

Trauma Associado às Touradas à Corda nos Açores: Um Estudo Transversal

Trauma Injuries Associated with Rope Bullfights in the Azores: A Cross-Sectional Study

Bárbara VIEIRA¹, Viorel TARANU², Ana VIEIRA¹, Duarte SOARES¹, Ana SOARES¹, Anaísa SILVA¹, Diogo GALVÃO¹, Inês BAGNARI¹, Débora MELO¹, Fernando PIMENTEL³, José SOUSA¹, Lisandra MARTINS¹, Luís PINHEIRO³, Marília VARGAS¹, Óscar REIS¹, Sofia VALENTE¹, Rui BETTENCOURT¹, Teresa OLIVEIRA³, António MORA¹
Acta Med Port (In Press) • <https://doi.org/10.20344/amp.19440>

RESUMO

Introdução: O objetivo deste estudo foi caracterizar as lesões traumáticas taumomáquicas ocorridas nas touradas à corda nos Açores no que diz respeito à causa do incidente, mecanismo de trauma, área anatómica mais afetada e gravidade das lesões.

Métodos: Estudo unicêntrico, transversal, com a colheita prospetiva de dados realizada durante dois anos. Foram incluídos os doentes que consecutivamente recorreram ao serviço de urgência do hospital local por lesões traumáticas ocorridas por trauma direto com o animal ou quedas aquando da fuga ou manuseio da corda. Foram colhidos dados demográficos gerais, características da lesão, tratamentos efetuados, necessidade de internamento hospitalar e mortalidade. Foi realizada uma análise estatística descritiva com recurso ao *software* estatístico SPSS.

Resultados: Registaram-se 56 admissões hospitalares e 80 lesões traumáticas. A principal causa de traumatismo foi o trauma direto com o animal (37; 66,07%) e o mecanismo de lesão foi o trauma fechado (56; 100%). As áreas anatómicas mais afetadas foram a cabeça e pescoço (27; 33,75%). A mediana de *Injury Severity Score* foi de 4 à admissão hospitalar. Cinco doentes (8,92%) apresentaram trauma *major*. Dez doentes (17,85%) necessitaram de internamento hospitalar com uma mediana de dias de internamento de sete (IIQ 4,5 dias). Três (30%) dos doentes internados necessitaram de internamento em unidade de cuidados intensivos. Seis doentes (10,71%) foram submetidos a cirurgia.

Conclusão: A principal causa de traumatismo foi o trauma direto com o animal e o mecanismo de lesão foi o trauma fechado. As áreas anatómicas mais afetadas foram a cabeça e pescoço. Estes dados constituem um alerta para o impacto destes eventos no que diz respeito aos custos económicos que acarretam, aos custos para a saúde da população local, às medidas de segurança atualmente implementadas e à disponibilidade dos meios necessários para tratar estes doentes.

Palavras-chave: Feridas e Lesões; Ferimentos não Penetrantes; Índice de Gravidade de Doença; Trauma Múltiplo

ABSTRACT

Introduction: The aim of the study was to describe trauma injuries associated with rope bullfights in the Azores, Portugal, regarding the cause of the incident, trauma mechanism, most affected anatomical areas, and injury severity.

Methods: Two-year cross-sectional study in the local hospital with prospective data collection. Patients who were consecutively admitted to the local hospital's emergency department with trauma injuries from the bull's direct impact or from falls either during the bull's escape or when handling the rope, were included. Data on general demographics, lesion characteristics, treatments, need for hospitalization and mortality were collected.

Results: Fifty-six incidents and 80 trauma injuries were identified. The main cause of trauma was the bull's direct impact (37; 66.07%) and the mechanism of injury was blunt trauma in all patients (100%; 56). Head and neck injuries (27; 33.75%) were the most common. The median Injury Severity Score at the emergency department admission was 4. *Major* trauma was noted in five patients (8.92%). Ten patients (17.85%) needed hospitalization with a median hospital stay of seven days. Three of the 10 hospitalized patients (30%) were previously admitted to the intensive care unit. Surgery was performed in six patients (10.71%).

Conclusion: The main cause of trauma was the bull's direct impact, and the mechanism of injury was blunt trauma. The most affected anatomical areas were the head and neck. These findings are a wake-up call to the impact of these events regarding the economic costs they entail, the costs for the health of the local population, the safety measures currently implemented and the availability of the necessary means to treat these patients.

Keywords: Multiple Trauma; Severity of Illness Index; Wounds and Injuries; Wounds, Nonpenetrating

INTRODUÇÃO

Touradas à corda são eventos festivos tradicionais da Região Autónoma dos Açores caracterizados pela corrida de touros, presos pelo pescoço a uma corda guiada por seis pastores ao longo de um arraial montado numa rua. Estes eventos são bastante populares nesta região, ocorrendo diariamente entre maio e outubro. Mais de 99% destes eventos ocorrem na Ilha Terceira, com uma pequena percentagem a ocorrer nas restantes oito ilhas dos Açores. Todos os anos, recorrem aos serviços de urgência dos hospitais locais doentes vítimas de traumatismos decorrentes de traumas diretos com os animais, ou de quedas aquando da fuga ou manuseio da corda.

A literatura científica internacional sobre lesões traumáticas por corno de gado bovino é escassa. A sua incidência é maior em áreas geográficas e sociedades onde o gado coexiste no mesmo espaço que as pessoas,¹ relacionada com acidentes de trabalho com campinos, maiores e ganadeiros, ou em países com tradição taumomáquica como Portugal, Espanha, Sul de França e países da América Latina.^{2,3} As séries publicadas descrevem maioritariamente acidentes

1. Serviço de Cirurgia Geral. Hospital de Santo Espírito da ilha Terceira. Angra do Heroísmo. Portugal.

2. Serviço de Cirurgia Geral. Hospital Lusíadas Amadora. Lisboa. Portugal.

3. Serviço de Ortopedia e Traumatologia. Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira. Angra do Heroísmo. Portugal

✉ Autor correspondente: Bárbara Vieira. barbaranunesvieira@gmail.com

Recebido/Received: 05/12/2022 - Aceite/Accepted: 26/05/2023 - Publicado Online/Published Online: 07/03/2024

Copyright © Ordem dos Médicos 2024



decorrentes em touradas de praça,^{2,3} mas a maioria da literatura assenta em relatos de casos isolados no mesmo contexto⁴⁻⁷ ou acidentes com vacas selvagens na Índia.⁸⁻¹⁰

O mecanismo de trauma mais comum é o trauma penetrante por corno de touro² e as áreas anatómicas mais comumente afetadas são a região inguinal e os membros inferiores.^{2,3} As lesões vasculares estão muitas vezes associadas aos traumatismos da região inguinal e coxa (cerca de 20%)² com necessidade de intervenção cirúrgica urgente em cerca de 30% dos casos.³ As lesões vasculares constituem um fator prognóstico de gravidade e de mortalidade.²

Não é do conhecimento dos autores a existência de estudos descritivos destes incidentes em touradas à corda. O objetivo deste estudo foi caracterizar as lesões traumáticas tauomáquicas ocorridas nas touradas à corda de três ilhas dos Açores (Terceira, São Jorge e Graciosa) no que diz respeito à causa do incidente, mecanismo de trauma, área anatómica mais afetada e gravidade das lesões.

MÉTODOS

Desenho e população de estudo

Realizou-se um estudo transversal, com a colheita prospetiva de dados realizada de 1 de maio de 2018 a 31 de outubro de 2019.

Foram incluídos os doentes que consecutivamente recorreram ao serviço de urgência (SU) do Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira (HSEIT), provenientes das três ilhas dos Açores da área de abrangência do hospital de estudo (ilhas Terceira, São Jorge e Graciosa), por lesões traumáticas ocorridas em touradas à corda por trauma direto com o animal, ou quedas aquando da fuga do animal ou manuseio da corda. Foram excluídos doentes que recorreram ao SU do HSEIT por lesões ocorridas em touradas de praça ou bezerradas, ou lesões por touro fora do contexto festivo em estudo (tourada à corda).

Variáveis

Foram colhidos dados demográficos gerais dos doentes (idade, sexo, nacionalidade e residência), contexto festivo (tipo de evento e participação do doente enquanto pastor, capinha ou público geral), características da lesão (causa do traumatismo, mecanismo de lesão, área(s) anatómica(s) afetada(s) e gravidade das lesões), estado hemodinâmico na admissão hospitalar, tratamento(s) efetuado(s) no SU, necessidade de internamento hospitalar (respetivo departamento ou necessidade de transferência hospitalar) e mortalidade. Nos casos em que houve necessidade de internamento no HSEIT, foi feito o seguimento prospetivo com registo do número de dias de internamento, tratamentos efetuados, necessidade de cirurgia (urgente ou eletiva e procedimento efetuado). Nos casos em que foi necessária transferência hospitalar, foi registada a indicação/diagnóstico no momento da transferência. Nos doentes submetidos a cirurgia, foi feito o registo de morbimortalidade.

Definições

Relativamente ao contexto festivo, a participação do utente enquanto pastor refere-se aos profissionais responsáveis por manobrar a corda do touro controlando a sua mobilidade ao longo do arraial e enquanto capinha refere-se aos utentes que, nas touradas à corda, toureiam ou capeiam o animal. Foi feita esta distinção por representarem eventuais populações de risco para traumatismo tauomáquico pela proximidade que tem com animal durante estes eventos.

Em relação à causa do traumatismo, foi feita a colheita dos dados como causados por trauma direto com o animal, ou quedas aquando da fuga ou manuseio da corda. O mecanismo de lesão foi classificado com penetrante ou fechado.

A gravidade das lesões foi determinada pelo sistema anatómico *Injury Severity Score* (ISS), utilizando a escala *Abbreviated Injury Scale* (AIS)¹¹ para o seu cálculo. Trama *major* foi definido como ISS > 15.¹² Instabilidade hemodinâmica foi definida como tensão arterial sistólica (TAS) < 90 mmHg ou queda da TAS > 40 mmHg ou frequência cardíaca > 90 bpm ou alteração do estado de consciência.¹³

A morbimortalidade cirúrgica a 30 dias foi registada segundo a classificação de Clavien-Dindo.¹⁴

Tratamento dos dados

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética Hospitalar de acordo com a Declaração de Helsínquia. A colheita de dados foi feita pela equipa de internos de Cirurgia Geral, cirurgiões gerais e ortopedistas do HSEIT que observaram os doentes na admissão no SU.

Os dados foram colhidos para uma base de dados em formato Excel armazenada numa pasta da rede hospitalar, com acesso exclusivo aos intervenientes envolvidos na colheita de dados. Os dados registados não continham qualquer

elemento identificativo do doente mantendo a confidencialidade e anonimato dos dados.

Análise estatística

A análise dos dados é descritiva e os cálculos foram realizados em SPSS. Os resultados referentes a variáveis quantitativas são apresentados como mediana e intervalo interquartil e os referentes a variáveis qualitativas são apresentados como frequências absolutas e relativas.

RESULTADOS

Em 2018 e 2019, 56 doentes foram admitidos no SU do HSEIT por traumatismos ocorridos em touradas à corda. Os dados demográficos gerais encontram-se sumarizados na Tabela 1. A mediana de idades foi de 46 anos com intervalo interquartil de 30,25 anos, sendo 16,07% (9) dos doentes do sexo feminino.

Relativamente à causa do trauma, 66,07% (37) dos eventos ocorreram por trauma direto com animal enquanto os restantes 33,92% (19) resultaram de quedas aquando da fuga ou manuseio da corda. Ocorreu trauma fechado em 100% dos casos.

A Tabela 2 descreve as lesões ocorridas por área anatómica, somando-se 80 lesões nos 56 doentes observados no SU. As áreas anatómicas mais afetadas foram, por ordem decrescente, a cabeça e pescoço (27; 33,75%), membros inferiores (19; 23,75%), tórax (16; 20%) e membros superiores (15; 18,75%). Vinte e dois doentes (39,28%) apresentaram lesões em mais do que uma área anatómica. Excluindo lesões externas e outros traumas das extremidades (lacerações, contusões, abrasões e queimaduras independentemente da localização na superfície corporal),¹¹ objetivou-se um predomínio de lesões do foro ortopédico – Tabela 2. Foram diagnosticadas 22 fraturas ósseas com predomínio de fraturas do rádio (5), fratura de arcos costais (4) e fratura da clavícula (3).

No que diz respeito à gravidade das lesões apresentadas, a mediana de ISS foi de 4 à admissão hospitalar e 10,5 nos doentes que necessitaram de internamento. Cinco doentes (8,92%) apresentaram trauma *major* (ISS > 15). Todos os traumas *major* resultaram de trauma direto com o animal e ocorreram em doentes do público geral. Oitenta por cento (4) dos traumas *major* ocorreram em doentes do sexo masculino. Dois doentes (3,6%) apresentaram instabilidade hemodinâmica à admissão no SU.

Em relação aos tratamentos realizados no SU: em 16 doentes foi realizado encerramento de feridas na sala de pequena cirurgia; em 12 doentes foi realizada desinfeção/desbridamento de feridas e outros cuidados de penso; 10 doentes realizaram terapêutica sintomática (inclui analgesia, fluidoterapia ou antieméticos); foram efetuadas 11 reduções de fraturas e/ou imobilizações na sala de trauma (cinco por fraturas do rádio e três por fratura de clavícula). Em apenas cinco (8,92%) doentes não foi realizado qualquer tratamento no SU. Seis doentes (10,71%) foram submetidos a intervenção cirúrgica urgente no bloco operatório (Tabela 3), sem registo de morbilidade e mortalidade pós-operatória.

Dez doentes (17,85%) necessitaram de internamento hospitalar com uma mediana de dias de internamento de sete dias (IIQ 4,5 dias). Quatro doentes foram internados no serviço de Cirurgia Geral, quatro no serviço de Ortopedia e Traumatologia e um no serviço de Neurologia. Um doente foi transferido para o serviço de Neurocirurgia de outro hospital local com diagnóstico de fratura complexa da calote craniana envolvendo buraco magno associada a hemorragia subaracnóidea, hematoma subdural e focos de contusão frontal e temporal. A lista dos motivos de internamento e tratamentos efetuados encontra-se descrita na Tabela 4. Três (30%) doentes necessitaram de internamento numa unidade de cuidados intensivos.

Não se registaram casos de mortalidade nos doentes admitidos e internados no HSEIT. Não existem dados relativamente aos tratamentos efetuados ou morbimortalidade do doente transferido para o serviço de Neurocirurgia do outro hospital local.

DISCUSSÃO

Em dois anos, ocorreram cerca de 460 touradas à corda na Região Autónoma dos Açores, tendo mais de 99% dos eventos ocorrido na ilha do hospital de estudo (ilha Terceira). Durante este período, registaram-se 56 admissões hospitalares cuja principal causa de traumatismo foi o trauma direto com o animal e o mecanismo de lesão foi o trauma fechado. As áreas anatómicas mais afetadas foram a cabeça e pescoço.

Ao atacar, o touro baixa a cabeça através da flexão do pescoço e, assim que alcança o alvo, estende o pescoço aplicando grande força no ponto de entrada dos cornos como consequência da grande massa e aceleração do animal.² À medida que o touro levanta o alvo do chão, faz um movimento circular com a cabeça, fazendo-o girar em torno do corno com todo o seu peso e causando dano tecidual extenso.² Por mecanismos relacionados com a altura da cabeça do animal

e com a forma como ataca, a literatura descreve maior incidência de lesões penetrantes que ocorrem mais frequentemente nas coxas, virilha, períneo e abdómen.^{2,3} No presente estudo, quer o mecanismo de lesão (trauma fechado) quer as áreas anatómicas mais afetadas (cabeça e pescoço) diferiram do descrito na literatura internacional. O facto de os animais terem os cornos protegidos nas touradas à corda pode constituir um dos motivos para o predomínio de traumatismos fechados que foi objetivado. Além disso, fatores relacionados com o contexto festivo, que ocorre nas ruas das freguesias locais com a participação da população geral, podem levar ao aumento do número de eventos relacionados as quedas que justifiquem as diferenças encontradas. Por último, é de realçar que este estudo não avaliou apenas lesões causadas por traumatismo com o corno do animal, pelo que era expectável um maior número de trauma contuso associado às quedas aquando da fuga do animal ou manuseio da corda.

Quanto à gravidade das lesões, apesar de se ter verificado um predomínio de traumatismos *minor* (mediana de ISS 4), o trauma *major* ocorreu em 8,92% dos doentes que recorreram ao SU. Foi colocada a hipótese de que os pastores e capinhas, pela maior proximidade que tem ao animal durante o controlo da corda e capeamento, pudessem constituir uma subpopulação de risco. No entanto, é de realçar que todos os traumas *major* ocorreram no público geral. Tendo em conta o elevado número de touradas à corda que ocorrem todos os anos e o facto de estes eventos fazerem parte das atrações turísticas da região, são necessários estudos com amostras superiores que permitam excluir ou confirmar esta relação e repensar a efetividade das medidas de segurança atualmente implementadas e alertas a dar à população.

Embora tenha demonstrado algumas limitações na predição de *outcomes* quando existem múltiplas fraturas nos membros inferiores ou em doentes com TCE,^{15,16} o ISS constitui um bom indicador de gravidade.¹⁷ Dos doentes hospitalizados, 40% apresentavam trauma *major* com uma mediana de ISS de 10.5 (IIQ 17.7). Mais ainda, dos doentes hospitalizados, 30% necessitaram de um período de internamento em unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e 50% necessitaram de intervenção urgente no bloco operatório. Estes dados confirmam o enorme peso que estes doentes representam na utilização de recursos hospitalares, associada aos seus elevados custos. A acrescentar a estes custos e necessidade de disponibilidade de recursos, acrescem as evacuações aeromédicas realizadas para transporte dos doentes das ilhas de São Jorge e Graciosa para o HSEIT e do HSEIT para o outro hospital local, que não foram registados neste estudo, mas que representam limitações importantes relacionadas com a insularidade e que devem ser tidas em conta na abordagem destes doentes.

O hospital de estudo é o único que abrange as três ilhas da região autónoma dos Açores onde ocorrem a maior parte destes eventos. No entanto, os autores realçam as contingências relacionadas à insularidade que poderão estar a levar a uma subestimação do número de ocorrências relacionadas com estes eventos. Embora tenham sido registados incidentes de doentes das ilhas de São Jorge e Graciosa, coloca-se a hipótese de alguns incidentes *minor* terem sido tratados nas unidades básicas de urgência dos centros de saúde destas ilhas.

Este constitui, tanto quanto é do nosso conhecimento, o primeiro estudo descritivo das lesões traumáticas associadas a touradas à corda. Como tal, considera-se que este trabalho acrescenta valor ao conhecimento prévio e pode servir como ponto de partida para estudos futuros.

A amostra reduzida e o curto período de colheita de dados constituem limitações do presente estudo e impossibilitaram a significância estatística e consistência dos resultados apresentados, mas podem constituir um ponto de partida para a realização de outros estudos que pretendam caracterizar melhor estas lesões e suas correlações.

Para uma área de abrangência de cerca de 65 000 pessoas,¹⁸ ocorreu uma tourada à corda para cada 283 habitantes. Dos 56 incidentes apresentados resultaram 80 lesões, 22 fraturas ósseas, 10 internamentos hospitalares, três internamentos em UCI e seis intervenções cirúrgicas em bloco operatório. Ao longo dos dois anos de estudo, por cada 100 touradas realizadas, resultaram 17 lesões traumáticas, 15 dias de internamento hospitalar em enfermaria, um internamento em UCI e 1,3 intervenções em bloco operatório. Embora estes dados devam ser interpretados com cautela devido à amostra pequena, constituem um alerta para o impacto destes eventos no que diz respeito aos custos económicos que acarretam, aos custos para a saúde da população local, às medidas de segurança atualmente implementadas e à disponibilidade dos meios necessários para tratar estes doentes.

CONCLUSÃO

A principal causa do traumatismo neste estudo foi o trauma direto com o animal. Verificou-se predomínio do trauma fechado e as áreas anatómicas mais afetadas foram a cabeça e pescoço. A taxa de internamento dos incidentes registados foi de cerca de 18% e taxa de traumatismo *major* foi de cerca de 8%. Cerca de 11% dos doentes foram submetidos a intervenção cirúrgica em bloco operatório.

CONTRIBUTO DOS AUTORES

BV: Desenho do estudo; redação do protocolo de estudo; colheita, análise e interpretação dos dados; redação do artigo e aprovação da versão final

VT, AV: Desenho de estudo; revisão do protocolo de estudo; colheita e interpretação de dados; revisão crítica do manuscrito

DS, DM, FP, JS, LM, LP, MV, OR, SV, RB, TO, AM: Desenho do estudo, colheita de dados e aprovação final manuscrito

ASo: Desenho do estudo; colheita, análise e interpretação de dados; revisão crítica do manuscrito

ASi, DG: Desenho do estudo, colheita de dados e revisão crítica do manuscrito

IB: Análise e interpretação dos dados e revisão crítica do manuscrito

PROTEÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial atualizada em 2013.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação de dados.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não ter conflitos de interesse relacionados com o presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Este trabalho não recebeu qualquer tipo de suporte financeiro de nenhuma entidade no domínio público ou privado.

REFERÊNCIAS

1. Nagarajan S, Jena NN, Davey K, Douglas K, Smith J, Blanchard J. Patients presenting with bull-related injuries to a southern indian emergency department. *West J Emerg Med.* 2020;21:291-4.
2. Reguera-Teba A, Martínez-Casas I, Torné-Poyatos P, Hernández-Cortés P. Eight-year analysis of bullfighting injuries in Spain, Portugal and southern France. *Sci Rep.* 2021;11:16006.
3. Rudloff U, Gonzalez V, Fernandez E, Holguin E, Rubio G, Lomelin J, et al. Cirurgia taurina: a 10-year experience of bullfight injuries. *J Trauma.* 2006;61:970-4.
4. Durão C, Ramos J. Flagrante de uma fratura da clavícula por acidente. *Acta Med Port.* 2016;29:758-60.
5. Başbuğ HZ, Göçer H, Günerhan Y, Özışık K. An isolated femoral vein injury caused by bull horn. *EJCM.* 2018;6:27-31.
6. Navas-Mosqueda Á, Valera-Calero JA, Varol U, Klich S, Navarro-Santana MJ, Fernández-de-Las-Peñas C, et al. The prevalence of shoulder disorders among professional bullfighters: a cross-sectional ultrasonography study. *Tomography.* 2022;8:1726-34.
7. Crespo Escudero JL, Arena Búa J, Luaces Rey R, García-Rozado A, Rey Biel J, López-Cedrún JL, et al. Herida por asta de toro en el área maxilofacial: revisión de la literatura y presentación de un caso. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac.* 2008;30:353-62.
8. Priyadarshi V, Gupta D, Pal DK. Lower genitourinary tract trauma caused by cow horn injury. *JOGI.* 2016;66:578-82.
9. Hariharan U, Arora R, Kumar Nishad A, Sood R. Horn injury to chest – management and review of literature. *JACCOA.* 2017;8:00305.
10. Singh KD, Singh V, Gupta P, Mani R. A rare case of bullhorn-injury associated traumatic hernia of anterior abdominal wall managed by laparoscopic sutured tissue-only repair. *J Postgrad Med.* 2018;64:56-8.
11. Association for the Advancement of Automotive Medicine. Abbreviated Injury Scale (AIS) - Overview. 2019. [cited 2019 Aug 7]. Available from: <https://www.aaam.org/abbreviated-injury-scale-ais/>.
12. Baker SP, O'Neill B. The injury severity score: an update. *J Trauma.* 1976;16:882-5.
13. Kortbeek JB, Al Turki SA, Ali J, Antoine JA, Bouillon B, Brasel K, et al. Advanced trauma life support. 8th ed. The evidence for change. *J Trauma.* 2008;64:1638-50.
14. Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg.* 2004;240:205-13.
15. Poole GV, Tinsley M, Tsao AK, Thomae KR, Martin RW, Hauser CJ. Abbreviated Injury Scale does not reflect the added morbidity of multiple lower extremity fractures. *J Trauma.* 1996;40:951-4.
16. Foreman BP, Caesar RR, Parks J, Madden C, Gentilello LM, Shafi S, et al. Usefulness of the abbreviated injury score and the injury severity score in comparison to the Glasgow Coma Scale in predicting outcome after traumatic brain injury. *J Trauma.* 2007;62:946-50.
17. Nogueira Sousa A, Paiva J, Fonseca S, Raposo FJ, Loureiro AM, Valente LF, et al. Trauma scores na avaliação de politraumatizados. Quais e para quê? *Acta Med Port.* 2011;24:943-50.

Tabela 1 – Dados demográficos gerais

Variável		N.º de doentes
Sexo		
(n = 56)	Feminino	9 (16,07%)
	Masculino	47 (83,93%)
Residência		
(n = 56)	Região Autónoma dos Açores	45 (80,36%)
	Portugal Continental e Região Autónoma da Madeira	2 (3,57%)
	País Estrangeiro	9 (16,07%)
Participação		
(n = 56)	Público-Geral	50 (89,28%)
	Pastor	3 (5,36%)
	Capinha	3 (5,36%)

Tabela 2 – Descrição das lesões por área anatómica. Em 'traumatismo *minor*' incluem-se dor ou lesões externas como pequenas lacerações, contusões, abrasões, hematomas ou queimaduras superficiais.

Área anatómica	N.º lesões na área anatómica	Diagnósticos	N.º
Cabeça e Pescoço	27 (33,75%)	Feridas e escoriações	19
		Traumatismo <i>minor</i>	6
		TCE associado a fratura	2
Tórax	16 (20,00%)	Feridas e escoriações	2
		Traumatismo <i>minor</i>	7
		Fratura de arcos costais	4
		Fratura da clavícula	3
Abdómen	2 (2,5%)	Feridas e escoriações	1
		Fratura esplénica	1
Coluna Vertebral	1 (1,25%)	Fratura de apófises transversas	1
Membro Superior	15 (18,75%)	Feridas e escoriações	4
		Traumatismo <i>minor</i>	2
		Luxação do ombro	1
		Fratura de troquíter	1
		Fratura do rádio	5
		Fratura de falanges	2
		Membro inferior	19 (23,75%)
		Traumatismo <i>minor</i>	7
		Fratura do fémur	1
		Fratura da tíbia e perónio	2
		Fratura de metatarso	1
		Rotura de tendão de Aquiles	1
TOTAL:			80

TCE: traumatismo crânio encefálico

Tabela 3 – Intervenções cirúrgicas realizadas no bloco operatório, sob anestesia geral/sedação

Diagnóstico (n)	Procedimento	N.º de doentes
Fratura do baço (1) Luxação do ombro (1)	Esplenectomia	1
Fratura da tíbia e perónio (2) Fratura do fémur (1)	Redução de luxações e/ou fraturas	4
Rotura do tendão de Aquiles (1)	Tenorrafia	1
TOTAL:		6

Tabela 4 – Lista dos motivos de internamento e tratamentos efetuados

Enfermaria	Motivo de internamento	Tratamento efetuado	Internamento prévio UCI (em dias)	N.º dias internamento em enfermaria
Cirurgia Geral	Fratura de arcos costais	Terapêutica sintomática e vigilância	N/A	1
Cirurgia Geral	Fratura de arcos costais	Terapêutica sintomática e vigilância	N/A	10
Cirurgia Geral	Fratura de arcos costais complicada com pneumotórax	Drenagem torácica Terapêutica sintomática e vigilância	N/A	8
Cirurgia Geral	Fratura de arcos costais complicada com fratura do baço	Esplenectomia em BO Terapêutica sintomática e vigilância	1	5
Ortopedia e Traumatologia	Fratura do fémur	Redução em BO	N/A	6
Ortopedia e Traumatologia	Fratura da tíbia e perónio	Redução em BO	N/A	8
Ortopedia e Traumatologia	Fratura da tíbia e perónio	Redução em BO	N/A	5
Ortopedia e Traumatologia	Rotura do tendão de Aquiles	Tenorrafia em BO	N/A	1
Neurologia	Hemorragia subaracnoídea em fratura complexa da calote craniana	Terapêutica sintomática e vigilância	1	12
Neurocirurgia	Hemorragia subaracnoídea, pneumoencefalo, hematoma subdural, contusão cerebral e fratura complexa envolvendo o buraco magno	Sem dados*	Sem dados*	11

N/A: não aplicável; BO: bloco operatório.

* Os autores não tiveram acesso aos dados relativos ao tempo de internamento em UCI e tratamento efetuado ao doente transferido para o serviço de Neurocirurgia de outro hospital