



ASSISTÊNCIA EM TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICA.

DUARTE, Renata Feitosa.

Acadêmica de Enfermagem Faculdade Mauricio De Nassau, renatafeitosadenfermagem@gmail.com.

GALDINO, Costa Klebiane.

Acadêmica de Enfermagem na Faculdade Mauricio de Nassau, klebianecg@bol.com.br.

MOURA, Ednalva do Nascimento.

Acadêmica de Enfermagem na Faculdade Mauricio de Nassau, ednalvamoura9@gmail.com.

Resumo

Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) necessita de uma assistência imediata nos primeiros minutos iniciais do atendimento para torna assistência de qualidade e resolutiva diminuindo as possíveis complicações e sequelas. O desafio de fazer com que a rede de atenção de Urgência e Emergência vivencie uma construção de uma rede capacitada que se atualiza constantemente com educação permanente dentro do serviço realizando capacitação para equipe tenha um olhar mais acusado nos pequenos detalhes que já evidenciam um provável TCE. Objetivo deste trabalho é avaliar e revisar o mecanismo de ação na prática de atendimentos a vítima de trauma especificamente em TCE, voltada na rede de urgência e emergência no atendimento para os profissionais da saúde, fazendo com que a equipe tenha consciência de se atualiza constantemente. Trata-se de um estudo com abordagem descritivo-exploratória a partir da técnica de revisão sistemática e bibliográfica desde 2002 em pesquisa científica correlacionando as ferramentas utilizadas na assistência da equipe. Portanto, a assistência qualificada e de qualidade no âmbito da Rede é apresentada como dispositivo de cuidado, capaz de transformar a vida com as intervenções prestadas a vítima, saindo de um momento de sofrimento causado por diversos aspectos com ênfase em acidente automobilístico que causam grandes danos devido aos impactos sofridos como: TCE leve, TCE moderado, TCE grave, que se divide em várias classificações de hematomas (extradural, subdural e contusão Cerebrais) e lesões difusas que são lesões primárias, as lesões secundárias são variações Intracelulares e extracelulares que podem causar pressão intracraniana (PIC), como demonstrado o acolhimento qualificado e de forma adequada e práticas relacionada ao atendimento a vítima, faz com a vítima tem maior chance de uma melhor qualidade de vida após um trauma crânio encefálica, realizando condutas em de acordo com cada ocorrência.

Palavras-chave: Assistência, Trauma Crânio Encefálico, Vítimas.



INTRODUÇÃO

As vítimas de Acidentes automobilísticos veem deixando de serem apenas escoriações leves chegando a grandes traumas, devido a cinemática do trauma que na maioria das vezes causa grandes impactos, causando TCE que são classificados em algumas variações dependendo dos danos causados, ocorreu incisões e grandes lacerações, se há ou não hemorragia interna ou externa.

Segundo GAUDÊNCIO e LEÃO, 2013, no Brasil, o sexo masculino é comprometido duas ou três vezes mais que o sexo feminino, e a faixa de idade mais comumente atingida é a dos 15 aos 24 anos, apresentando um pico secundário após os 65 anos de idade.

O Trauma é caracterizado como uma lesão onde a extensão, intensidade e a gravidade são variáveis, podendo assim, ser produzida por uma diversidade de agentes (físicos, químicos, elétricos), apresentando-se de forma intencional ou não intencional, capaz de ocasionar alterações locais ou sistêmicas (VIEIR et al, 2011)

A equipe multiprofissional deve agir com eficácia e prioridade em caso de TCE. A equipe é responsável pelo cuidado intensivo e direto com a vítima deve colher todas as informações possíveis sobre o evento traumático, a fim de conseguir

realizar procedimentos adequados e específicos, com a intenção de diminuir sequelas que possam prejudicar o paciente futuramente, nos mínimos detalhes pode mudar o destino da vida vítima.

A abordagem ao atendimento a vítima priorizando a primeira hora chamada de hora de ouro, que se inicia com avaliação primária que é realizado no local do atendimento no mesmo é realizado a segurança da cena, avaliação do cenário, isolamento/sinalização, cinemática do trauma, com o A.B.C.D.E.F. da vida ATLS na abordagem da urgência:

A- controle da cervical e abertura das vias aéreas;

B- respiração: avaliar a permeabilidade das vias aéreas;

C – circulação: existem dois componentes que é o controle da hemorragia (em gestante pode se na via vaginal) e verificar pulsação no pulso carotídeo e femoral;

D- neurológico: avaliar estado neurológico utilizando escala de Glasgow (verificar o comando ocular, verbal, motora) e exame das pupilas; examinar se há ou não olho de guaxim se houve identificar um provável TCE. Avaliação das pupilas:

GRANDEZAS DAS PUPILAS	SITUAÇÃO	DIAGNÓSTICO PROVÁVEL
	DESIGUALDADE Asimétrica, reativa	Lesão unilateral ou bilateral de estruturas intrínsecas
	DESIGUALDADE Asimétrica, não reativa	Lesão da base do cérebro (hemorragia subaracnóide, hemorragia intracerebral, hemorragia intraventricular)
	IGUAIS Simétricas, não reativas	Lesão da base do cérebro (hemorragia subaracnóide, hemorragia intracerebral, hemorragia intraventricular)
	IGUAIS Simétricas, reativas	Estado de alerta ou leve inconsciência (trauma leve, contusão cerebral, contusão da base do cérebro)



Escala de Glasgow em sua avaliação de escore significa:

Escore 3 - Lesão gravíssima (coma profundo);

Escore menor que 8- Lesão grave;

Escore entre 9 e 12- Lesão moderada;

Escore 15 - Sem Lesão (normalidade);

Abertura Ocular

Critérios	Classificação	Pontuação
Olhos abertos a estímulos	Espontânea	4
Olhos abertos a comando verbal	Ao som	3
Abertura ocular a estímulos das extremidades dos dedos	A pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular	Ausente	1
Olhos fechados devido a fator local	Não testável	NT

Resposta Verbal

Critérios	Classificação	Pontuação
Resposta adequada	Orientada	5
Resposta não orientada	Confusa	4
Palavras isoladas inlegíveis	Palavras	3
Apenas	Sons	2

gemidos		
Ausência de resposta audível	Ausente	1
	Não Testável	NT

Resposta Motora

Critérios	Classificação	Pontuação
Cumprimento de ordens com 2 ações.	As Ordens	6
Elevação da mão para acima do nível da clavícula ao estímulo na cabeça e pescoço	Localizadora	5
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não. anormal.	Flexão normal	4
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal.	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo.	Extensão	2
Ausência de movimento dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência.	Ausente	1
Fator que limita resposta motora.	Não estavel	NT

E- exposição da vítima com controle da temperatura (em caso de hipotermia utilizar a manta aluminizada);



Logo seguido da avaliação secundária feita análise minuciosamente dentro da unidade móvel seguido do protocolo: sinais vitais e entrevista SAMPLA:

S: sintomas;

A: alergias;

M: medicamentos;

P: passado medico;

L: líquidos e alimentos ingeridos);

A: Ambiente (eventos que levaram ao trauma);

Realizar o exame físico cefalo-caudal utilizando de vários dispositivos clínicos: inspeção (cor da pele, simetria, alinhamento, deformidades, sangramento), palpação (deformidade, crepitação, rigidez, flacidez, temperatura, sudorese), Ausculta: tórax (ápices e ases pulmonares e precordio).

Dentre outras características, o TCE pode ser classificado, como: TCE leve, TCE moderado, TCE grave. O TCE leve é caracterizado por uma pontuação de 14 ou 15 na Escala de Coma de Glasgow-ECGI, podendo ser atribuídos níveis de risco, como baixo, médio e alto risco de evoluir com lesões neurológicas. No TCE moderado a pontuação do nível de consciência varia entre 9 e 13, onde as vítimas irão apresentar-se de forma sonolenta ou confusas. E por fim, no TCE grave o nível de consciência é 3 a 8 na ECGI, necessitando de intervenção

imediatas às vítimas. (GENTILE et al,2011).8

Segundo ANDRADE et al,2009, as lesões de TCE elas são devido impactos mecânicos fisiológico podendo ser classificados em duas etapas que é lesão primária: uma lesão inicial, que ocorre por força mecânica que atinge o crânio e suas estruturas que são ocasionadas por movimentos de desaceleração ou rotação e as lesões focais. Uma lesão que atinge uma determinada região do cérebro são lesões focais que formam hematomas intracerebrais ou extracerebrais ou áreas de isquemia que atingem somente uma determinada região. Hematomas que podem surgir: Hematoma extradural, Hematoma subdural e contusão Cerebral.

As lesões Difusas surgem de uma rotação do encéfalo causando a ruptura de estruturas vasculares ou de axônios, que pode ser dividida em concussão leve/moderada e lesão axonal difusa. (ANDRADE,2009).

As lesões secundárias, podem surgir depois de algumas horas, sendo caracterizado por variações Intracelulares e extracelulares que podem causar edema após devido ao impacto e aumento da pressão intracraniana (PIC). Algumas causas importantes são sistêmicas hipotensão, anemia, febre, hipóxia, sepse e hiperglicemia, intracranianas: hematomas



,hipertensão intracraniana, convulsões, infecções, edema cerebral e lesões vasculares cerebrais.

Objetivo deste trabalho é avaliar e revisar o mecanismo de ação na prática de atendimentos a vítima de trauma especificamente em TCE, voltada na rede de urgência e emergência no atendimento para os profissionais da saúde em especial ao enfermeiro, através da revisão bibliográfica e sistemática disponíveis para educação das habilidades técnicas disponíveis em diretrizes e protocolos do sistema de urgência e emergência desde 2002 que é atualizada sempre na base teórica em especial o PHTLS E AHA-GUIDELINES.

Desta forma este trabalho veio correlaciona a teoria com a prática do cotidiano do profissional de enfermagem, mostrando que a capacitação e educação continuada tem uma grande eficácia na melhoria no atendimento da Rede de Urgência e Emergência em pacientes vítima de Trauma Crânio Encefálico.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, em que o observa e explora aspectos de uma assistência de qualidade a vítimas de trauma crânio encefálico, com o objetivo de retratar as características de

uma assistência eficaz e eficiente na rede de urgência e emergência.

Esta revisão da literatura foi desenvolvida a partir da necessidade de um atendimento humanizado para os pacientes de trauma crânio encefálico que precisam de um atendimento eficaz e rápido, pois se esta tratando com vida no atendimento na Rede de Urgência e Emergência qualidade de vida faz parte do serviço hospitalar. Teve como objetivo mostra as principais abordagens da enfermagem como todas as equipes que trabalha na rede atenção de urgências e emergências. A fundamentação teórica foi através de revisões bibliográficas associadas a alguns artigos disponíveis, Scielo e orientações do ministério da saúde.

Resultados

Entende-se por atendimento pré-hospitalar móvel, aquele atendimento que chega a vítima logo que ocorreu o agravo, prestando-lhe os primeiros socorros, ou seja, estabilizando o quadro e transportando o mesmo a um serviço de maior complexidade de acordo com a gravidade. (BRASIL,2006).

O serviço de urgência e emergência tem como finalidade prestar o socorro à população em casos de urgência e emergência de qualidade com equipe



capacitada pra agir de forma rápida e principalmente eficaz ele é caracterizado por funcionar 24 horas ao dia com equipes de profissionais oriundos e não oriundos da área de saúde, como médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, radioperador, telefonista-auxiliar de regulação, condutor de veículo de urgência e profissionais responsável pela segurança.

A conduta terapêutica à vitima é semelhante á outras clinicas no atendimento de urgência e emergência , mas á algumas alterações eficaz, pois o metabolismo e a fisiologia de uma vitima de grandes impactos na região cefálica como perda de massa craniana, laceração do couro cabeludo ,dura-máter, pia-máter , aracnoide que são situadas sob proteção esqueléticas, hemorragias que pode ocasional alguns hematomas como o subdural que é reabsorvido o epidural que necessita de procedimento cirúrgico , materiais analisados são similares e consiste em: 1.oxigenação; ; 2. Imobilização das vias aéreas e cervical; 3.avaliação neurológica constante(ECG, avaliação da pupila, se há possível olho de guaxinim); 4.tratamento anti-hipertensivo; 5. Correção de distúrbios funcionais; 6.Curativo compressivo na lesão 7. Assistência da Unidade de Terapia Intensiva; 8- reposição volêmica (devido a perda de líquidos); Contudo, salienta-se a importância do emprego destas condutas

serem empregadas durante o atendimento de urgência e emergência.

Dessa forma pode se perceber que uma equipe bem preparada dentro da rede de urgência e emergência pode da mais qualidade de vida a vitima e tornando as possíveis sequelas menores ainda quando examinado devidamente e tomado decisões de condutas corretas.

Discursões

O atendimento urgência e emergência em vitimas de trauma crânio encefálico deve contar com uma equipe que atue com agilidade, competência técnica e equilíbrio emocional, que tem embasamento teórico das praticas desenvolvidas em seus atendimentos estes são princípios básicos para um bom atendimento.

Sabemos que esse tipo de trabalho é mais demorado e, por ser um estudo de revisão literário e sistemático, dependendo dos artigos já publicados, podemos concluir que este é o atendimento a vitima de Trauma Crânio Encefálico precisa de uma equipe que esta sempre se capacitando e que a própria intuição possa encoraja e estimula a equipe a vivencia educação permanente constantemente, mas estudos devem ser realizados para um diagnostico, mas precoce pra melhora na medida de



controle do Trauma Crânio Encefálico pela equipe de enfermagem em sua assistência

Considerações Finais

Intencionou-se com este estudo não apenas abordar a teoria que deve ser seguida pelos profissionais de enfermagem ou o restante da equipe na Rede de Urgência e Emergência, mas principalmente que existem diversas formas de inserir a vítima de trauma ou clínica no serviço de referência.

Foi apresentada neste estudo alguns artigos e livros e protocolos do Ministério da Saúde que trás o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, estabelecendo normas e critérios de funcionamento para o atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar, prevê a criação de núcleos de educação em urgências e a proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos.

Este trabalho foi realizado com o objetivo de acrescentar nos estudos e trabalhos dos acadêmicos e profissionais na forma correta pra assistir a vítima de Trauma Crânio Encefálico dentro do atendimento de Urgência e Emergência abordagem e atendimento a vítima dentro

da rede móvel, tendo o trabalhado com a vida até a chegada da vítima ao atendimento e com a qualidade de vida.

Algumas dificuldades podem ser encontradas no atendimento se o profissional não teve o embasamento teórico adequado devido a isto alguns detalhes podem passa despercebido que são sinais sugestivos a um possível TCE, podendo causa danos irreversíveis a vítimas tais como sequelas ou ate mesmo a óbito.

Assim, faz-se necessário sensibilizar o profissional assistencial e o docente sobre a importância da implementação de ações efetivas no atendimento de Urgência e Emergência á vítima, em todos os tipos de níveis de assistências e sempre nas atualizações de praticas e saberes, um profissional capaz ele pode transforma a vida da vítima.

Referências Bibliográficas

- 1-ANDRADE, Almir Ferreira de et al. Mecanismos de Lesão Cerebrais no Traumatismo Craniencefalico.2009.
- 2- Atendimento Pré-hospitalar ao Traumatizado PHTLS: Prehospital Trauma Life Support. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 618 p.



- 3- BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências – 3. ed. Brasília, 2006b.
- 4-(Brasil). Advanced Trauma Life Support - ATLS. Disponível em: <http://www.cets.com.br/cursos_atls.php>. Acesso em: 04 nov. 2008.
- 5- Bernardes A, Ramos BM, Júnior JB, Paiva PN. Supervisão do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel: visão dos auxiliares de enfermagem. Cienc Cuid Saúde [Internet]. 2009 .
- 6- BORTOLOTTI, Fábio. Manual do Socorrista. 2. ed. Porto Alegre: Expansão Editorial, 2009. 396 p.
- 7- DESTAQUES DA AMERICAN HEART ASSOCIATION 2015 ATUALIZAÇÃO DAS DIRETRIZES DE RCP E ACE. Brasil: Hélio Penna Guimarães, Md, Phd, Faha e A Equipe do Projeto de Destaques das Diretrizes da Aha., 01 out. 2015. Disponível em: <<https://eccguidelines.heart.org/wpcontent/uploads/2015/10/2015AHAGuidelinesHighlights-Portuguese.pdf>>. Acesso em: 15 mar.2016.
- 8-GENTILE, João Kleber de Almeida et al. Condutas no paciente com trauma cranioencefálico,2011.
- 9-GAUDÊNCIO Talita Guerra; LEÃO, Gustavo de Moura. A epidemiologia do Traumatismo Crânio-Encefálico: Um Levantamento Bibliográfico no Brasil.2013.
- 10- FIGUEIREDO, N. M. A. de; VIANA, D. L; MACHADO, W. C. A, Tratado prático de enfermagem – v. 2. São Caetano do Sul, SP, 2008.
- 11- OLIVEIRA, Antonio Claudio de; SILVA, Evandro de Sena; MARTUCHI, Sergio Dias. Manual do Socorrista. São Paulo: Martinari, 2013. 304 p.
- 12- DESTAQUES DA AMERICAN HEART ASSOCIATION 2015 ATUALIZAÇÃO DAS DIRETRIZES DE RCP E ACE. Brasil: Hélio Penna Guimarães, Md, Phd, Faha e A Equipe do Projeto de Destaques das Diretrizes da Aha., 01 out. 2015. Disponível em: <<https://eccguidelines.heart.org/wpcontent/uploads/2015/10/2015AHAGuidelinesHighlights-Portuguese.pdf>>. Acesso em: 15 mar.2016.
- 13-VIEIRA Cássio André de Souza; Mafra, Adriana de Azevedo.; ANDRADE ,João Marcos de Oliveira. Abordagem ao paciente politraumatizado: Protocolos



II CONBRACIS
II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde

Clínicos 2011. Disponível em < http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/HOSP_SUS/ProtocolotraumaMGpdf> Acessado em 25 de abril de 2017

