

TEXTO DE APOIO DE TRAUMA AQUÁTICO



Alexandre Tadeia ©

Versão nº 1 – 10 de Junho de 2011

Índice

Lesões na Coluna	4
Tipo de Lesões	4
Gestão do Acidente	5
Entrada na Água	5
Abordagem à Vítima	5
Suporte Básico de Vida para Trauma Aquático	6
Sinais de Trauma	7
Estabilização da Cabeça e da Coluna	8
Verificação de Respiração Espontânea	10
Reboque de Trauma	11
Separadores de Pista	11
Evacuação da Água	11
Imobilização no Exterior	14
Evacuações em Águas Abertas	15
Técnicas de Trauma	16

Caracterização

Os efeitos do trauma podem ser catastróficos:

- Paralesia de 1 membro (Monoplágia)
- Paralesia de 1 lado do corpo (Hemiplágia)
- Paralesia dos membros inferiores (Paraplágia)
- Paralesia dos 4 membros (Tetraplágia)

Sabendo que a actuação do NS é crucial nas consequências e que quando mal realizada, pode trazer mais lesões, é imprescindível estar consciente da importância das acções e das falhas, já que 50% das lesões são irreparáveis logo no momento em que ocorrem, mas as outras 50% são lesões passíveis de recuperação.

Estas lesões estão principalmente ligadas a mergulhos, mas hoje em dia a percentagem de acidentes deste tipo relacionados com Escorregas, está a aumentar drasticamente.

Uma actuação deste tipo requer no mínimo 4 pessoas, 2 NS e outras 2 pessoas com formação, devendo-se realizar treino regular, para que os bons resultados apareçam. No entanto, atendendo à realidade portuguesa, onde a maioria das piscinas apenas têm 1 NS de serviço em cada turno, é imprescindível adaptar esta realidade, com formação aos funcionários das piscinas e algumas técnicas mais arriscadas.

Muito importante é também a passagem de informação aos bombeiros, para que estes conheçam o material e os procedimentos usados pelo NS, na gestão deste tipo de acidente.

As manobras de salvamento para possíveis lesões na coluna devem ser iniciadas quando se observa o acidente, normalmente associado a um mergulho, a um embate numa superfície dura ou a desportos aquáticos que envolvam velocidade.

Quando não se observa o acidente devem-se tirar ilações do cenário, por exemplo uma vítima inconsciente encontrada no meio de uma piscina de 25m profunda, tem pouca probabilidade de ter uma lesão deste tipo, por isso, deve ser tratada como um simples inconsciente. Mas uma vítima encontrada inconsciente numa piscina com pouca profundidade (<1,20m) deve ser tratada como vítima de provável lesão na coluna.

A percentagem de trauma no afogamento é muito baixa (0,5%). A imobilização e extracção é difícil e pode demorar a reanimação. Colares cervicais mal colocados podem causar obstruções da via aérea em pacientes inconscientes.

A imobilização da coluna vertebral não é indicada a não ser que existam sinais severos de lesão ou história evidente de lesão traumática. Ex: mergulhos, uso de escorregas, sinais de trauma ou sinais de alcoolismo.

Nestes casos, se a vítima estiver sem pulso e em apneia, deve-se retirar rapidamente da água, mesmo que não exista plano duro, enquanto se tenta limitar a flexão e extensão do pescoço

Lesões na Coluna

Consequência normalmente de queda numa superfície dura: beira ou fundo da piscina, provocando dor derivada do impacto e falha de transmissão dos nervos.

Sintomas:

- Perca de movimento;
- Dormência no membro;
- Desorientação ou Falha de Visão.

Outros:

- Lesão na cabeça;
- Lesão ou inchaço no Pescoço;
- Dor no pescoço;
- Dor nas costas.

Tipo de Lesões

Estes podem ocorrer na vértebra, na cartilagem do disco ou em ambos:

- Fractura da vértebra – osso pode empurrar a espinal medula e esmagar;
- Deslocação da vértebra – empurrar ou esmagar a espinal medula;
- Lesão de Flexão – hiperflexão dos ligamentos da coluna. Exº: Flexão da cabeça;
- Lesão de Extensão – hiperextensão dos ligamentos. Exº: Extensão da cabeça.

Também existe a combinação destes dois últimos, através do chamado movimento de chicote, que é muito perigoso.

Gestão do Acidente

A prioridade é Salvar a Vida, portanto quando se tem que decidir entre a estabilização da coluna e a estabilização da respiração e circulação, o NS deve estar consciente que deve realizar primeiro a manobra que permita salvar a vida, mesmo que traga lesões.

A acção de emergência deve seguir as seguintes considerações:

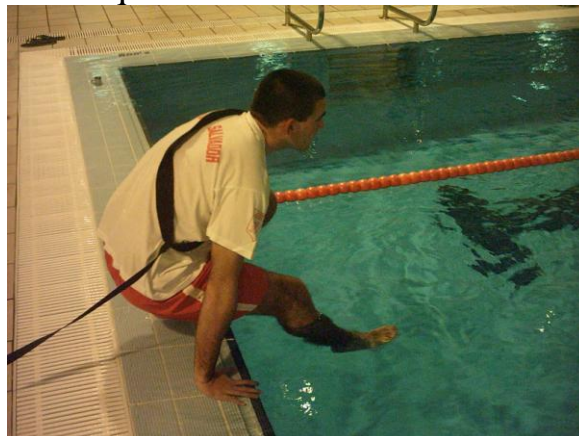
1. Permeabilizar a via aérea;
2. Estabilizar a cabeça;
3. Manter em posição horizontal;
4. Imobilizar a coluna.

As manobras de imobilização devem ser realizadas em local com pé, portanto caso a vítima esteja em água profunda, deve-se rebocar para uma zona onde o NS possa ter apoio confortável.

Entrada na Água

A entrada numa situação em que se suspeite de trauma deve ser realizada em Deslize, para se oscilar o menos possível a água.

Esta consiste em rapidamente o NS quase se sentar na beira da piscina e entrar na água sem que a sua cara lhe toque:



Esta entrada também pode ser realizada quando a profundidade é desconhecida ou a vítima está próxima.

Abordagem à Vítima

A abordagem à vítima deve ser rápida e com o objectivo de estabilizar a cabeça, a coluna e verificar se esta tem respiração espontânea.

Para isso o NS deve activar a 2ª ajuda à distância de segurança, posicionar-se lateralmente com a vítima, colocar o cinto de salvamento debaixo das suas axilas (em zonas profundas) e realizar a permeabilização da via aérea, estabilização da cabeça e da coluna e verificar a respiração espontânea.

Suporte Básico de Vida para Trauma Aquático

A percentagem de trauma no afogamento é de 0,5%. A imobilização e extracção são difíceis e podem demorar a reanimação. Além disto colares cervicais mal colocados podem causar obstruções da via aérea em pacientes inconscientes.

A imobilização da coluna vertebral não é indicada a não ser que existam sinais severos de lesão ou história evidente de lesão traumática. Ex: mergulhos, uso de escorregas, sinais de trauma ou sinais de alcoolismo.

Nestes casos, se a vítima estiver sem pulso e em apneia, deve-se retirar rapidamente da água, mesmo que não exista plano duro, enquanto se tenta limitar a flexão e extensão do pescoço

No que respeita a trauma aquático a actuação terá de ser separada em exame primário e exame secundário.

Exame Primário

O objectivo deste exame é detectar a existência de situações que possam pôr em perigo imediato a vida da vítima (situações de compromisso das funções vitais), separando-se em 3 fases: Via Aérea (A), Respiração (B – Breathing) e Circulação (C), devendo ser realizado rapidamente.

Assim após se assegurarem as condições de segurança deve-se permeabilizar a via aérea da vítima (colocando-a fora de água), tentando não mobilizar muito a região cervical para além do plano neutro, verificar se esta respira e verificar se esta tem hemorragias graves ou está em choque hipovolémico.

Caso algum destes passos não exista (A e B) ou esteja presente (C), devem-se tomar as medidas imediatas para o corrigir, não se passando para o exame secundário enquanto não estiver resolvido.

Assim caso a vítima não respire, deve ser tratada como uma vítima inconsciente, devendo-se retirar rapidamente da água, mesmo que não exista plano duro, enquanto se tenta limitar a flexão e extensão do pescoço

Exame Secundário

Este exame é efectuado após se ter detectado e corrigido as situações de risco imediato para a vida da vítima e tem como objectivo detectar alterações que não comprometem de imediato a vida mas que carecem de tratamento.

O exame secundário divide-se em 2 fases: Recolha de Informação e Actuação.

Quanto à recolha de informação deve-se tentar estabelecer uma relação de confiança com a vítima e recolher o máximo de informação possível.

No que respeita à actuação, esta é dividida em 5 fases (A, B, C, D e E):

A - Estabilização da Cabeça + Colocação do Colar Cervical.

B - Verificação da Qualidade e Ritmo da Respiração + Aplicação de O2.

C - Verificação da Qualidade e Ritmo da Circulação + Avaliação da Pressão Arterial.

D - Avaliação Neurológica: Situar a vítima no AVPU (A - Alerta; V – só responde a estímulos Verbais; P – só responde a estímulos Dolorosos; U – Não responde) + Verificar minuciosamente se existem sinais de trauma.

E – Controlo da Temperatura: controlar a temperatura da vítima. Se a lesão for Crânio Encefálica (TCE - Crânio) a temperatura sobe e portanto é necessário fazer sombra e arejar. Se a lesão for Vertebro Medular (TVM – Coluna Vertebral) a temperatura desce e portanto é necessário aquecer a vítima com manta térmica e saco de calor protegido em casos extremos.

Após tudo isto deve-se accionar o 112.

Sinais de Trauma

Os sinais de trauma são:

Episódio de Absorção de Energia (Exº: Mergulho, Queda, etc)

+

Dor de cabeça

Desorientação

Deformação da cabeça

Sonolência

Náuseas

Fluidos a saírem pelos orifícios

Diferença na dilatação das pupilas
Paralisia facial
Dificuldade em falar
Dor no pescoço ou costas
Deformação do pescoço ou costas
Dor no tórax
Deformação no tórax
Perfuração do tórax
Dor no abdómen
Dor na cintura pélvica ou pernas
Deformação da cintura pélvica ou pernas
Falta de sensação, força ou movimento nos pés
Dor nos braços
Deformação dos braços
Falta de sensação, força ou movimento nas mãos

Estabilização da Cabeça e da Coluna

Esta deve ser mantida em posição neutra, não flectindo, estendendo ou rodando de forma a:

- Permitir que o canal interior da coluna tenha a dimensão máxima, minimizando a compressão na espinal medula;
- Prevenir deslizamento de vértebras e a possibilidade de pedaços de osso fracturados lesionarem a espinal medula.

A coluna deve ser imobilizada pois não se sabe que parte da coluna está lesionada, devendo primeiro estabilizar a zona cervical e posteriormente o seu resto.

Quando é efectuado em água profunda a flutuabilidade do corpo ajuda a estabilização, devendo logo que se encontre numa posição de suporte ser dado apoio com um plano rígido.

Ao se retirar da água deve-se manter uma posição horizontal, pois levantar em posição vertical por conduzir a queda da pressão arterial e ataque cardíaco.

Existem 3 técnicas de permeabilização da via aérea e estabilização da cabeça e da coluna:

- Abraço Conjunto
- Abraço Urso
- Braços em V

Abrço Conjunto

É composto pelo apoio conjunto dos dois braços do NS, um no peito, por baixo da axila, pegando no queixo e outro nos omoplatas, pegando na nuca. Caso exista necessidade de viragem esta deve ser realizada em progressão, sendo feita por baixo da vítima. Caso exista necessidade de reboque, este é realizado apenas com as pernas.

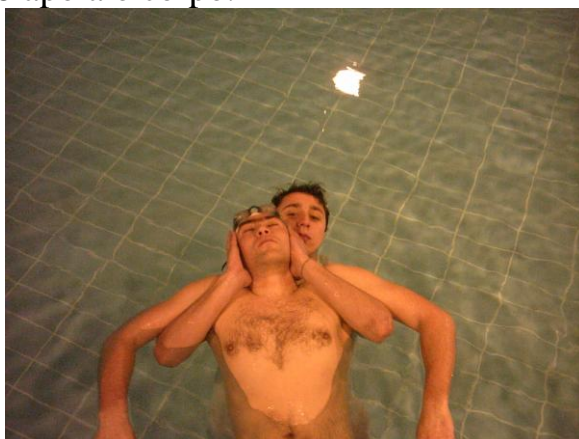
Este deve ser aplicado em água pouco profunda.



Abrço Urso

Deve ser efectuada em água com menos de 70 cm e apenas em situações de 2 NS. O processo é o seguinte:

1. Aproximação pelas costas;
2. Agarrar a cabeça, passando os braços pelas axilas;
3. Virar a vítima, ficando o NS submerso;
4. O outro NS estabiliza a cabeça;
5. Cuidadosamente o 1º NS retira as mãos;
6. O 1º NS apoia o corpo.



Braços em V

Sendo esta a de mais fácil execução, com os braços a fazerem pressão lateral sobre a cabeça, impedindo o seu movimento. Caso se tenha que efectuar rotação, esta deve ser executada sempre em deslocação e de forma muito suave.

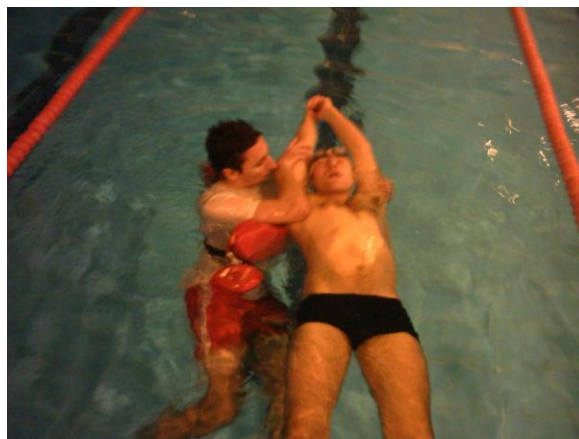


Caso não exista apoio a técnica deve ser efectuada com a ajuda do cinto de salvamento, colocado por baixo das axilas do NS, estabilizando-se a vítima paralelamente em relação ao cinto. A vítima nunca deve perder o plano horizontal.



Verificação de Respiração Espontânea

Deve ser realizada após a vítima ter a via aérea fora de água, a cabeça e a coluna estabilizada, durante não mais que 2 / 3 segundos:

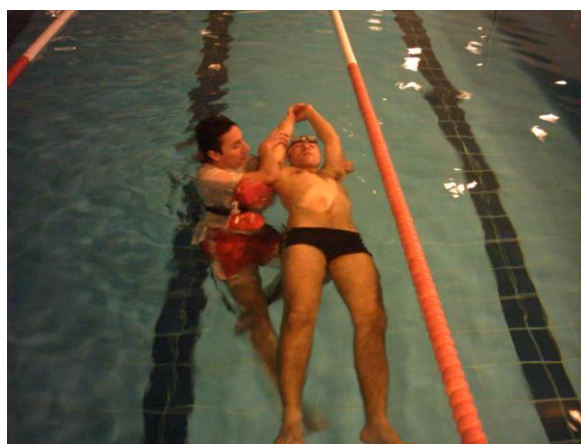


Caso a vítima não tenha respiração espontânea, deve-se passar para abordagem à vítima aparentemente inconsciente, tentando-se limitar ao máximo a flexão e extensão do pescoço

Reboque de Trauma

Caso o reboque seja em zona com apoio plantar no fundo, basta realizar o transporte em perpendicular, andando suavemente, até à beira da piscina.

Caso o reboque seja realizado numa zona profunda, o NS realiza crol lateral suave, mantendo a estabilização da vítima, ligeiramente afastada do Cinto de Salvamento.



Separadores de Pista

Qualquer que seja a técnica usada, nunca se pode transpor separadores de pista com uma vítima de trauma. O NS deve pedir para que estes sejam retirados enquanto apoia ou reboca a vítima, podendo estes funcionar como fonte apoio.

Evacuação da Água

Existem 2 técnicas: 2NS2PT, onde devem existir 2 NS e 2 Pessoas com Treino e 1NS1PT, com 1 NS e 1 Pessoa Treinada.

1NS1PT (1 Nadador Salvador e pelo menos 1 Pessoa Treinada)

Na 1NS1PT, onde apenas existe 1 NS, deve ser aplicada a técnica de Braços em V, com utilização do cinto de salvamento e posterior manobra de alavanca, pelo Plano Rígido, efectuada por uma pessoa treinada (PT).

Quando já próximo do plano duro o NS faz a rotação de um braço para que este não fique por baixo da vítima e facilite a colocação do plano duro, mantendo os braços em V



A PT após colocar o plano duro afundado a 2 dois terços na vertical, passa-o para 45° com a ajuda da beira da piscina, ajoelhando-se enquanto o faz. Posteriormente substitui o NS na estabilização dos braços em V.

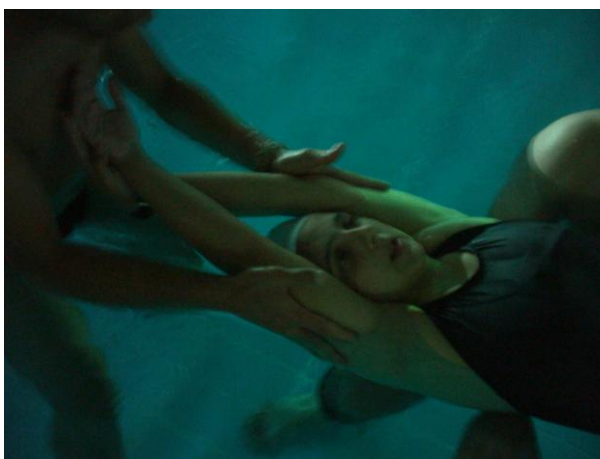


Assim o plano irá estabilizar a vítima, passando a PT a estabilizar e o NS a empurrar o plano suavemente para fora da piscina até conseguir. Quando não conseguir, deve sair da piscina e puxar suavemente, até todo o plano estar fora de água.

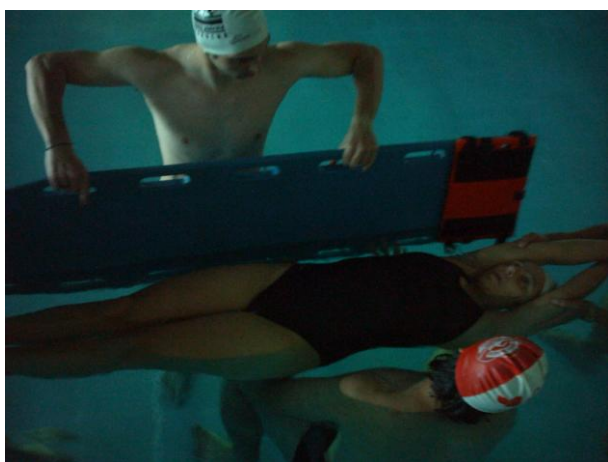
2NS2PT (2 Nadadores Salvadores e pelo menos 2 Pessoas Treinadas)

Na 2NS2PT, a estabilização deve ser realizada com os seguintes apoios:

1. Tracção da cabeça (NS A);
2. Apoio dos omoplatas e cintura, com os braços esticados por baixo da vítima (NS B);
3. Apoio das pernas (Pessoa Treinada – PT A)



A outra pessoa treinada (PT B) deve preparar o plano rígido enquanto se dá esta manobra.

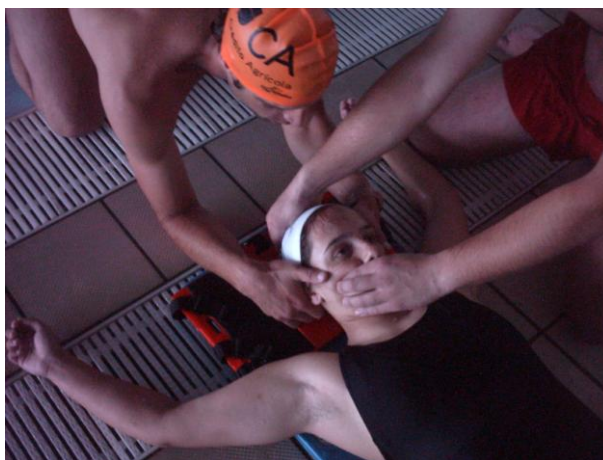
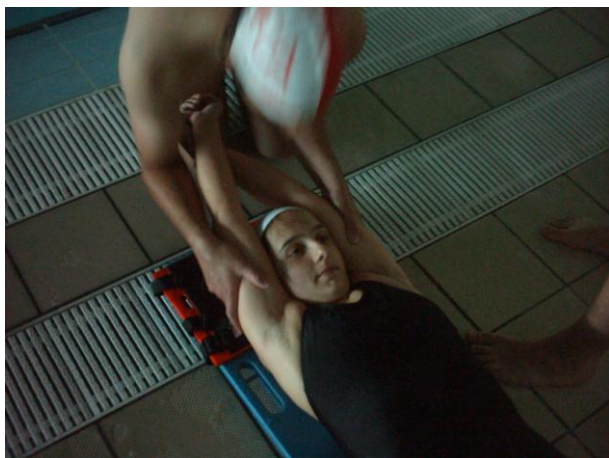


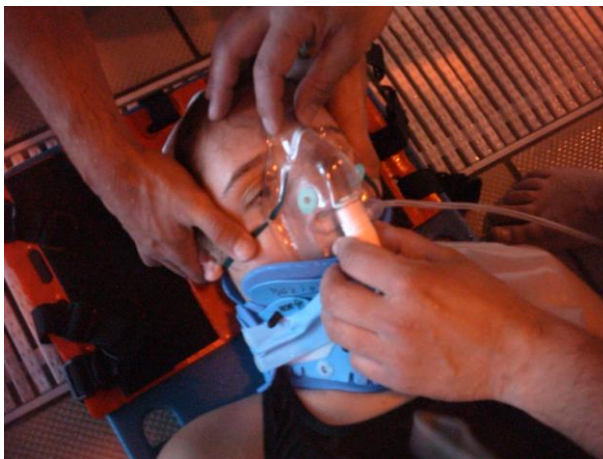
O plano rígido deve sair na perpendicular, com a cabeça em último lugar para maior possibilidade de estabilização no exterior.



Imobilização no Exterior

Esta deve ser realizada com a maior estabilidade possível:





Evacuações em Águas Abertas

Em águas abertas (praia fluvial ou marítima) colocar a vítima num plano duro não é possível apenas com 1 NS e é difícil com menos de 3 NS. Caso existam pouco a vítima deve ser mantida estabilizada junto à margem, em água baixa e pouco turbulenta, até à chegada de mais ajuda, a não ser que as ondas ou a temperatura da água obriguem a uma rápida evacuação.

Quando se estabiliza ou move uma vítima em águas abertas, deve-se tentar mantê-la perpendicular com as ondas, com o objectivo de limitar o movimento.

Em água profunda deve-se utilizar o reboque de trauma com cinto de salvamento, perpendicularmente com as ondas, até a uma zona baixa ou uma embarcação.

Quando numa zona baixa deve-se utilizar a técnica de 2NS2PT para extracção da vítima.

Caso apenas existam 2 NS e exista perigo de vida para a vítima por estar naquele local, pode-se realizar a técnica de 1NS1PT, numa zona de água pouco profunda, colocando-se o plano logo a 45° no início da manobra.

Técnicas de Trauma

Colocação do Colar Cervical:



Passagem do Plano Vertical para Horizontal:



Deslize no Plano Rígido:



Rolamento no Solo:



Levantamento para o plano rígido:

