

Especialização em
**SAÚDE DA
FAMÍLIA**



Caso complexo Ilha das Flores

Fundamentação Teórica Lesões traumáticas na Atenção Primária à Saúde



**MAIS MÉDICOS
PARA O BRASIL**

PROVAB

LESÕES TRAUMÁTICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Satomi Mori

Entorses de tornozelo

A entorse de tornozelo é uma lesão musculoesquelética frequentemente observada nas populações ativas e ocorre em decorrência do estiramento ou ruptura dos ligamentos da articulação, causada pelo aumento excessivo na amplitude de seu movimento ou por uma torção brusca. Podem ser classificadas clinicamente em graus de acordo com a lesão: grau 1: estiramento ligamentar, grau 2: lesão ligamentar parcial e grau 3: lesão ligamentar total.

Manifestações clínicas:

Caracteriza-se pela dor intensa, edema em região antero-lateral do tornozelo, pode apresentar hematoma no local da lesão ou equimose que comumente evidencia-se após 48 horas e dificuldade de deambulação.

Exames Complementares:

As manifestações da entorse muitas vezes são semelhantes aos da fratura de ossos ou luxações. Normalmente, os exames complementares, tais como radiografia e ressonância magnética devem ser realizadas quando há a suspeita de fraturas associadas.^{1,2}

A radiografia deve ser realizada de acordo com as Regras de Ottawa para tornozelo. Esta estabelece critérios para a realização do exame com o intuito de evitar a realização do exame em situações desnecessárias. Recomenda-se a realização de exame radiográfico nas seguintes condições:

- presença de dor em pontos ósseos específicos, ou
- incapacidade de apoio de marcha (pelo menos quatro passos).

A ressonância magnética pode ser indicada quando há persistência da dor após três meses da ocorrência da entorse do tornozelo. A realização do exame objetiva a investigação de lesões associadas, tais como a lesão osteocondral, do impacto anterolateral e lesões ligamentares crônicas.

Tratamento na Fase Aguda:

As medidas terapêuticas objetivam a remissão da dor, do edema, da instabilidade articular e a possibilidade da pessoa retornar às atividades diárias. Independentemente do grau da lesão, recomenda-se que o membro seja imobilizado com um imobilizador (enfaixamento, imobilizadores elásticos) ou tala gessada, além de serem necessários a elevação do membro, o repouso durante os três dias iniciais e a aplicação de gelo por até 20 minutos, principalmente nas primeiras 24 horas, podendo estender-se por até 72 horas. O uso de analgésicos e anti-inflamatórios não-hormonais podem ajudar a aliviar a dor e o edema. Nas lesões leves, a remissão dos sintomas pode durar entre uma a duas semanas.

Recomenda-se que nas lesões de Grau 3, a imobilização seja realizada com dispositivo semi-rígidos, pois os estudos verificaram que pessoas que utilizaram esse tipo de imobilização conseguiram retornar mais rapidamente para as suas atividades diárias em comparação aos que utilizaram a imobilização gessada.

Tratamento na Fase Crônica:

Estima-se que cerca de 20% das entorses de tornozelo podem evoluir com algum grau de instabilidade articular crônica que pode ou não associar-se a frouxidão ligamentar após seis meses da ocorrência da lesão. Recomenda-se tratamento fisioterápico nos pacientes que apresentam contensão mecânica adequada, ou seja, os que apresentam instabilidade funcional ou falha na propriocepção. Aqueles que apresentam frouxidão ligamentar que possuem deficiência de propriocepção também devem iniciar com tratamento de reabilitação.

O tratamento cirúrgico é recomendado para pacientes que apresentam instabilidade articular sintomática persistente.

Complicações:

Pode ocorrer a persistência da dor ou a instabilidade articular após seis meses da ocorrência da lesão, mesmo com instituição das medidas terapêuticas iniciais. A avaliação desses pacientes pode ser realizada por meio da associação

do exame clínico com métodos diagnósticos, tais como a radiografia simples ou com estresse, ressonância magnética e artroscopia (possui maior sensibilidade e especificidade).

Bibliografia consultada

Comitê do PHTLS da National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT) em cooperação com o Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões. **Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado – Básico e Avançado – PHTLS**. 6ª. Edição. Editora Elsevier, 2007.

Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Entorse de Tornozelo. **Rev Assoc Med Bras**. 2009; 55(5):497-520.

American Heart Association. Salva – Corações. **Primeiros Socorros com RCP e DEA**. Livro do Aluno. 2008. Margraf Editora.

Sandoval RA, Mazzari AS, Oliveira GD. Crioterapia nas lesões ortopédicas: revisão. **Revista Digital** (Buenos Aires) [periódico na Internet]. 2005 [citado 2005 nov. 10];81(10): [cerca de 3 p]. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd81/criot.htm>. Acesso em 03 set. 2014.

PEQUENOS ACIDENTES

Ferimentos são lesões resultantes de agressão sobre as partes moles, provocadas por um agente traumático, acarretando dano tecidual. Podem ser classificados de acordo com as suas características, tais como abertos ou fechados quando ocorre ou não o rompimento da pele, como superficiais ou profundos. Em geral, causam dor e sangramento de intensidades variáveis, com risco de infecção local.

Ferimento Abertos

Nos ferimentos abertos ocorre lesão aberta da pele ou mucosas, permitindo comunicação entre o meio interno e externo; sangramento evidente favorecendo o surgimento de infecção.

Condutas nos ferimentos abertos

Ferimento aberto superficial: lavar com água limpa durante cinco minutos ou mais. Deve-se lavar o ferimento até que não haja mais sinais de materiais estranhos e em seguida cobrir com gaze ou pano limpo para evitar contaminação.

Ferimento aberto profundo: cubra o local com gaze ou pano limpo. Na presença de sangramento faça compressão local sobre o curativo. Observe se a pessoa apresenta sinais de choque (palidez, pele fria e pegajosa, enchimento capilar retardado, taquicardia e diminuição da pressão arterial) e encaminhe a um hospital, para realização do procedimento indicado, provavelmente, uma sutura cirúrgica.

Profilaxia do Tétano: Na ocorrência de ferimentos abertos, deve-se sempre avaliar a necessidade da vacinação contra o tétano. Caso o paciente tenha recebido a vacina num período inferior há 5 anos, não é necessário utilizar a vacina. No entanto, se o paciente foi vacinado há mais de cinco anos, deve-se aplicar uma dose de reforço de anox tetânico. Naqueles que não foram vacinados ou para os que apresentam imunossupressão, desnutrição grave ou nos idosos, além da vacina, indica-se também a utilização da imunoglobulina humana hiperimune antitetânica associado ou soro antitetânico.

Ferimentos Fechado

Os ferimentos fechados têm como causas as contusões, caracterizando-se, externamente, por equimoses ou hematomas. Essas estão localizadas nos tecidos ou órgãos abaixo da pele, podendo atingir estruturas profundas como coração, pulmão, fígado, baço, grandes vasos sanguíneos e músculos.

Nos pequenos ferimentos fechados, recomenda-se repousar a região ferida para evitar seu agravamento e aplicar bolsas de gelo ou compressas frias sobre a área de forma intermitente, por 15 minutos, principalmente nas primeiras 24 horas para diminuir a dor e o inchaço. Essa medida pode se estender por até 72 horas.

Bibliografia consultada:

Hafen BQ, Karren KJ, Frandsen KJ. **Primeiros Socorros para estudantes**. Ed. Manole, 1a. edição brasileira, 2002.

American Heart Association. Diretrizes AHA 2005. **Currents in Emergency Cardiovascular Care**. 2005/2006, 16(4):1-27.

Comitê do PHTLS da National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT) em cooperação com o Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões. **Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado – Básico e Avançado – PHTLS**. 6ª. Edição. Editora Elsevier, 2007.

Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 6ª. edição. 2005. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/3463ca004745920f9a61de3fbc4c6735/Guia_Vig_Epid_novo2.pdf?MOD=AJPERES. Acesso em 25 abr. 2014'

Sandoval RA, Mazzari AS, Oliveira GD. Crioterapia nas lesões ortopédicas: revisão. **Revista Digital** (Buenos Aires) [periódico na Internet]. 2005 [citado 2005 nov. 10];81(10): [cerca de 3 p]. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd81/criot.htm>. Acesso em 03 set. 2014