

O DOENTE POLITRAUMATIZADO GRAVE: RESULTADOS EM SAÚDE E INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Novo, S. ¹ ; **Preto, L.** ² ; **Mendes, E.** ² ; **Novo, A.** ² ; **Rodrigues, S.** ¹ (¹ Unidade Local de Saúde do Nordeste; ² ESSa- Instituto Politécnico de Bragança)

Enquadramento: Trauma significa um acontecimento, intencional ou acidental, que ameaça a vida humana ou causa lesões ou alterações no organismo (Nunes, 2009). O politraumatizado grave é considerado por Revere (2008) como um doente emergente e prioritário, pois apresenta risco potencial das suas funções vitais se deteriorarem num curto espaço de tempo, devido às lesões em vários órgãos, dependendo do mecanismo do acidente e da região anatómica do organismo atingida. O trauma é um dos principais problemas de saúde, sendo uma importante causa de mortalidade e morbilidade em todo o mundo (Gomes et al., 2011), podendo alterar a independência no desempenho de atividades básicas e instrumentais de vida diária.

Objetivos: Caraterizar os participantes do estudo nas variáveis sociodemográficas e clínicas; Descrever os meios complementares de diagnóstico e tratamento realizados; Avaliar a independência funcional de pessoas com trauma grave, seis a oito meses após a ocorrência do mesmo; Comparar a independência funcional seis a oito meses após o trauma, com os resultados obtidos em entrevista (de forma retrospectiva) para as mesmas variáveis.

Questão de Investigação: Quais os resultados em saúde e a independência funcional da pessoa com trauma grave, seis a oito meses após a alta hospitalar?

Metodologia: Estudo observacional, descritivo-correlacional e longitudinal de abordagem quantitativa. População/amostra constituída por todos os pacientes admitidos no Serviço de Urgência da Unidade Local de Saúde do Nordeste, desde novembro de 2013 a agosto de 2014, e aos quais foi ativada a Via Verde de Trauma. O instrumento de recolha de dados consistiu numa ficha estruturada elaborada com base nos dados secundários obtidos da folha de registos de enfermagem da Sala de Emergência do Serviço de Urgência da Unidade de Bragança. Para a caracterização do grau de independência foi feito o preenchimento do Índice de Barthel e da escala de Lawton e Brody, no sentido de avaliar a funcionalidade antes do trauma e seis a oito meses após o mesmo, através de entrevistas telefónicas.

Palavras-chave: Serviço de urgência; Ferimentos e lesões; Avaliação de resultados (Cuidados de saúde); Atividades de Vida Diária.

RESULTADOS:

Tabela 1. Caraterização da Faixa Etária e Local de Residência

Variáveis	Masculino N (%)	Feminino N (%)	Total N (%)
<i>Idade</i>			
18 a 29 anos	5 (10,0)	0 (0,0)	5 (8,1)
30 a 39 anos	10 (20,0)	2 (16,7)	12 (19,4)
40 a 49 anos	12 (24,0)	1 (8,3)	13 (21,0)
50 a 59 anos	8 (16,0)	2 (16,7)	10 (16,1)
60 a 69 anos	6 (12,0)	1 (8,3)	7 (11,3)
70 a 79 anos	5 (10,0)	3 (25,0)	8 (12,9)
80 a 89 anos	4 (8,0)	3 (25,0)	7 (11,3)
Total	50 (100)	12 (100)	62 (100)
<i>Local residência</i>			
Rural	20 (50,0)	8 (72,7)	28 (54,9)
Urbano	20 (50,0)	3 (27,3)	23 (45,1)
Total	40 (100)	11 (100)	51 (100)

Tabela 2. Caraterização da Causa do Trauma, Tipo de Trauma e Motivo de Ativação

Variáveis	Masculino N (%)	Feminino N (%)	Total N (%)
<i>Causa do Trauma</i>			
Acidente Viação	21 (42,0)	5 (41,7)	26 (41,9)
Acidente Trator	6 (12,0)	0 (0,0)	6 (9,7)
Atropelamento	2 (4,0)	1 (8,3)	3 (4,8)
Queda de altura	18 (36,0)	4 (33,3)	22 (35,5)
Agressão	1 (2,0)	0 (0,0)	1 (1,6)
Queimadura	1 (2,0)	2 (16,7)	3 (4,8)
Afogamento	1 (2,0)	0 (0,0)	1 (1,6)
Total	50 (100)	12 (100)	62 (100)
<i>Tipo de Trauma</i>			
Aberto	21 (42,0)	8 (66,7)	29 (46,8)
Fechado	29 (58,0)	4 (33,3)	33 (53,2)
Total	50 (100)	12 (100)	62 (100)
<i>Motivo da ativação</i>			
RTS	3 (6,0)	0 (0,0)	3 (4,8)
Anatomia da lesão	5 (10,0)	2 (16,7)	7 (11,0)
Anatomia e Mecanismo da lesão	0 (0,0)	1 (8,3)	1 (1,6)
Mecanismo de lesão	31 (62,0)	6 (50,0)	37 (59,7)
Mecanismo e RTS	2 (4,0)	0 (0,0)	2 (3,2)
Juízo Clínico	9 (18,0)	3 (25,0)	12 (19,4)
Total	50 (100)	12 (100)	62 (100)

Tabela 3. Caraterização da lesão

Lesão	Sim N (%)	Não N (%)	Total N (%)
Crânio e Face	41 (66,1)	21 (33,9)	62 (100)
Coluna	37 (59,7)	25 (40,3)	62 (100)
Tórax	31 (50,0)	31 (50,0)	62 (100)
Abdómen	25 (40,3)	37 (59,7)	62 (100)
Membros Superiores	26 (41,9)	36 (58,1)	62 (100)
Membros Inferiores	23 (37,1)	39 (62,9)	62 (100)

Tabela 4. Caraterização Após Alta Clínica

Variáveis	Masculino N (%)	Feminino N (%)	Total N (%)
<i>Destino</i>			
Domicilio	37 (92,5)	9 (81,8)	46 (90,2)
Convalescência	3 (7,5)	2 (18,2)	5 (9,8)
Total	40 (100)	11 (100)	51 (100)
<i>Vigilância</i>			
Médico Família	12 (30,0)	4 (81,8)	16 (31,4)
Consulta	28 (70,0)	7 (63,6)	35 (68,6)
Total	40 (100)	11 (100)	51 (100)
<i>Fisioterapia/Reabilitação</i>			
Sim	16 (40,0)	5 (45,5)	21 (41,2)
Não	24 (60,0)	6 (54,5)	30 (58,8)
Total	40 (100)	11 (100)	51 (100)
<i>Apoio</i>			
Familiar	40 (100)	9 (81,8)	49 (96,1)
Lar	0 (0,0)	2 (18,2)	2 (3,9)
Total	40 (100)	11 (100)	51 (100)

Tabela 5. Caraterização da Classificação de Independência do Índice de Barthel

Variáveis	Masculino N (%)	Feminino N (%)	Total N (%)
<i>Antes</i>			
Independente	40 (100)	11 (100)	51 (100)
Total	40 (100)	11 (100)	51 (100)
<i>Depois</i>			
Independente	35 (87,5)	8 (72,7)	43 (84,3)
Ligeiramente dependente	5 (12,5)	2 (18,2)	7 (13,7)
Moderadamente dependente	0 (0,0)	1 (9,1)	1 (2,0)
Total	40 (100)	11 (100)	51 (100)

Tabela 6. Caraterização da Classificação de Independência de Lawton e Brody

Variáveis	Masculino N (%)	Feminino N (%)	Total N (%)
<i>Antes</i>			
Dependência ligeira	0 (0,0)	1 (9,1)	1 (2,0)
Independente	40 (100)	10 (90,9)	50 (98,0)
Total	40 (100)	11 (100)	51 (100)
<i>Depois</i>			
Dependência total	0 (0,0)	2 (18,2)	2 (3,9)
Dependência grave	2 (5,0)	1 (9,1)	3 (5,9)
Dependência moderada	0 (0,0)	1 (9,1)	1 (2,0)
Dependência ligeira	8 (20,0)	0 (0,0)	8 (15,7)
Independente	30 (75,0)	7 (63,6)	37 (72,5)
Total	40 (100)	11 (100)	51 (100)

OUTRAS VARIÁVEIS:
➤ Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamento: Realizados aos diferentes segmentos corporais 197 RX e 142 TAC .
➤ MEIO DE ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR: 29 (46,8%) dos participantes chegaram pelo INEM ; 17 (27,4%) foram transportados em VMER e 11 (17,7%) por HEM .
➤ MÊS DA OCORRÊNCIA: O maior número de registos ocorreu entre maio a agosto .
➤ DIA DA SEMANA: Maior frequência (16) de ocorrências à sexta-feira (25,8%).
➤ TURNO DE ENTRADA: 31 na manhã (50%), 27 na tarde (43,5%).
➤ DESTINO/ORIENTAÇÃO: 14 (22,6%) participantes foram transferidos ; 12 (19,4%) ficaram em OBS/alta; 14 foram para o BO ; em OBS por ortopedia, cirurgia e comuns 20.
➤ TEMPO DE INTERNAMENTO: A maioria (35,5%; 22) teve alta no próprio dia ; 19 estiveram internados entre 2 a 10 dias e 17 tiveram pelo menos 11 dias de internamento.
➤ MORTALIDADE: Houve 8 registos de mortalidade , sendo 7 homens e 1 mulher (Tendo cinco ocorrido antes dos 30 dias e três após os trinta dias).

CONCLUSÕES:

- A média de idades dos participantes é de 52,97 anos.
- Relativamente ao género, o trauma ocorre nos homens mais novos e nas mulheres a incidência é maior nas faixas etárias mais altas.
- As causas com mais percentagem de trauma são os acidentes de viação, as quedas de altura e os acidentes de trator.
- A análise após alta revela que a sequela principal com maior frequência foi TCE, seguindo-se as sequelas dos membros inferiores.
- Existe perda de independência funcional após o trauma, sobretudo nas mulheres nos dois instrumentos de avaliação (Barthel, Lawton & Brody).
- A perda de independência não é significativamente explicada pelo mecanismo de lesão, mas é explicada de forma significativa pela idade, lesão dos membros inferiores e tempo de internamento.
- O índice de independência no Índice de Barthel e também na escala de Lawton e Brody é, em termos médios, mais elevado no género masculino, mas as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.
- A associação entre o Índice de Barthel e a escala de Lawton e Brody e a idade, apesar de significativas são fracas e no sentido inverso, portanto, o aumento da idade induz perda de independência em ambas as escalas.
- São os utentes que não realizam tratamento (fisioterapia/reabilitação) que apresentam maiores índices de independência, contudo as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

BIBLIOGRAFIA:

^[1] Gomes, E.; Moreira, D.; Chato, D.; Dias, C.; Neuzei, E.; Aragão, J. et al. (2011). O doente politraumatizado grave: Implicações da Rastreabilidade na Mortalidade, Incapacidade e Qualidade de Vida. Acta Médica Portuguesa, 24 (1), 81-90. Acessado em fevereiro 19, 2014. Disponível em: http://www.actamedica.pt/revista/online/2011/01/01_gomes_et_al.pdf

^[2] Novo, S. & Preto, L. (2015). O Doente Politraumatizado Grave: Resultados em Saúde e Independência Funcional. Relatório de Estágio Trabalho de Projeto. Instituto Politécnico de Bragança. Escola Superior de Saúde de Bragança.

^[3] Nunes, F. (2009). Sala de Emergência à espera em equipa. In F. Nunes. Manual de trauma. 3ª Edição. pp. 1-6. Loures: Lusofónica.

^[4] Revere, Ch. J. (2008). Mecanismo de lesão. In S. Shellenb. Enfermagem de urgência: Da teoria à prática. 3ª Edição. pp. 267-295. Loures: Lusofónica.

^[5] Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE. Documento do Departamento de Urgência e Emergência e Cuidados Intensivos- Serviço de Urgência Médico-cirúrgica. (2013). Via Verde de Trauma: Critérios de Ativação.