

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 17/08/2018
		Ult. Revisão: 22/01/2025
		Vencimento: 22/01/2027
		Versão: 06
		Nº Páginas: 1/26
PROTOCOLO	POLITRAUMA HPD-GE-PT-08	

1. OBJETIVO

Sistematizar a abordagem e tratamento do paciente politraumatizado.

2. RESPONSABILIDADES

2.1. RECEPÇÃO/AUTORIZAÇÕES

Realizar o cadastro dos pacientes no tasy conforme senha de chegada ao serviço de pronto atendimento.

Realizar autorização, junto ao convênio, de exames complementares e de imagens solicitados pelo médico.

2.2. ENFERMEIRO

Realizar triagem do paciente conforme o protocolo de triagem de paciente na Unidade de Emergência (UE).

Gerenciar junto à equipe de técnicos de enfermagem, setor diagnóstico de imagem e laboratório para rápida e correta execução das medicações, exames laboratoriais e de imagem.

2.3. TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Administrar as medicações prescritas, aciona o laboratório e setor de diagnóstico por imagem para execução rápida de exames solicitados.

Conduzir paciente para realização de exames.

2.4. MÉDICO

Realizar o atendimento médico rápido, padronizado nos modelos do ATLS (Advanced Trauma Life Support), com coleta da anamnese, exame físico através do ABCDE, bem como o devido registro no prontuário eletrônico do sistema Tasy.

Elaboração e Revisão: Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	Validação: Rainá Lobato Assessoria de Qualidade	Aprovação: Enf.ª Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 17/08/2018
		Ult. Revisão: 22/01/2025
		Vencimento: 22/01/2027
		Versão: 06
		Nº Páginas: 2/26
PROTOCOLO	POLITRAUMA HPD-GE-PT-08	

Solicitar a rotina do trauma e, conforme indicação, screening complementar, registrando os resultados de exames realizados, bem como evolução do atendimento, no sistema Tasy.

Realizar a prescrição de medicações. Realizar a devida reavaliação, após a liberação dos exames complementares, tomada de decisão relativa à internação hospitalar, condução cirúrgica ou clínica e à necessidade de emergência no tratamento cirúrgico proposto ou programada.

2.5. SETOR POR IMAGEM

Executar exames complementares solicitados com o cumprimento dos tempos alinhados e interação entre os processos.

- RX de tórax na incidência ântero-posterior (AP)
- RX de bacia AP
- TC de crânio
- TC de coluna cervical
- TC de coluna torácica
- TC de coluna lombo-sacra
- TC de abdome com contraste
- TC de tórax com contraste
- USG FAST (Focused Assessment with Sonography in Trauma).
- LPD (Lavagem Peritoneal Diagnóstica)
- TC complementares conforme a necessidade (TC membro superior direito/esquerdo e TC membro inferior direito/esquerdo).
- O paciente instável: Deverá ter o seu atendimento priorizado, além da realização de exames e procedimentos de imediato.

Elaboração e Revisão: Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	Validação: Rainá Lobato Assessoria de Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 17/08/2018
		Ult. Revisão: 22/01/2025
		Vencimento: 22/01/2027
		Versão: 06
		Nº Páginas: 3/26
PROTOCOLO	POLITRAUMA HPD-GE-PT-08	

- Tempo de exame de imagem: 30 minutos.

2.6. LABORATÓRIO

Executar a coleta e análise dos exames laboratoriais solicitados conforme alinhamento de interação de processos.

- Hemoglobina; Hematócrito; Gasometria arterial; Lactato: resultado em 5 minutos. Sua análise deverá ser feita no gasômetro.
- Ureia, Creatinina: resultado em 60 minutos.
- Tempo de protrombina, tempo de tromboplastina parcial e contagem de plaquetas: resultado em 60 minutos.
- Tipagem sanguínea: resultado em 3 horas.
- Teste de gravidez: resultado em 60 minutos.

3. ABRANGÊNCIA

Urgência e Emergência.

4. DESCRIÇÃO

4.1. ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

A triagem envolve a classificação dos doentes de acordo com o tipo de tratamento necessário e os recursos que realmente estão disponíveis. Os doentes são avaliados e as prioridades de tratamento são estabelecidas de acordo com suas lesões, seus sinais vitais e mecanismo de lesão.

As funções vitais do doente devem ser avaliadas rápida e eficientemente. O paciente politraumatizado deve ser atendido na UTI térreo (sala de graves).

4.2. ATENDIMENTO MÉDICO

Elaboração e Revisão: Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	Validação: Rainá Lobato Assessoria de Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 17/08/2018
		Ult. Revisão: 22/01/2025
		Vencimento: 22/01/2027
		Versão: 06
		Nº Páginas: 4/26
PROTOCOLO	POLITRAUMA HPD-GE-PT-08	

O paciente politraumatizado, deve ser atendido nos moldes do ATLS pelo médico da UTI do térreo, em conjunto com o cirurgião geral e ortopedista, com a realização do ABCDE.

4.2.1. Diagnóstico

Tem que ser realizado atendimento rápido e padronizado, devendo ficar atento para o mecanismo do trauma. As condições do doente são fortemente influenciadas pelo mecanismo do trauma. Tratar primeiro a maior ameaça à vida. O trauma mata de acordo com uma cronologia previsível.

Ao tratar os doentes politraumatizados, os médicos avaliam rapidamente as lesões e instituem uma terapia de preservação da vida. Como o tempo é crucial, é essencial uma abordagem sistemática que possa ser aplicada com rapidez e precisão. Essa abordagem denominada “avaliação inicial”, inclui os seguintes elementos e, que numa situação clínica real, muitos deles ocorrem simultaneamente:

- Preparação
- Triagem
- Avaliação primária (ABCDEs) com reanimação imediata dos doentes com lesões que ameacem a vida
- Medidas auxiliares à avaliação primária e à reanimação
- Considerar a necessidade de transferência do doente
- Avaliação secundária (da cabeça aos pés) e história do doente
- Medidas auxiliares à avaliação secundária
- Reavaliação e monitoração contínuas após a reanimação
- Cuidados definitivos

Elaboração e Revisão: Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	Validação: Rainá Lobato Assessoria de Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 17/08/2018
		Ult. Revisão: 22/01/2025
		Vencimento: 22/01/2027
		Versão: 06
		Nº Páginas: 5/26
PROTOCOLO	POLITRAUMA HPD-GE-PT-08	

O doente politraumatizado deve ser reavaliado constantemente para assegurar que fatos novos não passem despercebidos e para identificar o agravamento de anormalidades já conhecidas.

4.2.1.1. Anamnese

A história detalhada não é essencial para iniciar a avaliação do politraumatizado. Frequentemente, não se consegue obter uma história do próprio doente e nestes casos devem ser consultados os familiares e os socorristas. Utiliza-se o código “AMPLA”, que é uma fórmula mnemônica útil para alcançar esta finalidade:

- **A**lergia
- **M**edicamento de uso habitual
- **P**assado médico / **P**renhez
- **L**íquidos e alimentos ingeridos recentemente
- **A**mbiente e eventos relacionados ao trauma

4.2.1.2. Exame físico

Aplicação do método ABCDE para avaliação e tratamento do traumatizado.

- **A** - Via aérea com proteção da coluna cervical.
- **B** - Ventilação e respiração.
- **C** - Circulação com controle de hemorragia.
- **D** - Disfunção, avaliação do estado neurológico.
- **E** - Exposição (despir completamente o doente) e ambiente (controle de temperatura prevenindo a hipotermia).

Na chegada do doente, o líder da equipe supervisiona a passagem do caso pelos socorristas, garantindo que nenhum membro da equipe comece a trabalhar no

Elaboração e Revisão: Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	Validação: Rainá Lobato Assessoria de Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 17/08/2018
		Ult. Revisão: 22/01/2025
		Vencimento: 22/01/2027
		Versão: 06
		Nº Páginas: 6/26
PROTOCOLO	POLITRAUMA HPD-GE-PT-08	

doente, a menos que condições imediatas de risco de morte sejam óbvias. Um acrônimo útil para gerenciar esta etapa é MIST:

- **M** – Mecanismo (e tempo) do trauma
- **I** – Lesões encontradas e suspeitas
- **S** – Sinais e sintomas
- **T** – Tratamento iniciado

À medida que a avaliação (ABC) prossegue, é vital que cada membro saiba o que os outros membros descobriram e/ou estão fazendo. Este processo é facilitado verbalizando-se cada ação e cada achado em voz alta sem que mais de uma pessoa da equipe fale ao mesmo tempo.

Os médicos podem avaliar rapidamente o A, B, C e D em um doente politraumatizado (avaliação em 10 segundos) ao se apresentar ao doente ou perguntando o seu nome e o que aconteceu. Uma resposta apropriada sugere que não existe um grande comprometimento de via aérea (ou seja, habilidade de falar claramente), a respiração não está comprometida (ou seja, a capacidade de gerar movimento do ar para permitir a fala), e o nível de consciência não está certamente diminuído (ou seja, alerta o suficiente para descrever o que aconteceu). Uma resposta negativa a estas perguntas sugere anormalidades em A, B, C ou D e exige uma avaliação e condutas urgentes.

Ressalva para a mobilização manual da coluna cervical: durante a avaliação, abordagem e tratamento da via aérea do doente, tome muito cuidado para evitar a movimentação excessiva da coluna cervical. Baseando-se no mecanismo do trauma, assume que existe uma lesão na coluna. Doentes com trauma cranioencefálico e maxilofacial devem ser considerados portadores de lesão instável de coluna cervical (fraturas e/ou lesões de ligamentos) e os movimentos cervicais devem ser restringidos.

Elaboração e Revisão: Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	Validação: Rainá Lobato Assessoria de Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 17/08/2018
		Ult. Revisão: 22/01/2025
		Vencimento: 22/01/2027
		Versão: 06
		Nº Páginas: 7/26
PROTOCOLO	POLITRAUMA HPD-GE-PT-08	

A avaliação neurológica rápida estabelece o nível de consciência, o tamanho e a reação pupilar do doente, identifica a presença de sinais de lateralização e determina o nível de lesão medular, se presente. O Escore de Coma de Glasgow (GCS) é um método rápido, simples e objetivo para a determinação do nível de consciência. Hipoglicemia, álcool, narcóticos e outras drogas também podem alterar o nível de consciência do doente. Até que se prove o contrário, sempre se presume que as mudanças no nível de consciência resultam de lesões no sistema nervoso central. O exame neurológico isolado não exclui o diagnóstico de lesão da coluna cervical.

É importante obter o escore no GCS e realizar o exame das pupilas antes de administrar sedativos ou relaxantes musculares pois é importante determinar a condição clínica do doente para decidir sobre o tratamento subsequente. A dilatação da pupila ipsilateral associada à hemiplegia contralateral é a síndrome clássica de herniação do uncus.

A monitorização eletrocardiográfica de todos os politraumatizados é importante. A presença de arritmias, incluindo taquicardias inexplicáveis, fibrilação atrial, extrasístoles ventriculares e alterações no segmento ST, podem indicar trauma cardíaco contuso. A atividade elétrica sem pulso (AESP) pode indicar tamponamento cardíaco, pneumotórax hipertensivo e/ou hipovolemia profunda. Quando há bradicardia, condução aberrante ou extra-sístoles e batimento prematuros, deve-se suspeitar imediatamente de hipóxia ou hipoperfusão. A hipotermia extrema também pode provocar estas arritmias.

Parâmetros fisiológicos como frequência de pulso, pressão arterial, pressão de pulso, frequência ventilatória, gasometria arterial, temperatura corporal e débito urinário são medidas que refletem a adequação da reanimação. Os valores desses parâmetros devem ser obtidos assim que for possível durante ou após a conclusão do exame primário e reavaliados periodicamente.

Elaboração e Revisão: Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	Validação: Rainá Lobato Assessoria de Qualidade	Aprovação: Enf.ª Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 17/08/2018
		Ult. Revisão: 22/01/2025
		Vencimento: 22/01/2027
		Versão: 06
		Nº Páginas: 8/26
PROTOCOLO	POLITRAUMA HPD-GE-PT-08	

Inicia-se a avaliação secundária somente após a avaliação primária (ABCDE) ter sido completada e quando as medidas para a reanimação tiverem sido adotadas e o doente demonstrar melhora de suas funções vitais.

As oito lesões potencialmente letais que devem ser identificadas e tratadas durante a avaliação secundária são:

- Pneumotórax simples
- Hemotórax
- Tórax instável
- Contusão pulmonar
- Trauma cardíaco contuso
- Ruptura traumática da aorta
- Lesão traumática do diafragma
- Ruptura esofágica no trauma contuso

Quando a sensação positiva à descompressão estiver presente, não procure provas adicionais de irritação, pois pode provocar dor adicional desnecessária ao paciente.

A laparoscopia diagnóstica é um método aceitável para avaliar pacientes hemodinamicamente normais, vítimas de trauma penetrante com possibilidade de trajeto tangencial e sem indicação de laparotomia. A laparoscopia é útil para diagnosticar lesões diafragmáticas e penetração peritoneal. A necessidade de anestesia geral limita o uso.

Doentes com contusão craniana devem ser submetidos a TC repetidas para avaliar as mudanças no padrão da contusão nas 24 horas após a TC de crânio inicial.

4.2.1.3. Exames complementares

Elaboração e Revisão: Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	Validação: Rainá Lobato Assessoria de Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 17/08/2018
		Ult. Revisão: 22/01/2025
		Vencimento: 22/01/2027
		Versão: 06
		Nº Páginas: 9/26
PROTOCOLO	POLITRAUMA HPD-GE-PT-08	

Paciente politraumatizado é grave, com coleta e disponibilização de exames de forma rápida.

4.2.1.4. Exames laboratoriais

- Hemoglobina e Hematócrito: O choque é uma das principais causas de morte, sendo necessária estratificação laboratorial. A perda sanguínea maciça pode produzir decréscimos mínimos nos valores iniciais de hematócrito e na concentração de hemoglobina. Assim, a presença de um nível muito baixo de hematócrito, obtido precocemente após o trauma, sugere uma perda sanguínea significativa ou anemia pré-existente; no entanto, um valor normal de hematócrito não descarta uma perda sanguínea significativa.
- Tempo de protrombina, tempo de tromboplastina parcial e contagem de plaquetas: traumatismos e hemorragias severas consomem fatores de coagulação, podendo levar precocemente à coagulopatia. São estudos valiosos na primeira hora, principalmente nos doentes com história de coagulopatia ou de uso de medicamentos que alterem a coagulação sanguínea.
- Gasometria arterial, lactato, ureia e creatinina: O choque hipovolêmico precoce tem alcalose respiratória devido a taquipneia, seguida por acidose metabólica, levando a uma insuficiência renal aguda. Os valores do déficit de base e/ou do lactato sérico na gasometria arterial podem ser úteis para determinar a presença e gravidade do choque.
- Tipagem sanguínea: pela necessidade de transfusão, mas caso necessário de emergência será prescrito O negativo e, na sua indisponibilidade, O positivo.
- O teste de gravidez deve ser realizado em todas as mulheres em idade fértil.

4.2.1.5. Exames de Imagem

Existem situações potencialmente fatais que devem ser excluídas imediatamente como: o hemopneumotórax; hematomas subdurais, epidurais; fraturas pélvicas;

Elaboração e Revisão: Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	Validação: Rainá Lobato Assessoria de Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 17/08/2018
		Ult. Revisão: 22/01/2025
		Vencimento: 22/01/2027
		Versão: 06
		Nº Páginas: 10/26
PROTOCOLO	POLITRAUMA HPD-GE-PT-08	

tamponamento cardíaco e traumas abdominais com lesão de fígado, baço, bexiga, rim e aorta.

Obtenha radiografias diagnósticas essenciais, mesmo em pacientes grávidas. O achado de sangue intra-abdominal indica a necessidade de intervenção cirúrgica em doentes com alterações hemodinâmicas.

FAST e LPD são ferramentas úteis para detecção rápida de sangue intra-abdominal, pneumotórax e hemotórax. A presença de sangue no FAST ou LPD no doente hemodinamicamente normal requer a avaliação de um cirurgião, pois uma mudança na estabilidade do doente pode indicar a necessidade de intervenção.

Seu screening é realizado através:

- RX de tórax na incidência ântero-posterior (AP) – podem mostrar lesões potencialmente letais que requerem tratamento ou investigação adicional de traumas contusos.
- RX de bacia AP – podem mostrar fraturas que indiquem necessidade de transfusão sanguínea precoce e estabilização pélvica imediata.
- TC de crânio
- TC de coluna cervical
- TC de coluna torácica
- TC de coluna lombo-sacra
- TC de abdome com contraste
- TC de tórax com contraste
- USG FAST – é um dos exames diagnósticos mais rápidos para detecção de hemorragia. Temos rápida detecção de hemoperitônio. Tem a vantagem de poder ser repetida e poder detectar tamponamento cardíaco, uma das causas não hipovolêmicas de hipotensão. Tem uma sensibilidade de 86 a 97%, não

Elaboração e Revisão: Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	Validação: Rainá Lobato Assessoria de Qualidade	Aprovação: Enf.ª Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 17/08/2018
		Ult. Revisão: 22/01/2025
		Vencimento: 22/01/2027
		Versão: 06
		Nº Páginas: 11/26
PROTOCOLO	POLITRAUMA HPD-GE-PT-08	

invasivo e de rápida realização, sendo indicado para paciente instável com trauma fechado. As imagens devem ser obtidas na janela precordial, espaço hepatorenal (espaço de Morriçon), esplenorrenal e da pelve ou fundo de saco de Douglas. O FAST pode ser realizado à beira do leito, na sala de reanimação ou simultaneamente a outros procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

- LPD (Lavagem Peritoneal Diagnóstica) – exame rápido para identificar hemorragia, com 98% de eficácia, realizado pela equipe da cirurgia. É indicada para doentes hemodinamicamente instáveis com trauma abdominal fechado ou em pacientes portadores de trauma penetrante com múltiplas entradas ou aparente trajeto tangencial. Pacientes hemodinamicamente estáveis que necessitem de avaliação abdominal por FAST ou TC que não estão disponíveis podem se beneficiar do uso do LPD. Em locais onde o FAST e/ou TC estão disponíveis, o LPD raramente é usado por ser invasivo e requerer habilidade cirúrgica. Tem como contraindicações: cirurgias abdominais prévias, obesidade mórbida, cirrose avançada e coagulopatia pré-existente. Realizada através de acesso infraumbilical. A aspiração de conteúdo gastrointestinal, de fibras vegetais ou de bile, através do cateter indica laparotomia. A aspiração de 10 mL ou mais de sangue em pacientes hemodinamicamente anormais, requer laparotomia.
- TC complementares conforme a necessidade (TC membro superior direito/esquerdo e TC membro inferior direito/esquerdo).

4.2.2. Tratamento

Deverá envolver proteção da via aérea, estabilização hemodinâmica, analgesia, hidratação, jejum até definição da etiologia, vigilância dos sinais vitais devido risco de deterioração clínica durante processo investigado. Se for observado definição etiológica prosseguir com tratamento clínico ou cirúrgicos específicos.

Elaboração e Revisão: Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	Validação: Rainá Lobato Assessoria de Qualidade	Aprovação: Enf.ª Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 17/08/2018
		Ult. Revisão: 22/01/2025
		Vencimento: 22/01/2027
		Versão: 06
		Nº Páginas: 12/26
PROTOCOLO	POLITRAUMA HPD-GE-PT-08	

Sondas gástricas e urinárias são frequentemente inseridas durante a fase de reanimação, à medida que os problemas com a via aérea, ventilação e circulação são diagnosticados e tratados.

A oferta inadequada de sangue oxigenado para o cérebro e outras estruturas vitais é a causa mais rápida de morte em doentes politraumatizados. O oxigênio suplementar deve ser administrado a todos os doentes gravemente traumatizados. A melhor maneira de se ofertar ar oxigenado é através de uma máscara facial com reservatório de oxigênio bem ajustada, com uma taxa de fluxo de pelo menos 10 L/min.

Existem três tipos de via aérea definitiva: tubo orotraqueal, tubo nasotraqueal e via aérea cirúrgica (cricotireoidostomia e traqueostomia). Estabeleça uma via aérea definitiva se houver alguma dúvida sobre a capacidade do doente de manter integridade de via aérea. Os critérios para o estabelecimento de uma via aérea definitiva são baseados em achados clínicos e incluem os itens da **tabela 1**. A intubação orotraqueal é a via preferida para proteger via aérea.

Tabela 1 – Indicações para uma via aérea definitiva

- Impossibilidade de manter a via aérea permeável de outra forma, com comprometimento iminente ou potencial da mesma (p.ex., lesões por inalação, fratura faciais ou hematomas retrofaríngeos).
- Incapacidade de manter a oxigenação adequada pela suplementação de oxigênio por máscara facial ou presença de apneia.
- Obnubilação ou combatividade resultantes de hipoperfusão cerebral.
- Obnubilação indicando a presença de trauma craniocéfálico com necessidade de ventilação assistida (GCS de 8 ou menos), atividade convulsiva sustentada e a necessidade de proteger a via aérea inferior de aspiração de sangue ou vômito. Doentes com escore na GCS de 8 ou menos, requerem intubação

Elaboração e Revisão:
Dr. Andrei Sales
Coordenação Médico UE

Validação:
Rainá Lobato
Assessoria de Qualidade

Aprovação:
Enf.ª Drielly Costa
Gerente de Qualidade

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 17/08/2018
		Ult. Revisão: 22/01/2025
		Vencimento: 22/01/2027
		Versão: 06
		Nº Páginas: 13/26
PROTOCOLO	POLITRAUMA HPD-GE-PT-08	

imediatamente.

A intubação orotraqueal (IOT) de sequência rápida agora é chamada Intubação Assistida por Drogas (IAD), ela pode ser necessária em doentes com reflexo de vômito presente. Ao longo dos anos, dispositivos alternativos de intubação foram desenvolvidos para integrar técnicas de vídeo e imagem óptica, mas depende de profissionais experientes em circunstâncias específicas.

A via aérea cirúrgica está indicada quando há a presença de edema de glote, fratura de laringe, hemorragia orofaríngea grave que obstrua a via aérea, ou quando o tubo endotraqueal não puder ser posicionado entre as cordas vocais.

Como todas as medidas podem ocasionar alguma movimentação no pescoço do doente, é importante a restrição do movimento da coluna em todos os doentes politraumatizados com risco de lesão medular até que lesão vertebromedular tenha sido excluída por medidas auxiliares radiológicas e de avaliação clínica.

Um pneumotórax simples pode evoluir para pneumotórax hipertensivo quando o paciente é intubado e ventilado com pressão positiva antes de ter o hemitórax descomprimido com um dreno de tórax.

A hemorragia é a causa mais comum de choque nos doentes politraumatizados. O princípio básico a ser seguido no tratamento é interromper o sangramento e repor as perdas volêmicas. A reposição volêmica permitirá a recuperação do estado de choque somente se o sangramento estiver controlado. A reanimação volêmica agressiva e contínua não substitui o controle definitivo da hemorragia. Vasopressores são contraindicados como primeira linha de tratamento do choque hemorrágico, pois pioram a perfusão tecidual.

A presença de choque em um doente vítima de trauma requer o envolvimento imediato de um cirurgião. Todo doente politraumatizado que se apresentar com a

Elaboração e Revisão: Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	Validação: Rainá Lobato Assessoria de Qualidade	Aprovação: Enf.ª Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 17/08/2018
		Ult. Revisão: 22/01/2025
		Vencimento: 22/01/2027
		Versão: 06
		Nº Páginas: 14/26
PROTOCOLO	POLITRAUMA HPD-GE-PT-08	

pele fria e taquicárdico deve ser considerado em estado de choque, até prova em contrário. Considera-se taquicardia uma frequência superior a 160 batimentos por minuto (bpm) no lactente, a 140 bpm nas crianças em idade pré-escolar, a 120 bpm até a puberdade e acima de 100 bpm no adulto.

Em doentes em estado de choque, a acidose metabólica é tratada através da reposição de fluidos e sangue, e de intervenções para controlar a hemorragia. Não deve ser utilizado bicarbonato de sódio para tratamento de acidose metabólica decorrente de choque hipovolêmico.

O acesso vascular deve ser obtido rapidamente. A melhor forma de fazê-lo é através da inserção de dois cateteres intravenosos periféricos (calibre mínimo de 18). Os locais mais adequados são as veias do antebraço ou antecubitais. A dose habitual é de 1 litro de cristalóide para adultos e de 20ml/kg para crianças pesando menos de 40 kg, aquecidas por armazenamento em ambiente quente (37°C a 40°C) ou administradas por meio de dispositivos de aquecimento de fluídos. Quando aquecedores de fluidos não estão disponíveis, um microondas poder ser usado para aquecer fluidos cristalóides, mas nunca deve ser usado para aquecer produtos sanguíneos.

Se um doente não responde à terapia inicial de cristalóides, deve receber uma transfusão de sangue. A reposição precoce de sangue e de hemoderivados deve ser considerada em doentes com evidência de hemorragias classes III e IV (Ver **tabela 2**).

A administração precoce de hemoderivados em uma baixa proporção entre concentrado de hemácias, plasma e plaquetas pode prevenir o desenvolvimento de coagulopatia e de trombocitopenia. A administração precoce de concentrado de hemácias, de plasma e plaquetas, em uma proporção balanceada para evitar a administração excessiva de cristalóides, pode aumentar a taxa de sobrevivência dos doentes.

Elaboração e Revisão: Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	Validação: Rainá Lobato Assessoria de Qualidade	Aprovação: Enf.ª Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 17/08/2018
		Ult. Revisão: 22/01/2025
		Vencimento: 22/01/2027
		Versão: 06
		Nº Páginas: 15/26
PROTOCOLO	POLITRAUMA HPD-GE-PT-08	

Tabela 2 – Hemorragia por classes

PARÂMETRO	CLASSE I	CLASSE II	CLASSE III	CLASSE IV
PERDA SANGUÍNEA	< 15%	15-30%	31-40%	> 40%

Um pequeno grupo de doentes em choque necessitará de transfusão maciça, definida como a transfusão de mais de 10 unidades de concentrado de hemácias dentro das primeiras 24 horas da admissão hospitalar, ou mais de 4 unidades dentro da primeira hora.

Doentes politraumatizados gravemente feridos correm o risco de coagulopatia, que pode ainda ser estimulada por medidas de reposição volêmica, o que levou alguns serviços a fazerem uso do ácido tranexâmico preventivamente. Estudos demonstram melhor sobrevida quando o ácido tranexâmico é administrado nas primeiras 3 horas da ocorrência do ferimento. Quando administrado na cena, a infusão subsequente deve ser feita durante 8 horas no hospital (1 grama é infundida durante 8 horas).

A Tromboelastografia (TEG) e o Tromboelastometria Rotacional (ROTEM) podem ser valiosos na determinação da deficiência de fatores de coagulação e dos hemoderivados apropriados para a correção desta deficiência.

A maioria das lesões torácicas com risco de vida pode ser tratada com controle de via aérea, descompressão do tórax com uma agulha, descompressão digital e drenagem em selo d'água com dreno tubular. A lesão da árvore traqueobrônquica é considerada uma lesão ameaçadora à vida, é uma lesão incomum, mas potencialmente fatal.

O diagnóstico de pneumotórax hipertensivo é clínico e resultado do acúmulo de ar sob pressão no espaço pleural. O tratamento não deve ser adiado à espera de confirmação radiológica, requer descompressão imediata.

Elaboração e Revisão: Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	Validação: Rainá Lobato Assessoria de Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 17/08/2018
		Ult. Revisão: 22/01/2025
		Vencimento: 22/01/2027
		Versão: 06
		Nº Páginas: 16/26
PROTOCOLO	POLITRAUMA HPD-GE-PT-08	

Todo pneumotórax é melhor tratado com a inserção de um dreno de tórax no 4º ou 5º espaço intercostal, logo anteriormente à linha axilar média. Após a inserção de um dreno de tórax e sua adaptação a um sistema de selo d'água com ou sem aspiração, é necessário um novo raio-X de tórax para confirmar a re-expansão pulmonar.

Hemotórax é definido quando o derrame pleural tem sangue acumulado na cavidade pleural (<1500 mL). O hemotórax agudo suficiente para aparecer no raio-X de tórax deve ser tratado com um dreno de tórax de grosso calibre (nº 28 ou 32 French).

Embora muitos fatores estejam envolvidos na decisão de operar ou não um doente com hemotórax, os mais importantes são o estado fisiológico do doente e o volume de sangue eliminado pelo dreno de tórax. A exploração cirúrgica deve ser considerada sempre que a drenagem inicial for igual ou maior a 1.500 mL de sangue, ou quando a drenagem for maior a 200 mL/h durante 2 a 4 horas ou quando há a necessidade de transfusão contínua de sangue. A decisão final para realizar toracotomia de emergência é o estado hemodinâmico do doente.

O Tórax instável é considerado uma lesão potencialmente ameaçadora à vida. O tratamento inicial do tórax instável e contusão pulmonar incluem a administração de oxigênio umidificado, ventilação adequada e reanimação parcimoniosa de fluídos. O tratamento definitivo do tórax instável e contusão pulmonar envolve assegurar uma oxigenação adequada, administração criteriosa de fluidos e analgesia adequada para melhorar a ventilação. Muitas manifestações do traumatismo torácico são acompanhados de alto risco de lesões associadas, incluindo enfisema pulmonar, esmagamento de tórax e lesões de costelas, escápula e esterno.

Compreender o mecanismo de trauma facilita a identificação precoce de possíveis lesões abdominais. O tratamento não operatório pode ser considerado em pacientes hemodinamicamente estáveis, sem sinais de irritação peritoneal ou evisceração. A maioria das lesões por arma de fogo são tratadas por laparotomia exploradora.

Elaboração e Revisão: Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	Validação: Rainá Lobato Assessoria de Qualidade	Aprovação: Enf.ª Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 17/08/2018
		Ult. Revisão: 22/01/2025
		Vencimento: 22/01/2027
		Versão: 06
		Nº Páginas: 17/26
PROTOCOLO	POLITRAUMA HPD-GE-PT-08	

Indicação de laparotomia de emergência:

- Trauma abdominal fechado com hipotensão e com FAST positivo ou evidencia clínica de hemorragia intraperitoneal.
- Trauma abdominal fechado ou penetrante com LPD positivo.
- Hipotensão associada a ferimento penetrante do abdome.
- Ferimento por projétil de arma de fogo que atravessa cavidade peritoneal.
- Evisceração.
- Hemorragia do estômago, reto, trato geniturinário, secundário a ferimento penetrante.
- Peritonite.
- Pneumoperitônio ou rotura de hemidiafragma.
- TC com contraste revelando lesão gastrointestinal e de bexiga.

O tratamento inicial de uma fratura pélvica grave associada a choque hemorrágico requer tanto o controle do sangramento como a reposição volêmica. O controle da hemorragia é obtido por meio de estabilização mecânica do anel pélvico e contrapressão externa. Um lençol, cinta pélvica ou outro dispositivo pode produzir uma fixação temporária eficiente para a pelve instável quando aplicada ao nível dos trocânteres maiores dos fêmures. A mortalidade de fratura pélvica é quatro vezes maior em doentes mais idosos do que em doentes mais jovens.

Para tratamento definitivo dos pacientes com alterações hemodinâmicas relacionadas a uma fratura pélvica, é necessária uma equipe composta por um cirurgião de trauma, um cirurgião ortopédico, um radiologista intervencionista e um cirurgião vascular. A embolização angiográfica é frequentemente utilizada para parar hemorragia arterial relacionada a fraturas pélvicas. O empacotamento pré-peritoneal

Elaboração e Revisão: Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	Validação: Rainá Lobato Assessoria de Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 17/08/2018
		Ult. Revisão: 22/01/2025
		Vencimento: 22/01/2027
		Versão: 06
		Nº Páginas: 18/26
PROTOCOLO	POLITRAUMA HPD-GE-PT-08	

é um método alternativo para controlar a hemorragia pélvica quando a embolização demorar ou não estiver disponível.

O objetivo principal do tratamento dos doentes com suspeita de TCE grave é prevenir a lesão cerebral secundária. Deve ser feito todo o esforço para aumentar a perfusão e fluxo sanguíneo cerebrais pela redução da pressão intracraniana (PIC) elevada, mantendo o volume intravascular e pressão sanguínea arterial média (PAM) normais, e restaurando a oxigenação e ventilação normais. Hematomas e outras lesões que aumentam o volume intracraniano devem ser precocemente evacuados.

O GCS é usado como medida clínica objetiva da gravidade do trauma craniocéfálico. Um escore no GCS igual ou inferior a 8 tornou-se a definição geralmente aceita de coma ou trauma craniocéfálico grave. Doentes com trauma craniocéfálico com escore no GCS de 9 a 12 são classificados como “trauma moderado”, e aqueles com escore de 13 a 15 são designados “trauma leve”.

Ao avaliar o GCS, quando existem assimetria direita/esquerda ou superior/inferior, é importante que se use a melhor resposta motora no cálculo do escore porque esta é o preditor mais confiável do resultado. No paciente comatoso, a resposta motora pode ser produzida pinçando o músculo trapézio, pressionando o leito ungueal ou a região supraorbitária.

Mesmo doentes com TCE aparentemente devastador na avaliação inicial podem apresentar recuperação neurológica significativa. O tratamento vigoroso e a compreensão aprimorada da fisiopatologia do TCE, especialmente do papel da hipotensão, hipóxia e perfusão cerebral, afetaram significativamente os prognósticos dos doentes. Nunca atribua alterações do estado mental a fatores de confusão até que a lesão cerebral tenha sido definitivamente excluída.

Em doentes com trauma craniocéfálico grave, é imperativo que a estabilização cardiopulmonar seja alcançada rapidamente. A intubação endotraqueal precoce

Elaboração e Revisão: Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	Validação: Rainá Lobato Assessoria de Qualidade	Aprovação: Enf.ª Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 17/08/2018
		Ult. Revisão: 22/01/2025
		Vencimento: 22/01/2027
		Versão: 06
		Nº Páginas: 19/26
PROTOCOLO	POLITRAUMA HPD-GE-PT-08	

deve ser realizada em doentes comatosos. De modo geral, a hipotensão não é consequência da lesão cerebral por si só exceto em estágios terminais, quando sobrevém a insuficiência medular ou quando existe lesão de medula espinhal concomitante.

A hipovolemia nos doentes com trauma craniocéfálico grave é prejudicial, com cuidado para não sobrecarregar o doente com líquidos. Para a reanimação, recomenda-se o uso de solução salina isotônica ou de ringer lactato. Use a hiperventilação apenas com moderação e pelo período mais limitado possível. A hiperventilação age reduzindo a PaCO₂ e produzindo vasoconstrição cerebral.

O manitol é usado para reduzir a PIC elevada, utilizando-se, habitualmente, uma solução a 20% (20 g de manitol em 100 mL de solução). A solução salina hipertônica também é usada para reduzir a PIC elevada, em uma concentração de 3 a 23,4%. Os barbitúricos são efetivos na redução da pressão intracraniana refratária a outras medidas, embora não devam ser usados na presença de hipotensão ou hipovolemia.

Os anticonvulsivantes também podem inibir a recuperação do cérebro, portanto eles só devem ser usados quando absolutamente necessários. Atualmente, a fenitoína (Hidantal) e fosfenitoína são os agentes habitualmente empregados na fase aguda. Para adultos, a dose habitual de ataque é de 1 g de fenitoína por via intravenosa, administrada não mais que 50mg/min. A dose de manutenção usual é de 100 mg/8 horas.

O tratamento cirúrgico pode ser necessário para lesões de couro cabeludo, fraturas com afundamento de crânio, lesões intracranianas de massa e ferimentos penetrantes. Doentes vítimas de ferimentos penetrantes envolvendo as regiões orbitofacial ou pterional devem ser submetidos a angiografia para a identificação de aneurisma ou fístula arteriovenosa (AV) intracraniana traumática. Quando um aneurisma ou fístula AV é identificada, recomenda-se tratamento cirúrgico ou endovascular.

Elaboração e Revisão: Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	Validação: Rainá Lobato Assessoria de Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 17/08/2018
		Ult. Revisão: 22/01/2025
		Vencimento: 22/01/2027
		Versão: 06
		Nº Páginas: 20/26
PROTOCOLO	POLITRAUMA HPD-GE-PT-08	

É adequada a utilização de antibioticoterapia profilática de amplo espectro nos doentes com ferimentos encefálicos penetrantes, fratura exposta de crânio e fístula liquórica.

Desde que a coluna do paciente esteja devidamente protegida, o exame da coluna e a exclusão de lesões medulares podem ser adiados com segurança, especialmente na presença de alguma instabilidade sistêmica, como, por exemplo, hipotensão ou insuficiência respiratória.

Para proteger a coluna não é necessário que os pacientes fiquem horas sobre a prancha rígida; deixá-los deitados em posição supina, sobre uma superfície firme e utilizar medidas de proteção da coluna quando se move é suficiente. A exclusão de lesões da coluna pode ser assegurada em pacientes sem déficits neurológicos, ausência de dor ou hipersensibilidade ao longo da coluna.

Com o uso de ferramentas de decisão e triagem clínica, como a Canadian C-Spine Rule (CCR), pacientes conscientes (GCS = 15) e estáveis aonde há suspeita de lesão cervical, podem ter o colar cervical e imobilizadores laterais de cabeça retirados sem a necessidade de imagens radiológicas.

O tratamento básico das lesões da coluna e medula espinhal inclui imobilização, reposição volêmica, medicações e transferência, se indicado. Não existem evidências suficientes para indicar o uso de corticosteroides nas lesões da medula espinhal.

Lesões por esmagamento graves causam a liberação de mioglobina pelos músculos, que pode se acumular nos túbulos renais e causa falência renal. Edema em compartimentos musculofasciais intactos pode causar síndrome compartimental aguda que, se não for diagnosticada e tratada, pode levar ao comprometimento e perda do membro. Embolia gordurosa é incomum, mas é uma complicação potencialmente fatal de fratura de ossos longos, podendo causar falência pulmonar e comprometimento da função cerebral.

Elaboração e Revisão: Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	Validação: Rainá Lobato Assessoria de Qualidade	Aprovação: Enf.ª Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 17/08/2018
		Ult. Revisão: 22/01/2025
		Vencimento: 22/01/2027
		Versão: 06
		Nº Páginas: 21/26
PROTOCOLO	POLITRAUMA HPD-GE-PT-08	

A melhor forma de controlar a hemorragia é por meio de compressão direta. Um curativo compressivo é aplicado, utilizando-se uma pilha de gaze mantida no local por uma bandagem elástica para concentrar a pressão sobre a ferida.

Caso a hemorragia continue, considere a aplicação de um torniquete manual ou pneumático. Os riscos do uso do torniquete aumentam com o tempo; se o torniquete precisar ser mantido no local por um tempo prolongado para salvar a vida, a escolha da vida em detrimento do membro deve ser feita. Uma reanimação com fluidos adequada é uma medida complementar importante.

Lesões de extremidades potencialmente fatais incluem hemorragia arterial grave, fratura bilateral de fêmur e síndrome de Crush (rabdomiólise traumática).

A síndrome de Crush é vista em indivíduos que apresentam significativa lesão muscular por esmagamento, mais frequentemente na coxa ou panturrilha. A lesão muscular é uma combinação de lesão muscular direta, isquemia e morte celular com liberação de mioglobina, podendo levar a insuficiência renal aguda e choque. Iniciar infusão precoce e agressiva de fluidos intravenosos durante a reanimação é fundamental para proteger os rins e prevenir a insuficiência renal em doentes com rabdomiólise. A insuficiência renal induzida pela mioglobina pode ser prevenida com a expansão fluídica intravascular, alcalinização da urina através da administração de bicarbonato e diurese osmótica.

O objetivo inicial da imobilização de fraturas é realinhar a extremidade lesionada o mais próximo possível da posição anatômica e prevenir o excesso de movimento no local da fratura. Os esforços de reanimação devem ser prioridade sobre a imobilização. Trate com antibiótico, o mais precocemente possível, todos os doentes com fraturas expostas. A interrupção do aporte sanguíneo a uma extremidade deve ser reconhecida prontamente e as medidas terapêuticas cabíveis devem ser tomadas em caráter de emergência.

Elaboração e Revisão: Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	Validação: Rainá Lobato Assessoria de Qualidade	Aprovação: Enf.ª Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 17/08/2018
		Ult. Revisão: 22/01/2025
		Vencimento: 22/01/2027
		Versão: 06
		Nº Páginas: 22/26
PROTOCOLO	POLITRAUMA HPD-GE-PT-08	

Os maiores princípios da abordagem da lesão térmica incluem manter um alto índice de suspeita da presença de comprometimento da via aérea após inalação de fumaça e o consequente edema causado pela queimadura; identificar e abordar as lesões mecânicas associadas; manter a normalidade hemodinâmica com reposição de volume; controlar a temperatura; e remover o doente do ambiente hostil.

Segundo a American Burn Life Support (ABLS) as indicações para intubação precoce são:

- Sinais de obstrução da via aérea (rouquidão, estridor, uso de músculo respiratórios acessórios, retração esternal)
- Extensão da queimadura (área de superfície corporal queimada > 40%- 50%)
- Queimaduras faciais extensas e profundas
- Queimaduras no interior da boca
- Edema significativo ou risco para edema de orofaringe
- Dificuldade para deglutir
- Sinais de comprometimento respiratório: incapacidade para eliminar as secreções brônquicas, fadiga respiratória, ventilação e oxigenação deficientes
- Diminuição do nível de consciência onde os reflexos de proteção das vias respiratórias são prejudicados
- Necessidade de transferência do doente grande queimado com comprometimento de vias aéreas sem pessoal qualificado para intubá-lo durante o transporte.

Em contraste com a reanimação para outros tipos de trauma nos quais o déficit de líquidos é geralmente secundário à perda hemorrágica, a reanimação por queimadura é necessária para substituir as perdas líquidas contínuas de extravasamento capilar devido à inflamação. Se os acessos venosos periféricos não

Elaboração e Revisão: Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	Validação: Rainá Lobato Assessoria de Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 17/08/2018
		Ult. Revisão: 22/01/2025
		Vencimento: 22/01/2027
		Versão: 06
		Nº Páginas: 23/26
PROTOCOLO	POLITRAUMA HPD-GE-PT-08	

podem ser obtidos, considere o acesso venoso central ou infusão intraóssea. Deve-se iniciar a infusão com solução cristalóide isotônica, preferencialmente solução de Ringer lactato.

A infusão inicial de fluidos utilizada foi atualizada pela Associação Americana de Queimados para refletir preocupações sobre excesso de reanimação quando é utilizada a fórmula de Parkland tradicional. As diretrizes do consenso atual orientam iniciar com 2 mL de Ringer lactato x peso do corpo do doente em kg x % ASCQ (Área de Superfície Corporal Queimada) para queimaduras de segundo e terceiro graus. O volume de líquido estimado é então oferecido da seguinte maneira: metade do volume total estimado administrado nas primeiras 8 horas após a queimadura; o restante deve ser administrado nas 16 horas seguintes. Após essa quantidade inicial de reposição volêmica oferecida deve ser ajustada e baseada no débito urinário de 0,5 mL/kg/h em adultos e 1 mL/kg/h para crianças menores de 30 kg.

Os antibióticos profiláticos não estão indicados na fase inicial logo após as queimaduras e devem ser reservados para o tratamento de infecções. É muito importante a determinação do estado de imunização do doente.

Embora a maioria dos ferimentos sejam por queimadura térmica, existem outras causas de queimaduras que merecem especial consideração, incluindo as queimaduras químicas, elétricas e as causadas pelo piche quente, por frio, bem como as queimaduras que indiquem abuso.

4.2.2.1. Atendimento no bloco cirúrgico

- Procedimento imediato no bloco cirúrgico:

Caso haja indicação, o cirurgião geral deve ratificar a indicação.

- Prescrição verbal:

Cirurgião ou médico responsável realiza prescrição verbal de exames e sangue “O negativo” para execução imediata. Caso esse tipo de sangue não esteja disponível

Elaboração e Revisão: Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	Validação: Rainá Lobato Assessoria de Qualidade	Aprovação: Enf.ª Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 17/08/2018
		Ult. Revisão: 22/01/2025
		Vencimento: 22/01/2027
		Versão: 06
		Nº Páginas: 24/26
PROTOCOLO	POLITRAUMA HPD-GE-PT-08	

pode ser utilizado sangue “O positivo”, atentando para mulheres em idade fértil, que deverão receber imunoglobulina anti-D em até 72h.

- Agenda cirúrgica:

Caso indicado procedimento cirúrgico, o médico realiza desfecho de internação, entra em contato com agendamento cirúrgico, através dos ramais 9744 ou 9378, informa necessidade de material, OPME e necessidade de leito de UTI no pós operatório imediato. O Agendamento cirúrgico entra em contato, com enfermeira do bloco pelo ramal 9920, para ver a disponibilidade de sala cirúrgica e horário para procedimento cirúrgico.

Médico do grave prescreve carro de parada e transcreve para o sistema tasy as prescrições verbais de exames e/ou transfusão. Faz solicitação de internação e critério de UTI.

- Autorização:

Enfermeiro do Bloco Cirúrgico deve garantir que as solicitações de procedimentos e materiais e medicamentos utilizados no bloco sejam devidamente realizadas para serem encaminhadas para o setor de autorização.

5. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Paciente vítima de politrauma com entrada pela Unidade de Emergência e pacientes classificados pelo CID 10 como: T00, T01, T02, T03, T04, T05, T06 ou T07.

6. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que não se enquadram no disposto acima.

7. MARCADORES

7.1. DEFINIDOS

7.1.1. Tempo porta-agulha

Até 90 minutos após a chegada do paciente na unidade de emergência.

Elaboração e Revisão: Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	Validação: Rainá Lobato Assessoria de Qualidade	Aprovação: Enf.ª Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 17/08/2018
		Ult. Revisão: 22/01/2025
		Vencimento: 22/01/2027
		Versão: 06
		Nº Páginas: 25/26
PROTOCOLO	POLITRAUMA HPD-GE-PT-08	

7.1.2. Raio-X

Até 30 minutos da solicitação (tempo entre a prescrição e a execução do exame no sistema) em pacientes estáveis.

7.1.3. Tomografia

Até 30 minutos (pacientes estáveis).

8. INDICADORES

8.1. DEFINIDOS

8.1.1. Porcentagem de pacientes com tempo porta-agulha adequado.

8.1.2. Porcentagem de pacientes que realizaram raio-x e tomografia.

8.1.3. Porcentagem de pacientes politraumatizados com alta melhorada.

8.1.4. Avaliação médica em até 15 minutos da admissão.

8.1.5. Exames de imagens e laboratório em até 15 minutos, total de 30 minutos.

8.1.6. Contato com o médico de sobreviso em até 15 minutos, total 45 minutos.

8.1.7. Agendamento e chegada no bloco cirúrgico em até 15 minutos, total de 60 minutos da admissão.

9. REFERÊNCIAS

Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões. Advanced Trauma Life Support. ATLS. 9ª Ed, 2014.

Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões. Advanced Trauma Life Support. ATLS. 10ª Ed, 2018.

MOURA, E. C. O que há de novo no ATLS 10ª edição? [ABRAMEDE 2018].

PEBMED, 15/10/2018. Disponível em: <[O que há de novo no ATLS 10ª edição?](#)

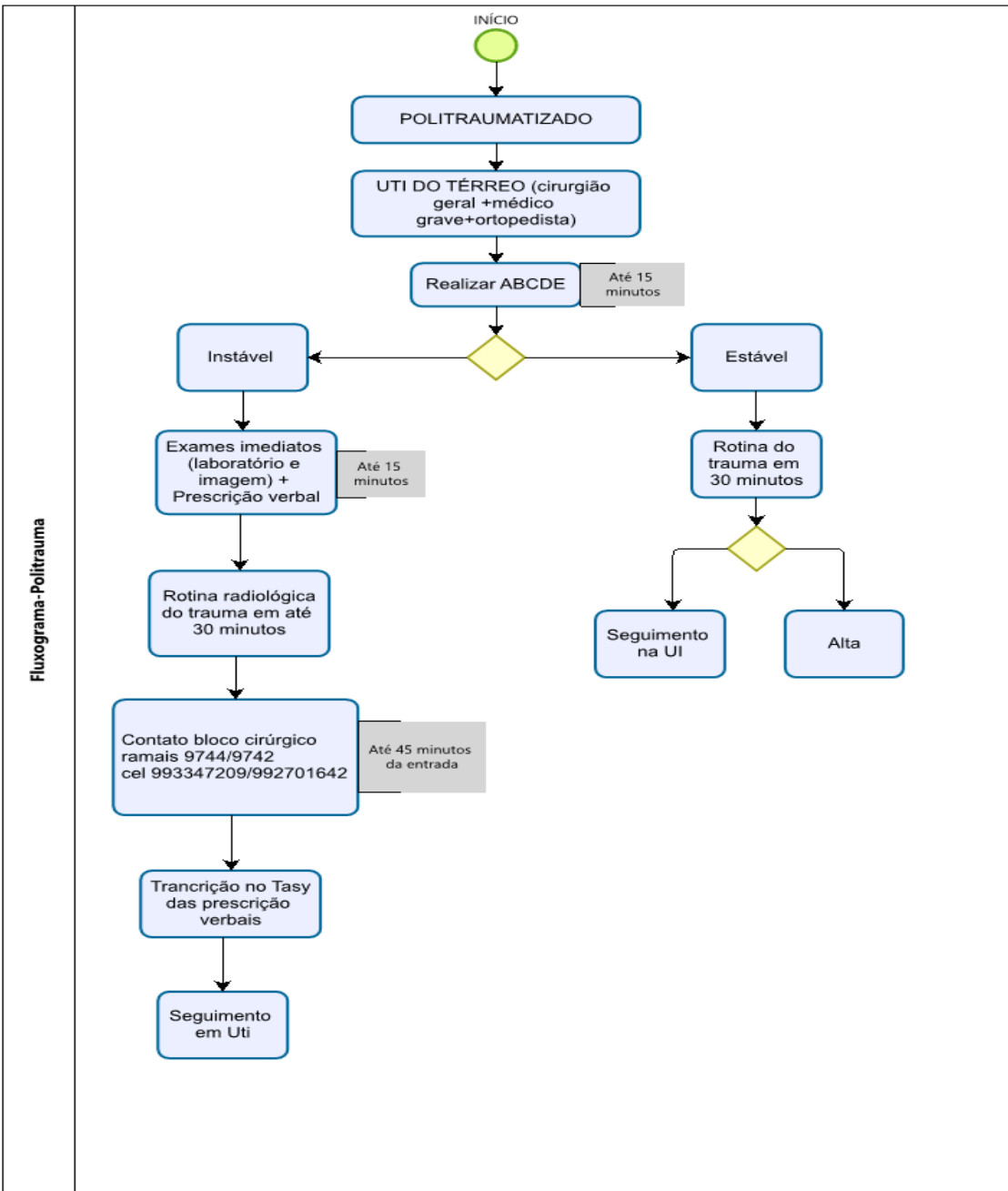
[ABRAMEDE 2018] - PEBMED>. Acesso em: 10 dez 2021

Elaboração e Revisão: Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	Validação: Rainá Lobato Assessoria de Qualidade	Aprovação: Enf.ª Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 17/08/2018
		Ult. Revisão: 22/01/2025
		Vencimento: 22/01/2027
		Versão: 06
		Nº Páginas: 26/26
PROTOCOLO	POLITRAUMA HPD-GE-PT-08	

10. ANEXOS

Fluxograma I - Protocolo de Politrauma



Elaboração e Revisão: Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	Validação: Rainá Lobato Assessoria de Qualidade	Aprovação: Enf.ª Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 17/08/2018
		Ult. Revisão: 22/01/2025
		Vencimento: 22/01/2027
		Versão: 06
		Nº Páginas: 27/26
PROTOCOLO	POLITRAUMA HPD-GE-PT-08	

11. QUADRO RECAPITULATIVO

Descrição da Revisão	Versão	Data
Emissão inicial	01	17/08/2018
Revisão	02	17/08/2020
Revisão Geral para adequação (Atualizações do ATLS 10ª edição)	03	14/12/2021
Atualização do Agendamento do fluxo cirúrgico	04	01/11/2022
<p>Atualização da logo do hospital.</p> <p>Revisão geral do conteúdo através de literatura de emergência atualizada.</p> <p>Atualização dos itens 2 Responsabilidades, 4 Descrição e 9 Referências.</p> <p>Inserção do conteúdo do item Atualizações nos outros itens apropriados e sua posterior exclusão.</p>	05	05/11/2024
<p>Atualização do fluxograma.</p> <p>Acréscimo de indicadores para mensuração de tempo: para avaliação médica, tempo de exame, contato com sobreaviso médico e chegada no bloco cirúrgico.</p>	06	22/01/2025

Elaboração e Revisão: Dr. Andrei Sales Coordenação Médico UE	Validação: Rainá Lobato Assessoria de Qualidade	Aprovação: Enf.ª Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--