



O tratamento de uma vítima de trauma grave requer avaliação rápida das lesões e instituição de medidas terapêuticas de suporte de vida. O tempo é essencial, sendo importante uma abordagem sistematizada. É fato reconhecido que essa abordagem tem impacto para evolução clínica favorável desses doentes, diminuindo mortalidade, tempo de internação e complicações tardias.

I - ASSISTENCIAL

1. TRIAGEM

A triagem dos pacientes vítimas de trauma será realizada através do Protocolo de Manchester (PM) ou Emergency Severity Index (ESI).

CLASSIFICAÇÃO P. Manchester VERMELHA e LARANJA - ESI 1 e 2

SINAIS VITAIS

Comprometimento De Via Aérea Ou Respiração Inadequada:

- FR <10 ou > 29 incursões respiratórias por minuto (irpm)
- Oximetria em ar ambiente < 90%
- Insuficiência respiratória ou necessidade de suporte respiratório

CHOQUE

- Idade 0-9 anos – PAS <70mmHg + (2 x idade em anos)
- Idade 10-64 anos – PAS < 90mmHg ou FC > PAS (Shock Index)
- Idade > 65 anos – PAS < 110mmg ou FC > PASL
- Bradicardia < 40 bpm

ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

- Escala de Coma de Glasgow < 14
- TCE com história de perda de consciência ou convulsão

DOR INTENSA OU INSUPOORTÁVEL

- Escala numérica de dor ≥ 7

TIPO DE LESÃO

- Ferimentos penetrantes em cabeça, pescoço, tronco e extremidades proximais
- Deformidade em crânio, suspeita de fratura de crânio
- Suspeita de trauma raqui-medular
- Instabilidade da parede torácica, deformidade ou suspeita de tórax instável
- Suspeita de fratura pélvica
- Suspeita de fratura de 2 ou mais ossos proximais longos
- Extremidades esmagadas, desenluvadas, mutiladas, ou sem pulso
- Amputação proximal ao punho ou tornozelo
- Sangramento ativo que requer torniquete ou curativo compressivo contínuo

MECANISMO DE TRAUMA

ACIDENTE DE CARRO DE ALTO RISCO:

- Ejeção parcial ou completa
- Intrusão significativa (incluindo teto): > 30 cm
- Necessidade de desencarcerar paciente preso às ferragens
- Morte de passageiro
- Criança (0-9 anos) sem cinto ou sem assento de segurança
- Velocidade ≥ 60 km/h

PACIENTE SEPARADO DE SEU VEÍCULO COM IMPACTO SIGNIFICATIVO (ex: motocicleta, bicicleta, ATV, cavalo, etc)

Pedestre ou ciclista atropelado ou arremessado, ou com impacto significativo

QUEDA DE ALTURA ≥ 3 METROS (qualquer idade)

CONDIÇÕES DE RISCO

Quedas de menor altura em crianças ≤ 5 anos ou adultos ≥ 65 anos com impacto significativo na cabeça

Uso de anticoagulante

Suspeita de abuso ou maus-tratos a crianças

Gestação ≥ 20 semanas

QUEIMADURAS: De face ou inalação, >20% SCQ ou Circunferencial, elétrica ou química

NECESSIDADE DE RECURSOS MEDICOS AVANÇADOS: Ventilador, traqueostomia, marcapasso, desfibriladores implantáveis, Dispositivos de assistência ventricular

CO-MORBIDADES IMPORTANTES: Diabetes ou Imunossuprimidos.

Nas situações listadas acima, o paciente deverá ser triado seguindo P. Manchester, como VERMELHO ou LARANJA ou como 1 ou 2 no ESI. CONSIDERADO TRAUMA GRAVE.

ALOCAÇÃO

O atendimento deste paciente, **TRAUMA GRAVE**, deverá ser realizado em **Sala de Emergência**, com as prioridades definidas pela equipe de Cirurgia do plantão da UPA, auxiliadas por Ortopedistas. A necessidade de Emergencista e Pediatra será fundamental em pacientes idosos e crianças vítima de Trauma.

Locais onde não houver retaguarda de Cirurgia ou hemocomponentes disponíveis – após avaliação inicial e tentativa de estabilização do paciente, solicitar transferência de emergência .

CLASSIFICAÇÃO P. Manchester AMARELO - ESI 3

SINAIS VITAIS

ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

TCE com <12h e sem relato de perda da consciência ou de vômitos

DOR MODERADA

Escala numérica de dor 4-6

TIPO DE LESÃO

Sangramento ativo compressível ou controlável

Ferimento corto-contuso com necessidade de sutura e sangramento controlado

Deformidade em membros

Luxação de membro

Limitação de movimentos ou função

CLASSIFICAÇÃO P. Manchester VERDE – ESI 4

SINAIS VITAIS

ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

TCE com >12h sem perda de consciência e sem vômitos

DOR LEVE

Escala numérica de dor 1-3

TIPO DE LESÃO

Ferimento corto-contuso sem necessidade de sutura e sangramento pequeno

Contusões e escoriações

Edema articular

Limitação leve de movimento sem perda de função

CLASSIFICAÇÃO P. Manchester AZUL – ESI 5

SINAIS VITAIS

DOR CRÔNICA NÃO AGUDIZADA

TIPO DE LESÃO

Ferimento pequeno sem sangramento

2. ATENDIMENTO AO TRAUMA GRAVE

Pacientes triados como Laranja ou Vermelho pelo Protocolo de Manchester ou 1 e 2 pelo ESI, devem ser classificados como pacientes vítimas de Trauma Grave, sendo então seguido o fluxograma de Pacientes Graves (anexo)

2.1 LOCAL DE ATENDIMENTO

Os Traumas Graves devem ser atendidos em uma Sala de Emergência .

2.2 MONITORIZAÇÃO INICIAL

Frequência Cardíaca (FC)

Saturação de O₂ (SatO₂)

Pressão Arterial (PA)

Frequência Respiratória (FR)

Glicemia capilar (GLIC)

2.3 AÇÕES IMEDIATAS INICIAIS

Acesso venoso periférico (2 acessos)

Iniciar infusão de 500 ml de cristalóide preferencialmente aquecido a 39,0°C (infusão rápida) - Não realizar mais que 1l de cristalóide. (Considerar se tiver sido repostado no APH, não é recomendado realizar mais de 1L de volume total).

Avaliar uso de Ácido Tranexâmico

2.4 COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS

Coleta de exames na admissão da Sala Emergência – Pacientes triados Vermelho e ESI 1

Pacientes triados Laranja e ESI 2, os exames podem ser solicitados após avaliação e contato com especialista, se necessário

- Hemoglobina (Hb), Hematócrito (HT), Plaquetas
- TAP, TTPA, INR
- Gasometria arterial – Paciente triado Vermelho e ESI 1
- Lactato
- Ureia / Creatinina
- Eletrólitos (Na, K, Cálcio, Mg)
- Beta-HCG (em mulheres em idade fértil)
- Tipagem sanguínea e Prova Cruzada

2.5 AVALIAÇÃO PRIMÁRIA (ATLS)

A avaliação inicial de um paciente vítima de Trauma Grave deve seguir o protocolo de abordagem inicial para traumatizados recomendado pelo ATLS. Durante esta avaliação, a estabilização ocorre simultaneamente, seguindo uma sequência lógica de condições que ameaçam a vida, conhecida como “XABCDE”.

A **abordagem XABCDE (Exanguinação, Vias Aéreas, Respiração, Circulação, Disfunção Neurológica e Exposição)** deve ser conduzida de forma objetiva com intuito de diagnosticar e tratar simultaneamente as lesões que ofereçam risco à vida do paciente.

2.5.1 X: CONTROLE DE EXANGUINAÇÃO (eXsanguination)

Controlar sangramentos ameaçadores à vida. São aqueles provenientes de amputações traumáticas de membros, esmagamentos e lesões vasculares graves, em especial com coto vascular visível.

Pode ser necessária a aplicação de recursos diversos de forma escalonada até o controle do sangramento: compressão direta, empacotamento ("packing"), aplicação de torniquete e controle vascular direto.

2.5.2 A: VIAS AÉREAS E COLUNA CERVICAL (Airway)

O colar cervical deve ser posicionado corretamente e somente deve ser removido após a exclusão de lesões cervicais, utilizando-se a regra **NEXUS*** ou avaliação de **exame de imagem**. *Há déficit neurológico focal? Existe sensibilidade dolorosa à palpação da coluna vertebral? Há alteração do nível de consciência? Sinais de intoxicação exógena? Presença de injúria distrativa?

Caso alguma resposta seja positiva em qualquer item, é recomendada a realização de exames de imagem (tomografia).

Avaliar se o paciente responde verbalmente (via aérea pérvia).

Observar sinais de obstrução (estridor, sangue, vômito, corpo estranho).

Abrir via aérea com manobras básicas, estabilizar coluna cervical.

Considerar Via Aérea Definitiva se:

- Apneia;
- Impossibilidade de manter uma via aérea permeável por outros métodos;
- Proteção das vias aéreas inferiores contra aspiração de sangue ou vômito;
- Comprometimento iminente ou potencial das vias aéreas, como, p.e., lesão por inalação, fraturas faciais, convulsões persistentes;
- TCE (Glasgow \leq 8) necessitando de auxílio ventilatório;

Avaliar via aérea cirúrgica: incapacidade de intubação orotraqueal, no traumatismo facial grave, hemorragia traqueobrônquica persistente, na distorção anatômica devido ao trauma no pescoço, incapacidade de visualização das pregas vocais, devido ao acúmulo de sangue e secreções ou edema de via aérea que não permita a intubação orotraqueal.

2.5.3 B: RESPIRAÇÃO (Breathing)

Inspecionar, palpar, percussão e auscultar o tórax.

Identificar ruídos respiratórios anormais, expansibilidade assimétrica, sinais de esforço respiratório.

Tratar lesões ameaçadoras a vida:

- Pneumotórax hipertensivo
- Tamponamento cardíaco
- Pneumotórax aberto
- Hemotórax maciço

Oferecer oxigênio suplementar conforme necessidade.

2.5.4 C: CIRCULAÇÃO (Circulation)

Avaliar pulso, cor da pele, enchimento capilar, pressão arterial e frequência cardíaca.

Buscar hemorragias externas e a controlar rapidamente.

Avaliar compartimentos que podem ser motivo de choque - abdome e pelve

Considere realizar toque retal e vaginal em paciente com Trauma Grave e em alguns casos selecionados de Trauma não grave.

RESSUSCITAÇÃO HEMODINÂMICA

Administrar até 1L de ringer lactato, aquecido à 39°C para os pacientes (considerando o volume já infundido no APH), duas veias periféricas (cubital ou no antebraço), com Jelco 18G ou maior

Em casos de resposta transitória, sem resposta ou que já tenham critérios de indicação, iniciar protocolo de transfusão maciça (PTM).

Indicação de PTM

- Sangramento de difícil controle
- ABC score com ≥ 2 pontos
- Shock Index > 1.1

ABC Score		Shock Index (SI)
PAS ≤ 90 mmHg	(1 ponto)	SI = FC/PAS
FC ≥ 120 bpm.	(1 ponto)	
FAST +	(1 ponto)	
Ferimento penetrante no tronco	(1 ponto)	

Protocolo de Transfusão maciça : Seguir Código H ou Protocolo de transfusão da unidade.

- Locais onde não houver retaguarda de Cirurgia ou hemocomponentes disponíveis – Após avaliação inicial e tentativa de estabilização do paciente, solicitar transferência de emergência

Indicações para Administração de ÁCIDO TRANEXÂMICO

- Trauma há menos de 3 horas com suspeita de sangramento;
- Frequência cardíaca > 110 bpm e/ou PAS <90 mmHg;

Administrar 2g EV bôlus em 10min.

2.5.5 D: AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA (Disability)

Uma vez que as vias aéreas, a respiração e a circulação tenham sido tratadas e estabilizadas, deve ser realizada uma avaliação neurológica focada para avaliar o nível de consciência, o tamanho e a reatividade pupilar e a função motora.

Devem-se considerar causas alternativas de alteração sensorial, com a realização de glicemia capilar e exames toxicológicos.

Apesar do uso concomitante de drogas e álcool em muitos pacientes com trauma, não se deve atribuir simplesmente a alteração do estado mental à intoxicação na circunstância do trauma.

A Escala de Coma de Glasgow (ECG) é o instrumento mais utilizado para avaliação da consciência no local da lesão e ajuda a monitorar o progresso ou a deterioração durante o tratamento.

ESCALA de COMA de GLASGOW (ECG) - Adulto e Pediatria -		
VARIÁVEIS	RESPOSTA	ESCORE
Abertura Ocular	Espontânea	4
	A voz	3
	A dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada/Balbuícia/Murmura	5
	Confusa/Choro irritável	4
	Palavras inapropriadas/Choro em resposta à dor	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Obedece comandos/ Movimentos intencionais	6
	Localiza dor/ Retirada ao toque	5
	Movimento de retirada/ Retirada em resposta a dor	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
Nenhuma	1	
TOTAL MAXIMO	TOTAL MINIMO	INTUBAÇÃO
15	3	≤ 8

2.5.6 E: EXPOSIÇÃO (Exposure)

O doente deve ser totalmente despido para facilitar o exame e avaliação completa, avaliando extremidades, região perineal, região do dorso do paciente.

Deve ser realizada antibioticoterapia (Classificação Gustilo e Anderson - TABELA) nas fraturas expostas, na primeira hora do trauma, quando não foi administrada na fase pré-hospitalar. A cobertura antitetânica deve também ser atualizada.

Após o exame, o paciente deve ser coberto com cobertores aquecidos ou algum dispositivo de aquecimento externo para prevenir a ocorrência de hipotermia na sala do trauma. Os fluidos intravenosos preferencialmente devem ser aquecidos antes de administrados e o ambiente deve ser mantido aquecido. O mais importante é garantir a temperatura corporal do doente.

Antibioterapia Fratura Exposta - TABELA

Cirurgia	Evidência	Antimicrobiano	Doses adicionais durante a cirurgia	Dose no pós-operatório	Alergia à betalactâmicos
Fratura exposta (tipo 1)	A-I	Cefazolina 1-2g IV	Cefazolina 1g IV 4/4h	Cefazolina 1g IV 8/8h	Clindamicina 600 mg IV 6/6h ou Vancomicina 1g IV 12/12h
Fratura exposta (tipo 2 e 3)	B-I	Clindamicina 600 mg IV+ Gentamicina 3 mg/kg IV 1x/dia ou Ciprofloxacina 400 mg IV	Clindamicina 600 mg IV 6/6h + Gentamicina 3 mg/kg IV 1x/dia ou Ciprofloxacina 400 mg IV 12/12h	Clindamicina 600 mg IV 6/6h + Gentamicina 3 mg/kg IV 1x/dia ou Ciprofloxacina 400 mg IV 12/12h	Clindamicina 600 mg IV 6/6h + Gentamicina 3 mg/kg IV 1x/dia ou Ciprofloxacina 400 mg IV 12/12h

2.6 REALIZAR E-FAST (Extended Focused Assessment with Sonography for Trauma)

O e-FAST possibilitou a ampliação da avaliação do paciente, em tempo real, avaliando a cavidade abdominal, janela cardíaca e cavidade torácica, proporciona a detecção de pneumotórax, hemotórax, ruptura diafragmática, derrame pericárdico e líquido livre na cavidade abdominal.

Indicações para o e-FAST:

- Trauma cardíaco penetrante;
- Trauma cardíaco fechado;
- Trauma abdominal fechado;
- Trauma torácico;
- Pneumotórax;
- Hemotórax;
- Hipotensão de causa não definida;
- Gestantes;
- Instabilidade hemodinâmica ou sinais de choque de causa não definida.

3. REAVALIAÇÕES CONTINUAS

Devemos realizar reavaliações contínuas a fim de detectar alterações no menor tempo possível, permitindo realizar intervenções de maneira assertiva e correta. O fluxo do exame deve ser o mesmo da Avaliação Primária, como orientado no ATLS.

4. EXAMES COMPLEMENTARES

Tomografia Corpo Inteiro (TCI) - Indicações e contra-indicações

TOMOGRAFIA CORPO INTEIRO - TCI		
MECANISMO DE ALTO RISCO	CRITÉRIO ANATÔMICO	CRITÉRIO FISIOLÓGICO
Acidente de veículo automotivo com morte de outro passageiro no mesmo veículo	Fraturas de pelo menos 2 ossos longos	G _s ≤ 13 ou Intubado ou via aérea cirúrgica
Acidente de veículo automotivo com Ejeção	Tórax instável, tórax aberto ou múltiplas fraturas de costelas	PAS ≤ 100mmHg
Acidente de veículo automotivo com extração prolongada (>15 min) Tórax ou abdome prensado ou preso	Lesão abdominal grave	FR ≤ 10 ou ≥ 30/min
Atropelamento de ciclista, pedestre ou motociclista por carro	Fratura pélvica	Pulso ≥ 120/min
Queda > 3m	Fraturas vertebrais instáveis/compressão da medula espinhal	Reação pupilar anormal
		Perda de sangue estimada ≥ 500ml

4.1 PROTOCOLO DA RADIOLOGIA

Técnica:

Standard TCCI (protocolo padrão):

CRÂNIO SEM CONTRASTE EV

ANGIOGRÁFICA 30 seg (CRÂNIO ATÉ RAIZ DA COXA – FOV ENGLOBAL Pelve)

ARTERIAL CRÂNIO ATÉ RAIZ DA COXA

PORTAL CRÂNIO ATÉ RAIZ DA COXA

TARDIA COM pelo menos 5' ABDOME E PELVE

RECONSTRUÇÕES A PARTIR DA FASE PORTAL – FOV dedicado:

•COLUNA CERVICAL

•COLUNA TORÁCICA

•COLUNA LOMBOSSACRA

•FACE (com cortes finos)

FASES ADICIONAIS A DEPENDER DO MECANISMO DE TRAUMA (a consultar radiologista do console):

•Excretora tardia

•Membros

4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO PARA TCI

- Muito instável para ser submetido a tomografia computadorizada, ou que exigiu RCP
- Indicação de cirurgia imediata

4.3 FLUXO DA RADIOLOGIA PARA TCI

- Exame será feito mesmo que o paciente não tenha cadastro, mas o laudo só constará no sistema após o cadastro e lançamento dos exames

- Gestores de fila da Tomo deverão priorizar a TCI;

- A equipe da tomografia deve disponibilizar uma sala (ou finalizar o estudo que estiver adquirindo);

- A Tomografia vai aguardar 15 minutos após o recebimento do pedido de TCI (reserva de sala); caso neste tempo o paciente não seja encaminhado para realizar o exame, os gestores de fila vão fazer contato com a UPA para saber se vai ser realizado ou não.

- O radiologista do plantão irá acompanhar o exame. Esse radiologista vai alertar as outras especialidades (medicina interna, tórax e músculo) sobre o lançamento do politrauma; .

- O radiologista deve acompanhar o exame em tempo real para auxiliar na interpretação das imagens. **O laudo verbal na hora ou por contato telefônico sobre os achados críticos é considerado fundamental.** O laudo definitivo deverá ser disponibilizado em até 1 hora.

5. CÓDIGO TRAUMA (TECLA TRAUMA)

Pacientes com **instabilidade hemodinâmica** ou **SI > 1,1 e/ou ABC score ≥ 2**, **pacientes com necessidade de intervenção imediata ou cirurgia de urgência ou emergência**, **pacientes com sangramento ativo, e/ou com indicação de TCI** devem ter o Código Trauma acionado pela equipe de atendimento local da UPA.

5.1 ADMINISTRATIVO UPA

Priorizar o cadastro, e fazer contato com as Retaguardas ou os Serviços Externos de transferência

5.2 ANESTESIA

Auxiliar em sedação, via aérea definitiva, transporte do paciente outros setores, segue o paciente até o Centro Cirúrgico.

5.3 TRANSPORTE E SEGURANÇA

Priorizar o transporte e cuidados aos pertences do paciente; além de caminho ágil pelos elevadores. Tempo de resposta: 6min

5.4 BANCO DE SANGUE

Priorizar a tipagem sanguínea, disponibilizar hemocomponentes em até 15 min

5.5 TOMOGRAFIA/HEMODINÂMICA

Disponibilizar sala em até 15 min. Se dentro desse período o paciente não for para a Tomografia, a Radiologia deverá confirmar a necessidade do exame.

5.6 CENTRO CIRÚRGICO

Enfermeiro disponibiliza sala de cirurgia por 1h. Preparo de materiais para cirurgia.

5.7 UTI

Disponibiliza leito por 1h. Se dentro desse período, não houver a internação, a UTI deverá confirmar a necessidade.

Código Trauma



6. ENCAMINHAMENTOS – ACIONAMENTOS

6.1 ACIONAMENTO DA CIRURGIA DO TRAUMA EM SERVIÇOS COM RETAGUARDA:

Pacientes com Trauma Grave, triados pelo Protocolo Manchester Vermelho e Laranja ou ESI 1 e 2: Acionamento da Retaguarda de Cirurgia do Trauma no momento inicial, que tem SLA de 30 minutos a 1 hora para comparecer e assumir o caso, com os seguintes critérios:

- Risco de morte
- Risco de perda de membro
- Sangramento ativo
- Instabilidade hemodinâmica
- Necessidade de cirurgia imediata
- Lesão grave em 2 ou mais sistemas

IMPORTANTE: Não havendo no local Cirurgião de Trauma, equipe de Cirurgia Geral ou equipe de Cirurgia da UPA realizará o atendimento.

O acionamento do Código Trauma ou da Retaguarda de Trauma deve ser realizado o mais precoce possível em traumas graves — preferencialmente dentro da primeira hora ('golden hour'), pois essa janela é um dos principais indicadores de qualidade do atendimento. Caso o acionamento do Código Trauma ou da Retaguarda de Trauma não tenha sido feito na avaliação inicial, este deverá ser feito o mais breve possível a partir do momento em que se reconheça a necessidade, seja por mudança no quadro clínico ou achados de exames complementares.

6.2 AS UNIDADES QUE NÃO DISPÕEM DE RECURSOS PARA O TRATAMENTO DEFINITIVO (Banco de Sangue, Tomografia, Centro Cirúrgico, Hemodinâmica, etc), devem tentar estabilizar o paciente baseado nos princípios do ATLS, e ter planos estruturados e acordos de transferência para outros Serviços de forma ágil, evitando exames e procedimentos que possam atrasar a transferência para local com recursos para o tratamento definitivo. Não haverá nessas Unidades o acionamento do Código Trauma.

6.3 ACIONAMENTO DE ESPECIALISTAS

Após a estabilização do paciente, realização de exames complementares e reavaliação dos mesmos, deve-se acionar equipes assistenciais para avaliação específica (Exemplo: Neurocirurgia, Buco-Maxilo, Cirurgia Torácica, Ortopedia, etc) conforme prioridade definida com a equipe de Cirurgia de Trauma ou equivalente (Cirurgia Geral) da Unidade.

6.4 ACIONAMENTO DA PEDIATRIA E EMERGENCISTA

Pode ser necessária a avaliação do pediatra para crianças politraumatizadas e do emergencista para pacientes idosos, com múltiplas co-morbidades ou traumas relacionados a intercorrências clínicas (IAM, sepse, descompensação de doenças de base, distúrbios metabólicos, etc), para tratamento em conjunto com o cirurgião.

7. ATENDIMENTO TRAUMA NÃO GRAVE

Pacientes triados seguindo Protocolo Manchester como AMARELO, VERDE e AZUL ou ESI 3, 4 e 5, serão classificados como TRAUMA NÃO GRAVE.

ALOCÇÃO

Pacientes vítima de trauma classificados como **NÃO GRAVE**, devem seguir fluxo de atendimento em **Consultório da UPA**

Trauma único de Extremidade: Atendimento pela Ortopedia

Trauma Uni-segmentar: Atendimento pela Cirurgia

II. INDICADORES

- Retorno em 72 horas
- Acionamento adequado do Código Trauma (em Unidades que contam com o Código Trauma)

III. GLOSSÁRIO

PAS – pressão arterial sistólica

FC – frequência cardíaca

Irpm – incursões respiratórias por minuto

Bpm – batimentos por minuto

ACQ – Área Corporal queimada

APH – Atendimento Pré Hospitalar

ESI – Emergency Severity Index

TCI – Tomografia de Corpo Inteiro

IV. HISTÓRICO DE REVISÃO

- Este pathway anula o Pathway Atendimento ao paciente Politraumatizado
- 24/06/2026 : Einstein Goiânia – Unificação Alessandra Rolla

V. Referências Bibliográficas

[1] AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. ATLS – Advanced Trauma Life Support for Doctors. 11. ed. Chicago: Committee on Trauma, 2025

[2] Care Pathways Fraturas Expostas. In: <https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/Fraturas%20expostas%20v.2.pdf>

[3] Emergency triage / Manchester Triage Group; edited by Kevin Mackway-Jones, Janet Marsden, Jill Windle. Third edition.

[4] Immediate total-body CT scanning versus conventional imaging and selective CT scanning in patients with severe trauma (REACT-2): a randomised controlled trial. Sierink, Joanne C et al. The Lancet, Volume 388, Issue 10045, 673- 683

Código Documento: CPTW484.2	Elaborador: Davi Kang Iuri Tamasaukas, Thiago Ianner Gustavo Moreira Patrick Araújo Jessica Tomps André Bordini Eduardo Toccafond, Flavia Despezzi Karine Borges Rogério Serpone Luana Almeida Luca Bernardo Vinicius Vitro Milton Steinman Carlos Pires	Revisor: Fernando Ramos de Mattos	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 13/10/2025 Data de Revisão: 24/06/2026	Data de Aprovação: 24/06/2026
---------------------------------------	---	---	---	---	---