

Princípios de Atendimento Hospitalar em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial

Principles of Management of Hospitalized Patients in Oral and Maxillo Facial Surgery

Matheus Furtado de Carvalho^I | Rafael Kahale Ricieri Herrero^{II} | Diego Rocha Moreira^{III} | Eduardo Stehling Urbano^{IV} | Peter Reher^V

RESUMO

As fraturas faciais frequentemente estão associadas a lesões de outras regiões do corpo humano. O atendimento hospitalar e a assistência ao paciente politraumatizado envolvem uma série de etapas multidisciplinares, capazes de influenciar diretamente a sobrevivência da vítima. O atendimento é dado de forma sequencial, tendo início com a avaliação inicial, avaliação secundária, evolução, internação, alta hospitalar, e, por fim, o retorno ambulatorial e acompanhamento do paciente. Sendo assim, é de suma importância que o Cirurgião Buco-maxilo-facial tenha amplo domínio no que diz respeito à estrutura funcional e organizacional do hospital onde atua, conhecendo toda a logística hospitalar, evitando perda de tempo durante o atendimento à vítima, contribuindo até mesmo para redução dos custos hospitalares no tratamento do paciente politraumatizado. O objetivo deste trabalho é o de elucidar as etapas hospitalares presentes nos serviços de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial durante o atendimento ao politraumatizado, destacando sua importância no sucesso do tratamento e prognóstico do paciente.

Descritores: admissão do paciente, alta do paciente, cirurgia maxilofacial.

ABSTRACT

Facial fractures are frequently associated with injuries to other body regions. Correct management of the hospitalized patient with multiple traumas involves a series of multidisciplinary steps that can directly influence the survival of the victim. The management follows a sequence that starts with the initial evaluation, secondary evaluation, progress notes, discharge and finally, the outpatient treatment and monitoring of the patient. It is therefore extremely important that the oral and maxillofacial surgeon has a broad understanding of the functional and organizational structures of the hospital where he/she works. This will reduce treatment time, contributing reduced hospital costs in the treatment of polytrauma patients. The aim of this work is to elucidate the steps involved in the treatment of hospitalized patients in the departments of Oral and Maxillofacial Surgery during multiple trauma care, highlighting its importance in successful treatment and prognosis.

Descriptors: patient admission, patient discharge, maxillofacial surgery.

INTRODUÇÃO

Sabe-se que, nos países industrializados, o número de pacientes vítimas de traumatismo vem aumentando significativamente nos últimos anos^{1,2,3,4,5,6}, representando, segundo Whitaker et al⁷ e Pereira e Lima⁸, a terceira maior causa de morte no Brasil.

O trauma determina graves consequências biopsicossociais em suas vítimas, podendo ocasionar desde incapacidade temporária ou permanente a, até mesmo, o óbito do paciente. Fatores econômicos encontram-se diretamente envolvidos devido ao alto custo destinado à recuperação do indivíduo⁷. Sendo assim, torna-se

I Mestrando em Clínica Odontológica pela Universidade Federal de Juiz de Fora e residente em Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

II Aluno do curso de graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora.

III Pós-graduado em Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

IV Doutorando em Implantodontia pela São Leopoldo Mandic. Mestre em Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Professor do Departamento de Morfologia da Universidade Federal de Juiz de Fora.

V Doutorado em Oral and Maxillofacial Surgery pela University College London.

vital o desenvolvimento de um sistema efetivo, organizado e multidisciplinar, a fim de otimizar a qualidade do atendimento do paciente politraumatizado^{9,10,11,6}, que, segundo Miloro,¹⁴ pode ser capaz de minimizar as taxas de mortalidade e morbidade hospitalar em até 10% dos casos.

Sob a ótica da organização dos serviços hospitalares, se encontra-se a Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial (CTBMF)¹³, uma especialidade da Odontologia, que tem como um dos seus objetivos o diagnóstico e o tratamento, cirúrgico e coadjuvante, das doenças de origem traumática do sistema estomatognático e da região buco-maxilo-facial.

O atendimento aos pacientes politraumatizados deve ser realizado em ambiente hospitalar, e, para tal, é de fundamental importância que o cirurgião buco-maxilo-facial tenha um amplo conhecimento no que diz respeito à estrutura funcional e organizacional do hospital onde atua. Sendo assim, o objetivo deste trabalho é o de apresentar, desde a admissão até a alta hospitalar, todos os caminhos percorridos pelo paciente vítima de traumatismo maxilofacial.

ADMISSÃO

ATENDIMENTO INICIAL

O paciente politraumatizado pode ser trazido ao hospital pela unidade de remoção de urgência/emergência, que é geralmente quem realiza o atendimento pré-hospitalar (APH) ou por demanda espontânea. O APH, como um serviço assistencial de saúde, tem sua entrada representada pela demanda recebida no serviço por meio das ligações telefônicas e a recepção, caracterizada pela Central de Regulação que recebe essas solicitações¹⁴.

Após a chegada do paciente ao hospital, dá-se início ao processo de admissão hospitalar, que consiste na identificação e no registro do paciente. Nos pacientes com trauma leve e moderado, a admissão é realizada antes do atendimento inicial, e nos casos de traumatismo grave, o paciente é encaminhado, imediatamente, ao atendimento inicial, sendo a admissão realizada posteriormente¹⁵.

De posse da ficha de atendimento inicial, o paciente é encaminhado ao espaço destinado à classificação

de risco, onde o socorrista-auxiliar ou técnico de enfermagem ou enfermeira avalia o paciente, classificando-o mediante protocolo adotado pelo hospital¹⁴, encaminhando-o para o profissional especializado, responsável pela avaliação secundária e condução do caso^{15,16}.

Navarro et al¹¹ descreve que a cirurgia geral é a especialidade médica responsável pelo atendimento inicial ao paciente, aplicando o Suporte Avançado de Vida no Trauma (Advanced Trauma Life Support - ATLS) e solicitando posteriormente os serviços das demais clínicas. Segundo o American College Of Surgeons⁹, Perry¹⁷ e Perry¹⁸ o ATLS, é aceito como o "padrão ouro" do atendimento inicial de trauma no mundo todo.

ATENDIMENTO SECUNDÁRIO

Durante o exame secundário, todos os aspectos do mecanismo do trauma, como a cena do acidente, a história clínica, o exame físico, exames complementares, hipótese de diagnóstico e a conduta a ser tomada devem ser anotadas no prontuário do paciente^{9,19,20,21,12}.

-História da Moléstia Atual

O cirurgião buco-maxilo-facial deve perguntar ao paciente ou acompanhante sobre a etiologia do trauma, data, hora, local, atendimentos anteriores, forma de transporte e diagnósticos já estabelecidos por outras clínicas^{2,9,19,20,12}. O examinador não deve conduzir a narrativa do paciente, apenas orientá-lo no foco e na cronologia dos fatos ocorridos¹⁹.

A obtenção de dados sobre o mecanismo do trauma pode sugerir a intensidade das lesões, assim como alertar para a ocorrência de traumas específicos e lesões ocultas, ajudando no estabelecimento das prioridades clínicas para o tratamento efetivo e prevenção de maiores injúrias ao paciente^{2,9,22,17,18}.

-História Clínica Atual e Pgressa

Uma vez diagnosticada qualquer comorbidade, o cirurgião buco-maxilo-facial deve solicitar uma interconsulta com o médico especialista. O American College Of Surgeons⁹, Freitas²⁰ e Miloro¹² ressaltam que medicamentos em uso, alergias e outros dados relevantes devem ser anotados no prontuário.

Exame Físico

O cirurgião buco-maxilo-facial deve realizar uma análise cuidadosa geral do paciente bem como uma análise específica da área de atuação através de recursos clínicos, quando aplicáveis, como: inspeção, palpação, percussão, auscultação^{23,19,12}.

Exame Geral

A avaliação do estado físico geral do paciente pode revelar alterações no nível de consciência, respiração, coloração da pele e mucosas, temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, dentre outros^{23,12,21}.

Exame Bucomaxilofacial

O paciente vítima de traumatismo facial pode apresentar lesões de tecidos moles e/ou duros^{23,24,12}. Sendo assim, deve ser realizado um exame extrabucal, avaliando não só os ossos da face mas também a função dos nervos cranianos, partes moles, músculos, articulação têmporo-mandibular (ATM), cadeias ganglionares e glândulas salivares maiores.

Na inspeção, devem-se examinar os globos oculares, as narinas, a cavidade bucal, os ouvidos, a ATM, como também avaliar a presença ou não de assimetria facial, movimentação ocular e oclusão dentária. Durante a palpação, é conveniente apalpar as proeminências ósseas, o contorno esquelético facial, os tecidos moles e as glândulas salivares, observando se há presença ou ausência de dor, crepitação, degraus, angulação e mobilidade nos ossos da face^{9,23,12}.

O exame intrabucal deve ser feito de maneira ordenada e com boa iluminação. As estruturas como, lábios, mucosas, língua, dentes, rebordo alveolar, assoalho bucal, palato e orofaringe devem ser inspecionadas e palpadas para a conclusão do diagnóstico.

Exames Complementares

No paciente com traumatismo de face, Aguiar et al²³ descrevem que a imagiologia assume grande importância, pois o edema e hematoma que se instalam rapidamente dificultam a realização do exame físico.

Miloro¹² complementa defendendo que, sempre que necessário, devemos lançar mão de outros recursos diagnósticos, tal como a Tomografia Computadorizada, principalmente em casos de fraturas complexas e

fraturas do terço médio da face^{25,26,18}. Perry¹⁸ cita outros exames utilizados que são a ressonância nuclear magnética e reconstruções em três dimensões. Martínez et al²¹ completam citando ecografia, estudos de laboratório, eletrocardiograma e ultrassonografia.

-Hipótese de Diagnóstico e Conduta

O diagnóstico preciso deve ser alcançado através da análise conjunta da anamnese, exame clínico e exames complementares. Uma vez realizado, elaborase o plano de tratamento²³. Importante lembrar que a hipótese de diagnóstico bem como a conduta devem ser claramente definidas e registradas no prontuário em toda evolução.

EVOLUÇÃO

O paciente deverá ser avaliado diariamente por todas as equipes envolvidas em seu atendimento. As interconsultas na sala de emergência/politraumatizados geralmente são solicitadas verbalmente, devido à urgência, porém quando o paciente se encontra estabilizado ou quando ele já foi encaminhado a outro ambulatório, essas solicitações devem ser registradas no prontuário¹⁵.

Se o paciente apresenta um trauma que necessita de internação para tratamento cirúrgico, ou mesmo, para observação, o cirurgião deverá preencher o formulário de solicitação de internação.

- Ato cirúrgico

A decisão do tratamento cirúrgico é de responsabilidade do cirurgião buco-maxilo-facial e sua equipe, porém, em se tratando de pacientes politraumatizados, esta responsabilidade poderá ser dividida com outros especialistas em decorrência de outras lesões associadas.

Os traumatismos maxilo-faciais, quando não estão associados à obstrução das vias aéreas ou a sangramentos importantes, só devem ser tratados após a completa estabilização do doente e quando as lesões que trazem risco de vida estiverem totalmente controladas. O tratamento buco-maxilo-facial definitivo pode ser postergado com segurança, sem que, com isso, fique comprometida a reparação final^{9,17,21,27}.

Lesões de menor gravidade poderão ser abordadas

conjuntamente¹², apesar da constante manipulação do paciente, dificultando o tratamento por ambas as equipes. Sendo assim, aconselha-se a abordagem simultânea somente nos casos de urgência.

A decisão do tratamento cirúrgico exige que o cirurgião buco-maxilo-facial solicite à equipe de enfermagem preparar o paciente em sua admissão no centro cirúrgico. São afazeres da equipe de enfermagem: trocar roupa, conferir o acesso venoso, administrar as drogas prescritas e encaminhar o paciente ao bloco cirúrgico, sob cuidados do anestesista.

Ao término do procedimento, o cirurgião buco-maxilo-facial deve preencher a folha de sala, o relato do ato cirúrgico, a evolução, a prescrição pós-operatória, a ficha do consumo de órtese e prótese e a solicitação de exames de imagem, quando necessários.

Após reversão da anestesia e extubação, o paciente é levado à sala de recuperação pós-anestésica, onde será acompanhado pelo anesthesiologista e encaminhado ao leito ou à unidade de tratamento intensivo (UTI), dependendo da gravidade do caso²⁸.

- Prescrição

Todo paciente internado, seja para tratamento conservador ou cirúrgico, deverá receber uma prescrição diária, que deve conter todos os cuidados que ele receberá neste dia bem como as drogas que serão administradas pela equipe de enfermagem²⁸.

Cuidados da Enfermagem

Todos os cuidados e todas as recomendações que o cirurgião deseja que sejam transmitidos ao paciente devem estar prescritos, como anotação dos dados vitais, monitorização da diurese, elevação da cabeceira, higienização oral, administração de O₂ no leito, troca de curativos entre outros²⁸.

. Dieta

Pacientes com fraturas de face muitas vezes requerem repouso funcional do sistema mastigatório, e, para tal, a dieta oral não pode ser sólida, devendo ser administrada sob a forma pastosa, ou até mesmo, líquida^{28, 29}.

Há casos em que o paciente não está apto para receber dieta oral, seja por uma fratura panfacial ou por grande dano nos tecidos moles intraorais. Nesses casos,

a nutrição enteral está indicada e deverá ser introduzida por uma sonda oro ou naso-entérica^{28, 29}.

A nutrição parenteral não é muito utilizada em CTB-MF, mas está indicada quando o paciente não pode, não consegue ou não deve alimentar-se utilizando o aparelho digestivo.

Medicação

O fornecimento de medicamentos para pacientes internados é um caso especial de prescrição. Para cada medicamento, é necessário detalhar a indicação de dosagem, intervalo de dose, via de administração e cuidados de administração. Farmacêutico e enfermeiro compartilham com o cirurgião buco-maxilo-facial a responsabilidade de verificar a disponibilidade dos medicamentos no hospital, correção da prescrição e de sua execução³⁰. Aguiar et al²³, Prado e Salim²⁸ e Freitas²⁰ citam analgésicos, antiinflamatórios não esteroidais, anti-inflamatórios esteroidais, corticosteroides, antibióticos, protetores gástricos, antieméticos entre outros, como medicamentos que podem ser prescritos pelo cirurgião buco-maxilo-facial de acordo com as exigências do paciente.

Muitos pacientes possuem comorbidades, como cardiopatias, hipertensão arterial sistêmica dentre outras, e fazem uso constante de alguns medicamentos para seu tratamento. A sua prescrição deve ser continuada, a menos que o clínico assistente do paciente interrompa sua administração³⁰.

. Soroterapia e Equilíbrio Hidroeletrólítico

Prado e Salim²⁸, defendem que a soroterapia é o conjunto de fluidos administrados ao paciente, para que ele mantenha uma boa volemia e equilíbrio hidroeletrólíticos, necessários para pacientes que não estejam se alimentando normalmente.

Alterações nos sinais vitais do paciente, estado respiratório e circulatório e nas funções neurológicas são esperadas nas primeiras 12 horas. Dessa forma, durante toda a permanência do paciente no hospital, o cirurgião buco-maxilo-facial deverá proceder à evolução clínica diária do paciente, realizando o exame físico, acompanhando sua progressão clínica, até que ele se encontre em condições de obter alta hospitalar¹².

ALTA HOSPITALAR

A alta hospitalar é um procedimento que deve ser planejado pela equipe multidisciplinar responsável pelo atendimento do paciente. Envolve todas as maneiras pelas quais o paciente pode deixar o hospital: decorrente de liberação médica, da vontade do próprio paciente ou resultante de óbito³¹.

Antes que o sumário de alta seja preenchido, deve ser realizado um levantamento de dados, em que o cirurgião buco-maxilo-facial avalia suas condições físicas, psicológicas e sociais, orienta o paciente, responde todas as suas dúvidas, fornecendo informações orais e escritas e prescreve os medicamentos que deverão ser administrados em regime domiciliar³¹.

Para que o paciente tenha condições de receber alta, alguns parâmetros devem ser avaliados, como o estado de consciência, os sinais vitais, presença de diurese espontânea e a alimentação por via oral. Pacientes com fixação maxilomandibular podem ter dificuldade na ingestão de medicamentos na forma sólida (comprimidos, drágeas, cápsulas), requerendo assim que estes sejam prescritos em solução ou em gotas.

No sumário de alta hospitalar, deve estar claramente definido o retorno ambulatorial do paciente assim como um telefone de contato do cirurgião responsável para eventuais situações de emergência.

CONCLUSÃO

O atendimento hospitalar ao paciente vítima de traumatismo envolve diversas etapas que podem influenciar diretamente os resultados do tratamento ao politraumatizado, determinando a rápida recuperação ou até mesmo o óbito do paciente, caso sejam negligenciadas.

Portanto, é de fundamental importância que toda a equipe responsável pelo atendimento ao trauma em ambiente hospitalar, incluindo o cirurgião buco-maxilo-facial, tenha amplo domínio sobre a logística que se estende desde a admissão, evolução e alta hospitalar do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Malvestio MAA, Sousa RMC. Suporte avançado à vida: atendimento a vítimas de acidentes de trânsito. *Rev. Saúde Pública*. 2002;36(5):584-9.
2. Silva JJ, Nascimento MMM, Machado RA. Perfil dos traumatismos maxilofaciais no serviço de CTBMF do hospital da restauração – Recife – PE. *Int J Dent*. 2003 jul/dez;2(2):244-9.
3. Falcão MFL, Leite AVL, Silveira MMF. Estudo epidemiológico de 1758 fraturas faciais tratadas no hospital da restauração, Recife – PE. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac*. 2005 jul/set;5(3):65-72.
4. Montovani JC, Campos LMP, Gomes MA, Moraes VRS, Ferreira FD, Nogueira EA. Etiologia e incidência das fraturas faciais em adultos e crianças - experiência em 513 casos. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2006;72(2):235-41.
5. González EC, Galán CR, Torre AC, Palaz SC, González AS, Lasaosa FJC. Asistencia al paciente politraumatizado: realidad actual desde la perspectiva de las unidades de cuidados intensivos. *Na Pediatr*. 2007;67(2):169-76.
6. Theodorou D, Toutouzas K, Drimousis P, Larentzakis A, Kleidi E, Georgiou G, Gymnopoulos D, Kandylakis S, Theodoraki ME, Katsaragakis S. Emergency room management of trauma patients in Greece: Preliminary report of a national study. *Resuscitation*. 2009;(80):350-3.
7. Whitaker IY, Gutiérrez MGR, Koizumi M.S. Gravidade do trauma avaliada na fase pré-hospitalar. *Rev Ass Med Brasil*. 1998;44(2):111-9.
8. Pereira WAP, Lima MADS. Atendimento pré-hospitalar: caracterização das ocorrências de acidente de trânsito. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(3):279-83.
9. Advanced Trauma Life Support Program for doctors, ATLS. 7th ed. American College Of Surgeons, 2004. 458 p.
10. Curtis K, ZOU Y, Morris R, Black D. Trauma case management: Improving patient outcomes: injury. *Int J Care Injured*. 2006;(37):626-32.
11. Navarro DC, Fuertes MJ, Álvarez JCM, Meana LR, Lecina EJ, Inaba K, Herrero E, Velasco JA. Instauración y funcionamiento inicial de una unidad de politraumatizados em um hospital de segundo nível. *Cir Esp*. 2009;86(6):363-8.

12. Miloro M. Princípios de cirurgia bucomaxilofacial de Peterson. 2 ed. São Paulo: Santos; 2008.
13. Silva OMP, Lebrão ML. Estudo da emergência odontológica e traumatologia buco-maxilo-facial nas unidades de internação e de emergência dos hospitais do município de São Paulo. Rev Bras Epidemiol. 2003;6(1):58-67.
14. Pereira WAP, Lima MADS. A organização tecnológica do trabalho no atendimento pré-hospitalar à vítima de acidente de trânsito. Ciência, Cuidado e Saúde. 2006 maio/ago;5(2):127-34.
15. Baird C, Kernohan G, Coates V. Outcomes of advanced trauma life support training: questioning the role of observer. Accid Emerg Nurs. 2004 Jul;12(3):131-5.
16. Kristiansen T, Søreide K, Ringdal KG, Rehn M, Krüger AJ, Reite A, Meling T, Naess PA, Lossius HM. Trauma systems and early management of severe injuries in Scandinavia: review of the current state. Injury. 2010 May;41(5):444-52.
17. Perry M. Advanced trauma life support (ATLS) and facial trauma: can one size fit all? Part 1: Dilemmas in the management of the multiply injured patient with coexisting facial injuries. Int J Oral Maxillofac Surg. 2008;37:209-14.
18. Perry M. Maxillofacial trauma: developments, innovations and controversies. Injury, Int J Care Injured. 2009;(40)1252-59.
19. Peterson LJ. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
20. Freitas R. Tratado de cirurgia bucomaxilofacial. São Paulo: Santos, 2006.
21. Martínez VG, Baptista FA, Moral GJ, Manzano MCC. Recomendaciones de buena práctica clínica: atención inicial al paciente politraumatizado. SEMERGEN. 2008;34(7):354-63.
22. Malvestio MAA. Predeterminantes de sobrevivência em vítimas de acidentes de trânsito submetidas a atendimento pré-hospitalar de suporte avançado à vida [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2005.
23. Aguiar ASW, Pereira APPV, Mendes DF, Gomes FIL, Branco YNC. Atendimento emergencial do paciente portador de traumatismos de face. Rev Bras Pós-Grad. 2004;17(1):37-43.
24. Perry M, O'hare J, Porter G. Advanced trauma life support (ATLS) and facial trauma: can one size fit all? Part 3: Hypovolaemia and facial injuries in the multiply injured patient. Int J Oral Maxillofac Surg. 2008;37:405-14.
25. Mucci B, Brett C, Huntley LS, Greene MK. Cranial computed tomography in trauma: the accuracy of interpretation by staff in the emergency department. Emerg Med J. 2005;(22):538-40.
26. Perry M, Moutray T. Advanced trauma life support (ATLS) and facial trauma: can one size fit all? Part 4: 'Can the patient see?' Timely diagnosis dilemmas and pitfalls in the multiply injured, poorly responsive/unresponsive patient. Int J Oral Maxillofac Surg. 2008;37:505-14.
27. Perry M, Morris C. Advanced trauma life support (ATLS) and facial trauma: can one size fit all? Part 2: ATLS, maxillofacial injuries and airway management dilemmas. Int J Oral Maxillofac Surg. 2008;37:309-20.
28. Prado R, Salim M. Cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial: diagnóstico e tratamento. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
29. Manganello-Souza LC, Luz JGC. Tratamento cirúrgico do trauma bucomaxilofacial. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2006.
30. Wannmacher L, Ferreira MBCF. Farmacologia clínica para dentistas. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
31. Ganzella M, Zago MMF. A alta hospitalar na avaliação de pacientes e cuidadores: uma revisão integrativa da literatura. Acta Paul Enferm. 2008;21(2):351-5.

CORRESPONDÊNCIA

Matheus Furtado de Carvalho
 Universidade Federal de Juiz de Fora - Departamento de Clínica Odontológica
 Rua São Mateus, 270/601, Bairro São Mateus - Juiz de Fora - MG - CEP: 36025000.
 e-mail: matcarodonto@yahoo.com.br Tel: (32) 32356322 (32) 88113967