetivo é assegurar a sobrevivência do maior número de vítimas. Nesse caso, os doentes com lesões consideradas catastróficas serão considerados de prioridade menor até que haja disponibilidade de mais recursos e auxílio.

