



POP – Protocolo Operacional Padrão

Imobilização Pélvica

Nº	00
Páginas	1/9
Data	Abril 2025
Equipe responsável	NEP- Núcleo de Educação Permanente do CIS-URG Oeste
Público alvo	Equipe intervencionista da Unidade de Suporte Avançado (USA), Unidade de Suporte Básico (USB) e Suporte Intermediário de Vida (SIV)
Autor (es)	Enf ^{as} Maísa Mara e Liliane Pena
Revisor (es)	Enf ^{as} Larissa Martins e Maria Cândida; Condutor Socorrista Ronaldo Leonam
Links de acesso videoaula	https://youtu.be/CvS18R8g65I

Objetivo

Padronizar a técnica de imobilização da pelve.

Definição

Lesões pélvicas são potencialmente fatais e requerem identificação e tratamento precoce. Fraturas da pelve podem causar rompimento dos vasos sanguíneos e subsequentemente hemorragia interna, choque e morte. A pelve pediátrica é mais flexível, tornando-a menos propensa a fraturas, no entanto, a energia do trauma é transmitida aos órgãos secundários. A fratura de pelve deve ser suspeitada em casos de mecanismo de lesão significativos, especialmente quando constatada instabilidade hemodinâmica após trauma. Sendo assim, lesões intra-abdominais e de órgãos pélvicos também devem ser consideradas.

A aplicação da contenção pélvica pode reduzir fraturas e estabilizar o anel pélvico, o que pode auxiliar na redução do sangramento ativo. A contenção pélvica deve ser colocada em todos os casos de trauma que apresentem instabilidade hemodinâmica e dor pélvica ou em situações de trauma com mecanismo que seja suspeito de lesão pélvica significativa.

Imobilização Pélvica

Avaliação

A pelve é avaliada na letra **C** da avaliação XABCDE. Essa avaliação acontece por observação e palpação.

Observação: avalie quanto escoriações, contusões, hematomas, lacerações, fraturas expostas, sinais de distensão e instabilidade hemodinâmica.

Palpação: realize pressão medial suave nas cristas ilíacas bilateralmente, avaliando dor e movimentos anormais (Imagens 1 e 2). Em seguida, suavemente, pressione a sínfise púbica com a base da mão (Imagem* 3).



Imagens* 1 e 2 - Palpação bilateral das cristas ilíacas.



Imagem* 3 – Palpação da sínfise púbica.

IMPORTANTE!

- Qualquer evidência de cinemática de alta energia, instabilidade, relato de dor ou suspeita de fratura, por exemplo, **REALIZAR IMOBILIZAÇÃO SEM A NECESSIDADE DE PALPAÇÃO**.
- Como a palpação da pelve instável pode mover segmentos fraturados e romper qualquer coágulo formado, agravando assim a hemorragia, esta etapa do exame **DEVE SER REALIZADA APENAS UMA VEZ E NÃO REPETIDA**.
- A flexão da pelve, “manobra de distração” (girar a pelve internamente e em seguida externamente) **NÃO É RECOMENDADA**.
- Em situações em que a palpação constatou-se movimentação/crepitação, o socorrista **NÃO DEVE SOLTAR A PELVE ATÉ QUE OUTRO REALIZE A IMOBILIZAÇÃO**.

Características Clínicas

Os mecanismos comuns de lesão que resultam em fratura pélvica incluem:

- Acidentes de trânsito;
- Queda de altura;
- Esmagamento.

Sinais e sintomas da fratura de pelve:

- Dor;
- Hematomas (escrotal/vulvar; flancos – retroperitoneal);
- Sangramentos;
 - Meato uretral (lesão na uretra/próstata/bexiga)
 - Vaginal (lesão na vagina/útero/bexiga)
 - Retal (perfuração intestinal)
- Pelve assimétrica/ Encurtamento do membro;
- Diminuição do pulso dos membros inferiores;
- Reduzida ou ausente sensação nos membros inferiores;
- Instabilidade hemodinâmica e choque.

Dispositivos

- A literatura evidencia a cinta pélvica como principal dispositivo de contenção e em casos de indisponibilidade, a orientação é o uso do lençol. No entanto, na falta dessas opções, deve-se utilizar material que mantenha os mesmos princípios.
- Nas unidades de atendimento do CIS-URG Oeste a cinta pélvica e o lençol não estão disponíveis. Assim, para contenção pélvica, **será preconizado o uso da manta aluminizada**, uma vez que é o material que mais se assemelha aos indicados.
- Vale ressaltar que se a equipe estiver em um ambiente que tenha o lençol (ambiente domiciliar ou unidade de saúde, por exemplo), o mesmo pode ser utilizado. **IMPORTANTE:** é necessário que o lençol seja de tecido firme de algodão, sem elasticidade.

OBSERVAÇÃO: investigação por Ultrassom (FAST *Scan*), é capaz de revelar fluido livre na pelve (Equipamento disponível nas USAs).

Imobilização Pélvica

Técnica utilizando Manta Aluminizada – 3 SOCORRISTAS

- A técnica deve ser realizada por pelo menos 2 profissionais. Quando disponível 3 socorristas, um deles deve permanecer na imobilização manual da cervical, enquanto os outros 2 executam a imobilização da pelve.

1 . Preparo da manta: para atingir melhor proporção, abra a manta totalmente (Imagem* 4), dobre-a ao meio (Imagem* 5) e realize dobras até alcançar uma largura aproximada de 15 a 20 cm (Imagem* 7).



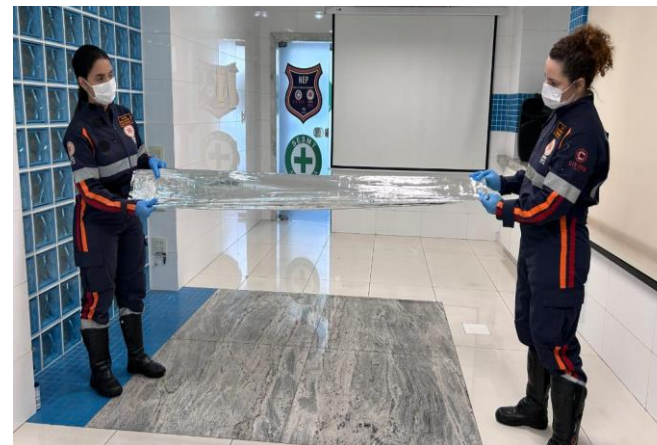
Imagem* 4 – Manta totalmente aberta.



Imagem* 5 – 1 Manta dobrada ao meio.



Imagem* 6 – 3ª dobra da manta.



Imagem* 7 – Manta com largura pronta para uso.

Imobilização Pélvica

2. Utilização: o paciente deve estar em decúbito dorsal. Com um socorrista de cada lado, passe a manta aluminizada por baixo dos joelhos do paciente e deslize-a delicadamente em movimentos de serrote ou manobras de ziguezague até a região dos quadris (Figura 1).

RECOMENDAÇÃO: após dobrada, deixe a parte da manta aberta voltada para os membros inferiores, para evitar que rasgue a manta aluminizada durante o deslizamento.

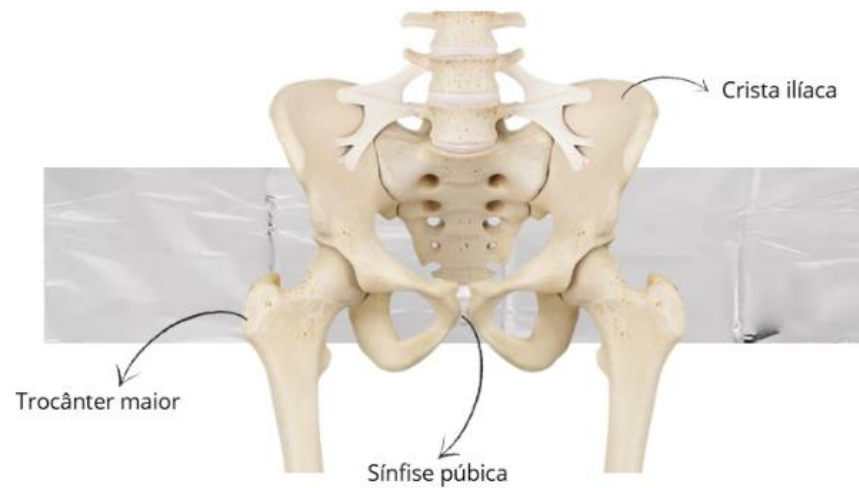


Figura 1 – Local de inserção da manta.

OBSERVAÇÃO: a equipe já pode deixar um kit de imobilização pélvica montado e identificado dentro da unidade, contendo uma manta já devidamente dobrada e um esparadrapo inteiro.

Imobilização Pélvica

3. **Fixação:** certifique-se que as pontas da manta estejam com tamanhos aproximados (Imagem* 8). Cruze as pontas da manta entre os socorristas (Imagem* 9). Para estabilizar a pelve, tracione e torça as pontas da manta (Imagens* 9 e 10), no máximo 2 vezes, com o objetivo de deixá-la firme e fixe-as com esparadrapo (Imagem* 11). RECOMENDAÇÕES 1: deixe os esparadrapos cortados e em local de fácil acesso. Se o esparadrapo estiver inteiro, sem estar picotado, rasgue cerca de 10 cm de comprimento por 10 cm de largura. Esparadrapos picotados, utilize 2 partes para alcançar a espessura. 2: as pontas que sobraem da manta aluminizada após a fixação podem ser cortadas.



Imagem* 8 – Pontas com tamanhos aproximados.



Imagem* 9 – Cruzamento e tração da manta.



Imagem* 10– Torção das pontas da manta.



Imagem* 11 – Fixação da manta com esparadrapo.

Técnica utilizando Manta Aluminizada – 2 SOCORRISTAS

- Um socorrista deve permanecer na imobilização manual da cervical, enquanto o outro executa a imobilização da pelve. Se necessário, solicitar apoio na Central de Regulação ou ajuda de um popular, lembrando que o mesmo não deve ser o responsável pela imobilização cervical.

1. Preparo da manta: para atingir melhor proporção, abra a manta totalmente (Imagem* 4). Dobre-a ao meio e realize dobras até alcançar uma largura aproximada de 15 a 20 cm (Imagem* 7).

2. Utilização: o paciente deve estar em decúbito dorsal e o socorrista responsável pela imobilização da pelve permanecer na lateral do mesmo (Imagem* 12). Primeiro, passe a manta aluminizada por baixo dos joelhos do paciente (Imagem* 13) e deslize-a delicadamente em movimentos de serrote ou manobras de zigue-zague até a região do quadril (Imagem* 14). Não é recomendado que o socorrista pule o paciente ou fique em posição de cavaleira. RECOMENDAÇÃO: após dobrada, deixe a parte da manta aberta voltada para os membros inferiores, para evitar que a mesma rasgue durante o deslizamento.



Imagem* 12 – Posição do socorrista e paciente.



Imagem* 13 – Manta por baixo dos joelhos do paciente.



Imagem* 14 – Manta no quadril.

Imobilização Pélvica

3. Fixação: certifique-se que as pontas da manta estejam com tamanhos aproximados (Imagem* 15). Cruze as pontas da manta tracionando para estabilizar a pelve (Imagem* 16); torça as pontas (Imagem* 17), no máximo 2 vezes, com o objetivo de deixá-la firme e fixe-as com esparadrapo (Imagem* 18).
RECOMENDAÇÃO: deixe os esparadrapos cortados e em local de fácil acesso. Para esparadrapo inteiro, sem estar picotado, rasgue cerca de 10cm de comprimento por 10cm de largura. Para esparadrapos picotados, colar 2 partes na tentativa de alcançar a espessura.



Imagem* 15 – Pontas com tamanhos aproximados.



Imagem* 16 – Cruzamento e tração da manta.



Imagem* 17 – Torção das pontas da manta.



Imagem* 18 – Fixação da manta com esparadrapo.

ACSCT, American College Of Surgions Committee On Trauma. Advanced Trauma Life Suport - ATLS. 10ªed, 2018. Library of Congress Control Number: 2017907997. ISBN 78-0- 9968262-3-5.pdf.

CLINICAL PRACTICE PROCEDURES: TRAUMA / ORTOPAEDIC SPLINTING – PROMETHEUS PELVIC. Queensland; 2021. Disponível em: <https://ambulance.qld.gov.au/clinical.html>. Acesso em: 5 mar. 2025.

CLINICAL PRACTICE GUIDELINES: TRAUMA/PELVIC INJURY. Queensland; 2021. Disponível em: Disponível em: <https://ambulance.qld.gov.au/clinical.html>. Acesso em: 10 mar. 2025.

Khaliq F, Rodham P. EMS Pelvic Binders. 2024 Jan 1. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan–. PMID: 38170809.

NATIONAL MODEL EMS CLINICAL GUIDELINES. Estados Unidos da América;2022 versão 3.0. Disponível em: <https://www.nasemso.org>. Acesso em 1 de mar .2025.

NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS. Prehospital Trauma Life Support – PHTLS. 10ª. ed. Burlington: Jones & Bartlett Leanirng, 2024.