UNIVERSIDADE TIRADENTES

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

CURSO DE ENFERMAGEM

FERNANDA SILVA ALBAN

YASMIN LOIVA DE CARVALHO

APLICAÇÃO DAS ESCALAS DE ESCORE DE TRAUMA POR EQUIPES DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

ARACAJU

2016

APLICAÇÃO DAS ESCALAS DE ESCORE DE TRAUMA POR EQUIPES DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

FERNANDA SILVA ALBAN

YASMIN LOIVA DE CARVALHO

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC II, apresentado à Coordenação do Curso de Enfermagem da Universidade Tiradentes – UNIT, como pré-requisito parcial para a obtenção do Grau de bacharel em Enfermagem. Orientadora Profª. Msc. Daniele Martins de Lima Oliveira.

ARACAJU

2016

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO 6
2.OBJETIVOS 8
2.1.Geral 8
2.2.Específico 8
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 9
4. MATERIAIS E MÉTODOS 14
4.1.Delineamento do estudo. 15
4.2.Considerações éticas 15
4.3.Critérios de inclusão e exclusão 15
4.4.Coleta de dados 15
4.5.Riscos e benefícios 15
5.RESULTADOS E DISCUSSÕES 16
6.CONSIDERAÇÕES FINAIS 20
REFERÊNCIAS 21

RESUMO

A pesquisa consistiu em uma revisão integrativa, com destaque nos escores de trauma com foco na avaliação do paciente neurológico, utilizados pelas equipes de atendimento pré-hospitalar móvel. Os artigos coletados foram encontrados em bases virtuais como: SCIELO, LILACS, PUBMED, MEDLINE, BDENF. Foram selecionados artigos em português em inglês com publicação no período de 2011 à 2016. A análise dos dados está representada em gráfico. Durante a pesquisa a observou-se que existem diversas escalas para a avaliação do traumatizado, tendo cada um suas particularidades de avaliação. Com o estudo foi possível concluir que mesmo com tantas escalas a que mais se destaca dentre elas é a Escala de Coma de Glasgow.

Palavras chave: Trauma; Escalas de Trauma; Atendimento Pré Hospitalar; Lesão Cerebral.

ABSTRACT

The research consisted of an integrative review, especially in trauma scores focusing on the evaluation of neurological patient, used by mobile prehospital care teams. The collected items were found in virtual bases as SCIELO, LILACS, PUBMED, MEDLINE, BDENF. Portuguese articles were selected in English and published in the period 2011 to 2016. The analysis of the data is plotted. During the research it was noted that there are several scales for assessing the traumatized, each having its evaluation particulars. In the study it was concluded that even with so many scales that stands out among them is the Glasgow Coma Scale.

Keywords: Trauma; Trauma Scale; Emergency Medical Services; Brain Injuries.

1. INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Nos anos de 1998-2002 foi dado início à construção da Política Nacional de Atenção as Urgências, regulamentado por normas para implantação dos sistemas estaduais de urgência com a publicação da Portaria GM/MS nº 2048 de 5 de novembro de 2002, que foi instituido regulamento, normatizando o Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel e fixo (BRASIL, 2002). Em 2004, foi criado o Decreto nº 5.055 de 27 de Abril onde institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), em Municípios e regiões do território nacional, e das outras providências (BRASIL, 2004).

O SAMU 192 é o componente da rede de atenção às urgências e emergências que tem como objetivo organizar o fluxo assistencial e disponibilizar atendimento precoce e transporte adequado, rápido e resolutivo às vítimas que sofrem agravos à saúde de natureza clínica, cirúrgica, ginecológico-obstétrica, traumática e psiquiátricas enviando imediatamente veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número “192” e acionado por uma Central de Regulação das Urgências, reduzindo a morbimortalidade. É normatizado pela Portaria MS/GM nº 1.010, de 21 de maio de 2012 (BRASIL, 2013).

Um breve histórico que podemos ter sobre o Atendimento Pré Hospitalar (APH) no Brasil mostra que em 1893 no Rio de Janeiro, aconteceu a aprovação da lei pelo Senado da República onde tinha o objetivo de um atendimento a vítima em via pública. Em 1899, o Corpo de Bombeiros colocou nas ruas as primeiras ambulâncias de tração animal para o atendimento de urgência. Logo depois em 1950, o estado de São Paulo instalou o SAMDU (Serviço de Atendimento Médico Domiciliar de Urgência), regulamentado pelo Decreto Estadual n.16629, ficando como responsabilidade do município, o atendimento de urgência na cidade de São Paulo. A DERSA (Desenvolvimento Rodoviário S. A) juntamente com órgãos e serviços públicos criaram os sistemas Anchieta-Imigrantes, Anhanguera-Bandeirantes e Sistema dos Trabalhadores, onde existiam ambulâncias a cada 30 km de rodovia 24 horas por dia e eram tripulado por um motorista e um atendente de primeiros socorros que eram

treinados por cursos da ABEn (Associação Brasileira de Enfermagem) (RAMOS; SANNA, 2005).

A característica do atendimento ao paciente traumatizado requer muita atenção e depende de toda uma equipe multidisciplinar muito bem capacitada para tal atividade. Deve ocorrer um atendimento de qualidade desde o atendimento na cena, no transporte rápido e seguro até a chegada ao hospital para o atendimento intra-hospitalar. Uma comunicação prévia deve acontecer entre a equipe do SAMU 192, e a equipe que irá receber o paciente no atendimento hospitalar, informado todo o seu quadro, para que se proceda a continuidade do serviço (OLIVEIRA et al, 2014).

Então, percebe-se que cada um dentro da sua especialidade tem um papel de grande importância, desempenhando a função assistencial no atendimento ao doente. Para exercer tal atribuição exige-se uma base teórica muito bem treinada e um pensamento rápido e preciso. A equipe para um atendimento direcionando, usa de artifícios que lhe auxiliam na classificação do paciente de uma forma segura e eficaz. Entre esses instrumentos estão os escores de trauma, classificando o grau de risco que aquele paciente se encontra (JUNYENT et al, 2014).

No atendimento ao paciente vítima de trauma, os socorristas que fazem parte do SAMU 192, devem ter conhecimento do protocolo inicial de atendimento preconizado internacionalmente pelas cinco primeiras letras do alfabeto A, B, C, D, E onde cada letra representa o enfoque no que observar e no que fazer primeiro. A letra D, que será o enfoque do nosso estudo, é onde a equipe faz a avaliação neurológica do doente, observando nível de consciência e aplicando algumas escalas (PHTLS, 2007).

Pode-se citar um dos tipos de escores existentes, por exemplo, a Escala de Coma de Glasgow (ECG) que é a mais utilizada para que de uma maneira mais fácil e específica, a equipe consiga tomar decisões diante do que o paciente apresenta e direcionar o seu atendimento de maneira correta.

As questões que nortearam este estudo partiram das seguintes interrogativas: Quais os escores de avaliação neurológica das vítimas de trauma mais utilizados pelas equipes, do Atendimento Pré Hospitalar Móvel? Existe a predominância de utilização de algum escore? Qual a avaliação neurológica padronizada pelo protocolo assistencial desse serviço?

Este trabalho trata da relevância da Aplicação dos Escores de Trauma em pacientes politraumatizados no APH onde foi identificado quais são frequentemente utilizados pelas equipes intervencionistas, através da literatura atual. Além de levantar

as dificuldades existentes em relação ao uso de outros índices que conhecem e não são aplicados durante o atendimento. O conhecimento do maior número de escores é de grande importância, pois poderá direcionar ainda mais o cuidado a vítima evitando sequelas adicionais ao acidentado.

Sabemos que no APH as equipes devem possuir um conhecimento amplo sobre todos os tipos, características e cinemática dos traumas, estando assim embasadas para desenvolver suas atividades de uma forma correta, precisa, ética e de qualidade, com rapidez e eficiência para salvar o paciente nos primeiros minutos ou horas crucial após o acidente.

O aprimoramento e desenvolvimento do respectivo assunto definido oferecem subsídios para o APH como base de estudos para futuras discussões sobre a inclusão de novas escalas de avaliação do paciente traumatizado. Com os resultados apresentados poderão ser demonstradas e trabalhadas as necessidades e dificuldades existentes para o uso de novos escores para as equipes atuantes dessa modalidade de atendimento.

2. OBJETIVOS

2.1.Geral

Analisar a avaliação neurológica do paciente traumatizado realizada pelas equipes do Atendimento Pré Hospitalar Móvel considerando o uso dos diversos escores de trauma existentes na literatura atual.

2.2.Específicos

Conhecer quais os escores de trauma mais utilizados pelas equipes do Atendimento Pré Hospitalar Móvel na avaliação neurológica em pacientes politraumatizados.

Identificar, dentre os escores mais frequentemente citados na literatura, quais os que melhor se aplicam a avaliação neurológica no atendimento pré-hospitalar móvel.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O atendimento pré-hospitalar (APH) ao paciente traumatizado deve ocorrer de forma rápida e precisa. Quem trabalha nesse tipo de serviço deve conhecer o protocolo inicial de atendimento ao traumatizado, metodologia esta que utiliza o método mnemônico do ABCDE onde o **A** significa avaliação das vias aéreas pérveas e estabilização da coluna cervical, o **B** significa controlar respiração e ventilação, **C** significa observar circulação (compressões, instalação de acessos calibroso) e controle de hemorragias, **D** significa avaliação neurológica e o **E** a exposição total do paciente (ALVARO; MATOS, 2007).

Segundo Álvaro; Mattos (2007), seguindo o protocolo e fazendo todas as intervenções necessárias, pode-se garantir um atendimento de qualidade a vítima e diminuir o seu risco de morte. Devemos lembrar que numa situação onde se encontra um paciente em Parada Cardiorrespiratória (PCR) deve-se começar o protocolo pela letra C, pois é a primeira iniciativa que se deve tomar, a compressão torácica.

Como foi explanado, cada momento tem uma intervenção diferente, e na letra **D** é desempenhada a avaliação neurológica. Para isso, a equipe deve conhecer as várias escalas de trauma para proceder de maneira precisa a gravidade na qual o paciente se encontra através do seu escore (SOUSA et al, 2015).

Existem aproximadamente 15 escores para a avaliação do paciente traumatizado descritos na literatura atual, estes somados a outros índices prognósticos gerais permitem uma diversidade de formas para investigação do estado neurológico do paciente.

Abaixo foram relacionadas ,objetivamente, cinco dos mais utilizados índices de trauma com aplicabilidade voltada ao APH. Foram selecionados esses 5 escores pela fácil aplicabilidade das mesmas no serviço, pois umas associadas as outras ajudam para um melhor atendimento a vítima. Na descrição serão mantidas as siglas em inglês, pois desse modo é que os mesmos são citados e conhecidos na área da saúde.

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

A aplicação da ECG proporciona uma abordagem inicial padronizada, onde são aplicadas medidas de estratificação de risco para pacientes com predisposição a desenvolver lesões neurológicas de forma rápida e sistemática, evitando complicações

para a vítima. O nível de consciência é avaliado de acordo com o comportamento do paciente, baseando-se em um valor númerico de acordo com a escala que possui os seguintes itens a serem avaliados: **Abertura ocular**, onde encontram-se as variáveis: abertura espontânea com o valor 4, abertura ao comando verbal valor de 3, à dor com o valor de 2 e ausência de abertura ocular com o valor de 1, não avaliável para pacientes impossibilitados de abrir os olhos devido a edema ou hematoma na região. Avaliação das variáveis a: **Resposta verbal**, paciente orientado com o valor 5, confuso pontua-se com o valor 4, palavras inapropriadas com 3, palavras ou sons incompreensivos adquire 2, sem resposta verbalcom valor 1, não avaliável aqueles paciente entubado. Avaliação das variáveis da: **Resposta motora**, onde recebe a pontuação 6 quando o paciente obedece a comandos, valor 5 ao localizar a dor, valor 4 ao movimento de retirada a dor, flexão anormal 3, extensão anormal 2, nenhuma resposta de movimento recebe o valor de 1. Ao final do exame é realizado a somatória de cada parâmetro avaliado, sendo o melhor resultado 15, o pior 3, quando o paciente atinge essa pontuação, é um dos itens de abertura para o protocolo de morte encefálica pois o paciente pode estar em morte cerebral. Pacientes com escores menores que 8, são considerados grave. De acordo com alguns autores, a ECG, excluiu a avaliação do tronco cerebral, devido a impossibilidade de avaliar a pontuação verbal em paciente entubado e afásico, dificuldades de identificar itens como o padrão flexor, retirada a dor, e localização a dor na avaliação da resposta motora. Apesar das limitações, essa escala é considerada padrão-ouro para avaliação de pacientes com TCE (Trauma Crânio Encefálico) (SETTERVALL; SOUSA, 2012).

Tabela 1: Escala de Coma de Glasgow

	Variáveis	Escore
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz (comando verbal)	3
	À dor	2
	Ausente	1
	Não testável (NT) – Em pacientes com edema ou hematoma que impossibilita a abertura dos olhos	
Melhor resposta verbal	Orientado	5
	Confuso	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras ou sons incompreensivos	2
	Sem resposta	1
	Não testável (NT) – Em pacientes intubados	
Resposta motora	Obedece a comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada à dor	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma resposta	1

Fonte: Escala para avaliação do nível de consciência em trauma cranioencefálico e sua relevência para a prática de enfermagem em neurocirurgia, 2014.

Revisted Trauma Score (RTS)

A Revised Trauma Score (RTS) é um sistema de pontuação fisiológico, projetado para ser utilizado com base nos sinais vitais iniciais de um paciente. Se o paciente apresentar uma pontuação com os números menores significa que possui uma lesão muito grave. A Revised Trauma Score é constituída por um período de três categorias: Escala de Coma de Glasgow, pressão arterial sistólica e freqüência respiratória. O intervalo de pontuação é de 0 a 12. Na triagem do Start (Simple Triage And Rapid Treatment) identificam-se as vítimas por fitas coloridas ou tarjetas coloridas ou cartões de triagem: Cor Vermelha: socorro imediato, são vítimas que requerem atenção imediata no local ou tem prioridade no transporte. Cor amarela: segunda prioridade o socorro deve ser rápido, mas deve aguardar vítimas com maior prioridade. Cor verde: terceira prioridade, são as vítimas que ainda estão deambulando, possuem

lesões menores e que não requerem atendimento imediato. Cor preta: prioridade zero são as vítimas em óbito ou em situações de grande dificuldade para reanimação. Um paciente com uma pontuação de 12 RTS é rotulado normal, 11 é urgente, e 10 a 3 é imediata. Aqueles que têm um RTS abaixo de 3 é declarado o óbito (LEE et al, 2015).

Tabela 2: Revisted Trauma Score

Items	Degree	Score
Respiratory frequency	10-29	4
（times/min）	＞29	3
	6-9	2
	1-5	1
	0	0
Systolic pressure	＞89	4
(mmHg)	76-89	3
	50-75	2
	1-49	1
	0	0
Glasgow coma scale	13-15	4
	9-12	3
	6-8	2
	4-5	1
	3	0

Fonte: Índices de Trauma, 1999.

Escala Motor Simplificado (SMS), Escala Verbal Simplificado (SVS)

Durante pesquisa descobriram que os componentes verbal e motor da ECG, separadamente, eram preditivos de lesão cerebral grave, já abertura ocular apresentou um valor inferior. Por este motivo, as escalas foram desenvolvidas semelhantes a ECG na previsão dos resultados após TCE, mas a SMS mostrou um melhor valor para prever as lesões cerebrais traumáticas no ambiente do pré-hospitalar. Ambas são escalas simples que analisam apenas três pontos. Na SMS o paciente recebe pontuação 2 se obedece a comandos; 1 se localiza dor e 0 (zero) se retira à dor ou não possui resposta. A SVS dar-se 2 se a vítima está orientada; 1 para fala confusa; 0 (zero) para fala inapropriada ou não tem resposta. É utilizada na avaliação de pacientes com pálpebras inchadas e entubados. É utilizada na fase aguda ou até 3 ou 4 semanas após a lesão. Assim como ECG não avaliam os reflexos do tronco cerebral (OLIVEIRA et al, 2014).

Tabela 3: Escala Motor Simplificado e Escala Verbal Simplificado

Escala Verbal Simplificada	Pontuação	ECG equivalente
Orientado	2	Verbal = 5
Conversação confusa	1	Verbal = 4
Palavras inapropriadas ou sem resposta	0	Verbal ≤ 3
Escala Motor Simplificada	**Pontuação**	**ECG equivalente**
Obedece a comandos	2	Motor = 6
Localiza dor	1	Motor = 5
Retirada à dor ou sem resposta	0	Motor ≤ 4

Fonte: Escala para avaliação do nível de consciência em trauma cranioencefálico e sua relevência para a prática de enfermagem em neurocirurgia, 2014.

Escala de Coma Glasgow-Liége (EGL)

É uma escala combinada a Escala de Glasgow, com uma análise quantificada de cinco reflexos do tronco cerebral, onde avalia: Reflexo Pupilar, Fronto-orbicular, Oculocefálico, Oculocardíaco, os disturbios encefálicos mais importantes, as respostas motoras e os reflexos do tronco cerebral.

O reflexo **Fronto-orbicular** é analisado através da percussão da glabela que produz contração muscular dos olhos, o **Oculocefálico** (reflexo cabeça de boneca), são pontuados quando o movimento de um ou dos dois olhos ocorrem induzidos pelo profissional de saúde que por repetidas vezes irá realizar flexão e extensão do pescoço, no caso de contra indicação para esses movimentos (coluna cervical imobilizada) é realizado a tentativa para provocar o movimento ocular pelo canal auditivo externo, através da irrigação com água gelada. Quando a água fria é injetada na orelha esquerda, os olhos deviam para o lado irrigado, se na orelha direita pela mesma forma. Realizado conjuntamente as duas orelhas, os olhos do paciente desviam para baixo, o inverso ocorre com a irrigação com água morna, o paciente desvia o olhar para cima. O reflexo **Oculocardíaco**, é pontuado presente quando praticado pressão sobre o globo ocular, faz com que a frequência cardíaca aumente. Pesquisas apontam que o estudo dos reflexos do tronco cerebral tem a melhor possibilidade para o prognóstico. A Escala de Coma de Glasgow-Liége tem sido adotada para a avaliação de pacientes em coma profundo, onde o último reflexo a desaparecer antes da morte encefálica é o Oculocardíaco . Essa escala

avalia melhor as funções do tronco encefálico, porém a ECG (Escala de Coma de Glasgow) alcançou uso universal (OLIVEIRA et al, 2014).

Tabela 4: Esacala de Coma de Glasgow-Liége

Melhor Resposta Ocular (1-4)
1. Nenhuma abertura ocular
2. Abertura ocular ao estímulo doloroso
3. Abertura ocular ao comando verbal
4. Abertura ocular espontânea
Melhor Resposta Verbal (1-5)
1. Nenhuma resposta verbal
2. Sons incompreensíveis
3. Palavras inapropriadas
4. Confuso
5. Orientado
Melhor Resposta Motora (1-6)
1. Nenhuma resposta motora
2. Extensão estereotipada à dor
3. Flexão estereotipada à dor
4. Retirada à dor
5. Localiza a dor
6. Obedece a comandos
Reflexos do Tronco Cerebral (0-5)
0. Nenhum reflexo do tronco cerebral
1. Reflexo oculocardíaco
2. Reflexo oculocefálico horizontal ou oculovestibular
3. Reflexo pupilar à luz
4. Reflexo oculocefálico vertical ou oculovestibular
5. Reflexo fronto-orbicular
Pontuação máxima = 20
Pontuação mínima = 3

Fonte: Escala para avaliação do nível de consciência em trauma cranioencefálico e sua relevância para a prática de enfermagem em neurocirurgia, 2014.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1.Delineamento do estudo

O estudo consistiu em uma revisão integrativa da literatura que segundo BOTELHO et al (2011), é um primeiro passo para a construção do conhecimento científico e através desse processo surgem novas teorias, bem como são reconhecidos novos espaços e oportunidades para o surgimento de pesquisas num determinado assunto.

A pesquisa bibliográfica foi realizada através da busca em bases de dados virtuais em saúde, especificamente no SCIELO (Sientific Electronic Library Online); LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PUBMED (Public Medline or Publisher Medline), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e BDENF (Bases de Dados de Enfermagem). Foram

utilizados no levantamento dos dados os descritores: “Trauma”, “Escalas de Trauma” “Atendimento Pré-Hospitalar” e “Lesão Cerebral”.

4.2.Considerações éticas

Por se tratar de uma revisão de literatura para análise de informações em bases científicas, o presente artigo satisfaz os critérios e normas éticas por completo, não necessitando da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para a sua construção, sem envolver seres humanos em nenhuma fase de sua produção.

4.3.Critérios de inclusão e exclusão

Como critérios de inclusão, foram selecionados artigos nacionais e internacionais, nos idiomas português e inglês anexados aos bancos de dados, que abordassem as temáticas propostas: trauma no atendimento pré-hospitalar móvel, lesão cerebral e que tenham sido publicados entre os anos de 2011 e 2016. Como critérios de exclusão, não foram trabalhadas as fontes em outros idiomas que não os supramencionados e que não estejam no intervalo de tempo estabelecido nos critérios de inclusão, ou que não se enquadrem no tema abordado.

4.4.Coleta de dados

A coleta dos artigos foi realizada no mês de maio de 2016 sendo organizado através do agrupamento dos descritores, sendo, inicialmente, estes de maneira individual, e em seguida o agrupamento obedeceu a seguinte sequência: agrupando os descritores dois a dois e por fim os três descritores foram pesquisados de uma única vez.

Para ordenar os dados coletados foi elaborada uma tabela contendo informações como: identificação do artigo, título, ano de publicação, nome do(s) autor(es) e temática principal e preenchida a cada artigo utilizado.

4.5.Riscos e benefícios

A pesquisa não envolve riscos por não se tratar de estudo direcionado ao trato direto com seres humanos.

Os benefícios são focados no fornecimento de bases científicas no intuito de ampliar o conhecimento técnico-científico, melhorando cada vez mais o atendimento a

vítima de trauma, evitando piores sequelas ao paciente e resultando num aprendizado sobre alguns escores.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram encontrados um total de 64 artigos com a temática abordada nos anos de 2011 a 2016, mas apenas 8 artigos se adequaram a pesquisa segundo os critérios de inclusão como podemos observar na tabela 5.

Tabela 5: Artigos utilizados na pesquisa

TÍTULO DO ARTIGO	ANO DE PUBLICAÇÃO	NOME(S) DO AUTOR(ES)	TEMÁTICA PRINCIPAL
Protocolo de cuidados de enfermagem no ambiente aeroespacial a pacientes traumatizados: cuidados antes do voo.	2011	SCHWEITZER et al	O artigo mostra quais são os primeiros cuidados de enfermagem que se deve ter num ambiente aeroespacial, e se acontecer algum acidente mostra que o procedimento utilizado é o atendimento do PHTLS, inserido no PHTLS, sabe-se que possui a avaliação neurológica através da ECG.

Protocolo de cuidados de enfermagem no ambiente aeroespacial à pacientes traumatizados - cuidados durante e após o voo.	2011	SCHWEITZER, et al	O artigo mostra quais são os primeiros cuidados de enfermagem que se deve ter num ambiente aeroespacial, e se acontecer algum acidente mostra que o procedimento utilizado é o atendimento do PHTLS, inserido no PHTLS, sabe-se que possui a avaliação neurológica através da ECG.
Fatores associados à amnésia pós-traumática de longa duração.	2011	SILVA, S.C.F; SOUSA, R.M.C	Descobrir quais fatores estão associados a amnésia pôs traumática, sendo um dos itens a análise da ECG.
Fatores associados ao óbito de motociclistas nas ocorrências de trânsito.	2012	OLIVEIRA, N.L.B; SOUSA, R.M.C	principais fatores no óbito em acidentes. Dentro da pesquisa possui como item a ECG e RTS.

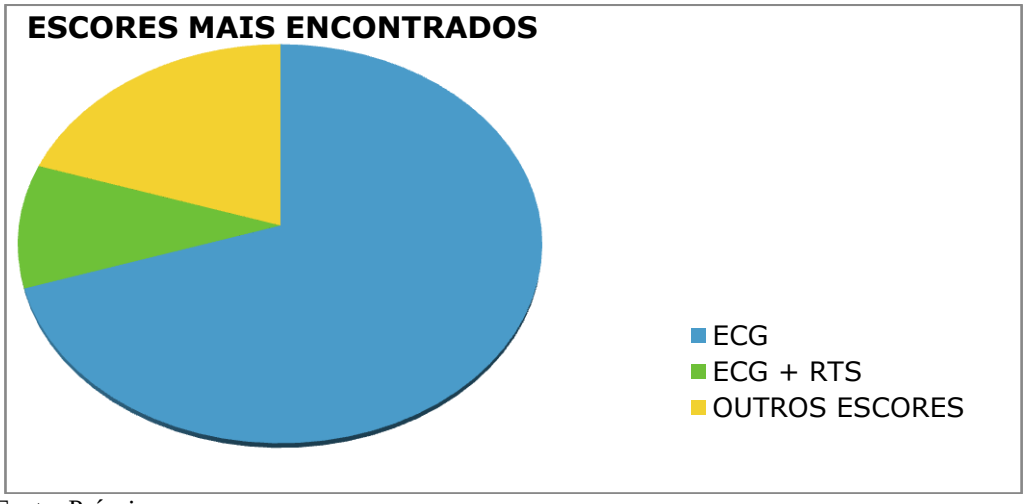
Escala de Coma de Glasgow e qualidade de vida pós-trauma cranioencefálico.	2012	SETTERVALL, C.H.C; SOUSA, R.M.C	O artigo fala sobre a importância do monitoramento da ECG após o trauma sofrido pela vítima.
Traumatismos craniocerebrais em motociclistas: relação do uso do capacete e gravidade.	2014	DUTRA et al	O artigo trata sobre acidentes motociclisticos e como avaliação neurológica foi utilizado a ECG.
Escalas de avaliação do nível de consciência em trauma crânioencefálico e sua relevância na prática de enfermagem em neurocirurgia.	2014	OLIVEIRA et al	O artigo aborda diferentes escores de trauma que podem ser usados na avaliação ao traumatizado como ECG, SMS, SVS, EGL.

Idosos vítimas de trauma: doenças preexistentes, medicamentos em uso no domicílio e índices de trauma.	2014	DEGANI et al	Este artigo aborda varias vertentes do trauma em idosos, dentre elas os índices de trauma, sendo um deles o RTS.

Fonte: Própria.

O gráfico 1 demonstra que o escore mais utilizado para a avaliação no atendimento pré hospitalar é a Escala de Coma de Glasgow onde os 8 artigos encontrados, utilizam a mesma no atendimento, dos 8 artigos 2 fazem a associação de dois escores a ECG combinada a RTS dando uma melhor avaliação neurológica para o paciente garantindo assim um melhor prognóstico a vítima, mas além dos escores analisados no presente artigo, 2 estudos utilizaram também diferentes escalas de avaliação do traumatizado.

Gráfico 1: Escores mais encontrados



Fonte: Própria

Nota-se que na pesquisa, a predominância da ECG é unanime, pois segundo os estudos existem e relatos dos profissionais que já estão habituados à utilizá-la e menciona-se também a facilidade e rapidez em aplicá-la.

Os artigos de Schweitzer et al (2011)**,** mostram a importância do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar de urgência ter o conhecimento sobre os escores de trauma e mostram que em caso de acidentes aéreos o primeiro protocolo a ser utilizado é o do ABCDE, onde contém a avaliação neurológica através de Glasgow, explicando que é um método simples e rápido para determinar a função cerebral sendo preditivo da sobrevivência do paciente.

Segundo Silva; Sousa (2011), ocorre também a utilização da ECG é utilizada para caracterizar a gravidade de um Trauma Crânio Encefálico Contuso (TCEC). Mostra também que através da utilização deste índice, consegue-se direcionar o cuidado mais rapidamente a vítima.

Já Oliveira; Sousa (2012), dizem tem como índices de trauma o RTS e ECG, onde são duas variáveis fisiológicas. Comenta-se muito bem sobre a RTS mostrando

que “é um escore muito sensível e forte indicador da probabilidade de sobrevivência, considerada uma grande ferramenta para as determinações de triagem de vítimas traumatizadas que precisam de encaminhamento para centros especializados de tratamento. Em contraponto mostra que na maioria das vezes a ECG que se destaca quando ela superou a RTS na capacidade de prever a ocorrência de óbito.

Settervall; Sousa (2011), também abordam Glasgow e diz que se destaca para estimar a evolução das vítimas após um trauma, mas ao mesmo tempo mostra que a ECG torna-se frágil como indicadora da gravidade dos acidentes pois, em alguns momentos ela apresenta um desempenho inferior ao que é desejado.

Dutra et al (2014), mostra a avaliação da ECG frente aos motociclistas que sofreram um acidente de trânsito através de uma comparação daqueles que estavam em uso de equipamento de proteção e os que não estavam. Observa-se que aqueles em uso do capacete tiveram um melhor pontuação para o escore e um melhor prognóstico.

Oliveira et al (2014), aborda sobre diferentes tipos de escores de traumas, muitos deles baseados da própria ECG, mas apesar de anos de estudos, algumas de fácil aplicação, outras nem tanto por precisarem de estudos específicos para a aplicação, nenhuma conseguiu substituir a mais utilizada que é Glasgow.

Degani et al (2014), relata que os escores ECG e RTS atuam direcionando o atendimento, conforme sua complexidade, proporcinando uma continuidade e evitando problemas adicionais.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Obteve-se uma pequena quantidade de artigos que abordassem o tema proposto por ser um assunto ainda pouco explorado mas, foi confirmado com a pesquisa à importância do uso dos escores de trauma, tendo-se uma predominância do uso da Escala de Coma de Glasgow na maioria das vezes, isoladamente, como item de primeira avaliação pré-hospitalar.

Nesse estudo pode-se observer que as escalas tem limites e algumas vezes precisam de outras para complementar a sua avaliação. Precisa-se ter muito cuidado ao utilizar os escores, pois o tratamento necessário e o prognóstico são diretamente relacionados com a qualidade dos dados colhidos e para tal, a equipe deve estar altamente apta a avaliá-lo com agilidade, certeza e segurança para utilizar essas escalas.

Conclui-se que dentre algumas escalas estudadas para avaliar o nível de consciência na vítima de trauma, nenhuma consegue se destacar mais do que a Escala de Coma de Glasgow. Muitas outras escalas foram criadas e várias são baseadas na própria ECG, afim de ajudar na avaliação, mas ainda assim muito raramente, ou nunca são utilizadas. Muitos estudos foram e ainda são feitos para aprimorar cada vez mais o atendimento ao traumatizado trazendo melhorias para à vítima.

REFERÊNCIAS

ALFARO, D.; MATTOS, H. **Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado Básico e Avançado PHTLS.** Tradução. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

BOTELHO, L.L.R.; CUNHA,C.C.A.; MACEDO, M.; O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e sociedade**. v. 5, n.11, p. 121-136, Belo Horizonte, mai/ago, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada**. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Editora do Ministério da Saúde, Brasília, 2013.

BRASIL. **Portaria GM/MS n.º 2048, de 5 de novembro de 2002.** Brasil, 2002.

DEGANI, G.C, JÚNIOR, G.A.P; RODRIGUES, A.P.P, LUCHESI, B.M, MARQUES, S. Idosos vítimas de trauma: doenças preexistentes, medicamentos em uso no domicílio e índices de trauma. **Revista brasileira enfermagem**, v. 67, n. 5. Brasília, set/out, 2014.

DUTRA, V.C; CAREGNATO, R.C.A; FIGUEREDO, M.R.B; SCHNEIDER, D.S. Traumatismos craniocerebrais em motociclistas: relação do uso do capacete e gravidade. **Acta paulista enfermagem**. v. 27, n. 5, São Paulo, Set./Out, 2014.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SAÚDE. Abril, 2011. Disponível em: http://www.fhs.se.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=80&Itemid=474>. Último acesso: 05/10/2015 12:24.

JUNYENT, R. W. W.; RODRIGUES, F.S.M.; JÚNIOR, I.S.O.; WANDERLEY, A.G.; TAVARES, J.G.; FERRAZ, R.R.N.; ERRANTE, P.R.; A autonomia do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar. **Science in healt**. v. 5, n. 2, p. 86-95, mai/ago 2014.

JÚNIOR., G.A.P.; SCARPELINI., SANDRO.; FILHO., A., B.; ANDRADE., J,. I,; Índices de trauma. **Simpósio: trauma I, capítulo I.** Medicina, v. 32, p. 237-250, Ribeirão Preto, jul./set, 1999.

LEE, S.Y.; CHEON, Y.J.; HAN, C.; Comparison prehospital RTS (Revised trauma score) with hospital RTS in Trauma Severity Assessment.**J Trauma Inj**. Sep, v. 28 n. 3 p. 177-181 Korean, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS n. º 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Brasil, 2010.

OLIVEIRA. D.; M. P.; PEREIRA. C.U.; FREITAS., Z., M., P.; Escala para avaliação do nível de consciência em trauma crânio cefálico e sua relevância para prática de enfermagem em neurocirurgia. **Arq Bras Neurocir**, v. 33, n. 1, p. 22-32, 2014.

OLIVEIRA, N.L.B; SOUSA, R.M.C. Fatores associados ao óbito de motociclistas nas ocorrências de trânsito. **Rev. esc. Enferm**. USP v. 46, n. 6, São Paulo, dezembro, 2012.

RAMOS. V. O.; SANNA. M. C.; A inserção da enfermeira no atendimento pré hospitalar: histórico e perspectivas atuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.50, n.3, p. 355-60. Mai/jun, 2005.

SCHWEITZER, G; NASCIMENTO, E.R.P; NASCIMENTO K.C; MOREIRA, A.R; BARTOCELLO, K.C.G. Protocolo de cuidados de enfermagem no ambiente aeroespacial à pacientes traumatizados - cuidados durante e após o voo. **Texto contexto - enferm**. v.20 n.3. Florianópolis, jul/set, 2011.

SCHWEITZER, G; NASCIMENTO, E.R.P; MOREIRA, A.R; BARTOCELLO, K.C.G. Protocolo de cuidados de enfermagem no ambiente aeroespacial a pacientes traumatizados: cuidados antes do voo. **Revista brasileira de enfermagem**. v. 64, n. 6, p. 1056-1066. Brasilia, nov/dez, 2011.

SETTERVALL, C. H. C.; SOUSA, R. M. C.; Escala de coma de Glasgow e qualidade de vida pós-trauma crâniocefálico. **Acta. Paul. Enferm.**, v. 25, n. 3, p. 364-70, 2012.

SILVA, L.A.A.; SILVA, G.C.; Organização do atendimento pré-hospitalar móvel de emergência: uma questão de gestão dos serviços de saúde. **Revista eletrônica gestão e saúde**. v. 6, n. 2, p.1190-1209, 2015.

SILVA, S.C.F; SOUSA, R.M.C. Fatores associados à amnésia pós-traumática de longa duração. **Acta paulista-enfermagem**. v.24, n.2, São Paulo, 2011.

SOUSA, S. G.; BEZERRA, Y. C. P.; PEREIRA, R. S. M.; BEZERRA, A. M. F.; BEZERRA, W. Q. T.; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: índice de trauma crânio-encefálico em vítimas de acidente de trânsito em uma cidade do sertão da Paraíba. **INTESA – Informativo Técnico do Semiárido**. v. 9, n. 2, p. 30-38. Pombal/PB, jun/dez, 2015.