

IMOBILIZAÇÃO PARA TRANSPORTE

Definição: A imobilização consiste no alinhamento neutro de toda coluna (cervical, torácica e lombar) que possivelmente tenha instabilidade secundária ao trauma. Baseia-se na prevenção de lesões neurológicas secundárias, evitando falhas no reconhecimento de lesões da coluna devendo ser aplicada durante todo o processo de atendimento ao politraumatizado (incluindo extração, transporte e avaliação).

Nos traumas musculoesqueléticos a imobilização inicial das fraturas é o realinhamento da extremidade lesada em uma posição o mais próximo da posição anatômica e a prevenção da movimentação excessiva do foco de fratura.

Nos traumas pélvicos consiste na estabilização mecânica do anel pélvico e contrapressão externa como tratamento inicial para controle de hemorragia interna e choque associados a lesões graves de bacia.

Indicações:

- **Cervical e coluna:** trauma fechado acompanhado de qualquer uma das condições: dor ou hipersensibilidade na linha média da coluna; alteração de nível de consciência ou intoxicação clínica; paralisia ou déficit neurológico focal; deformidade anatômica; incapacidade de comunicação.
- **Membros superiores e inferiores:** Traumas musculoesqueléticos graves envolvendo fraturas, luxações e/ou laceração de partes moles devem ser imobilizadas para transporte ou até que se possa realizar tratamento definitivo com intuito de reduzir perdas sanguíneas e agravamento da lesão.
- **Pelve:** traumas graves, com instabilidade ao exame da pelve e sinais clínicos de choque.

Contraindicações:

- Resistência ao movimento.
- Espasmo de musculatura.
- Aumento da dor.
- Começo ou aumento de déficit neurológico.
- Comprometimento da via aérea ou ventilação.

ETAPAS DO PROCEDIMENTO

1. Remover colares ou adornos sem movimentar o pescoço.
2. Manter a vítima com a cabeça em posição neutra.
3. Verificar com os dedos a altura do pescoço, compreendida entre a linha imaginária que passa pelo bordo inferior da mandíbula e a linha que passa pelo ponto onde termina o pescoço e inicia o ombro.
4. Verificar a altura do colar cervical (tamanho), calculando a distância entre o pinopreto de fixação à borda rígida do colar. Não incluir na medida a borda macia.

5. Escolher o colar que apresentar esta altura semelhante à aferida com seus dedos (altura do pescoço).
6. Colocar o colar cervical evitando movimentos do pescoço.
7. Considerar o uso de coxins atrás da cabeça em adultos e atrás do tórax em crianças para evitar hiperextensão da região cervical.

2. Imobilização da cabeça

- Utilizar dois blocos de espuma semirrígida que são posicionados nas laterais da cabeça e ajustado por meio de fitas, as quais deverão estar posicionadas passando sobre a região frontal e a outra sobre os blocos de fixação na sua porção inferior (passando por cima do colar cervical, porém sem contato com o mesmo).
- Manter as fitas ajustadas o suficiente para que não permita movimentos, e normalmente isso promove certa compressão nos blocos de espuma.

3. Imobilização do tronco

- Utilizar o dispositivo prancha longa, onde as cintas ajustáveis poderão estar dispostas perpendicularmente ao eixo principal do paciente e para minimizar a possibilidade de deslocamento para cima e para baixo, dispostas em X no tórax.

4. Imobilização de fraturas

- Remover pulseiras, braceletes, relógios, tornozeleiras, anéis ou qualquer outro adorno.
- Avaliar sensibilidade, perfusão e pulso do membro afetado antes e depois da imobilização.
- Aplicar delicada tração alinhada no membro afetado e se necessário rotação para posição anatômica que deverá ser mantida com a aplicação de talas e ataduras. Não forçar realinhamento quando pulso periférico da extremidade estiver presente.
- O dispositivo (tala) deve imobilizar uma articulação acima e uma abaixo da lesão com prévio acolchoamento sobre as proeminências ósseas que serão cobertas pelo dispositivo.
- Utilizar faixas crepe ou tirantes para fixação das talas.

5. Rolamento em bloco para posicionar prancha longa

- O objetivo é virar a vítima, mantendo a estabilização manual com a mínima movimentação da coluna. Enquanto um profissional mantém a estabilização neutra e alinhamento da coluna, um segundo profissional se ajoelha ao nível da porção média do tórax da vítima, e um terceiro profissional se ajoelha ao nível dos joelhos das vítimas.
 - Manter os braços da vítima alinhados e próximo ao corpo, com a palma da mão virada para dentro. A vítima é segurada no nível dos ombros e dos quadris, mantendo a coluna em posição neutra e alinhada, e rodada em bloco para o lado.

- A prancha longa é segurada contra o dorso da vítima, com a extremidade inferior entre os joelhos e tornozelo do paciente, que é rolada em bloco em direção à prancha e depois abaixada para o chão.
- Segurar a vítima pelos ombros, pelve e membros inferiores e movê-la para cima e lateralmente sobre a prancha, de modo que a cabeça fique no topo da prancha. A estabilização neutra e alinhamento da coluna deve ser mantida sem tracionar a cabeça ou pescoço.
- As cintas (tirantes) deverão estar, preferencialmente, no tórax, na pélvis (sobre as cristas ilíacas), acima e abaixo dos joelhos.
- As que foram colocadas no tórax inferior e no abdômen inferior não poderão estar ajustadas em demasia para não impedir a excursão do tórax e nem promover aumento da pressão intra-abdominal.

6. Estabilização da pelve

- Traçionar longitudinal e aplicar através da pele ou do esqueleto associada a rotação interna dos membros inferiores com subsequente aplicação de lençol ou cinta pélvica no nível dos trocânteres maiores dos fêmures.

Considerações:

- A cabeça, o pescoço e a coluna precisam estar sempre alinhados à posição neutra, podendo ser feito de forma manual ou com uso de equipamentos disponíveis durante todo o processo de atendimento ao politraumatizado (incluindo extração, transporte e avaliação).
- Avaliar condições neurovasculares das extremidades (pulso, exame motor e sensitivo) e presença de hemorragias externas, que devem ser controladas. Aplicar curativo estéril sobre feridas abertas. Tração e realinhamento da extremidade acometida.
- Imobilização cervical: Inicialmente a imobilização cervical deve ser realizada manualmente, segurando-se a cabeça com as mãos e cuidadosamente trazendo-a para a posição em linha neutra exceto quando houver espasmo muscular, aumento da dor, aparecimento ou agravamento de uma deficiência neurológica ou comprometimento das vias aéreas/ventilação, onde fica contraindicado o reposicionamento em linha neutra.
- Permanecer a cabeça imobilizada manualmente em linha neutra até o término da imobilização mecânica.
- O colar cervical é um excelente dispositivo auxiliar na imobilização. Um colar efetivo deve estar em contato com o peito e a região dorsal superior, na sua porção inferior e em contato com o occipício e a região inframentoniana, na sua porção superior. O mesmo deve ter o tamanho apropriado ao paciente, minimizando ao máximo os movimentos e ao mesmo tempo permitindo a abertura parcial espontânea da boca pelo paciente ou pelo socorrista, em caso de vômitos, minimizando a possibilidade de broncoaspiração.

REFERÊNCIAS:

BARROS, A. L. B. L.; LOPES, J. L.; MORAIS, S. C. R. V. **Procedimentos de enfermagem para a prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2019. 482 p.

DAMIANI D. **Uso rotineiro do colar cervical no politraumatizado**. Revisão crítica. Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica, 2017.

SMELTZER, S.C.; HINKLER, J.L.; BARE, B.G.; CHEERE, K.H. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12. ed. Editora Guanabara Koogan, v. 2. 2012. 2404p.