

HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA DETECÇÃO PRECOCE DE
ALTERAÇÃO NEUROLÓGICA NOS PACIENTES COM
TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO**

**AUTORAS: INÊS GIMENES RODRIGUES
MARGARETH YASSUKO TANNO IAMAMURA**

**LONDRINA – PR
1983**

RESUMO

Estudo realizado na unidade de terapia intensiva do Hospital Evangélico de Londrina, com vítimas de traumatismo crânio-encefálico, mostra a importância da atuação do enfermeiro na detecção da alteração do nível de consciência por meio de planejamento de assistência de enfermagem. Utilizou-se um gráfico, em que foram anotadas as melhores respostas verbal e motora, abertura ocular e condições pupilares dos pacientes examinados. Pelos resultados obtidos neste estudo, conclui-se que os pacientes avaliados foram recuperados pela atuação direta e imediata da enfermagem, assim evitando danos cerebrais irreversíveis.

SUMMARY

A study carried out in the Intensive Therapy (care) Unit of the Evangélico Hospital in Londrina with skull injury victims shows the importance of nurse action in precocious evolution of the level of consciousness change by means of a nurse assistance planning. It was used a graphic in which the examined patients best verbal and motor responses, the eyes open and the pupillary condition were written down. It was concluded that the assessed patients were recovered by the direct action of nurse, avoiding this way irreversible head damages, as shown by the obtained results.

I - INTRODUÇÃO

O enfermeiro sendo o profissional que permanece constantemente junto ao paciente, deve estar apto a detectar alterações neurológicas em vítimas com traumatismo crânio-encefálico agudo.

Todas as lesões são resultados de aplicações súbita de força a cabeça e portanto ao couro cabeludo, ao crânio, meninges e ao cérebro.

Estas estruturas nem sempre são lesadas concomitantemente (Warner - 1980).

Estes pacientes por serem de alto risco requerem cuidados intensivos e observação direta, rigorosa de nível de consciência e alterações pupilares. É uma pessoa que pode ser admitida na unidade de terapia intensiva, consciente, lúcido, mas com possibilidade de evoluir para coma, dependendo da localização e intensidade do trauma.

Portanto, a importância e a necessidade de ser detectada qualquer alteração é para evitar que ocorra morte cerebral porque se o suprimento sanguíneo é interrompido por apenas alguns minutos, não há regeneração de neurônios lesados (Brunner e Suddarth - 1977).

Jones (1979), refere que a monitorização do nível de consciência não pode ser medido por transdutor ou computador, mas sim através da observação direta ao paciente.

O enfermeiro realizando exame neurológico nos traumatizados de crânio avaliará o grau de interação do paciente com o ambiente, ou seja, se ele apresenta ou não sinais e sintomas de insuficiência cerebral. Através da identificação dos problemas, a enfermeira planejará a assistência de enfermagem individualizando seus cuidados, conforme as necessidades básicas afetadas, pois estes pacientes normalmente estão totalmente dependentes da enfermagem.

O presente trabalho tem por objetivo ressaltar a validade da detecção precoce de alterações neurológicas em vítimas com traumatismo crânio-encefálico agudo, através de um método sistematizado.

II - METODOLOGIA

Este estudo foi realizado no Hospital Evangélico de Londrina no período de junho a dezembro de 1983.

A população constitui-se de 43 pacientes com traumatismo crânio-encefálico agudo, de ambos os sexos, na faixa etária de 10 a 64 anos, internados na unidade de terapia intensiva deste hospital. Estes pacientes foram avaliados neurologicamente desde a sua admissão na unidade de terapia intensiva, até sua transferência para a unidade semi-intensiva ou óbito.

Os exames neurológicos foram realizados por quatro enfermeiras, do período matutino, vespertino e noturno. Nas primeiras 24 horas o exame foi realizado horário e após esse período, com intervalos de 2 horas. O tempo utilizado para se realizar o exame neurológico foi de 3 a 5 minutos, por paciente.

Para avaliação do paciente foi utilizado uma adaptação do gráfico (anexo I) elaborado por Teasdale & Jennet, em 1974 na Universidade de Glasgow (Teasdale & Jennet, em 1974), com o objetivo de avaliar o nível de consciência.

O gráfico é constituído de três partes: avaliação de abertura ocular (anexo II), da melhor resposta motora (anexo III) e verbal (Jones - 1979).

Os escores da melhor resposta verbal, variam de 1 a 5:

- **Escore 5:** Se o paciente estava orientando para sua pessoa, no tempo e no espaço.
- **Escore 4:** Se o paciente não estava orientado para sua pessoa, no tempo e no espaço, mas capaz de dialogar.
- **Escore 3:** Se o paciente somente emitia palavras.
- **Escore 2:** Se o paciente respondia com sons incompreensíveis.
- **Escore 1:** Se o paciente não emitia resposta verbal.

Também foram avaliadas as pupilas, quanto reação à luz, diâmetro e simetria, devido a sua importância na detecção precoce de lesões que levam ao coma (anexo I).

Considerou-se a melhor resposta emitida pelo paciente.

III - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes segundo total de escore nas primeiras 24 horas de internação.

HORÁRIO	ESCORE				TOTAL	
	3 - 6		7 - 15		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
1a. hora	21	48,8	22	51,2	43	100
4a. hora	21	48,8	22	51,2	43	100
8a. hora	23	53,5	20	46,5	43	100
12a. hora	25	58,1	18	41,9	43	100
16a. hora	25	58,1	18	41,9	43	100
20a. hora	22	51,2	21	48,8	43	100
24a. hora	19	44,2	24	55,8	43	100
TOTAL	156		145			

De acordo com a tabela acima, verificou-se que nos pacientes examinados ocorreram maior incidência de diminuição no total de escore na 12ª à 16ª hora e aumento no total de escore na 24ª hora.

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes segundo o aspecto pupilar nas primeiras 24 horas de internação.

HORÁRIO	ASPECTO PUPILAR				TOTAL	
	ISOCORIA		ANISOCORIA		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
1a. hora	34	82,9	7	17,1	41	100
4a. hora	28	68,3	13	31,7	41	100
8a. hora	25	60,9	16	39,1	41	100
12a. hora	23	56,1	18	43,9	41	100
16a. hora	25	60,9	16	39,1	41	100
20a. hora	26	63,4	15	36,6	41	100
24a. hora	28	68,3	13	31,7	41	100
TOTAL	189		98			

Dos 43 pacientes examinados 2 não foram considerados pois um apresentou lesão de órbita e outro permaneceu em anisocoria por lesão do nervo oculomotor.

De acordo com a tabela acima, verificou-se que os pacientes apresentaram maiores alterações das condições pupilares na 12ª hora com diminuição das alterações pupilares na 24ª hora.

Relacionando as duas tabelas chegou-se a conclusão que o período crítico das vítimas de traumatismo crânio-encefálico ocorre aproximadamente em torno da 12ª à 16ª hora.

Na população estudada, o diagnóstico que prevaleceu foi hematoma extra e subdural agudo, com total de 22 casos.

Warner (1980) confirma que um hematoma traumático não se forma com rapidez suficiente para provocar coma imediato.

Na 24ª hora as tabelas mostraram que houve aumento dos números de pacientes com escore de 7 a 15. Koizume (1977) concluiu que aumento gradativo dos escores do nível de consciência está diretamente relacionada com a evolução para melhora, assim como a diminuição relaciona-se com a piora, confirmando os resultados obtidos neste estudo. Verificou-se que após detecção da alteração neurológica durante a realização do exame, pela enfermeira, foram tomadas medidas que possibilitaram a intervenção de enfermagem e médica que impediram a progressão da lesão.

Plum & Posner (1977) enfatiza que a evolução progressiva da lesão cerebral quando não tratada, leva à morte num espaço de tempo menor do que 12 a 15 horas.

IV – CONCLUSÃO

Conclui-se que a avaliação neurológica em pacientes com traumatismo crânio-encefálico é imprescindível que seja realizada. Portanto a enfermeira que assiste estes pacientes deve estar apta em examiná-los e identificar sinais de normalidade e anormalidade utilizando gráfico que facilita visualização das anormalidades detectadas.

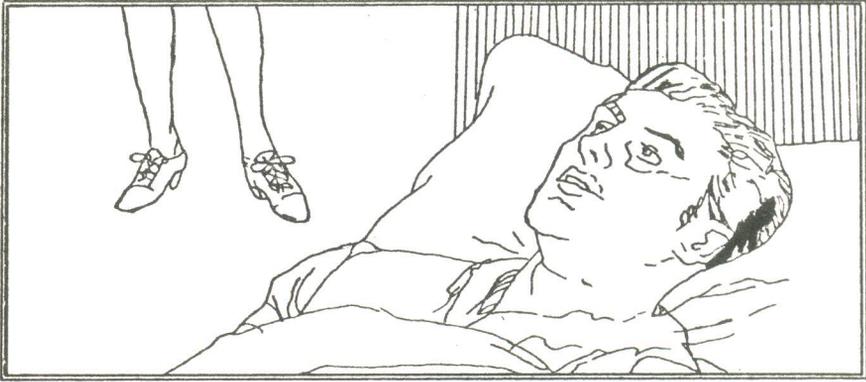
V - ANEXOS

ANEXO I

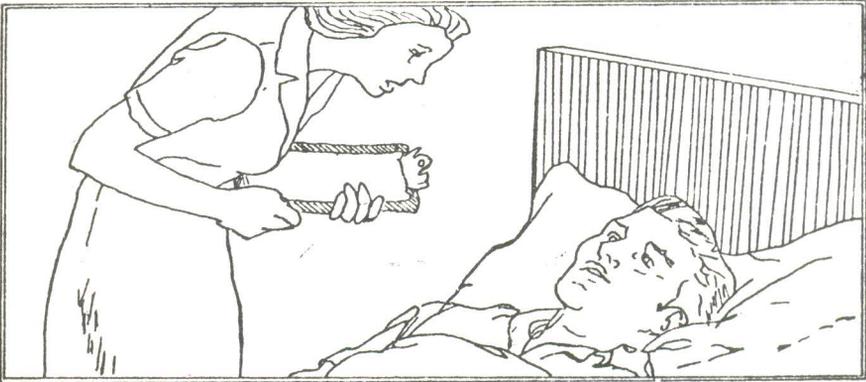
N I V E L		H O R A										EXAME													
		7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6
DE	ABERTURA OCULAR	ESPONTÂNEA	4																						
	MELHOR RESPOSTA VERBAL	ORDEM VERBAL DOR NENHUMA	3																						
R E S P O S T A	MELHOR RESPOSTA VERBAL	ORIENTAÇÃO CONFUSO PALAVRAS SONS NENHUMA	5																						
	MELHOR RESPOSTA MOTORA	OBED. COMAN. LOCALIZA A DOR FLEX. NORMAL FLEX. ANORMAL EXTENS. A DOR NENHUMA	6																						
			1																						
			2																						
			3																						
			4																						
			5																						
			6																						
			1																						
			2																						
			3																						
			4																						
			5																						
			6																						
			1																						
			2																						
			3																						
			4																						
			5																						
			6																						
			1																						
			2																						
			3																						
			4																						
			5																						
			6																						
			1																						
			2																						
			3																						
			4																						
			5																						
			6																						
			1																						
			2																						
			3																						
			4																						
			5																						
			6																						
			1																						
			2																						
			3																						
			4																						
			5																						
			6																						
			1																						
			2																						
			3																						
			4																						
			5																						
			6																						
			1																						
			2																						
			3																						
			4																						
			5																						
			6																						
			1																						
			2																						
			3																						
			4																						
			5																						
			6																						
			1																						
			2																						
			3																						
			4																						
			5																						
			6																						
			1																						
			2																						
			3																						
			4																						
			5																						
			6																						
			1																						
			2																						
			3																						
			4																						
			5																						
			6																						
			1																						
			2																						
			3																						
			4																						
			5																						
			6																						
			1																						
			2																						
			3																						
			4																						
			5																						
			6																						
			1																						
			2																						
			3																						
			4																						
			5																						
			6																						
			1																						
			2																						
			3																						
			4																						

ANEXO II

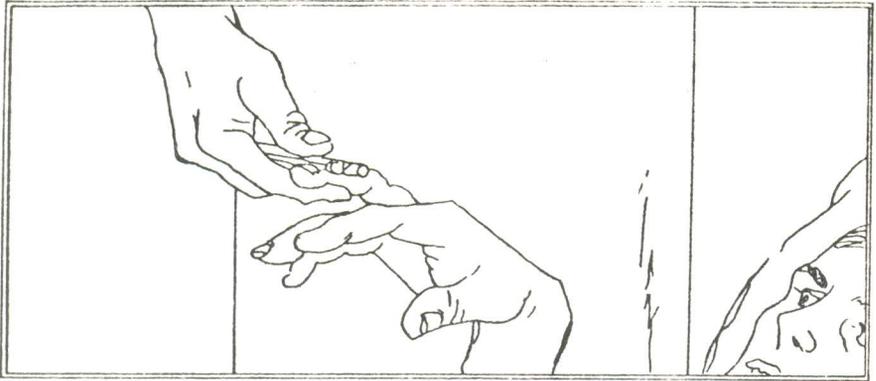
ABERTURA OCULAR



Escore 4 – Se o paciente abriu os olhos espontaneamente.



Escore 3 – Se o paciente abriu os olhos através de estímulo verbal.



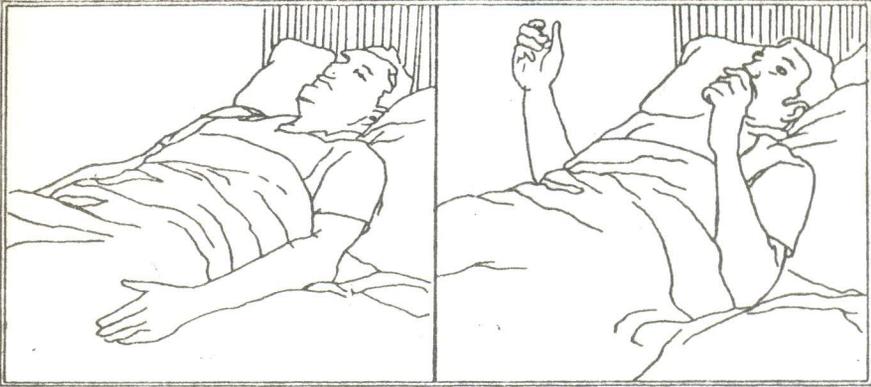
Escore 2 – Se o paciente abriu os olhos somente aos estímulos dolorosos.



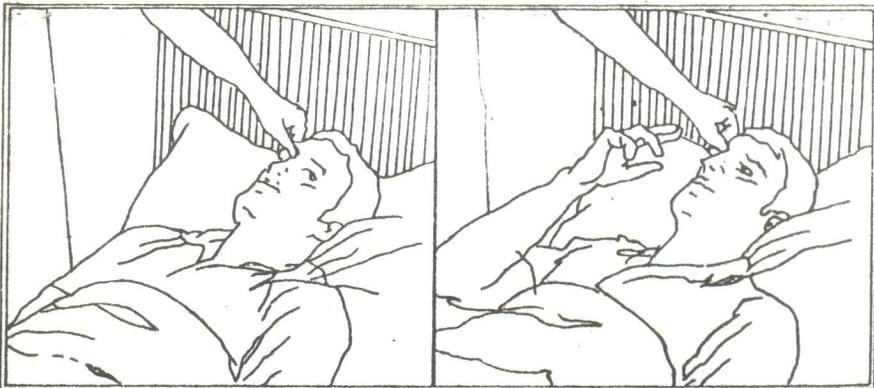
Escore 1 – Se o paciente não abriu os olhos quando estimulado dolorosamente.

ANEXO III

RESPOSTA MOTORA

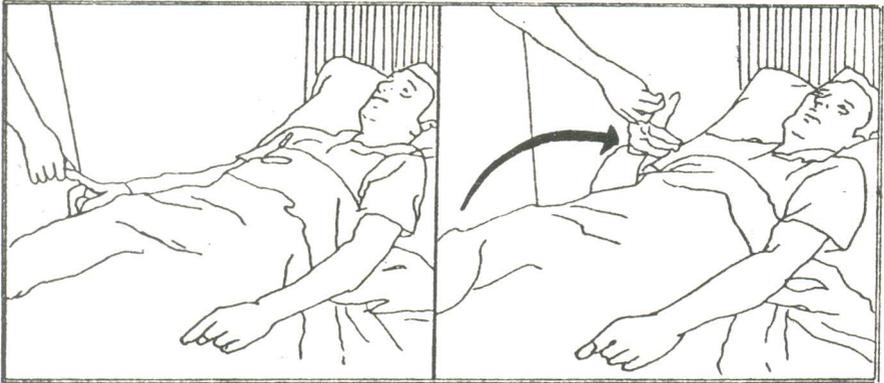


Escore 6 – Se o paciente obedecia comando. Por exemplo: Elevar os braços.

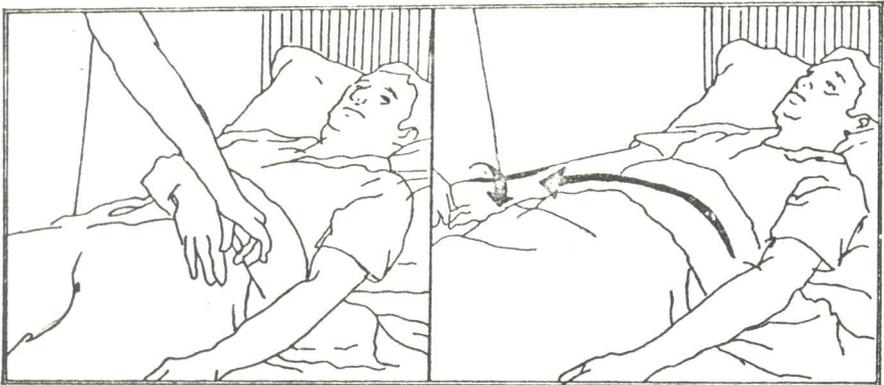


Escore 5 – Se o paciente localizava o estímulo doloroso.

Escore 4 – Se o paciente apresentava flexão dos braços de forma não estereotipada.



Escore 3 – Se o paciente fletia os braços com hipertonia em resposta à dor (decorticação).



Escore 2 – Se o paciente hiperextendia os braços em resposta à dor (descerebração).

Escore 1 – Se o paciente não emitia nenhuma resposta

VI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - BRUNNER, L.S. & SUDDARTH, D.S. **Enfermagem Médico Cirúrgica**. 3. ed. Interamericana, Rio de Janeiro, 1977. 9. 1029 - 1034.
- 2 - JONNES, C. Glasgow coma scale. **American journal of nursing**. 79(9): 1551-1553, 1979.
- 3 - KOIZUME, M.S. Avaliação do nível de consciência em pacientes com traumatismo crânio-encefálico. **Rev. Esc Enf USP**. 11(2): 100-141, 1977.
- 4 - PLUM, F. & PSNER, J.B. **Diagnóstico de estupor e coma**. 2. ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1977.
- 5 - TEASDALE, G. & JENNETT, B. Assesment of coma and impaired consciouness. A practical scale. **Lancet**, 2:81-84, July 13, 1974.
- 6 - WARNER, C.G. **Enfermagem em emergências**. 2. ed. Interamericana, Rio de Janeiro, 1980, p. 278-291.