

PRIMEIROS CUIDADOS NAS LESÕES DO MEMBRO SUPERIOR

Maurício F. Caetano¹, Edie B. Caetano²

Os pacientes com lesões traumáticas na mão que procuram atendimento de emergência podem apresentar-se com pequenos ferimentos provocados por instrumentos pouco contaminados até ferimentos extensos, profundos, maciçamente contaminados e, muitas vezes, com lesões vasculares em nível do punho e antebraço.

Em primeiro lugar, o paciente deve ser observado pelo socorrista como um todo, ou seja, avaliar a possibilidade de outras lesões associadas que podem levar o paciente à morte.

A interrupção do sangramento pelo ferimento pode ser facilmente obtida por enfaixamento compressivo com ataduras de algodão e crepe, seguida de elevação do membro. Apenas nas lesões altas, em nível do cotovelo ou proximais a ele, em que a pressão arterial é mais alta, é que pode ser necessária a colocação de torniquete para impedir o sangramento.

O ato de pinçar as artérias e as veias deve ser evitado, pois o esmagamento das extremidades desses vasos dificulta a realização de técnicas microcirúrgicas que possam ser necessárias. Após a parada do sangramento, a reposição sanguínea e o controle da pressão arterial, passa-se a tratar do ferimento.

CUIDADOS COM O FERIMENTO

Os cuidados com o ferimento consistem em prevenir a infecção, promover a cicatrização primária e salvar as partes lesadas para que a mão possa iniciar os movimentos no tempo mais breve possível e, assim, evitar a rigidez articular. O cirurgião deve, através da história e do exame físico, avaliar quais os procedimentos que devem ser realizados na urgência.

HISTÓRIA

O histórico deve ser curto, com perguntas objetivas, que não levem o paciente, já traumatizado pelo acidente, a um cansaço desnecessário. As questões básicas devem ser:

A) Quando? Qual o tempo decorrido entre o acidente e o atendimento?

B) On de? Quais as condições de higiene do local no qual ocorreu o acidente?

C) Como? Quais os mecanismos da lesão (se foi um corte, esmagamento, deslucamento, etc.)?

D) O que foi feito de imediato (torniquete, ligaduras, medicação)? Por quem foram feitos esses cuidados?

Informações como passado alérgico, se é portador de alguma doença, quando se alimentou ou ingeriu líquidos pela última vez e qual a ocupação do paciente também são importantes.

EXAME FÍSICO

De posse dos dados anteriores, passamos ao primeiro exame da lesão, que deve ser feito com o indivíduo consciente e em condições estéreis. O diagnóstico completo fica prejudicado pela dor que dificulta a colaboração do paciente. Esse exame tem a finalidade de calcular o tamanho da ferida, a extensão das perdas teciduais; a viabilidade dos tecidos deve ser observada pela coloração da pele e pela ausência de sangramento. A presença de deformidades grosseiras pode provocar torção no pedículo vascular de um dedo, por exemplo, e nos dar a falsa impressão de que este está desvascularizado, quando, na verdade, o que ocorreu foi uma torção do pedículo.

O diagnóstico de uma lesão tendínea pode ser feito no primeiro exame pela simples visão da postura digital. Nos pacientes que colaboram, pode-se realizar testes para avaliar em separado os tendões flexores superficiais e profundos, ou se ambos estão lesados. Pode-se avaliar a integridade dos tendões extensores e realizar testes específicos para verificar a função dos nervos mediano, ulnar e radial.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 6, n. 2, p. 50 - 52, 2004

1 - Médico do Conjunto Hospitalar de Sorocaba - CHS.

2 - Professor do Depto. de Cirurgia - CCMB/PUC-SP.

Recebido em 8/10/2004. Aceito para publicação em 23/10/2004.

O envolvimento ósseo deverá ser pesquisado através de estudo radiológico rotineiro, que permitirá também visualizar a presença de corpos estranhos metálicos.

Baseando-se nesse primeiro exame, o cirurgião já terá algumas idéias dos procedimentos que serão necessários, e o paciente deverá ser avisado da extensão de suas lesões e, principalmente, sobre qualquer possível amputação.

LIMPEZA E DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS

Depois que o paciente ou a parte lesada estiver anestesiada, a mão é colocada sobre uma bacia estéril. O ferimento é coberto com gazes esterilizadas e a pele circundante é tricotomizada e escovada com água e sabão anti-séptico. A seguir, a ferida é exposta e lavada apenas com gaze e soro fisiológico. Os anti-sépticos não são usados na ferida, pois podem irritar os tecidos. A escovação da ferida pode aumentar o traumatismo e também não deve ser feita. A lavagem abundante com soro fisiológico, a eliminação de corpos estranhos e de hematomas, o desbridamento dos tecidos desvitalizados, o pinçamento e a cauterização de pequenos vasos sangrantes, tudo isso, deve ser feito para diminuir os riscos de infecção e favorecer a cicatrização da ferida como primeira intenção. Uma drenagem incisional, na presença de síndromes de compressão compartimental, pode ser muito oportuna. O objetivo é transformar a ferida contaminada em ferida limpa.

Agora, já sob os efeitos da anestesia, um segundo exame do ferimento pode ser realizado. Detalhes importantes que passaram despercebidos no primeiro exame podem ser, então, vistos.

O torniquete é necessário enquanto a ferida está sendo limpa e inspecionada, pois permite uma visualização adequada e clara das estruturas, uma vez que o campo operatório fica exangue.

Concluído o desbridamento, quando tivermos certeza de que os tecidos desvitalizados foram removidos, passamos à estabilização das fraturas e à cobertura cutânea primária, que é uma necessidade básica para assegurar a cicatrização com um mínimo de retrações, afastando riscos de infecção e possibilitando procedimentos posteriores, tais como enxertos ósseos, enxerto de tendões e nervos, etc. Felizmente, a maioria das feridas da mão pode ser fechada por sutura direta

simples sem tensão da pele após hemostasia cuidadosa.

Quando a perda tecidual não permite o fechamento da pele por sutura direta sem tensão, devemos lançar mão de enxertos e retalhos cutâneos, os quais serão descritos neste capítulo. No entanto, a revascularização da mão ou dedos isquêmicos deve ter prioridade absoluta. Todo esforço deve ser feito no sentido de revascularizar os seguimentos isquêmicos por sutura vascular direta ou através de enxertia de veias, no máximo seis horas após o acidente que provocou a lesão, pois a partir desse tempo, as chances de sobrevivência dos seguimentos desvascularizados diminuem consideravelmente. Os tendões, os nervos e outras estruturas lesadas, sempre que possível, devem ser reparados em primeiro tempo, como acontece nos reimplantes, pois os resultados costumam ser melhores.

Aqui, abrimos parênteses para lembrar que nem sempre o cirurgião que presta os primeiros cuidados está familiarizado com procedimentos como estabilização óssea, reparo de tendões e nervos, colocação de enxertos e retalhos cutâneos. Nesse caso, o procedimento mais correto seria, após a limpeza, desbridamento e sutura cutânea sem tensão; quando possível, imobilizar corretamente o membro (como será descrito a seguir) e encaminhar o paciente a um serviço especializado, onde poderá receber esse tratamento nos dias seguintes.

PÓS-OPERATÓRIO

A observação de certos cuidados pós-operatórios é de capital importância no restabelecimento da função da mão lesada. Sobre a ferida devem ser colocadas gazes não-aderentes ou lubrificadas com furacina, o que facilita o descolamento posterior quando da troca do curativo. A seguir, colocam-se diversas camadas de gazes umedecidas com soro fisiológico, que atuam promovendo a absorção do sangue extravasado do ferimento por efeito capilar e permitindo uma distribuição de pressão mais uniforme sobre a área operada. Acrescentam-se, a seguir, algumas camadas de gazes secas, que funcionam como barreira entre as gazes úmidas e o meio externo. Coloca-se, então, um enfaixamento com diversas camadas de algodão e ataduras de crepe, que tem a função de promover uma distribuição uniforme da pressão não só sobre o

ferimento, mas em todo o membro, para prevenir o edema. Aplica-se uma tala gessada com o punho em discreta extensão, as metacarpofalângicas bem-fletidas e as interfalângicas em apenas alguns graus de flexão. A mão deve ser mantida sempre elevada a fim de prevenir o edema e a hemorragia pós-cirurgia. Sempre que possível, o movimento das partes não lesadas deve ser estimulado.

TRATAMENTO DAS PARTES OU SEGUIMENTOS AMPUTADOS

O socorrista deve pensar sempre na possibilidade do reimplante das partes amputadas, principalmente nos ferimentos regulares tipo

guilhotina.

Nos esmagamentos com lesões das partes amputadas em diversos níveis, o reimplante é impossível. A parte amputada deve ser envolvida em uma compressa embebida em soro fisiológico e colocada em um saco plástico, que deve ser completamente fechado e, então, colocado em outro saco plástico ou cuba com água e gelo (1/3 de gelo e 2/3 de água). Deve ser evitado o contato direto da parte amputada com o gelo, o que causaria danos irreversíveis. Costuma-se considerar como seis horas o limite de tempo suportado pela parte amputada sem vascularização em isquemia normotérmica, porém, com a refrigeração, a parte amputada pode sobreviver 24 horas ou mais.

As opiniões expressas nesta seção representam o ponto de vista de seu Autor e não, necessariamente, o da Revista.