

# ORIENTAÇÃO DE CUIDADOS AOS PACIENTES APÓS CONFECÇÃO DE IMOBILIZAÇÃO

Após a confecção da imobilização, é muito importante orientar o paciente quanto aos cuidados específicos. Complicações das imobilizações são geralmente fáceis de serem resolvidas, mas quando isso não é feito, podem ter evolução catastrófica.

Todo traumatismo evolui com processo inflamatório e conseqüentemente edema. A imobilização restringe o aumento de volume decorrente do edema. Isto pode ter duas conseqüências principais:

- 1- Aumento da pressão de áreas da pele em que existem saliências ósseas. Este aumento de pressão pode provocar o aparecimento de feridas da pele e até úlceras que podem ser profundas comprometendo além da pele, a fáscia e a musculatura. Além das saliências ósseas, objetos (brinquedos, anéis, moedas, agulhas, lápis...) inseridos ou deixados dentro da imobilização acidentalmente ou para coçar, por exemplo, podem criar áreas de aumento de pressão.
- 2- O aumento de pressão das partes moles dentro de uma imobilização que não permite a expansão necessária, provoca a compressão dos vasos contidos nesta região. Os vasos que menos resistem à compressão, são as veias pequenas, mas progressivamente, até as artérias maiores podem ser colabadas e portanto, obstruir o fluxo de sangue. Este processo chamamos de **síndrome de compartimento** que provoca:
  - a. **Dor intensa** devido à isquemia. A dor por isquemia é muito intensa e não cede com medicação analgésica. A dor é intensificada pela manipulação das articulações adjacentes ou por contração voluntária da musculatura afetada. Estas características são marcantes e muito diferentes da dor secundária ao trauma. Por outro lado, se o médico não estiver atento pode deixar de fazer o diagnóstico, permitindo a evolução do quadro com necrose do músculo, fáscia e eventualmente a pele.
  - b. **Alteração da sensibilidade** por isquemia do nervo devido ao colapamento dos "vasa vasorum". Dificilmente ocorre plegia (**paralisação**) da musculatura.
  - c. **Alteração da coloração da pele**. Nas fases iniciais em que ocorre obstrução do fluxo venoso, o excesso de sangue na extremidade impõem uma coloração azulada na extremidade do membro (cianose). Em estágios mais tardios, a obstrução das artérias impede a chegada de sangue arterial e ocorre a palidez.
  - d. **Abolição do pulso** por obstrução arterial. Eventualmente, como nos dedos, não é possível identificar o pulso, o que pode ser substituído pela avaliação da **perfusão**. Aumento do tempo ou até ausência de preenchimento capilar denotam alteração da perfusão.

Classicamente o diagnóstico da síndrome é feito pelos 5 Ps (Pain – dor, palidez, parestesia, pulso – ausência, paralisia). Como a paralisia é rara e o edema sempre está presente, substitua este quinto item para fazer o diagnóstico. É claro que nem todos os sinais precisam estar presentes para fazer o diagnóstico. Geralmente a dor é tão característica que quando presente, já vale a pena tomar as medidas

terapêuticas. No caso das imobilizações, o primeiro passo é afrouxar ou retirar a imobilização. “Perde-se a redução da fratura, mas preserva-se o membro”!!!

- 3- Outra complicação é a perda da função da imobilização por quebra. O gesso tem boa resistência, mas é limitada. Apoios e traumatismos podem quebrar o gesso. Além disso, o gesso não é resistente à umidade e se quebra quando molhado.
- 4- Uma outra complicação é a atrofia ou até anquilose das articulações adjacentes à imobilização. A mobilização das articulações adjacentes preserva a sua mobilidade, o trofismo muscular do segmento imobilizado e evita edema.

Portanto as orientações são as seguintes:

- 1- Manter o membro **elevado**. No caso dos membros superiores com tipoia.
- 2- Fazer **carta de encaminhamento** para o médico responsável pelo tratamento definitivo contendo o diagnóstico, os exames realizados e o tratamento instituído. Isto evita que ele tenha que fazer tudo de novo: retirar a imobilização para examinar, repetir os exames e eventualmente refazer a tala.
- 3- **Prescrição** de analgésicos ou anti-inflamatórios. O anti-inflamatório é restrito a pacientes mais jovens e sem comorbidades importantes.
- 4- **Cuidados com a imobilização:**
  - a. Não **molhar**. Ao tomar banho, colocar o membro imobilizado em um saco plástico e fechar com fita crepe ou esparadrapo ou faixa. Alternativamente (mais caro) pode ser usado filme plástico de geladeira.
  - b. Não **coçar**. Introduzir objetos na imobilização pode causar ferimentos e eventualmente podem ser perdidos dentro da imobilização. Se o prurido for muito intenso, pode ser usado anti-histamínico (nunca prescrevi em minha vida toda!).
  - c. **Movimentar** as articulações adjacentes. No caso de imobilização do punho, estimular os movimentos dos dedos e do cotovelo. Nos primeiros 2-3 dias esta movimentação pode ser dolorosa e o início dos exercícios pode ser retardado para depois deste período.
  - d. Não **destruir** a imobilização. Cuidar da integridade da porção gessada significa não bater em superfícies duras, não arrancar o algodão, não soltar a faixa e coisas do tipo. Crianças são craques em inventar bobagens. Mas alguns adultos também!!!
- 5- **Cuidados com síndrome de compartimento**. O paciente deve ser instruído de que se aparecerem sinais da síndrome, deve procurar imediatamente um serviço médico para retirar a imobilização. O médico também deve saber que o tratamento neste caso é a retirada completa da imobilização. Não é aceitável receitar outro analgésico e dispensar o paciente. É uma situação muito grave, com consequências graves (amputação em alguns casos) e de fácil solução.