
Proposta de elaboração de um manual de assistência de enfermagem ao politraumatizado adulto grave na sala de emergência

CÁTIA MILLENE DELL AGNOLO(UNINGÁ)¹
MARIZA APARECIDA DE SOUZA(UNINGÁ)²
ROSELI APARECIDA SUSSAI GIBIN(UNINGÁ)²

RESUMO

No Brasil, o trauma constitui-se a terceira causa de morte. Vem aumentando significativamente nos últimos anos, superando as doenças cardiovasculares e neoplásicas. Quando considerada a faixa etária jovem, torna-se a primeira causa de mortalidade. Apesar de todas as tentativas de sistematização no atendimento ao trauma, taxas expressivas de mortalidade são apresentadas, visto que grande parte dos pacientes não recebem o tratamento adequado, sendo necessário portanto, e constitui-se no objetivo deste trabalho, realizar uma revisão bibliográfica enfatizando o conceito de politraumatizado adulto grave, identificar escore de trauma e etiologia, cinemática, conceituar e descrever atendimento inicial e avançado ao politraumatizado adulto grave, vias aéreas com controle de coluna cervical, traumatismo cranioencefálico, raquimedular, torácico, abdominal, pélvico, de extremidades, na gestante, no idoso, no choque, bioética no atendimento de emergência, aparelhos e equipamentos e a assistência de enfermagem fundamentada cientificamente através do desenvolvimento de um manual que contemple esses itens e seja voltados para atendimento de enfermagem ao politraumatizado adulto grave de forma sistematizada.

Palavras-chave: Politraumatizado. Assistência de Enfermagem. Sala de Emergência

¹ Professora Mestre Faculdade Ingá – UNINGÁ

² Enfermeiras graduadas pela Faculdade Ingá – UNINGÁ

INTRODUÇÃO

Nos últimos tempos tem-se notado um aumento no número de atendimento nos serviços de emergências, tendo como principais causas um crescimento desordenado da população, o aumento da criminalidade, da violência e do número de acidentes (RIBEIRO, 2001). Estatísticas demonstram que nos Estados Unidos, o trauma se constitui na terceira causa de morte na população em geral, superada pela doença cardiovascular e pelas doenças neoplásicas. Porém, quando consideramos o grupo etáreo socialmente ativo, jovem, torna-se a primeira causa (PESSOA, 2001). A palavra trauma pode significar desde lesões simples e pequenas, até mesmo lesões graves e fatais, únicas ou múltiplas, podendo ser decorrente de acidentes de trânsito e agressões (PINTO, 2004). No Brasil, Pinto (2004), coloca que, por esse e outros motivos o trauma passou a ser considerado como um Problema de Saúde Pública. Diante dessa realidade não só nacional, mas acometendo vários países, faz-se necessária a prevenção, através de campanhas e, principalmente a criação de modelos de atendimento, visando reduzir estes índices de morbi-mortalidade e incapacidade, padronizando a assistência. Dentre a equipe de saúde, a enfermagem assume um papel decisivo na medida em que atua diretamente no primeiro atendimento. Ribeiro (2001), descreve o papel do enfermeiro no atendimento ao politraumatizado como crucial, participando e se responsabilizando pela montagem e organização da sala de atendimento ao trauma, treinamento da equipe e verificação da qualidade de atendimento. Portanto, a intenção deste trabalho é fazer um levantamento bibliográfico visando a elaboração de um manual de assistência de enfermagem ao politraumatizado adulto grave, que forneça subsídios à equipe, proporcionando capacitação e atualização da mesma, em dados fundamentados cientificamente.

JUSTIFICATIVA

A necessidade de realização deste trabalho deve-se ao fato de ter sido constatado durante a graduação a escassez de material científico direcionado a assistência de enfermagem ao politraumatizado adulto grave. Sabe-se que, à medida que as diferentes causas e ocorrências de trauma se multiplicam, torna-se necessário um aprimoramento contínuo e padronização de atividades, buscando reduzir o impacto das estatísticas. Para tanto, e por tratar-se de uma emergência médica, sua ocorrência

requer atendimento rápido, eficaz e sistematizado de toda a equipe, especialmente a da enfermagem, podendo representar a diferença entre a vida e a morte do paciente. Cabe ao enfermeiro o domínio teórico, a capacidade de liderança, a agilidade no atendimento, a iniciativa e a estabilidade emocional, para o atendimento direto e direcionamento da equipe, sendo necessário uma constante atualização, sendo este um dos objetivos da elaboração deste manual.

METODOLOGIA

Este trabalho é uma pesquisa bibliográfica, desenvolvido a partir de fontes bibliográficas, exclusivamente. Foram utilizadas como fontes bibliográficas, livros, obras de referência como manuais, bem como publicações periódicas científicas através da utilização de artigos e revistas, além de teses e dissertações. O primeiro procedimento realizado foi um levantamento bibliográfico na biblioteca convencional da Faculdade Ingá - UNINGÁ, através de consulta eletrônica. Foram realizadas também consultas em base de dados por acesso via internet, através de busca por assuntos e por meio de palavras-chave e pesquisa com sistema de busca em páginas da Web destinadas a pesquisa. De posse do material bibliográfico foi realizada leitura exploratória, leitura seletiva, selecionando as obras que fariam parte da pesquisa; leitura analítica, analisando os textos; leitura interpretativa, buscando-se selecionar a obra com o objeto de estudo do trabalho. Posteriormente foi realizada tomada de apontamento e confecção de fichas, de forma a identificar as obras e ordenar o conteúdo. Após as etapas anteriores realizou-se a revisão dos estudos já existentes, destacando os assuntos de maior relevância à enfermagem, ordenando-os de forma objetiva, porém completa, de forma a contemplar o conteúdo necessário à elaboração de um manual de assistência de enfermagem ao politraumatizado adulto grave na sala de emergência. O levantamento das fontes bibliográficas foi realizado no período de abril a julho de 2005, a elaboração do projeto de pesquisa foi no mês de julho e a leitura do material, foi realizada nos meses de agosto e setembro.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Com a urbanização desordenada e o desenvolvimento tecnológico, além da má distribuição de renda, fácil acesso às armas e a banalização da

violência, incentivada pela mídia, houve um aumento alarmante do número de acidentes de trânsito e de trabalho bem como das agressões interpessoais (FREIRE, 2001). O trauma é atualmente a principal causa de morte nas primeiras quatro décadas de vida superando apenas as doenças cardiovasculares e neoplásicas quando consideradas todas as faixas etárias (FREIRE, 2001). O trauma é definido como um evento nocivo que advém de liberação de formas específicas de energias ou barreiras físicas ao fluxo normal de energia (ATLS, 1997).

Pinto (2004), coloca que, é importante lembrar que a palavra “trauma” tem um sentido amplo que pode significar desde uma lesão pequena e simples, até mesmo lesões graves, únicas e/ou múltiplas. A violência pode ocorrer nas ruas, no trânsito, no trabalho ou nos próprios domicílios, pode ser infligida por desconhecidos ou ter origem doméstica entre cônjuges, pais, filhos, entre outras formas. O doente politraumatizado é considerado como de alto risco pela potencialidade de sua gravidade, pois pode apresentar suas funções vitais modificadas em um curto período, uma vez que o trauma frequentemente produz lesões simultâneas em vários órgãos (RIBEIRO, 2001). A morte decorrente de trauma acontece em um de três bem estabelecidos momentos. O primeiro pico, morte imediata, ocorre segundos ou minutos após o trauma. Ela decorre de extensas lesões cerebrais, lesão de coluna cervical com comprometimento medular, lesão cardíaca ou de vaso calibroso. O segundo pico, morte precoce, é aquela que ocorre nas primeiras horas após a agressão e é particularmente conseqüente a sangramento (lesão de vísceras maciças intraperitoneal), fratura pélvica, hematoma subdural e epidural, hemopneumotórax. O terceiro pico de morte tardia, ocorre vários dias ou semanas após o traumatismo. Neste período elas acontecem em conseqüência de infecção e disfunção de múltiplos órgãos e sistemas. É preciso, então, habilitação e protocolo (abordagem sistematizada), tendo em vista que a primeira hora após o trauma é a hora de ouro desse atendimento quando todos os esforços devem ser concentrados para que o paciente alcance os cuidados definitivos dentro desse período, porque o tempo é essencial (DRUMOND, 2001). A prevenção do trauma pode ser considerada como primária, secundária ou terciária. A prevenção primária implica em eliminar totalmente o trauma em si, de tal forma que ele não aconteça. A prevenção secundária parte da premissa que a lesão traumática pode ocorrer, mas empenha-se em reduzir a gravidade das lesões. Entende-se por prevenção terciária as medidas para reduzir as conseqüências do trauma uma vez que ele já ocorreu. Neste sentido,

constitui-se em medidas de prevenção terciária o próprio sistema de trauma, incluindo a coordenação dos recursos de emergência médica, a identificação dos centros de trauma e a integração dos serviços de reabilitação para reduzir seqüelas. As medidas de prevenção das lesões traumáticas podem ser orientadas para os fatores humanos (aspectos comportamentais), para os vetores da agressão e/ou para os fatores ambientais e podem ser executadas de acordo com os quatro Es da prevenção, sendo, 1-Educação, 2-Execução (das leis), 3-Engenharia e 4-Economia (incentivos). A educação é a pedra angular da prevenção das lesões traumáticas. As iniciativas educacionais são relativamente fáceis de serem implementadas, incentivam o desenvolvimento das responsabilidades dos cidadãos e servem para expor os problemas à opinião pública. Se não existir um público informado e atuante, o esforço do legislativo subsequente (ou seja, a execução das leis) tem grande probabilidade de esvaziar. A educação parte da premissa que o conhecimento induz a mudanças no comportamento (ATLS, 1997). Por esse motivo é de suma importância e, estritamente necessário, disponibilizar ao pessoal de enfermagem um manual de enfermagem completo, porém objetivo, fundamentado cientificamente, de forma a subsidiar a atuação dessa equipe.

RESULTADOS

PROPOSTA DE ELABORAÇÃO DE UM MANUAL DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO POLITRAUMATIZADO ADULTO GRAVE NA SALA DE EMERGÊNCIA

Assistência de enfermagem ao politraumatizado adulto grave na sala de emergência.

O enfermeiro de unidade de politraumatizado realiza tanto atividades administrativas quanto assistenciais. O politraumatizado deve ser avaliado tanto pela equipe médica quanto pela equipe de enfermagem no que se refere ao cumprimento do protocolo preconizado pelo manual do ATLS, o qual cria uma seqüência lógica e padronizada de atendimento inicial ao politraumatizado, garantindo a adequação entre os profissionais. O enfermeiro avalia o paciente desde a sua entrada na unidade até o encaminhamento para unidades específicas. A complexidade e a multiplicidade das lesões, somadas à necessidade de iniciar rapidamente o atendimento, exigem que a assistência seja

organizada. É importante estabelecer prioridades de avaliação e tratamento no atendimento das lesões críticas (UNICOVSKY, 2005).

Prescrição de Enfermagem	Justificativa
1. Atender as ligações do acionamento do serviço pré-hospitalar.	1. Para receber informações do estado do paciente e gravidade, o tipo de trauma e principais lesões, para que seja acionada a equipe de atendimento ao trauma (PHTLS, 2004; OLIVEIRA, 2001; ATLS, 1997).
2. Acionar a equipe da sala atendimento ao politraumatizado.	2. Para que a equipe prepare a sala e acione toda a equipe, para a realização de um atendimento qualificado e sistematizado em busca de proporcionar ao trauma um bom atendimento para um melhor prognóstico (UNICOVSKY, 2005; WEHBE, 2001).
3. Colher os principais dados referentes à história do trauma.	3. Para auxiliar no atendimento ao politraumatizado, visto que a biomecânica do trauma pode nos levar a detecção de lesões que não são observadas na abordagem inicial e pode fornecer dados que determinar o grau de gravidade do trauma, podendo assim ditar a prioridade do atendimento (FREIRE, 2001; CARVALHO, 2004; PHTLS, 2004; HÉRCULES, 2001; KRYMCHANTOWSKI, 2001).
4. Realizar aberturas de vias aéreas através das manobras de elevação e anteriorização do ângulo da mandíbula. (Chin-lift) e (Jaw trust).	4. Para assegurar a permeabilidade das vias aéreas, para liberar as vias aéreas na presença de queda da língua sobre o palato que pode causar obstrução total ou parcial, podendo levar o paciente a diminuição do padrão respiratório, hipóxia e parada respiratória (ARAÚJO, 2001; ATLS, 1997; FREIRE, 2001; PHTLS, 2004).
5. Realizar inspeção de cavidade oral.	5. Para detectar presença de corpo estranho (sangue, fragmentos dentários, prótese dentária, alimentos, etc.) que podem obstruir as vias aéreas provocando diminuição do padrão respiratório podendo levar o paciente a hipóxia e parada respiratória (ATLS, 1997; PHTLS, 2004).
6. Realizar retirada de corpo estranho visualizado em cavidade oral, (Com Técnica apropriada).	6. Para liberar vias aéreas e melhorar o padrão respiratório (ARAÚJO, 2001).
7. Realizar aspiração de cavidade oral com cânulas rígidas.	7. Para liberar vias aéreas e não produzir lesões de comunicação, que podem levar a danos como herniação cerebral (ARAÚJO, 2001).
8. Realizar a introdução de cânula orofaríngea,	8. Para garantir a sustentação da língua mantendo-a afastada da parede posterior da faringe desobstruindo a

- (cânula de Guedel). entrada da rinofaringe, liberando as vias aéreas e melhorando o padrão respiratório e, assegurando as vias aéreas (ATLS, 1997; PHTLS, 2004; ARAÚJO, 2001).
9. Atentar para sinais de rejeição de cânula orofaríngea (cânula de Guedel). 9. Para evitar complicações como o reflexo do vômito, estímulo de tosse, vômito, podendo levar o paciente a aspiração de conteúdo gástrico e laringoespasma. Esses sinais são apresentados em pacientes conscientes. Para evitar essas complicações a cânula deve ser inserida em pacientes inconscientes (ATLS, 1997; PHTLS, 2004; ARAÚJO, 2001).
10. Auxiliar na intubação traqueal. 10. Preparando o material necessário para o procedimento com o objetivo de acelerar a técnica de inserção do tubo pelo médico, para assegurar uma via pérvia que permitirá ventilação com oxigênio a 100%, isolando as vias aéreas, diminuindo significativamente o risco de aspiração de (vômito, corpo estranho, ou sangue), eliminando as necessidades de manter a máscara facial para oxigenação devido a sua efetividade ser bem menor, facilitar a aspiração profunda da traquéia, diminuindo a quantidade de secreção melhorando a oxigenação, permitir uma via adicional de administração de medicamentos, no caso de não ser possível realizar acesso venoso periférico (UNICOVSKY, 2005).
11. Administrar oxigênio em altas concentrações, conforme prescrição médica. 11. Em busca de melhorar a oxigenação tecidual, procurando evitar lesão de tecidos dos nervosos principalmente por não ser regenerados após lesão, tecido cardíaco e todo o sistema orgânico. Pode ser administrados por meio de máscaras faciais, tubo traqueal, sistema bolsa-valva-máscara e outros (ATLS, 1997; PHTLS, 2004; ARAÚJO, 2001).
12. Realizar monitoração da oximetria de pulso. 12. Para detectar, comunicar e tratar sinal precoce de hipóxia e hipoventilação, evitando complicações do sistema respiratório (ATLS, 1997).
13. Realizar ventilação com a aplicação de unidade bolsa-valva-máscara (Ambú). 13. É utilizada para auxiliar na ventilação de pacientes em ausência de movimentos respiratórios, com a certeza de vias aéreas pérvias, seja por inserção de cânulas orofaríngea ou intubação orotraqueal ou outros métodos, sua máscara, deve ser de tamanho adequado para realizar a vedação da boca e nariz do paciente sendo necessário realizar pressão sobre a mandíbula do paciente para não ocorrer extravasamento de oxigênio e o procedimento ter maior efetividade (ATLS, 1997; PHTLS, 2004; ARAÚJO, 2001).
14. Assegurar vias áreas definitivas, auxiliando na intubação endotraqueal, atentando-se para 14. Para detectar e comunicar presença e sinais de complicações para intervenção, como: hipóxia, devido a prolongadas tentativas de intubação, traumas de vias aéreas podendo causar hemorragias, seguido de obstrução

- complicações. de vias aéreas, intubação seletiva de brônquio direito, pode causar cianose devido a hipoventilação, intubação esofágica pode causar trauma do esôfago e órgãos situados no seu sítio, vômitos, pode causar aspiração do conteúdo gástrico, presença de corpo estranho que pode causar obstrução da via aérea causando hipóxia ou até mesmo parada respiratória se for obstrução total, lesões de cordas vocais podendo alterar a fala e posteriormente conversão de coluna cervical sem comprometimento neurológico em lesões com comprometimento neurológico (ATLS, 1997; PHTLS, 2004; ARAÚJO, 2001).
15. Realizar checagem do posicionamento do tubo traqueal. 15. Para evitar presença de hipóxia grave que leva a lesão cerebral (encefalopatia hipóxica) e até mesmo a morte do paciente. Deve-se realizar a ausculta em epigástrio, para detectar sons aéreos; ausculta bilateral dos pulmões verificando a presença de murmúrios vesiculares bilateral; para afastar a hipótese de intubação esofágica; visualização da simetria e elevação do tórax durante a ventilação, sinais de que está ocorrendo a passagem do ar e por consequência ventilação adequada; na ausência desses movimentos é sinal de que o tubo pode estar mal localizado podendo não ventilar adequadamente o paciente causando hipóxia, e parada respiratória (ATLS, 1997; PHTLS, 2004, ARAÚJO,2001).
16. Realizar imobilização com controle de coluna cervical. 16. Para prevenir e garantir a proteção da coluna cervical e da medula espinhal. Por meio de dispositivos apropriados de imobilização (colar cervical) ou por membros da equipe de atendimento, até que seja excluído qualquer tipo de lesão (FREIRE, 2001; UNICOVSKY, 2005).
17. Observar a expansibilidade torácica e pulmonar. 17. Para garantir a ventilação e possibilitar oxigenação e eliminação de dióxido de carbono, para descartar traumas torácicas como pneumotórax hipertensivo (ATLS, 1997; FILHO, 2001; PHTLS, 2004)
18. Realizar exame do tórax, mediante a inspeção, ausculta, percussão e palpação. 18. Para detectar assimetria na expansibilidade torácica, que pode indicar a presença de lesão caracterizada por tórax instável, o uso de musculatura acessória que é indicativo de dificuldade respiratória, contusões que podem originar hemorragias e edema pulmonar na ausência de laceração pulmonar associada; traumas penetrantes podem causar pneumotórax hipertensivo, distensão de veias cervicais é sinal de tamponamento cardíaco; creptação indica presença de fraturas de arcabouço costal; desvio de traquéia é sinal de pneumotórax hipertensivo e hemotórax maciço, timpanismo indica pneumotórax hipertensivo, ruídos

- hidroaéreos pode indicar hérnia diafragmática, cianose pode indicar sinal tardio de hipóxia; expansibilidade diminuída é devido à fratura de costelas, em presença de hemotórax e pneumotórax (ATLS, 1997; PHTLS, 2004; FILHO, 2001).
19. Atentar para sinais e sintomas de ventilação inadequada. 19. Para que medidas de tratamento sejam aplicadas, para restabelecer a expansibilidade torácica, a oxigenação e melhorar a ventilação pulmonar (ATLS, 1997; PHTLS, 2004).
20. Atentar para sinais de choque hipovolêmico. 20. Para detectar e tratar possíveis distúrbios hemodinâmicos como hemorragia, que pode evoluir para um choque hipovolêmico, causado por traumas de tórax, ruptura de vísceras ocas abdominais (fígado, baço) fratura de ossos longos (fêmur), amputação traumática de membros, fraturas de bacia e outros (ATLS, 1997; OLIVEIRA, 2001; VEDANA, 2005).
21. Realizar punção venosa de grosso calibre, de no mínimo 02 acessos. 21. Com a finalidade de realizar reposição volêmica e para administração de medicamentos conforme prescrição médica. Deve ser puncionados no mínimo dois acessos venosos de grosso calibre no antebraço e fossa cubital, preferencialmente, no membro que não apresente lesões ou fraturas, pois o membro pode estar com o retorno venoso comprometido, podendo comprometer a tentativa de reposição volêmica, ou por sua vez pode apresentar fraturas e necessitar de imobilização gessada ou até mesmo redução cirúrgica da fratura (ATLS, 1997; RIBEIRO, 2001).
22. Assegurar a permeabilidade do acesso venoso periférico. 22. Com a finalidade de facilitar a administração de medicamentos e volumes em casos de urgência, como na presença de choque hipovolêmico, sendo necessário acesso venoso pérvio para que ocorra a reposição da volemia (OLIVEIRA, 2001).
23. Realizar administração de fluídos intravenosos, como soluções salinas balanceadas e cristalóides, aquecidos conforme prescrição médica. 23. Objetivando a reposição da volemia, atentando para o risco de acentuar o sangramento, sobretudo em pacientes com lesão de tronco (hemotórax, sangramentos de vísceras abdominais e outros), evitando hipotermia. As soluções de primeira escolha no tratamento da hipovolemia, são as soluções salinas balanceadas e os cristalóides, preferencialmente o Ringer Lactato, que deve ser infundido de maneira rápida em pacientes adultos. Devem ser soluções aquecidas, em temperatura de aproximadamente 38°C a 39°C, para evitar lesão do acesso venoso e hipertermia (ATLS, 1997; OLIVEIRA, 2001; REUDIGER, 2001).
24. Realizar a coleta de sangue. 24. Para realizar exames laboratoriais como, tipagem sanguínea, prova cruzada e exames de rotina (hematócrito, hemoglobina, hemograma, gasometria

- arterial, etc.), no caso de politrauma do sexo feminino deve ser colhido o teste de gravidez (ATLS, 1997; CABRAL, 2001; OLIVEIRA, 2001).
25. Administrar infusão de hemoterápicos, conforme prescrição médica. 25. É indicada quando não houve resposta da infusão volêmica por meio de fluídos em pacientes que apresentam choque hipovolêmico. Para a reposição da volemia, os hemoterápicos devem ser administrados quando forem compatíveis; se no momento do atendimento de urgência o sangue do tipo específico não estiver disponível, devem ser considerados como substitutos o sangue do tipo O negativo (MANTOVANI, 2005).
26. Realizar avaliação da perfusão periférica. 26. Para detectar a presença de alteração de coloração de extremidades, como coloração acinzentada de face e pele esbranquiçada, ocorrendo devido à liberação de catecolaminas, sendo um indicador de má oxigenação tecidual na presença de choque hipovolêmico (ATLS, 1997; MANTOVANI, 2005, PHTLS, 2004).
27. Verificar sinais vitais. 27. para detectar e tratar a presença de hipo/hipertensão, bradi/taquicardia, bradi/taquipnéia, hipo/hipertermia, que são indicativos de sinais de choque contusão pulmonar e etc, (UNICOVSKY, 2005).
- 28 Realizar monitorização cardíaca contínua. 28. Para detectar presença de hipotermia e contusão miocárdica que podem ocasionar arritmias cardíacas (ATLS, 1997).
29. Avaliar a característica e presença de pulso. 29. Para detectar a presença de alterações na sua frequência e regularidade. O pulso filiforme é caracterizado e indicativo de choque hipovolêmico, irregularidades como arritmias, taquicardia, são indicativos de disfunção cardíaca. Porém uma frequência normal de pulso não é garantia de que o doente esteja normovolêmico (ATLS, 1997; OLIVEIRA, 2001; PHTLS, 2004; VEDANA, 2005).
30. Realizar contenção mecânica de hemorragias externas. 30. Para diminuir o sangramento externo, com objetivo de evitar a hipovolemia e seu agravamento. Devem ser realizados compressão mecânica no local do ferimento, com auxílio de compressas de gaze estéril e compressa cirúrgicas. Não é preconizado o uso de torniquetes, pois pode causar lesão tecidual por isquemias e esmagamento de tecido (ATLS, 1997; PHTLS, 2004).
31. Avaliar nível de consciência. 31. O paciente pode apresentar rebaixamento de consciência devido à diminuição de volume sanguíneo circulante, má perfusão cerebral, onde o paciente apresenta-se, confuso, podendo ficar agitado e sonolento. Essas alterações podem ou não estar associadas à lesão cerebral subjacente (lesão cerebral+hipovolemia),

podendo levar o paciente a óbito (ATLS, 1997; PHTLS, 2004; SILVA, 2005).

32. Realizar a exposição do paciente, com controle de temperatura.

32. Para ser realizado o exame completo do paciente na procura de lesões não visíveis devido à presença de vestimentas. Deve ser realizado da seguinte maneira, cortando a roupa do paciente para diminuir a mobilização na tentativa de evitar o agravamento das lesões, facilitando o acesso. Aspectos que ainda não foram avaliados devem ser feitos nesse momento. Aproveita-se para realizar o rolamento em monobloco do paciente para examinar o dorso do mesmo, sempre mantendo a imobilização da coluna cervical. No momento em que é feita essa exposição é importante lembrar do controle e prevenção de hipotermia, para não causar danos ao paciente (ATLS, 1997; PHTLS, 2004)

33. Atentar para sinais de hipotermia.

33. Com objetivo de tratamento precoce pois a hipotermia é sinal indicativo de hipovolemia, podendo ser considerada um problema que pode ser letal em pacientes politraumatizados. Pode ocorrer devido a exposição do paciente na realização do exame físico para detectar presença de lesões, também pode estar relacionada à infusão de fluidos em temperatura ambiente ou ainda na administração de hemoterápicos resfriados. Para tratar e até mesmo evitar a hipotermia, podem ser usadas medidas que podem ser úteis na prevenção de perda do calor corpóreo e para restaurar a temperatura do politraumatizado, para níveis normais. Essas medidas são, o aumento da temperatura da sala de emergência, por meios de aquecedores de ambiente (ar condicionado), utilização de infusão de fluidos aquecidos em temperaturas aproximadamente entre 38°C a 39°C, infusão de hemoderivados em temperatura ambiente. Hemoderivados não podem ser aquecidos por meio de aquecimento artificial devendo ser mantidos em temperatura ambiente, fora da geladeira para o seu aquecimento. Ainda é importante ressaltar que o uso de cobertores aquecidos também podem ser utilizados na tentativa de aquecimento dos pacientes traumatizados com hipotermia severa. No momento em que é feita a retirada das roupas do paciente para o exame físico é de suma importância não expor o paciente cobrindo-o com lençol (ATLS, 1997; PHTLS, 2004; OLIVEIRA, 2001).

34. Realizar exame neurológico aplicando a escala de Coma de Glasgow.

34. Para detectar presença de lesões cerebrais e graduar o nível de consciência e detectar rebaixamento do nível de consciência, alterações de função pupilar, da resposta verbal e da resposta motora. Na função pupilar podem ser detectadas presenças de anisocoria, sendo midríase uni ou

- bilateral, que podem ser indicativos de compressão do terceiro par craniano, lesão grave no traumatismo cranioencefálico. Outros achados podem ser: a presença de alteração da fala (disartria), indicativo de hematoma subdural, hemiparesia ou hemiplegia podem ser indicativo de alterações das funções motoras, causadas por hematoma subdural (ATLS, 1997; PHTLS, 2004; PAROLIN, 2001).
35. Encaminhar e acompanhar o paciente em exames de imagens. 35. Para presenciar o diagnóstico, para intervir em casos de complicações como presença de vômitos, podendo causar broncoaspiração; agitação levando a quedas da maca, em casos de alterações no padrão respiratório, parada cardio-respiratória, crises convulsivas e inúmeras outras situações que podem necessitar da presença do enfermeiro (UNICOVSKY, 2005).
36. Realizar Sondagem Vesical de Demora (S.V.D.) 36. Para identificar presença de sangramentos, mediante a verificação da diurese drenada, podendo estar indicando contusão da parede vesical, ruptura extraperitonal dentre outras. É contra indicada quando houver sinais de equimose de bolsa escrotal, vestígio de sangramento em meato uretral, sinais presentes em caso de fratura de bacia (ATLS, 1997, VEDANA, 2005).
37. Realizar Sondagem Orogástrica. 37. Para realizar esvaziamento de conteúdo gástrico, buscando evitar broncoaspiração na presença de vômito. Deve ser realizada sondagem orogástrica e não nasogástrica objetivando não produzir lesões de comunicação, como herniação cerebral na presença de fratura de base de crânio.
38. Realizar contato com setores que possam ser necessários para o tratamento do paciente politraumatizado, como unidade de terapia intensiva, centro cirúrgico e/ou enfermarias. 38. Para que os setores acionados possam estar preparados, para melhor atender o paciente que será encaminhado para sua unidade, providenciando materiais necessários e comunicando outros profissionais que serão envolvidos no atendimento ao politraumatizado (UNICOVSKY, 2005).
39. Realizar anotações em ficha de trauma e prontuário do paciente. Obs.: Preparar material para dissecação venosa, veia safena, na impossibilidade de acesso venoso periférico. 39. Para efeitos legais e registros das informações, verificação e evolução do quadro do paciente (UNICOVSKY, 2005).
- Para garantir agilidade na reposição de fluidos intracorpóreos (OLIVEIRA, 2001).

O politraumatismo vem adquirindo crescente importância em nossa sociedade, podendo ser considerado um grave problema de saúde pública em nosso país e no mundo. É considerado a terceira causa de morte, superado apenas pelas doenças cardiovasculares e neoplásicas, quando analisadas de forma geral. Porém, se considerada a faixa etária de grupos socialmente ativos, jovens, torna-se a primeira causa de morte, atingindo a fase de maior produtividade do indivíduo acarretando danos sociais, graves e irreversíveis. Frente a essa realidade, faz-se necessário uma assistência de enfermagem padronizada numa seqüência lógica, visto que o enfermeiro é responsável pela avaliação inicial do paciente politraumatizado adulto grave desde o início de sua entrada na sala de emergência até o encaminhamento para unidades específicas. Por tratar-se de um assunto de gravidade o qual não foi abordado de forma aprofundada na graduação no curso de Enfermagem, concluímos que a elaboração deste manual atingiu seu objetivo, contemplando cientificamente o atendimento sistematizado dos principais tipos de trauma como por exemplo: conceito de politraumatizado adulto grave, escores, etiologia, cinemática do trauma, atendimento inicial e avançado ao politraumatizado adulto grave, vias aéreas com controle de coluna cervical, traumatismo cranioencefálico, raquimedular, torácico, abdominal, pélvico, de extremidades, na gestante, no idoso, conceito de choque, bioética no atendimento de emergência e a assistência de enfermagem ao politraumatizado adulto grave, podendo ser utilizada na capacitação, aprimoramento e atualização da equipe de enfermagem na sistematização e padronização do atendimento ao politraumatizado adulto grave na sala de emergência.

REFERÊNCIAS

Advanced Trauma Life Support: Instructor book 6.ed. Chicago: Committee on Trauma. American College of Surgeons, 1997.

ARAÚJO, M. **Vias aéreas.** In: Trauma: Atendimento pré-hospitalar. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

CABRAL, S. B. **Trauma na gestação e emergências obstétricas.** In: Trauma: Atendimento pré-hospitalar. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

DRUMOND, D. A. F. **Tipos de trauma: o politraumatizado.** In: Trauma a doença dos séculos. 1.ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

FILHO, C. L. M. **Trauma de tórax.** In: Trauma: Atendimento pré-hospitalar. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

FREIRE, E. **Atendimento inicial ao politraumatizado.** In: Trauma a doença dos séculos. 1.ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

MANTOVANI, M. **O que é o trauma.** Disponível em: http://www.hc.unicamp.br/especialidades_medicas/trauma/sobre.htm. Acesso em: 18/06/2005.

OLIVEIRA, B. M. **Hemorragia e choque.** In: Trauma: Atendimento pré-hospitalar. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

PAROLIN, M. K. F. **Traumatismo cranioencefálico e traumatismo raquimedular.** In: Trauma: Atendimento pré-hospitalar. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

PHTLS, basic and advanced Prehospital trauma life supports. American College of Surgeons. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

PINTO, J. J. J. A. Trauma exige treinamento adequado e protocolos rigorosos. *Plantão no Hospital*. Ano II, n.1, jan. 2004.

REUDIGER, R. R. **Trauma de abdome.** In: Trauma: Atendimento pré-hospitalar. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

RIBEIRO, K. P. **O enfermeiro no serviço de atendimento ao politraumatizado.** In: Trauma a doença dos séculos. 1.ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

SILVA, J. C. F. **Traumatismo cranioencefálico e lesão de medula espinhal.** In: Primeiros socorros: fundamentos e prática na comunidade, no esporte e no ecoturismo. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

UNICOVSKY, M. A. R. **Rotinas de enfermagem.** In: Rotinas em pronto socorro. 2. ed. Porto alegre: Artmed, 2005.

VEDANA,R. **Fratura do anel pélvico.** In: Rotinas em pronto socorro. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

WEHBE, G. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. p. 2. *Rev. Latino Am. Enfermagem vol.9 no.2 Ribeirão Preto Mar./Apr.2001.*

