



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
ESCOLA DE SAÚDE DO EXÉRCITO
(Es Apl Sv Sau Ex / 1910)**

1º Ten Alu JÚLIA ABREU VILELA

Atuação da equipe de saúde no primeiro atendimento ao politraumatizado

**RIO DE JANEIRO
2021**

1º Ten Alu **JÚLIA** ABREU VILELA

Atuação da equipe de saúde no primeiro atendimento ao politraumatizado

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde do Exército, como requisito parcial para aprovação no Curso de Especialização em Aplicações Complementares às Ciências Militares.

Orientador(a): 1º Ten **Mariano** Craveiro de Oliveira

**RIO DE JANEIRO
2021**

CATALOGAÇÃO NA FONTE
ESCOLA DE SAÚDE DO EXÉRCITO/BIBLIOTECA OSWALDO CRUZ

V699a Vilela, Júlia Abreu.
Atuação da equipe de saúde no primeiro atendimento ao politraumatizado/ Júlia Abreu Vilela. – 2021.
40 f.
Orientador: Mariano Craveiro de Oliveira.
Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Escola de Saúde do Exército, Programa de Pós-Graduação em Aplicações Complementares às Ciências Militares, 2021.
Referências: f. 36-40.

1.POLITRAUMATIZADO. 2. PRIMEIRO ATENDIMENTO. 3. ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR. I. De Oliveira, Mariano Craveiro (Orientador). II. Escola de Saúde do Exército. III. Título.

CDD 616.0252

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial deste trabalho.

1º Ten Alu **JÚLIA ABREU VILELA**

Atuação da equipe de saúde no primeiro atendimento ao politraumatizado

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde do Exército, como requisito parcial para aprovação no Curso de Especialização em Aplicações Complementares às Ciências Militares.

Orientador(a): 1º Ten **Mariano** Craveiro de Oliveira

Aprovada em XX de mês de 2021.

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO

Mariano Craveiro de Oliveira
Orientador(a)

Otávio Augusto Brioschi Soares
Avaliador(a)

***Ao meu pai, minha mãe, André e
Catarina, agradeço por todo
apoio que me foi dado para me
tornar uma Oficial do Exército
Brasileiro. Cada palavra, cada
abraço de vocês me
impulsionam a oferecer o
melhor de mim para a Nação.***

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente aos meus familiares e ao meu amor por me incentivarem a ingressar na carreira militar. A todo momento vocês são a minha maior força e inspiração para seguir firme neste novo caminho. Obrigada às minhas amigas que ganhei no Curso de Formação de Oficiais que fazem os meus dias sempre melhores, sem vocês nada disso seria tão especial.

*“O paciente é o centro do universo médico em torno do qual todos os nossos trabalhos giram
e para o qual todos nossos esforços se direcionam.”*

John Benjamin Murphy

RESUMO

O trauma tem sido considerado uma das maiores causas de óbitos em todo o mundo, se apresentando como um grave problema de saúde pública no Brasil. Analisando a distribuição trimodal da morte, observa-se que grande parte dos óbitos poderiam ser evitados com uma melhor intervenção no atendimento pré-hospitalar. Desta maneira, um melhor atendimento da equipe de saúde aos pacientes vítimas de politraumatismos poderia refletir em menor morbimortalidade. Então, foram preconizados vários fluxos de atendimento. O mais utilizado entre eles é o XABCED, onde X corresponde a hemorragia exsanguinante, A de via aérea e coluna cervical, B de respiração, C de circulação, D de neurológico e E de exposição. A avaliação pelo profissional de saúde deve ser ágil e bem direcionada para que as causas que levam a lesões mais graves sejam solucionadas rapidamente.

Realizada a revisão bibliográfica de artigos científicos da base de dados do Google Acadêmico, PubMed, LILACS e SciELO.

Palavras-chave: politrauma, atendimento pré-hospitalar, primeiro atendimento.

ABSTRACT

Trauma has been considered one of the major causes of death worldwide, presenting itself as a serious public health problem in Brazil. Analyzing the trimodal distribution of death, it is observed that most deaths could be avoided with a better intervention in pre-hospital care. Therefore, better care by the health team for patients who are victims of polytrauma could result in lower morbidity and mortality. So, several service flows were recommended. The most used among them is XABCED, where X corresponds to exsanguinating hemorrhage, A for airway and cervical spine, B for breathing, C for circulation, D for neurological and E for exposure. The assessment by the health professional must be agile and well-directed so that the causes that lead to more serious injuries are quickly resolved. A bibliographic review of scientific articles from the Google Scholar database, PubMed, LILACS and SciELO was carried out.

Keywords: polytrauma, pre-hospital care, first care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – imobilização cervical	16
Figura 2 - Elevação do queixo	16
Figura 3 - Tração da mandíbula no trauma	17
Figura 4 - Cânulas orofaríngeas. B. Cânulas nasofaríngeas	17
Figura 5- Dispositivo de máscara com válvula e balão	18
Figura 6-Torniquete em coxa direita	20
Figura 7 - Torniquete em braço direito	20
Figura 8: Campanha “Stop the Bleed” voltada ao público leigo	21
Figura 9- Escala de Coma de Glasgow (ECG)	22

APH	Atendimento pré- hospitalar
ATLS	Advanced Trauma Life Suport
ECG	Escala de Coma de Glasgow
EUA	Estados Unidos da América
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHTLS	Prehospital trauma life suport
RTS	Escore de trauma revisado
TCC	Tactical Combat Casualty Care

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. DESENVOLVIMENTO	13
2.1. METODOLOGIA.....	13
2.2. IMPORTÂNCIA DO PRIMEIRO ATENDIMENTO AO POLITRAUMATIZADO RÁPIDO E SISTEMATIZADO	13
2.3. ATENDIMENTO E MANEJO INICIAL DO PACIENTE POLITRAUMATIZADO	15
2.3.1. Manutenção das vias aéreas e restrição de movimento da coluna cervical	16
2.3.2. Respiração	17
2.3.3. Circulação.....	19
2.3.4. Disfunção neurológica	21
2.3.5. Exposição	22
3. CONCLUSÃO.....	22
4. REFERÊNCIAS	23

Atuação da equipe de saúde no primeiro atendimento ao politraumatizado

JÚLIA ABREU VILELA¹

MARIANO CRAVEIRO DE OLIVEIRA²

1. INTRODUÇÃO

A distribuição trimodal da morte, citada pela primeira vez em 1982, a divide em três picos. O primeiro pico de morte acontece entre minutos e segundos após a lesão, sendo que poucos desses pacientes conseguem ser salvos. O segundo pico ocorre entre minutos e várias horas após a lesão e é nesse momento que observamos a importância da reanimação e avaliação rápidas reduzindo a taxa de óbitos. O terceiro pico, entre vários dias a semanas após a lesão inicial, já deve-se a consequências do trauma e da internação. O percentual de óbitos ocorridos em cada fase varia de acordo com os avanços técnicos da localidade no que diz respeito a prevenção, atendimento pré-hospitalar e centros de trauma (AMERICAN COLLEGE OF SURGIONS COMMITTEE ON TRAUMA, 2020).

O início da sistematização de atendimento à vítima de trauma ocorreu após, em 1976, nos EUA, acontecer um acidente de avião particular com um cirurgião ortopedista e sua família. O médico sobreviveu e pode observar as falhas no processo de socorro seu e de seus familiares. A partir disso, uma equipe médica verificou a necessidade de treinamento em suporte avançado de vida, no caso de trauma, aos profissionais da área. Desde então mudou-se o atendimento ao paciente politraumatizado nos EUA e em grande parte do mundo. Até os dias atuais, o método aceito é como padrão para abordagem da vítima na primeira hora (“golden hour”) de após o trauma (AMERICAN COLLEGE OF SURGIONS COMMITTEE ON TRAUMA, 2020).

O atendimento primário da vítima é realizado utilizando o mnemônico XABCDE, já padronizado na ordem de urgência do diagnóstico e tratamento, ou seja, priorizando a avaliação das lesões que mais rapidamente levam ao óbito. O X (*exsanguinating hemorrhage*) corresponde a hemorragia exsanguinante que necessita de torniquete. A próxima avaliação deve ser das vias aéreas e coluna cervical, correspondendo a letra A (*airway*). Após, deve-se examinar a ventilação, correspondente ao B (*breathing*). O C (*circulation*), equivale a circulação e hemorragia. Posteriormente, analisa-se disfunções neurológicas – D (*disability*).

¹ Médica (Cirurgiã geral), 1º.ten aluna, Escola de Saúde do Exército

² Cirurgião -dentista (periodontista), 1º.ten, Escola de Saúde do Exército

E, para finalizar, observa-se a exposição/ambiente: E- *exposure*. Deve-se sempre atentar para que antes de se realizar qualquer assistência as vítimas, a cena deve ser avaliada e segura (BRASIL, 2020).

O objetivo desse trabalho é auxiliar a equipe de saúde no primeiro atendimento ao paciente politraumatizado para atuar com agilidade, visando maior sucesso no tratamento, além da sistematização da assistência. Será destrinchado o mnemônico citado acima para facilitar a compreensão do profissional da saúde e melhorar sua atuação quando se deparar com vítimas de trauma.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. METODOLOGIA

Realizada a revisão bibliográfica de artigos científicos da base de dados do Google Acadêmico, PubMed, LILACS e SciElo. Como buscadores, foram usadas as seguintes palavras: politrauma, politraumatismo, politraumatizado, polytrauma, XABCDE trauma, primeiro atendimento trauma, ATLS, fluxo atendimento trauma e trimodal morte. Filtrou-se artigos desde 2020, em português e inglês. Além desses artigos, foram buscados manuais do Exército Brasileiro sobre o atendimento pré-hospitalar (APH) e décima edição do ATLS.

2.2. IMPORTÂNCIA DO PRIMEIRO ATENDIMENTO AO POLITRAUMATIZADO RÁPIDO E SISTEMATIZADO

Utiliza-se a terminologia trauma para se referir à lesões físicas decorrentes de acidente ou violência sofrida por um indivíduo (FRANCISCON, B. C. et al, 2021). A OMS estima que morrem 16.000 pessoas por dia no mundo devido à traumas. Como principais causas estão: acidentes de trânsito (24,9%), queda da própria altura (24,7%) e agressões físicas (18,4%) (SANTOS, G. A. Et al, 2021). Mais de 90% das 5 milhões de vidas perdidas anualmente por traumatismo ocorrem em países de média a baixa renda. Os países de alta renda têm sistemas mais desenvolvidos em diversos parâmetros e menor mortalidade associada a causas externas (CHOI, J.; et al., 2021).

Em 2018, no Brasil, as causas de óbito relacionadas a acidentes e violência ocuparam a quarta posição em número total de óbitos, perdendo apenas para doenças cardiovasculares, neoplasias e doenças respiratórias. Esse problema é cada vez mais complexo e crescente, tornando-se um fator importante de impacto na saúde pública. Outro ponto a se destacar, no que diz respeito a mortes por causas violentas, é a faixa etária dos indivíduos envolvidos, que em sua maioria, encontra-se entre 20-49 anos, ou seja, boa parte da população economicamente ativa do país (DE ANDRADE BATISTA, D.V.; et al).

Os fatores que mais contribuem para a evolução do trauma a óbito são: idade maior que 30 anos, trauma por agressão física, tempo de internação do paciente maior que 72 horas, perda de consciência na cena, hipotensão arterial sistólica na cena, RCG e RTS mais baixos (ROSSI, I. et al., 2021)

Os óbitos consequentes de traumatismos podem ser divididos em três picos, a chamada de distribuição trimodal da morte. São eles: imediato (mortes que ocorrem minutos após a lesão), precoce (mortes que acontecem entre a primeira hora e até 48 horas após a lesão, dependendo do estudo) e tardio (mortes que ocorrem dias ou semanas após o trauma) (DE ANDRADE BATISTA, D.V.; et al).

A maior parte dos falecimentos ocorrem principalmente na primeira hora, a chamada de “Golden Hour”, segundo o PHTLS correspondendo a 85%. Esse termo foi criado por R. Adams Cowley em 1975, quando ele afirma: “A primeira hora da lesão determinará em grande parte as chances de uma pessoa gravemente ferida sobreviver” (FRANCISCON, B. C. et al, 2021). Os pacientes que apresenta lesões graves e possivelmente múltiplas, são enquadrados em politraumatizados (SANTOS, G. A. Et al, 2021).

De acordo com o PHTLS, as vítimas que recebem tratamento precoce dos seus traumas, têm mais chance de sobreviver (FRANCISCON, B. C. et al, 2021). Com um melhor atendimento da vítima, reduzindo o tempo entre a notificação da ocorrência e a chegada da equipe pré-hospitalar na cena, principalmente na “Golden Hour”, atingimos o objetivo de salvar a vida do paciente (DE ANDRADE BATISTA, D.V.; et al). Nesse momento em que é possível a atuação do atendimento pré-hospitalar. (FRANCISCON, B. C. et al, 2021). O APH diz respeito a qualquer atendimento realizado externamente a uma unidade hospitalar. Não diferente do sistema intra- hospitalar, deve-se realizar a triagem do paciente para classificar e priorizar as vítimas e conseguir salvar o maior número possível de vidas. São utilizados

diversos métodos pelo mundo e no Brasil utiliza-se o método START que é uma avaliação rápida e eficiente (FERREIRA, B. S. S., et al., 2021).

Além de um atendimento rápido, é fundamental o seguimento de protocolos para maior sucesso, seguindo o ABCDE e há pouco tempo acrescido do X. Nessa ordem, prioriza-se o X (hemorragias volumosas), A (vias aéreas e coluna cervical), B (respiração), C (circulação), D (disfunção neurológica) e E (exposição) (ALVES, A.F.R.F.B. et al, 2020). O Colégio Americano de Cirurgiões com o objetivo de padronizar o atendimento da vítima politraumatizado e gerar maior eficiência, criou o sistema citado acima (SANTOS, G. A. Et al, 2021).

Diferentemente do meio civil, no qual se usa as diretrizes do Advanced Trauma Life Support (ATLS), apresentadas acima, em situações de combate usa-se o Tactical Combat Casualty Care (TCCC), desenvolvido pela Forças Armadas norte americanas. Essa diferença deve-se aos tipos e padrões de lesões de operações militares como do serviço de saúde de campanha (SETTE, M.S., 2020).

2.3. ATENDIMENTO E MANEJO INICIAL DO PACIENTE POLITRAUMATIZADO

A abordagem de um paciente ferido deve ser feita com rapidez sem que haja prejuízo a qualidade do atendimento. A avaliação na cena real ocorre simultaneamente em muitos desses pontos. Na fase pré-hospitalar, deve-se priorizar o sangramento com sinais de choque, vias aéreas, imobilização do paciente e transferência para unidade hospitalar (ATLS, 2018).

Na avaliação pré-hospitalar, utiliza-se o ABCDE do trauma, identificando mais rapidamente lesões que levam a óbito. O tempo para tal avaliação médica é bastante rápido. Com apenas o questionamento do paciente do seu nome e do que ocorreu e, já recebendo uma resposta apropriada, sugere a ausência de comprometimento de vias aéreas, que a respiração não está gravemente comprometida, o aporte sanguíneo e o nível de consciência também não estão alterados, ou seja, o A, B, C e D foram avaliados. Já a falha dessa resposta, sugere anormalidades. As lesões identificadas devem ser tratadas com ordem de prioridade baseado nos danos que podem causar (ATLS, 2018). Não se deve esquecer de hemorragias exsanguinantes que exijam o uso de torniquetes (BRASIL, 2020).

2.3.1. Manutenção das vias aéreas e restrição de movimento da coluna cervical

A avaliação das vias aéreas inclui: ver sinais de obstruções como retirada de corpos estranhos, identificar fraturas de face, aspirar sangue e secreções acumuladas. Simultaneamente deve-se colocar o colar cervical para imobilizar essa altura da coluna. Se o paciente apresentar comprometimento neurológico com ECG menor ou igual a 8, requer-se uma via aérea definitiva (ATLS, 2018).

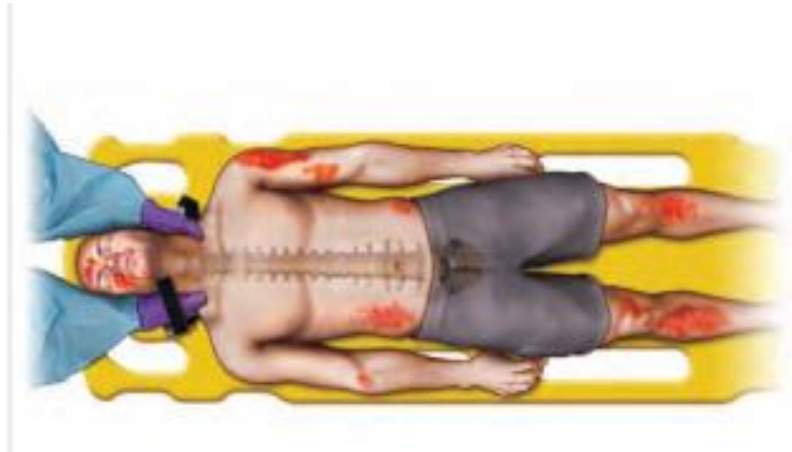


Figura 1 – imobilização cervical
(Fonte: ATLS, 2018)

Primeiramente, tenta-se a tração da mandíbula ou a elevação do queixo, costumando ser suficientes num quadro inicial. Caso a via aérea esteja comprometida ou o paciente não tenha capacidade de proteção dela, deve ser submetido a uma via aérea definitiva. Não se deve esquecer da possibilidade de declínio do quadro e alteração da conduta (ATLS, 2018).



Figura 2 - Elevação do queixo

(Fonte: EB70-MC-10.343)

A tração da mandíbula é realizada da seguinte maneira: coloca-se os dedos indicadores e os médios nos ângulos da mandíbula para tracioná-la superiormente. Isso faz com que o osso hioide e a base da língua se afastem da parede posterior da faringe e ocorre a abertura da via aérea. Para a elevação do queixo, deve-se anteriorizá-lo com a projeção da mandíbula para frente. Não deve ser realizado em caso de instabilidade da coluna cervical. Com a inserção de alguns dispositivos na cavidade oral ou nasal, ocorre a abertura das vias aéreas. São eles: cânulas orofaríngeas e cânulas nasofaríngeas (BRASIL, 2020).



Figura 3 - Tração da mandíbula no trauma
(Fonte: EB70-MC-10.343)



Figura 4 - Cânulas orofaríngeas. B. Cânulas nasofaríngeas
(Fonte: Jones & Bartlett LEARNING, 2016.)

2.3.2. Respiração

A patência da via aérea por si só não é sinônimo de uma ventilação eficiente. A ventilação adequada exige bom funcionamento pulmonar, parede torácica e diafragma (ATLS,

2018). Nessa fase do protocolo, preconiza-se manter uma boa ventilação, fornecendo oxigênio de maneira eficaz para o paciente (BRASIL, 2020).

A avaliação se inicia com a observação cervical e torácica, para verificar distensão jugular, posição da traqueia (ATLS, 2018). Deve-se verificar se o paciente esteja mantendo as excursões respiratórias e observar se não há corpo estranho nas vias aéreas (BRASIL, 2020).

A inspeção visual e palpação torácica podem detectar lesões na parede torácica. Prosseguir com percussão do tórax, que pode identificar anormalidades. A ausculta deve ser realizada para verificar o fluxo aéreo (ATLS, 2018).

Algumas lesões que prejudicam a ventilação são: pneumotórax, hemotórax, lesões traqueais e brônquicas. São lesões potencialmente graves, que podem requerer ação imediata (ATLS, 2018).

Caso não haja boa ventilação e se encontre corpo estranho local, proceder com a sua desobstrução. Em outras hipóteses ou mantendo a má ventilação, opta-se por uma ventilação assistida, utilizando-se de máscara com válvula e balão (BRASIL, 2020).

O profissional da saúde deve se posicionar atrás da vítima e segurar a máscara com os dedos indicadores e polegar, tracionando a mandíbula, conforme a figura 4. A máscara deve ocluir totalmente o nariz e a boca do paciente, evitando o vazamento de ar (BRASIL, 2020).

Deve-se sempre monitorar a saturação de O₂, a frequência respiratória e o movimento do tórax. Os parâmetros considerados normais são os seguintes: SatO₂ >90% e frequência respiratória entre 10 e 20irpm (BRASIL, 2020).



Figura 5- Dispositivo de máscara com válvula e balão
(Fonte: EB70-MC-10.343)

2.3.3. Circulação

Após a avaliação dos sistemas anteriores, seguimos com a avaliação do sistema circulatório. Pode ser consequente de uma variedade de lesões. O controle da hemorragia é primordial para a manutenção da vida, pois é considerada a principal causa de morte evitável no trauma. Levando em consideração esse fato, em casos de hemorragia volumosas, denominadas hemorragias exsanguinantes, deve-se revolver tal fato em prioridade aos demais (BRASIL, 2020).

Os sinais que devem ser observados clinicamente e que fornecem boa informação sobre o estado circulatório do paciente são: nível de consciência, perfusão cutânea e pulso. A perfusão capilar com a hipovolemia causará no paciente uma pele facial acinzentada e extremidades pálidas, dificilmente um paciente com a pele rosada apresentará essa alteração. Já o nível de consciência, devido a hipoperfusão cerebral, é reduzido, pelo baixo fluxo sanguíneo cerebral. O pulso rápido e fino é um sinal clássico de hipovolemia (ATLS, 2018).

O controle das hemorragias dependerá de qual tipo são, sendo possível apenas nas hemorragias externas em situações de APH e de acordo com o volume de sangue perdido. As hemorragias por lesões capilares são de pequena monta, geralmente decorrentes de escoriações, e podem ser controladas com pressão ou curativo simples local. As hemorragias decorrentes de lesões venosas são um pouco mais intensas, variando de acordo com o calibre do vaso lesado, de caráter contínuo, necessitando de maior pressão local e curativo compressivo. E a de maior gravidade são as hemorragias provenientes de lesões arteriais, que possuem maior fluxo sanguíneo e dependendo do calibre da artéria lesada, o paciente pode evoluir rapidamente para choque hemorrágico e até óbito. Nestes casos, há necessidade de rápida intervenção e algumas vezes apenas o curativo compressivo não é suficiente, sendo necessário o uso de torniquetes (BRASIL, 2020).

Os torniquetes são usados nos casos de hemorragias volumosas e de extremidades, como já dito anteriormente, onde a compressão direta do local não é eficiente. Devem ser colocados acima do local da lesão até que cesse o sangramento e não seja mais palpado pulso distal. São seguramente utilizados por um período de até duas horas, sendo sempre colocado a hora na etiqueta de sua aplicação. O tratamento definitivo deve ser realizado o mais brevemente possível (BRASIL, 2020).



Figura 6-Torniquete em coxa direita
(Fonte: EB70-MC-10.343)



Figura 7 - Torniquete em braço direito
(Fonte: EB70-MC-10.343)



Figura 8: Campanha “Stop the Bleed” voltada ao público leigo (Fonte: ATLS, 2018)

2.3.4. Disfunção neurológica

Prosseguindo com a avaliação do paciente, seguimos para a verificação do nível de consciência. As principais causas de alterações no nível de consciência são: hipóxia cerebral, lesão do sistema nervoso central, intoxicação por drogas ou bebidas alcoólicas, outras patologias descompensadas e parada cardiorespiratória (BRASIL, 2020).

Ao questionar a vítima de qual seu nome e o que ocorreu, com uma resposta adequada já é possível perceber o nível de consciência. Para que seja possível uma classificação mais sistemática, utiliza-se a Escala de Coma de Glasgow (ECG), onde é avaliada a abertura ocular, resposta verbal e resposta motora, sendo sempre considerada a melhor que o paciente tiver (BRASIL, 2020).

Abertura dos olhos.....	Pontos
Abertura espontânea dos olhos.....	4
Abertura dos olhos após comando.....	3
Abertura dos olhos ao estímulo de dor.....	2
Nenhuma abertura dos olhos.....	1
Melhor resposta verbal	
Responde apropriadamente (orientado).....	5
Dá respostas confusas.....	4
Respostas inapropriadas.....	3
Faz barulhos ininteligíveis.....	2
Não dá resposta verbal.....	1
Melhor resposta motora	
Obedece a comandos.....	6
Localiza estímulos de dor.....	5
Reflexo à dor.....	4
Responde com flexão anormal a estímulos de dor (descorticado).....	3
Responde com extensão anormal a estímulos de dor (descerebrado)...	2
Não dá resposta motora.....	1
Total.....	

Figura 9- Escala de Coma de Glasgow (ECG)
(Fonte: Jones & Bartlett LEARNING, 2016.)

De acordo com a pontuação na ECG, classificamos o traumatismo craniano em leve (ECG: 13-15), moderado (ECG:9-12) ou grave (ECG:8-3) (BRASIL, 2020).

2.3.5. Exposição

As roupas da vítima devem ser retiradas, para que seja realizada inspeção completa minuciosamente. Deve-se procurar por lesões não identificadas na avaliação primária. Não se deve esquecer de aquecer a vítima, pois com a exposição pode ocorrer hipotermia (BRASIL, 2020). Outra atenção que sempre se deve ter é que a qualquer momento em que a vítima apresente piora do quadro, todo o ABCDE deverá ser feito novamente buscando onde ocorreu a alteração.

3. CONCLUSÃO

O trauma tem sido um grande problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Os danos causados atingem principalmente a população economicamente, levando-as a sequelas definitivas e incapacitantes até ao óbito. Baseado nisso, políticas de prevenção de acidentes, APH, fluxos de atendimento intra- hospitalar, centros de trauma têm sido cada vez mais o foco da sociedade e seus governantes.

O atendimento rápido e sistematizado do paciente vítima de trauma colabora substancialmente para o aumento da sobrevivência do paciente, com melhor mortalidade e morbidade. Para que seja possível a realização desse tipo de atendimento, foi criado pelo Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões um mnemônico, amplamente usado em APH e centros de trauma no Brasil, o ABCDE, atualmente precedido do X.

O seguimento das diretrizes do ATLS faz com que o atendimento ao politraumatizado não seja apenas rápido, mas também de grande eficiência, uma vez que a ordem da avaliação das lesões segue a ordem da gravidade dos danos que podem causar. Por exemplo, uma lesão de via aérea (correspondente ao A) tem potencial de levar o paciente a óbito mais rapidamente que uma lesão pulmonar (correspondente ao B).

As equipes de saúde devem manter-se sempre atualizadas e treinadas para a pronta atuação em casos graves e urgentes, como de politraumatizados, uma vez que poderão fazer toda a diferença no desfecho e prognóstico do quadro.

4. REFERÊNCIAS

ALVES, A.F.R.F.B. et al. A importância do XABCDE no atendimento pré- hospitalar. Trauma e Emergência, 1ª edição, v.1, p. 527. 2020.

AMERICAN COLLEGE OF SURGIONS COMMITTEE ON TRAUMA. Advanced Trauma Life Support – ATLS, 2018. Décima edição.

BRASIL. Ministério da Defesa. Exército Brasileiro. Comando de operações terrestres. Manual de campanha Atendimento pré- hospitalar (APH) básico, 2020. Primeira edição. <https://bdex.eb.mil.br/jspui/bitstream/123456789/6446/3/EB70-MC-10.343.pdf>. Acesso em 09 jun.2021.

CHOI, J.; et al. The impact of trauma systems on patient outcomes. Current problems in surgery, v. 58, n. 1, p. 100849, 2021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7286246/pdf/main.pdf> . Acesso em 07 mai.2021

DE ANDRADE BATISTA, D.V.; et al. Fatores associados ao tempo da morte de vítimas de trauma: estudo de coorte retrospectivo. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 11, p. 29, 2021. <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/47475/html> . Acesso em 07 mai.2021

FERREIRA, B. S. S., et al. Importância da triagem no atendimento pré- hospitalar no incidente com múltiplas vítimas. Rev Bras Interdiscip Saúde [Internet]. 2021; 3(2):7-14.

<https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/189/155> . Acesso em 10 jul. 2021.

FRANCISCON, B. C. et al. O resgate das vítimas politraumatizadas devido a violência no trânsito na cidade de Chapecó-SC: a “hora de ouro”. 2020.

<https://sea.ufr.edu.br/SEA/article/view/940/pdf> . Acesso em 11 jun.2021.

SANTOS, G. A. Et al. Clinical approaches associated with the initial care of multiple trauma patients: Literature review. Research, Society and Development, v. 10, n. 1. 2021.

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11530> . Acesso em 17 jul. 2021.

ROSSI, I. et al. Fatores associados a mortalidade de pacientes traumatizados: um estudo caso-controle. Arquivos de Ciências da Saúde, v. 27, n. 1, p. 23-26, 2020.

<https://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/1617/822> . Acesso em 11 jun. 2021

SETTE, M.S. Protocolo de diagnóstico e tratamento de perfurações de tórax em operações militares. 2020.

https://bdex.eb.mil.br/jspui/bitstream/123456789/5219/1/MONO_MANOEL%20SETTE_CFO.pdf . Acesso em 7 mai.2021.