TRAUMA, CIRURGIA E Medicina Intensiva

EDIÇÃO V

Capítulo 23

MANEJO DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS E INFARTADOS

MARIA CLARA BELTRÃO MAIA[1]
NÍCOLAS SANTOS GONÇALVES[1]
LETÍCIA BRANDÃO GONÇALVES SILVA[1]
RAISSA MACENA CARVALHO[1]
MARIA CLARA CARVALHO MELO[1]
CARLOS RANIERI TIANO BASTOS NOVAES FAGUNDES[1]
RAFAEL HRISTOV TEIXEIRA[1]
GABRIEL MONTENEGRO RIBEIRO DA SILVA CAVALCANTE[1]
ANNA MARY DA SILVA SOUZA[1]
GABRIEL HENRIQUE GOMES DE OLIVEIRA[1]
EMANUELA SOLJENITSIN BENIGNO SOARES ARAÚJO[1]
GABRIELA AMOURY SASAKI ACÁCIO[1]
GUSTAVO REZENDE ESTERL[1]
ANTÔNIO AURÉLIO FAGUNDES JÚNIOR[2]

[1]Discente - Medicina da Universidade de Brasília (UnB).
[2]Docente – Doutor em Cardiologia pela Universidade de São Paulo (USP) e Pós-Doutorado pela Universidade de Harvard.

Palavras-Chave: *Protocolo; Unidade de Terapia Intensiva; Epidemiologia.*

EDITORA PASTEUR

DOI 10.59290/978-65-6029-221-5.23

INTRODUÇÃO

O atendimento a pacientes politraumatizados e com infarto agudo do miocárdio (IAM) em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) representa um grande desafio para os profissionais de saúde, tendo em vista a complexidade do manejo e necessidade de intervenção rápida. O politraumatismo, definido pela ocorrência simultânea de múltiplas lesões em diferentes órgãos e sistemas, é frequentemente resultado de acidentes de trânsito, quedas e agressões, e acomete principalmente a população jovem e economicamente ativa. O trauma é a principal causa de morte entre pessoas entre 20 e 40 anos e é responsável por cerca de 16.000 mortes por dia no mundo (SANTOS *et al.,* 2018). Essas condições, por sua gravidade e complexidade, além de sua alta incidência, exigem intervenções rápidas, multidisciplinares e coordenadas, desde os primeiros instantes do trauma até a reabilitação do paciente, com objetivo de reduzir a mortalidade e minimizar as sequelas (VINHAS *et al.,* 2024).

O infarto agudo do miocárdio, por sua vez, permanece como uma das principais causas de morte no mundo, afetando, sobretudo, homens entre 51 e 70 anos. Apenas nos Estados Unidos, em 2009, a síndrome coronariana aguda foi responsável por 125 mil mortes e 625 mil hospitalizações (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2013). Para uma melhor intervenção, a rápida identificação dos sinais clínicos e a implementação imediata de medidas terapêuticas, como trombólise e angioplastia, são essenciais para a preservação do tecido cardíaco e melhora do prognóstico.

No que diz respeito ao politrauma, além da necessidade de rápida intervenção, a integração entre diferentes especialidades médicas é essencial. Como as lesões politraumáticas geralmente acometem diversos sistemas orgânicos, faz-se necessário uma abordagem multidisciplinar que envolva especialidades como cirurgia geral, ortopedia, neurologia, anestesiologia e medicina intensiva. Além disso, o uso de tecnologias avançadas, como tomografia computadorizada e ultrassonografia desempenham um papel fundamental na definição das condutas mais adequadas para cada caso (ATLS, 2022).

Assim, torna-se essencial aprofundar a compreensão sobre as melhores práticas no manejo desses pacientes, desde o atendimento pré-hospitalar até os cuidados intensivos e a reabilitação. Nos pacientes politraumatizados, a adoção de protocolos baseados em evidências, como o "ABCDE" (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*) e a priorização do manejo – que compreende estabilização inicial seguida do tratamento de lesões ameaçadoras à vida e coordenação do atendimento para evitar complicações – aliados à capacitação contínua das equipes de saúde e ao uso de tecnologias avançadas, tem-se mostrado fundamental para otimizar o atendimento, aumentar a sobrevida e reduzir a incidência de sequelas. Além disso, o fortalecimento da abordagem multidisciplinar permite que diferentes especialidades atuem de forma integrada, garantindo um cuidado mais abrangente e eficaz (VINHAS *et al.,* 2024).

Nos pacientes infartados, a identificação rápida da síndrome coronariana é essencial para preservação da musculatura miocárdica e diminuição da morbimortalidade (DE OLIVEIRA *et al.,* 2023). Para tanto, é imprescindível estar atento tanto aos sintomas típicos – como dor retroesternal com irradiação para membro superior esquerdo e mandíbula esquerda, sudorese, dispneia e fadiga – quanto aos sintomas atípicos – como desconforto epigástrico, palpitações, náuseas, síncope e parada cardíaca –, mais comuns em mulheres, idosos, diabéticos e pacientes de pós-operatório. Uma vez identificada

uma clínica favorável, é necessário saber solicitar e analisar corretamente os exames complementares – que envolvem principalmente biomarcadores cardíacos e eletrocardiograma (ECG) – e estabelecer uma conduta rápida e eficaz (SMITH *et al.*, 2015).

Em vista disso, este capítulo tem como objetivo abordar os principais aspectos do manejo de pacientes politraumatizados e infartados, desde o diagnóstico das múltiplas lesões e identificação da síndrome coronariana aguda até as condutas iniciais e de longo prazo, além de estratégias de prevenção.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão de escopo, realizada no período entre janeiro e março de 2025, por meio de pesquisas nas bases de dados: *National Library of Medicine, Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Science Direct*, Embase, Scopus, Lilacs, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), além de fontes disponíveis na biblioteca virtual da Universidade de Brasília e buscas direcionadas em plataformas agregadoras da *web*. Os descritores utilizados foram ("Manejo" *OR* "Plano de Tratamento") *AND* ("Protocolo") *AND* ("Traumatismo Múltiplo" *OR* "Lesões Múltiplas") *OR* ("Infarto do Miocárdio" *OR* "Infarto Agudo do Miocárdio") e em inglês *("Management" OR "Treatment Plan") AND ("Protocol") AND ("Multiple Trauma" OR "Polytrauma") OR ("Myocardial Infarction" OR "Acute Myocardial Infarction")*. Foram incluídos artigos publicados entre 2015 e 2025, nos idiomas português e inglês que abordassem o tema proposto para este capítulo. Os critérios de exclusão foram artigos duplicados, pagos, disponibilizados apenas em resumo ou que não abrangesse o tema da revisão. Após selecionados, os artigos foram apresentados de forma descritiva abordando os temas: quadro clínico, diagnóstico, tratamento e profilaxia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quadro Clínico

Pacientes politraumatizados apresentam um quadro clínico caracterizado por choque hemorrágico, coagulopatia e acidose metabólica, frequentemente associados à "tríade letal" de hipotermia, acidose e distúrbios de coagulação. No momento da admissão, muitos apresentam pressão arterial sistólica ≤90 mmHg, hemoglobina reduzida (média de 8,5 g/dL em casos de transfusão maciça), tempo de protrombina prolongado e INR elevado, indicando distúrbios de coagulação. A gravidade das lesões é refletida por escores elevados, como ISS (*Injury Severity Score*) ≥16, e correlações significativas entre hemoglobina, tempo de coagulação e contagem de plaquetas, especialmente em pacientes com choque. Além disso, a acidose metabólica, evidenciada por um *base excess* de -5 mmol/L, reforça a gravidade do estado clínico e a necessidade de intervenção precoce para reduzir a taxa de mortalidade, que pode chegar a 37,8% em casos mais graves (HILBERT-CARIUS *et al.*, 2016).

Pacientes infartados também podem apresentar um quadro clínico variado. Sintomas comuns incluem dor torácica com irradiação para os membros superiores, diaforese, tontura, ansiedade, tosse, chiado no peito e sensação de sufocamento. O exame físico deve avaliar sinais vitais e aspectos cardiorrespiratórios, podendo revelar taquicardia, fibrilação atrial ou arritmias ventriculares, além de pulsos assimétricos em casos de dissecção aórtica. A pressão arterial costuma estar elevada, mas pode evoluir para hipotensão se houver choque cardiogênico. Também podem ser observadas taquipneia e febre, indicando uma resposta inflamatória, além

de distensão das veias jugulares, sugerindo falência do ventrículo direito. No exame cardíaco, pode haver deslocamento lateral do impulso do ápice cardíaco, diminuição do som da primeira bulha, presença de som B4 palpável e um novo sopro de regurgitação mitral, podendo ocorrer um sopro holossistólico alto em caso de ruptura do septo ventricular. O exame respiratório pode revelar estertores e sibilos, indicando edema pulmonar, enquanto as extremidades podem estar cianóticas, edemaciadas e frias em razão da circulação comprometida (MECHANIC *et al.*, 2023).

Diagnóstico

O diagnóstico de um paciente politraumatizado é frequentemente realizado por terceiros no momento do atendimento pré-hospitalar, delineado por condutas estabelecidas pelo *Prehospital Trauma Life Support* (NAEMT, 2023). No momento da admissão deste paciente é imprescindível avaliar o mecanismo do trauma, as injúrias observadas, sinais vitais e os tratamentos até então já estabelecidos. Deste modo, durante a transferência de cuidado é necessário captar essas informações de modo a estabelecer a melhor linha de cuidado do paciente em questão.

Os diagnósticos e condutas iniciais devem seguir o algoritmo preconizado pela 10ª edição do ATLS (ATLS, 2022). A primeira avaliação deve se atentar ao A - *Airway*, visando a avaliar e garantir a perviedade da via aérea do paciente. Neste momento deve-se avaliar a capacidade de fonação do paciente, rouquidão, presença de lesões expansivas em topografia de pescoço, lesões exsanguinantes de forma ativa, deformidades importantes. Em caso de sinais que denotem não perviedade da via aérea ou sinais de falha iminente, deve-se proceder ao tratamento específico. A segunda avaliação, o B - *Breathing* visa avaliar a capacidade respiratória do paciente, por meio de sua expansibilidade torácica, desvio de traqueia, sinais de desconforto respiratório (taquidispneia, retração de fúrcula, movimentos respiratórios paradoxais, retração de arcos costais, batimento de aleta nasal) e ausculta pulmonar. Na terceira avaliação, o C – *Circulation*, devem ser procurados sinais de choque hipovolêmico, como pressão arterial, frequência cardíaca, tempo de enchimento capilar, diminuição do débito urinário, flutuação do nível de consciência, locais de sangramento ativo externo e busca por focos de sangramento por imagem (ultrassonografia E-FAST e tomografia computadorizada). No quarto passo, o D – *Disability*, devem ser procurados essencialmente sinais de rebaixamento de consciência por meio da escala de Glasgow-P, por meio da resposta motora, resposta ocular e resposta verbal e reflexo pupilar. Por fim, a avaliação primária se encerra com o E - *Exposure*, em que o paciente deve ser despido para uma avaliação pormenorizada de outras lesões não evidentes, como desalinhamento de membros ou lesões exsanguinantes ocultas que demandem intervenção específica. Deve-se destacar a importância da manutenção e o controle da temperatura do paciente para que não haja contribuição para a tríade letal do trauma. Após o manejo inicial sistematico e a garantia do bem-estar deste paciente, é necessária uma avaliação secundária detalhada, que aborde diagnósticos prévios, medicações de uso contínuo, história familiar, alergias, cirurgias prévias, busca ativa de outras lesões, entre outros (MADRUGA *et al.,* 2024.

Por sua vez, o diagnóstico do infarto agudo do miocárdio (IAM) envolve uma história clínica típica, alterações eletrocardiográficas e alterações laboratoriais e de marcadores bioquímicos (GO *et al.,* 2013). Dentre os sintomas e queixas do paciente observa-se dor precordial em aperto à esquerda, irradiada para membro superior esquerdo e mandíbula esquerda, de

grande intensidade e prolongada (maior do que 20 minutos), que não melhora ou apresenta apenas alívio parcial com repouso. Além disso, é possível observar também sintomas típicos de sudorese, dispneia e fadiga, e demais sintomas atípicos como desconforto epigástrico, palpitações, náuseas, síncope e parada cardíaca. O principal instrumento diagnóstico e determinante da conduta a ser tomada é o eletrocardiograma (ECG), que deve ser feito seriadamente nas primeiras 24 horas e diariamente após o primeiro dia. O supradesnível do segmento ST >1mm em duas derivações contíguas determina o diagnóstico e correlaciona-se com a topografia do infarto, além de ser possível inferir a artéria culpada por meio do ECG. Ressalta-se que a elevação dos marcadores bioquímicos inicia-se cerca de seis horas após o início da dor típica, assim, deve-se proceder coleta seriada de CKMB. A curva detectada pela coleta seriada mostra ascenso e descenso do marcador, o pico costuma ocorrer nas primeiras 24 horas e correlaciona-se com a extensão do infarto (PESARO *et al*., 2004).

Tratamento

O manejo dos pacientes politraumatizados está associado a uma abordagem multidisciplinar e personalizada que avalie suas comorbidades, gravidade e traumas sofridos. Assim, indivíduos que apresentem politraumatismo e infarto agudo do miocárdio (IAM), simultaneamente, demandam cuidado integrado e imediato, a fim de se estabilizar as condições hemodinâmicas e minimizar danos cardíacos e sistêmicos (SMITH *et al.,* 2023).

Inicialmente, é crucial seguir o protocolo ABCDE (vias aéreas, respiração, circulação, deficiência neurológica e exposição) para avaliação e estabilização do trauma, garantindo vias aéreas pérvias, ventilação adequada e controle de hemorragias (ATLS, 2022). Paralelamente, o manejo do IAM deve incluir a administração precoce de ácido acetilsalicílico (AAS) para inibir a agregação plaquetária, nitratos para alívio da dor torácica e betabloqueadores para reduzir a demanda de oxigênio do miocárdio, conforme indicado em diretrizes clínicas (EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2020). A decisão sobre a reperfusão coronariana, seja por trombólise ou intervenção coronariana percutânea (ICP), deve considerar o risco de sangramento associado ao trauma e a estabilidade hemodinâmica do paciente. Em casos de contraindicações à trombólise devido ao risco hemorrágico, a ICP primária é preferível, desde que disponível em tempo hábil (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2021). **A Tabela 23.1** aborda as ferramentas terapêuticas disponíveis para manejo desse perfil de pacientes, conforme suas especificidades e gravidade.

A intubação orotraqueal deve ser considerada em pacientes com rebaixamento de consciência (Escala de Coma de Glasgow ≤8) ou insuficiência respiratória (CARNEY *et al.,* 2017). Outrossim, a monitorização contínua em unidade de terapia intensiva é essencial para detectar e tratar complicações precoces, ajustando as intervenções conforme a evolução clínica do paciente (VINCENT *et al.,* 2019). Diante desse perfil de paciente, é primordial que a equipe médica designada adote uma intervenção integrada, envolvendo cardiologistas, cirurgiões, intensivistas e outros profissionais de saúde, para otimizar o prognóstico dos politraumatizados (SARQUIS *et al.,* 2024). Para tanto, a comunicação eficaz entre as equipes e a rápida tomada de decisões baseadas em protocolos atualizados são fundamentais para o sucesso do tratamento (RN.COM, 2025).

Tabela 23.1 Linhas de tratamento atuais para pacientes politraumatizados

INTERVENÇÃO	DESCRIÇÃO
Avaliação primária (ABCDE)	1. **A (*Airway* - Vias Aéreas):** Garantir perviedade das vias aéreas, considerando a necessidade de intubação. 2. **B (*Breathing* - Respiração):** Assegurar ventilação adequada e monitorar gases sanguíneos. 3. **C (*Circulation* - Circulação):** Controle de hemorragias, reposição volêmica com cristaloides ou coloides e monitoramento hemodinâmico. 4. **D (*Disability* - Deficiência Neurológica):** Avaliação do nível de consciência utilizando a Escala de Coma de Glasgow e identificação de possíveis lesões neurológicas. 5. **E (*Exposure* - Exposição):** Despir o paciente para identificar todas as lesões, mantendo a normotermia.
Avaliação secundária	Realização de anamnese detalhada e exame físico completo para identificar lesões adicionais.
Imagens diagnósticas	Solicitação de exames de imagem (radiografia, tomografia computadorizada) conforme suspeita clínica.
Tratamento cirúrgico	Intervenções para controle de hemorragias internas, reparo de órgãos lesionados e estabilização de fraturas.
Cuidados pós-operatórios	Monitorização em unidade de terapia intensiva, manejo da dor, prevenção de infecções e reabilitação funcional.
Reabilitação	Programas de fisioterapia e suporte psicológico para recuperação funcional e emocional do paciente.

Fonte: Adaptado de JAMES & PENARDT, 2025.

Profilaxia

A profilaxia para evitar acidentes de politraumatismo ou infarto envolve uma abordagem preventiva que inclui modificações no estilo de vida, segurança pessoal e comunitária e cuidados de saúde Para além disso, a profilaxia no manejo de pacientes politraumatizados e infartados envolve uma abordagem multifacetada, focada em prevenir complicações e melhorar os desfechos clínicos. O uso de coagulantes, como heparina de baixo peso molecular ou fondaparinux, quando clinicamente indicado, é importante em pacientes com politraumas para evitar o tromboembolismo profundo (COSTA *et al.,* 2025). Devido à exposição a ambientes contaminados ou lesões abertas, recomenda-se que haja o uso de antibióticos, baseando-se no tipo da lesão e na suspeita de contaminação. O manejo hemodinâmico é essencial para a correção agressiva da hipotensão arterial e para a manutenção adequada da circulação pós trauma (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO, 2018. Atendimento ao Paciente Politraumatizado). Ademais, para prevenir úlceras de estresse, recomenda-se o uso de inibidores de bomba de prótons ou antagonistas de receptores H2 em pacientes críticos (COSTA *et al.,* 2025).

Em relação ao infarto agudo do miocárdio (IAM), têm-se as medidas profiláticas subdivididas em 2 subgrupos: profilaxia primária e secundária.

1. Profilaxia primária: visa prevenir um primeiro episódio de IAM em indivíduos que apresentem alto risco cardiovascular. Entre as medidas profiláticas, mudanças de estilo de vida relacionados a cessação de tabagismo, prática de exercícios, controle do peso e dieta balanceada, assim como terapia farmacológica para controle de doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia estão entre as principais medidas para evitar a ocorrência de um evento cardiovascular agudo (O'GARA *et al*., 2013).

2. Profilaxia secundária: visa prevenir a recorrência de eventos cardiovasculares em pacientes com IAMs prévios. Diretrizes recomendam o uso de terapia antiplaquetária ou até terapia antiplaquetária dupla (DAPT) por 12 meses após o evento, seguindo com aspirina indefinidamente. O uso de medicações que reduzem taxas de colesterol, controlam a hipertensão arterial e/ou quadros de hiperglicemia crônica também desempenham um papel essencial na prevenção da ocorrência de novos eventos. Mudanças de estilo de vida também se mostraram muito efetivas na redução de recorrência de quadros do tipo (BOO *et al.,* 2024).

CONCLUSÃO

O manejo de pacientes politraumatizados e infartados em UTIs requer abordagem integrada, ágil e multidisciplinar, baseada em protocolos como o ABCDE para estabilização inicial e tecnologias diagnósticas (E-FAST, tomografia) para otimizar intervenções. Em politraumatizados, a correção da "tríade letal" (hipotermia, acidose, coagulopatia) e controle hemodinâmico são cruciais para reduzir a mortalidade. No infarto, a identificação precoce de sintomas típicos e atípicos, a realização do eletrocardiograma e dos biomarcadores permitem terapias de reperfusão (angioplastia/trombólise), equilibrando risco hemorrágico e urgência coronariana.

A colaboração entre especialidades (cardiologia, cirurgia, intensivistas, ortopedia) é essencial para tratar lesões múltiplas e comorbidades. Medidas profiláticas, como anticoagulantes e controle de fatores de risco, previnem complicações, como tromboembolismo, infecções e úlceras de estresse. Diante disso, a associação de doença coronariana e o politraumatismo é um problema multiprofissional que pode ser evitado na maioria dos casos.

A capacitação contínua das equipes, protocolos atualizados (ATLS, diretrizes cardiovasculares) e investimento em tecnologias melhoram os desfechos. Futuros estudos devem focar em estratégias personalizadas, especialmente para pacientes com trauma e infarto concomitantes, além de ampliar o acesso a terapias inovadoras em diferentes contextos geográficos e socioeconômicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT (ATLS). ATLS: Advanced Trauma Life Support Student Manual. American College of Surgeons, 2022.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. 2021 Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care, 2021.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Heart Disease and Stroke Statistics—2013 Update: A Report From the American Heart Association. Circulation, v. 127, n. 1, p. e6, 2013. Doi:10.1161/cir.0b013e31828124ad.

BOO, K.Y. *et al.* Optimal duration of medical therapy for patients with acute myocardial infarction. Medicine (Baltimore), v. 103, n. 48, p. e40697, 2024. doi: 10.1097/MD.0000000000040697.

CARNEY, N. *et al.* Guidelines for the Management of Severe Traumatic Brain Injury, Fourth Edition. Neurosurgery, v. 80, n. 1, p. 6, 2017. DOI: 10.1227/NEU.0000000000001432.

COSTA, B.L.S. *et al.* A importância do atendimento especializado ao paciente politraumatizado. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 7, n. 2, 2025. https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n2p839-846.

DE OLIVEIRA, M.T. *et al.* Atendimento inicial ao paciente politraumatizado. Brazilian Journal of Health Review, [S.l.], v. 6, n. 6, p. 32832, 2023. DOI: 10.34119/bjhrv6n6-484.

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment 1 elevation. 2020.

GO, A.S. *et al.* Heart disease and stroke statistics—2013 update: A report from the American Heart Association. Circulation, v. 127, n. 1, p. e6, 2013. doi:10.1161/CIR.0b013e31828124ad.

HILBERT-CARIUS, P. *et al.* Clinical presentation and blood gas analysis of multiple trauma patients for prediction of standard coagulation parameters at emergency department arrival. Anaesthesist, v. 65, n. 4, p. 274, 2016. doi: 10.1007/s00101-016-0150-y.

JAMES, D. & PENNARDT, A.M. Trauma Care Principles. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025.

MADRUGA, F.V.C.N. *et al.* Abordagem inicial ao politraumatizado. Revista Brasileira de Fisioterapia, v. 28, n. 138, p. 66, 2024. DOI: 10.69849/revistaft/ar10202409021134.

MECHANIC, O.J. *et al.* Acute Myocardial Infarction. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.

NAEMT (National Association of Emergency Medical Technicians). PHTLS: suporte de vida pré-hospitalar ao traumatizado. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2020.

O'GARA, P.T. *et al.* 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation, v. 127, n. 4, p. e362, 2013. doi:10.1161/CIR.0b013e3182742cf6.

PESARO, A.E.P. *et al.* Infarto Agudo do Miocárdio - Síndrome Coronariana Aguda com Supradesnível do Segmento ST. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 50, n. 2, p. 214, 2004. https://doi.org/10.1590/S0104-42302004000200041.

RN.COM. National Patient Safety Goals. Disponível em: https://www.rn.com/blog/headlines-in-healthcare/national-patient-safety-goals/. Acesso em: 19 mar. 2025.

SANTOS, M.A.S. *et al.* Assistência de enfermagem ao paciente politraumatizado. Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT- ALAGOAS, v. 4, n. 3, p. 11, 2018.

SARQUIS, L.M. *et al*. Epidemiological profile of patients undergoing non-operative management of solid organ injury and associated factors with mortality. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 51, p. e20243734, 2024. https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20243734-en.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. Atendimento ao Paciente Politraumatizado - Diretrizes Clínicas. 2018. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Consulta%20P%C3%BAblica/Diretriz%20Trauma%2013%2008%20_2_.pdf. Acesso em: 8 mar. 2025.

SMITH, J. *et al.* Management of Polytrauma Patients with Concomitant Acute Myocardial Infarction. Journal of Trauma and Acute Care Surgery, v. 94, n. 1, p. 123, 2023.

SMITH, J.N. *et al.* Diagnosis and management of acute coronary syndrome: an evidence-based update. Journal of the American Board of Family Medicine, v. 28, n. 2, p. 283, 2015. DOI: 10.3122/jabfm.2015.02.140189.

VINCENT, J.L. *et al.* Critical Care in Resource-Limited Settings: A Consensus Statement. Intensive Care Medicine, v. 45, n. 6, p. 821, 2019.

VINHAS, P.A.R. *et al*. Manejo do Paciente Politraumatizado: Uma Abordagem Médica. Periódicos Brasil. Pesquisa Científica, Macapá, Brasil, v. 3, n. 2, p. 780, 2024. DOI: 10.36557/pbpc.v3i2.117.