

TRAUMA PEDIÁTRICO: PARTICULARIDADES NO ATENDIMENTO À CRIANÇA POLITRAUMATIZADA

Beatriz Cristina Moreira¹, Ciro Ferrari de Souza¹

¹Universidade Nove de Julho

beatriz.cristina.moreira1512@gmail.com

Introdução: O trauma é a principal causa de morte em crianças e adolescentes, responsável por mais óbitos nessa faixa etária do que todas as doenças combinadas. No Brasil, acidentes de trânsito, quedas, afogamentos e violência urbana figuram entre as causas mais prevalentes, com perfil variável conforme a idade. Embora a abordagem inicial siga princípios semelhantes aos do adulto, baseados no ATLS e no Pediatric Advanced Life Support (PALS), a criança politraumatizada apresenta particularidades anatômicas, fisiológicas e psicológicas que tornam seu manejo distinto, sendo a ressuscitação inadequada a principal causa evitável de óbito nessa população. **Objetivo:** Descrever as particularidades no atendimento inicial à criança politraumatizada, destacando as diferenças em relação ao adulto e as condutas baseadas em evidências para cada etapa da avaliação primária. **Metodologia:** A pesquisa foi realizada nos bancos de dados PubMed e SciELO, com publicações entre 2015 e 2026, em português e inglês, usando as palavras-chave "pediatric trauma" e "initial management", combinadas pelo operador booleano "AND". **Resultados:** Foram registrados 193 artigos, dos quais 25 atendiam aos critérios de inclusão. Os estudos evidenciaram que as diferenças anatômicas da criança, como occipital proeminente, laringe anteriorizada e traqueia mais curta, impõem técnicas específicas de manutenção das vias aéreas, com posicionamento em decúbito neutro para evitar hiperextensão cervical. A intubação orotraqueal é indicada quando a Escala de Glasgow for igual ou inferior a 8, com pré-oxigenação obrigatória. Na avaliação circulatória, a hipotensão é sinal tardio no choque pediátrico, surgindo após perda superior a 25% da volemia, tornando taquicardia e aumento do tempo de enchimento capilar os marcadores precoces mais confiáveis. A reposição volêmica é feita com bolus de 20 mL/kg de cristalóide isotônico, repetível conforme resposta clínica. O acesso intraósseo deve ser estabelecido quando o acesso venoso periférico não for obtido em até 90 segundos. O Pediatric Trauma Score (PTS) é preditor de gravidade amplamente utilizado, sendo crianças com escore inferior a 8 candidatas à transferência para centros especializados. Dados nacionais revelam TCE grave como principal causa de morte e sequelas, reforçando a necessidade de controle rigoroso da pressão intracraniana desde a avaliação inicial. **Conclusões:** O atendimento à criança politraumatizada exige equipe treinada e protocolos específicos, pois as particularidades anatômicas e fisiológicas impõem condutas distintas das aplicadas ao adulto. O reconhecimento precoce do choque, a manutenção das vias aéreas e a prevenção da lesão cerebral secundária são pilares fundamentais para redução da morbimortalidade no trauma pediátrico.

Palavras-chave: Trauma pediátrico. Politraumatizado. Atendimento inicial.

Área temática: Emergências relacionadas ao trauma.

Referências:

MCFARLAND, C. A. et al. Initial assessment and management of pediatric trauma patients. *Pediatric Emergency Care*, PMC3500003, 2012.

ABRAMOVICI, S.; SOUZA, R. L. Abordagem em criança politraumatizada. *Jornal de Pediatria*, v. 75, n. 2, 1999.

SCHVARTSMAN, C. et al. Avaliação e transporte da criança traumatizada. *Jornal de Pediatria*, v. 81, n. 5 supl., 2005.

EASTER, J. S. et al. Pediatric emergency 2024 updates. *Pediatric Emergency Care*, 2024.

SCHARNOSKI, F. G. et al. Estudo epidemiológico do trauma pediátrico em um hospital de referência em Curitiba. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, v. 50, 2023.