



Revista Brasileira em Promoção da Saúde

ISSN: 1806-1222

rbps@unifor.br

Universidade de Fortaleza

Brasil

Walter de Aguiar, Andréa Sílvia; Ponte Vasconcelos Pereira, Ana Paula; Mendes Frota, Danielle;
Lopes Gomes, Francisca Ilana; Castelo Branco, Yuska Nascimento
Atendimento emergencial do paciente portador de traumatismos de face
Revista Brasileira em Promoção da Saúde, vol. 17, núm. 1, 2004, pp. 37-43
Universidade de Fortaleza
Fortaleza-Ceará, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40817208>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

ATENDIMENTO EMERGENCIAL DO PACIENTE PORTADOR DE TRAUMATISMOS DE FACE

Emergency assistance to the patients with oral and maxillofacial traumatism

Artigo de revisão

RESUMO

Os primeiros cuidados conferidos pelo profissional da saúde ao politraumatizado de face exercem caráter decisivo em relação ao prognóstico. Com essa preocupação, este trabalho tem como objetivo informar e auxiliar no diagnóstico, conferindo noções sobre a maneira correta de prestar socorro imediato aos pacientes. O atendimento é dado de forma seqüencial, de modo que muitas etapas são realizadas concomitantemente. Com a finalidade de facilitar o entendimento, dividiu-se didaticamente a pesquisa em duas grandes partes: o tratamento geral e o tratamento local, tendo como base uma revisão bibliográfica.

Descritores: Primeiros socorros, Serviços médicos de emergência, Traumatismo múltiplo, Traumatismos faciais, Traumatismos maxilofaciais, Atitude do pessoal de saúde.

ABSTRACT

The first aids given by a health professional to a patient with multiple facial traumatism are very decisive for the prognosis. Knowing about the importance of the first aids, the objective of this study is to inform and to help the victims to establish the correct diagnosis providing ideas about the right way to give immediate help to the patients. The assistance is given in a sequential way with several stages being carried out simultaneously. With the purpose to make the understanding easier, we divided pedagogically the research in two main parts: the general treatment and the local treatment, based upon a bibliographic review.

Descriptors: First aid, Emergency Medical Services, Multiple Traumatism, Facial Injuries, Facial Maxillary Injuries, Personal Health's Attitude.

Andréa Sílvia Walter de Aguiar ⁽¹⁾
Ana Paula Ponte Vasconcelos
Pereira ⁽²⁾
Danielle Frota Mendes ⁽²⁾
Francisca Ilana Lopes Gomes ⁽²⁾
Yuska Nascimento Castelo
Branco ⁽²⁾

1) Cirurgiã-dentista, Especialista em
Cirurgia e Traumatologia Buco-
Maxilo Faciais (UFC); Mestre
em Saúde Pública (UECE);
Professora da Disciplina de
Cirurgia Maxilo Facial (UNIFOR).

2) Acadêmicas do curso de
Odontologia da UNIFOR.

INTRODUÇÃO

O termo politraumatismo é definido como lesões concomitantes que atingem mais de uma região do corpo, podendo ter caráter intencional ou acidental, e que causam danos morfológicos, fisiológicos e/ou bioquímicos⁽¹⁻³⁾.

No tratamento inicial de um politraumatizado, a atenção está voltada às lesões graves, buscando seu rápido diagnóstico e tratamento imediato⁽⁴⁻⁵⁾. Muitas vezes, erros grosseiros resultam em seqüelas graves ou mesmo em óbito; e, para minimizar estes problemas, existem algumas regras. Dentre elas, podemos citar:

- o especialista precisa ter um conhecimento multidisciplinar, a fim de promover uma melhora na qualidade de vida do paciente⁽¹⁾;
- o cirurgião mais experiente deve assumir a liderança, programando e supervisionando as manobras⁽³⁾;
- o politraumatizado deve ser visto como um todo, ou seja, deve ser examinado de forma sistêmica, atendendo às necessidades que ameaçam a vida. Ele também deve ser encarado como portador de lesão de coluna cervical, até que

Recebido em: 28.03.2003

Revisado em: 29.08.2003

Aceito em: 10.10.2003

se prove o contrário, e, portanto, deve-se ter cuidado na sua manipulação⁽⁵⁾.

FISIOPATOLOGIA DO TRAUMA

A face, por sua localização anatômica, está sujeita a traumas diversos, que podem ser simples ou complexos; envolvendo as estruturas esqueléticas subjacentes. Isto acarreta um distúrbio, tanto de ordem funcional, como comportamental^(1,6).

Do ponto de vista fisiopatológico, o traumatismo se estabelece quando há ruptura da integridade tecidual anatômica. A intensidade do agente agressor associado à resistência tecidual determinarão a extensão da lesão⁽¹⁾.

O paciente portador de traumatismo facial pode apresentar lesões de tecidos moles e/ou duros. Quando as primeiras acometem os indivíduos, podem ser de vários tipos, de acordo com o agente etiológico, conforme tabela a seguir⁽³⁾.

Quadro I. Classificação etiológica do trauma em tecidos moles

Traumas	Tipos	Agentes
3.1 Feridas		
Agentes Mecânicos	Perfurantes	Espinho, agulha, prego, estilete.
	Perfurocortantes	Punhal, sabre.
	Cortantes	Faca, navalha, cacos de vidro.
	Contudentes	Barra de ferro, pedra, madeira, martelo.
	Perfurocontudentes	Projéteis de arma de fogo, estilhaços.
3.2 Queimaduras		
Agentes físicos	Coagulantes	Ácido clorídrico, férrico, sulfídrico.
	Liquefacientes	Soda cáustica, ácido arsênio.
Agentes biológicos	Picadas de animais	Cobra, escorpião.
	Mordidas e aranhões	Cão, gato.
	Vegetais	Urtiga, castanha de caju.
3.3 Outros		

Fonte: Valente C, 1999. ⁽³⁾

LESÕES DE TECIDUAIS COMUNS NOS POLITRAUMATISMOS

Contusões

São lesões teciduais sem que haja solução de continuidade aparente, produzidas geralmente por um agente mecânico rombo, mas, também, são encontradas associadas

a traumatismos dento-alveolares e a fraturas dos ossos faciais^(2,3,7).

As contusões são classificadas de acordo com o deslocamento entre os tecidos, existindo quatro graus.⁽⁷⁾

O primeiro grau é a equimose, que consiste na rotura de pequenos vasos e conseqüente hemorragia intersticial. Sua coloração é violácea, modificando de cor à medida que vai desaparecendo.

O segundo grau é chamado de hematoma, e ocorre quando há rotura de vasos maiores, e o sangue se acumula entre os espaços anatômicos.

O terceiro grau é conhecido por necrose, e se estabelece quando há desintegração tissular com comprometimento celular irreversível.

O esmagamento é o quarto grau na classificação das contusões, e caracteriza-se pela trituração tecidual com desintegração de elementos anatômicos⁽³⁾.

Feridas

São soluções de continuidade aparente da pele e/ou mucosa^(3,5).

As feridas, de acordo com sua anatomopatologia, classificam-se em: escoriações, puntiformes, contusas ou rombas, perfurocortantes e transfixantes⁽³⁾.

As escoriações consistem em esfoliações da epiderme ou das mucosas, não atingido as partes profundas. É produzida pelo atrito da pele em uma superfície áspera^(2,3).

As puntiformes são aquelas causadas por instrumento perfurantes. Já as incisais são resultado da ação de instrumentos cortantes, e apresentam duas bordas regulares bem nítidas.

A ferida contusa é a solução de continuidade da pele e dos tecidos moles, apresentando borda irregular e esmagada. Já as perfurocortantes apresentam pequenas bordas regulares, nítidas e de grande profundidade⁽³⁾.

Por fim, a transfixante consiste na solução de continuidade que atravessa toda a espessura dos tecidos atingidos, penetrando em um lado e saindo do outro⁽⁸⁾.

Fraturas ósseas

São soluções de continuidade do tecido ósseo que ocorrem em qualquer idade⁽⁹⁾. Porém, a predominância de fraturas faciais está na faixa etária dos 10 aos 30 anos de idade⁽¹⁰⁾.

As principais causas de fraturas faciais incluem os acidentes automobilísticos e as agressões, existindo outras causas, como as quedas, os acidentes esportivos e os de trabalho^(2,7,10).

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico pode ser alcançado no meio da análise conjunta do exame clínico, radiográfico, avaliação neurológica do paciente e exames complementares.

1 - Avaliação dos Sinais vitais

A avaliação inicial e periódica dos sinais vitais ajuda na orientação diagnóstica e a condução do caso. A partir dos primeiros instantes do socorro, deve-se promover um gráfico dos principais sinais vitais, com intervalos de aproximadamente 10 minutos. Deverão ser verificadas: a frequência cardíaca, a pressão arterial, a frequência respiratória e a temperatura corpórea⁽³⁾.

a - Frequência cardíaca

É avaliada, preferencialmente, por meio do pulso radial ou carotídeo, sendo este último mais indicado em caso de traumas extensos, devido a vasoconstricção periférica, que dificulta a aferição do pulso radial⁽³⁾.

A faixa de normalidade encontra-se entre 60 e 80 batimentos por minuto (bpm). Esses pulsos (radial e carotídeo) devem estar cheios e de fácil percepção. O aumento da frequência pode indicar ansiedade ou hipovolemia e o pulso torna-se de difícil aferição. Se a taquicardia for intensificada e a aferição do pulso for dificultada, indica-se a infusão de soro ou sangue. A diminuição da frequência pode demonstrar possível debilidade cardíaca, agravando o caso⁽³⁾.

b - Pressão arterial

A tensão arterial é avaliada por compressão da artéria braquial. A faixa de normalidade é de 120x 80 mmHg, podendo-se considerar normal até 140 x 90 mmHg. O aumento destes valores está relacionado com a ansiedade ou com o processo patológico. A diminuição, por sua vez, é indicativa de queda do volume circulatório ou deficiência cardíaca⁽³⁾.

c - Frequência respiratória

É aferida por inspeção da expansão torácica. A faixa de normalidade é de 16 a 20 respirações por minuto. O aumento desses valores se deve à ansiedade ou hipovolemia. A redução da frequência ocorre em virtude da depressão respiratória, devendo-se proceder com a hiperventilação do paciente, para que este não venha a desenvolver uma parada cardíaca⁽³⁾.

d - Temperatura corpórea

O termômetro de mercúrio colocado na axila ou reto é o meio utilizado para a aferição da temperatura.

A temperatura normal varia de 36,5°C a 37,2°C. A sua diminuição evidencia queda de volemia e tensão arterial, e o seu aumento, a instalação de um processo infeccioso.

2 - Exame Clínico Geral

Avalia-se o estado das feridas e/ou fraturas por meio da inspeção e palpação.

Na inspeção, devem-se examinar os globos oculares, as narinas, a cavidade bucal, os ouvidos, como também avaliar a presença ou não de assimetria facial, movimentação ocular, má oclusão, mobilidade da musculatura cuticular e excreção salivar.

Durante a palpação, é conveniente apalpar as proeminências ósseas, o contorno esquelético facial, os tecidos moles e glândulas salivares, observando se há presença ou ausência de dor, crepitação, degraus, angulação e mobilidade nos ossos da face⁽³⁾.

3 - Avaliação Neurológica

O exame neurológico do politraumatizado visa à avaliação rápida e objetiva de parâmetros que possibilitem estabelecer prioridades e optar por condutas⁽⁴⁾.

O exame neurológico rápido é realizado mediante a utilização da Escala de Coma de Glasgow (ECG), que confere ao neurocirurgião um diagnóstico preciso sobre o grau de comprometimento neurológico.

4 - Exames Radiográficos

No paciente com traumatismo de face, a radiologia assume grande importância, pois o edema e os hematomas que se instalam rapidamente dificultam a avaliação por exame clínico⁽¹¹⁾.

Dentre as incidências radiográficas mais comuns temos PA de face fronto-násio e násio-mento, axial de Hirtz, perfil dos OPN (raios moles), PA de mandíbula, lateral oblíqua, Towne ou AP de crânio, perfil e pósterio-anterior de face.

As incidências eleitas estão na dependência das suspeitas das lesões faciais.

5 - Outros Exames Complementares

Ressalta-se que na presença de processo infeccioso, devem ser requisitados outros exames complementares, como o hematócrito, plaquetometria e leucograma, assumindo esse caráter coadjuvante no diagnóstico⁽¹⁾.

Uma vez realizado o diagnóstico preciso, elabora-se o plano de tratamento. Lembrando que nesse momento inicial as fraturas devem ser reduzidas, ou se não for possível, pelo menos imobilizadas o mais perto do normal. Se a fratura for fechada pode-se aguardar tratamento definitivo posterior. Já as feridas devem ser suturadas⁽³⁾.

Quanto à eleição da anestesia, em lesões pequenas e superficiais, não-complicadas, opta-se pelas locorregionais, já em casos de lesões extensas e complicadas, associadas ou

não a fraturas, e lacerações intra-orais em criança, a anestesia geral deve ser a eleita⁽¹⁾.

ETAPAS DE CONDUTA

1 - Liberação das vias aéreas superiores

A prioridade absoluta em qualquer paciente vítima de trauma é desobstruir, e assegurar a permeabilidade das vias aéreas superiores⁽¹¹⁾, visto a íntima relação das vias aéreas com a face⁽³⁾.

Várias são as causas de obstrução das vias aéreas superiores, dentre elas a queda da língua é a mais freqüente. Esta pode ser dada pela perda da consciência, que se segue a um quadro de concussão cerebral. Desta forma, o paciente em questão deve ter a língua tracionada para frente e a mandíbula anteriorizada por meio de manipulação bimanual ao nível das regiões de ângulo da mandíbula⁽¹¹⁾. Outras causas freqüentes de obstrução são: presença de sangue, vômito, fragmentos de ossos, dentes na orofaringe, além de próteses deslocadas. Por isso, devemos proceder uma rápida limpeza da cavidade oral e orofaringe, executada de forma manual ou com auxílio de aspirador ou sugador⁽³⁾.

Entretanto, permeabilidade das vias aéreas não é sinônimo de boa respiração. A insuficiência respiratória pode ser aguda, insidiosa, progressiva ou recorrente. Isso requer estreita vigilância sobre a respiração durante toda a fase inicial do tratamento⁽¹²⁾.

A entubação orotraqueal é preferível à entubação nasotraqueal, uma vez que os pacientes geralmente apresentam sangramento nasal e fraturas, tanto na pirâmide óssea quanto no septo nasal, o que dificulta muito a passagem do tubo pelo nariz, ou nos que necessitam de tamponamento nasal⁽¹¹⁾.

Quando falham as tentativas de entubação naso ou orotraqueal, ou na vigência de edema de glote, lesão da faringe e hemorragia profusa da cavidade oral, é indicado a cricotireoidostomia.⁽¹⁾ Nos casos de esmagamento da face com fraturas múltiplas e/ou graves traumatismos de partes moles, com obstrução nasal associada, edema ao nível da base da língua e mucosa da orofaringe, a traqueostomia possui indicação formal, mesmo que o paciente não necessite de suporte ventilatório mecânico.

2 - Estabilização da coluna cervical

Toda vítima de trauma múltiplo, sobretudo na vigência de lesões situadas acima da clavícula, deve ser considerada como portadora de lesão da coluna cervical, visto que esta pode desalinhar uma fratura, sem repercussão neurológica,

acarretando dano grave da medula espinhal e posterior tetraplegia ou paraplegia⁽¹²⁾.

Suspeita-se de lesão cervical quando:

- paciente referir dor local;
- existir um desnível à palpação dos processos espinhosos das vértebras cervicais;
- houver alteração da sensibilidade ou motricidade dos membros;
- e a história do trauma for sugestiva, por exemplo, o mecanismo do chicote nas freadas bruscas com movimento para frente e para trás do pescoço.

Nessas situações, devemos imobilizar a coluna cervical com colares cervicais pré-fabricados⁽¹³⁾.

3 - Controle de hemorragias

As hemorragias ocorrem com freqüência não só relacionadas aos ferimentos de partes moles, como também a fraturas faciais⁽¹¹⁾. Em virtude do grande aporte sangüíneo, a hemorragia consiste na principal causa de morte nas primeiras horas após o trauma. Dessa forma, todo esforço deve ser voltado na tentativa de restaurar a volemia o mais rápido possível⁽¹²⁾.

Normalmente, a compressão digital, com ou sem compressa de gaze, por cerca de dez minutos, contorna eficazmente qualquer hemorragia superficial. Já os grandes vasos devem ser pinçados e/ou ligados, sendo executado um curativo compressivo⁽³⁾. É bom lembrar que o pinçamento dos vasos sangrantes, durante o atendimento inicial, é um procedimento perigoso, que pode resultar em agravamento das lesões vasculares e trauma de tecidos vizinhos⁽¹²⁾.

Os sangramentos em cavidades devem ser tamponados com gazes umedecidas ou não, com hemostáticos ou coagulantes tópicos⁽³⁾.

Uma vez produzida a hemostasia, meios auxiliares são empregados como, elevar a cabeça do paciente, se possível⁽³⁾.

Quando a hemorragia é abundante e de difícil controle, uma amostra de sangue é colhida para classificá-lo, prevenindo-se uma transfusão sangüínea, se necessária. Nessa situação, uma quantidade suficiente de sangue é, então, infundida rapidamente para combater ou prevenir o choque hipovolêmico⁽³⁾. Hipotensão arterial em paciente portador de traumatismos ocorre, em sua maioria, em decorrência da hipovolemia.⁽¹⁾ Para os politraumatizados, o choque mais comum é o hipovolêmico secundário à hemorragia⁽⁸⁾.

Pode-se avaliar o estado de hipovolemia observando-se três aspectos⁽¹³⁾:

- nível de consciência: quando a volemia está reduzida em 50%, a perfusão cerebral fica comprometida e a inconsciência se torna presente;

- perfusão sangüínea periférica: a coloração rósea da face e das extremidades é indicativa de bom volume sangüíneo circulante; nos casos de hipovolemia o paciente apresenta-se pálido ou cianótico nas extremidades; e
- pulso: tem como característica ser cheio e rítmico, assim, quando fino e rápido, o estado hipovolêmico está estabelecido, e se ausente, deve-se dar início às manobras de reanimação cardiopulmonar.

4 - Sedação do paciente

Normalmente, o paciente traumatizado fica muito agitado, inquieto e tenso. Isso faz com que a sua tensão arterial aumente, acompanhada de taquicardia e taquipnéia. Essas alterações produzem um aumento das perdas sangüíneas. Além disto, o paciente pode descompensar e não suportar os tratamentos imediatos.

Não devem ser administrados sedativos que promovam depressão respiratória, como também para pacientes desacordados ou desorientados, devido à possibilidade de lesão neurológica associada⁽³⁾.

5 - Alívio da dor

O combate imediato da dor faz com que o paciente fique mais tranqüilo, havendo, conseqüentemente, uma melhora do seu estado geral.

Além da medicação, são essenciais certas medidas coadjuvantes, como manipular o mínimo possível as feridas e fraturas, e evitar limpá-las com substâncias cáusticas.

A administração de analgésicos via parenteral promove alívio da dor e maior conforto ao paciente, concomitantemente gera condições de uma melhor abordagem terapêutica.

Para alívio de dores leves ou moderadas analgésicos, não-narcóticos. Os mais indicados seriam os salicilatos ou os pirazolônicos. Quando da necessidade de um efeito rápido, opta-se por analgésicos injetáveis⁽³⁾.

Para alívio de dores intensas, é necessário um analgésico narcótico, como, por exemplo, o sulfato de codeína e o sulfato de morfina. Nesses casos, não se deve fazer a sedação do paciente.

O combate à dor pode ser necessário em certos casos, muito embora, nas fraturas da maxila, a dor não seja condição muito freqüente. Pode haver dor com o movimento dos fragmentos não-reduzidos, mas em geral, ela está presente quando há lesões associadas do esqueleto ou dos tecidos moles. O uso de fortes sedativos, como por exemplo a morfina, deve ser evitado, devido a sua ação depressiva no centro respiratório, sendo os analgésicos de uso mais freqüente, por possuírem ação mais suave e não serem substâncias narcóticas.

Contudo, o melhor alívio para a dor, quando ela se apresenta, é a redução da fratura e a sua imobilização e, quando isso não for possível, uma bandagem de emergência pode proporcionar alívio e maior conforto ao paciente⁽³⁾.

6 - Higienização do paciente

Geralmente, os pacientes traumatizados chegam ao pronto-socorro sujos de terra, tinta, asfalto, sangue coagulado, etc., necessitando que lhes sejam retiradas as roupas e executada uma boa limpeza geral com água morna, sabão líquido e esponja. Nesse tempo, faz-se uma avaliação geral para saber da existência de qualquer outra lesão associada. É aconselhável que estas manobras não retardem os primeiros atendimentos de emergência⁽³⁾.

Todo esforço deve estar voltado para se obter a pele tão limpa quanto possível, a fim de reduzir a flora bacteriana⁽⁴⁾.

Substâncias irritantes devem ser evitadas e substituídas por detergentes suaves. A irrigação é feita com solução salina normal. A equipe de enfermagem deve ser instruída a fazê-la em intervalos de três a quatro horas.

A cavidade bucal deve ser limpa com escova de dente e detergente suave, acompanhada de lavagem da boca. Dentes abalados ou infeccionados indica-se remoção. Em casos que exista condição bucal séptica, a profilaxia dental pode ser útil⁽⁴⁾.

É bom lembrar que uma boca limpa favorece o conforto do paciente e reduz a possibilidade de infecção local do ferimento, ou de infecção pulmonar ocasionada por aspiração. Lavagens freqüentes da mesma usando soluções anti-sépticas são indicadas. As mais convenientes são as soluções fracas de peróxido de hidrogênio e as soluções de gluconato de clorexidina, associadas ao uso vigoroso de uma pequena escova com dentífrício ou peróxido de hidrogênio, para desprender as placas de alimento e muco que se acumulam nos dentes e aparelhos protéticos ou ortodônticos.

O local da ferida deverá receber cuidados diários meticulosos, para evitar o acúmulo de sangue, soro e crostas sobre a linha de sutura, e de restos de alimentos sobre os aparelhos intrabucais. O acúmulo de crostas sobre a sutura predispõe ao surgimento de infecções e pode originar uma marca permanente ao longo da margem da ferida. Aumento de vermelhidão e inchaço, imediatamente após o período pós-cirúrgico, acompanhados de sensibilidade e aumento de temperatura local, sugerem a possibilidade de infecção localizada. Se esses sinais forem notados, deve-se remover alguns pontos de sutura, sondar e drenar o ferimento. A drenagem e a aplicação local de compressas umectantes geralmente controlam a infecção em curto espaço de tempo. Os drenos colocados na ferida durante a operação devem

cumprir sua finalidade em 48 horas, entretanto, quando a vermelhidão, sensibilidade e drenagem persistem, o dreno terá que ser mantido por mais tempo⁽⁴⁾.

Apesar das infecções após as cirurgias da face e da mandíbula não serem uma complicação freqüente, é necessário lembrar que as operações são realizadas numa área potencialmente contaminada, e que a infecção pode ocorrer. A infecção da ferida deve ser prontamente reconhecida e as medidas necessárias para seu controle devem ser acionadas.

O paciente inconsciente ou desorientado necessita de ajuda com a higiene bucal, e a equipe de enfermagem deve ser treinada para ter esse cuidado diário, utilizando pequenas escovas e sucção. Imediatamente após a realização da cirurgia, os cortes, fissuras e abrasão dos lábios podem ocasionar grande desconforto. Um tubo de vaselina ao lado da cama, para que o próprio paciente aplique-a sobre os lábios, manterá os tecidos livres de crostas e acelerará o processo de cura⁽⁴⁾.

7 - Profilaxia antibiótica e antitetânica

Em pacientes com trauma de face, a profilaxia antimicrobiana e antitetânica é indicada para toda ferida potencialmente contaminada^(1,3).

Considera-se contaminado todo ferimento com mais de seis horas, devido ao crescimento bacteriano que se instala na ferida, que é potencializado após um período de latência de duas a três horas⁽⁴⁾.

Em caso de fraturas, foi comprovado que cerca de 50% dos pacientes fraturados que não receberam antibióticos adquiriram infecções, sendo apropriada, nessa situação, a administração parenteral na sala de emergência e continuar o uso até a fratura ser reduzida e fixada⁽¹⁴⁾.

Ao se deparar com lesões extensas, com evidências de infecção, deve-se de imediato administrar antibiótico por via endovenosa⁽²⁾. Indica-se, para tal, os antibióticos de largo espectro. Em geral, as penicilinas e as eritromicinas são os de escolha.

Com relação ao tétano, aos seis meses de idade a criança recebe a vacina tríplice, conferida em três doses; e deste modo é considerada imunizada. Se já houver decorrido cinco anos ou mais da imunização, é conveniente a realização de uma dose de reforço⁽¹⁴⁾.

O anatoxóide tetânico, então, é administrado por via intramuscular na proporção de 0,5 ml. Mas, se o paciente não for vacinado e foi ferido por um agente certamente contaminado, deve-se administrar 2,0 ml de soro antitetânico (10000 UI adulto; 5000 UI criança) antecedido por um teste qualitativo^(3,4).

8 - Tratamento local das lesões teciduais

Contusões

O tratamento caracteriza-se pela aplicação de gelo sobre a região acometida nas primeiras 24 horas. O tratamento se faz por meio do uso de bolsas de gelo nas primeiras 24 horas. Caso evolua rapidamente, deve-se fazer uso de um curativo compressivo, e após 48 horas do trauma, pode-se aplicar calor ou infra-vermelho para acelerar a cura. O tratamento consiste na remoção cirúrgica dos tecidos lesados, sutura e curativo compressivo.

Feridas

O tratamento das feridas vai depender do tipo de ferimento, do tempo decorrido, do grau de contaminação, da idade do paciente e do seu estado geral^(2,3).

As feridas devem ser tratadas de acordo com a seqüência abaixo⁽³⁾:

- limpeza da ferida: é realizada com sabão anti-séptico neutro e cremoso, e com soro fisiológico para impedir a permanência de corpos estranhos, podendo ser feita sob anestesia prévia^(3,5,7);
- anestesia: pode ser local ou geral, dependendo do caso em questão, conforme discutido previamente^(3,5,7);
- remoção de corpos estranhos: deve ser feita com uma pinça de preensão sem deixar nenhum corpo estranho no interior da ferida. Pode-se colocar soro fisiológico dentro da ferida^(3,5,7);
- debridamento: remoção de tecidos cianóticos ou isquêmicos para facilitar a cicatrização^(3,5,7,9);
- hemostasia: é feita através de compressão ou ligaduras, com o fim de eliminar o sangramento, devendo ser executada de modo cuidadoso para não lesionar estruturas nobres;
- sutura: consiste no ajuste das bordas das feridas, sendo primordial para a recuperação funcional dos tecidos lesados e para a estética cicatricial^(3,5,7);
- curativos: uma vez concluída a sutura, as feridas devem permanecer imobilizadas para que ocorra a cicatrização por primeira intenção. Os curativos, na maioria dos casos, permanecem por sete dias. No entanto, quando houver relatos de febre inexplicável, secreção, dor local excessiva ou edema eles devem ser removidos. O curativo pode ser só a gaze ou ser associado à medicação^(3,9).

Fraturas

O tratamento das fraturas se dá por princípios consagrados por Bohler: redução, contenção e imobilização⁽³⁾.

A redução é a recolocação da peça óssea em sua correta posição anatômica, com os bordos ósseos em perfeita

adaptação. Esta pode ser manual, mecânica ou cirúrgica. A contenção é a manutenção dos segmentos das fraturas em sua posição após a redução, podendo ser: por osteossíntese direta ou indireta, ou ainda, por estabilização. A imobilização é a fixação das articulações próximas do osso fraturado, impedindo que as forças musculares diretas ou indiretas venham a desestabilizar o foco reduzido de fratura⁽³⁾.

CONCLUSÕES

Os primeiros socorros exercem papel fundamental no prognóstico do politraumatizado. Erros durante o manuseio do paciente podem ser decisivos, e levá-lo a complicações e até óbito.

É certo que devemos ver o paciente como um todo, tendo esse que ser observado por uma equipe multidisciplinar, lembrando que, apesar de as lesões faciais serem evidentes, o profissional jamais deve impressionar-se com as mesmas, e notadamente, deve conhecer que o estado neurológico é fator supremo em detrimento destas.

REFERÊNCIAS

1. Costa R, Silva JJ. Condutas de atendimento em pacientes com lesões de face. BCI 1998; 5: 21-5.
2. Silva PJ. Tratamento das lesões e feridas bucomaxilofaciais. Odontol Mod 1988; 15:13-9.
3. Valente C. Emergências em bucomaxilofacial: clínicas, cirúrgicas e traumatológicas. Rio de Janeiro: Revinter; 1999.
4. Barros JJ, Souza LCM. Traumatismo bucomaxilofacial. São Paulo: Roca; 1993.
5. Colombini NEP. Cirurgia maxilofacial: cirurgia do terço inferior da face. São Paulo: Pancast; 1991.
6. Tolini CAS. Emergência bucomaxilofacial em pronto-socorro. Rev Gauch Odontol 1988; 36: 223-5.
7. Peterson LJ. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
8. Bilate AC, Bilate AEN. Assistência primária ao politraumatizado. J Bras Med 1996; 71: 21-36.
9. Matorelli SBF, Braga PM, Barbosa DM, Ribeiro MS, Cavalcanti MB. Traumatismo facial por acidente de trabalho. Rev Gauch Odontol 2001; 49: 94-8.
10. Holderbaum MA, Lorandi CS. Levantamento epidemiológico das fraturas de face na comunidade atendida junto ao grupo hospitalar Conceição. Rev Odonto Cienc 1997;12: 45-66.
11. Zanini SA. Cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial. Rio de Janeiro: Revinter; 1990.
12. Andrade JJ. Primeiro atendimento ao traumatizado. Medicina (Ribeirão Preto) 1995; 28: 757-64.
13. Frisoli Júnior A, Lopes AC, Amaral JL, Ferrareo JR, Blum VR. Emergências: manual de diagnóstico e tratamento. São Paulo: Sarvier, 1995.
14. Worthington P, Evans JR. Controversies in oral and maxillofacial surgery. Philadelphia (PA): W. B. Saunders; 1994.

Endereço para Correspondência:

Andréa Silva Walter de Aguiar
Rua Barbosa de Freitas, 1777 – Meireles
Fortaleza – Ceará
E mail aguiar@secrel.com.br