

Seção 4

Primeiro atendimento ao trauma

As lesões traumáticas têm forte impacto na sociedade, tanto para a vítima, a família ou a equipe de Saúde da família à qual esta pertence. São vistos e sentidos, por todos, os danos físicos, emocionais, financeiros e materiais que o trauma acarreta. Uma equipe bem preparada e sistema hierarquizado e integrado de assistência ao trauma fazem com que essas vítimas sejam atendidas na hora certa, no local certo e com os recursos necessários adequados. E é aqui, nesta seção, que vamos retomar alguns conceitos de trauma e trabalhar para a melhor assistência a esses pacientes.

Assim como foi feito em seções anteriores, para facilitar os estudos dividimos a apresentação da seção 4 em três partes:

- Atendimento Inicial
- Particularidades da criança
- Materiais e equipamentos

Nosso objetivo ao final do estudo desta seção é que você tenha aprimorado a sua prática, demonstrando capacidade de:

- Reconhecer um paciente vítima de trauma.
- Reconhecer e fazer o primeiro atendimento à vítima de trauma.
- Conhecer e manusear os dispositivos a serem usados em vítimas de trauma.

Parte 1

Atendimento inicial

O grau de urgência é diretamente proporcional à gravidade, à quantidade de recursos necessários para atender ao caso e à pressão social presente na cena do atendimento e inversamente proporcional ao tempo necessário para iniciar o tratamento. Para essa avaliação, há uma fórmula:

ATENÇÃO:

$$U = \frac{G \times A \times V}{T}$$

U = grau de urgência
G = gravidade do caso
A = recurso necessário
T = tempo para iniciar o tratamento
V = valor social

Fonte: MARTINEZ-ALMOYNA, M.; NITSCH-KE, C. A. S. Elementos de uma Regulação Médica dos Serviços de Ajuda Médica (SAMU) e modificado por Cesar Augusto Soares Nitschke."

Para o atendimento pré-hospitalar, há três premissas básicas, que são: segurança, situação e cena. Na segurança, devem-se avaliar todas as ameaças potenciais à segurança do paciente, dos transeuntes e da equipe que presta atendimento. Na situação, devem-se avaliar o mecanismo de trauma, número de vítimas, necessidade de apoio de outras equipes ou apoio especial, como transporte rodoviário e/ou aéreo. Na cena, você deve avaliar o mecanismo de trauma e o número de pessoas envolvidas, em relação à necessidade de recursos e gravidade desses.

Para melhor avaliação e tratamento do paciente vítima de trauma, deverá ser usado o método mnemônico do ABCDE:

Para avaliação e tratamento do paciente vítima de trauma, deverá ser usado o ABCDE:

A – via aérea com imobilização cervical

B – respiração e ventilação

C – circulação e controle de hemorragias

D – incapacidade/ estado neurológico

E – exposição/controle ambiental: despir completamente o paciente, mas prevenir a hipotermia

VIA AÉREA E PROTEÇÃO DA COLUNA CERVICAL

As lesões que obstruem as vias aéreas provocam morte mais rápido se comparadas às outras, pois impossibilitam que o oxigênio do meio externo alcance os alvéolos pulmonares. Todo paciente vítima de trauma deve receber oxigênio suplementar. Todas as manobras para estabelecer a perviedade das vias aéreas devem ser aplicadas mediante a proteção da coluna cervical, sobretudo, evitando-se sua rotação. Aproximadamente 25% das vítimas com traumatismos raquimedulares têm suas lesões agravadas ou provocadas depois do evento inicial. O uso de dispositivos apropriados de imobilização (colar cervical) ou, na sua ausência, o alinhamento e imobilização manuais da cabeça e pescoço garantem essa proteção.

A maneira mais simples de determinar a perviedade da via aérea é pedir ao paciente que fale. A voz clara, sem ruídos é sinal de via aérea pérvia, naquele momento, devendo ser reavaliada sistematicamente. A primeira medida recomendada para facilitar a perviedade da via aérea é a manobra de levantamento de queixo ou de anteriorização da mandíbula. A via aérea deve ser aspirada, corpos estranhos retirados e oferecido oxigênio suplementar a 12 L/min através de máscara facial com reservatório. Caso essas manobras não sejam suficientes, o posicionamento de cânula orofaríngea pode ser útil no paciente inconsciente. É importante monitorar a saturação de oxigênio com oxímetro de pulso e manter essa saturação acima de 90% em ar-ambiente; e acima de 95% com oxigênio suplementar.

Figura 3 - Sequências de imagens para proteção da coluna e colocação de colar cervical

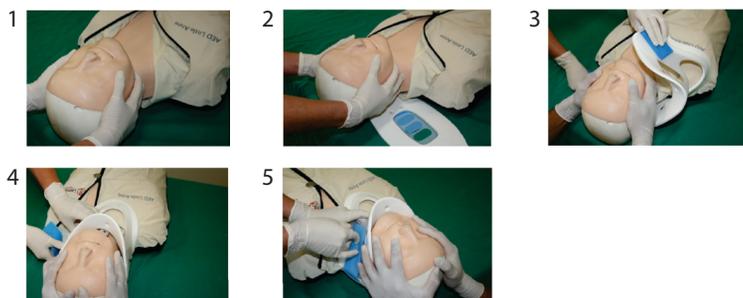


Foto 1. Fixação da coluna cervical.

Foto 2. Abertura da via aérea com a manobra de elevação do ângulo da mandíbula.

Foto 3 e 4. Inserção do colar cervical.

Foto 5. Fixação do colar cervical.

RESPIRAÇÃO

A segunda prioridade na avaliação do paciente politraumatizado é o tratamento das lesões torácicas que prejudicam a respiração. A hipóxia causa morte mais rapidamente do que hipovolemia e hipotensão. Via aérea pérvia não significa ventilação adequada. Os pulmões, caixa torácica e diafragma necessitam ser rapidamente examinados por inspeção, palpação, percussão e ausculta, à procura de alterações que sugerem lesões.

ATENÇÃO

Sinais de alerta de esforço respiratório:

- Movimento da cabeça a cada respiração
- Respiração difícil, estridor ou ronco
- Batimento de asas do nariz
- Tiragem de fúrcula, supraclavicular, subcostal e intercostal
- Uso de músculos acessórios do pescoço e da parede abdominal
- Distensão abdominal na retração torácica (efeito de balanço entre tórax e abdome)

As lesões como pneumotórax hipertensivo, pneumotórax aberto, hemotórax maciço e o tórax instável com contusão pulmonar comprometem a respiração e devem ser abordadas no exame primário. O oxigênio pode ser ofertado por meio de unidade ventilatória autoinflável com reservatório.

CIRCULAÇÃO COM CONTROLE DE HEMORRAGIA

Na maioria dos casos, o distúrbio hemodinâmico nos pacientes vítimas de trauma é provocado por choque hemorrágico, conseqüente à diminuição da volemia. As manifestações clínicas que rapidamente oferecem informações importantes da volemia do paciente são as seguintes:

- Nível de consciência - quando baixo, é porque a hipovolemia prejudica a perfusão cerebral.

- Cor e temperatura da pele e enchimento capilar - pele pálida e pegajosa é evidência de hipovolemia. Reperfusão capilar igual ou superior a três segundos indica má-perfusão tecidual.

- Pulso - o pulso deve ser examinado bilateralmente para que possa avaliar a qualidade, frequência e regularidade. Se os pulsos periféricos estiverem rápidos e filiformes, é habitualmente significado de hipovolemia. Se irregular, costuma ser alerta de potencial disfunção cardíaca. A taquicardia é sinal precoce de hipovolemia. A ausência de pulso central, não relacionada a fatores locais, significa necessidade de ação imediata de reanimação.

Lembre-se de que, em vítima de trauma, a hipotensão é sinal tardio de perda volêmica e indicador de perfusão periférica ruim.

A abordagem do paciente com hemorragia visa a estancar o sangramento e repor volume, conforme orientação seguinte:

- Sangramentos - todo sangramento necessita ser rapidamente estancado. Se for externo, faz-se a compressão sobre o ferimento, no momento do exame primário. As causas mais comuns de perdas ocultas de sangue são: hemorragias no tórax, abdome, espaço retroperitoneal secundário à fratura pélvica e partes moles ao redor de fraturas de ossos longos.

- Reposição de volume - devem ser puncionadas duas veias periféricas nos membros superiores com cateteres calibrosos (16F ou 14F). Na impossibilidade do acesso periférico, dissecam-se veias periféricas ou punciona-se veia central. Ao puncionar o acesso venoso, colhe-se amostra de sangue para tipagem. A forma mais rápida, eficaz e segura para repor a volemia é a infusão de cristaloides, ringer lactato ou cloreto de sódio a 0,9%. O cristalóide deve ser infundido cautelosamente em bolus.

No trauma, o choque pode ser classificado como I, II, III e IV (quadro 22); e essa classificação pode ser feita a partir de dados obtidos dos sinais vitais como frequência cardíaca, pressão arterial sistólica, pressão de pulso, diurese e estado mental. A identificação da classe desse choque é de fundamental importância para a tomada de decisão no tratamento.

Quadro 22. Classificação do choque hemorrágico no trauma

| Classificação do choque hemorrágico no trauma: | | | | | | |
|--|---------------------|-------------|-----------------------|-------------------------|----------------|---------------|
| | Vol. sangue perdido | FC (bpm) | PAS (mmHg) | Pressão de pulso (mmHg) | Diurese (mL/h) | Estado mental |
| Classe I | < que 750 | < 100 | | | | Ansioso |
| Classe II | > 750 < 1.500 | > 100 < 120 | | < 40 > 30 | < 30 > 20 | Ansioso |
| Classe III | > 1.500 < 2.000 | > 120 < 140 | < 90 | < 30 | < 20 > 5 | Confuso |
| Classe IV | > 2.000 | > 140 | Somente pulso central | Não mensurável | < 5 | Letárgico |

American College of Surgeons Committee on trauma – Advanced Trauma Life Support – ATLS. 8 a Ed., 2009

ESTADO NEUROLÓGICO

A avaliação neurológica basal é obtida pela determinação do nível de consciência do paciente, empregando-se a avaliação neurológica rápida (AVDN) ou a escala de coma de Glasgow (Quadro 23). O nível de consciência é o fator mais importante na avaliação inicial do sistema nervoso central. Sempre lembrar que, além do traumatismo crânio-encefálico, o nível de consciência pode estar alterado devido à hipoxemia ou hipoperfusão cerebral. A hipoglicemia, narcóticos, drogas e álcool também podem ser responsáveis por alterações no nível de consciência.

AVDN

A – Alerta
 V – Resposta ao estímulo Verbal
 D – Só responde à Dor
 N – Não responde a qualquer estímulo

Quadro 23. Escala de Coma de Glasgow

| Variáveis | Escore | |
|-----------------|---------------------------|---|
| Abertura ocular | Espontânea | 4 |
| | À voz (ordem verbal) | 3 |
| | À dor (estímulo doloroso) | 2 |
| | Nenhuma | 1 |

| | | |
|-----------------|--|---|
| Resposta verbal | Coerente e orientado | 5 |
| | Confuso | 4 |
| | Inapropriada | 3 |
| | Incompreensível | 2 |
| | Sons incompreensíveis | |
| | Nenhuma | 1 |
| Resposta motora | Cumprir ordens | 6 |
| | Localiza dor | 5 |
| | Flexão anormal (movimento de retirada) | 4 |
| | Flexão (decorticação) | 3 |
| | Extensão anormal (descerebração) | 2 |
| | Nenhuma | 1 |

Fonte: American College of Surgeons Committee on trauma – Advanced Trauma Life Support – ATLS. 8 a Ed., 2009

EXPOSIÇÃO E CONTROLE DA HIPOTERMIA

Todo paciente vítima de trauma deve ser totalmente despido, com vista à completa avaliação. É prioridade iniciar as medidas de reaquecimento mediante o aquecimento das soluções de cristaloides, uso de cobertores aquecidos ou dispositivos de aquecimento. O mais importante nessa fase é garantir a temperatura corpórea do paciente, mantendo-o normotérmico.

EXAME SECUNDÁRIO

Uma vez concluídos o exame primário, a identificação e o tratamento das condições que representam risco de morte, inicia-se o exame secundário, que deve ser pormenorizado, incluindo história clínica e exame físico completo, além da reavaliação de todos os sinais vitais. É necessário examinar todo o corpo do paciente traumatizado e proceder a reavaliações frequentes. O objetivo é assegurar-se de que não há fatos novos, além de detectar o agravamento de anormalidades já conhecidas.

Além das escalas já vistas anteriormente para auxílio na avaliação do paciente vítima de trauma, temos ainda outras, como Escala de Gravidade da Lesão (ISS), Escala Politrauma (PTS), CRAMS (circulation, respiration, abdomen, motor evaluation, speech), Escala de Trauma Revisada (RTS). Entre essas, a mais usada é a RTS, que se mostra como uma boa ferramenta para avaliar a gravidade do caso do paciente, em que valores mais baixos indicam mais gravidade (Quadro 24).

Quadro 24. Escala de Trauma Revisado

| Variáveis | Escore | |
|-----------------------------------|---------|---|
| Frequência respiratória (irpm) | 10 a 29 | 4 |
| | > 29 | 3 |
| | 6 a 9 | 2 |
| | 1 a 5 | 1 |
| | 0 | 0 |
| Pressão arterial sistólica (mmHg) | > 90 | 4 |
| | 76 a 89 | 3 |
| | 50 a 75 | 2 |
| | 1 a 49 | 1 |
| | 0 | 0 |
| Escala de Coma de Glasgow | 13 a 15 | 4 |
| | 9 a 12 | 3 |
| | 6 a 8 | 2 |
| | 4 a 5 | 1 |
| | 3 | 0 |

Fonte: American College of Surgeons Committee on trauma – Advanced Trauma Life Support – ATLS. 8ª Ed., 2009

Devemos nos atentar, ainda, para os exames de rotina a serem realizados em todos os pacientes politraumatizados: HT, HB, grupo sanguíneo e fator rH, amilase, radiografia de tórax em posição ântero-posterior, radiografia de pelve em posição ântero-posterior, radiografia de coluna cervical, ECG, B-hCG na mulher em idade fértil, ultrassom de abdome total (FAST – método rápido com ultrassom abdominal para detecção de hemorragia em paciente com trauma).

Parte 2

Particularidades na criança

As causas mais comuns de trauma nas crianças, por ordem de frequência, são as quedas, os atropelamentos e acidentes automobilísticos. A incidência de trauma fechado é maior, assim como o potencial de lesões multissistêmicas. Em geral, a evidência de lesão na superfície corporal é mínima, mas deve-se sempre considerar a possibilidade de lesão grave de órgãos internos.

Algumas características das crianças, como tamanho, pouca quantidade de gordura corporal, mais elasticidade do tecido conjuntivo e mais proximidade entre os diferentes órgãos proporcionam mais absorção de energia do trauma por unidade de superfície corpórea, o que favorece a lesão de vários órgãos. O esqueleto, por ser incompletamente calcificado e mais elástico, em geral não sofre fraturas, a despeito das lesões internas graves. É comum a contusão pulmonar sem fraturas de costelas. O maior volume da cabeça da criança determina mais frequência de traumatismo crânio-encefálico. A relação entre área de superfície corpórea e volume corpóreo propicia mais perda de calor por superfície, o que contribui para o surgimento de hipotermia e coagulopatia. O efeito do trauma no crescimento e desenvolvimento subsequente pode ocasionar sequelas definitivas. Quando a criança é atendida de forma inadequada, interfere não apenas na sobrevivência, mas na sua qualidade de vida por muitos anos. Toda criança traumatizada deve ser transportada imediatamente para o hospital de referência para tratamento apropriado.

PROTEÇÃO DA COLUNA CERVICAL

A existência de occipício maior dificulta o posicionamento da cabeça. Deve ser usado coxim ou cobertor de 2 a 3 cm de espessura sob o tronco da criança, para diminuir a flexão aguda do pescoço, o que contribui para manter as vias aéreas pérvias e mobilização cervical. A estabilização manual da coluna cervical é feita durante o controle das vias aéreas e mantida até que a criança esteja imobilizada em prancha longa, com o uso de coxins para preenchimento dos espaços.

CIRCULAÇÃO E CONTROLE DE HEMORRAGIA

Os elementos clínicos oferecem informações hemodinâmicas importantes em poucos segundos: nível de consciência; cor e temperatura da pele; e enchimento capilar. Alguns sinais contribuem para a avaliação hemodinâmica: a presença e características do pulso, a pressão arterial e a frequência e característica da ausculta cardíaca (fonese e ritmo). A seguir, são descritos os valores usuais da frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial, conforme a faixa etária.

Quadro 25. Frequência cardíaca e respiratória por faixa etária

| Faixa etária | Frequência cardíaca (batimentos / minuto) | Frequência respiratória (incurções / minuto) |
|------------------------------------|---|--|
| Nascimento a 28 dias de vida | 120 a 160 | 30 a 50 |
| 29 dias de vida a 1 ano (lactente) | 80 a 140 | 20 a 30 |
| 1 a 2 anos (criança pequena) | 80 a 130 | 20 a 30 |
| 2 a 6 anos (pré-escolar) | 80 a 120 | 20 a 30 |
| 6 a 13 anos (escolar) | (60-80) a 100 | 12 a 20 (30) |
| > 13 anos (adolescente) | 60 a 100 | 12 a 20 |

Fonte: American College of Surgeons Committee on trauma – Advanced Trauma Life Support – ATLS. 8ª Ed., 2009

Pressão arterial sistólica mínima aceitável conforme a idade

- Acima de 60 mmHg RNT
- Acima de 70 mmHg durante o primeiro ano de vida;
- Acima de $70 + (\text{idade em anos} \times 2)$ em crianças de um a nove anos de idade

- Acima de 90 mmHg em crianças acima de 10 anos de idade.

A criança tem particularidades na avaliação e tratamento da circulação:

- Compensação inicial satisfatória da hemorragia pelo aumento da resistência vascular sistêmica, em detrimento da perfusão periférica, até a perda de 30% do seu volume sanguíneo, seguida de descompensação rápida.

- A maioria das lesões na faixa etária pediátrica não causa exsanguinação imediata.

- Na criança grave, se houver insucesso em duas tentativas de acesso venoso periférico, deve ser considerado o acesso intraósseo.

- A reposição volêmica se faz com infusão de 20 mL/kg de cloreto de sódio a 0,9% ou ringer lactato em bolus, de preferência aquecidos. Se o

sangramento for mínimo e os sinais vitais normais, aplicar no máximo um a dois bolus de volume.

- A criança que necessitar de mais de um bolus da solução cristalóide pode estar piorando.

- Depois da administração de dois bolus de 20 mL/kg, se a criança mantiver sinais de má-perfusão tecidual, avaliar a necessidade de infundir concentrado de hemácias (10 mL/kg).

ESTADO NEUROLÓGICO

Uma criança pode estar profundamente deprimida e ter recuperação excelente se não ocorrer hipóxia cerebral. Na avaliação neurológica basal devem-se incluir: escala de coma de Glasgow, reação pupilar, resposta sensitiva e motora. O escore de coma de Glasgow para a avaliação verbal deve ser modificado para crianças. O nível de consciência é o fator mais importante na avaliação inicial do sistema nervoso central.

Quadro 26. Escala de coma de Glasgow modificada para lactentes e crianças

| Situação | Criança | Lactente | Pontuação |
|------------------------|---|---|-----------|
| Abertura dos olhos | Espontânea | Espontânea | 4 |
| | À fala | À fala | 3 |
| | À dor | À dor | 2 |
| | Nenhuma | Nenhuma | 1 |
| Melhor resposta verbal | Orientado, adequado | Balbucia e sussurra | 5 |
| | Confuso | Sorriso social; fixa e segue | 4 |
| | Palavras inapropriadas | Irritável, choro consolável | 3 |
| | Palavras incompreensíveis ou sons inespecíficos | Chora em resposta à dor Gemidos em resposta à dor | 2 |
| | Nenhuma | Nenhuma | 1 |
| Melhor resposta motora | Obedece a comandos | Move-se espontânea e intencionalmente | 6 |
| | Localiza estímulo doloroso | Movimento de retirada em resposta ao toque | 5 |
| | Movimento de retirada em resposta à dor | Movimento de retirada em resposta à dor | 4 |
| | Flexão em resposta à dor | Postura de corticada (flexão anormal) em resposta à dor | 3 |
| | Extensão em resposta à dor | Postura descerebrada (extensão anormal) em resposta à dor | 2 |
| | Nenhuma | Nenhuma | 1 |

Assim como no adulto, a Escala de Trauma Revisada (RTS) é empregada, porém com as devidas adequações.

Quadro 27. Escala de trauma revisado pediátrico

| Variável | Escore | | |
|----------------------|------------------------|---|----------------------------|
| | +2 | +1 | -1 |
| Peso (kg) | > 20 | 10 a 20 | < 10 |
| Vias aéreas | Normal | Via aérea nasal ou oral | Intubação ou traqueostomia |
| Pressão arterial | > 90 | 50 a 90 | < 50 |
| Nível de consciência | Completamente desperto | Obnubilado ou qualquer perda de consciência | comatoso |
| Lesões abertas | Nenhuma | Menor | Maior ou penetrante |
| Fraturas | Nenhuma | Menor | Múltiplas ou penetrantes |

Fonte: American College of Surgeons Committee on trauma – Advanced Trauma Life Support – ATLS. 8ª Ed., 2009

Importante

Treine e faça, com sua equipe de Saúde da Família, o simulado do primeiro atendimento em casos de trauma.

Parte 3

Queimaduras

Assim como os outros traumas já vistos nesta seção no atendimento aos usuários com queimaduras, o profissional deverá observar os princípios básicos da reanimação inicial no trauma e a aplicação, em tempo apropriado, de medidas que visem a minimizar a morbidade e a mortalidade.

Devem ser observados comprometimento da via aérea por inalação de fumaça e a infusão de líquidos (volume) para a manutenção e reanimação hemodinâmica. O profissional deverá estar atento, também, para medidas que buscam evitar e tratar potenciais complicações dessas lesões.

MEDIDAS IMEDIATAS PARA SALVAR A VIDA DO PACIENTE QUEIMADO:

A – Via aérea:

Os sinais de obstrução de via aérea podem não ser óbvios no atendimento inicial, mas a equipe que atende deve estar atenta aos riscos.

Os indicadores de lesão por inalação são: queimaduras de face e/ou da região cervical, chamuscamento dos cílios e vibrissas nasais, escarro carbonado/preto, rouquidão, inflamações agudas na orofaringe, história de confusão mental e/ou confinamento no local do incêndio, história de explosão com queimaduras de cabeça e tronco. A constatação de qualquer um desses achados sugere lesão inalatória aguda.

O tratamento deve ser oxigênio umedecido. Sempre que se encontrar lesão por inalação, estará indicada a transferência do paciente para uma unidade de tratamento de queimados. E estridor indica intubação imediata.

B – Interrupção do processo de queimadura:

Toda a roupa do paciente deve ser removida para interromper o processo de queimadura. Pós-químicos (secos) devem ser removidos delicadamente para evitar contato direto do paciente e do profissional com a

substância química.

As lesões químicas podem ser causadas por ácidos, álcalis ou derivados do petróleo e penetram mais rapidamente. Assim, esses produtos devem ser removidos o mais precocemente possível.

A superfície corporal deve ser lavada/enxaguada com água corrente e após esse procedimento, ser coberta com lençóis quentes, limpos e secos para evitar a hipotermia.

C – Acesso venoso:

Qualquer paciente com queimadura em mais de 20% da superfície corporal necessita de reposição de volume. A reposição do volume deve ser feita com cateter de grosso calibre e, preferencialmente, o local de punção deve ser fora da área queimada.

A solução usada, preferencialmente, deve ser ringer lactato. O volume de reanimação é de 4 mL/kg e avalia-se frequentemente a resposta do paciente, que deve ter débito urinário de 1 mL/kg. No caso de crianças que pesam 30 kg ou menos, devem ser acrescentadas a esse volume soluções de glicose, que devem ser calculadas de acordo com o peso.

A monitorização com ECG também é de fundamental importância para identificar distúrbios do ritmo cardíaco.

AVALIAÇÃO DO PACIENTE QUEIMADO

HISTÓRIA:

A história da circunstância em que aconteceu o trauma é valiosa, pois a vítima pode ter várias outras lesões, além da queimadura. Os eventos em ambientes fechados podem inferir queimaduras de vias aéreas. Explosão, com arremesso de paciente, sugere lesões abdominais, cranianas e ortopédicas, entre outras.

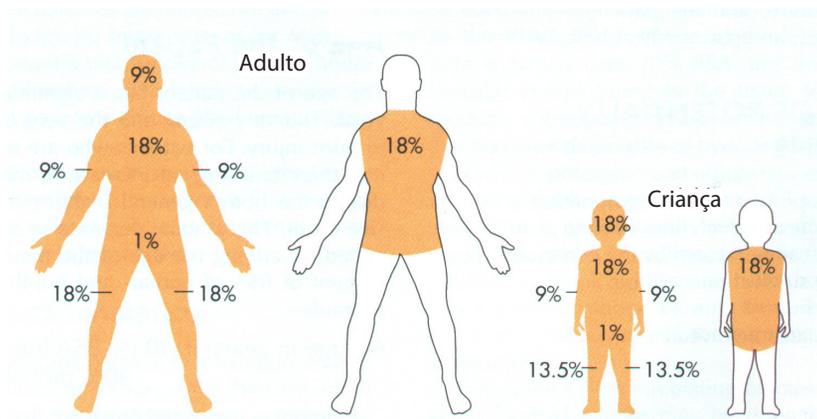
Lembre-se: deve ser investigado o estado vacinal contra tétano.

ÁREA DA SUPERFÍCIE CORPORAL QUEIMADA:

A regra dos nove determina a extensão queimada. Para os adultos, o corpo é dividido em regiões anatômicas que representam 9% ou múltiplos de 9% da superfície corporal. No caso da criança, a cabeça corresponde à porcentagem mais alta e os membros à porcentagem mais baixa.

Figura 4 - Avaliação de extensão de área quei-

Fonte: American College of Surgeons Committee on trauma – Advanced Trauma Life



Lembre-se

A palma da mão do doente, incluindo os dedos, representa 1% de sua superfície corpórea.

PROFUNDIDADE DA QUEIMADURA

A profundidade da queimadura é importante para avaliar sua gravidade, planejar o tratamento da ferida e prever os medicamentos e cosméticos funcionais.

- **Queimadura de primeiro grau:** não determina risco de morte. É caracterizada por eritema e dor. Exemplo: queimaduras solares.

- **Queimadura de segundo grau:** é mais profunda que as queimaduras de primeiro grau e também chamada de queimadura de espessura parcial. É resultado de contato com líquidos quentes ou chamas decorrentes de explosões. Sinais e sintomas das queimaduras de segundo grau são: aparência avermelhada ou mosqueada, bolhas e lesões da epiderme, edema importante, superfície úmida ou lacrimejante, dolorosa e sensível ao ar.

- **Queimadura de terceiro grau ou de espessura total:** pode ser causada por fogo, exposição prolongada a líquidos quentes, contatos com objetos quentes ou por eletricidade. As queimaduras de terceiro grau causam lesões em todas as camadas da pele, nas terminações nervosas e até mesmo em tecidos subcutâneos. Sinais e sintomas das queimaduras de terceiro grau são: aparência pálida, branca, tostada ou de couro; pele mosqueada ou vermelha; pele rota e com exposição de gordura; superfície seca; indolor e insensível; edema.

Parte 4

Materiais e equipamentos

Para melhor atendimento ao paciente em situação de urgência, é ideal que a Unidade de Atenção Primária tenha área física adequada e específica para observação por até oito horas. É importante também que tenha equipamentos, insumos e medicamentos adequados para essas situações.

- Medicamentos: adrenalina, água destilada, aminofilina, amiodarona, atropina, brometo de ipatrópio, deslanosídeo, dexametasona, diazepam, diclofenaco de sódio, dipirona, epinefrina, escopolamina (hioscina), fenitoína, fenobarbital, furosemida, glicose hipertônica, haloperidol, hidantoína, hidrocorizona, isossorbida, AAS, lidocaína, meperidina, ringer lactato, soro glicosado, cloreto de sódio a 0,9%.

- Equipamentos: desfibrilador automático externo (DAE), oxímetro digital, aspirador portátil ou fixo, material para imobilização (colar cervical adulto e infantil, talas moldáveis e prancha longa com tirantes e protetor lateral de cabeça), cânula orofaríngea, máscara nasofaríngea, unidade ventilatória com reservatório.

- Insumos: sonda de aspiração, oxigênio, material para punção venosa, material para curativo, material para pequenas suturas.

RESUMO DOS PONTOS ESSENCIAIS DE APRENDIZADO

- O atendimento inicial ao paciente politraumatizado ou vítima de trauma deve seguir o método mnemônico do ABCDE.
- No atendimento ao trauma usando o ABCDE, só passamos para a fase seguinte após termos resolvido a fase em que se está avaliando e tratando.
- Devemos retornar sempre ao A (abertura de via aérea e colocação de colar cervical) sempre que o paciente tiver alguma piora. Isso é, fazer reavaliações sempre que necessário.