

Primeiros Socorros





Sumário

Definição Primeiros Socorros.....	2
Urgência e Emergência	2
Parada Cardiorrespiratória.....	3
Crise convulsiva.....	9
OVACE.....	11
Desobstrução das vias aéreas em lactente responsivo.....	12
Desobstrução das vias aéreas em crianças acima de 1 ano ou mais.....	14
Traumas.....	16
Escala de Coma de Glasgow.....	18
Traumatismo Crânioencefálico – TCE Grave.....	21
Tipos de trauma.....	24
Tipos de choque.....	24
Assistência ao paciente politraumatizado.....	25
Imobilização e remoção.....	25



Primeiros Socorros

Definição:

Primeiros socorros referem-se às medidas imediatas e temporárias que são aplicadas às vítimas de acidentes ou acometidas por doenças súbitas, antes da chegada de ajuda médica profissional. Essas intervenções têm como principal objetivo preservar a vida, evitar o agravamento das condições físicas e promover a recuperação da saúde.

A prática de primeiros socorros exige conhecimento básico sobre como agir em diferentes situações de emergência, como atendimento a ferimentos, paradas cardiorrespiratórias, engasgos, queimaduras, entre outros. Uma ação rápida e eficiente pode ser decisiva para o desfecho da emergência, reduzindo a gravidade dos danos ou até salvando vidas.

Para profissionais de enfermagem, os primeiros socorros são uma extensão natural de suas competências, pois estão treinados para avaliar rapidamente os pacientes e administrar o cuidado necessário. Eles utilizam técnicas para manter as vias aéreas desobstruídas, controlar hemorragias, imobilizar fraturas e prestar apoio emocional até que o tratamento médico especializado esteja disponível.

Além disso, os enfermeiros desempenham um papel crucial na educação da comunidade sobre a importância dos primeiros socorros. Eles frequentemente lideram treinamentos e workshops para ensinar ao público geral as habilidades básicas necessárias para lidar com emergências, enfatizando a importância de uma resposta rápida e informada.

Em resumo, primeiros socorros são uma competência essencial para os profissionais de enfermagem, pois combinam a prática clínica com a responsabilidade social de educar e capacitar a população para enfrentar situações de crise com maior segurança e eficácia.

Urgência e Emergência

- **Urgência** - As urgências são casos que não envolvem risco de vida iminente, mas precisam de atendimento com brevidade para evitar agravamento.



- **Emergência-** é um atendimento que apresenta risco iminente de vida e exige tratamento imediato para manter as funções vitais e evitar complicações graves.



Como identificamos uma emergência?

- ESTABILIDADE
- INSTABILIDADE
- SSVV
- SINAIS CLINICOS
- MOVE

Parada Cardiorrespiratória

Definição

A parada cardiorrespiratória (PCR) é uma condição médica grave e urgente na qual ocorre uma cessação súbita e inesperada da atividade cardíaca e respiratória. Neste estado, o coração deixa de bombear sangue para o corpo e os pulmões falham em oxigenar o sangue, resultando na interrupção do fluxo de oxigênio para os tecidos, incluindo o cérebro e outros órgãos vitais.

A parada cardiorrespiratória pode ser desencadeada por diversas causas, incluindo eventos cardíacos, como infarto do miocárdio ou arritmias graves, trauma, afogamento, intoxicação por drogas ou substâncias tóxicas,



eletrocussão, entre outros. Sem intervenção imediata, a PCR leva rapidamente à morte celular e, eventualmente, à morte do indivíduo.

O tratamento imediato é crítico e envolve a realização de ressuscitação cardiopulmonar (RCP), que combina compressões torácicas e respiração artificial, para manter o fluxo de sangue e a oxigenação dos tecidos até que medidas mais avançadas, como a desfibrilação, possam ser aplicadas. A rápida resposta no contexto de uma PCR é essencial para aumentar as chances de sobrevivência e minimizar danos permanentes ao cérebro e outros órgãos.



Cessação brusca e inesperada da atividade mecânica ventricular que levará a morte na ausência de uma intervenção imediata;



Raras reversões espontâneas;



Prognóstico relacionado ao mecanismo de PCR, contexto clínico e tempo até intervenção.

Sinais de PCR

- Ausência do nível de consciência;



- Ausência de respiração ou respiração anormal isto é, apenas gasping;
- Ausência de pulso (carotídeo).

RCP de Alta qualidade

A Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) de alta qualidade é vital para aumentar as chances de sobrevivência após uma parada cardiorrespiratória. Para ser eficaz, a RCP deve envolver compressões torácicas profundas e rápidas, com uma profundidade de cerca de 5 cm (ou 2 polegadas) para adultos, e uma frequência de 100 a 120 compressões por minuto. É fundamental garantir que essas compressões sejam contínuas, com interrupções mínimas, pois pausas prolongadas podem reduzir significativamente a chance de retorno da circulação espontânea (ROSC). Além disso, cada compressão deve ser seguida por um retorno completo do tórax à sua posição normal, o que facilita o fluxo de sangue de volta ao coração e melhora a eficiência da próxima compressão. Essas práticas, combinadas com a respiração artificial adequada, são cruciais para manter a oxigenação dos órgãos vitais durante a emergência. A aplicação correta desses princípios pode fazer a diferença crucial entre a vida e a morte em situações críticas.

- Iniciar compressões nos primeiros 10 segundos
- Comprimir com força e rapidez
- Permitir o retorno total do tórax
- Minimizar interrupções nas compressões
- Administrar ventilações eficazes
- Evitar ventilação excessiva



Cadeias de sobrevivência distintas

PCRIH



PCREH



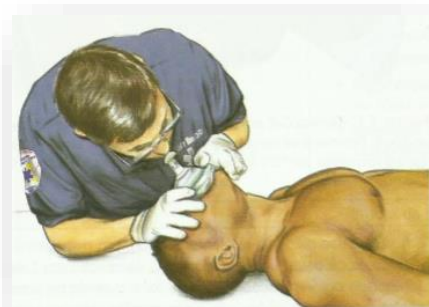
Sequência da RCP

- **C – Compressões:** comprimir rapidamente e com força o centro do peito da vítima;
- **A – Vias aéreas:** recline a cabeça para trás e erga o queixo da vítima;
- **B – Respiração:** aplique insuflações boca a boca;



Administração de ventilações boca a boca em máscaras nos adultos

execute a manobra de inclinação da cabeça – elevação do queixo para abrir a via aérea segurando a máscara firmemente contra o rosto.



Desfibriladores automáticos externos (DEA/DAES)

O DEA (Desfibrilador Externo Automático) e o DAES (Desfibrilador Automático Externo Semiautomático) são dispositivos essenciais para tratar arritmias cardíacas potencialmente fatais, como a fibrilação ventricular e a taquicardia ventricular sem pulso, que são causas comuns de parada cardiorrespiratória. Estes aparelhos são projetados para serem usados por pessoas sem

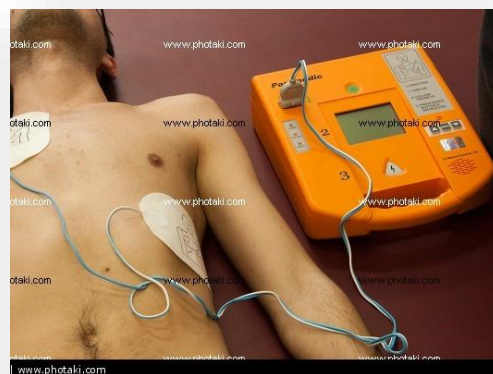


treinamento médico especializado, além de profissionais de saúde, permitindo uma intervenção rápida em emergências.

Ambos os dispositivos funcionam de maneira similar, analisando automaticamente o ritmo cardíaco do paciente e determinando se um choque elétrico é necessário para restaurar um ritmo cardíaco normal. A principal diferença entre eles está na autonomia do processo:

- **DEA (Desfibrilador Externo Automático):** Este equipamento realiza todo o processo automaticamente. Após analisar o ritmo cardíaco, se detectar uma arritmia tratável por desfibrilação, ele automaticamente carrega e aplica o choque elétrico sem a necessidade de intervenção do usuário, além de orientações vocais e visuais durante o uso.
- **DAES (Desfibrilador Automático Externo Semiautomático):** Este tipo de desfibrilador também analisa o ritmo cardíaco e indica se um choque é necessário, mas requer que o usuário pressione um botão para administrar o choque. Isso dá ao operador um elemento de controle manual no processo de ressuscitação.

Ambos os dispositivos são projetados para serem seguros e eficazes, minimizando a possibilidade de um choque ser administrado incorretamente. Eles são fundamentais em locais públicos e são cada vez mais comuns em ambientes como escolas, aeroportos, centros comerciais e instalações desportivas, onde a probabilidade de ocorrer uma emergência cardíaca é maior e a rápida resposta é crucial para salvar vidas.



Crise convulsiva

As crises convulsivas ocorrem quando há um aumento da excitação ou inibição da atividade central, causando alterações cerebrais em diferentes regiões. Esse desbalanço entre excitação e inibição da atividade cerebral pode estar relacionado com fatores genéticos ou adquiridos.

Principais causas de convulsão

- TCE;
- Intoxicações;
- Hipoglicemia;
- Infecções;
- Febre;
- Tumores;
- Abstinências.



Atendimento

- Sempre manter a calma;
- Prevenir lesões;
- Auxiliar a vítima a deitar-se;
- Afastar objetos próximos da vítima;
- Proteger a cabeça de impactos;
- Cronometrar o tempo do início da crise;
- Garantir via aérea aberta;
- Lateralizar a cabeça;
- Estar alerta a condição febril do paciente



Tratamento

A prioridade do atendimento ao paciente vítima de convulsão, deve ser a garantia de sua integridade física e privacidade. O atendimento segue com estabilização da cervical, cuidados com queda, como vias aéreas, e na emergência hospitalar MOVE.

Medicações

Diazepam - O diazepam é amplamente utilizado no tratamento de convulsões devido às suas potentes propriedades anticonvulsivantes. Ele pertence à classe dos benzodiazepínicos, que são conhecidos por sua eficácia em acalmar a atividade neural excessiva no cérebro, que é um dos principais fatores responsáveis pelas convulsões.

A ação do diazepam no tratamento de convulsões funciona principalmente através do aumento da eficácia do neurotransmissor ácido gama-aminobutírico (GABA). O GABA é o principal neurotransmissor inibitório no cérebro e desempenha um papel crucial na redução da atividade neuronal, ajudando a prevenir convulsões. O diazepam aumenta a afinidade do GABA pelos seus receptores, o que facilita a abertura dos canais de cloreto associados a esses receptores. A entrada de íons cloreto no neurônio resulta em uma hiperpolarização da célula, o que torna menos provável que a célula dispare um potencial de ação, ou seja, um sinal elétrico, ajudando assim a estabilizar a atividade elétrica no cérebro e a prevenir novas convulsões.

O diazepam é particularmente útil em emergências médicas para o tratamento rápido de convulsões agudas, como no status epilepticus, onde uma convulsão prolongada ocorre sem que a pessoa recupere a consciência. Nesse contexto, o diazepam pode ser administrado por via intravenosa para uma ação rápida, ou por via retal em situações onde o acesso intravenoso não está disponível ou é impraticável.

Além de seu uso em situações agudas, o diazepam também pode ser usado para controlar ou prevenir convulsões em outras condições neurológicas. No entanto, devido ao potencial de dependência e efeitos colaterais, como sedação e tolerância, seu uso deve ser cuidadosamente monitorado por profissionais de saúde.

Midazolam - O midazolam é outro medicamento da classe dos benzodiazepínicos, usado amplamente no tratamento de convulsões, particularmente em situações de emergência como o status epilepticus. Semelhante a outros benzodiazepínicos, como o diazepam, o midazolam atua potencializando o efeito do ácido gama-aminobutírico (GABA), o principal neurotransmissor inibitório no cérebro.



A ação específica do midazolam envolve a facilitação da atividade do GABA ao aumentar a frequência com que os canais de cloreto associados aos receptores GABA são abertos. Isso resulta na hiperpolarização das células nervosas, o que reduz sua excitabilidade e ajuda a controlar a atividade elétrica excessiva no cérebro que pode causar convulsões.

O midazolam é particularmente valorizado por sua rapidez de ação e eficácia, sendo frequentemente administrado por via intravenosa, intramuscular, ou intranasal. Sua forma intranasal é especialmente útil em ambientes fora do hospital, permitindo a administração rápida e não invasiva, o que é uma grande vantagem em situações de emergência pediátrica ou quando o acesso intravenoso é difícil.

Além de seu uso em emergências, o midazolam também é empregado para sedação antes de procedimentos médicos ou cirúrgicos, dado seu efeito calmante e a capacidade de induzir perda temporária de memória, o que pode aliviar a ansiedade do paciente.

Apesar de suas muitas utilidades, o midazolam deve ser usado com cautela devido ao risco de depressão respiratória, especialmente em doses elevadas ou quando administrado junto com outros depressores do sistema nervoso central. Também há preocupações com a dependência e a tolerância após uso prolongado, razão pela qual seu uso é geralmente limitado a curtos períodos ou situações específicas sob estrita supervisão médica.

OVACE - OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS POR CORPO ESTRANHO

- O reconhecimento precoce da obstrução da via aérea é fundamental para o sucesso da evolução do quadro;
- A obstrução é provocada por alimento ou outro objeto preso na via aérea ou na garganta;
- O objeto impede que o ar chegue aos pulmões.





Obstrução leve da Via Aérea

Ações do Socorrista

- Não interfira com as tentativas da criança expelir o corpo estranho, mas fique a seu lado e monitorize suas condições.
- Caso a obstrução leve da Via Aérea persista, acione o sistema de atendimento de emergência o **SAMU (192)**

Obstrução Grave da Via Aérea

Ações do Socorrista

- *Se a criança não conseguir produzir sons ou respirar, existe uma obstrução de Via aérea grave, deve se acionar o sistema de atendimento de emergência o **SAMU (192)** e iniciar manobras de desobstrução das Vias Aéreas*

Desobstrução das vias aéreas em lactente responsivo

Ação do Socorrista

- Ajoelhe-se ou sente-se com o lactente em seu colo;
- Se for fácil, descubra o tórax do lactente;
- Segure o lactente em pronação (de barriga para baixo) com a cabeça levemente mais baixa que o tórax, apoiada no seu antebraço;
- Apoie a cabeça e a mandíbula com sua mão;
- Tome cuidado para não comprimir os tecidos moles do pescoço;
- Apoie se antebraço sobre sua coxa ou colo para dar suporte ao lactente;
- Aplique 5 golpes, no centro das costas, entre as escápulas do lactente com o calcanhar da mão;
- Aplique cada golpe com força suficiente para tentar deslocar o corpo estranho;
- Após aplicar até **5** golpes nas costas, posicione a outra mão nas costas do lactente e apóie a região posterior de sua cabeça com a palma de sua mão. O lactente ficará adequadamente posicionado entre seus dois antebraços, com a palma de uma mão dando suporte à face e à mandíbula, enquanto a palma da outra mão apóia a parte posterior da cabeça do lactente;
- Gire o lactente, enquanto apóia cuidadosamente sua cabeça e pescoço;
- Segure-o de costas;

- Repouse seu antebraço sobre sua coxa e mantenha a cabeça do lactente mais baixa que o tronco;
 - Aplique até **5** compressões torácicas rápidas, para baixo no mesmo local em que aplica compressões torácicas de RCP, ou seja, abaixo da linha dos mamilos;
 - Aplique as compressões torácicas na frequência de 1 por segundo, cada uma com intenção de provocar uma “**tosse**” capaz de deslocar o corpo estranho;
 - Alterne a sequência de 5 golpes nas costas e até 5 compressões torácicas, até que o objeto seja removido ou o lactente torne-se não responsivo.
-
- **ATENÇÃO:** Não realize varredura digital às cegas em lactentes e crianças, pois o corpo estranho pode ser empurrado para dentro das vias aéreas e agravar a obstrução ou provocar ferimentos.



DESOBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS EM CRIANÇAS ACIMA DE 1 ANO OU MAIS

Manobra de Heimlich

Para desobstruir as vias aéreas em criança **acima de 1 ano e adulto**

Pode ser necessário repetir a **compressão abdominal várias vezes** para eliminar o corpo estranho





Manobra de Heimlich



Vítima Consciente



Vítima Inconsciente



Traumas

No contexto do atendimento ao politraumatizado, "trauma" refere-se a qualquer lesão física grave causada por uma força externa ou violência, que pode afetar várias partes do corpo simultaneamente. Esse tipo de lesão é geralmente o resultado de acidentes (como de trânsito, quedas ou acidentes industriais), violência, desastres naturais, ou incidentes durante atividades esportivas.

O termo "politraumatizado" é usado para descrever uma pessoa que sofreu múltiplas lesões traumáticas que têm o potencial de causar incapacidade ou morte. O atendimento a esses pacientes é complexo e multidisciplinar, envolvendo várias especialidades médicas para tratar os diferentes tipos de lesões que podem incluir:

- Lesões traumáticas cerebrais, como concussões ou hematomas.
- Trauma torácico, que pode incluir lesões nos pulmões e no coração.
- Trauma abdominal, que pode afetar órgãos internos como fígado, baço e intestinos.
- Fraturas múltiplas ou complexas, que podem afetar os ossos e exigir intervenção ortopédica.
- Lesões da coluna vertebral, que podem incluir danos aos nervos ou à medula espinhal.

O objetivo principal do atendimento inicial ao politraumatizado é estabilizar o paciente, o que inclui garantir que as vias aéreas estejam desobstruídas, a respiração esteja adequada, e a circulação sanguínea seja suficiente. Isso é seguido por uma avaliação rápida e completa para identificar todas as lesões e priorizar o tratamento de acordo com a gravidade. A abordagem frequentemente segue protocolos como o ATLS (Advanced Trauma Life Support), que fornece uma estrutura sistemática para avaliar e tratar esses pacientes críticos.

A eficácia do tratamento depende muito da rapidez e precisão do atendimento inicial, pois o manejo adequado nas primeiras horas após o trauma pode significar a diferença entre a recuperação completa e complicações a longo prazo ou morte.





Atendimento ao Traumatizado Grave

Critérios de inclusão para trauma grave:

- Critérios Fisiológicos
- Mecanismo do Trauma
- Anatomia das Lesões
- Situações Especiais

Utilização do XABCDE no Atendimento ao Traumatizado

“XABCDE” do Advanced Trauma Life Support (ATLS) é o mnemônico que padroniza o atendimento inicial ao traumatizado, independentemente da idade, e define a prioridade na abordagem do trauma.

- X - Hemorragias Exsanguinolenta (controle do sangramento externo)
- A - Vias aéreas com controle da coluna cervical
- B - Respiração
- C - Circulação com controle da hemorragia
- D - Estado Neurológico
- E - Exposição e controle da temperatura

X - Hemorragias Exsanguinolenta (controle do sangramento externo)

No “X”, há a contenção de hemorragia externa grave, a abordagem a esta, deve ser antes mesmo do manejo das vias aéreas uma vez que, epidemiologicamente, apesar da obstrução de vias aéreas ser responsável pelos óbitos em um curto período de tempo, o que mais mata no trauma são as hemorragias graves.

A - Vias aéreas com controle da coluna cervical

- Em vítimas conscientes, aproximar-se da vítima pela frente para evitar que mova a cabeça;



- Estabilizar coluna com colar e prancha rígida ou manualmente (cuidados com posição viciosa);
- Avaliar obstrução de via aérea

B – Respiração

- Analisar se a respiração está adequada (inspeção dos movimentos torácicos, frequência respiratória, desvio de traquéia, dispnéia, cianose);
- Descompressão imediata do tórax em caso de pneumotórax, seguido de drenagem;
- Suporte ventilatório.

C - Circulação com controle da hemorragia

- Procurar por hemorragias; (FAST: US realizado no PA para busca de líquido livre abdominal)
- Estancar sangramento (compressão direta do foco);
- Avaliar coloração da pele, frequência e pressão de pulso, perfusão.

D - Estado Neurológico

- Análise do nível de consciência através da Escala de Coma de Glasgow;
- Tamanho e reatividade das pupilas;

Escala de Coma de Glasgow

A Escala de Coma de Glasgow (ECG) é uma ferramenta clínica usada para avaliar objetivamente o nível de consciência de uma pessoa que sofreu uma lesão cerebral ou está em estado de coma por qualquer outra razão. Desenvolvida por Graham Teasdale e Bryan J. Jennett em 1974 na Universidade de Glasgow, na Escócia, esta escala é amplamente utilizada por profissionais de saúde para monitorar pacientes com condições agudas que afetam o cérebro.

A escala mede três aspectos do estado de consciência: abertura ocular, resposta verbal e resposta motora. Cada uma dessas categorias tem subcategorias que são pontuadas individualmente, e a soma desses pontos



fornece uma medida global do nível de consciência do paciente, que varia de 3 a 15 pontos, sendo:

1. Abertura Ocular (1 a 4 pontos)

- 4 pontos: Abertura espontânea
- 3 pontos: Abertura aos estímulos verbais
- 2 pontos: Abertura à pressão (estímulo doloroso)
- 1 ponto: Sem abertura ocular

2. Resposta Verbal (1 a 5 pontos)

- 5 pontos: Orientada
- 4 pontos: Confusa
- 3 pontos: Palavras inapropriadas
- 2 pontos: Sons incompreensíveis
- 1 ponto: Sem resposta verbal

3. Resposta Motora (1 a 6 pontos)

- 6 pontos: Obedece comandos para movimentação
- 5 pontos: Localiza a dor
- 4 pontos: Retirada inespecífica à dor
- 3 pontos: Flexão anormal (decorticação)
- 2 pontos: Extensão anormal (decerebração)
- 1 ponto: Sem resposta motora

Quanto mais baixa a pontuação, mais grave é o comprometimento do nível de consciência do paciente. Uma pontuação total de 3 indica um estado de coma profundo ou morte cerebral, enquanto uma pontuação de 15 sugere que a consciência do paciente está clara. A ECG é útil não apenas na avaliação inicial, mas também no acompanhamento contínuo dos pacientes, permitindo aos médicos avaliar a progressão ou melhoria do estado neurológico e ajustar o tratamento conforme necessário.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

Atualização na Escala de Coma de Glasgow

As atualizações recentes na Escala de Coma de Glasgow (GCS), agora chamada de GCS-40, foram introduzidas para padronizar a aplicação da escala e melhorar a precisão e confiabilidade na avaliação do nível de consciência de um paciente. Essas atualizações se concentram em três áreas principais:

1. **Métodos de Aplicação de Estímulo:** O GCS-40 especifica como os estímulos devem ser aplicados para garantir consistência. Isso inclui aplicar pressão em locais específicos, como pontas dos dedos, músculo trapézio e entalhe supraorbital, se necessário. Isso visa minimizar variações na intensidade do estímulo que podem afetar a resposta do paciente.
2. **Resposta do Paciente ao Estímulo:** As categorias de resposta foram refinadas para melhorar a clareza. Por exemplo, na categoria de resposta ocular, a palavra "fala" foi alterada para "som" para esclarecer que comandos verbais específicos não são necessários para qualificar uma resposta. Além disso, a resposta à "dor" foi substituída por "pressão" para enfatizar que não é necessário infligir dor excessiva ao paciente.
3. **Documentação de Condições que Impedem a Avaliação Completa:** Uma nova diretriz permite que os avaliadores marquem "NT - não testado" em qualquer categoria que não possa ser avaliada devido a condições do paciente, como intubação ou inchaço que impede a abertura dos olhos.



Adicionalmente, foi introduzido o GCS-Pupils score, que leva em consideração a reatividade pupilar, adicionando ou subtraindo pontos com base na resposta das pupilas à luz. Isso ajuda a prever resultados clínicos mais precisamente após um trauma cerebral.

Essas mudanças têm o objetivo de tornar a GCS mais precisa e útil em diferentes contextos clínicos, aumentando sua aplicabilidade em estudos de pesquisa e no manejo clínico de pacientes com lesões cerebrais.

Trauma Crânioencefálico (TCE) Grave

O Trauma Crânioencefálico (TCE) Grave é uma lesão séria no cérebro causada por um impacto externo, como quedas, acidentes de trânsito, ou violência física, que pode levar a uma ampla gama de problemas neurológicos ou morte. Essa classificação de "grave" é tipicamente determinada pelo uso da Escala de Coma de Glasgow (ECG), onde um escore de 8 ou menos após a ressuscitação inicial é indicativo de TCE grave.

Nesses casos, o cérebro sofre danos que podem incluir contusões, hemorragias, inchaço cerebral, e outras lesões que impactam o funcionamento cerebral. O TCE grave pode resultar em alterações na consciência, capacidade cognitiva, funções motoras e sensoriais, além de afetar a regulação emocional e o comportamento da pessoa.

O tratamento geralmente envolve cuidados intensivos para monitorar e estabilizar a pressão intracraniana, garantir a oxigenação adequada do cérebro e gerenciar outros danos relacionados. A recuperação de um TCE grave pode ser um processo longo e complexo, frequentemente necessitando de uma equipe multidisciplinar para reabilitação, incluindo fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, neuropsicólogos, e outros especialistas em saúde. A gravidade do trauma e a área do cérebro afetada desempenham um papel crucial no prognóstico e na recuperação do paciente.

Quando a vítima apresentar os seguintes sinais e sintomas independente da escala de Glasgow:

- assimetria das pupilas;
- fratura de crânio com perda de líquido, sangue ou massa encefálica ou afundamento de crânio;

AVALIAÇÃO DO DIÂMETRO DAS PUPILAS		
SINAIS A SEREM OBSERVADOS	SITUAÇÃO	DIAGNÓSTICO-PROVÁVEL
	ISOCÓRICAS (NORMAIS): São simétricas e reagem à luz	Esta condição é normal, porém deve-se reavaliar constantemente.
	MIÓSE: Ambas estão contraídas, sem reação à luz.	Lesão no sistema nervoso central ou abuso no uso de drogas (toxinas)
	ANISOCÓRICAS: Uma dilatada e outra contraída (assimétricas)	Acidente vascular cerebral - AVC, Traumatismos Cranioencefálico-TCE.
	MIDRISE: Pupilas dilatadas.	Ambiente com pouca luz, anóxia ou hipóxia severa, inconsciência, estado de choque, parada cardíaca, hemorragia, TCE.

Fraturas em Base de Crânio

Geralmente não são visualizadas em radiografias comuns. O exame físico imediato e local pode ser mais rápido e eficiente:

- **Rinorréia:** perda de líquido ou sangue pelas narinas;
- **Otorréia ou otoliquorréia:** perda de líquido ou

sangue pelos ouvidos;

- **Sinal de duplo anel:** Presença de líquido e sangue no nariz e/ou ouvidos



Olhos de guaxinim": hematoma periorbital



Sinal de Battle: hematoma na região do mastóide.



Utilização do ABCDE no Atendimento ao Traumatizado

E - Exposição e controle da temperatura

- Despir completamente o paciente;



- Buscar lesões;
- Prevenir hipotermia.

Tipos de Traumas

Lesão Cerebral Traumática (LCT);

Traumatismo Vertebromedular;

Traumatismo de tórax;

Traumatismo abdominal;

Traumatismo de extremidades;

Tipos de choque

- Hipovolêmico – queda do débito cardíaco causada por perda de volume;
- Cardiogênico – diminuição aguda da função cardíaca;
- Obstrutivo – apesar da volemia e função contrátil adequadas, o coração não bombeia por tamponamento pericárdio, pneumotórax hipertensivo ou obstrução aguda da circulação como na embolia pulmonar maciça;
- Anafilático – hipotensão abrupta e inesperada com tonteira e síncope, 5 à 30 minutos após contato com o causador;
- Séptico – choque com vasodilatação arterial (hipotensão) e venosa.



Assistência ao paciente traumatizado

- O transporte para o hospital será realizado apenas por equipe especializada, fazendo uso de colar cervical, bloco lateral de cabeça e prancha rígida;
- Prioridade: Realizar avaliação primária – **XABCDE**;
- Realizar imobilização de coluna cervical de forma correta;
- Aspiração de vias aéreas com cânula rígida se necessário;
- Utilização de cânula orofaríngea (guedel) se necessário;
- Ventilação e preparo de material para IOT;
- Preparo de material para drenagem de pneumotórax e hemotórax–dreno conectado ao selo d'água;
- Compressas para estancar sangramento;
- Não obstruir saída de sangue ou líquido através do nariz;
- Realização do MOV (monitorização, oxigenioterapia e **2 acessos calibrosos**)
- **OBS:** Primeiro acesso venoso para coleta de exames laboratoriais e tipagem sanguínea e segundo acesso venoso para infusão de cristalóides;
- Despir o paciente e girar em bloco para avaliar dorso em busca de lesões;
- Prevenção de hipotermia através de aquecimento.

Imobilização e remoção

Regras básicas

- Para **alinhar** a vítima é necessária utilizar as duas mãos, sem movimentos bruscos.
- Não movimentar a vítima sozinha.
- Todos os integrantes devem saber diferenciar rapidez de pressa. A rapidez está diretamente ligada a **EFICIÊNCIA E SEGURANÇA**, enquanto a pressa está ligada a precipitação e risco;

- O responsável normalmente pela **ação dos movimentos**, ou quem comanda o procedimento, deve ficar na **cabeça da vítima**, passando as orientações aos demais membros da equipe;
- Sempre informar a vítima sobre tudo que esta acontecendo ao seu redor – **comunicação constante!**;
- **Nenhuma manobra pode provocar aumento da dor. Caso contrário, algo está errado;**
- Parar e revisar a técnica. Retornar ao movimento devagar. Muitas vezes a expectativa e a ansiedade da vítima confundem-se com a dor.

Tipos de imobilização

Colar cervical



Head Block





Coxins



Prancha rígida





Colete de imobilizador de coluna (KED)

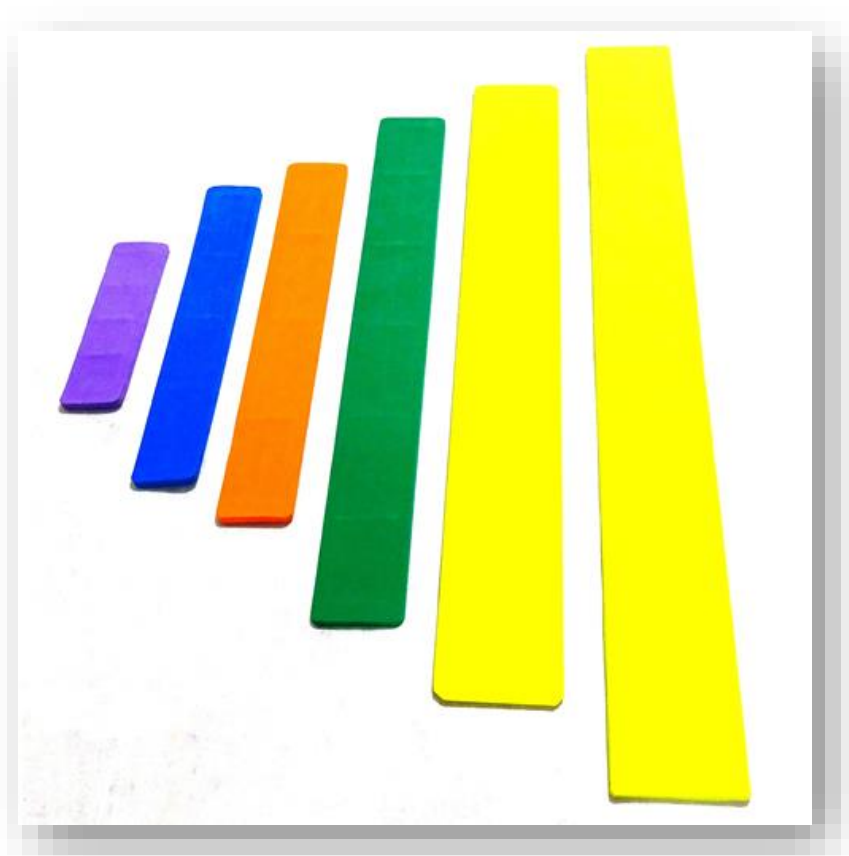


Ataduras





Talas



Fitas adesivas



Imobilização com prancha



Imobilização com colar cervical

