

Diagnosis of risk and proposals for nursing interventions to victims of multiple trauma patients

Diagnósticos de risco e propostas de intervenções de Enfermagem aos pacientes vítimas de múltiplos traumas

ABSTRACT | **Introduction:** *The nursing care in the emergency department for multiple trauma nurse provides the challenging situations. Objective:* To identify nursing diagnoses in patients at risk, victims of multiple trauma, according to Taxonomy II North American Nursing Diagnosis Association International, and propose nursing interventions, based on the Nursing Interventions Classification. **Methods:** *This is a quantitative, descriptive presentation in absolute numbers and percentages decreasing. Performed in a hospital emergency reference multiple traumas, in the region of Florianópolis, Brazil. Data were collected from February to April 2012. Results:* It was analyzed 41 patients over 18 years old, both sexes, not pregnant, met by a service and Pre Hospital Emergency. It was identified in 100% of the victims, 19 diagnostics risk: blood glucose unstable; ineffective renal perfusion, peripheral neurovascular dysfunction; vascular trauma; infection; and 50% of the patients had diagnoses of risk: disuse syndrome; imbalance volume liquid; temperature imbalance, bleeding, brain tissue perfusion ineffective and autonomic dysreflexy. **Conclusion:** For the selection of nursing interventions, it was taken into account the recommended six factors: the desired results, the characteristics of diagnostics, basic research, the feasibility of the action, the ability of nurses and staff to develop them, and the material and human resources available.

Keywords | Multiple trauma; Diagnosis nursing; Emergency nursing.

RESUMO | **Introdução:** A assistência de Enfermagem na unidade de emergência para múltiplos traumas proporciona ao enfermeiro situações desafiadoras. **Objetivo:** Identificar os diagnósticos de Enfermagem de risco nos pacientes, vítimas de múltiplos traumas, de acordo com a Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association Internacional, e propor intervenções de Enfermagem, baseados no Nursing Interventions Classification. **Métodos:** Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo, com apresentação em números absolutos e percentuais decrescentes. Foi realizado em uma emergência hospitalar de referência em múltiplos traumas, na região da grande Florianópolis. Os dados foram coletados de fevereiro a abril de 2012. **Resultados:** Foram analisados 41 pacientes, maiores de 18 anos, de ambos os sexos, não gestantes, que foram atendidos por um serviço Pré-Hospitalar e de emergência. Identificaram-se, em 100% das vítimas, 19 diagnósticos de risco: glicemia instável; perfusão renal ineficaz; disfunção neurovascular periférica; trauma vascular; infecção; e 50% dos pacientes apresentaram os seguintes diagnósticos de risco: síndrome do desuso; desequilíbrio do volume de líquidos; desequilíbrio da temperatura; sangramento; perfusão tissular cerebral ineficaz e disreflexia autonômica. **Conclusão:** Para a seleção das intervenções de Enfermagem, foram considerados os seis fatores recomendados: os resultados almejados; as características dos diagnósticos; a pesquisa básica; a viabilidade da ação; a capacidade do enfermeiro e da equipe e os recursos materiais e humanos disponíveis.

Palavras-chave | Traumatismo múltiplo; Diagnóstico de Enfermagem; Enfermagem em emergência.

¹Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A assistência de Enfermagem na unidade de emergência proporciona ao enfermeiro situações desafiadoras, que requerem dedicação e atenção para um cuidado individualizado e de qualidade¹. Nesse atendimento, o enfermeiro é responsável pela prestação de cuidado ao paciente de acordo com suas prioridades e, no sistema hospitalar, tem como atribuição a realização dos diagnósticos e prescrições dos cuidados de Enfermagem, para os quais este planejamento é um instrumento essencial para assistência à vida. Também o fato de ter uma equipe de saúde treinada e coordenada nas ações e equipamentos disponíveis influencia a sobrevida do atendimento à vítima de trauma².

O atendimento à vítima de múltiplos traumas requer uma atenção ainda mais especializada, visto que suas particularidades e necessidades de tomadas de decisões devem ser muito mais rápidas, principalmente nas primeiras horas do trauma, que são cruciais para o bom prognóstico desse paciente. Logo, o profissional enfermeiro, junto com a sua equipe, deve utilizar seus conhecimentos na tentativa de reduzir as possíveis iatrogenias, como também minimizar os danos e potencializar o tratamento para esses pacientes específicos².

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças, a partir de 1980, as causas externas de trauma são consideradas: acidentes de transporte, lesões autoprovocadas intencionalmente, agressões, intervenções legais e operações de guerra. Essas causas sofreram considerável aumento, alterando o perfil epidemiológico brasileiro, visto que passaram a representar a segunda causa de morte na perspectiva geral e a primeira na faixa etária entre 5 e 39 anos³. No ano de 2010, ocorreram 40.610 mortes fatais no trânsito brasileiro, sendo 25% relacionadas a motociclistas, chegando a 145 mil internações no Sistema Único de Saúde (SUS). Em Santa Catarina, ocorreram 1.862 óbitos, entre os quais 557 foram decorrentes de acidentes motociclistas⁴.

Para atender às necessidades específicas desses pacientes, e com o intuito de promover a qualidade de vida dos usuários de serviços de urgências e emergências, considerando os princípios básicos do SUS, a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.048/2002 busca um atendimento adequado ao paciente vítima de trauma/violência tanto no ambiente pré-hospitalar como no intra-hospitalar⁵.

Da mesma forma, o Conselho Federal de Enfermagem

(Cofen), pela Resolução nº 358/2009, também se manifesta, contribuindo com o atendimento de Enfermagem para estas vítimas, quando determina a aplicação da sistematização da assistência de Enfermagem (SAE) para todos os pacientes. Todavia, esclarece que essa é uma atividade privativa do enfermeiro, porque é um método utilizado para identificação do processo de saúde/doença do usuário dos serviços de saúde, contribuindo, assim, para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação do paciente, de acordo com os princípios do SUS⁶.

O Cofen esclarece que o principal objetivo da SAE é proporcionar uma avaliação contínua e meticulosa do paciente, em que a implementação dos cuidados de Enfermagem deverá ser feita por meio do Processo de Enfermagem (PE). Com base nesse método de trabalho, o enfermeiro planejará a sua assistência, bem como, por meio dessa nova Resolução, ele terá que necessariamente fazer cumpri-la, registrando as suas cinco etapas no prontuário do paciente: o histórico de Enfermagem (coleta de dados), o diagnóstico de Enfermagem, o planejamento de Enfermagem, a implementação e avaliação de Enfermagem, a qual é aplicada de uma forma deliberativa e sistêmica, com o objetivo de atender a todas as necessidades humanas básicas do paciente^{1,6}.

Em concordância, a *Nursing Interventions Classification* (NIC), a *Nursing Outcomes Classification* (NOC) e a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA-Internacional) corroboram que essa decisão, justificando que a sua utilização pode otimizar o tempo na elaboração dos diagnósticos de Enfermagem, permitindo que o enfermeiro possa estar presente nas atividades assistenciais, contribuindo para que os pacientes tenham os diagnósticos de Enfermagem resolvidos pelas intervenções que o enfermeiro irá propor especificamente para eles⁷.

O conhecimento do enfermeiro, juntamente com as intervenções da NIC e com os diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I tornam-se um instrumento que possibilita ao profissional uma maior viabilidade de aplicar a assistência de Enfermagem de forma mais qualificada e integral, bem como avaliar os resultados dos cuidados planejados⁸.

Entretanto, ao investigarmos a literatura, não encontramos, até este momento, estudos que tenham identificado os diagnósticos de risco de Enfermagem e as intervenções de Enfermagem específicas para esses pacientes vítimas de múltiplos traumas.

Em frente a essa lacuna do conhecimento identificada, justificamos o desenvolvimento deste estudo, que teve o seguinte questionamento: quais são os mais frequentes diagnósticos de risco de Enfermagem que os pacientes vítimas de múltiplos traumas apresentam, ao serem atendidos na emergência de um Hospital Público de grande porte, de Florianópolis, Santa Catarina? E quais seriam as intervenções de Enfermagem indicadas para estes pacientes?

O objetivo deste trabalho consistiu em identificar os diagnósticos de Enfermagem de risco, assim como os seus fatores de risco, segundo a Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA-I), e propor intervenções de Enfermagem para o cuidado dos pacientes vítimas de múltiplos traumas, baseadas na *Nursing Interventions Classification* (NIC).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo, realizado em uma unidade de urgência e emergência de um hospital público de grande porte, referência regional para ortopedia e traumatologia, do Sul do País.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o protocolo nº 2.435/2012, e Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Governador Celso Ramos, sob protocolo nº 001/2012. Os participantes foram convidados a participar da pesquisa, aceitaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pelo qual lhes foram garantidos, a todo momento, o direito de desistência da participação, assim como o completo anonimato.

Os critérios de inclusão adotados para os sujeitos de ambos os sexos deste estudo foram: ser vítima de múltiplos traumas nos meses de fevereiro a abril de 2012; receber atendimento emergencial pré-hospitalar e hospitalar; ter idade igual ou superior a 18 anos; não estar gestante; estar consciente pela Escala de Coma de *Glasgow* no momento da entrevista; e aceitar participar desta investigação (e/ou familiar/responsável).

A amostra constituiu-se de 41 pacientes atendidos na unidade de urgência e emergência, que sofreram múltiplos traumas e foram atendidos durante o período de coleta de dados, que ocorreu entre 17 de fevereiro e 6 de abril de 2012.

A coleta de dados deu-se em quatro etapas: a primeira foi no acolhimento da vítima, que chegava à sala de reanimação, encaminhada pelo atendimento pré-hospitalar, onde foi realizado o exame físico específico, a verificação e o monitoramento dos seus sinais vitais.

A segunda etapa ocorreu durante a passagem de plantão do atendimento realizado no serviço pré-hospitalar para o profissional médico, responsável pelo plantão da emergência. Nesse momento, completava-se o histórico do paciente, específico da cinemática do trauma, do tipo de ocorrência, e eram chegados os sinais vitais, no local do atendimento inicial.

Na terceira etapa, era realizada uma entrevista com o paciente, quanto este se encontrava consciente (após a aplicação da Escala de Coma de *Glasgow*) ou, quando não estava em condições, era feita a abordagem ao seu familiar e/ou responsável que estava no local. Após a entrevista, era realizado o exame físico completo (céfalo caudal) e o histórico do paciente, completando os dados relativos à sua integridade corporal, em frente aos parâmetros vitais de normalidade. Todos esses dados, foram coletados e registrados, no instrumento existente, nesse serviço de atendimento ao paciente vítima de trauma.

Cabe ressaltar que, nesse momento, foi solicitado o consentimento formal para a participação na investigação, registrando-se o seu objetivo e garantindo o anonimato.

A quarta e última etapa deu-se por meio do processo de raciocínio do diagnóstico de Enfermagem⁹, que é dividido em duas etapas: a análise e a síntese.

Na análise, o material coletado é examinado de forma crítica e separado em partes. É dividida em duas etapas: categorização dos dados, que são organizados, agrupados ou colocados de maneira lógica, sistematizada e podem ser embasados em diferentes modelos conceituais; identificação de lacunas de dados, compreendida, como a etapa na qual os dados incompletos são avaliados, podendo haver necessidade de nova coleta de dados, o que, neste estudo, não foi necessário.

A etapa de síntese, o processo de raciocínio diagnóstico de Enfermagem, é realizada levando-se em consideração o agrupamento de dados, que é o início dessa fase, quando os dados relevantes são agrupados, comparados com teorias, modelos e/ou conceitos. São identificados desvios ou potencialidades de saúde (inferência ou hipótese). É definida como a etapa do julgamento clínico, pois se elaboram hipóteses diagnósticas, considerando as conclusões esboçadas. Nesta investigação, deu-se após a

coleta de dados, quando foram relacionados os problemas apresentados, dentro dos fatores de risco, individuais de cada paciente, vítima de múltiplos traumas.

Após a aplicação do processo de raciocínio diagnóstico nos dados coletados, construímos as afirmativas diagnósticas, tendo como base a Taxonomia II da NANDA-I¹⁰.

Diante das identificações diagnósticas, encontradas especificamente para esses indivíduos vítimas de múltiplos traumas, buscou-se a elaboração de uma proposta de intervenções de Enfermagem, segundo a Classificação da *Nursing Interventions Classification* (NIC)¹¹, para os diagnósticos de Enfermagem (DE) que obtiveram a frequência igual e superior a 50% dos pacientes investigados.

Para compor esse banco de dados, foi utilizado o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versão 17, no qual os resultados foram apresentados em números absolutos e percentuais decrescentes. Testes estatísticos, para descrever as possíveis associações entre variáveis, não foram aplicados, devido ao baixo número amostral obtido nesta investigação.

RESULTADOS |

As características epidemiológicas dos 41 (100%) pacientes do estudo acometidos de múltiplos traumas são: 34 (83%) do sexo masculino; 7 (17%) feminino; a idade (distribuída com um intervalo de 10 anos), variou de 18-28 (14/34,2%); 29-39 (12/29,2%); 40-50 (6/14,7%); e 51-61 (9/21,9%).

As principais alterações sistêmicas e fisiológicas causadas pelo trauma às vítimas foram: relacionadas com a respiração – taquipneicas 11 (26,8%) e bradipneicas 3 (7,4%); com a frequência cardíaca – taquicárdicas 23 (56%) e bradicárdicas 3 (7,4%); com a pressão arterial – hipertensas 19 (46,3%) e hipotensas 2 (4,9%); com a temperatura axilar 11 (26,8%) hipotérmicas; com a Escala de Coma de *Glasgow* (no momento da admissão na emergência) – 36 (87,9%) conscientes e inconscientes 5 (12,2%); com a avaliação pupilar – anisocóricas 3 (7,3%), 2 (4,8%) midriáticas, 1 (2,5%) média fixa e 1 (2,5%) mióticas. As quatro últimas (9,8%) não reagiam ao foco de luz aplicado.

Os resultados encontrados referem-se aos dados de 41 pacientes caracterizados acima. Foram identificados, para

Tabela 1 – Frequência de diagnóstico de risco, com o seu domínio, segundo a Taxonomia II da NANDA-I, em vítimas de múltiplos traumas, Florianópolis, 2012

Domínio	Diagnóstico de Risco	Vítimas	
		N*	% [∞]
Nutrição	Glicemia instável	20/41	100
	Desequilíbrio de eletrólitos	20/15	36,5
	Desequilíbrio do volume de líquidos	20/34	82,9
	Função hepática prejudicada	20/6	14,6
Atividade/Repouso	Síndrome do desuso	35/35	85,3
	Choque	35/8	19,5
	Perfusão renal ineficaz	35/41	100
	Perfusão tissular cardíaca diminuída	35/14	34,0
	Perfusão tissular cerebral ineficaz	35/21	51,2
	Sangramento	35/27	65,8
Percepção/Cognição	Confusão aguda	5/15	36,5
Enfrentamento/ Tolerância ao estresse	Disreflexia autonômica	5/21	51,2
Segurança/Proteção	Integridade da pele prejudicada	35/5	12,0
	Disfunção neurovascular periférica	35/41	100
	Sufocação	35/7	17,0
	Trauma vascular	35/41	100
	Desequilíbrio da temperatura corporal	35/33	80,4
	Aspiração	35/10	24,3
	Infecção	35/41	100

*Total de diagnósticos no domínio sobre o total geral de diagnósticos (19).

[∞] Proporção sobre o número total de pacientes (41).

essas vítimas, 19 diagnósticos de risco de Enfermagem, de acordo com os domínios de classificação da NANDA-I¹⁰.

Para os 19 diagnósticos de risco encontrados durante o atendimento a vítima de múltiplos traumas, foram identificados os seus respectivos fatores de risco, apenas para os que obtiveram frequência igual e maior de 50% (11).

DISCUSSÃO |

Nas últimas décadas, o número de acidentes de trânsito vem crescendo substancialmente devido ao aumento no número de veículos, a imprudência dos motoristas, a falta de fiscalização por parte das autoridades, ao aumento do consumo de álcool e drogas e ao dinamismo cotidiano. As características socioeconômicas, culturais e políticas influenciam a causa das ocorrências¹². A maioria dos pacientes do presente estudo corrobora com outras investigações, que traçam o perfil de pacientes em diversas regiões do País. Este estudo foi realizado no Estado do Paraná, com 3.871 vítimas. Predominaram adultos jovens entre 20 e 29 anos (1.279/33%) e condutores de motociclistas (1.603/41,6%). No Estado de Minas Gerais, dentre os 82 pacientes pesquisados, a principal faixa etária acometida foi jovens entre os 20 e 29 anos, com total de 32 (35,1%), sendo motociclistas 37 (40,7%) e do sexo masculino 53 (58,2%)¹³.

A predominância das vítimas do gênero masculino é um padrão que se repete no perfil brasileiro. Dos fatores

possíveis e que se relacionam com este estudo, aquele que pode estar mais fortemente envolvido com as causas de trauma é o cultural. Homens frequentemente são condutores de carro e/ou moto, possuem ambas as habilitações e aprendem a dirigir com menor idade. O gênero feminino apresenta maior cautela no trânsito, dirige com menos frequência e apresenta menor representatividade no número de carteiras de habilitação¹⁴. Indicadores brasileiros trazem que homens têm 12 vezes mais chances de morrer por causas traumáticas que mulheres¹⁵.

O diagnóstico de risco de infecção, que foi encontrado em todos os pacientes, é definido como risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos¹⁰. As defesas primárias, destruição de tecidos, trauma, procedimentos invasivos, doenças crônicas e exposição ambiental aumentada a patógenos foram os fatores de risco encontrados.

No paciente vítima de trauma, é comum o rompimento do tecido epitelial, o que dificulta a chegada de nutrientes e oxigênio aos tecidos, facilitando a ocorrência de um processo infeccioso, além dos procedimentos invasivos realizados na sala de reanimação, juntamente com as defesas primárias reduzidas devido aos múltiplos traumas¹².

A identificação dos principais fatores de risco envolvidos nesse diagnóstico de risco de infecção instrumentaliza o enfermeiro a tomar medidas preventivas, visando a interromper esse ciclo recorrente de possível infecção

Quadro 1 – Diagnósticos de risco de Enfermagem mais frequentes e seus fatores de risco, Florianópolis, 2012

Diagnóstico de Enfermagem	Fator de risco
1 - Risco de glicemia instável	Estado de saúde física; alimentação; estresse
2 - Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	Lesão traumática; queimadura
3 - Risco de Síndrome do desuso	Imobilização mecânica; dor intensa; imobilização prescrita
4 - Risco de perfusão renal ineficaz	Hipovolemia; multitrauma; hipertensão; idade avançada; hipoxemia; queimadura
5 - Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz	Trauma encefálico; hipertensão
6 - Risco de disreflexia autonômica	Feridas; fraturas; estimulações cutâneas; edema
7 - Risco de disfunção neurovascular periférica	Compressão mecânica; fraturas; trauma; imobilização; queimadura
8 - Risco de trauma vascular	Fixação inadequada do cateter; largura do cateter; local de inserção; natureza da solução; tipo do cateter; velocidade de infusão
9 - Risco de desequilíbrio da temperatura corporal	Trauma; extremo de idade
10 - Risco de Infecção	Defesas primárias inadequadas; destruição de tecidos; trauma; procedimentos invasivos; doença crônica; exposição ambiental aumentada a patógenos
11 - Risco de sangramento	Trauma

hospitalar, pois a intervenção direta e completa nesse paciente pode influenciar o seu bom prognóstico ou não¹³.

Inserido no domínio segurança e proteção, o diagnóstico de risco de desequilíbrio na temperatura corporal, encontrado em 33 (80,4%) dos pacientes, é definido como risco de o sujeito não conseguir manter a temperatura corporal dentro dos parâmetros normais¹⁰.

Devido ao trauma, o paciente tem seu corpo exposto, para que uma avaliação cefalocaudal minuciosa seja realizada. Essa exposição se mantém durante todo o período em que ele permanece na sala de emergência, que possui um ar-condicionado central, programado para funcionar a uma temperatura de 22-24°C, influenciando a desaceleração do metabolismo e a regulação da temperatura do paciente.

A variação dos níveis de glicose no sangue, em relação aos parâmetros normais¹⁰, é a definição do diagnóstico de risco de glicemia instável, identificado em 100% das vítimas. Esse diagnóstico está relacionado com o estado de saúde físico e a ingestão de alimentos. Para o paciente com trauma, a sua presença constante é justificada pelas variações da glicemia sérica. Essa alteração metabólica está associada, principalmente, ao estresse, ocasionado pelo trauma¹⁴.

O risco de disfunção neurovascular periférica, presente em todas as vítimas, é definido como distúrbio na circulação, na sensibilidade ou no movimento de extremidade¹², acarretado por compressão mecânica, fraturas, imobilização, queimaduras e trauma. Devido ao tempo prolongado de imobilização, esse paciente pode ser levado a uma trombose venosa profunda. Pessoas com trauma, que possuem trajetos varicosos, têm mais propensão a essa comorbidade. A imobilização também leva à presença de edema, diminuindo a circulação tecidual¹⁴.

O diagnóstico de risco de trauma vascular, identificado em 100% dos pacientes, é definido como dano à veia e aos tecidos ao redor, relacionados com a presença de cateter e/ou soluções infundidas¹⁰.

O rompimento das camadas da pele proporciona um local de invasão microbiana, tornando o local propenso a infecções. A duração do tempo e do local de inserção, do tipo e calibre do cateter, da fixação, da natureza da solução a ser infundida e a sua velocidade são fatores que irão determinar a ocorrência de trauma vascular ou não. Cabe ao enfermeiro e à sua equipe gerenciar essa situação¹⁴.

O risco de desequilíbrio do volume de líquidos apresentados por 34 (82,9%) pacientes ocorre devido

a alterações hidroeletrólíticas, a sangramento ou perda de líquidos (vômito, diarreia), associados diretamente a lesões traumáticas e queimaduras. Nesse período, podem ocorrer a hipovolemia e a desidratação, levando a uma perda de eletrólitos, diminuindo assim o volume intravascular¹⁴.

Em vítimas de múltiplos traumas, principalmente de face, crânio, tórax e coluna vertebral, pode ocorrer também a disreflexia autonômica, pois, da base do crânio, até a região lombo sacra, passa a medula espinhal, e a presença de feridas, fraturas, edema e estimulações cutâneas está relacionada diretamente com o trauma nessa região e pode levar a uma resposta não inibida do sistema nervoso, pós-choque raquimedular, em um indivíduo com lesão de medula espinhal, ou lesão em T6 ou acima^{12,15-17}.

Atendendo ao segundo objetivo deste estudo, elaborou-se uma proposta de intervenções de Enfermagem baseada na NIC¹¹, para atender, por meio de ações, às necessidades desse perfil de pacientes, vítimas de múltiplos traumas.

A NIC¹¹ apresenta um conjunto de intervenções diretas ou indiretas, com foco não apenas no indivíduo, mas também na família, na comunidade e no contexto em que estão inseridos. É a organização das ações designadas pelas atividades de Enfermagem, a partir da avaliação das necessidades humanas básicas e de seus grupos ou conjuntos, levando em consideração suas relações e determinações.

Para a seleção de uma intervenção de Enfermagem, devem ser observados seis fatores imprescindíveis: os resultados almejados, as características dos diagnósticos, a pesquisa básica para a intervenção, a viabilidade da ação, a capacidade do enfermeiro e da equipe de desenvolvê-las e também os recursos materiais e humanos disponíveis⁸.

Atendendo a esses critérios da NIC¹¹, serão apresentadas as intervenções de Enfermagem específicas para as vítimas de múltiplos traumas, investigadas e atendidas nesse hospital público de grande porte e referência para a especialidade de trauma. São eles:

Risco de infecção: monitorar os sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção e vulnerabilidade à infecção; monitorar as mudanças no nível de energia/mal-estar; manter assepsia do paciente; providenciar cuidados adequados à pele em áreas edemaciadas; examinar a pele e as mucosas em busca de hiperemia, de calor extremo ou drenagem; promover ingestão nutricional adequada; encorajar a ingestão de líquidos, quando adequada, o repouso, a respiração e a tosse profunda; instruir o paciente para tomar os antibióticos conforme prescrição

médica; orientar o paciente e a família sobre os sinais e sintomas de infecção e sobre como evitá-la.

Risco de sangramento: monitorar atentamente o paciente quanto ao sangramento; observar os níveis de hemoglobina/hematócrito antes e depois de perda de sangue, conforme indicado; verificar a ocorrência de sinais e sintomas de sangramento persistente; verificar os sinais vitais; manter repouso no leito durante sangramento ativo; administrar derivados do sangue, conforme prescrição médica; orientar o paciente e/ou familiares sobre sinais de sangramento e ações apropriadas; proteger o paciente contra trauma que possa causar sangramento; e evitar injeções, quando possível.

Risco de glicemia instável: monitorar os níveis de glicose sanguínea conforme indicação; observar os sinais e sintomas de hipoglicemia; ficar alerta ao aparecimento de sinais e sintomas de hiperglicemia: poliúria, polidipisia, polifagia, fraqueza, mal-estar, embaçamento visual ou cefaleia; monitorar os níveis de gasometria arterial, eletrólitos, pressão ortostática e pulso conforme indicação; consultar médico diante de sinais e sintomas de hiperglicemia persistente ou mostrando piora; identificar possível causa de hipoglicemia para o paciente com risco de hipoglicemia; determinar o reconhecimento de sinais e sintomas de hipoglicemia; manter acesso intravenoso, se apropriado e as vias aéreas desobstruídas, se necessário; proteger o paciente contra lesão.

Risco de desequilíbrio na temperatura: remover o paciente do frio, colocando-o em ambiente aquecido; retirar as roupas frias e úmidas e substituí-las por roupas quentes e secas; monitorar a temperatura e o aparecimento de sintomas associados à hipotermia: fadiga, fraqueza, confusão, apatia, coordenação prejudicada, fala arrastada, tremores e mudança na cor da pele; determinar os fatores que levam a episódio de hipotermia; perguntar sobre atividades recentes (práticas de atividades pesadas em tempo frio e úmido, idoso que mora sozinho em ambiente frio e estado nutricional insatisfatório); colocar em monitor cardíaco, se apropriado; cobrir com cobertores aquecidos, se adequado; minimizar estímulos do paciente para evitar precipitação de fibrilação ventricular; administrar líquidos endovenosos aquecidos (37 a 40°C), se apropriado; monitorar cor, temperatura da pele, sinais vitais e o estado respiratório.

Risco de disreflexia: identificar e minimizar os efeitos capazes de precipitar disreflexia; monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de disreflexia autonômica; colocar a cabeceira da cama na posição ereta, para reduzir a pressão sanguínea e promover o retorno venoso cerebral; permanecer com o

paciente e monitorar a ocorrência de estase venosa a cada três a cinco minutos, caso ocorra hiperreflexia.

Risco de disfunção neurovascular periférica: fazer avaliação completa da circulação periférica; não iniciar terapia endovenosa ou retirada de sangue na extremidade afetada; evitar verificar a pressão sanguínea na área afetada, aplicar pressão às extremidades afetadas; evitar lesão na área afetada; manter hidratação adequada para evitar o aumento da viscosidade do sangue; prevenir infecção nas feridas; monitorar as extremidades quanto a áreas de calor, vermelhidão, dor ou edema.

Risco de trauma vascular: verificar a prescrição para terapia endovenosa; orientar o paciente sobre o procedimento; manter técnica asséptica rigorosa; examinar solução quanto a tipo, quantidade, prazo de validade, caráter de solução e ausência de dano no recipiente; observar os “cinco certos”, antes de iniciar a infusão ou administração de medicação; perfurar o recipiente com equipo adequado; administrar líquidos em temperatura ambiente ou conforme prescrição médica; manter curativo oclusivo; substituir o dispositivo endovenoso, o sistema e a solução de infusão a cada 48 a 72 horas ou conforme o protocolo da instituição; monitorar sinais vitais; manter precauções universais.

Risco de desequilíbrio do volume de líquidos: atividades: observar e manter acesso venoso calibroso; cooperar com os médicos para garantir a administração de cristalóides e colóides; administrar líquidos endovenosos, conforme a prescrição; monitorar: resposta hemodinâmica, condição da oxigenação, ocorrência de sobre carga hídrica, eliminação de líquidos corporais, ocorrência de manifestação de desequilíbrio de eletrólitos; manter acesso endovenoso desobstruído.

Risco de perfusão tissular renal ineficaz: controlar a hemorragia; monitorar sinais vitais, o estado mental e a eliminação urinária; posicionar para uma perfusão excelente; monitorar a oximetria de pulso; administrar: oxigênio e/ou ventilação mecânica, líquidos intravenosos cristalóides e colóides conforme prescrição médica; monitorar função renal.

Risco de síndrome do desuso: controlar o ambiente e estimulação cognitiva; administrar medicamentos prescritos; promover suporte emocional; prevenir quedas; orientar para realidade; controlar a dor.

Em frente a essas intervenções propostas, recomendam-se novos estudos para aprofundar esses cuidados de Enfermagem, aplicando e avaliando os resultados dessas ações, para que se possa atender a essas vítimas de múltiplos traumas de maneira eficaz.

CONCLUSÃO |

Este estudo buscou, por meio de conhecimentos científicos, embasar uma forma de sistematização para o atendimento do paciente vítima de múltiplos traumas, de acordo com as características encontradas dentro do seu contexto de emergência hospitalar.

Ao analisar essas características e identificar os diagnósticos de risco de Enfermagem por meio do processo de raciocínio clínico de Risner, considerou-se esse método satisfatório, pois obteve-se, para o total dos 41 pacientes, 19 diagnósticos diferentes, em que 100% das vítimas apresentaram riscos: glicemia instável, perfusão renal ineficaz, disfunção neurovascular periférica, trauma vascular, infecção; e 50% delas, risco de síndrome do desuso, desequilíbrio do volume de líquidos, desequilíbrio da temperatura, sangramento, perfusão tissular cerebral ineficaz e disreflexia autonômica.

Para a tomada de decisão de quais intervenções de Enfermagem seriam indicadas em frente aos achados diagnósticos, seguiram-se os cinco fatores recomendados pela NIC: os resultados almejados, as características dos diagnósticos, a pesquisa básica, a viabilidade da ação, a capacidade do enfermeiro e equipe de desenvolvê-las e os recursos materiais e humanos disponíveis no local da investigação.

Contudo, apresentou-se, para cada diagnóstico de risco presente em mais de 50% dos pacientes, suas respectivas propostas de intervenções de Enfermagem, buscando oferecer, como resultado deste estudo, um instrumento de ações para o enfermeiro assistir esses pacientes vítimas de múltiplos traumas, de modo preventivo, para que sejam evitadas as possíveis e as potenciais complicações desse quadro clínico.

Assim, acredita-se que a precaução da ocorrência de novos danos é também uma ação de responsabilidade do enfermeiro e de sua equipe, otimizando e potencializando o cuidado a esses pacientes, que já se encontram em uma situação de fragilidade. A prevenção é uma importante causa a ser levantada, tanto no atendimento intra quanto extra-hospitalar, pois reduz os danos e proporciona uma recuperação mais rápida e apropriada dessas vítimas.

REFERÊNCIAS |

- 1 - Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12 ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 2011.
- 2 - Steinman M, Figueiredo LF, Junior AR. Politraumatismo.

In: Knobel E. Condutas com o paciente grave. 3 ed. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 1225-34.

3 - Ministério da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [atualizado 2011 nov 4; citado 2013 fev 12]. Acidentes de trânsito matam 1.862 pessoas em SC; [aproximadamente 2 telas]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/2955/162/acidentesde-transito-matam1.862-pessoas-em-sc.html>

4 - Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [citado 2012 fev 25]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201>

5 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 2048, de 3 de setembro de 2009. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 4 set 2009, 2002, col 2, p.61.

6 - Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n.º 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília (Brasil): COFEN; 2009.

7 - Truppel TC, Meier MJ, Calixto RC, Peruzzo AS, Crozeta K. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva. Rev Bras Enferm. 2009; 62(2):221-7.

8 - Peres HH, Cruz AD, Lima AF. Desenvolvimento de sistema eletrônico de documentação clínica de enfermagem estruturado em diagnósticos: resultados e intervenção. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(3):1149-55.

9 - Risner, PB. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In: Griffith-Kenney, JW, Christensen PJ. Nursing process: application of theories frameworks, and models. 2 ed. St. Louis: Mosby; 1990. p. 124-51.

10 - North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. 9 ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.

11 - Dochterman JMcC, Bulechek GM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 5 ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

12 - ATLS. Advanced trauma life support. American College of Surgeons. 8 ed. Chicago: Illinois; 2008.

13 - Andrade SM, Soares DA, Braga GP, Moreira JH, Botelho FMN. Comportamentos de risco para acidentes de trânsito:

um inquérito entre estudantes de medicina na região sul do Brasil. *AMB Rev Assoc Med Bras.* 2003; 49(4):439-44.

14 - Freire E. Trauma: a doença dos séculos. São Paulo: Atheneu; 2001.

15 - Ferreira TFA, Nápolis ACR, Lima CS, Araújo LC, Garcia CB, Lima PS, et al. Estudo da gravidade dos pacientes vítimas de acidentes de trânsito atendidos pelo hospital de clínicas de Uberlândia de dezembro de 2005 a março de 2006 segundo índices de trauma. *Biosci J* 2009; 25(2):152-60.

16 - Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativo. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. Painel de Indicadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

17 - Bertonecello KCG, Cavalcanti CDK, Ilha P. Análise do perfil do paciente como vítima de múltiplos traumas. *Cogitare Enferm.* 2012; 17(4):717-23.

Correspondência para/ Reprint request to:

Kátia Cilene Godinho Bertonecello

Rua Hipólito Mafra, 203, ap 307 A

Bairro Saco dos Limões – Florianópolis – SC

Cep.: 88045-410

Tel: (48)9919-9084.

E-mail: kbertonecello@yahoo.com.br

Recebido em: 3-12-2012

Aceito em: 21-5-2013