

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ENFERMAGEM**

JÉSSYKA LORENA ALVES MAGALHÃES

**TRAUMA RAQUIMEDULAR: caracterização do
evento, da vítima e do atendimento de
enfermagem em um hospital público do Alto
Paranaíba- MG.**

**PATOS DE MINAS
2013**

JÉSSYKA LORENA ALVES MAGALHÃES

TRAUMA RAQUIMEDULAR: caracterização do evento, da vítima e do atendimento de enfermagem em um hospital público do Alto Paranaíba- MG.

Artigo apresentado a Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do curso de Enfermagem.

Orientadora: Prof. Mestre Betânia Eneida Morais Silva

**PATOS DE MINAS
2013**

JÉSSYKA LORENA ALVES MAGALHÃES

TRAUMA RAQUIMEDULAR: caracterização do evento, da vítima e do atendimento de enfermagem em um hospital público do Alto Paranaíba- MG.

Artigo aprovado em 29 de novembro de 2013, pela comissão examinadora constituída pelos professores:

Orientadora: _____
Prof^a. Mestre Betânia Eneida de Moraes Silva
Faculdade Patos de Minas- FPM.

Examinador: _____
Prof^a. Esp. Léa Poliane Moreira da Silva
Faculdade Patos de Minas- FPM.

Examinador: _____
Prof^a. Esp. Margareth Costa e Peixoto
Faculdade Patos de Minas- FPM.

TRAUMA RAQUIMEDULAR: CARACTERIZAÇÃO DO EVENTO, DA VÍTIMA E DO ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO ALTO PARANAÍBA- MG.

Jéssyka Lorena Alves Magalhães*

Betânia Eneida de Moraes Silva**

Luiz Fernando Dall’Piaggi***

Fernanda Cristina Assis Silva****

RESUMO

Trauma Raquimedular: caracterização do evento, da vítima e do atendimento de enfermagem em um hospital público do Alto Paranaíba-MG. A pesquisa teve como objetivo principal levantar as características das vítimas de trauma raquimedular atendidas em um Hospital Público do Alto Paranaíba-MG. Teve como objetivo específico identificar as características sócias demográficas das vítimas de trauma raquimedular; analisar dados clínicos referentes a esta população e descrever a atuação da equipe de enfermagem no atendimento pré- hospitalar. Tratou-se de uma pesquisa documental, de caráter quantitativo, a partir de análises de prontuários de pacientes atendidos entre os meses de janeiro e junho de 2013. Encontrou-se como resultado a maior ocorrência do evento em homens que se encontrava na via pública, a faixa etária predominante foi entre 40 – 60 anos, o grau da lesão se apresentou como leve em 94% das ocorrências. Conclui-se que a saúde do homem precisa ser amplamente discutida, já que os mesmos se mostraram mais propensos à ocorrência de traumas associados ao tema da pesquisa. A enfermagem tem papel fundamental no atendimento às vítimas, auxiliando na redução da gravidade da lesão.

Palavras-chave: Trauma raquimedular. Atendimento. Enfermagem.

* Graduada em Enfermagem pela Faculdade Patos de Minas (FPM) jessykalorena1@hotmail.com.

**Graduada em Enfermagem, Especialista em Saúde Pública e da Família, Mestre em Promoção de saúde. Betâniamorais@hotmail.com.

*** Graduado em Enfermagem, Especialista em Urgência e Emergência. emergencia.lf@gmail.com.

****Graduada em Enfermagem, Especialista em Enfermagem do trabalho e Saúde Pública e da Família. fernandacris_assis@yahoo.com.br

ABSTRACT

Rachimedullary Trauma: Description of the event, victim and of the nursing care in a public Hospital at Alto Paranaíba - MG. This survey had the aim of bring up the victim characteristics of rachimedullary trauma that were served in a public Hospital at Alto Paranaíba - MG. The specific aim was identify the features social demographic of the rachimedullary trauma victims; analyze clinical data referencing to this population and describe the acting of the nursing crew in serving on prehospital and hospital admission of the rachimedullary trauma victims. It was about of a documentary survey with quantitative trait, from analysis of medical records of patients served between January and July of 2013. It was figured out, as a result, the biggest occurrence in men who were found in a public highway, the predominant age group was 40 to 60 years old, the level of the injury showed off itself as light in 94% of the occurrences. Accordingly, it was concluded that the men's health need to be broadly discussed, once that the same showed themselves more leaning to occurrences of traumas linked to this survey. The nursing has fundamental role in care the victims, aiding to reduce the gravity of the injury.

Keywords: Rachimedullary trauma. Service. Nursing.

1. INTRODUÇÃO

A coluna vertebral é composta por vários ossos vertebrais, osos sequenciais, que tem a função de proteger a medula espinal que passa pelo oco de cada vértebra. Em acidentes automobilísticos, acidentes em águas rasas e durante mergulhos e em outros acidentes como em esportes radicais e quedas diversas podem ser a causa de lesões na coluna vertebral, podendo lesionar ou prender a medula espinal, resultando em agravos permanentes e até a invalidez do paciente (HAFEN, KARREN E FRANDSEN, 2002).

O trauma raquimedular é caracterizado pela lesão da coluna vertebral, com ou não a associação de lesão medular. No primeiro atendimento à vítima com suspeita de trauma raquimedular, é importante que se realize os procedimentos de maneira que a coluna esteja imobilizada. A movimentação incorreta da coluna vertebral tem que ser evitada, para não ocasionar a lesão medular (FORTES, 2008).

Conforme Magalhães et al. (2011), nos Estados Unidos, é estimado que existam 250 mil pessoas com danos na medula espinal, com uma média de 11 mil novos casos de trauma raquimedular por ano. Em relação à faixa etária, 60% das pessoas acometidas estão na faixa etária entre 16 a 30 anos, sendo mais frequente no sexo masculino.

No Brasil, os casos são de 130 mil indivíduos portadores de trauma raquimedular, com aumento anual decorrentes de acidentes automobilísticos, na grande maioria como em outros países, a incidência é maior em homens (SISCÃO et al., 2007). Como afirmam Venturini et al. (2007), em nosso país a cada ano 6.000 mil novos casos são apresentados em hospitais e pronto socorros.

A designação da equipe e o conhecimento na área de urgência/emergência são de extrema importância no primeiro atendimento, que está diretamente relacionado ao evento do acolhimento, destacando a importância de realizar cursos específicos para as equipes de resgate pré-hospitalar (BUENO; BERNARDES, 2010).

Segundo Cavalcante; Farias; Santos (2009) para diminuir a número de eventos de traumas raquimedulares, como também o índice de sequelas a partir do mesmo, os profissionais devem estar em harmonia com a condição da prática, baseada na busca pelo saber e pela atualização dos conhecimentos científicos. Sabe-se que a ciência é a motivação de futuras mudanças do domínio, tendo em vista que se abra novos horizontes e novas probabilidades de crescimento individual e construções sociais.

O objetivo da pesquisa foi levantar as características das vítimas de trauma raquimedular atendidas em um Hospital Público do Alto Paranaíba-MG.

2. TRAUMA RAQUIMEDULAR

A coluna vertebral é constituída por uma série de ossos chamados vértebras, que são 33, agrupadas sob os nomes cervicais, torácicas, lombares, sacrais e coccígeas, sendo assim, são sete na região cervical, doze na torácica, cinco na lombar, cinco na sacral e quatro na coccígea. Nas três regiões mais craniais da coluna, as vértebras são conhecidas como vértebras verdadeiras ou móveis; por sua vez as da região sacral e coccígea, como vértebras falsas ou fixas, pelo fato de estarem unidas entre si na idade adulta para compor dois ossos, quatro compondo o osso terminal ou cóccix e cinco compondo o sacro. Constituindo-se de duas partes essenciais, a vértebra típica, apresenta um segmento ventral, o corpo, e uma parte dorsal denominada de arco vertebral, envolvendo o forame vertebral. Deste modo os corpos das vértebras estão unidos ou articulados através de discos fibrocartilagíneos intervertebrais, que unidos formam um pilar reforçado que sustenta a cabeça e o tronco e os forames vertebrais fazem um tubo, chamado canal vertebral onde a medula espinhal se aloja. O comprimento médio da coluna vertebral na mulher é de 61 cm, sendo que no homem o tamanho é aumentado em 10 cm, compondo-se então de 12,5cm da parte cervical, 28 cm da torácica, 18 cm lombar e a junção de sacro e cóccix 12,5cm (GRAY, 1988).

De acordo com Brunozi et al (2011), o trauma raquimedular é uma agressão à medula espinhal, podendo causar perda da motricidade voluntária ou da sensibilidade térmica, além de comprometer os sistemas urinário, intestinal, respiratório, circulatório, sexual e reprodutivo.

O trauma raquimedular é a consequência da morte dos neurônios, da medula, da quebra das conexões e da comunicação entre os axônios que se originam no cérebro, por onde são passadas as informações entre o encéfalo e o sistema nervoso periférico (SNP). A lesão da medula espinhal é uma das mais graves complicações que causam incapacidade no ser humano (REIS; MEIJA, 2012).

Esse tipo de lesão causa uma grave incapacidade que acomete de forma abrupta, desencadeando comprometimentos à locomoção humana, psicológica, levando às complicações decorrentes do repouso prolongado e da imobilidade no leito (BRUNOZI et al., 2011).

A separação dos axônios é um processo gradual, decorrente no local da lesão após se passar alguns dias do traumatismo, sendo o resultado de uma série de eventos patológicos catalogados, a lesão da membrana celular e de suas proteínas, e não da separação física imediata do axônio. A cessação da condução do estímulo nervoso logo após a lesão, causada pela energia cinética (força), pode ser decorrente da despolarização imediata da membrana do axônio, associada à falha de sua repolarização, que ocasiona perda de potássio (DEFINO, 1999).

Como sequelas do trauma raquimedular podemos associar: a atrofia do sistema musculoesquelético, a espasticidade, a diminuição da capacidade respiratória e da circulação sanguínea, entre outras; podem evoluir para complicações ou doenças secundárias, também conhecidas por: dor neuropática, alterações musculoesqueléticas (osteoporose, ossificação heterotópica), alterações vasculares (trombose venosa profunda, hipotensão postural, disreflexia autonômica), bexiga neurogênica, úlceras por pressão e espasticidade/ automatismos. (BRASIL, 2012). Assim, se essas alterações secundárias à lesão medular não forem tratadas adequadamente, poderão gerar impacto prejudicial na participação social e qualidade de vida desses indivíduos (SISCÃO et al., 2007).

Segundo Cerezetti et al., (2012) as manifestações clínicas dependerão do nível e grau da lesão. Em relação ao grau, as lesões podem ser classificadas como completas e não completas. Nas lesões completas existe perda sensitiva e paralisia motora total abaixo do nível da lesão, devido à interrupção completa dos tratos nervosos. Em uma lesão incompleta, estão preservados grupos musculares e áreas sensitivas que não foram afetados.

Existem algumas síndromes relacionadas aos graus da lesão que podem ser: Síndrome centromedular, que afeta em nível maior os membros superiores do que os inferiores; Síndrome Brown-Séquard, onde apenas um lado da medula é dividido e resulta em perda motora e proprioceptiva homolateral à lesão e perda da sensibilidade térmica e dolorosa contralateral à lesão; Síndrome medular anterior ocorre perda motora e da sensibilidade térmica e dolorosa como na síndrome Brown-Séquard, mas preserva-se a propriocepção; Síndrome medular transversa é uma lesão que acontece acima do cone medular, onde se resulta a perda motora e sensitiva completa com anestesia superficial e profunda; Síndrome do cone medular é a lesão da medula espinal na região sacral e das raízes lombares, resultando em perda sensitiva dos dermatômos lombossacros correspondentes e paralisia flácida; e, Síndrome da cauda equina que ocorre lesão das raízes lombossacras abaixo do cone medular com perda sensitiva correspondente às raízes lesionadas e a perda motora (CEREZETTI, et al 2012).

A instalação da lesão medular pode apresentar-se como abrupta, que se origina o choque medular; ou progressiva, onde as alterações surgem gradualmente. No choque medular, observa-se paralisia flácida e anestesia abaixo do nível da lesão, além de alterações sexuais, termorregulação e esfinterianas. Se forem comprometidos segmentos cervicais ou torácicos altos por causa da lesão, podem ocorrer também problemas respiratórios e o quadro clínico pode variar quanto à sua duração e não é possível estabelecer qual será o prognóstico funcional do acidentado até que se exceda a fase aguda. O prognóstico funcional vai ser determinado depois da fase aguda e inclui as determinantes de grau e nível da lesão e a avaliação dos comprometimentos das funções motora e sensitiva (CEREZETTI et al., 2012).

Nos Estados Unidos, é estimado que exista 250 mil pessoas com danos na medula espinal, com uma média de 11 mil danos novos por ano, dos quais

55% são paraplégicos e 44% tetraplégicos. Acidentes por veículos automotores são responsáveis por cerca de 40% dos casos. Uma porcentagem de 25% é resultado de violência; 21 % provêm de quedas; 10% relacionados a mergulhos e 4% são resultados de acidentes de trabalho ou relacionados ao esporte. Em relação à faixa etária, 60% das pessoas acometidas estão na faixa etária entre 16 a 30 anos, sendo mais frequentes na idade de 19 anos e do sexo masculino (MAGALHÃES et al., 2011).

No Brasil, 130 mil indivíduos são portadores de lesão medular, com aumento anual da incidência decorrente de acidentes automobilísticos. Sendo este número maior em homens (SISCÃO et al., 2007).

O número de pessoas tetraplégicas ou paraplégicas por lesão de medula espinhal vem aumentando significativamente nas últimas décadas e atualmente estima-se que de 30 a 40 pessoas/milhão/ano sofrem lesão, sendo elas com maior índice em homens e com menor grau de escolaridade (VENTURINI, 2007). O que equivale no Brasil a aproximadamente 6000 novos casos por ano (BRUNOZI et al., 2011).

3. ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO PRÉ- HOSPITALAR

O Atendimento Pré-Hospitalar (APH), é conceituado como o socorro prestado em um primeiro grau de atenção (RAMOS; SANNA, 2005). Adão e Santos (2012), relatam que o atendimento pré-hospitalar, se caracteriza por toda e qualquer assistência realizada, direta ou indiretamente, fora da área hospitalar, utilizando meios e métodos disponíveis. Esse tipo de acolhimento pode variar de um simples conselho ou orientação médica, até o envio de uma viatura de suporte básico ou avançado ao local da ocorrência onde houver pessoas traumatizadas, visando à manutenção da vida e à minimização de sequelas.

O APH tem sido objeto de atenção da sociedade como um todo, quando podemos observar através dos meios de comunicação e particularmente junto

aos profissionais envolvidos nesse tipo de atendimento. Os órgãos governamentais e entidades particulares estão se preocupando em organizar melhor esse tipo de assistência à saúde (RAMOS; SENNA, 2005).

Nesse conjunto, o atendimento se divide em Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV). O SBV é definido por ser a estrutura de apoio proporcionada a pacientes com risco de vida desconhecidos, composta por técnico ou auxiliar de enfermagem e um condutor/socorrista. Podem, ainda, atender vítimas em estado grave, proporcionando apoio às viaturas do SAV. As ambulâncias de SAV funcionam como UTI (Unidade de Terapia Intensiva) móvel, pois estão equipadas com todos os materiais necessários para prestar assistência a todo tipo de vítima, consideradas em baixa, média e alta complexidade, conforme o agravo. A equipe de bordo desse tipo de ambulância é composta por, pelo menos, três membros: um médico, um enfermeiro e um condutor/socorrista (BUENO; BERNARDES, 2010).

No Brasil o APH é um campo emergente para atuação de profissionais de enfermagem, há ainda a falta de planejamento ou cursos de capacitação que atendam a necessidade de formação específica, qualificada e adaptada ao padrão brasileiro (MELLO; BRASILEIRO, 2010).

No momento do atendimento à vítima de trauma não especificado, deve ser feita a avaliação pelo enfermeiro ou por outro socorrista, para que seja adotada a decisão correta do atendimento, visando um resgate qualificado e que não apresente riscos à vítima. As principais avaliações no instante do atendimento de uma forma geral e que tem que ser priorizadas são, na ordem: via aérea, ventilação, oxigenação, controle de hemorragia, perfusão e função neurológica. Rapidamente serão verificadas quais ocasiões oferecem risco de vida e com isso, efetivarem-se as intervenções de urgência, até estabilizar a vítima e conduzir até o local apropriado para o atendimento. Os passos a serem realizados devem ser rápidos e eficientes, evitando que pacientes em estado crítico permaneçam por longos períodos de tempo no local do trauma. Após a estabilização dos pacientes e se o tempo permitir será realizado uma avaliação mais detalhada das lesões sem risco de vida (LIMA, 2011).

Ainda segundo Lima (2011), o atendimento deve ser crucial desde a ocasião do trauma até o tratamento definitivo, conhecido como o “Período de Ouro”. Ou seja, o agente do atendimento prestado, deverá realizar toda a

avaliação primitiva e instituir os cuidados necessários para salvar/manter a vida no menor espaço de tempo possível.

No Brasil, a atividade do profissional de Enfermagem na assistência direta ao APH vem sendo ampliada a partir da década de 90, com o início das unidades de suporte avançado, tornando assim, o enfermeiro, participante ativo da equipe e responsável direto pela assistência prestada, onde o enfermeiro atua em diversos ambientes e situações, inclusive onde existe limite de tempo, risco de morte e restrição de espaço físico, necessitando de decisões imediatas, baseadas nos conhecimentos e na avaliação instantânea do profissional (MELLO; BRASILEIRO, 2010).

Ainda em sua descrição, Mello e Brasileiro (2010), afirmam que, o profissional de enfermagem assume no Atendimento Pré-Hospitalar (APH) o papel de articulação, integração da equipe, contribui na inter-relação entre os diversos profissionais de saúde, além de ser reconhecido como coordenador da equipe de enfermagem. Este profissional estabelece um elo entre a gestão e a assistência, entre a regulação médica e a equipe socorrista, entre a coordenação do serviço e a equipe, pois transita em quase todos os espaços, agindo junto à equipe básica, junto com o médico no suporte avançado; fazendo a administração do serviço, a supervisão da equipe e a educação constante da equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem, motoristas e de outros profissionais.

Entre as competências e atribuições do enfermeiro, encontram-se: supervisionar e avaliar as ações da equipe no APH; prestar o atendimento necessário para a estabilização e imobilização do paciente no local do evento e durante o transporte; executar prescrições médicas por telemedicina; prestar cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves e com risco de morte; ter capacidade de tomar decisões imediatas e conhecer a organização do sistema de saúde local de acordo com a hierarquia dos serviços: rede básica, rede de urgência, considerando as portas de entrada hospitalares e não hospitalares. Os profissionais que atuam no APH carecem, ininterruptamente, aprimorar suas capacidades técnicas, relacionais e humanas, possibilitando-lhes aptidões suficientes para que consiga suportar suas próprias emoções, o que determina conhecimentos de seus limites e de suas probabilidades. (AMTHAUER, et al. 2012).

O processo de enfermagem desenvolve-se em um processo de cinco fases sequenciais e inter-relacionadas (histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação), ligados a evolução da profissão e que quando movido para o APH adapta-se a biomecânica e ao ABCDE do trauma podendo então ser sobreposto em um serviço de atendimento móvel de urgência. Designadamente no atendimento avançado pré-hospitalar de vítimas de trauma que exige do enfermeiro raciocínio ligeiro na tomada de decisão clínica para alcançar os objetivos do cuidado, o processo de enfermagem é uma ferramenta essencial por promover um guia sistematizado para o desenvolvimento do julgamento clínico. A aplicação do processo de enfermagem adéqua ao enfermeiro à possibilidade da prestação de cuidados distintos, centrada nas necessidades humanas básicas, e, além de ser aplicado auxílio, pode guiar a tomada de decisão em diversas situações vivenciadas pelo enfermeiro enquanto gerenciador da equipe de enfermagem (LINS, et al. 2013).

4. MÉTODOS

Esta pesquisa analisou os prontuários das vítimas de trauma raquimedular que foram atendidas no Hospital Público do Alto Paranaíba-MG, no município de Patos de Minas, que se situa na região intermediária às regiões do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba-MG. A população do município é de 123.811 habitantes (IBGE, 2000).

Tratou-se de uma pesquisa descritiva, documental, de caráter quantitativo e retrospectivo onde foram avaliados 30 prontuários, que apresentaram o evento estudado – Traumatismo Raquimedular, entre os meses de janeiro e junho de 2013, sendo escolhidos por ordem cronológica, ou seja, foram observados os prontuários que primeiro apareceram na urgência e emergência do Hospital Antonio Dias. Os dados foram coletados no mês de outubro de 2013. Para viabilização da coleta de dados, utilizou-se um roteiro para extração dos dados nos prontuários (APÊNDICE A), que contou com vários itens de observação.

Devido à pesquisa ocorrer em prontuários, em períodos após o atendimento das vítimas, não foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a permissão para a realização da pesquisa consistiu exclusivamente da Instituição da REDE FHEMIG, a qual concedeu o Parecer técnico 081B/2013 (ANEXO A).

Nesta pesquisa não consideramos o atendimento de enfermagem na observação e na internação, mas no atendimento pré-hospitalar e na admissão na Unidade Hospitalar, verificando as anotações nos prontuários, e se os profissionais de enfermagem registraram os dados necessários.

5. RESULTADO E DISCUSSÃO

Foram avaliados 30 prontuários de pacientes que deram entrada no Hospital Regional Antonio Dias, na cidade de Patos de Minas MG no período janeiro a junho de 2013.

Na tabela 01 - Faixa etária das vítimas de trauma Raquimedular/2013, foram apresentados os dados, a faixa de maior acometimento foi compreendida entre 46-60 anos onde foi encontrado 10 vítimas e percentual de 33%.

Idade	Número de vítimas	percentual
15-30	8	27%
31-45	6	20%
46-60	10	33%
61-75	5	17%
76-90	0	0%
91-110	1	3%
total	30	100%

Tabela 01 – Faixa etária das vítimas de trauma Raquimedular/ Outubro de 2013.

Ao avaliar o estudo de Campos (2008), Epidemiologia do traumatismo da coluna vertebral, observou-se que o número de vítimas do sexo masculino foi de (86%), com prevalência em jovens, e para ambos os sexos, pouco mais

de 40% dos acidentes ocorreram em pessoas com menos de 30 anos. Hoje esse número de vítimas do sexo masculino prevalece e nesta pesquisa foi encontrada uma faixa etária de maior incidência entre 46 a 60 anos (33%) das vítimas. Tendo como causa externa os acidentes de trânsito com maior prevalência, podendo ocorrer o uso abusivo de álcool e drogas, tentativa de homicídio por arma de fogo e arma branca, queda de animais e acidentes de trabalho.

A relação de vítimas do sexo masculino e feminino foi de 3 vítimas do sexo feminino e 27 do sexo masculino, com percentual de 10% feminino e 90% masculino. A maior prevalência das vítimas é natural da cidade de Patos de Minas MG, com 14 vítimas (48%); já os naturais das cidades de Contagem MG, Cristalina GO, Uberaba MG, Major Porto MG, Rio de Janeiro RJ, Campos Altos MG e Lapão BA, foram acometidos somente 1 vítima de cada cidade, com percentual para cada um de 3%. Os nascidos na cidade de Bom Despacho MG, foram acometidos 2 vítimas com percentual de 7%; os nascidos nas Cidade de João Pinheiro MG e Presidente Olegário MG, 3 e 4 vítimas com percentual de 10 e 14%, respectivamente.

As vítimas em sua maioria eram casados de cor branca, com percentual respectivo de 40 e 60%; os divorciados e de cor negra representaram 1 vítima e percentual de 3%, não sendo o mesmo paciente; em alguns prontuários não havia resposta para a questão de raça/cor e estado civil; alcançando o percentual de 7 prontuários (20%); os pardos com 9 vítimas e solteiros 11, com percentil de 30 e 37% respectivamente.

O local onde ocorreu o maior número de vítimas foi na zona urbana com 24 vítimas (80%), na zona rural foram 6 vítimas com percentual de 20%. Na via de pavimentação foram 11 vítimas (37%); no trabalho foi 8 (27%); as vítimas acometidas em casa foram 7 (23%) em outros lugares foram 4 vítimas (13%).

Metade dos traumatismos tem raiz em acidentes com veículos, somados a quedas, acidentes de trabalho, acidentes esportivos e outros decorrentes de arma de fogo (BRUNI et al, 2004). Somados os dados desta pesquisa os resultados colaboram com o estudo de Bruni et al, demonstrando a expressiva carga das causas externas nos agravos a saúde, principalmente dos homens.

Já no município de Patos de Minas MG foram verificadas 22 vítimas com percentil de 75% dos casos; na cidade de João Pinheiro MG foram 3 vítimas representando 10%; sendo que em outras cidades como: Vazante MG, Guarda Mor MG, São Gotardo MG, Lagoa Formosa MG encontrou-se somente uma vítima vinda de cada município.

O período de maior incidência foi o da tarde com 10 vítimas (33%); manhã 9 vítimas (30%); noite 6 vítimas (20%) e que não estavam registradas representaram 5 vítimas (17%). Quanto ao grau da lesão raquimedular, encontrou-se: 0 inconsciente (0%), 1 fatal (3%), 1 grave (3%), 28 leve (94%), os locais de ocorrência foram: 2 sacral (4%), 10 torácica (22%), 13 cervical (29%) e 20 lombar (45%).

A classificação de risco vermelho e azul não foram utilizadas em nenhuma das ocorrências, na cor verde 1 vítima (3%), amarelo 3 vítimas (10%) e que não foram classificados 26 vítimas (87%); diante dessa pesquisa o número de prontuários sem a classificação de risco foi muito grande, embora aqueles que foram atendidos por uma equipe de socorristas tem prioridade para atendimento.

Quanto aos dados clínicos, a Tabela 02, demonstra que as dores ao movimento tiveram expressiva porcentagem em relação aos demais itens analisados.

Dados Clínicos	Número de Vítimas	Percentual
Priaprismo	0	0%
Dificuldade para Respirar	0	0%
Amortecimento e Fraqueza	1	2%
Sem Resposta	1	2%
Paralisia ou Anestesia	4	7%
Incontinência Urinária e Fecal	6	11%
Deformidade/ Inchaço	7	13%
Dores e Formigamento	7	13%
Dor ao Movimentar	28	52%
Total	54	100%

Tabela 02 – Dados clínicos das vítimas de trauma raquimedular / Outubro de 2013.

Como resultado da pressão arterial constituiu-se 2 pacientes hipotensos (7%); 21 pacientes normotensos (70%); 7 dos pacientes do total de 30, foram encontrados hipertensos. Na frequência respiratória foi encontrado 1 prontuário sem resposta (3%), não apresentou vítimas com Bradpnéia, avaliou-se 25 vítimas eupneicos (84%) e 4 pacientes com taquipneia (13%). Na saturação foi encontrado 25 vítimas sem valores de saturação correspondente a 84%, 2 com valores normais de saturação de 95 a 100% O₂, 3 vítimas com valores de saturação abaixo do normal < 94% O₂ (hipoventilação) com percentual de 7%.

A Figura 01 - Procedimentos realizados nas vitimas de Trauma Raquimedular/ Outubro de 2013, demonstra que o tratamento conservador foi o mais representativo, 19 vítimas (63%), este tratamento foi utilizado para os fins de correção da estrutura óssea a qual foi fraturada ou com o objetivo de utilizar alguns coletes para a manutenção da estrutura da coluna. Observou-se que 23 pacientes tiveram o destino de alta hospitalar (76%); 4 levados ao centro cirúrgico (14%); outros (evasão) 2 (7%); óbitos 1 (3%) e para a UTI nenhuma vitima foi encaminhada.

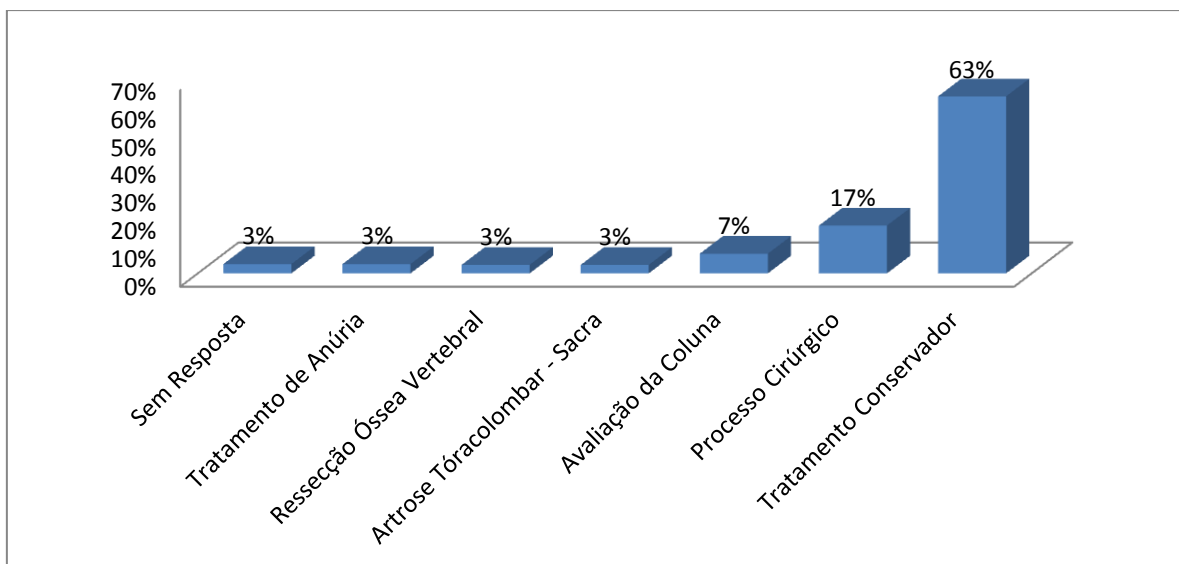


Figura 01 – Procedimentos realizados nas vitimas de Trauma Raquimedular/ Outubro de 2013.

Para Gawryszewski et al (2004), o tratamento as vítimas com trauma tem avançado, mais a gravidade que o próprio evento apresenta é um fator a ser considerado, as ações de prevenção devem ser estimuladas e preconizadas, principalmente no que se diz respeito as causas externas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A considerável procura dos serviços públicos hospitalares de emergência nos últimos anos decorre do aumento da violência urbana, tanto nos acidentes de transito, quanto dos acidentes com armas de fogo e armas brancas e da própria precariedade dos serviços de saúde e atenção básica.

Os benefícios oferecidos pela pesquisa são de extrema importância aos especialistas da saúde, para aperfeiçoar o atendimento a vítima com traumatismo raquimedular pela equipe de enfermagem e medica, além de proporcionar à família e ao paciente vítima uma melhor qualidade de vida.

A enfermagem é uma área que trata da saúde da população, o reconhecimento dos sinais e sintomas que caracterizam a suspeita do traumatismo raquimedular, deve ser preconizado, pois quanto mais prematuro o diagnostico e o atendimento, mais as chances de serem evitadas as complicações a vítima. Para o sucesso do atendimento as vítimas de trauma raquimedular é necessário o treinamento continuo dos profissionais da equipe de enfermagem, que deve estar pautado no atendimento ágil, sistematizado e eficiente no local do acidente, reduzindo o índice de lesões raquimedulares no atendimento pré- hospitalar.

A necessidade de estabelecimento e implantação de protocolos para o atendimento as vítimas de trauma raquimedular se mostra cada vez mais inerente, a fim de garantir segurança e replicabilidade de ações, evitando ações desconexas e que tragam riscos a equipe e as vítimas.

Para melhor análise do evento e da vítima sugere-se a aplicação da pesquisa em uma amostra com maior numero de integrantes para uma análise mais apurada.

REFERÊNCIAS

ADÃO, R. S.; SANTOS, M. R. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel. **REME- Revista mineira de enfermagem**. Belo Horizonte, v. 16, n. 4, p. 601-608, out./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/567>>. Acesso em: 31 out. 13.

AMTHAUER, C, et. al. Atendimento pré-hospitalar: o profissional de enfermagem na assistência ao indivíduo em situação de risco. **Simpósio de ensino, pesquisa e extensão**. Santa Maria, v. 1, n. 1, p. 7. out. 2012. Disponível em: <<http://www.unifra.br/eventos/sepe2012/Trabalhos/7036.pdf>>. Acesso em: 20 out. 13.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à pessoa com lesão medular**. Brasília, DF: 2012. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_lesao_medular.pdf>. Acessado em 02/09/2013.

BRUNOZI, A. E. et al., Qualidade de Vida na Lesão Medular Traumática. **Rev. Neurocienc**. Piracanjuba – GO, v. 19, n. 1, p. 139-144, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2011/RN1901/revisao/444%20revisao.pdf>>. Acesso em: 24. fev. 2013.

BUENO, A. A., BERNARDES, A., Percepção da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel sobre o gerenciamento de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 45-53. jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a05.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2013.

BRUNI, D.S., STRAZZIERI, K.C., GUMIEIRO, M.N., GIOVANAZZI, R.; SÁ, V.G., FARO, A.C.M. Aspectos fisiopatológicos e assistências de enfermagem na reabilitação da pessoa com lesão medular. **Revista de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 38, n. 1, p. 71-9. out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n1/09.pdf>>. Acessado dia: 25 out. 2013.

CAMPOS, M. F. et al., Epidemiologia do traumatismo da coluna vertebral. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. Rio de Janeiro- RJ, v. 35, n. 2, p.1-6. mar. / abr. 2008 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-69912008000200005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 13. nov. 2013.

CAVALCANTE, E. S.; FARIAS, G. M.; SANTOS, K. N., Conhecimento da equipe de enfermagem no processo de cuidar às vítimas de traumatismo raquimedular. **Inter Science Place- Revista Científica Internacional**. Online, v. [s.n.], n. 6, p. 1-11, mar. 2009.

CEREZETTI, C.R.N. et al., Lesão medular traumática e estratégias de enfrentamento: revisão crítica. **Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 2, n. 36, p. 318- 322, abril. 2012. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/93/art07.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2013.

DEFINO, H. L. A. Trauma Raquimedular. **Revista de Medicina de Ribeirão Preto**. São Paulo, v. 32, n. 4, p. 398, out.-dez. 1999. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/7741>>. Acesso em: 22. fev. 2013.

FORTES, J. I. **Enfermagem em Emergências**: Noções básicas de atendimento pré- hospitalar. 2. ed. atual. e ampl. São Paulo: EPU, 2008. p. 49.

GRAY,H. Gray Anatomia. 29. Ed. Rio de Janeiro- RJ:Guanabara Koogan S.A., 1988. P. 83.

GAWRYSZEWSKI, V.P.; KOIZUMI, M.S.; MELLO-JORGE, M.H.P. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 995-1003, jul-ago, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n4/14.pdf>>. Acessado dia: 21out. 2013.

HAFEN,B.Q.; KARREN,K.J.; FRANDSEN,K.J. Primeiros socorros para estudante. 7. Ed. Barueri-SP:Manole Ltda,2002.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse Censo demográfico 2000 - Minas Gerais. Patos de Minas; 2010. v. 1, (Recenseamento Geral do Brasil) Disponível em:<<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=29&uf=31>>. Acesso em: 28 out. 2013.

LIMA, T. C., **Prática assistencial de enfermagem à vítima de trauma com fraturas de membros no atendimento pré-hospitalar fundamentada em Wanda de Aguiar Horta**. 2011. 57 f. Monografia (Pós-graduação em Enfermagem) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2011. Disponível em: <<http://repositorio.unesc.net/bitstream/handle/1/840/Talita%20Corr%C3%AAa%20Lima.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 20 out. 2013.

LINS, T. H. et al., Diagnósticos e intervenções de enfermagem em vítimas de trauma durante atendimento pré-hospitalar utilizando a CIPE®. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 15, n. 1. 1-10. jan./mar. 2013 jan./mar;15(1):34-43. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v15/n1/pdf/v15n1a04.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2013.

MAGALHÃES, M. O. et al. Avaliação em pacientes com traumatismos raquimedular: um estudo descritivo e transversal. **ConSientiae Saúde**. São Paulo, v. 10, n. 1, p. 69- 76. dez. 2011. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/63511711/2011-Magalhaes-Avaliacao-em-pacientes-com-trm>>. Acesso em: 12. mar. 2013.

MELLO A.C.; BRASILEIRO M. E., A importância do enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar (APH): Revisão Bibliográfica. **Revista Eletrônica de enfermagem**. Goiânia, v. 1, n. 1, p. 1-16. 2010 jan./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.ceen.com.br/revistaeletronica>>. Acesso em: 20 out. 2013.

RAMOS, V.O.; SANNA, M.C., A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Santo Amaro, v.58, n. 3, p. 355-360. maio/jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n3/a20v58n3.pdf> . Acesso em: 06 out. 2013.

REIS, J. A. P; MEIJA, D. P. M., Etiologias do trauma raquimedular, uma revisão bibliográfica. **Bio cursos**. Manaus, v. 1, p. 1-12. 2012. Disponível em : <http://www.portalbiocursos.com.br/artigos/fisio_neuro/12.pdf>. Acesso em: 29 set. 2013.

SISCÃO, M. P. et al., Caracterização Raquimedular em um Hospital Público. **Arq Ciênc Saúd**. São José do Rio Preto – SP, v. 14, n. 3, p. 145-147, jul./set. 2007. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=512463&indexSearch=ID&lang=p>>. Acesso em: 03. mar. 2013.

VENTURINI, D. A., et al. Alterações e expectativas vivenciadas pelos indivíduos com lesão raquimedular e suas famílias. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 4, n. 4, p. 589-596. dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/07>>. Acesso em: 15. Fev. 2013.

APÊNDICE A

Roteiro para registro de informações retiradas dos prontuários do Hospital Regional Antônio Dias de Patos de Minas- MG

Data: ___/___/___

Hora de entrada: [] Manhã [] Tarde [] Noite

Iniciais do nome: _____

Data de nascimento: ___/___/___

Idade: _____

Sexo: [] Feminino [] Masculino

Naturalidade: _____

Profissão:

Escolaridade: [] Fundamental [] Médio [] Superior [] Outros:

Estado civil: Solteiro(a) Casado(a) Divorciado Viúvo Outros:

Raça/ Cor: Branca Preta Parda Amarela Indígena Albina

Município: _____

Zona Urbana ()

Zona Rural ()

Classificação de risco: Vermelho Amarelo Verde Azul

Local onde aconteceu: Casa Rua Trabalho

Outros: _____

Escala de coma de Glasgow: Abertura ocular Resposta verbal

Resposta motora Total: _____

P.A.: _____ mmHg.

F.R.: _____ bpm.

Saturação: _____ O₂.

Grau da lesão: Leve (paciente estável em análise permanente dependendo de cuidados intermediários);

Inconsciente (não se encontra orientado no tempo e espaço, não verbaliza e não apresenta abertura ocular espontânea);

Grave (lesão permanente de medula);

Fatal (óbito)

Procedimento efetuado:

Dados clínicos:

- Deformidade/ Inchaço
- Incontinência urinária e fecal
- Paralisia ou Anestesia
- Dores e formigamento
- Amortecimento e fraqueza
- Dificuldade para respirar
- Dor ao movimentar
- Priapismo

Principais lesões vertebrais:

Destino: Alta Óbito UTI CC

Outros: _____

ANEXO A

FHEMIG
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS

DIGEPE – Gerência de Ensino e Pesquisa
Núcleo de Apoio ao Pesquisador – (31) 3239-9545 / 3239-9556

PARECER TÉCNICO 081B/2013

SIPRO: 19131-2013-8
De: DIGEPE/Gerência de Ensino e Pesquisa
Para: Coordenador NEP
Data: Belo Horizonte, 10 de julho de 2013.

Projeto de Pesquisa "Trauma raquimedular: caracterização do evento, da vítima e do atendimento de enfermagem em um hospital público do Alto Paranaíba-MG"
Unidade: HRAD
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Fernanda Cristina Assis Silva

Ilmo. Pesquisador,

Trata-se do segundo parecer sobre o mesmo projeto.

Projeto corretamente submetido em via impressa e eletrônica. Seguintes documentos também apresentados: *Check-list* preenchido e assinado, Folha de rosto assinada pelo pesquisador, coordenador do NEP e diretor da Unidade. Projeto não está vinculado a grupo de pesquisa e/ou linha de pesquisa.

O objetivo geral é "levantar as características das vítimas de trauma raquimedular atendidas em um Hospital Público do Alto Paranaíba-MG"

Serão avaliadas as informações de 30 prontuários de pacientes atendidos entre os meses de Janeiro e Junho de 2013. Foi desenvolvido e apresentado um questionário (Anexo A) que condiz com os objetivos do estudo.

Trata-se de estudo descritivo.

O primeiro parecer continha questionamentos sobre como seriam selecionados os 30 prontuários e no projeto reapresentado está bem explicado que serão selecionados os 30 primeiros que preencherem os critérios de inclusão.

Orçamento sem ônus para Fhemig, cronograma adequado.

Não apresenta risco institucional nem possibilidade de patente por isso não há necessidade de passar pelo NIT. Projeto aprovado pela Diretoria do Hospital.

Aprovo o projeto e parabeno os pesquisadores pela iniciativa.

Atenciosamente,

Marcelo Milton Abrantes
FHEMIG/DIGEPE/Gerência de Ensino e Pesquisa
Núcleo de Apoio ao Pesquisador – (31)3239-9545

① Cliente
② Ao NEP para conhecimento e providências

10/7/13

① Cliente
② Ao Serviço de Pesquisa para conhecimento e repasse ao pesquisador.

19131-8

Stor Eunice Talvete
Coordenadora NEP
Mesa 10/7/13
HRAD/19131-8