

UNIVERSIDADE TIRADENTES

GABRIELA ALVES DOS SANTOS

IGOR REIS SANTOS ANDRADE

ABORDAGEM DO ATENDIMENTO INICIAL AO
PACIENTE POLITRAUMATIZADO: REVISÃO DE
LITERATURA

ARACAJU

2019

GABRIELA ALVES DOS SANTOS

IGOR REIS SANTOS ANDRADE

ABORDAGEM DO ATENDIMENTO INICIAL AO
PACIENTE POLITRAUMATIZADO: REVISÃO DE
LITERATURA

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Coordenação do
Curso de Odontologia da
Universidade Tiradentes como
parte dos requisitos para obtenção
do grau de Bacharel em
odontologia

Orientador: Prof. Msc. José Carlos
Pereira

ARACAJU

2019

GABRIELA ALVES DOS SANTOS

IGOR REIS SANTOS ANDRADE

ABORDAGEM DO ATENDIMENTO INICIAL AO
PACIENTE POLITRAUMATIZADO: REVISÃO DE
LITERATURA

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Coordenação do
Curso de Odontologia da
Universidade Tiradentes como
parte dos requisitos para obtenção
do grau de Bacharel em
odontologia.

Aprovado em __/__/__

Banca Examinadora

Prof. Orientador: _____

1º Examinador _____

2º Examinador _____

AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, José Carlos Pereira, orientador das discentes Gabriela Alves Dos Santos e Igor Reis Santos Andrade , atesto que o trabalho intitulado: "Abordagem do atendimento inicial ao paciente politraumatizado: revisão de literatura" está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no Manual para a Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,

PROF. MSC. JOSÉ CARLOS PEREIRA

Revisão de Literatura da Abordagem do Atendimento Inicial ao Paciente Politraumatizado

Gabriela Alves Dos Santos¹ ; Igor Reis Santos Andrade ² ; José Carlos Pereira³

¹Graduanda em odontologia – Universidade Tiradentes; ²Graduando em odontologia – Universidade Tiradentes; ³Msc. Professor Fundador do curso de odontologia – Universidade Tiradentes.

Resumo

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o trauma é responsável por cerca de 5,8 milhões de óbitos anualmente no mundo, apresentando estatisticamente um índice de mortalidade de 32% a mais, do que a somatização dos óbitos por AIDS, tuberculose e malária. O atendimento inicial aos pacientes vítimas do trauma requer agilidade e habilidade por meio de uma equipe altamente capacitada, onde a abordagem seja efetiva, diminuindo os riscos de uma possível evolução ao óbito do paciente. O sistema ATLS (Advanced Trauma Life of Support), criado pelo American College of Surgeons, tem o intuito de esquematizar e padronizar a abordagem inicial ao paciente politraumatizado. O ATLS baseia-se no método ABCDE, onde há uma hierarquia de procedimentos e intervenções que virão a ser realizadas no paciente, onde devem ser priorizadas condições que impliquem ao paciente diagnóstico e tratamento de possíveis situações que o gerem risco de vida. A região da face, por apresentar uma anatomia proeminente, com grande exposição e pouca proteção, acaba sendo a área mais afetada, sendo responsável por 35 a 45% do acometimento em pacientes. Dessa forma, é imprescindível um atendimento ágil e efetivo aos pacientes politraumatizados, para que o diagnóstico e tratamento do paciente seja bem-sucedido.

Palavras Chaves: Trauma, mortalidade, ATLS, politraumatizado, tratamento.

Abstract

According to the World Health Organization, trauma accounts for about 5.8 million deaths annually worldwide, with a statistically 32% higher mortality rate than the somatization of AIDS, tuberculosis and malaria deaths. The initial care of patients who are victims of trauma requires agility and skill through a highly trained team, where the approach is effective, reducing the risks of a possible evolution to the death of the patient. The Advanced Trauma Life of Support (ATLS) system, created by the American College of Surgeons, aims to outline and standardize the initial approach to the polytraumatized patient. The ATLS is based on the ABCDE method, where there is a hierarchy of procedures and interventions that will be performed in the patient, where priority should be given to conditions that imply the patient's diagnosis and treatment of possible life-threatening situations. The region of the face, due to its prominent anatomy, with great exposure and poor protection, ends up being the most affected area, accounting for 35 to 45% of the patients' involvement. In this way, it is essential an agile and effective service to the polytraumatized patients, so that the diagnosis and treatment of the patient is successful.

Keywords: Maxillary Atresia; Orthognathic. Bone Graft; Dental Implants.

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o trauma tem sido um quesito bastante considerável no panorama de saúde mundial. No Brasil, está no ranking entre as principais causas de mortalidade e altos índices de morbidade. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, a nível mundial, a cada dia morrem 16.000 pessoas em decorrência de trauma (AFFONSO, et. Al., 2017). Em 2018, a Organização Mundial de Saúde durante a “World Health Statistics 2018” apresentou estatísticas e metas que visam até o ano de 2030, diminuir consideravelmente os índices de mortalidade, morbidade e fatores de risco à saúde. Está entre uma das metas, reduzir pela metade as lesões e mortes em todo o mundo, ocasionadas por acidentes de trânsito, onde em 2013, chegaram a 1,25 milhões de mortes (Organização Mundial de Saúde, 2018). Está elencado como principais situações causadoras do trauma: acidentes de trânsito (24,9%), queda da própria altura (24,7%) e agressões físicas (18,4%) (AFFONSO, et. Al., 2017). O paciente que se enquadra no termo politraumatizado apresenta lesões graves, por muitas vezes múltiplas, onde o seu estado de saúde está intimamente relacionado com a prontidão e eficácia da equipe de saúde que lhe dará suporte de vida, principalmente, durante o atendimento inicial. A vasta ocorrência de incidentes gerados pelo trauma afeta também a saúde pública, considerando a sua magnitude e relevância, onde um paciente politraumatizado irá demandar para o Estado, estrutura, assistência, suprimentos e tecnologias.

Visando uma uniformização e maior efetividade do atendimento de urgência dos hospitais, o Colégio Americano de Cirurgiões, com o intuito de padronizar o atendimento ao politraumatizado, criou o sistema ABCDE do Advanced Trauma Life Support (ATLS) (RODRIGUES, et. Al., 2017).

Outro importante esquema bastante utilizado aos pacientes politraumatizados durante o seu atendimento inicial, é a Escala de Glasgow, que foi criada em 1974 no Instituto de Ciências Neurológicas de Glasgow,

localizado na Inglaterra. Tal esquema é um artifício para avaliação de respostas neurológicas em um paciente traumatizado, frente aos estímulos que lhe são oferecidos (OLIVEIRA, TELMA. 2017).

Dentre as inúmeras possibilidades do trauma acometer diversas regiões do corpo, o trauma de face, requer uma atenção especial. A região facial detém de uma grande área de exposição e pouca proteção, tornando-a mais susceptível aos traumas. Avaliou-se como lesões mais frequentes, as fraturas de mandíbula e lacerações faciais (AFFONSO, et. Al., 2017). Os traumas que ocorrem na região de face, por muitas vezes são uma combinação de estruturas que são acometidas durante a lesão, sendo utilizado um sistema de classificação que recebe a nomenclatura de I, II, III de Le Fort (LUZ, et. Al., 2017). Por acometerem estruturas nobres, necessitam de um atendimento emergencial com efetividade e agilidade. Diante as complicações desse tipo de trauma, duas merecem notoriedade: fraturas de base de crânio e obstrução de vias aéreas, já que as mesmas, envolvem estruturas primordiais para a preservação da saúde do paciente (LUZ, et. Al., 2017).

2. REVISÃO DE LITERATURA

Nas décadas antecedentes a de 70, não havia sistematização nas Unidades de Urgência e Emergência quanto ao atendimento aos pacientes politraumatizados. A equipe de saúde que atendia a tais vítimas não era capacitada, e nem obtinha de protocolos de atendimento (JESUS, et. Al., 2014).

No ano de 1978, nos Estados Unidos, investiu-se em capacitação para médicos e enfermeiros, com a realização do primeiro curso de ATLS, a fim de tornar a equipe apta a prestar atendimentos de urgência e emergência em tempo hábil, e de forma efetiva (JESUS, et. Al., 2014).

Em meados da década de 80, foi criada a Sociedade Brasileira de Enfermeiros do Trauma (SOBET), capacitando os enfermeiros e dando enfoque ao atendimento de urgência e emergência (JESUS, et. Al., 2014).

Entre 1990 e 1999, 79% de todos os pacientes que apresentavam trauma como fratura dos ossos do corpo, em Washington (EUA), sofreram violência interpessoal sobre forma de agressão. Seguido pelos acidentes com veículos ato motor (6%) e PAF (Ferimento por Arma de fogo) com outro 6%, outras causas (esportes, quedas, e causas desconhecidas são responsável por 10% (OGUNDARE et Al., 2003)

Wulkan et. Al. (2005), relata que os dois principais mecanismos de trauma são violência interpessoal e queda. Leis rigorosas de controle de velocidade, uso obrigatório de cinto de segurança e uso de air bag, quando disponível são creditados ao decréscimo do número de fratura associado ao trânsito.

Enfatiza-se então, o quanto é inquestionável a necessidade de uma equipe de saúde para atendimento emergencial completa, capacitada e apta para atendimentos aos pacientes vítimas de politraumatismo. Somando-se a equipe, faz-se necessário a implementação de protocolos de atendimento, que viabilizem condutas a fim de estabelecer inicialmente o equilíbrio fisiológico da vítima, através da priorização da gravidade. A partir de uma cronologia lógica de condutas e protocolos de prevenção, tratamentos devem ser estabelecidos, para que a identificação de lesões ou possíveis evoluções das mesmas possam ser evitadas, desde o atendimento primário, possibilitando ao paciente, redução no índice de sequelas ou possíveis óbitos, preconizando um estado de saúde estável (CAMPOS, ANDRÉ; 2015)

O paciente que necessita de atendimentos médicos de caráter de urgência e emergência, normalmente encontra-se em situações que se faz fundamental a assistência médica de alta e média complexidade, além de estar em um estado onde tal atendimento acarreta o acontecimento de riscos, que podem ser gerados ao paciente uma evolução para sérios eventos adversos, envolvendo perigo ao paciente. Cerca de 70% desses eventos, concomitantemente com os erros constatados, geralmente em ambiente intra-hospitalar, estão intimamente relacionados a falha humana (JESUS, et. Al., 2014).

O paciente vítima de politraumatismo normalmente tem como causador do trauma agentes e situações inerentes a ele e a ambientes hospitalares, como veículos automobilísticos, armas brancas ou de fogo, e agressões físicas por terceiros, o que torna necessário ao paciente um atendimento desde a localidade do seu acontecimento até o âmbito hospitalar, denominação esta, de atendimento pré-hospitalar (RODRIGUES, et. Al., 2017).

A distribuição dos pacientes de acordo com a etiologia das fraturas é cerca de 36% das fraturas (39 pacientes) ocorreram em decorrência da violência urbana, como assaltos e agressões, seguidas dos casos de acidentes esportivos (20 pacientes) acidente de trânsito (18 pacientes) e acidentes de trabalhos (7 pacientes). Dos 18 pacientes que sofreram fratura em acidentes de trânsito 13 não usavam cinto ou capacetes. Dos 108 pacientes atendidos 10 estavam alcoolizados e (ou) drogados no momento em que ocorreram as fraturas. A maioria das fraturas ocorreram em pacientes do sexo masculino (84,04%), totalizando 89 indivíduos. Foram atendidas 19 mulheres que apresentavam fratura da face (17,6%). (KRAUSE et Al.,2004).

O atendimento pré-hospitalar além de requerer profissionais aptos para desenvolver assistências a saúde do paciente, necessita de transportes devidamente estruturados para realizar o translado do paciente desde a localidade do trauma até o hospital com máxima segurança e agilidade (MIERZWA, et. Al., 2015).

Após entrada em âmbito hospitalar, os profissionais devem estar aptos para realizar o atendimento inicial efetivo e lidar com possíveis intercorrências. Foi propagado e instituído como “padrão ouro” pelo American College of Surgeons, o sistema ATLS (Advanced Trauma Life Support) no que diz respeito às vítimas de trauma. Existem ainda outros protocolos de atendimento como o TLSN (Trauma Life Support of Nurses), ACLS (Advanced Cardiology Life Support), PALS (Pediatric Advanced Life Support), a fim de padronizar os atendimentos primários e instituir protocolos em seus respectivos setores da área da saúde (OLIVEIRA, TELMA; 2017).

Durante a avaliação primária deve ser realizado um exame metuculoso e detalhista da vítima, a fim de impedir riscos iminentes que coloquem a vida do paciente em risco. Para isso, há o sistema ABCDE, onde cada letra corresponde a funções fisiológicas que devem ser avaliadas hierarquicamente e estabilizadas durante o atendimento (OLIVEIRA, TELMA; 2017).

O ABCDE é um mecanismo que padroniza o atendimento inicial ao politraumatizado e define prioridades na abordagem ao trauma. Entretanto, com aplicação prática dos protocolos, essa sistematização passa por modificações. Esse estudo sistematiza as principais condutas pré-hospitalares e intra-hospitalares que lograram êxito no atendimento ao traumatizado. (RODRIGUES et Al., 2017).

A letra A (airway) corresponde as vias aéreas e proteção da coluna cervical da vítima. Em vítimas conscientes, deve ser realizada a proteção da coluna cervical com um colar imobilizando a região, entretanto, em pacientes inconscientes, a proteção deve estender-se além da região cervical, englobando todas as outras regiões da coluna, onde tal imobilização deve ser realizada com uma prancha rígida. No que diz respeito às vias aéreas, as mesmas devem ser avaliadas para constatação de possível obstrução com manobras de elevação do mento e anteriorização da mandíbula. Caso seja diagnosticado uma obstrução, existem três procedimentos que podem ser realizados para a desobstrução, sendo eles: intubação endotraqueal, cricotireoidostomia ou traqueostomia (RODRIGUES, et. Al., 2017).

A letra B (breathing) diz respeito a ventilação, onde deve ser avaliado se a respiração está adequada. As vítimas devem ter a região do tórax avaliada, através da inspeção dos movimentos torácicos, além de avaliar também frequência respiratória, cianose, desvio de traquéia e observação da musculatura acessória (RODRIGUES, et. Al., 2017).

A letra C (circulation) avalia a circulação e controle de hemorragia, onde as mesmas são estancadas pela compressão direta no foco. Checagem da frequência do pulso, pressão arterial, sudorese, mudança de coloração da

pele, e diminuição da consciência podem indicar perfusão comprometida (RODRIGUES, et. Al., 2017).

A letra D (disability) faz checagem quanto ao nível de consciência e estado das pupilas da vítima. Existem dois mecanismos principais para avaliação do estado neurológico do paciente, sendo eles AVPU e Escala de Coma de Glasgow (ECG). O AVPU significa A – alerta, V – responsivo a voz, P – responsivo à dor e U – irresponsivo. Já a Escala de Coma de Glasgow, baseia-se em três parâmetros: resposta motora (varia de 1 a 6), resposta verbal (varia de 1 a 5) e avaliação ocular (varia de 1 a 4), tais parâmetros são acompanhados por escores, onde a sua soma vai determinar o estado neurológico do paciente. Escores entre 13-15, determinam um estado de normalidade, escores entre 9-12 significam que há um dano moderado, e escores entre 3-8 sugerem que o paciente está em estado neurológico severo. Pacientes condizentes a esse escore, devem ser intubados (RODRIGUES, et. Al., 2017).

A letra E (exposition) realiza a análise da extensão das lesões e o controle do ambiente, como por exemplo, prevenção de uma possível hipotermia, com o acompanhamento da temperatura corpórea. Deve ser avaliado também manchas na pele, sangramento e sinais de trauma (RODRIGUES, et. Al., 2017).

Como principais auxílios no diagnóstico de lesões advindas do trauma, ainda há recursos como a radiografia simples de tórax, e a radiografia de pélvis, que podem ser de grande utilidade para constatação de pneumotórax hipertensivo ou aberto, hemotórax, fraturas de pelve e acetábulo (NAVARRO, et. Al., 2014).

O trauma faz cerca de 16.000 vítimas por dia, dentre as inúmeras regiões do corpo humano que pode acometer, a região facial está elencada como uma das principais, sendo responsável por metade da quantidade de óbitos. A face é composta por estruturas que anatomicamente apresentam maior projeção anterior corpórea, e juntamente com a cinemática do trauma, a sua

região torna-se a mais acometida, trazendo distúrbios fisiológicos, funcionais e anatômicos para o paciente (SOLLER, et. Al., 2016).

Avaliando a recorrência de trauma facial, Laski et al. (2004), relataram ter observado como lesões mais frequentes as fraturas de mandíbula, seguida por lacerações faciais sendo agressão com objeto contundente a causa da maioria das lesões. De acordo com os autores as lesões maxilofaciais são de causa multifacetadas, variando dependendo da região demográfica. Os autores concluem que é necessária uma educação continuada no trânsito e melhorias de condições sociais para que traumas faciais não sejam considerados, uma doença recorrente.

Observou-se que a faixa etária mais acometida por fratura do esqueleto fixo da face foi a dos 20 aos 29 anos, em 200 casos (28%). Dentre as causas encontradas para as fraturas estudadas, a principal foi a agressão física com 280 casos (39,2%), seguido dos acidentes de trânsito com 105 casos (14,7%). Houveram 18 casos (2,5%) em outras regiões do corpo, e que numa proporção de 2,78 : 1 o sexo masculino apresentava-se como de maior número de indivíduos com fratura do esqueleto fixo da face (POVOLOTSKIY, et. Al., 2019)

As fraturas faciais além de acometerem estruturas nobres responsáveis pela audição, visão, e respiração, podem vir a causar riscos iminentes a vida da vítima. São classificadas as fraturas do complexo maxilofacial em: nasal, alvéolo dentária, mandibular, e do tipo Le Fort (I, II e III), podendo ser ainda de forma isolada ou associada.

A classificação Le Fort I indica fratura horizontal entre a maxila e o osso palatino. A Le Fort II tem como característica um aspecto triangular, assemelhando-se a uma pirâmide, englobando a região maxilar e do complexo nasal. A classificação Le Fort III, ou disjunção craniofacial, como o próprio nome sugere, ocasiona a separação dos ossos da face das suturas frontozigomática, frontonasal e frontomaxilar, podendo causar ainda a disjunção entre viscerocrânio e neurocrânio resultante da fratura do arco zigomático (SOLLER, et. Al., 2016).

Os traumas faciais podem acarretar aos pacientes adversidades, incluindo complicações que requerem uma intervenção hábil e efetiva. Dentre o leque de complicações que podem ocorrer, há duas que requerem atenção, sendo elas: fraturas de base de crânio e obstrução de vias aéreas. Otorragia, Sinal de Battle, blefarohematoma (Sinal de Guaxinim) e rinoliquorréia, são características da fratura de base de crânio. Devido a possíveis fraturas de ossos que estejam intimamente ligados com a manutenção da função respiratória do paciente, a mesma pode vir a ser obstruída, ocasionando empecilhos no caso da intubação orotraqueal, tendo como alternativa, a traqueostomia (LUZ, et. Al., 2017).

Pacientes com fratura do complexo maxilofacial podem apresentar ainda maior risco à hemorragia intracraniana, quando comparados a pacientes sem fraturas do complexo maxilofacial, podendo assim, trazer riscos a vida do paciente (CHOONTHAR, et. Al., 2016).

3. DISCUSSÃO

Os autores das pesquisas realizadas no presente estudo, citam o trauma como a principal causa de óbito na sociedade contemporânea, sendo responsável por metade dos índices de óbitos a nível mundial, atribuindo-lhe 5,8 milhões de óbitos anualmente (LUZ, et. Al. 2017; JESUS, et. Al., 2014; OLIVEIRA; TELMA, 2017; AFFONSO, et. Al., 2017).

Segundo estudos realizados, as principais situações causadoras do trauma são: acidentes de carro, violência física, e queda, sequênci esta que varia em alguns estudos (NAVARRO, et. Al., 2014; HEBERT, 2003; LUZ, et. Al., 2017).

No presente trabalho, 67,8% da fraturas ocorreram em pacientes do gênero masculino e 32,2% ocorreram em pacientes do gênero feminino. As faixas etárias mais acometidas compreenderam dos 21 os 30 anos com 28,5%, dos 11 ao 20 anos com 25,2% e dos 31 aos 40 anos representando 19.6% dos pacientes (CAMARINI et Al., 2004; LASKI et Al., 2004; MARINI et Al.,2006; MONTOVANI et Al.,2006; WULKMAN et Al.,2005).

O protocolo de atendimento Advanced Trauma Life of Support (ATLS) é considerado o padrão ouro para atendimento de urgências e emergências nos centros hospitalares. O sistema ABCDE é um mecanismo que tem por fim padronizar o atendimento inicial ao politraumatizado, além de esquematizar em setores de prioridades a abordagem ao trauma. Conceito o qual, os autores elucidam a literatura (RODRIGUES, et. Al., 2017; OLIVEIRA; TELMA, 2017).

Os autores do presente estudo corroboram quanto a importância Escala de Coma de Glasgow (ECG), que também é incorporada ao sistema ABCDE, sendo de importância inquestionável para avaliação neurológica do paciente politraumatizado (MIERZWA; TIAGO, 2015; NETTO; FERNANDO, 2015; OLIVEIRA; TELMA, 2017; RODRIGUES, et. Al., 2017).

Quanto as complicações registradas advindas do trauma, vale ressaltar a diminuição significativa de complicações respiratórias, hemorrágicas e osteomusculares. Complicações estas, que apresentam uma maior probabilidade de evolução, sendo tal diminuição, decorrente de uma efetividade no sistema de atendimento inicial ATLS (NAVARRO, et. Al., 2014; AFFONSO, et. Al., 2017)

Dentre as amplas regiões do corpo afetadas em decorrência do trauma, a face está listada entre as mais acometidas, sendo responsável por 35 a 45% dos índices de traumas (SOLLER, et. Al., 2018; AFFONSO, et. Al., 2017; SILVA; CAUAS, 2004).

O presente estudo registrou uma marcante diferença de incidência de trauma facial entre homens e mulheres 2.82: 1. Esses valores são consistentes com a literatura (ANDRADE, et Al., 2000; CAMARINI, et Al., 2004; KRAUSE, et Al., 2004; MONTOVANI, et Al., 2006; MOTA, et Al., 2001; PATROCÍNIO, et Al., 2005).

Achou-se também, uma concentração de trauma de face nas 2° e 3° década de vida ainda consistente com a literatura (CAMARINI et Al., 2004; MONTOVANI et Al.,2006; MOTA et Al., 2001; PATROCÍNIO et Al., 2005).

Quanto ao agente causador do trauma de face, a literatura de estudos em realidade sócio econômica destaca o acidente de trânsito (ANDRADE et Al., 2000; CAMARINI et Al., 2004; MOTA et Al., 2001; PATROCÍNIO et Al., 2005). Importante citar que na literatura norte americana, citam a violência interpessoal como principal agente etiológico. (SOLLER, et. Al., 2016; KRAUSE et Al., 2004; LASKI et Al., 2004; MACEDO et al., 2007; OGUNDARE et al., 2003).

Quanto a localização e tipos de fraturas faciais mais comuns, os autores se consolidam, elencando a fratura de mandíbula, e as do tipo Le Fort como as mais frequentes (AFFONSO, et. Al., 2017; SOLLER, et. Al., 2016).

Os traumas envolvendo a região de face podem estar intimamente relacionados a diversas complicações que vão requerer um atendimento emergencial ágil e hábil. Dentre tais possíveis complicações, é possível listar duas principais: fraturas de base de crânio e obstrução das vias aéreas (LUZ, et. Al., 2017; FLORES; CASULARI, 2003).

O presente trabalho pontua para contundo a necessidade de capacitação da equipe de saúde, para melhor servir ao crescente número de trauma facial que recebem atendimento de emergência em via pública corroborando com os autores (MONTOVANI et Al., 2006; WULKMAN et Al., 2005.)

Segundo Martins 2009 no primeiro atendimento ocorre a utilização do protocolo universal ATLS, mas posteriormente o atendimento torna letificado pois a equipe fica sem autonomia e direcionamento quanto a continuidade do processo desse atendimento.

Um treinamento deve ser desenvolvido, segundo Gomes (1988); É uma necessidade básica e deve caracterizar-se por oferecer condições seguras para uma atuação efetiva da equipe em situação de emergência, com o propósito de estabelecer precocemente interrupção no ciclo de desequilíbrio funcionais que levam a morte. Envolvendo assim, um preparo para avaliar as condições do paciente e um profundo conhecimento do equipamento da área

que recebe o paciente; O uso de equipamento (aspirador, ventilador e desfibrilador) e o papel a ser desempenhado na equipe.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É notório a magnitude da abrangência do trauma na população em escala mundial, fazendo-se necessário a implementação de uma efetiva abordagem nos setores de atendimento urgencial e emergencial.

Existe necessidade de uma educação permanente para a equipe que presta o primeiro atendimento ao politraumatizado.

Na inexistência do protocolo institucionalizado, o protocolo universal ATLS dever está bem treinado para garantir um rápido e sistematizado atendimento, para minimizar as complicações inerentes ao trauma.

Não basta o indivíduo ser socorrido devidamente no pré-hospitalar a continuidade da assistência no intra-hospitalar também se faz necessário de maneira eficaz. Um preparo qualificado desse profissional contribuirá par o êxito desse atendimento.

5. CONCLUSÃO

As lesões na região da face são causadas geralmente, devido a trauma e acidente incidindo, na grande maioria das vezes na população jovem.

A incidência pode ser reduzida por meio de medidas educativas visando a diminuição do consumo de álcool e a segurança do trânsito como uso de capacete e cinto de segurança.

Frequentemente os traumas estão associados a complicações envolvendo base de crânio e emergias neuro cirúrgicas.

O atendimento e tratamento precoce é fundamental para uma técnica bem-sucedida, além de uma conduta multidisciplinar e integral.

6. REFERÊNCIAS

1. AFFONSO, P. R. A.; CAVALCANTI, M. A.; GANDELMAN, I.; GROISMAN, S.; **Etiologia de Trauma e Lesões Faciais no Atendimento Pré-Hospitalar no Rio de Janeiro**. Revista UNINGÁ. n. 1, v. 23, 2017.
2. ALMEIDA, D. B.; BECCARIA, L. M.; MATTA, P. R. A.; POLETTI, N. A. A.; SOLLER, I. C. S.; SQUIZZATTO, R. H.; **Epidemiological Profile of Patients with Facial Injuries Treated in Emergency Hospital**. REME – Rev. Min. Enferm. 20:e935, 2016.
3. ALMEIDA, P. F.; CAMARGO, L. M.; MACEDO, J. L. S.; ROSA, S. C.; **Mudança Etiológica do Trauma de Face de Pacientes Atendidos no Pronto Socorro de Cirurgia Plástica do Distrito Federal**. Rev. Bras. Cir. Plás. n. 4, v. 22, 2007.
4. American College of Surgeons. ATLS – Advanced Trauma Life Support. 1997.
5. BAYLEY, N.; BONNICK, A.; OGUNDARE, B. O.; **Pattern of Mandibular Fractures in an Urban Major Trauma Center**. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. n. 6, v. 61, p. 713 – 718, 2003.
6. BONNATI, B. D.; BORBA, B. H. C.; COSTA, J. M. C.; PATROCÍNIO, J. A.; PATROCÍNIO, L. G.; PINTO, L. F.; VIEIRA, J. L.; **Fratura de Mandíbula: Análise de 293 Pacientes Tratados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia**. Rev. Bras. Otorrinolaringo. n. 5, v. 7, 2005.
7. BOTTER, D. A.; PARREIRA, J. G.; WULKAN, M.; **Epidemiology of Facial Trauma**. Rev. Med. n. 5, v. 51, 2005.
8. BRASIL, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Traumas matam mais que as três grandes endemias: malária, tuberculose e AIDS. Brasília, DF, 2012.
9. CABALLERO, F.; CÁCERES, E.; KOO, M.; MONERRI, M. M.; MONTMANY, S.; MUÑOZ-VIVES, J. M.; NAVARRO, S.; ORREGO, C.; POBO-PERRIS, A.; PRAT, S.; PUIG, S.; **Estudio Para la Mejoría de la Atención Hospitalaria Inicial del Paciente Politraumatizado: Proyecto TRAUMACAT**. Med. Clin. n. S1, v. 143, p 1-80, 2014.

10. CAMPOS, A. L.; **Atendimento de Emergência Realizado por Profissionais de Enfermagem, Médico, Bombeiros e Demais Profissionais Treinados a Vítimas de Acidentes e Catástrofes.** Rev. Med (Brasília). n. 1, v. 4, 2015.
11. CASULARI, L. A.; FLORES, D. S.; **Blefarohematoma, Otorragia e Sinal de Battle como Indicadores de Fratura de Base do Crânio e de Lesões Intracranianas.** Brasília Médica. n. 1, v. 40, p. 43 – 45, 2003.
12. CHOONTHAR, M. M.; PANDAYA, K.; PRADEEP, S.; PRASAD, R.; RAGHOTHAMAN, A.; **Head Injury – A Maxillofacial Surgeon’s Perspective.** Journal of Clinical & Diagnostic Research. n. 1, v. 10, 2016.
13. FILHO, T.E.P.B.; HEBERT, S.; JUNIORS, A.G.P.; XAVIER, R.; **Ortopedia e Traumatologia Princípios e Prática.** Artmed (São Paulo), 3 ed, 2003.
14. GALVÃO, I. M.; RODRIGUES, M. S.; SANTANA, L. F.; **Utilização do ABCDE no Atendimento do Traumatizado.** Rev. Med (São Paulo). n. 4, v. 96, 2017.
15. GOMES, R. S. S.; LUZ, F. A.; MACHADO, A. N.; MATTOS, L. L.; SALES, E. C.; SANTIAGO, L. G.; **Pacientes Acometidos por Trauma Grave de Face: Abordagem, Etiologia, Prognóstico e Características.** Anais do Seminário Científico da FACIG. capa > n. 3, 2017.
16. GUILHERME, F. J. A.; JESUS, R. F.; SILVA, R. C.; SANTOS, L. N. C.; SANTOS, M. B.; **Avaliação Primária no Atendimento ao Trauma em Ambiente de Simulação.** Almanaque multidisciplinar de pesquisa. a. 1, n. 2, v. 1, 2014.
17. KAYE, R.; PASKHOVER, B.; POVOLOTSKIY, R.; YOUSSEF, P.; **Facial Fractures in Young Adults: A National Retrospective Study.** SAGE Journals: Annals of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology. 2019.
18. MIERZWA, T.; NETTO, F.S.; OLIVEIRA.; **Protocolo de atendimento inicial ao politrauma HUOP: princípios práticos de organização de saúde.** 2015.
19. OLIVEIRA, T. N. S.; **Trauma: Atendimento Inicial no Intra-Hospitalar.** Repositório Institucional da UFSC. 2017.

20. Organização Mundial da Saúde, <https://nacoesunidas.org/acidentes-de-transito-matam-125-milhao-de-pessoas-no-mundo-por-ano/>, fevereiro – 2018.