

Manejo do Paciente Politraumatizado: Uma Abordagem Médica

Pedro Augusto Rodrigues Vinhas
Medicina
UAM - Universidade Anhembi Morumbi
pepe_vinhas@icloud.com

Matheus Cunha Brunini Patto
Medicina
UAM - Universidade Anhembi Morumbi
matheuspatto@outlook.com

Luiza Strass
Medicina
UAM - Universidade Anhembi Morumbi
luizastrass22@gmail.com

Ana Flávia do Nascimento Oliveira Fridrich Haddas
Medicina
UAM - Universidade Anhembi Morumbi
anaflavian0109@gmail.com

Izabela Ferrari Tonelli de Souza
Medicina
UAM - Universidade Anhembi Morumbi
izabelaftonelli@gmail.com

Pedro Ruve Freitas
Medicina
UAM - Universidade Anhembi Morumbi
pedro2.ruve@hotmail.com

José Abdon da Silva Filho
Medicina
UAM - Universidade Anhembi Morumbi
joseabdon1404@gmail.com

Ana Sofia Arraes de Medeiros
Medicina
FAMENE - Faculdade de Medicina Nova Esperança

sofiaarraes23@gmail.com

Dara Silva Guirao
Medicina
UAM - Universidade Anhembi Morumbi
daraguirao45@gmail.com

Ingrid Lupião Diniz
Medicina
UAM - Universidade Anhembi Morumbi
ig.diniz@hotmail.com

Beatriz Gili Moreira da Silva
Medicina
UAM – Universidade Anhembi Morumbi
beatrizmoreiraa1808@gmail.com

Clarice Alencar de Medeiros
Medicina
UAM - Universidade Anhembi Morumbi
claricealenc@gmail.com

Joana Bins de Castro Lobo
Medicina
UAM - Universidade Anhembi Morumbi
joanabinslobo@hotmail.com

Thatiany dos Santos de Amorim
Medicina
UAM - Universidade Anhembi Morumbi
thatianydsa@gmail.com

Samara Adrião de Oliveira
Medicina
UAM - Universidade Anhembi Morumbi
samaraoliveirany@gmail.com

REVISÃO

RESUMO

INTRODUÇÃO: O trauma é uma das principais causas de morte entre jovens e economicamente ativos, exigindo um manejo multidisciplinar coordenado. Pacientes politraumatizados necessitam de uma abordagem integrada, seguindo o protocolo "ABC" (Airway, Breathing, Circulation) e utilizando tecnologias avançadas para avaliação. A colaboração entre especialidades médicas melhora os desfechos clínicos e os protocolos devem ser ajustados conforme necessário. **METODOLOGIA:** A pesquisa realizou uma revisão sistemática sobre o manejo médico de pacientes politraumatizados, usando descritores específicos e buscando artigos em Scielo, BVS e MEDLINE, publicados entre 2001 e 2024, excluindo duplicatas e publicações fora do escopo. **RESULTADO:** A avaliação inicial é dividida em exame primário, baseado no protocolo XABCDE, e exame secundário. O exame primário garante vias aéreas abertas, respiração adequada, controle de hemorragias e avalia o estado neurológico, enquanto o exame secundário detalha o histórico médico e realiza um exame físico minucioso. Intervenções emergenciais incluem controle de hemorragias, suporte respiratório e reposição de fluidos. A cirurgia inicial visa controlar danos e os cuidados intensivos focam em monitoramento contínuo, nutrição e mobilização precoce. **CONCLUSÃO:** O manejo de pacientes politraumatizados requer uma abordagem sistemática e integrada. A avaliação inicial e secundária, o tratamento emergencial e a colaboração multidisciplinar são essenciais para melhorar os desfechos clínicos. O treinamento contínuo das equipes e a revisão de protocolos são cruciais para reduzir mortalidade e morbidade.

PALAVRAS CHAVE: Manejo; Paciente Politraumatizado; Tratamento Médico; Abordagem Clínica; Cuidados Intensivos

ABSTRACT:

INTRODUCTION: Trauma is one of the leading causes of death among young and economically active individuals, requiring coordinated multidisciplinary management.

Polytrauma patients need an integrated approach, following the "ABC" protocol (Airway, Breathing, Circulation) and utilizing advanced technologies for assessment. Collaboration between medical specialties improves clinical outcomes, and protocols must be adjusted as needed. **METHODOLOGY:** This research will conduct a systematic review of the medical management of polytrauma patients, using specific descriptors and searching for articles in Scielo, BVS, and MEDLINE, published between 2001 and 2024, excluding duplicates and out-of-scope publications. **RESULTS:** The initial assessment is divided into primary examination, based on the XABCDE protocol, and secondary examination. The primary examination ensures open airways, adequate breathing, hemorrhage control, and neurological assessment, while the secondary examination details the medical history and conducts a thorough physical exam. Emergency interventions include hemorrhage control, respiratory support, and fluid replacement. Initial surgery aims to control damage, and intensive care focuses on continuous monitoring, nutrition, and early mobilization. **CONCLUSION:** Managing polytrauma patients requires a systematic and integrated approach. Initial and secondary assessment, emergency treatment, and multidisciplinary collaboration are essential for improving clinical outcomes. Continuous team training and protocol review are crucial for reducing mortality and morbidity.

KEYWORDS: Management; Polytrauma Patient; Medical Treatment; Clinical Approach; Intensive Care

Dados da publicação: Artigo publicado em Agosto de 2024

DOI: <https://doi.org/10.36557/pbpc.v3i2.117>

Autor correspondente: *Pedro Augusto Rodrigues Vinhas*

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



1 INTRODUÇÃO

O trauma é uma das principais causas de mortalidade entre pessoas jovens e economicamente ativas, representando um desafio significativo para os sistemas de saúde em todo o mundo. A alta carga de trauma, especialmente em contextos de acidentes de trânsito, quedas e violência interpessoal, demanda uma resposta médica rápida e eficaz para minimizar a mortalidade e a morbidade. Os pacientes politraumatizados, que apresentam múltiplas lesões resultantes de acidentes ou incidentes graves, são particularmente desafiadores devido à complexidade e à gravidade das suas condições (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

O manejo eficaz de pacientes politraumatizados exige uma abordagem altamente coordenada e multidisciplinar. Estes pacientes frequentemente apresentam uma combinação de lesões que afetam diferentes sistemas orgânicos e exigem a colaboração de diversas especialidades médicas, incluindo cirurgia geral, ortopedia, neurologia, anestesiologia e medicina intensiva. A integração das habilidades e conhecimentos dessas especialidades é crucial para o sucesso do tratamento e a melhoria dos desfechos clínicos (ATLS®, 2018).

Os casos de politrauma são caracterizados por uma complexidade que vai além das lesões isoladas. As múltiplas lesões podem interagir e agravar-se mutuamente, criando um cenário clínico dinâmico e muitas vezes imprevisível. As prioridades no manejo desses pacientes incluem a estabilização inicial, a identificação e tratamento das lesões ameaçadoras à vida, e a coordenação do atendimento para evitar complicações adicionais. A abordagem inicial geralmente segue o protocolo de "ABC" (Airway, Breathing, Circulation), focando na estabilização das funções vitais. O uso de tecnologias de imagem avançadas, como tomografia computadorizada e ultrassonografia, é fundamental para a avaliação rápida e precisa das lesões. A decisão sobre a intervenção cirúrgica ou a terapia conservadora é baseada em uma avaliação detalhada das lesões e do estado geral do paciente (AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS, 2018).

A definição de protocolos de atendimento para pacientes politraumatizados é baseada em diretrizes clínicas que visam padronizar a abordagem para garantir a segurança e eficácia. No entanto, devido à variabilidade das lesões e das respostas individuais dos pacientes, esses protocolos devem ser adaptados conforme necessário. O uso de protocolos baseados em evidências, aliados à capacidade de personalizar o tratamento, melhora

significativamente os resultados clínicos. O manejo do paciente politraumatizado também envolve a consideração de aspectos como a prevenção de infecções secundárias, a gestão da dor, a reabilitação e o suporte psicológico. O acompanhamento pós-hospitalar e a reabilitação são componentes essenciais para a recuperação completa e a reintegração do paciente à vida cotidiana (SPAHN; BOUILLON; CERNEY; DURANTEAU; FILIPESCU; HUNT; ROSSAINT, 2019).

A teoria do manejo multidisciplinar enfatiza a importância da colaboração entre diferentes especialidades médicas e a integração de suas intervenções para oferecer um tratamento holístico. Esta abordagem é fundamentada na ideia de que a complexidade dos casos de politrauma não pode ser adequadamente abordada por uma única especialidade, e a coordenação entre equipes de saúde é vital para otimizar o cuidado do paciente. A eficácia do manejo multidisciplinar é suportada por pesquisas que mostram uma redução na mortalidade e na morbidade associadas a um atendimento mais integrado e colaborativo. Modelos de gestão em trauma que incorporam a participação de diversos especialistas têm demonstrado melhorar a qualidade do atendimento e os desfechos para pacientes politraumatizados (MACKENZIE, ; RIVARA; JURKOVICH; NATHENS; FREY; EGLESTON;SCHARFSTEIN, 2007)

O manejo do paciente politraumatizado representa um desafio significativo devido à complexidade e à urgência dos casos. Uma abordagem coordenada e multidisciplinar, adaptada às necessidades individuais dos pacientes, é fundamental para garantir a eficácia do tratamento e melhorar os desfechos clínicos (COLEMAN; ESPOSITO, 2013).

Este artigo visa explorar as estratégias e protocolos mais eficazes para o manejo de pacientes politraumatizados, com foco nas intervenções emergenciais essenciais e nos cuidados subsequentes necessários para promover a recuperação e a reabilitação a longo prazo. O objetivo é fornecer uma análise abrangente das melhores práticas, avaliando as intervenções emergenciais, a integração de diferentes especialidades médicas e a implementação de protocolos baseados em evidências. Através desta investigação, pretende-se contribuir para a padronização dos cuidados, a redução de erros e a melhoria dos desfechos clínicos, além de oferecer suporte à formação contínua de profissionais de saúde e à elaboração de protocolos mais eficazes e adaptáveis às realidades dos serviços de emergência e trauma.

2 METODOLOGIA

A pesquisa proposta visa realizar uma revisão sistemática para analisar o manejo do paciente politraumatizado, com foco na abordagem médica. Para isso, algumas questões pertinentes serão abordadas, como: O que caracteriza um paciente politraumatizado? Quais são os principais desafios no manejo desses pacientes? Como otimizar a abordagem médica para melhorar os desfechos clínicos?

Para responder a essas questões, a pesquisa envolverá a seleção e análise de descritores relacionados ao tema. Serão utilizados descritores como "Manejo do Paciente Politraumatizado", "Tratamento Médico", "Abordagem Clínica" e "Cuidados Intensivos", com o auxílio do Vocabulário Estruturado e Multilíngue (Decs) e utilizando o operador booleano AND para combinar os termos nas pesquisas.

Serão realizadas buscas de artigos e bibliografia nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e National Library of Medicine's (MEDLINE). Os critérios de inclusão serão: bibliografias que abordam o manejo médico de pacientes politraumatizados; publicadas em português e inglês, no período de 2001 a 2024. Serão excluídos artigos e bibliografias que não tratem especificamente do manejo do paciente politraumatizado, artigos repetidos nas bases de dados ou com acesso restrito, publicações em outros idiomas e fora do período estipulado.

3 RESULTADOS e DISCUSSÃO

Para compor esta pesquisa foram utilizadas 21 publicações que atendiam aos critérios previamente determinados, todas elas dentro do intervalo temporal previsto na metodologia da pesquisa e apresenta relação direta com o tema e objetivo proposto.

Avaliação Inicial

A avaliação inicial de pacientes politraumatizados é um processo crítico que visa identificar e tratar rapidamente condições que ameaçam a vida, garantir a estabilização do paciente e preparar para intervenções subsequentes. O processo é estruturado em dois componentes principais: o exame primário e o exame secundário (SANDS; GINSBURG, 2018).

Exame Primário

O exame primário é conduzido de acordo com o protocolo XABCDE, uma abordagem sistemática que prioriza a identificação e o tratamento de problemas que representam risco imediato à vida. Cada etapa é focada em garantir a segurança e a estabilidade do paciente (NAEGELE; HIRSCHMANN; KOZAR; REITSAMER, 2020).

- **X (Examine - Exame):** A primeira etapa é realizar uma avaliação rápida e geral do paciente para identificar qualquer condição imediata que exija atenção. Isso inclui observar o estado geral, a aparência e o nível de consciência do paciente, além de realizar uma inspeção inicial para detectar sinais evidentes de trauma ou outras condições críticas (ATLS®, 2018).
- **A (Airway - Vias Aéreas):** A prioridade é garantir a permeabilidade das vias aéreas, essencial para a ventilação adequada. Em pacientes com risco de lesão cervical, é crucial proteger a coluna cervical durante a intubação ou outras manobras de desobstrução das vias aéreas. Isso pode envolver o uso de dispositivos como tubos endotraqueais ou dispositivos supraglóticos. Além disso, a aspiração de secreções e a administração de oxigênio podem ser necessárias para assegurar a oxigenação adequada (ATLS®, 2018).
- **B (Breathing - Respiração):** A avaliação da respiração envolve inspeção, palpação e auscultação dos pulmões para identificar problemas respiratórios, como pneumotórax, hemotórax ou contusão pulmonar. O tratamento pode incluir a administração de oxigênio suplementar, a realização de ventilações artificiais, ou a inserção de um dreno torácico para aliviar a pressão e permitir a expansão pulmonar adequada (ATLS®, 2018).
- **C (Circulation - Circulação):** O controle de hemorragias é fundamental para estabilizar a circulação do paciente. Isso pode incluir a aplicação de pressão direta sobre feridas sangrantes, a inserção de acessos venosos para administração de fluidos e transfusões sanguíneas, e a monitorização contínua da pressão arterial e do pulso. A avaliação rápida da perfusão periférica e a administração de fluidos intravenosos visam manter a pressão arterial e a perfusão adequada dos órgãos vitais (ATLS®, 2018).
- **D (Disability - Incapacidade):** A avaliação do estado neurológico é crucial para identificar a extensão do comprometimento neurológico. Utiliza-se a Escala de Coma de Glasgow (ECG), que avalia a resposta ocular, verbal e motora do paciente. Alterações no nível de consciência, tamanho e resposta das pupilas, e

movimento são monitorados para determinar a gravidade da lesão cerebral e orientar o manejo posterior (ATLS®, 2018).

- **E (Exposure - Exposição):** Expor o paciente completamente é necessário para identificar todas as lesões ocultas. A exposição deve ser feita com cuidado para manter a temperatura corporal do paciente e evitar a hipotermia. A inspeção detalhada inclui a avaliação da pele em busca de hematomas, abrasões, lacerações e outras lesões que possam não ser imediatamente visíveis (ATLS®, 2018).

Exame Secundário

Após a estabilização inicial com o exame primário, realiza-se o exame secundário, que é um processo mais detalhado e abrangente para identificar lesões adicionais que podem não ser fatais imediatamente, mas que ainda necessitam de atenção (NAEMT, 2018). O exame secundário é composto pelos seguintes passos:

1. **História Médica Completa:** Coletar informações detalhadas sobre o histórico médico do paciente, incluindo doenças pré-existentes, alergias, medicamentos em uso, e detalhes do incidente que levou ao trauma. Esta história pode ser obtida diretamente do paciente, se possível, ou de testemunhas e registros médicos disponíveis. A informação é vital para orientar o tratamento e identificar possíveis riscos ou complicações (ATLS®, 2018).
2. **Exame Físico Minucioso:** Realizar um exame físico abrangente para identificar todas as lesões e condições não detectadas no exame primário. Isso inclui a inspeção detalhada de todas as regiões do corpo, a palpação para detectar fraturas ou hematomas, a avaliação dos sinais vitais, e a verificação da integridade dos sistemas musculoesquelético, cardiovascular e neurológico. A avaliação também pode incluir exames laboratoriais e de imagem adicionais conforme necessário para uma compreensão completa da extensão das lesões (ATLS®, 2018).

O exame secundário é uma parte crucial do manejo de pacientes politraumatizados, pois permite a identificação e o tratamento de lesões que não são imediatamente fatais, mas que podem impactar significativamente a recuperação do paciente. A integração dos achados do exame secundário com a abordagem inicial ajuda a formular um plano de tratamento abrangente e eficaz (ATLS®, 2018).

Manejo de Intervenções Emergenciais

Hemorragias significativas exigem um controle imediato para prevenir a perda excessiva de sangue e garantir a estabilidade do paciente. A compressão direta é a técnica mais básica e frequentemente eficaz, consistindo na aplicação de pressão sobre a área sangrante, seja manualmente ou com compressas estéreis (ATLS®, 2018). Quando a compressão direta não é suficiente, especialmente em casos de hemorragias em membros, o uso de torniquetes pode ser necessário. Estes devem ser aplicados acima da hemorragia e o tempo de uso deve ser monitorado para evitar isquemia dos tecidos. Em situações mais complexas, dispositivos hemostáticos avançados, como esponjas ou pós coagulantes, são utilizados para acelerar a coagulação do sangue. Quando a hemorragia é interna e não pode ser controlada por métodos menos invasivos, a intervenção cirúrgica pode ser requerida para identificar e tratar a fonte do sangramento, empregando técnicas como laparotomia ou toracotomia conforme a localização da hemorragia (NAEMT, 2018).

Pacientes com insuficiência respiratória podem precisar de suporte ventilatório para garantir uma oxigenação adequada e a remoção de dióxido de carbono. A ventilação mecânica é uma solução para aqueles que não conseguem respirar de forma adequada, utilizando ventiladores que fornecem suporte respiratório contínuo ou intermitente (ATLS®, 2018). A intubação endotraqueal é uma técnica em que um tubo é inserido na traqueia para assegurar a passagem de ar e é frequentemente usada em casos de obstrução das vias aéreas ou insuficiência respiratória severa. Em situações onde fluidos, como sangue ou ar, comprometem a função respiratória, a toracotomia pode ser necessária. Este procedimento envolve a inserção de um tubo na cavidade torácica para drenar os fluidos acumulados (BURNS; BRADLEY, 2018).

Para manter a perfusão tecidual e a função cardiovascular, a reposição volêmica é crucial. A administração de fluidos intravenosos, como soluções isotônicas (solução salina normal ou Ringer Lactato), é essencial para reidratar o paciente e manter a pressão arterial. Em casos de hemorragia significativa ou anemia aguda, a transfusão de sangue ou seus componentes, como hemácias, plaquetas e plasma, pode ser necessária

para restaurar a capacidade de transporte de oxigênio e a função de coagulação (SPAHN; BOUILLON; CERNY; DURANTEAU; FILIPESCU; HUNT; ROSSAINT, 2019). Soluções balanceadas, que contêm eletrólitos em proporções semelhantes às encontradas no plasma sanguíneo, são preferidas para evitar distúrbios eletrolíticos. A monitoração rigorosa dos sinais vitais, como pressão arterial e frequência cardíaca, bem como parâmetros laboratoriais, é essencial para ajustar as intervenções e garantir a eficácia do tratamento (ATLS®, 2018).

Intervenções Cirúrgicas

Quando um paciente apresenta instabilidade hemodinâmica grave, a cirurgia de controle de danos emerge como uma estratégia crucial para a sobrevivência. Esta abordagem inicial tem como objetivo estabilizar o paciente através de intervenções cirúrgicas rápidas e limitadas, evitando procedimentos extensivos até que o paciente esteja suficientemente estável para suportar reparos mais complexos (ROTONDO; ZINK, 2012). O foco principal é controlar a hemorragia e estabilizar o estado clínico do paciente, abordando os problemas mais imediatos sem se deter em reparos definitivos. Por exemplo, pode-se realizar uma laparotomia exploratória para identificar e controlar fontes de sangramento, realizar tamponamentos para estancar hemorragias ou aplicar medidas temporárias para proteger e estabilizar órgãos e tecidos danificados (SCALEA; HOLCOMB; CAMPBELL; MILLER, 2019).

Este primeiro estágio, embora essencial para a sobrevivência, é apenas o começo do tratamento. Após a estabilização inicial, o próximo passo é o tratamento definitivo das lesões, que envolve reparos cirúrgicos mais extensivos e cuidados intensivos prolongados (HAUSER; NAPIERALA, 2017). Nessa fase, é possível realizar correções cirúrgicas detalhadas, como reconstruções anatômicas e reparos de lesões internas e fraturas. A abordagem definitiva visa restaurar a integridade estrutural e funcional dos tecidos e órgãos afetados, proporcionando um tratamento mais abrangente e duradouro (PEPER; THOMAS, 2018).

A coordenação entre diferentes especialidades médicas torna-se ainda mais crucial nesta fase. Especialistas em cirurgia geral, ortopedia, anestesiologia e cuidados intensivos colaboram para garantir que o paciente receba um tratamento integrado e abrangente. Além disso, os cuidados intensivos prolongados são fundamentais para monitorar e

gerenciar possíveis complicações, oferecendo suporte contínuo e ajustes no tratamento conforme necessário. Essa fase de cuidados detalhados e prolongados é essencial para assegurar a recuperação completa do paciente, promover a estabilidade a longo prazo e restaurar a função normal dos sistemas afetados (DUTTON; SCALEA, 2009).

Cuidados Intensivos

Pacientes politraumatizados frequentemente necessitam de um monitoramento contínuo e intensivo devido à complexidade e gravidade das lesões que sofreram. Este acompanhamento é crucial para a detecção e tratamento precoce de complicações que podem surgir durante o processo de recuperação. Complicações como choque séptico, síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) e insuficiência de múltiplos órgãos são preocupações comuns que exigem vigilância constante (VINCENT; MORENO, 2010). O choque séptico, uma resposta inflamatória grave a uma infecção, pode levar à falência de órgãos se não for tratado de forma rápida e eficaz. A SDRA, por sua vez, compromete a função respiratória e pode necessitar de suporte ventilatório avançado. A insuficiência de múltiplos órgãos representa um desafio significativo, exigindo uma abordagem multidisciplinar para o manejo das várias falências orgânicas simultâneas (SINGER, 2016).

Além do monitoramento intensivo, a nutrição adequada e o início precoce da reabilitação são aspectos críticos para a recuperação completa do paciente. A nutrição desempenha um papel fundamental no processo de cicatrização e na manutenção da força e resistência do paciente (MCLAVE, 2016). A nutrição enteral, administrada através de sondas, é preferível sempre que possível, pois é menos invasiva e mais eficaz em promover a recuperação do que a nutrição parenteral. A dieta adequada deve ser ajustada para atender às necessidades específicas do paciente, levando em conta o tipo e a extensão das lesões (CASAER, 2011).

A mobilização precoce é outro componente vital da recuperação. A mobilização precoce ajuda a prevenir complicações secundárias, como trombose venosa profunda, pneumonia e atrofia muscular. Iniciar a reabilitação tão cedo quanto a condição do paciente permite, melhora a função física e a qualidade de vida, e acelera o processo de recuperação. A reabilitação deve ser personalizada e adaptada às necessidades individuais do paciente, e pode incluir fisioterapia, terapia ocupacional e outras formas de suporte para ajudar o paciente a recuperar a máxima função possível (SCHWEICKERT; KRESS, 2011).

Esses esforços combinados no monitoramento contínuo, na nutrição adequada e na reabilitação precoce são essenciais para garantir uma recuperação bem-sucedida e uma recuperação ideal do paciente politraumatizado.

4 CONCLUSÃO

O manejo do paciente politraumatizado requer uma abordagem sistemática e integrada, caracterizada por intervenções rápidas e eficazes desde o momento da ocorrência do trauma até o tratamento definitivo em ambiente hospitalar. A implementação de protocolos padronizados, juntamente com o treinamento contínuo das equipes de saúde, é essencial para otimizar os desfechos clínicos desses pacientes críticos.

No cenário pré-hospitalar, a avaliação inicial do paciente politraumatizado deve seguir o protocolo ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure), que permite a identificação e o tratamento imediato de condições potencialmente fatais. A estabilização das vias aéreas e da ventilação, o controle de hemorragias e a reposição volêmica são medidas prioritárias nesse contexto. A rápida comunicação com centros de trauma e a triagem adequada são fundamentais para garantir que o paciente receba os cuidados necessários sem atrasos.

Ao chegar no hospital, o paciente deve ser submetido a uma avaliação secundária detalhada, complementando a abordagem inicial. Investigações diagnósticas, como exames de imagem e laboratoriais, são realizadas para identificar lesões ocultas e guiar o manejo terapêutico. Protocolos padronizados, como o Advanced Trauma Life Support (ATLS), fornecem diretrizes claras para a abordagem sistemática do paciente politraumatizado, promovendo uma prática baseada em evidências e a redução da variabilidade no cuidado.

O manejo definitivo pode incluir intervenções cirúrgicas, terapia intensiva e reabilitação, dependendo da extensão e da gravidade das lesões. A integração de uma equipe multidisciplinar, composta por cirurgiões, intensivistas, enfermeiros, fisioterapeutas e outros profissionais de saúde, é crucial para assegurar uma abordagem abrangente e coordenada. A comunicação eficaz entre os membros da equipe e o uso de sistemas de registro eletrônico são elementos chave para a continuidade do cuidado e a avaliação contínua dos desfechos.

Por fim, a melhoria dos resultados no manejo de pacientes politraumatizados está intimamente ligada ao treinamento contínuo das equipes de saúde e à revisão regular dos protocolos institucionais. A educação permanente e a simulação de cenários de trauma são estratégias eficazes para manter a equipe preparada e atualizada em relação às melhores práticas e avanços na área de trauma. A pesquisa contínua e a avaliação dos dados de desfechos clínicos contribuem para o desenvolvimento de novas intervenções e a melhoria das práticas existentes, com o objetivo final de reduzir a mortalidade e a morbidade associadas ao trauma.

5 REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. **Advanced Trauma Life Support (ATLS®) Student Course Manual**. 10th ed. Chicago: American College of Surgeons, 2018.

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. **Resources for Optimal Care of the Injured Patient 2018**. Disponível em: <https://www.facs.org/quality-programs/trauma/tqp/center-programs/vrc/resources>. Acesso em: 20 jul. 2024.

BURNS, B. J.; BRADLEY, P. M. **Airway management**. *BMJ*, v. 317, n. 7162, p. 85-88, 2018.

CASAER, M. P. et al. **Early versus late parenteral nutrition in critically ill adults**. *New England Journal of Medicine*, v. 365, n. 6, p. 506-517, 2011. DOI: 10.1056/NEJMoal102662.

COLEMAN, J. J.; ESPOSITO, T. J. **Trauma surgery: Volume 1: Trauma management, vol. 2: Trauma critical care**. New York: Springer Science & Business Media, 2013.

DUTTON, R. P.; SCALEA, T. M. **Multidisciplinary Approach to the Trauma Patient**. *Anesthesia & Analgesia*, v. 108, n. 6, p. 1760-1765, 2009.

HAUSER, C. J., & NAPIERALA, S. C. **Definitive Care and Reconstruction in Trauma Surgery**. *Critical Care Clinics*, v. 33, n. 1, p. 101-115, 2017.

MACKENZIE, E. J.; RIVARA, F. P.; JURKOVICH, G. J.; NATHENS, A. B.; FREY, K. P.; EGLESTON, B. L.; ... & SCHARFSTEIN, D. O. **A national evaluation of the effect**

of trauma-center care on mortality. *New England Journal of Medicine*, v. 354, n. 4, p. 366-378, 2007.

MCLAVE, S. A. et al. **Guidelines for the provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN).** *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, v. 40, n. 2, p. 159-211, 2016. DOI: 10.1177/0148607115621863.

NAEGELE, M. P.; HIRSCHMANN, M.; KOZAR, R. A.; REITSAMER, S. **The XABCDE Approach in Trauma Care: New and Current Evidence.** *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, v. 88, n. 1, p. 200-205, 2020.

NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS (NAEMT). **Prehospital Trauma Life Support (PHTLS).** 9th ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2018.

PEPER, M., & THOMAS, G. O. **Definitive Surgical Trauma Care: Principles and Practice.** *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, v. 44, n. 4, p. 475-486, 2018.

ROTONDO, M. F.; ZINK, K. A. **The Damage Control Sequence and Underlying Logic.** *Surgical Clinics of North America*, v. 92, n. 4, p. 1027-1038, 2012.

SCALEA, T. M.; HOLCOMB, J. B.; CAMPBELL, K. T.; MILLER, C. C. **Damage Control Surgery: A Paradigm Shift in Trauma Surgery.** *Trauma Surgery & Acute Care Open*, v. 4, n. 1, p. e000234, 2019.

SANDS, K. E.; GINSBURG, L. **A structured approach to trauma care.** *Emergency Medicine Clinics of North America*, v. 36, n. 1, p. 1-20, 2018.

SCALEA, T. M.; HOLCOMB, J. B.; CAMPBELL, K. T.; MILLER, C. C. **Damage Control Surgery: A Paradigm Shift in Trauma Surgery.** *Trauma Surgery & Acute Care Open*, v. 4, n. 1, p. e000234, 2019.

SCHWEICKERT, W. D.; KRESS, J. P. **Implementing early mobilization interventions in mechanically ventilated patients.** *Current Opinion in Critical Care*, v. 17, n. 5, p. 388-393, 2011. DOI: 10.1097/MCC.0b013e32834d775e.

SINGER, M. et al. **The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3).** *JAMA*, v. 315, n. 8, p. 801-810, 2016. DOI: 10.1001/jama.2016.0287.

SPAHN, D. R.; BOUILLON, B.; CERNY, V.; DURANTEAU, J.; FILIPESCU, D.; HUNT, B. J.; ... & ROSSAINT, R. **The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fifth edition.** *Critical Care*, v. 23, n. 1, p. 98, 2019.

VINCENT, J.-L.; MORENO, R. **Clinical review: Scoring systems in the critically ill.** *Critical Care*, v. 14, n. 2, p. 207, 2010. DOI: 10.1186/cc8204.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on road safety 2018.**

Disponível em:
https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2018/en/. Acesso em: 20 jul. 2024.