

PÔSTERES

P001 - ACIDENTES E COMPLICAÇÕES DA ANESTESIA LOCAL EM ATENDIMENTOS DE TRAUMA

Garcia PVC¹, Queiróz DAB¹, Roque MAV¹, Santos JCM¹, Soares CJG²

Instituições: ¹Universidade Federal de Minas Gerais; ²Hospital João XXIII

Introdução: Os anestésicos locais (AL) bloqueiam reversivelmente a condução nervosa, com analgesia local e sem alteração do nível de consciência. Estes fármacos estão entre os mais utilizados nos procedimentos de trauma, pois permitem maior economia e agilidade no atendimento e na alta médica do paciente. **Objetivos:** Identificar os efeitos tóxicos dos AL, comparar a taxa de segurança de diferentes fármacos e ressaltar o que fazer em caso de toxicidade. **Metodologia:** Pesquisa em livros de farmacologia, de anestesia e em artigos científicos nas bases de dados Pubmed e Capes, utilizando as palavras-chave “anestésico local”, “toxicidade”, “trauma”, “acidente”. **Resultados:** Os efeitos tóxicos de diferentes AL são comparados usando a relação CC/CNS, em que CC indica a dose de colapso cardiovascular e CNS a dose de toxicidade no Sistema Nervoso Central (SNC). Na lidocaína essa relação é de 3.6, o que indica que a concentração desse fármaco no sangue necessária para induzir um colapso cardiovascular é quase 4 vezes maior do que a para gerar convulsões. Por outro lado, as relações CC/CNS de etidocaina e bupivacaina são 1.7 e 1.6, respectivamente, o que indica uma maior cardiotoxicidade e menor margem de segurança para esses fármacos. **Discussão:** Em geral, o primeiro indicio de intoxicação sistêmica por AL é a sensação de gosto metálico na boca, seguida das manifestações do SNC, se destacando tontura, distúrbios audiovisuais, nistagmo, convulsões tônico-clônicas, redução do nível de consciência, coma e depressão respiratória com a evolução do quadro iniciam-se as manifestações cardíacas, inicialmente caracterizadas por hipertensão e taquicardia, seguidas de depressão do miocárdio, hipotensão, bradicardia, arritmia ventricular e colapso cardiovascular. Os efeitos tóxicos no SNC são mais facilmente revertidos, por isso a importância da relação CC/CNS para advertir o médico sobre a toxicidade, de modo que com o início dos primeiros sintomas ele poderá cessar a injeção e iniciar o tratamento, evitando que se atinja a dose de colapso cardiovascular. O tratamento é feito com oxigenoterapia; anticonvulsivantes; controle da hipotensão e da bradicardia e infusão de emulsão de lipídios. **Conclusão:** A melhor forma de lidar a toxicidade é prevenir sua ocorrência. Para isso, é necessário aspirar a área de injeção com a seringa antes da aplicação, calcular a dose máxima do AL, injetar a solução lentamente, observar as referências anatômicas e saber quando utilizar cada tipo de AL.

E-mail: pvitor.luzmg@hotmail.com

P002 - CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM SITUAÇÕES DE TRAUMA RAQUIMEDULAR

Lima BFC¹, GonçalvesBG¹, Gonçalves ASF¹, Malaquias CC¹, Rocha Júnior MA¹

Instituições: ¹Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

Introdução: Tendo em vista a necessidade de se compreender os obstáculos que norteiam o atendimento do enfermeiro na atenção pré, intra e pós-hospitalar, em relação a pacientes acometidos de trauma raquimedular, é essencial a realização de um trabalho que vise relatar sobre este processo. **Objetivos:** Este estudo objetiva descrever a importância do enfermeiro no atendimento a pacientes com trauma raquimedular e apresentar medidas preventivas relacionadas a este trauma. **Metodologia de busca:** Trata-se de uma revisão literária a fim de se obter conhecimentos sobre cuidados de enfermagem em situações de trauma raquimedular e a prevenção deste trauma. **Discussão:** Sabendo-se que após a exposição ao trauma raquimedular a chance de óbito é real, é preciso avaliar rapidamente e de forma correta a condição do paciente começa-se pelo Exame Primário, conhecido pela sigla ABCDE que pode ser realizado pelo enfermeiro de resgate. Se o Atendimento Pré-Hospitalar não for bem realizado e a vítima chegar ao hospital sem portar o colar cervical e sem estar imobilizada, a prioridade da equipe de enfermagem deve ser prestar este cuidado. Após este procedimento, a assistência secundária é fundamental. Esta envolve o exame físico completo, avaliação neurológica e recolhimento de todas as informações sobre a vítima e circunstâncias do acidente. No atendimento hospitalar devem-se evitar as complicações secundárias, caso ocorram, estas são de competência do enfermeiro, sendo elas: Falta de Oxigenação, Trombose Venosa Profunda, Úlceras por Pressão, Agravamento da Lesão pela Mobilidade, Disfunção Neurogênica da Bexiga, Disfunção Intestinal, Hipotensão Ortostática e Disreflexia Autonômica. Uma forma de prevenção do trauma raquimedular é o uso correto de equipamentos de proteção individual. No caso de motocicletas, são de extrema importância o uso de capacete, roupas fechadas e colete refletor, em carros, o uso do cinto de segurança e um motorista que utilize de direção defensiva é primordial para segurança de todos. Nos locais com risco de quedas de altura, o indivíduo deve utilizar cordas de segurança e capacetes. Educação no trânsito, medidas contra a violência e orientações quanto aos riscos do mergulho em águas rasas são outros meios de prevenção da lesão. **Considerações Finais:** Percebe-se que nesses processos mencionados o enfermeiro tem participação ativa. O tratamento dessa entidade começa pela prevenção e passa pela assistência adequada na fase pré, intra e pós-hospitalar.

E-mail: bruninha.cicero@hotmail.com

P003 - TRATAMENTO NÃO OPERATÓRIO DE FERIMENTO POR ARMA DE FOGO NA TRANSIÇÃO TORACOABDOMINAL DIREITA: RELATO DE CASO ABORDADO NO HOSPITAL JOÃO XXIII

Oliveira MVB¹, Cabral GG², Drumond DAF³, Starling SV³

Instituições: ¹Universidade Federal de Minas Gerais; ²Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais; ³Hospital João XXIII. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Belo Horizonte, MG – Brasil

Introdução: A abordagem das perfurações por arma de fogo (PAF) é uma rotina frequente em hospitais brasileiros. Assim, é de extrema importância sua terapêutica correta e a busca de tratamentos menos invasivos, quando possível. **Objetivo:** Demonstração do emprego do protocolo de tratamento não operatório (TNO) de PAF na transição toracoabdominal direita através de relato de caso abordado no Hospital João XXIII. **Relato do caso:** H. H. F., sexo masculino, 21 anos, trazido pelo SAMU em 18/09/2015, vítima de PAF na transição toracoabdominal direita. Admitido intubado e com instabilidade hemodinâmica. Diagnosticado pneumotórax hipertensivo e realizada toracocentese, seguida de toracostomia em selo d'água. O paciente apresentou grande melhora dos seus dados vitais. A partir de então, alcançou condições para extubação. Manteve estabilidade hemodinâmica, com 88 bpm, PAS maior que 90 mmHg e ausência de irritação peritoneal. TC de tórax: Projétil alojado em corpo de T9. Contusão pulmonar à direita, sem pneumotórax remanescente, boa expansibilidade pulmonar, dreno bem posicionado. TC de abdome: pequena quantidade de líquido livre em cavidade, lesão hepática grau III, sem *blush*. Optado por TNO. O paciente se manteve estável e sem dor abdominal. Revisões laboratoriais dos dias 19, 20 e 22 em progressiva melhora. Em 22/09 o dreno torácico foi retirado. Recebeu alta hospitalar dia 23/09 com orientações para controle ambulatorial. **Discussão:** O TNO só deve ser aplicado em instituições preparadas para utilizá-lo em função da obediência a protocolos específicos. As vítimas, à admissão, devem estar estáveis hemodinamicamente e sem sinais de irritação peritoneal. A realização da Tomografia computadorizada (TC) faz parte dos critérios de inclusão. Além disso, o paciente deve permanecer em ambiente adequado, monitorizado e submetido a exames clínicos rigorosos e seriados. Mudança do quadro clínico, em vários dos seus aspectos, como surgimento de sinais de irritação peritoneal, taquicardia persistente ou queda progressiva dos níveis de hemoglobina nos hemogramas seriados, pode alertar o cirurgião experiente a necessidade de intervenção cirúrgica. **Considerações finais:** O TNO consiste em uma terapêutica de sucesso desde que exista a infraestrutura necessária. Há necessidade de protocolo rígido e acompanhamento rigoroso do paciente por profissionais qualificados em hospitais de referência em trauma.

E-mail: marina_varella@hotmail.com

P004 - DIRETRIZES DE 2015 DA AHA: ATUALIZAÇÕES E IMPLICAÇÕES PRÁTICAS

Marinho V¹, Morato A¹, Kac P¹, Tavares V¹, Ferreira G²

Instituições: ¹Acadêmicas da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais; ²Médico graduado pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

Introdução: A *American Heart Association* (AHA) é uma organização sem fins lucrativos que visa sistematizar o tratamento de emergências cardiológicas. Isso é feito por meio dos cursos *Basic Life Support* (BLS), para leigos e profissionais da saúde, e *Advanced Cardiac Life Support* (ACLS), para profissionais. Estes capacitam os alunos a reconhecer emergências e a reagir nos casos de parada cardiorrespiratória (PCR), em ambiente pré-hospitalar e hospitalar. A AHA atualiza suas diretrizes a cada cinco anos, visando melhorar a eficácia de suas normas com base em novas pesquisas, sendo a última em 2015. **Objetivos:** Elucidar as atualizações feitas pela AHA das diretrizes de 2010 para as de 2015 para os alunos de medicina e enfermagem, visto que tais conhecimentos são fundamentais para a maior eficácia dos procedimentos do BLS e ACLS. Além de explicar a razão pela qual cada uma dessas mudanças foi feita. **Metodologia de busca:** Revisão literária, baseada em artigos e livros da AHA que contêm as diretrizes antigas e atuais do BLS e ACLS. Além de busca nas Bibliotecas Virtuais Scielo e Bireme, utilizando as palavras-chave “ACLS”, “BLS” na qual foram escolhidos oito artigos das bases de dados Medline e Lilacs. **Discussão:** Visando aumentar a eficácia dos protocolos, foram promovidas atualizações, dentre elas: estabelecimento de um limite de 120 compressões cardíacas por minuto na RCP, visto que acima desse valor a efetividade das compressões fica comprometida; suspensão da prática de hipotermia induzida pré-hospitalar após a restauração circulatória espontânea (RCE), já que não há benefício e pode gerar complicações; abolição do uso da inclinação lateral para grávidas durante a RCP, pois a manobra fica comprometida; recomendação da administração de epinefrina isoladamente, em detrimento ao uso conjunto de epinefrina e vasopressina no tratamento da RCP, visto que não houve melhora da eficácia; entre outras. **Conclusão:** As emergências cardiovasculares são as mais frequentes nos atendimentos dos serviços emergenciais e a principal causa de morte em adultos, ademais o conhecimento teórico e as habilidades práticas dos cursos de BLS e ACLS estão entre os determinantes mais importantes das taxas de sucesso em reanimação cardiopulmonar. Dessa forma, as atualizações nas diretrizes de suporte de vida tornam-se essenciais, uma vez que o acadêmico e o futuro profissional as colocarão em prática.

E-mail: victoriamarinho@gmail.com

P005 - PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO: DA ETIOLOGIA AO TRATAMENTO

Martins LC¹, Moreira JCA¹, Esteves WT²

Instituições: ¹Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; ²Cardiologista – Clínica QualiSaúde

Introdução: O pneumotórax é definido como presença de ar livre entre as pleuras parietal e visceral. Tendo-se em vista sua diversidade, é de grande importância uma revisão sobre o tema. **Objetivos:** revisar etiologia, fisiopatologia, sintomatologia, diagnóstico e tratamento do pneumotórax espontâneo. **Metodologia:** Foram avaliados 10 estudos indexados, utilizando-se as bases de dados SciELO® e PubMed®, com o descritor pneumotórax espontâneo. Os critérios de seleção foram: estudo publicado em inglês e português; ano de publicação entre 2001 e 2016. **Discussão:** O pneumotórax, por aumento da pressão interpleural com colapso do tecido pulmonar, gera redução da capacidade vital, do volume minuto e do retorno venoso por compressão da veia cava, podendo gerar hipóxia por elevação do *shunt* pulmonar. Pode ser distinguido entre pneumotórax primário – em indivíduos saudáveis, sem fator precipitante – e secundário –agravamento de doenças pulmonares. Fatores de risco associados são tabagismo, síndrome de Marfan, homocistinúria, endometriose torácica e história familiar. A sintomatologia, inespecífica, cursa com dispneia, hipotensão, toracalgia, confusão mental, e enfisema subcutâneo. O diagnóstico é clínico radiológico. O exame físico deve atentar para redução da expansibilidade torácica, do frêmito tóraco-vocal e do murmúrio vesicular, além de aumento da turgência jugular. À radiografia de tórax pósterio-anterior, perfil ou decúbito – observa-se ar entre a parede torácica-diafragmática e a pleura visceral. Utiliza-se também tomografia computadorizada. No pneumotórax espontâneo primário menor que 2-3 cm, com paciente estável e suspeita de pneumotórax hipertensivo, deve-se avaliar sinais de gravidade, podendo-se proceder com alta e reavaliação ou necessidade de realizar drenagem torácica- em selo d’água, entre os 5-6° espaço intercostais na linha axilar média. Caso o pneumotórax seja maior que 2-3 cm, com possibilidade de ser hipertensivo, avalia-se a necessidade de drenagem torácica, ou de aspiração simples caso a suspeita seja negativa. No pneumotórax espontâneo secundário, avalia-se a possibilidade de ser hipertensivo. Se não o for, sendo menor que 2-3 cm, faz-se aspiração simples; sem sucesso, faz-se drenagem. Se não houver possibilidade e for maior que 2-3cm, faz-se drenagem torácica. **Conclusão:** O pneumotórax é uma entidade que varia em etiologia, gravidade e condições clínicas. Por este motivo, é de extrema importância seu diagnóstico e abordagens adequados.

E-mail: luisacamposmartins2009@hotmail.com

P006 - MONITORIZAÇÃO MULTIMODALEM NEUROINTENSIVISMO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Alvarenga JVSL¹, Paulino JDL¹, Pinto NAA¹, Oliveira IC¹, Faleiro RM²

Instituições: ¹Acadêmico da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais; ²Coordenador do serviço de Neurocirurgia do Hospital João XXIII

Introdução: Uma avaliação neurológica acurada é fundamental para o tratamento de pacientes com patologias intracranianas. Isso consiste em exames clínicos seriados (particularmente a Escala de Coma de Glasgow e o reflexo pupilar) e o uso de técnicas de monitoramento específicas. Em termos gerais, uma combinação de avaliações é mais provável de detectar uma alteração do que uma modalidade isolada. Assim como as técnicas de imagem e de monitorização sistêmica, a neuromonitorização avalia a pressão intracraniana, estima o fluxo cerebral, avalia oxigenação, temperatura, metabolismo e atividade elétrica cerebral. Essas tecnologias oferecem diferentes perspectivas da fisiologia cerebral, permitindo uma melhor interpretação a partir da integração dos dados. **Objetivos:** Realizar uma revisão sistemática da literatura sobre a monitorização multimodal em neurointensivismo. **Metodologia de busca:** Esse trabalho foi elaborado a partir de uma revisão da literatura nas bases de dados Medline e Lilacs. **Discussão:** A neuromonitorização permite a detecção dos insultos secundários antes de eles causarem uma lesão permanente. Cada método possui suas vantagens e desvantagens, cabendo ao profissional avaliar quando usar determinada técnica. Alguns estudos evidenciaram que técnicas multimodais de monitorização, a microdiálise cerebral mais especificamente, permitem ver alterações fisiopatológicas na fase inicial de uma hemorragia subaracnoidea, o que auxilia bastante na condução do caso. Atualmente, a pressão intracraniana pode ser medida através de catéteres e fibra óptica. A oximetria transcraniana pode estimar a saturação de oxigênio cerebral regional, embora sua confiabilidade seja questionável. A oximetria do bulbo jugular pode fornecer uma avaliação global do fornecimento de oxigênio. Ou seja, tais parâmetros, aliados à tomografias cranianas sequenciais atuam como importantes ferramentas a fim de melhorar o prognóstico do paciente. **Considerações finais:** As publicações levantadas evidenciam que, embora cada técnica de neuromonitorização apresente vantagens e desvantagens, elas se complementam, possibilitando, dessa forma, implementar medidas terapêuticas precoces antes que algum dano cerebral irreversível ocorra. Portanto, há de se notar que a monitorização multimodal é uma prática cada vez mais explorada nos serviços de urgência e que tende a se modernizar, haja vista a sua considerável contribuição no manejo dos pacientes neurocríticos.

E-mail: joaovictorsla1508@gmail.com

P007 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO DA HEMORRAGIA SUBARACNOIDE ANEURISMÁTICA

Faria BL¹, Silva SHP¹, Lino HA¹, Cruz TH¹, Serrano LAS¹

Instituições: ¹Universidade de Itaúna, MG

Introdução: A hemorragia subaracnoide (HSA) consiste em extravasamento de sangue para o espaço subaracnoide, sulcos e cisternas cerebrais. Corresponde à terceira causa mais frequente de AVC, sendo a ruptura de aneurisma sacular intracraniano responsável por cerca de 80% dos casos de HSA. É uma ocorrência neurológica grave devido à sua alta mortalidade e dependência, pois aproximadamente 40% dos acometidos morrem e 50% dos sobreviventes podem ficar incapacitados. **Objetivos:** Uma vez que a taxa de erro no diagnóstico dessa patologia chega a 51% e o prognóstico do paciente têm íntima relação com o seu reconhecimento precoce, esse trabalho busca destacar os principais aspectos clínicos da HSA. **Metodologia de busca:** Foi realizada uma revisão nas bases de dados PubMed e Scielo utilizando os descritores Decs/MeSH hemorragia subaracnoide, cefaleia, aneurisma e AVC. Artigos em inglês, português e espanhol foram selecionados e estudados. **Discussão:** Os pacientes com HSA frequentemente relatam a ocorrência de uma dor de cabeça não usual, que é comumente subestimada ou ignorada por eles ou pelos médicos, dias antes da ruptura do aneurisma. Esse sintoma prodromico, denominado cefaleia sentinela, apresenta-se de forma súbita, holocraniana, com consciência preservada, durando de trinta minutos a sete dias, ocorrendo até sessenta dias antes do rompimento do aneurisma, sendo por vezes associada a náusea, dor occipital e letargia. Já a hemorragia subaracnoide em si apresenta uma tríade clínica muito sugestiva formada por cefaleia súbita e intensa, pressão arterial elevada e rigidez nucal. Outros achados incluem vômitos, sinais de irritação meníngea, especialmente o sinal de Kernig, e síndrome de Terson. O procedimento auxiliar de escolha para detectar HSA é a tomografia computadorizada. **Considerações finais:** A HSA por ruptura de aneurisma intracraniano é uma verdadeira emergência neurológica, com altas taxas de mortalidade e morbidade, sendo diagnóstico e tratamento precoce fatores determinantes para a sobrevida do paciente.

E-mail: biancalisadefaria@outlook.com

P008 - SEPSE ABDOMINAL EM ADULTOS: FORMAS DE MANEJO E TRATAMENTO

Freitas LS¹, Vieira GG¹, Attoni LM¹, Ribeiro MF¹, Ribeiro WO¹, Barbosa CA¹

Instituições: ¹Faculdade Ciências Médicas Minas Gerais – BH/MG

Introdução: Sepses abdominal é a existência de um foco infeccioso intrabdominal desencadeador de uma resposta inflamatória sistêmica (SRIS); da interação entre o microorganismo infectante e as respostas imune, proinflamatória e prócoagulante do hospedeiro. SRIS é presença de pelo menos duas das evidências: temperatura acima de 38°C ou abaixo de 36°C, taquicardia com FC acima de 90bpm, taquipneia com FR acima de 20 irpm ou hiperventilação com PaCO₂ abaixo de 32 mmHg, leucocitose acima de 12.000/mm³, leucopenia abaixo de 4.000/mm³ ou mais de 10% de formas jovens de neutrófilos. **Objetivos:** Diferenciar quadro de sepses abdominal em adultos; instituição de condutas para manejo dos pacientes com sepses grave e choque séptico. **Metodologia de busca:** Revisão científica em livros de cirurgia, artigos e protocolos internacionais de tratamento do choque. **Discussão:** A abordagem do paciente portador de sepses intrabdominal deve ser agressiva e rápida. Identificação da infecção intrabdominal clínica em 72% dos casos e em cerca de 25% há confirmação de exames de imagem. Controle do foco infeccioso é o principal fator na redução da mortalidade. Princípios do manejo da sepses abdominal compreendem: suportes hemodinâmico, imunológico e metabólico; terapia antimicrobiana; controle do foco infeccioso e da doença de base. Infecções intrabdominais são classificadas: peritonite primária: não indicação cirúrgica, mas tratamento de antibióticos; peritonite secundária: abordagem cirúrgica, eliminar foco, remover fontes secundárias, drenar abscessos, lavagem intensa da cavidade, fechamento primário da fâscia; peritonite terciária; abscesso intradominal: drenagem do abscesso cavitário de maneira percutânea ou aberta. Manejo da sepses grave incluem ressuscitação, identificação do agente infeccioso, antibioticoterapia, controle sítio de infecção, reposição volemia, vasopressor, terapia inotrópica, corticoterapia, PCA e transfusão sanguínea. Medidas terapêuticas de suporte na sepses grave: ventilação mecânica, sedação, analgesia, bloqueio neuromuscular, controle glicêmico, profilaxia de TVP, profilaxia da úlcera e terapia de substituição renal. **Considerações finais:** Sepses é a resposta inflamatória sistêmica secundária a infecção. Na sepses abdominal existe um foco infeccioso intrabdominal que desencadeia a resposta sistêmica. Crescente a incidência como causa de mortalidade, no entanto com a compreensão e o manejo dos efeitos da doença, têm-se conseguido importantes avanços na reversão dessa situação.

E-mail: let_freitas@terra.com.br

P009 - DECISÃO CIRÚRGICA NO TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO EM PACIENTE ESTÁVEL SEM PERITONITE

Lauriano KCA¹, Carvalho CMML¹, Versiani CA¹, Silva AAS¹, Cruz GHX², Magalhães LMR³

Instituições: ¹Universidade Federal de Minas Gerais; ²Ciências Médicas de Minas Gerais; ³Hospital João XXIII

Introdução: O trauma é a principal causa de óbito nos indivíduos entre 15 e 29 anos. O tipo abdominal possui expressiva relevância, visto que esta é a terceira região mais frequentemente afetada, estando sujeita a lesões de grande porte que podem levar à ocorrência de peritonites e hemorragias. Na avaliação do paciente politraumatizado, o exame clínico do abdome é um dos procedimentos mais desafiantes como primeira abordagem, aplica-se o *Advanced Trauma Life Support* (ATLS®). Na avaliação secundária, verifica-se a necessidade da abordagem cirúrgica, utilizando-se como auxiliares exames laboratoriais e radiológicos. Em alguns casos, não é possível estabelecer de imediato uma decisão quanto à necessidade cirúrgica. **Objetivos:** Relatar trauma abdominal em paciente *borderline* em relação ao procedimento cirúrgico de laparotomia exploradora. **Relato do Caso:** Paciente, sexo feminino, 17 anos, entrada no hospital no dia 20 de outubro de 2014, dois dias após acidente automobilístico grave com vítima fatal, apresentando tatuagem traumática de cinto de segurança, com relato de dor e distensão abdominal. Hemodinamicamente estável, Glasgow 15. Exames radiológicos: fratura de L4, pequena quantidade de líquido livre na pelve e distensão colônica, sem outras alterações específicas. Constatou-se trauma abdominal contuso sem definição clara do diagnóstico, determinando discussão entre tratamento conservador (revisão laboratorial com observação clínica e exame físico seriado) e abordagem cirúrgica por laparotomia exploradora, sendo a última adotada. Durante o procedimento, encontraram-se lesões de cólon tratadas primariamente. **Discussão:** As indicações para a laparotomia são instabilidade hemodinâmica (hemorragia intra-abdominal), sinais de irritação peritoneal e evidência de lesão diafrágica ou de vísceras ocas. Apesar da ausência dos sinais descritos, o quadro clínico do paciente apontava grande possibilidade de lesões intra-abdominais. A decisão por realizar a cirurgia foi pautada na busca por esclarecimento diagnóstico precoce e mostrou-se fundamental para o prognóstico da paciente. Uma conduta expectante poderia resultar em evolução desfavorável, como infecção intra-abdominal tardia e sepses. **Considerações Finais:** O atendimento à vítima politraumatizada ressalta a importância de uma equipe experiente ao lado de profissionais que estão estabelecendo curva de aprendizagem, a fim de garantir o sucesso na tomada de decisões.

E-mail: karllacardinali@hotmail.com

P010 - SÍNDROME COMPARTIMENTAL AGUDA DE MEMBROS: DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Lino HA¹, Faria BL¹, Saliba PS¹

Instituições: ¹Universidade de Itaúna

Introdução: A Síndrome compartimental aguda de membros (SCA) consiste na elevação anormal da pressão intracompartimental (PIC) de uma região anatômica com elasticidade limitada, sendo os compartimentos do membro inferior os mais acometidos. Caracteriza-se como uma urgência ortopédica, uma vez que, se não for identificada e tratada no início de sua evolução, leva a necrose tecidual e perda funcional permanente do membro afetado. Apesar de haver consenso sobre seu tratamento, os critérios para o seu diagnóstico ainda não são consensuais. **Objetivos:** Destacar os aspectos clínicos da SCA. **Metodologia:** Revisão de literatura nas bases PubMed e Scielo, utilizando-se os descritores DeCS/MeSH *Compartment, Syndrome e Diagnosis*. **Discussão:** A SCA pode surgir, principalmente, após fraturas (45%), traumas e compressão extrínseca (gesso e queimaduras). Independentemente da etiologia, a fisiopatologia consiste em edema fascicular, congestão venosa, isquemia, necrose e produção de radicais livres no membro acometido, sendo irreversível após 8 horas de evolução. Seu diagnóstico é essencialmente clínico, podendo ser auxiliado pela medida da PIC. A clínica evolui em estágios: aumento da PIC, no qual o paciente apresenta edema e redução da função motora; segue-se um estágio de perfusão inadequada, com dor isquêmica do membro e dor à distensão passiva do mesmo e, por fim, disfunção motora e sensitiva grave. A principal queixa que deve causar suspeição diagnóstica de SCA é a dor intensa, seguida por parestesia e paralisia do membro. Ademais, pode constatar-se pele edemaciada, pálida e fina, e a palpação revela enrijecimento do compartimento e mais tardiamente a ausência de pulsos. Tendo sido constatados sinais clínicos claros ou PIC maior que 30mmHg (normal entre 10-12mmHg), deve-se prontamente proceder a elevação do membro e fasciotomia, atingindo os melhores resultados nas primeiras 3 horas de evolução e variáveis entre 6 e 8 horas. Em pacientes desacordados e/ou politraumatizados com sinais clínicos inconclusivos, mas que apresentem risco de desenvolver SCA, o ideal consiste na avaliação clínica seriada e monitorização da PIC. **Conclusão:** A SCA é uma urgência ortopédica, sendo o diagnóstico precoce e identificação dos pacientes de risco fatores determinantes para a redução da morbidade e maior probabilidade de recuperação do membro acometido.

E-mail: henriquelino@live.com

P011 - RELATO DE CASO: FRATURA ORBITÁRIA TIPO BLOWOUT EM CRIANÇA

Serino MA¹, Reis FV¹, Reis JV¹, Borges DG¹, Ribeiro AC²

Instituições: ¹Acadêmico de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; ²Médica da Santa Casa de Belo Horizonte

Introdução: as fraturas orbitárias tipo *blowout* representam o colapso do assoalho ou da parede medial da órbita, gerando perda do conteúdo ocular devido à herniação da gordura infra orbital para o seio maxilar ou para as células etmoidais. **Objetivos:** discutir a etiologia desta lesão, a epidemiologia, a necessidade de um rápido diagnóstico ressaltando a importância dos exames clínico e de imagem, a indicação cirúrgica, as complicações e apresentar um relato de caso de uma fratura orbitária tipo *blowout*, em paciente pediátrico, tratada cirurgicamente. **Relato do caso:** paciente do sexo masculino, 14 anos, com relato de ter batido o próprio joelho no olho direito quando brincava na cama-elástica. Ao exame apresentava restrição da movimentação ocular principalmente supravisão e infravisão de olho direito e diplopia nessas posições do olhar; equimose e edema de região periorbitária. Solicitada tomografia computadorizada (TC) de órbita e seios da face que evidenciou fratura de base de órbita do tipo *blowout*. Foi indicada e realizada cirurgia. **Discussão:** as fraturas de órbita são a terceira principal causa de fraturas em crianças. Essas fraturas são mais comuns em pacientes pediátricos devido à maior elasticidade do tecido ósseo nestes. Pacientes com fratura de órbita podem apresentar pouco ou nenhum sinal sugestivo de fratura, mas apresentam-se comumente com diplopia, dor e restrição na movimentação ocular. Estes sintomas são muito associados à fratura em galho verde com aprisionamento de tecido, a qual pode apresentar reflexo oculocardíaco. A TC é usada tanto para diagnóstico como para prognóstico. As fraturas de órbita podem apresentar problemas reconstrutivos difíceis. Os tecidos duros e moles relacionados ao globo e a preservação da visão podem complicar as demandas funcionais e estéticas de uma cirurgia corretiva. Em crianças, a cirurgia deve ser limitada a prevenir interrupções iatrogênicas do desenvolvimento natural e corrigir deformidades que podem prejudicar o próprio crescimento. O tratamento das fraturas orbitárias do tipo *blowout* e o momento ideal para o reparo dessas fraturas tem sido controverso na literatura. **Considerações finais:** constata-se que as crianças podem apresentar fraturas de órbita graves com poucos sinais e sintomas associados, tornando o diagnóstico difícil. Dessa forma, faz-se necessária a maior conscientização dos profissionais para que tenham em mente esse diagnóstico quando diante de um trauma de face em crianças.

E-mail: matheus_serino@hotmail.com

P012 - CIRURGIA PARA CONTROLE DO DANO: ANTIGAS E NOVAS INDICAÇÕES

Silva AAS¹, Versiani CA¹, Carvalho CMML¹, Lauriano KCA¹, Cruz GHX², Lucena MSMM³

Instituições: ¹Universidade Federal de Minas Gerais; ²Ciências Médicas de Minas Gerais; ³Médica Cirurgiã Geral e Cirurgiã do Trauma, Comitê Gestor de Urgência e Emergência da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Introdução: A cirurgia para controle do dano, também chamada de laparotomia abreviada, é uma estratégia operatória na qual se protela o tratamento definitivo das lesões, com conseqüente redução do tempo cirúrgico, tendo como objetivo restaurar os parâmetros fisiológicos e não anatômicos no paciente instável, já que este é mais propenso a morrer por causas não cirúrgicas associadas à falência metabólica, à "tríade letal": hipotermia, acidose e coagulopatia. Inicialmente, essa abordagem foi utilizada em pacientes gravemente traumatizados, mas esta técnica de tratamento cirúrgico vem sendo empregada e adaptada também aos pacientes clínico-cirúrgicos com distúrbios fisiológicos graves. **Objetivos:** Revisar a esfera de aplicação da cirurgia de controle do dano, analisando suas fases e as contribuições de seu emprego. **Metodologia de busca:** Estudo realizado por meio de revisão bibliográfica nas bases de dados PubMed, SciELO e MEDLINE, utilizando como descritores "cirurgia para controle de danos", "damage control" e "abbreviated laparotomy". Também foram buscados, nas referências dos artigos selecionados, outros trabalhos relevantes para essa revisão. **Discussão:** A cirurgia para controle do dano pode ser didaticamente dividida em três estágios: I. Laparotomia abreviada, baseada no controle de sangramento e da contaminação; II. Ressuscitação, dentro de um ambiente de cuidados intensivos, com estabilização fisiológica. Os objetivos são reaquecer o paciente, corrigir acidose e coagulopatias, podendo esta fase durar entre 24 e 48h e III. Reoperação programada, na qual procedimentos definitivos são realizados. Baseando-se no fato de que pacientes portadores de lesões complexas, mal perfundidos não toleram grandes operações, a cirurgia de controle do dano está sendo realizada em pacientes críticos com instabilidade fisiológica mesmo em cenários não traumáticos. **Considerações finais:** A realização da cirurgia de controle de danos é consagrada no manejo de pacientes traumáticos. O seu emprego em pacientes clínico-cirúrgicos críticos, quando bem indicado, é capaz de reduzir mortalidade, dado já demonstrado em estudos retrospectivos. Estabelecer critérios sólidos de indicação desta técnica pode contribuir para o aumento da sobrevida de pacientes graves.

E-mail: ariadna.andrade@hotmail.com

P013 - TRAUMATISMO TORACOABDOMINAL POR ARMA BRANCA COM LESÃO CARDÍACA: RELATO DE CASO

Costa ALM¹, Borges BM², Borges DM¹, Bozzi ICRS¹, Cosme NKC¹, Vieira TR³

Instituições: ¹Acadêmicos de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); ²Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG); ³Residente em Cirurgia do Trauma do Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves (HRTN)

Introdução: O trauma abdominal é um dos mais prevalentes e é importante causa de morbimortalidade no mundo. É dividido em contuso e penetrante, neste as vísceras sofrem lesões em função da trajetória e estruturas que o objeto perfurocortante atravessa, com possibilidade de acometimento extra-abdominal. **Objetivos:** Relatar caso de vítima de trauma penetrante em abdome e discutir a importância do quadrilátero de Ziedler na suspeita de trauma cardíaco. **Relato do caso:** Paciente masculino, 51 anos, com ferimento por arma branca (FAB) em região epigástrica. Admitido em UPA instável hemodinamicamente e com murmúrio vesicular (MVV) abolido à direita. Submetido a drenagem torácica, sem débito mas com melhora ventilatória. Encaminhado ao HRTN estável hemodinamicamente com dor a palpação em epigástrico e sudorético. Vias aéreas pervias, MVV bilateral, FR 22irpm, FC 86bpm, PAS>89mmHg e ECG 15. FAST evidenciou moderada quantidade de líquido livre peritoneal e à radiografia torácica pneumotórax à direita. Encaminhado à laparotomia exploradora, identificando: hemoperitônio (2L), lesão diafragmática grau III lesão cardíaca à exploração digital. Feita toracotomia a Clamshell, evidenciando lesão cardíaca grau IV em ventrículo direito (VD) de 4cm. As lesões foram rafiadas, saco pericárdico mantido aberto e colocados drenos torácicos bilaterais. No pós-operatório evoluiu com empiema, com boa resolução após antibioticoterapia, e alta no 34ºDPO. **Discussão:** FABs acometem mais frequentemente fígado, intestino delgado, diafragma (20%) e cólon. No FAB da parede abdominal anterior, a lesão do tórax inferior chega a 40%. Deve-se atentar para lesões do quadrilátero de Ziedler, tido como zona de grande probabilidade de ferimento cardíaco quando há trauma penetrante. Seus limites são: linha axilar anterior esquerda, linha para esternal direita, 2º espaço intercostal esquerdo e borda da 10ª costela. Em 80% das lesões cardíacas penetrantes, o ferimento encontra-se nessa área. As estruturas comumente lesadas são VD (50-60%), ventrículo esquerdo (20-30%), átrio direito (5-10%) e vasos intrapericárdicos (5-10%). A mortalidade aumenta conforme o grau da lesão cardíaca: 56% no grau IV, 76% no V e 91% no VI. **Considerações finais:** O caso reforça a importância do atendimento seguindo o ATLS e o valor do raciocínio clínico no trauma, prevenindo possíveis lesões e sua correta abordagem ao reconhecer que o trajeto da arma branca no quadrilátero de Ziedler pode penetrar a região cardíaca.

E-mail: analuisamzc@hotmail.com

P014 - EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS HIPERTENSIVAS: ABORDAGEM E TRATAMENTO DA PRÉ-ECLÂMPSIA

Pereira MAA¹, Gontijo BPP¹, Almeida MTB¹, Medeiros MSB¹, Santana CFA¹

Instituições: ¹Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – Betim – MG – Brasil

Introdução: As emergências obstétricas têm lugar de grande destaque no cenário de saúde mundial devido aos altos índices de mortalidade e alta probabilidade de danos maternos e fetais se não abordadas corretamente e rapidamente. A pré-eclâmpsia é uma emergência obstétrica caracterizada por hipertensão acompanhada de outros sinais como edema e proteinúria, que pode atingir até 10% das mulheres durante a gestação, sendo responsável por aproximadamente cinquenta (50) mil mortes por ano no mundo, principalmente em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. No Brasil caracteriza a principal causa de morte materna. **Objetivos:** Os objetivos deste estudo são apresentar as principais condutas seguidas pelos profissionais de saúde na sala de emergência, mostrando as abordagens conservadoras comparadas à abordagem intervencionista imediata; as principais consequências da utilização de ambas e seus principais benefícios e indicações. **Metodologia de busca:** realizou-se a busca de artigos científicos publicados nos últimos dez (10) anos, nas bases de dados Pubmed e Scielo com os descritores “pregnancy hypertension”, “pré eclâmpsia” e “tratamento”. **Discussão:** Por não ter sua etiologia e fisiopatologia muito bem estabelecidas, a pré-eclâmpsia gera discussões quanto à sua abordagem, principalmente quando considerados os riscos para a gestante e o feto. Sabe-se que o único tratamento definitivo da pré-eclâmpsia é a interrupção da gravidez, porém, não são todos os casos que se beneficiam dessa abordagem imediata, já que outros fatores influenciarão no prognóstico materno e fetal como idade gestacional, bem-estar fetal, presença de complicações, entre outros. Assim, outras condutas que adiam o parto e promovem maturação fetal e melhoria na condição hemodinâmica materna podem ser utilizadas levando-se em consideração as características de cada gestação e os seus riscos. As principais medidas utilizadas são corticoterapia, expansão do volume plasmático, hospitalização com repouso materno, terapia anticonvulsivante e terapia anti-hipertensiva. **Considerações finais:** A melhor terapêutica para essa síndrome em diversos momentos do ciclo gravídico-puerperal deve ser individualizada, visando sempre à redução dos altos índices de morbi-mortalidade materna e fetal por prevenção de complicações tanto durante o puerpério, quanto a longo prazo.

E-mail: mariaamalia.ap@gmail.com

P015 - ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL-20: UM PREDITOR DE QUEDAS EM IDOSOS

Almeida MTB¹, Lucas ELO¹, Torres LA¹, Melo Junior RB¹, Vieira DA², Moraes FL⁴, Azevedo RS⁴, Moraes EM^{3,4}, Bicalho MAC^{3,4}

Instituições: ¹Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); ²Mestrado em Ciências da Saúde do Adulto da Faculdade de Medicina da UFMG; ³Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFMG; ⁴Instituto Jenny de Andrade Faria de Atenção ao Idoso

Introdução: A queda é um trauma frequente na população idosa e pode levar a fraturas, traumatismo crânio encefálico e outras condições clínicas que afetam adversamente o prognóstico do paciente idoso. Muitos estudos demonstram que as quedas são eventos multifatoriais e existem evidências que associam níveis elevados de fragilidade à ocorrência de quedas na população idosa. Entretanto, os fatores condicionantes desse evento ainda não foram completamente esclarecidos. **Objetivo:** Avaliar os fatores associados às quedas através do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20) em idosos atendidos através do Programa Mais Vida (PMV) no Instituto Jenny de Andrade Faria de Atenção ao Idoso do Hospital das Clínicas da UFMG. **Metodologia:** Trata-se de estudo transversal, observacional, cuja amostragem por conveniência incluiu idosos atendidos ambulatorialmente através do PMV nos períodos de março a maio de 2016. Todos os indivíduos foram submetidos ao questionário (IVCF-20), um instrumento de rastreio com somatório final de 40 pontos, que tem por objetivo estratificar o nível de fragilidade de acordo com suas características clínico-funcionais. Os domínios mobilidade, como capacidade aeróbica e/ou muscular e marcha; visão e comorbidades múltiplas e a pontuação final do questionário foram selecionados para análise de correlação com quedas em função de resultados prévios destas variáveis disponíveis na literatura. A análise estatística foi realizada através do SPSS v17. Modelos de regressão logística foram utilizados para verificar as associações. **Resultados:** Foram incluídos 409 indivíduos com média de idade de 76, 5±8, 1; 72, 9% do sexo feminino, 32, 8% apresentaram 2 ou mais quedas no último ano. Na análise univariada os pacientes que sofreram quedas detinham pontuações significativamente maiores no IVCF [mediana (intervalo interquartil): 17, 0(12) vs. 12, 0(10); p<0, 001]. Na análise multivariada, o comprometimento da deambulação (OR: 1, 82; IC: 1, 11-2, 98), a redução da acuidade visual (OR: 1, 91; IC: 1, 03-3, 52) e o IVCF total ≥ 7 (OR: 3, 96; IC: 1, 61-9, 74) foram independentemente associados à ocorrência de ≥ 2 quedas/ano. **Discussão:** Na população estudada as quedas foram associadas com comprometimento da mobilidade, IVCF-20 ≥ 7 e redução da acuidade visual, esses dados caracterizam o perfil do paciente idoso susceptível a esse evento. **Conclusão:** O IVCF-20 pode ser uma importante ferramenta para determinação do risco de quedas em idosos.

E-mail: mariathe_@hotmail.com

P016 - ABORDAGEM DO TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO GRAVE EM PEDIATRIA

Vale FFA¹, Maciel RAM¹, Botelho Filho FM¹

Instituições: ¹Universidade Federal de Minas Gerais

Introdução: O traumatismo cranioencefálico (TCE) é o trauma mais frequente e a principal causa de morte em idade pediátrica. Apesar de sua importância, ainda é abordado, muitas vezes, erroneamente, por não considerar particularidades das crianças. **Objetivos:** Apresentar a abordagem inicial do TCE grave em Pediatria ressaltando as diferenças em relação ao paciente adulto. **Metodologia de busca:** Revisão de artigos na literatura nos últimos 15 anos. **Discussão:** A população pediátrica supera em número de traumas e gravidade a adulta. A abordagem do TCE em pediatria deve considerar as particularidades das crianças, como crânio maleável e suturas abertas, que favorecem contusões; maior superfície craniana -20% (crianças) x 9% (adultos) – aumentando a chance de TCE; espaço subaracnoide maior, favorecendo sangramentos e mobilidade encefálica; comportamentos de risco relacionados à infância, muitas vezes preventíveis, mas ainda pouco debatidos como as crianças abaixo de dois anos ainda estão em desenvolvimento motor e de comunicação é necessária uma Escala de Coma de Glasgow (ECG) modificada para a idade, que considera o paciente com ECG≤8 como TCE grave; 9-12, moderado e 13-14, leve. A tomografia possui papel fundamental e em alguns serviços é sempre motivada se ECG<15 ou frente a qualquer sinal ou sintoma neurológico. A RNM é uma opção para minimizar riscos da radiação. O tratamento deve primar pela prevenção de lesão secundária – tratando agressivamente a hipotensão e insuficiência respiratória – e manutenção da pressão intracraniana adequada, garantindo boa perfusão cerebral. No trauma grave, visto a maior chance de hipertensão, a monitorização invasiva da pressão intracraniana é recomendada. Deve-se avaliar a necessidade de tratamento cirúrgico. Outras medidas incluem manter volume sanguíneo adequado, intubar e oxigenar o paciente (manter PaCO₂: 35-40 mmHg), elevar a cabeceira da cama, sedação e paralisação muscular. Em face do trauma grave infantil, considerar ainda que hematomas extradurais são mais comuns em crianças e possuem desfecho rápido. Epilepsias e síndromes pós-concussionais também são mais comuns. **Considerações finais:** O TCE pediátrico ainda é doença negligenciada em nosso estado, visto ausência de sistemas específicos de atendimento e de abordagem adequada nos currículos de pediatria, o que motiva a divulgação do tema em encontros acadêmicos. O médico que bem avaliar e tratar o trauma pediátrico contribui para a redução da mortalidade infantil.

E-mail: flaviafavale@gmail.com

P017 - ABORDAGEM DA LESÃO HEPÁTICA NOS TRAUMAS ABDOMINAIS CONTUSOS E PENETRANTES

Aguiar LL¹, Theobaldo BM¹, Zamae MIS¹, Avelar MC¹, Silva LD¹

Instituições: ¹Universidade Federal de Minas Gerais

Introdução: O fígado, devido ao seu tamanho e posição anatômica, é acometido em grande parte dos traumas abdominais: contuso ou penetrante. O trauma contuso, em geral, decorre de acidente automobilístico e lesão esportiva. O penetrante está associado à arma branca ou ao projétil de arma de fogo. **Objetivos:** Avaliar variáveis sociodemográficas, métodos diagnósticos e abordagens terapêuticas em indivíduos com trauma hepático por meio de revisão sistemática da literatura. **Metodologia de busca:** Foram revisados artigos recentes (2010 a 2016), pesquisados nas bases bibliográficas do Portal CAPES e PubMed. **Discussão:** Dentre os traumas hepáticos, aqueles relacionados às feridas contusas são relevantes devido à frequência elevada e à gravidade das lesões. Observa-se que a tomografia computadorizada, o exame de lavado peritoneal e a ultrassonografia FAST são exames empregados no diagnóstico e no estadiamento do grau da lesão hepática contusa. Em relação às modalidades de terapia, a opção pelo tratamento não operatório (TNO) será determinada pelo grau de lesão hepática, pela condição hemodinâmica do paciente e pelas alterações neurológicas. Os indivíduos sem condição de estabilidade hemodinâmica, lesões grau I-II, inicialmente, são observados sem a necessidade de intervenção cirúrgica premente. Contudo, em casos de instabilidade hemodinâmica, lesões grau III-IV, a laparotomia em caráter de urgência torna-se mandatória. O TNO resultou em menor taxa de complicações e redução de procedimentos desnecessários. Na abordagem das lesões hepáticas perfurantes, a primeira modalidade de tratamento é a intervenção cirúrgica. O debridamento deve ser realizado com base na estrutura anatômica do fígado, de modo a remover tecidos necróticos, suturar vasos sanguíneos e dutos biliares danificados e preservar tecido hepático intacto. Em casos de lesões hepáticas extensas, avaliam-se a ressecção ou o transplante hepático. Ainda, foi verificada menor frequência de hemotransfusão e de morbimortalidade em pacientes submetidos ao TNO que pacientes operados. Esse achado pode ser atribuído à presença de estabilidade hemodinâmica e à menor gravidade da lesão hepática. **Considerações finais:** O trauma hepático é importante causa de morbimortalidade mundial. A partir dos dados analisados, o TNO é indicado na maioria dos casos de trauma hepático e demonstra grande eficácia se indicado com base na condição hemodinâmica do paciente e na gravidade da lesão hepática avaliada por métodos de imagem.

E-mail: lucaslaguiar@gmail.com

P018 - O PERFIL DAS CHAMADAS TELEFÔNICAS RECEBIDAS PELO SAMU-BH

Versiani CA¹, Lauriano KCA¹, Carvalho CMML¹, Silva AAS¹, Cruz GHX², Lucena MSMM³

Instituições: ¹Universidade Federal de Minas Gerais; ²Ciências Médicas de Minas Gerais; ³Comitê Gestor de Urgência e Emergência da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Introdução: O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é um componente do serviço pré-hospitalar do município, utilizado em casos de urgência e emergência de saúde. Implementado em Belo Horizonte em 2003, o acesso pela população é garantido através do número gratuito 192, e milhares de ligações são recebidas diariamente na central de regulação. O perfil das chamadas atendidas reflete como se dá o uso e o reconhecimento do serviço pelos cidadãos, eo domínio de tal perfil pelos gestores auxilia na definição de ações para qualificação do processo de assistência e otimização desse serviço. Assim, é possível assegurar a característica de urgência do SAMU e respeitar os princípios do SUS. **Objetivos:** Descrever o perfil de atendimentos telefônicos realizados pela central de regulação do SAMU-BH. **Metodologia:** Utilizou-se dados secundários do banco de dados do SAMU-BH, referentes ao total de ligações atendidas de 01 de janeiro de 2009 a 31 de dezembro de 2015. **Resultados:** No período em questão, a média de atendimentos telefônicos foi de 652. 389 ±50. 278 ligações por ano e cerca de 54. 387±4. 218 por mês. Observou-se que a média de chamadas que resultaram em envio de ambulância foi de 96. 713 ±3. 228 por ano, representando cerca de 14, 82% das chamadas totais. A média de ligações que resultaram em orientações médicas sem envio de ambulância constituiu cerca de 212. 511 ±12. 514 chamadas por ano ou 32, 57% dos atendimentos. Já a média de atendimentos telefônicos que representaram informações não médicas equivale a 86. 365±18. 390 ligações por ano, próximo a 13, 23% das chamadas totais. Em 2009 cerca de 19, 93% das chamadas representaram trotes; 18, 30% em 2010; 19, 63% em 2011; 15, 29% em 2012; 11, 16% em 2013; 9, 8% em 2014 e 9, 7% em 2015. **Discussão:** Verifica-se que cerca de 1/3 das ligações levaram a orientações médicas, concluindo que o SAMU atua em nossa sociedade como um serviço de telemedicina. Observa-se que o 192 é utilizado, principalmente, para outros fins que não urgências, demonstrando que a população usuária não domina a real finalidade da instituição. Ressalta-se a queda das taxas de trotes, devido, principalmente, às medidas de conscientização promovidas pela mídia e à consolidação da importância do serviço para a população. **Conclusão:** A análise desse perfil orienta possíveis políticas para a educação da população e qualificação da equipe profissional atuante, visando esclarecer, respectivamente, sobre as reais atuações do serviço e as atuais demandas sociais.

E-mail: camila.versiani@gmail.com

P019 - TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO ENVOLVENDO DISSECÇÃO DE ARTÉRIA CARÓTIDA E TROMBOSE DE SEIO SIGMOIDE

Silva IE¹, Macedo JM¹, Abreu GC¹, Camargo IRM¹, Faleiro RM²

Instituições: ¹Acadêmicos do Centro Universitário de Belo Horizonte – UniBH; ²Professor da faculdade de medicina da UFMG e FCMMG, Neurocirurgia do Hospital Felício Rocho e Hospital Pronto Socorro João XXIII

Introdução: O traumatismo cranioencefálico (TCE) é o principal determinante de morbidade, incapacidade e mortalidade dentro do grupo de traumas. **Objetivos:** Relatar um caso de TCE com acometimento simultâneo de artéria carótida interna (ACI) e seio sigmoide (SS). **Relato de caso:** KVQ, sexo feminino, 1 ano e 6 meses, vítima de TCE leve, por mecanismo de trauma unilateral à esquerda (E), secundário à atropelamento no dia 13 de Julho de 2016. Encaminhada ao Hospital João XXIII em 19 de Julho para avaliação devido a evolução do quadro com hemiparesia braquiocrural direita (D). Dia 20 de Julho realizou angiotomografia, evidenciando trombose de SSE, e tomografia computadorizada (TC) que revelou fratura retromastoideia E, fratura transversa suboccipital e hipodensidade frontal E. A terapêutica prescrita foi anticoagulação com Heparina, porém a medicação não fora administrada. No dia seguinte ao exame físico da neurocirurgia, a presença de semiptose palpebral E, levantou a hipótese diagnóstica de Síndrome de Horner e lesão de AC. Ao reconstruir a TC, evidenciou-se, interrupção de fluxo da ACI ao nível da lesão, corroborando a hipótese diagnóstica de dissecção carotídea com a manutenção da conduta terapêutica e administração da medicação, paciente segue em observação, encontra-se estável, até o presente momento. **Discussão:** Diagnosticou-se trombose de SSE, dissecção de ACI e pequena isquemia frontal E. A princípio, devido à apresentação clínica de hemiparesia de membros D e do sinal hipotenso frontal E na TC, suspeitou-se da isquemia cerebral ter sido provocada pela trombose do SS, condição rara geralmente secundária à traumas^{2, 3}. No entanto, a ausência de infarto temporal ou de fossa posterior invalida tal hipótese. O sinal de semiptose palpebral tipo Horner à E, que levou à suspeita diagnóstica de dissecção de AC, corroborada com reconstrução da TC que tornou a falsa luz da ACI visível. Eventos isquêmicos secundários à embolia, foram evitados devido à manutenção do fluxo sanguíneo pelo Polígono de Willis. Dessa forma o tratamento inicialmente proposto mantém-se indicado. **Considerações finais:** O prognóstico de lesões vasculares é variável e depende principalmente da idade do paciente, extensão e gravidade do dano⁴. Sua ocorrência simultânea à injúrias de importantes vasos é rara. Assim, este relato contribui para enriquecer a literatura relacionada e reforçar a necessidade de constantes atualizações na abordagem da vítima de TCE.

E-mail: isaestevam.med@gmail.com

P020 - TRATAMENTO NÃO OPERATÓRIO DE TRAUMAS ABDOMINAIS PENETRANTES

Gonçalves LGT¹, Lamana LCA², Araújo FR¹, Radd DAF³

Instituições: ¹Faculdade da Saúde e Ecologia Humana; ²Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais; ³Hospital Pronto Socorro João XXIII

Introdução: A terapêutica das lesões traumáticas mudou nas últimas décadas. Hoje, apesar de não muito difundido, há possibilidade de tratamento não cirúrgico em vários traumas, inclusive nos penetrantes: o tratamento não operatório (TNO). Na perfuração por arma branca (PAB) esse já é bem aceito. Na perfuração por arma de fogo (PAF), ainda há controvérsias. **Objetivos:** Discorrer sobre o tratamento não operatório do trauma abdominal penetrante e seus benefícios. **Metodologia:** Pesquisa na base de dados Medline, com os descritores: “trauma abdominal” e “TNO”. Critério de inclusão: trauma penetrante em abdome. Critérios de exclusão: Publicação prévia a 2010 e relatos de caso. **Resultados:** Selecionamos 2 estudos prospectivos, 5 retrospectivos e 3 revisões de literatura. Obtivemos resultados de 3. 816 pacientes vítimas de PAB e 39. 932 de PAF. Destes, 63, 4% das vítimas de PAB e 32, 6% de PAF foram submetidos a TNO com sucesso. Dos baleados, 16% precisaram de laparotomia posterior. Pacientes com cirurgia postergada ficaram internados em média 8 dias, os da imediata 9 dias. A mortalidade foi de 6, 2% em pacientes submetidos a cirurgia de emergência, 0, 7% nas prorrogadas e 0, 01% no TNO. A conduta conservadora reduz a internação em 2 a 5 dias. Casos de lesão unicamente hepática evoluíram bem com TNO. Instabilidade hemodinâmica, irritação peritoneal ou exame físico não confiável foram indicações de laparotomia imediata em todos os artigos. **Discussão:** Vítimas de lesão abdominal penetrante apresentando sinais de irritação peritoneal, instabilidade hemodinâmica ou exame físico dúbio devem ser submetidos a tratamento cirúrgico, do contrário, analisa-se a tomografia computadorizada abdominal e pélvica. Se houver perfuração de víscera oca a cirurgia é mandatória. A laparoscopia para tratamento de lesão diafragmática é eficaz e menos invasiva. O TNO é mais praticado nas vítimas de PAB por se enquadrarem melhor no algoritmo e geralmente apresentarem menos lesões associadas. **Conclusão:** O TNO para lesões penetrantes é factível, desde que siga um protocolo rígido. Feito isso, gastos hospitalares, tempo de internação e complicações serão reduzidos.

E-mail: luisagtg@hotmail.com

P021 - HEMATOMA ESPLÊNICO SUBCAPSULAR TRAUMÁTICO: UM RELATO DE CASO

Brito LZ¹, Brito GJS¹, Mota VCS¹, Gonçalves MAF¹

Instituições: ¹Universidade Estadual de Montes Claros

Introdução: O baço é o órgão mais comumente lesado no traumatismo fechado de abdome correspondendo a cerca de 40 a 55% dos casos de vítimas submetidas à laparotomia por esta causa. A depender do mecanismo e da intensidade do trauma, as lesões esplênicas podem ser classificadas em 5 graus, evoluindo desde uma lesão assintomática até quadro de instabilidade hemodinâmica, o que orienta uma abordagem conservadora ou cirúrgica. **Objetivos:** Descrição de caso de um homem de 54 anos, vítima de colisão de moto evoluindo com lesão esplênica de diagnóstico tardio. **Metodologia:** Busca ativa em prontuários eletrônicos da Santa Casa de Misericórdia de Montes Claros. **Resultados:** Paciente atendido no serviço de emergência apresentando quadro de dor abdominal leve em hipocôndrio esquerdo associado à astenia evoluiu com piora clínica e exames laboratoriais demonstrando anemia grave (Hb: 6, 8). Foram aventadas diversas hipóteses diagnósticas clínicas, porém em revisão de história, foi relatado pelo paciente colisão de moto envolvendo animal cerca de 5 dias antes, para a qual não procurou assistência médica. Diante do novo relato, foi solicitada tomografia computadorizada (TC) de abdome total que revelou presença de hematoma subcapsular acometendo mais de 50% da superfície esplênica (grau III). **Discussão:** O trauma esplênico de grau III é inicialmente uma indicação clássica de conduta conservadora, exceto se necessidade imediata de laparotomia exploradora. Os pacientes não candidatos a cirurgia devem ser internados em Unidade de Terapia Intensiva por 48 a 72 horas, permanecendo em repouso absoluto com cateter nasogástrico posicionado, medidas seriadas do hematócrito e avaliação clínica frequente. Uma queda do hematócrito requer nova TC de abdome para avaliar intervenção cirúrgica, assim como em caso de piora clínica torna-se necessário uma exploração aberta da cavidade. Nos pacientes candidatos a laparotomia, os procedimentos de preservação do baço vêm sendo cada vez menos empregados, uma vez que os casos com indicação cirúrgica geralmente são muito graves. **Conclusão:** Foi firmado diagnóstico de lesão esplênica grau III que, associada à piora clínica e quadro de anemia sintomática, constituiu indicação formal de realização da intervenção cirúrgica por meio de esplenectomia total. Paciente evoluiu bem no pós-operatório recebendo alta após cinco dias.

E-mail: lo_zuba@hotmail.com

P022 - ATENDIMENTO AO PACIENTE AFOGADO POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE: REVISÃO E ATUALIZAÇÃO

Alves FL¹, Miaw ISL¹, Freitas MLS¹, Lima MRML¹, Baumgratz PR¹, Gresta MM¹, Melo MCB¹

Instituições: ¹Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

Introdução: Segundo dados da OMS de 2014, ocorrem anualmente, 372.000 óbitos por afogamento, o qual é uma das 10 principais causas de morte entre 1 e 24 anos de idade. Contudo, esses dados podem estar subestimados, visto que 59% dos países não apresentavam dados sobre afogamento ou apenas dados anteriores a 1990. No Brasil, 5.428 pessoas morreram afogadas em 2014, o que representa 7,3% dos óbitos por acidentes. **Objetivos:** Descrever e reforçar a importância da ventilação e da abordagem ABC (*Airway–Breathing–Circulation*) no atendimento ao paciente afogado. **Metodologia:** Revisão da literatura de artigos científicos na base de dados PubMed, no período de 2000 a 2016, e na página eletrônica da SOBRASA, com ênfase nas diretrizes da *American Heart Association*. **Discussão:** Afogamento é resultado de asfixia por imersão ou submersão em qualquer meio líquido, provocado pela entrada de água em vias aéreas, dificultando a ventilação e a respiração. Ao contrário da parada cardiorrespiratória (PCR) de origem primariamente cardíaca, em que inicialmente o sangue está bem oxigenado, a PCR no afogamento resulta geralmente da hipoxemia sistêmica. Por isso, nesses casos, a ressuscitação cardiopulmonar (RCP) requer tanto ventilação quanto compressões torácicas para reverter a hipoxemia e promover a perfusão coronária e cerebral. Assim, é preconizada a sequência ABC ao invés da CAB (*Circulation–Airway–Breathing*), indicada em caso de PCR primária pelos *Guidelines* de 2015. Se houver somente parada respiratória, tanto dentro ou fora d'água, deve-se realizar ventilações até o retorno da respiração espontânea. Em caso de PCR completa, iniciar sequência ABC fora d'água. O ABC consiste em abrir vias aéreas, analisar a respiração e, na ausência desta ou havendo *gaspings*, realizar a relação de 30 compressões torácicas para 2 ventilações (30:2) em adultos e em lactentes e crianças no caso de um socorrista, ou a relação 15:2 havendo dois socorristas. O prognóstico está diretamente relacionado ao tempo e tipo de imersão (temperatura e salinidade da água), idade do paciente e qualidade da RCP realizada, sendo a abordagem ABC muito superior à CAB. **Considerações finais:** O afogamento é uma séria ameaça a saúde pública, sendo necessários esforços para a sua prevenção e registro de dados epidemiológicos para que haja uma dimensão real de sua escala mundial. A sobrevida do afogado depende principalmente de dois fatores: da rapidez com que é removido da água e da realização de RCP de alta qualidade.

E-mail: fernandala@ig.com.br

P023 - TRAUMA ABDOMINAL POR ARMA DE FOGO COM CONSEQUÊNCIAS GRAVES -REANIMAÇÃO E CONTROLE DO DANO

Guedes LCC¹, Malaquias CA¹, Cotrim CA¹, Souza LA¹, Martins FP²

Instituições: ¹Internato de Medicina de Urgência – Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais; ²Hospital João XXIII – FHEMIG

Introdução: O relato de caso refere-se a paciente de 41 anos, levada ao Hospital João XXIII pela Polícia Militar de Minas Gerais, admitida “*in extremis*” e encaminhada ao bloco cirúrgico em protocolo de Onda Vermelha, vítima de agressão por projétil de arma de fogo com três orifícios em hipogástrio direito. **Objetivo:** verificar a eficiência na reanimação de paciente vítima de agressão por projétil de arma de fogo com foco de sangramento arterial intenso em território de íliaca externa esquerda, por lesão parcial em parede lateral da artéria, além de lesão grau II de íleo. **Métodos:** os dados foram obtidos através do prontuário, avaliação clínica e acompanhamento de intervenção cirúrgica. A revisão de literatura foi realizada por acesso a portais científicos. **Resultados:** a paciente foi admitida “*in extremis*”, apresentando *gaspings* e pulsos impalpáveis. Foi rapidamente submetida a toracotomia anterior esquerda com dissecação por planos até a cavidade pleural. Realizou-se clampagem da aorta descendente e massagem cardíaca interna com posterior laparotomia xifopúbica exploratória, que identificou lesão parcial em parede lateral da artéria íliaca externa esquerda após controle proximal e distal por *clamps*, com realização de *shunt* endovascular da artéria com *nelaton* 10Fr. Além disso, identificou-se também lesão grau II de íleo abordada por ligadura com fita cardíaca. Foi confeccionada “bolsa de Bogotá” no abdome, fechamento da parede torácica e posicionamento de dreno de tórax. A paciente foi encaminhada ao CTI em estado grave, com reanimação hemodinâmica. De acordo com a literatura, a mortalidade geral de lesões penetrantes da artéria íliaca é de 28%. Entretanto, a morbimortalidade global aumenta em casos de concomitância de lesões intestinais e contaminação da cavidade abdominal. **Conclusão:** o manejo de lesões vasculares deve priorizar o controle da hemorragia, restauração da circulação normal e da condição respiratória. Existem várias possibilidades de reparo, mas a escolha do tipo de tratamento depende da extensão do dano e das condições clínicas do paciente. O caso relatado possui a particularidade de referir-se a paciente admitida “*in extremis*”, evidenciando a necessidade de tempo de resposta rápido, de capacitação técnica dos cirurgiões e de infra-estrutura institucional, para resolução do quadro através de decisão intraoperatória, o que foi feito por meio de cirurgia de controle de dano para estabilização hemodinâmica e posterior reabordagem.

E-mail: luizcirilo_malak@hotmail.com

P024 - DIAGNÓSTICO DE ANOMALIA RENAL CONGÊNITA APÓS TRAUMA ABDOMINAL EM CRIANÇA: RELATO DE CASO

Mansur ACR¹, Vitor MB¹, Queiroz MV¹, Botelho Filho FM²

Instituições: ¹Acadêmicas de Medicina da Faculdade Ciências Médicas – MG; ²Cirurgião Geral e do Trauma. Médico Residente de Cirurgia Pediátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

Introdução: Episódios de traumas abdominais em crianças, algumas vezes, favorece o diagnóstico de anomalias renais congênitas, até então assintomáticas. A presença dessas lesões predispõe a um maior risco de injúria renal, especialmente após um trauma, podendo incorrer em insuficiência renal caso não seja feito o manejo adequado. **Objetivos:** Relatar um caso de hidronefrose congênita secundária a estenose da junção ureteropélvica (JUP) diagnosticado após trauma abdominal em criança. **Relato de caso:** MSV, 5 anos, foi admitida no Hospital João XXIII após episódio de queda de uma escada, apresentando dor abdominal intensa e hematúria franca. Realizada TC e USG de abdome, que evidenciaram hematoma peri-renal, lesão renal à direita com hidronefrose, ureter proximal direito de calibre usual, dilatação da pelve renal e uma provável estenose da JUP. A criança, previamente hígida, foi submetida ao tratamento conservador. O quadro clínico permaneceu estável, com ausência de queixas, apesar da persistência de hematúria microscópica. Os exames laboratoriais confirmaram função renal preservada. MSV foi transferido para o Hospital das Clínicas (HC) da UFMG, onde evoluiu com picos febris; exame de urina rotina e urocultura evidenciaram infecção urinária, tratada com Ceftriaxona. Na mesma data foi realizada nova USG, que revelou a hidronefrose moderada à direita, material amorfo móvel no sistema coletor renal direito e bexiga (coágulos), e uma possível obstrução parcial de causa indefinida. A equipe da Cirurgia Pediátrica do HC concluiu que não havia indicação de cirurgia no momento da internação e definiu acompanhamento ambulatorial no mesmo serviço. **Discussão:** Os traumas abdominais em crianças atingem com frequência o rim, anatomicamente um órgão mais vulnerável, e que se torna ainda mais, quando há lesão renal congênita ou pré-existente. A incidência dessas alterações em crianças com trauma abdominal varia de 1-23%. A TC é escolha para avaliação de trauma renal em crianças, pois auxilia o diagnóstico do grau da lesão, e se há anomalias/lesões pré-existent. Dentre as anomalias congênitas a JUP é a mais comum (1: 5000 nascidos vivos) prevalecendo no sexo masculino, e podendo o diagnóstico tardar até a idade adulta. **Considerações finais:** O manejo do trauma renal em criança é controverso e depende de vários fatores. Na maioria das vezes o tratamento pode ser conservador, e no caso da presença de anomalia congênita a reparação quando possível pode ser feita de forma eletiva.

E-mail: aline.mansurcr@gmail.com

P025 - SÍNDROME DE BOERHAAVE: RELATO DE CASO E CONSIDERAÇÕES TERAPÊUTICAS

Cabral MAS¹, Nogueira DF¹, Quadros IM¹, Costa DMA¹, Alves LFC¹, Nunes VRT¹

Instituições: ¹Universidade Federal de Minas Gerais

Introdução: A síndrome de Boerhaave, também conhecida como ruptura espontânea do esôfago, é uma condição rara, primeiramente descrita por Hermann Boerhaave em 1724. Aproximadamente 90% das rupturas são do terço inferior esquerdo do esôfago acima do diafragma. Produz quadro clínico grave de mediastinite e sepse. Está associada a mortalidade de 20% a 75% na dependência do tratamento precoce. Ocorre mais em homens de meia idade após refeição copiosa ou ingestão abusiva de álcool. **Relato de caso:** Paciente masculino, 33 anos, admitido no pronto-socorro queixando dispneia e dor torácica ventilatório-dependente, de início súbito após vômitos por uso abusivo de álcool. A radiografia simples de tórax evidenciou hidropneumotórax à esquerda. Realizada toracostomia em selo d'água, com drenagem imediata de 800ml de secreção sero-hemática. Houve piora clínica e drenagem de secreção purulenta, fétida. Tomografia de Tórax realizada após 60h do início do quadro evidenciou extravasamento de contraste oral para o espaço pleural esquerdo próximo ao esôfago torácico. Optou-se por tratamento cirúrgico. À toracotomia lateral esquerda observou-se restos alimentares na cavidade pleural, pulmão esquerdo encarcerado, além de perfuração de 5cm de extensão em parede ântero-lateral esquerda do terço distal do esôfago. Realizada decorticação pulmonar, rafia da lesão esofageana, com posicionamento de dreno de Kehr. Foram realizadas esofagostomia cervical, gastrostomia descompressiva e jejunostomia. Paciente evoluiu bem, recebendo alta hospitalar no 32ºDPO. **Discussão:** A ruptura esofageana está associada a altíssima mortalidade, principalmente se não for prontamente reconhecida. A taxa de mortalidade dos pacientes operados após 24h de ruptura pode exceder 50% e sucesso do tratamento é mais comum nas primeiras 24h. Quando o diagnóstico é estabelecido neste período, o fechamento primário imediato com drenagem do mediastino ou pleura é o tratamento indicado. Quando há fatores locais ou sistêmicos desfavoráveis ao fechamento primário, como desnutrição grave, necrose extensa da parede esofageana, mediastinite franca, choque séptico ou evolução de mais de 24-48h, prefere-se a cirurgia para exclusão do segmento acometido, envolvendo ampla drenagem torácica, esofagostomia cervical, gastrostomia descompressiva e jejunostomia para alimentação. O papel terapêutico da abordagem endoscópica, seja pelo uso criterioso de selante de fibrina ou de *stents* esofágicos, tem ganhado crescente importância.

E-mail: maderson@ufmg.br

P026 - O PERFIL DE ATENDIMENTOS TRAUMÁTICOS REALIZADOS PELO SAMU-BH

Carvalho CMLL¹, Lauriano KCA¹, Versiani CA¹, Silva AAS¹, Cruz GHX², Martins P³

Instituições: ¹Universidade Federal de Minas Gerais; ²Ciências Médicas de Minas Gerais; ³Comitê Gestor de Urgência e Emergência da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Introdução: O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é um componente do serviço pré-hospitalar de Belo Horizonte, utilizado para atendimento de casos de urgência e emergência de saúde. Implementado em 2003, tal serviço adquire crescente relevância, devido ao expressivo número de atendimentos dentro de uma rede hierarquizada de assistência. De acordo com dados mais recentes do Data-SUS, no período de 2009 a 2014, causas externas representaram a terceira maior causa de mortalidade no município de Belo Horizonte. Assim, o conhecimento do perfil epidemiológico do atendimento pré-hospitalar a causas externas é fundamental para a criação de políticas visando a otimização do serviço e prevenção desses agravos, garantindo reduções nas taxas de mortalidade. **Objetivos:** Descrever o perfil de atendimentos traumáticos realizados pelas Unidades Móveis do SAMU-BH. **Metodologia:** Utilizou-se de dados secundários do banco de dados do SAMU-BH, referentes ao total de atendimentos por causas no período de 01 de janeiro de 2009 a 31 de dezembro de 2015. **Resultados:** No período analisado, causas externas representaram 54, 83% dos 464. 139 atendimentos pré-hospitalares realizados pelas unidades móveis. De todos os 254. 515 atendimentos a causas externas, os acidentes de trânsito constituíram 57, 49% e violência urbana contribuiu com 12, 55% do total. Em relação ao total de 146. 321acidentes de trânsito atendidos nesses sete anos, observa-se que acidentes automobilísticos corresponderam a 29, 76%do total, motocicletas representaram 48, 10%, bicicletas 4, 37%e atropelamentos 17, 75%. Considerando os 31. 967atendimentos decorrentes da violência urbana, as agressões por arma de fogo representaram 32, 88% do total, autoagressões 14, 47%e agressões interpessoais 39, 56%. **Discussão:** Constata-se que causas externas contribuíram para cerca de metade de todos os deslocamentos de ambulâncias realizados no período, com maior prevalência de ocorrências por acidentes de trânsito. O fato de cerca de 65% dos atendimentos de acidentes de trânsito serem destinados a pedestres e ocupantes de motocicleta mostra a vulnerabilidade destes grupos de vítimas. Observa-se, também, a representatividade da prevalência de violência urbana nas ocorrências. **Conclusão:** Os dados apresentados evidenciam os agravos de saúde relacionados a causas externas que mais demandam atendimento pré-hospitalar na população de Belo Horizonte, atuando como fonte potencial para orientação de políticas preventivas.

E-mail: carolmartinelli@hotmail.com

P027 - INTOXICAÇÃO MEDICAMENTOSA DE CRIANÇAS EM AMBIENTE DOMICILIAR

Antunes LS¹, Campos GP¹, Freitas JF¹, Goulart RF¹, Rabelo CCC¹

Instituições: ¹Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

Introdução: Os envenenamentos têm grande relevância nos acidentes ocorridos na infância, por sua alta frequência, custos do tratamento, possibilidades de sequelas irreversíveis e sofrimento causados às crianças e suas famílias. No ambiente doméstico é onde frequentemente eles ocorrem. Os principais causadores de intoxicações são os medicamentos, dormissanitários e pesticidas. Em relação aos medicamentos, existe o problema do seu uso sem orientação médica e por consequência o desconhecimento sobre posologia e indicação. Apesar da fragilidade orgânica, as crianças têm como importante aliado o seu alto poder de recuperação, fazendo com que se restabeleçam rapidamente. Contudo, isso não exclui a possível ocorrência de sequelas graves ou morte, sendo necessário atendimento emergencial. **Objetivos:** Os objetivos deste trabalho foram identificar e elucidar os principais fatores relacionados às emergências por intoxicação medicamentosa na infância. **Metodologia de busca:** Para realização deste trabalho utilizou-se artigos científicos das bases de dados Scielo e Pubmed com as seguintes palavras chave: intoxicação, infância e emergência. **Discussão:** Segundo dados de 2013 do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas, as crianças, de um a quatro anos, são mais atingidas por intoxicações, 22, 57% dos casos, sendo os medicamentos os principais causadores (28, 45%). A prevalência dessa faixa etária está relacionada ao desenvolvimento de características como o início da interação com o meio, curiosidade por coisas novas e coloridas e a presença da fase da oralidade. Outros fatores, que tornam a terapia medicamentosa pediátrica mais perigosa são o cálculo da dose, que não deve se basear apenas na idade ou na sua superfície corporal, e as formas de administração, nas quais são utilizados utensílios não padronizados. Identificar a intoxicação depende das características do fármaco, da quantidade e via utilizada, e de fatores como o peso, a resistência e doenças apresentadas pela criança. Além disso, os sinais e sintomas apresentados, sonolência, agitação psicomotora, vômitos, taquicardia, são pouco específicos, o que dificulta o levantamento da suspeita de intoxicação. **Considerações finais:** As intoxicações medicamentosas em crianças representam considerável impacto social e econômico no sistema de saúde de diversos países. Dessa forma, medidas para diminuir o número de casos se mostram de grande importância nesse cenário.

E-mail: lele_sian@hotmail.com

P028 - MANEJO DO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO EM CRIANÇAS DE ATÉ DOIS ANOS

Santos LCH¹, Lima PTFM¹, Gontijo ELS¹

Instituições: ¹Universidade José do Rosário Vellano-Unifenas BH.

Introdução: O traumatismo cranioencefálico (TCE) é uma das causas mais comuns de trauma em crianças, sendo responsável pelo alto índice de internamento hospitalar e significativa taxa de mortalidade. As quedas são as causas mais frequentes de lesão cerebral. **Objetivos:** Citar as atuais condutas quanto ao manejo do atendimento do trauma craniano em crianças de até dois anos. **Metodologia:** Consiste em uma revisão da literatura indexada à base de dados do Scielo e PubMed. **Discussão:** A radiografia de crânio (RC) tem baixo valor preditivo de complicações neurológicas, e sua realização é controversa. A tomografia axial computadorizada (TAC-cranial) é o exame ideal para diagnóstico nesses casos, porém na maioria das vezes é necessário sedação da criança ocasionando sonolência e vômitos pós-anestesia. Durante o manejo, as crianças com TCE necessitam de monitorização contínua do seu nível de consciência, padrão respiratório e controle hemodinâmico. Na maioria não há necessidade de intervenção cirúrgica, uma vez que o TCE leve é predominante na população pediátrica. TCE leve é considerado quando não há perda da consciência e o Glasgow é igual a 15. O emprego farmacológico envolve o uso de anticonvulsivantes, como a difenilhidantoína e o fenobarbital e tem seu emprego indicado nos traumas severos, nos quais as crises convulsivas podem ocorrer. O uso de corticoide é controverso. Estudos recentes não demonstraram mudanças significantes na mortalidade e morbidade. Portanto, sua utilização não tem benefício comprovado. O diuréticos diminuem a pressão intracraniana através da diminuição do débito cardíaco. O uso de manitol é preferível no controle da hipertensão intracraniana. Há estudos sobre o benefício do efeito farmacológico de algumas drogas sobre o dano cerebral traumático. Essas drogas incluem os antagonista de cálcio, inibidores de calmodulina e antioxidantes lipídicos. Quanto ao manejo cirúrgico, a opção pode ser útil reduzindo a pressão intracraniana, além de tratar hematomas epidurais, subdurais e intraparenquimatosos. **Conclusão:** A anamnese e o exame físico são cruciais no detalhamento e informações a serem obtidas sobre caso. A tomografia axial computadorizada cranial é o exame de eleição para o traumatismo craniano, na determinação de injúria cerebral, detalhando melhor a condição da criança. Devido as principais causas de TCE em crianças, deve-se orientar os pais para que possam elaborar estratégias preventivas em situações recorrentes em crianças.

E-mail: leticiachs@hotmail.com

P029 - A prevalência do TCE em acidentes de motocicleta

Lima PTFM¹, Santos LCH¹, Gontijo ELS¹

Instituições: ¹Universidade José do Rosário Vellano- UNIFENAS BH

Introdução: Dentre suas várias etiologias, o trauma por veículo motor tem forte impacto nas estatísticas de mortalidade por essa causa, sendo no Brasil a terceira principal causa de morte. O Traumatismo Crânio Encefálico representa aproximadamente 70% do total de óbitos nesse tipo de acidente. **Objetivos:** Revisar a literatura a fim de evidenciar o alto índice de TCE em acidentes automobilísticos, em especial os motociclísticos, bem como explicitar o perfil dos acidentados e propor uma solução viável e eficaz para redução dos eventos. **Metodologia de busca:** Foram compilados artigos indexados na plataforma Scielo e LILACS, publicados a partir de 2012. As palavras chave utilizadas foram: TCE, motocicletas, mortalidade, trauma. **Discussão:** Conhecer o perfil sócio demográfico e das lesões é importante para caracterizar esses acidentados e prevenir futuros casos. A maioria dos indivíduos que sofrem esse tipo de trauma são homens, solteiros, na faixa etária dos 20 aos 35 anos, e o TCE é a causa da morte em aproximadamente 70% dos casos. Esses acidentes acontecem majoritariamente aos domingos, seguidos do sábado, e as quedas aparecem como razão predominante. Dentre as lesões decorrentes de TCE, a mais prevalente foi a hemorragia intracraniana, e nessas vítimas, a Escala de Coma de Glasgow (ECG) relatada no momento da admissão hospitalar na maioria dos casos era inferior a 9, caracterizando TCE grave. Vale ressaltar que outros autores também encontraram em quadros de TCE moderado ECG igual ou superior a 11. O uso de bebidas alcoólicas aparece como um dos grandes causadores dos acidentes e alguns autores fizeram uma íntima relação entre o TCE e lesões na face com o uso do capacete, sendo os traumas citados mais graves e extensos em indivíduos sem o equipamento. **Considerações finais:** O TCE é comprovadamente a principal razão de mortalidade em acidentes motociclísticos, e observa-se que há um perfil característico dos indivíduos envolvidos nesses acidentes com base nisso é possível, e necessário, elaborar soluções e intensificar as medidas já existentes que atinjam esse público, visando diminuir o índice de acidentes, e consequentemente de TCE, ou ainda a gravidade deles. O uso do capacete deve ser energeticamente estimulado, bem como a fiscalização da ingestão de álcool pelos motoristas.

E-mail: paolatlima@yahoo.com.br

P030 - SÍNDROME DA HIPERINSUFLAÇÃO PULMONAR: RELATO DE CASO

Tomasovich MEA¹, Silva ERA¹, Reis VMM¹, Peixoto TF¹, Silva MG¹

Instituições: ¹Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

Introdução: A Síndrome da Hiperinsuflação Pulmonar (SHP) é uma complicação das atividades que utilizam ar comprimido. No mergulho recreacional, em estatística levantada pela *Divers Alert Network* (DAN), a Embolia Arterial Gasosa (EAG) foi a quarta causa de mortalidade, evidenciando a relevância do assunto para o médico emergencista. A SHP é uma entidade traumática das vias aéreas inferiores que ocorre agudamente como consequência de duas ações combinadas: a súbita rápida e o bloqueio – este voluntário ou não – das vias aéreas. O barotrauma resultante lacera o parênquima pulmonar permitindo a entrada de ar na circulação sistêmica. Instala-se, assim, o quadro hipóxico-isquêmico típico e mais grave da SHP: a embolia gasosa arterial. **Objetivo:** Apresentar à população médica a entidade clínica “Síndrome da Hiperinsuflação Pulmonar” através de um caso clínico, facilitando seu reconhecimento e, portanto, seu tratamento precoce. **Relato de caso:** Apresentamos o caso de um mergulhador de 53 anos que apresentou um trauma pulmonar durante mergulho recreacional. Na ocasião, fez uso de um cilindro reserva sem o devido treinamento. Ao entrar na água, ocorreu o primeiro, de uma sequência de erros: a vítima realizou a imersão sem o regulador do cilindro principal em sua boca. Buscando sua fonte de ar, o mergulhador se confundiu, utilizando a mangueira que estava conectada ao cilindro menor. Em decorrência desse erro seu suprimento de ar foi rapidamente consumido. O mergulhador, em pânico, prendeu a respiração ao ascender à superfície. Ao chegar, já se apresentava inconsciente e evoluiu com parada cardiorespiratória. Os procedimentos de ressuscitação foram realizados sem sucesso. **Discussão:** O caso relatado é um exemplo típico de SHP, em que indivíduo despreparado ao mergulhar realiza uma ascensão rápida sem expiração adequada. Em uma situação de depleção de ar como a descrita, é recomendado o compartilhamento de gás com outro mergulhador ou ainda, se inviável, a subida livre de emergência. Neste último, é imprescindível que o mergulhador solte ar enquanto emerge. A oxigenioterapia deve ser rapidamente instituída na abordagem inicial desses indivíduos com intuito de restabelecer a função pulmonar. **Conclusão:** A SHP é uma emergência pouco conhecida por médicos que não lidam com a população que pratica mergulho autônomo. Trata-se de uma condição de elevada mortalidade, porém de tratamento simples, e facilmente prevenível daí a necessidade do aprendizado contínuo de médicos.

E-mail: marcos.tomasovich@gmail.com

P031 - STATUS EPILEPTICUS: EMERGÊNCIA CLÍNICA NEUROLÓGICA

Ferreira LP¹, Melo LAA¹, Tavares JC²

Instituições: ¹Aluno do curso de Medicina/UFMG, membros do Programa AGERE/ Liga Acadêmica de Epilepsia (LAE); ²Doutora em Biologia Molecular e Fisiologia, professora Associada II do Departamento de Fisiologia e Biofísica/ICB/UFMG, Coordenadora do Programa AGERE/Liga Acadêmica de Epilepsia (LAE)

Introdução: Status Epilepticus (SE) é uma emergência médica e neurológica muito comum. Devido às significativas mortalidade e morbidade, é essencial que todos os médicos sejam capazes de identificá-la para fazerem a escolha terapêutica adequada, e consequentemente, melhorar qualidade e aumentar expectativa de vida dos pacientes. **Objetivos:** Elucidar os cuidados clínicos com SE a partir da bibliografia atual. **Metodologia:** Breve revisão bibliográfica no Portal Capes de artigos científicos em inglês publicados nos últimos cinco anos com as palavras-chaves “Status Epilepticus” “treatment”. **Resultados:** Normalmente a SE é uma complicação da epilepsia e suas manifestações clínicas são crises epiléticas prolongadas ou uma série delas sem retorno basal da consciência. Recentes *guidelines* definem SE como crises que duram 5 minutos ou mais, bem diferente dos 30 minutos aceitos historicamente, estes com grandes chances de causar lesões neuronais. As manifestações podem ser generalizadas com clínica motora típica e diminuição da consciência, ou também ter manifestações não convulsivas, como sonolência, afasia, alucinações, confusão. A taxa de mortalidade é variável e diretamente proporcional à idade, estimada em 3% em crianças e maior que 30% em adultos. O tratamento inicial consiste em manobras de suporte básico de vida; com liberação das vias aéreas, intubação, acesso intravenoso, exame neurológico, teste glicêmico. EEG de urgente é recomendado na suspeita de crise psicogênica ou não convulsivo. Embora sem evidências claras sobre a janela terapêutica e a sequência das drogas anti-epiléticas (DAE) ideais, a maioria dos protocolos para a tratamento SE recomenda que o primeiro DAE seja administrada 5 minutos após início da crise. Se a SE não for controlada, troca-se de classe de DAE em 10 minutos, e persistindo, deve-se iniciar anestésico via infusões contínuas. Os benzodiazepínicos são tipicamente a primeira escolha, sendo usados lorazepam e diazepam intravenoso, ou, menos frequentemente, midazolam intramuscular. Estes, dependendo das doses, podem levar à depressão respiratória e hipotensão. A rapidez no acolhimento desses pacientes é outro fator relevante, uma vez que cada minuto não tratado há um aumento de 5% de chances do SE perdurar por mais de 60 minutos em crianças. **Conclusão:** SE é uma condição comum e requer ação rápida na identificação e no tratamento com o objetivo de diminuir dano neurológico, a mortalidade e a duração da crise, logo melhorar o prognóstico.

E-mail: leilafpinho@gmail.com.br

P032 - COAGULOPATIA TRAUMÁTICA AGUDA (CTA)

Veloso BMB¹, Porto BM¹, Faraco CMF¹, Campos DM¹, Marçal EC¹

Instituições: ¹Universidade Federal de Minas Gerais; ²Hospital Municipal Odilon Behrens

Introdução: O trauma ainda é uma das principais causas de morte e de incapacidade em adultos, no Brasil, principalmente em decorrência dos acidentes de trânsito. Entre os mecanismos de morte mais comuns, estão as hemorragias não controladas, que correspondem a 30-40% dos óbitos precoces no trauma, causados ou acentuados por coagulopatias de diversas etiologias. Coagulopatia traumática aguda (CTA) é a terminologia que denomina o desequilíbrio precoce da hemostasia endógena, que ocorre imediatamente após o trauma, com extensa lesão de tecidos moles associada à hipoperfusão. **Objetivos:** Elucidar conceito, etiopatologia e tratamentos empregados atualmente, como antifibrinolíticos, buscando enfatizar a relevância do tema na prática médica. **Metodologia:** Revisão bibliográfica utilizando-se as plataformas de dados: Pubmed, Scielo e LILACS, ea base de informações médicas: UptoDate. **Resultados:** Os resultados apontaram predomínio de: revisões literárias, relatos e estudos de casos e análises retrospectivas. Os trabalhos evidenciam que a presença de CTA está associada a maior demanda de hemotransfusões, de cuidados intensivos, de tempo de internação prolongado, de ventilação mecânica e, ainda, a maior incidência de disfunção múltipla de órgãos e a um aumento de até oito vezes na mortalidade nas primeiras 24 horas. Há evidências de que o uso do Ácido Tranexâmico (AT) está associado à diminuição dessas complicações. **Discussão:** A fisiopatologia da CTA não está totalmente esclarecida, mas relaciona-se à junção de lesões teciduais graves à hipoperfusão, resultando em aumento do tempo de protrombina e do RNI, que são marcadores independentes de mortalidade em politraumatizados. Os tecidos danificados promovem a ativação do sistema de coagulação e o consumo de seus componentes, além do aumento considerável da atividade fibrinolítica. O resultado é a falência do sistema de coagulação e o desequilíbrio hemostático. O AT é um antifibrinolítico e seu uso, nas primeiras três horas após o trauma, está relacionado à redução significativa da mortalidade. **Conclusão:** Pacientes politraumatizados estão susceptíveis à CTA e a intervenção precoce e adequada pode reduzir as complicações e a mortalidade associadas a essa entidade. Este tema, entretanto, requer mais estudos e discussões no ambiente de atendimento ao trauma.

E-mail: barbarambveloso@gmail.com

P033 - HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO: MANEJO E RELEVÂNCIA NA SAÚDE DO IDOSO

Kac MB¹, Aleixo FAP², Massote GB², Klein JB², Whyte MPM², Filho FMB¹

Instituições: ¹Universidade Federal de Minas Gerais; ²Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais

Introdução: O Hematoma Subdural Crônico (HSDC) é uma coleção sanguínea, entre a dura-máter e a aracnoide, de evolução de mais de 20 dias. Devido à maior incidência em pacientes de idade avançada – média de 59 anos – possui relevância na saúde do idoso. Idade avançada, condições que favorecem quedas e uso de anticoagulantes/antiplaquetários – comum entre idosos – são fatores de risco para HSDC. Diagnóstico e tratamento precoce favorecem uma resolução favorável e manutenção da qualidade de vida do paciente. **Objetivos:** Abordar a fisiopatologia, diagnóstico e tratamento do HSDC e sua relevância diante do envelhecimento da população. **Metodologia:** Artigos de revistas de neurocirurgia/geriatria das bases de dados PubMed e DynaMed. **Discussão:** O HSDC geralmente decorre de traumas leves que levam à ruptura de veias pontes. A lesão cria um estado de hiperfibrinólise local, com aumento de permeabilidade vascular e neovascularização, favorecendo o ressangramento e manutenção do hematoma. As sequelas e lesões secundárias como herniação ou isquemia cerebral ocorrem por efeito de massa ou comprometimento vascular. O HSDC deve ser investigado na presença de sintomas neurológicos como paresias, ataxia, alteração do estado mental, entre outros. A Tomografia Computadorizada, complementar à clínica, é o exame de escolha para diagnóstico e acompanhamento do HSD, sendo capaz de definir seu volume e alterações estruturais do encéfalo. O tratamento do HSDC pode ser conservador ou cirúrgico, sendo este último mais indicado. As técnicas mais utilizadas em casos não-agudizados são a craniotomia *twist-drill* e a craniotomia por trepanação, por apresentarem baixa morbimortalidade. A primeira pode ser realizada com anestesia local e apresenta menor risco operatório, especialmente no idoso, que apresentam maior risco de complicações per/pós-operatórias. O uso de dreno pós-operatório reduz em até 60% a recorrência do hematoma, a principal complicação pós-cirúrgica. O prognóstico dos HSD depende da pontuação na ECG no momento da admissão, espessura da lesão, outras comorbidades e piora com a idade, o que destaca a importância do cuidado com o paciente idoso. **Conclusão:** O HSDC pode levar a complicações e sequelas importantes com o envelhecimento da população, é preciso atenção às doenças que acometem os idosos. Devido à sua relevância nesse grupo e à importância do tratamento precoce, o HSDC deve ser estudado e considerado como opção diagnóstica em situações clínicas compatíveis no cotidiano.

E-mail: kac.dror@gmail.com

P034 - LESÕES TRAUMÁTICAS DO ANEL PÉLVICO: ATENDIMENTO INICIAL

Freitas NPF¹, Costa GLJ¹, Fonseca CAG¹, Moura NM¹, Santiago MN¹, Carvalho MC²

Instituições: ¹Centro Universitário de Belo Horizonte; ²Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas Samuel Libânio

Introdução: As lesões do anel pélvico são emergências ortopédicas decorrentes de acidentes de trânsito ou quedas de grande altura, sendo responsáveis por 2 a 8% das lesões esqueléticas, e 25% em politraumatizados¹. Essas lesões são mais frequentes em homens com média de 37 anos, podendo envolver fraturas e luxações das regiões anterior e posterior da pelve, e gerar graves lesões vasculares, causa mais frequente de mortalidade, a qual varia de 8 a 50%². Nesse contexto, a assistência necessita de dados a respeito da gravidade do trauma, já que reposição de volume e estabilização local como medidas imediatas tem impacto na sobrevida do paciente. **Objetivos:** abordar o atendimento inicial às lesões pélvicas traumáticas visando capacitar médicos e futuros médicos a reconhecer, avaliar instabilidade mecânica, e assim, estabelecer tratamento adequado, realizando redução e estabilização do anel, além do manejo geral do paciente. **Metodologia de busca:** Revisão bibliográfica não sistemática utilizando as bases de dados Scielo, Bireme, Pubmed no período 2000 a 2016 em português e inglês. **Discussão:** Os mecanismos de trauma responsáveis pela lesão do anel pélvico são rotação externa, interna e cisalhamento vertical. O atendimento inicial ao politraumatizado deve seguir o protocolo de atendimento básico de suporte de vida, sendo medidas imediatas: manutenção da via aérea e controle do sangramento. A identificação da lesão é realizada pelo exame do aparelho locomotor, hemorragias ao nível do meato uretral, dos genitais, do reto e exames radiológicos. O paciente deve ser tratado com emergência, e a lesão, ser a prioridade no suporte ao paciente. Procede-se à fixação externa (com roupa pneumática antichoque, ou mesmo o uso de “lençol”), envolvendo o paciente ao nível do grande trocanter, colocando apoio sob os joelhos e coxas, juntando os tornozelos e amarrando, a fim de reduzir a pelve e tamponar o sangramento, que, caso não seja controlado, deve-se partir para investigação abdominal. Ainda é necessário enquadrar o paciente adequadamente na Classificação de Tile, a fim de auxiliar o médico a direcionar sua conduta a um tratamento mais eficaz. **Conclusão:** As lesões do anel pélvico são graves, pois possuem mortalidade significativa e alto índice de lesões associadas, por isso devem ser sempre suspeitadas em casos de trauma de alta energia. O tratamento precoce e utilização de protocolos como o ATLS orientam para melhor condução do caso e início de bom prognóstico.

E-mail: natalia.fariadefreitas@gmail.com

P035 - DISTÓCIA DE OMBRO: EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO OBSTÉTRICOS.

Lima MM¹, Costa GLJ¹, Santos MBC¹, Melges PHR¹, Lobato ACL²

Instituições: ¹Centro Universitário de Belo Horizonte; ²Mestre em Saúde da Mulher pela UFMG. Pré-natalista de Alto Risco no Hospital Júlia Kubitschek, Fhemig. Especialista em Medicina Fetal. Professora das Faculdades de Medicina da UNIFENAS/BH e UNI/BH

Introdução: Distócia é a progressão anormalmente lenta do trabalho de parto e parto. A distócia de ombro é definida como a impactação do ombro fetal atrás da sínfise púbica ou no promontório sacral materno. O parto distóxico é complicado e se apresenta como predisponente a traumas tanto para a mãe quanto para o feto. **Objetivo:** Investigar a distócia de ombros como emergência obstétrica: seus fatores de risco, as formas de resolução e possíveis complicações maternas e fetais. Além de realçar a sua importância e promover a reflexão na sua abordagem. **Metodologia de busca:** Revisão bibliográfica não sistemática nas bases de dados LILACS, SCIELO e BIREME, no período de 2010 a 2016, publicados nas línguas portuguesa, inglesa, espanhola e francesa. **Discussão:** É uma condição que representa uma emergência obstétrica. O traumatismo nesta situação pode ser extenso e trazer sequelas para a mãe e feto. As lesões de partes moles e do esfíncter anal são complicações maternas particularmente comuns. Já o feto pode sofrer trauma de plexo braquial, fratura clavicular, fratura de úmero, a encefalopatia hipóxico-isquêmica e o óbito neonatal. Os fatores de risco para o estabelecimento dessa complicação são inúmeros, dentre eles os principais é a macrossomia e o diabetes. **Considerações finais:** A distócia é uma condição grave e pode trazer consequências sombrias bem como permanentes para mãe e feto. Sendo assim, importante estar atento aos fatores de risco e preparado quanto ao manejo da emergência.

E-mail: mari_m_lima@yahoo.com.br

P036 - PARTO DE EMERGÊNCIA EM APRESENTAÇÃO PÉLVICA

Santos MBC¹, Costa GLJ¹, Lima MM¹, Melges PHR¹, Lobato ACL²

Instituições: ¹Centro Universitário de Belo Horizonte; ²Mestre em Saúde da Mulher pela UFMG. Pré-natalista de Alto Risco no Hospital Júlia Kubitschek, Fhemig. Especialista em Medicina Fetal. Professora das Faculdades de Medicina da UNIFENAS/BH e UNI/BH.

Introdução: A apresentação pélvica ocorre quando o polo pélvico do feto situa-se no estreito superior da bacia óssea materna. Em virtude de sua baixa prevalência e por ocasionar parto distóxico, é considerada uma apresentação anômala que pode representar situação de emergência para a equipe obstétrica e neonatologista. Ocasionalmente crescentes na realização do parto pela elevada taxa de morbimortalidade e complicações neonatais. **Objetivo:** investigar condutas obstétricas na apresentação pélvica a fim de ressaltar sua importância e buscar formas de reduzir as complicações neonatais. **Métodos:** Revisão não sistemática nas bases de dados Scielo, Lilacs e Bireme e revisão bibliográfica no período de 2000 a 2016 publicados nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa, usando as palavras chaves: distócia, apresentações anômalas, emergência obstétrica e parto pélvico. **Discussão:** O diagnóstico de apresentação pélvica pode ser feito através das manobras de Leopold, toque vaginal ou ultrassom. Quando realizado no pré-natal, pode ser realizada tentativa de versão cefálica externa na 36ª semana conforme orientações da OMS. Em caso de fracasso da manobra outras condutas podem ser adotadas. A cesariana programada é uma alternativa em casos de apresentação pélvica, porém deve-se aguardar o termo completo e preferencialmente o desencadeamento espontâneo do trabalho de parto. A cesariana programada reduz a morbimortalidade fetal, no entanto, aumenta a mortalidade materna em curto prazo. O parto pélvico por via vaginal deve ser bem indicado, pois está sujeito a diversas complicações como: asfixia, acidose grave com compressão de cordão, trauma de ombros ou polo cefálico e prolapso de cordão. Um obstetra experiente deve estar presente na assistência ao parto pélvico e este deve ocorrer em centros equipados caso seja necessário realizar cesariana de emergência. O parto deve ter início espontâneo, não sendo recomendada a indução. Após o aparecimento do cordão podem ser iniciadas manobras para auxílio no desprendimento fetal e atenuação de traumas. **Considerações finais:** O parto pélvico é uma importante emergência obstétrica e deve ser bem conduzido pela gravidade das complicações que podem ocorrer em seu curso. Portanto, é de fundamental importância que a equipe médica esteja preparada para seu manejo.

E-mail: marcela_bol@hotmail.com

P037 - DESCOLAMENTO PREMATURO DA PLACENTA: UMA EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA

Costa GLJ¹, Santos MBC¹, Simões RLA¹, Teixeira LGD¹, Cota ARH¹, Lobato ACL²

Instituições: ¹Centro Universitário de Belo Horizonte; ²Mestre em Saúde da Mulher pela UFMG. Pré-natalista de Alto Risco no Hospital Júlia Kubitschek, Fhemig. Especialista em Medicina Fetal. Professora das Faculdades de Medicina da UNIFENAS/BH e UNI/BH

Introdução: O descolamento prematuro de placenta (DPP) é definido como a separação intempestiva e prematura da placenta de implantação normal após a 20ª semana de gestação. Representa a principal causa de sangramento no 3º trimestre, sendo frequentemente responsável por hemorragia materna grave e importante causa de morbimortalidade materna e fetal. **Objetivo:** abordar o descolamento prematuro de placenta quanto a fatores predisponentes, quadro clínico e manejo com a finalidade de discutir medidas preventivas, diagnóstico precoce, visando melhor conduta perante a condição. **Métodos:** Revisão bibliográfica não sistemática utilizando as bases de dados Dynamed, Scielo, Bireme, Pubmed no período 2004a 2016 em português e inglês. **Discussão:** O DPP tem como principal fator etiológico a hipertensão arterial materna, principalmente quando há sobreposição de pré-eclâmpsia grave. Grande parte dos descolamentos é explicada pelo envolvimento de fatores imunológicos, inflamatórios e vasculares. Importantes complicações maternas e perinatais estão associadas à DPP como: choque hipovolêmico, coagulação intravascular disseminada e morte materna, hipóxia e acidose fetal, lesão cerebral e morte neonatal, entre outras. O quadro clínico geralmente cursa com sinais de hipovolemia materna, sangramento vaginal de volume variável e sinais de sofrimento fetal. O diagnóstico deve ser rápido e a conduta deverá ser individualizada para diminuir a morbimortalidade materna e perinatal. Fatores como: gravidade, idade gestacional e grau de comprometimento materno fetal determinam a conduta. **Conclusão:** É interessante o reconhecimento dos fatores de risco de DPP durante o pré-natal porque algumas intervenções no período gravídico poderão certamente, alterar e favorecer o prognóstico materno fetal. Além disso, a identificação de sinais e sintomas precoce e o manejo adequado diminuem de forma significativamente morbimortalidade materna, e principalmente fetal.

E-mail: gabiljcosta@hotmail.com

P038 - REVISÃO CRÍTICA DOS MÉTODOS DE SÍNTESE DE FASCIOTOMIA EM PERNA PARA TRATAMENTO DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL AGUDA

Oliveira KE¹, Santos EPFA¹, Pinto VS¹, Vianney TFR¹, Campos-Christo SF²

Instituições: ¹Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH); ²Cirurgião cardiovascular do Serviço de Trauma Vascular do Hospital João XXIII; Professor Adjunto do Curso de Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte (UniBH); Cirurgião Cardiovascular e Coordenador da Residência em Cirurgia Cardiovascular do Hospital Felício Rocho

Introdução: A síndrome compartimental aguda (SCA) é uma condição grave, provocada pelo aumento da pressão intersticial em relação à pressão de perfusão capilar no espaço osteofascial, gerando edema, aumento da pressão no compartimento e isquemia. Seu tratamento consiste em fasciotomia descompressiva de urgência, com secção das fâscias compartimentais. Após redução do edema, a síntese da fasciotomia pode ser realizada primariamente com confecção de sutura de tração da pele, ou por segunda intenção, com enxerto de pele e/ou aplicação sutura de tração. **Objetivos:** Identificar vantagens e desvantagens dos métodos mais usados na síntese de fasciotomia de perna. **Metodologia:** Revisão bibliográfica nas plataformas PubMed, Scielo e BVS/Lilacs, entre 1993 e 2016, em inglês, português e espanhol. Na estratégia de busca foram utilizadas as palavras-chave: “fasciotomia”, “síndrome compartimental”, “sutura” (e correspondentes em inglês). Os trabalhos foram classificados de acordo com o desenho do estudo, a etiologia da SCA, o número da amostra, as complicações relacionadas ao método de síntese e o tempo de internação. **Resultados:** Em uma publicação foi realizado estudo prospectivo comparativo com grupos controle e teste. Já os resultados da síntese primária com a técnica do cadarço foram confrontados com aqueles obtidos com aplicação de curativo à vácuo. Aqueles com fechamento secundário com enxerto de pele foram apresentados em relato de caso. Avaliação retrospectiva de séries de caso foram tema de 8 publicações: 6 com aplicação primária de sutura de tração, 1 com sutura de tração em síntese secundária e uma publicação com proposta de fechamento primário retardado com aplicação de fitas adesivas às bordas da ferida. Duas publicações trataram de SCA de origem vascular, em 7 a etiologia da SCA estava associada ao trauma e em 2 séries de casos não houve distinção do agente etiológico. O tempo transcorrido entre a fasciotomia e a síntese variou de 3 a 19 dias no “pool” de pacientes das 11 publicações. A permanência hospitalar foi de 3, 9 a 82 dias, segundo a presença de traumatismos associados e de complicações pós-operatórias. **Considerações finais:** A síntese da ferida da fasciotomia pode ser realizada por diferentes técnicas. Não existem estudos comparativos bem desenhados, com número de pacientes suficientes para validação estatística e com níveis de evidência relevante para definição da melhor técnica a ser aplicada na síntese associada da fasciotomia de perna.

E-mail: oliverkamilla@gmail.com

P039 - TORACOTOMIA DE EMERGÊNCIA NO TAMPONAMENTO CARDÍACO

Xavier LC¹, Pereira ML¹, Melo LMC¹, ². Carvalho GC¹

Instituições: ¹Acadêmicos 3º período de medicina do Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves – IPTAN, São João del Rei – MG; ²Enfermeiro, SAMU Macro centrosul – MG.

Introdução: Toracotomia é uma técnica cirúrgica de emergência que deve ser realizada diante de diagnóstico preciso, por exemplo, tamponamento cardíaco. A indicação para o procedimento baseia-se na gravidade extrema e no risco de morte imediato a esses tipos de pacientes traumatizados. **Objetivo:** Fazer uma abordagem cirúrgica associada ao trauma a respeito do tamponamento cardíaco como fator indicativo para efetivar a toracotomia de emergência, dando ênfase na importância de realizar medidas adequadas para possível salvamento do paciente traumatizado. **Metodologia:** Foram analisados retrospectivamente artigos científicos, além de livros e textos sob supervisão do orientador. **Discussão:** O procedimento da toracotomia de emergência no tamponamento cardíaco é feito de acordo com o diagnóstico exato do paciente, pelo socorrista. A principal forma de identificação de um tamponamento seria através da tríade de *beck*, que são conjuntos de sinais e sintomas, sendo eles: abafamento das bulhas cardíacas, hipotensão arterial, turgência jugular. O tamponamento cardíaco é definido como, acúmulo de sangue ou fluidos na cavidade pericárdica, exercendo extrema pressão sobre o coração, dessa maneira compromete a expansão ventricular e consequentemente o bombeamento sanguíneo. E é decorrente, na maioria das vezes, por trauma contuso ou penetrante, lesões por armas brancas ou devido a outros traumatismos graves. Inicialmente o tratamento de emergência do tamponamento cardíaco é feito pela pericardiocentese, através da introdução de uma agulha no tórax do paciente na região paraesternal no quarto espaço intercostal esquerdo, realizando a punção do líquido acumulado para que alivie a pressão do pericárdio, entretanto esse procedimento nem sempre é eficiente. Posteriormente, realiza-se a toracotomia, em que é realizado uma incisão no 5º espaço intercostal esquerdo dando acesso ao pericárdio, afim de restabelecer as funções cardíacas. **Conclusão:** A toracotomia de emergência é um procedimento que permite a adoção de medidas provisórias para estabilizar hemodinamicamente as condições de um paciente vítima de traumatismos que resulta no tamponamento cardíaco, que pode ser de difícil diagnóstico. Sendo assim, por ser um procedimento invasivo ao paciente traumatizado, a toracotomia deve ser realizada quando há indicação clara, ou seja, quando existe maior benefício do que risco, tratando-se de uma técnica imediata e necessária para tratar e salvar a vida desse paciente.

E-mail: lulucxavier@hotmail.com

P040 - TORACOFRENOLAPAROTOMIA NO TRAUMA

Benfica HP¹, Braun IMM¹, Morais MC¹, Silva LS¹, Toledo FDF², Drumond DAF²

Instituições: ¹Centro Universitário de Belo Horizonte; ²Universidade Federal de Minas Gerais

Introdução: Em trauma é crucial que ocorram intervenções sistematizadas e otimização do tempo, que impactam na sobrevida. No ambiente hospitalar é essencial avaliar quais procedimentos serão feitos para possibilitar reabilitação adequada. No caso, um possível procedimento é a toracofrenolaparotomia. Essa técnica consiste na incisão simultânea do tórax e abdome. **Objetivo:** Discutir emprego da toracofrenolaparotomia, técnica, indicações e complicações. **Relato de caso:** Paciente CCR, masculino, 32 anos, vítima de agressão por arma de fogo (cartucheira) em Santa Luzia há 2hs. Trazido por ambulância com choque hipovolêmico sugestivo de hemorragia classe III e responsivo transitório após infusão de 4000 ml de SF 0, 9%. Intubado em Glasgow 13. Sonda vesical com hematúria. Ao atendimento primário/secundário: vias aéreas pérvuas com colar cervical; MV diminuído hemitórax esquerdo; FR = 16 irpm; SATO2 = 96%; pulsos radiais cheios; FC = 110bpm; PAS = 96 mmHg; Glasgow: 11 (RV = 1 /RM = 6 /AO = 4); isocórico; Tórax estável com múltiplos projéteis em HTX esquerdo; Abdome plano com cicatriz mediana xifopúbica, doloroso difusamente com defesa voluntária e involuntária (contratura) e PAF no flanco esquerdo; pelve estável, indolor. **Discussão:** A via de acesso no trauma abdominal penetrante é a laparotomia mediana xifopúbica. O trauma penetrante do tórax exige abordagem cirúrgica em 15% a 30% dos casos, contudo, não existe incisão única que permita bom acesso. Existem lesões viscerais ou vasculares justa diafragmáticas que exigem combinação das incisões associadas a frenotomia para melhor exposição. A incisão toracoabdominal ou toracofrenolaparotomia é via de acesso ao trauma versátil. Por necessitar uma incisão no diafragma e arcos costais, aumenta a morbidade cirúrgica relacionada à dor no pós-operatório e complicações respiratórias devido à paralisia diafragmática temporária ou definitiva. Apesar de ser via de acesso mórbida, deve fazer parte do arsenal terapêutico do cirurgião que necessita de manobras críticas em situações complexas para cumprir seu **Objetivo:** parar o sangramento. **Conclusão:** A escolha da melhor técnica para o tratamento do paciente leva em conta suas condições hemodinâmicas e anatômicas, bem como o tipo do ferimento e a reabilitação desejada. A opção escolhida no caso é a toracofrenolaparotomia que, apesar dos riscos de paralisia diafragmática, é a técnica que apresenta melhor exposição anatômica e possibilita melhores resultados.

E-mail: henriquebenfica@gmail.com

P041 - TRATAMENTO CONSERVADOR EM PACIENTES IDOSOS ESTÁVEIS E COOPERATIVOS ADMITIDOS DEVIDO A PNEUMOTÓRAX TRAUMÁTICO

Ferreira ML¹, Coelho IB¹, Paiva ACHS¹, Maia BL²

Instituições: ¹Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves – IPTAN; ²Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais – BH

Introdução: Os idosos representam atualmente 10% da população mundial. No Brasil representam 11, 34% da população e estimam-se que nos próximos 20 anos esse número triplique, evidenciando-se a necessidade de atenção voltada a saúde do idoso. O processo de envelhecimento provoca modificações fisiológicas que ocasionam em um declínio físico e comprometimento neuromuscular, o que os tornam susceptíveis à quedas, que podem ter como uma das consequências o pneumotórax. Tratamentos convencionais para pneumotórax nesse grupo populacional determinam complicações, sendo o atendimento conservador em determinados casos, uma opção mais segura e com a mesma eficácia. **Objetivos:** O objetivo deste trabalho é descrever o tratamento conservador do pneumotórax, seus benefícios e consequências no paciente idoso. **Metodologia de busca:** O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura especializada, sob supervisão do orientador realizada através de consulta a artigos científicos selecionados por meio de busca a partir das fontes Medline, Pubmed e Lilacs. **Discussão:** A primeira opção no tratamento do pneumotórax consiste na remoção do ar contido na cavidade pleural através da colocação de um dreno torácico que se introduz no espaço pleural. Entretanto, a presença do dreno pode ocasionar consequências como enfisema subcutâneo, infecção e contaminação das pleuras. Procedimentos invasivos resultam em dias de hospitalização, grandes gastos hospitalares e aumento da disposição de complicações no paciente. O tratamento conservador é uma opção para pacientes estáveis e cooperativos e as complicações podem ser menores quando comparadas ao tratamento convencional, o que pode ser constatado através de um relato de caso, onde o tratamento conservador com monitorização clínica e oximetria de pulso em idoso com pneumotórax pequeno na base do hemitórax direito, apresentou resultado satisfatório e sem complicações, levando após dois dias de hospitalização, alta com acompanhamento ambulatorial. **Considerações finais:** O cuidado adequado com o idoso deverá ser complementado pela visão dos efeitos multidimensionais do envelhecimento sobre as manifestações das doenças, suas consequências e resposta ao tratamento. O tratamento conservador ainda é um tema pouco discutido em artigos acadêmicos, mas significativo, uma vez que pode apresentar benefícios quando bem orientado e recomendado para casos específicos, resultando assim em mais uma alternativa terapêutica.

E-mail: marianaladeira@hotmail.com

P042 - EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS

Pádua SMV¹, Parentoni AS¹, Miranda LM¹, Tolentino MR¹, Magalhães MK¹, Magalhães E²

Instituições: ¹Faculdade de Medicina de Barbacena – MG; ²Especialista em Pediatria pelo Instituto de Previdência do Servidor do Estado de Minas Gerais (IPSEMG)

Introdução: Apesar dos atuais conhecimentos sobre a fisiologia e a terapêutica da doença hipertensiva, a evolução de paciente portador de hipertensão é, eventualmente, marcada por episódio clínico decorrente da elevação súbita da tensão arterial que ameaça a vida do mesmo, se não tratada imediata e adequadamente. A emergência hipertensiva é caracterizada por uma elevação da pressão arterial e com sinais de lesões em órgãos-alvo (Encefalopatia, infarto agudo do miocárdio, angina instável, edema agudo de pulmão, eclampsia, acidente vascular encefálico e dissecação de aorta). Uma anamnese e um exame físico completos, incluindo o exame de fundo de olho, são fundamentais para se reconhecer precocemente tais complicações. **Objetivos:** O presente estudo visa apresentar os principais pontos sobre o correto diagnóstico e tratamento das diferentes emergências hipertensivas. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão bibliográfica a partir de diferentes artigos originais referentes ao tema “ emergência hipertensiva” e “crise hipertensiva” encontrados nas bases de dados Pubmed e MedLine. **Resultados:** A emergência hipertensiva resulta de uma elevação abrupta da pressão arterial sistêmica acompanhada por sintomas que sugerem lesões de órgão-alvo e quadro clínico que apresente risco de vida, necessitando de internação hospitalar e imediato tratamento com nitroprussiato de sódio e/ou urapidil. **Discussão:** É difícil estabelecer o melhor agente para a Emergência Hipertensiva, devido à falta de dados de estudos que comparem as possíveis intervenções. Quanto ao tratamento, sugere-se que a PA seja reduzida em 25%, em 2 h, e não seja menor que 160/100 mm Hg, em 6 h. Isso por que a redução abrupta da PA pode precipitar a isquemia de alguns tecidos nos hipertensos. Além disso, estudos demonstram que as condutas para redução da PA dos pacientes são divergentes diante das mesmas pressões arteriais. O que leva a crer que o conceito de crise hipertensiva não é conhecido por grande parte da comunidade médica. **Conclusão:** Emergência hipertensiva é a síndrome em que a elevação de pressão arterial sistêmica leva a lesão aguda de órgãos-alvo. Diante das divergências no tratamento da síndrome, estudos futuros são necessários para um melhor guia de diagnóstico e tratamento clínico de tal condição, uma vez que reconhecer a doença envolvida e saber tratá-la adequadamente é essencial para um melhor prognóstico.

E-mail: marirodrigues46@hotmail.com

P043 - ADMINISTRAÇÃO DE EPINEFRINA VERSUS VASOPRESSINA NA ABORDAGEM DO PACIENTE EM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA: ATUALIZAÇÃO NO SUPORTE AVANÇADO DE VIDA SEGUNDO A AMERICAN HEART ASSOCIATION

Pereira Junior CW¹, Queiroz BC¹, Oliveira IAC¹, Rezende MSM¹, Fernandes Júnior R¹

Instituições: ¹Universidade Federal de Minas Gerais

Introdução: As doenças cardiovasculares (DCV) são a de maior mortalidade no mundo. A fim de reduzir a morbimortalidade decorrentes de DCV a *American Heart Association* (AHA) elabora o protocolo de Suporte Avançado de Vida Cardiovascular (ACLS) visando padronizar e facilitar o reconhecimento e o tratamento precoce das situações de emergência de origem cardíaca. Esse protocolo foi reformulado em 2015. Dentre as alterações, destaca-se que a vasopressina em combinação com a epinefrina não oferece nenhuma vantagem como substituto da dose padrão de epinefrina na parada cardiorrespiratória. **Objetivos:** Esse trabalho tem como objetivo fazer uma revisão bibliográfica das evidências científicas que foram utilizadas pela AHA para atualizar a diretriz no que diz respeito ao uso inicial de epinefrina unicamente. **Metodologia:** Análise das diretrizes de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) e atendimento cardiovascular de emergência (ACE) da AHA de 2010 e 2015, com foco nas diferenças entre estas; bem como análise da literatura recente relacionada a administração precoce de epinefrina em pacientes em PCR e seus desfechos em comparação a administração inicial de vasopressina que basearam as alterações nos protocolos supracitados. **Resultados:** *Gueugniaud et al*, em seu estudo de 2006 avaliou 2894 pacientes em PCR com fibrilação ventricular, atividade elétrica sem pulso (AESP) ou assistidos em ambiente extra hospitalar, com a intenção de comparar o uso de epinefrina isolada ao uso da combinação de vasopressina e epinefrina. As taxas de sobrevivência até a chegada ao hospital e até a alta hospitalar, de retorno de circulação espontânea, recuperação neurológica na alta e sobrevida após 1 ano foram semelhantes entre ambos os grupos. Porém, em análise *post hoc* foi demonstrada que taxa de sobrevivência até a alta hospitalar foi significativamente maior entre os paciente com AESP quando utilizada epinefrina isoladamente. **Discussão:** Como demonstrado que vasopressina em combinação com a epinefrina não oferece nenhuma vantagem como substituto da dose padrão de epinefrina em PCR é mais lógico se ater a apenas uma droga. Em prol da facilidade fornecida, essa mudança tem como objetivo melhorar o sucesso da aplicação da diretriz e trazer melhores resultados para a população. **Conclusão:** O uso de epinefrina desde o início na assistência a PCR é vantajoso e prático justificando a mudança do protocolo do ACLS da AHA.

E-mail: carloswpj@gmail.com

P044 - ACHADOS DA RADIOGRAFIA DE TÓRAX NO TRAUMA – REVISÃO DE LITERATURA

Lopes TV¹, Campos PIC¹, Silva FA¹, Sodrê TM¹, Santos VS²

Instituições: ¹Faculdade de Medicina de Barbacena; ²Faculdade de Medicina de Barbacena

Introdução: A radiografia do tórax é o exame de escolha na avaliação inicial do trauma torácico. O exame em muitos casos é suficiente para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento do paciente. Até cinquenta por cento das alterações pleurais e mais de sessenta por cento das alterações de parênquima pulmonar podem ser identificadas. Aproximadamente oitenta por cento dos pacientes podem ser beneficiados mesmo na ausência de exames de maior complexidade como tomografia computadorizada. Alterações como; consolidações recentes, linhas de fratura, agrupamento da trama broncovascular, elevação de cúpula diafragmática, desvio de estruturas mediastinais, velamento do seio costofrênico e a presença de alças intestinais no tórax são possíveis achados neste contexto clínico. **Objetivos:** Este trabalho tem como objetivo, através da descrição de conceitos de imagiologia, revisar os principais aspectos da radiografia no trauma torácico. **Metodologia de busca:** Revisão de artigos selecionados no MEDLINE, Scielo e literatura específica. **Resultados:** Junto a dados clínicos a radiografia de tórax auxilia no diagnóstico de; hemotórax, pneumotórax, pneumomediastino, rotura diafragmática, fraturas de arcos costais, fratura de esterno, contusão pulmonar e tamponamento cardíaco. Para isso é fundamental o conhecimento das possíveis alterações radiográficas encontradas. **Discussão:** Apesar da maioria das lesões encontradas em pacientes politraumatizados serem de diagnóstico clínico, no trauma torácico, a radiografia é parte essencial da propedêutica. Este exame, se bem interpretado, oferece dados fundamentais, principalmente em pacientes apresentando alterações hemodinâmicas e ventilatórias. **Considerações finais:** A radiografia de tórax é um exame acessível à maioria dos serviços de pronto atendimento, de simples interpretação e ampla acurácia diagnóstica, provendo informações fundamentais para a conduta no trauma torácico.

E-mail: tuliolopes@gmail.com

P045 - IMPORTÂNCIA DIAGNÓSTICA DA DOR TORÁCICA NA EMERGÊNCIA

Melges PHR¹, Lima MM¹, Costa GLJ¹, Santos MBC¹, Rousseff P²

Instituições: ¹Centro Universitário de Belo Horizonte; ²Médico Cardiologista e coordenador da residência médica do Hospital Mãe Teresa

Introdução: A dor torácica é um sintoma inespecífico e multifatorial que pode representar grande variedade de comorbidades, as quais colocam em risco a vida do indivíduo. Na sala de emergência, é de suma importância que seja feito o diagnóstico diferencial entre suas possíveis causas para que seja proposta a terapêutica mais adequada ao paciente. Torna-se então, relevante a triagem apropriada desses casos uma vez que o diagnóstico incorreto pode ocasionar morte do paciente e oneração do sistema de saúde vigente. **Objetivos:** Investigar condutas na queixa de dor torácica no serviço de emergência a fim de ressaltar a importância do diagnóstico diferencial para o manejo adequado do paciente. **Metodologia:** Revisão bibliográfica não sistemática nas bases de dados LILACS, SCIELO e BIREME, no período de 2000 a 2016, publicados nas línguas portuguesa e inglesa. **Discussão:** As causas de dor torácica são múltiplas e com níveis variáveis de gravidade. Entretanto, o médico emergencista geralmente está empenhado com aquelas que representam maior risco de morte, como: a síndrome coronariana aguda, a dissecação aguda da aorta, a embolia pulmonar e as de maiores recorrências na sala de emergência como angina instável e infarto agudo do miocárdio. Pelo fato da dor torácica ser inespecífica para definição de uma comorbidade, um número considerável de pacientes é internado equivocadamente por uma suposta doença cardíaca aguda, no entanto, sem dados clínicos suficientes para fechar diagnóstico gerando um gasto adiado para o sistema de saúde. Por outro lado, ocorre subdiagnóstico em uma quantidade considerável de casos, nos quais os pacientes recebem alta sem o devido tratamento e têm sua condição clínica agravada. Tendo em vista o dilema de tal situação, muitos médicos emergencistas internam a maioria dos pacientes que apresentam alguma possibilidade de doença coronariana. **Considerações finais:** A anamnese associada a um exame físico atentamente realizado e a disponibilidade bem como utilização correta da propedêutica acarreta um diagnóstico mais específico. Isso traz inúmeras vantagens como: diminuição de morbimortalidade, otimização do atendimento e alívio da angústia do paciente. Sendo assim, a preocupação com o diagnóstico diferencial da dor torácica precoce é justificada.

E-mail: phrm_2009@hotmail.com

P046 - SEPSIS – 3: OS NOVOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS SÃO APLICÁVEIS EM QUALQUER CENTRO DE SAÚDE BRASILEIRO?

Medeiros LA¹, Zadra LGO¹, Caus MB¹, Santos GMR¹, Carvalho LHC¹

Instituições: ¹Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Introdução: No início de 2016, o *The Journal of the American Medical Association* publicou o terceiro consenso internacional de definições de sepse. Dias após sua publicação, o Instituto Latino Americano de Sepse (ILAS), juntamente com outras organizações estadunidenses, não endossaram as novas diretrizes, colocando em voga a discussão sobre a desigualdade no atendimento à saúde entre países desenvolvidos e em desenvolvimento culminando na impossibilidade de serem utilizados os mesmos critérios diagnósticos. **Objetivos:** O presente trabalho pretende discorrer sobre as mortes por sepse no cenário brasileiro atual e a aplicabilidade das novas diretrizes, bem como suas implicações. **Metodologia de busca:** Revisão literária sobre o panorama da sepse no Brasil nas bases de dados PubMed e Scielo. **Discussão:** As justificativas trazidas pelo ILAS para não endossar as novas diretrizes foram: (a) o grupo responsável pelas alterações é composto por integrantes de países desenvolvidos, não sendo, representativos do cenário mundial; (b) os novos conceitos selecionam apenas uma população mais grave, excluindo pacientes que tenham somente hipotensão ou Glasgow < 13; (c) a necessidade de dois critérios qSOFA para começar o tratamento, pode acarretar em aumento da mortalidade; (d) a exclusão da lactatemia é inadmissível, já que seu aumento relaciona-se claramente com aumento do risco de morte. Nos países desenvolvidos, a adoção dos novos critérios visa aumentar a especificidade do diagnóstico com consequente redução dos gastos desnecessários com o “over treatment” e “over diagnosis”. Entretanto, em países de baixo e médio recurso, como o Brasil, a sepse ainda é um desafio para a saúde pública no que tange a realização de diagnóstico precoce, uma vez que uma das principais causas do aumento da mortalidade é o retardo no diagnóstico. **Considerações finais:** Neste contexto, no cenário brasileiro, que conta com enorme discrepância assistencial entre os centros de saúde, os conceitos atualizados, limitam os critérios para definir presença de sepse e seleciona pacientes mais gravemente doentes, o que gera um atraso no início do tratamento, diminui sua efetividade e aumenta ainda mais a taxa de mortalidade.

E-mail: luanaalvesmedeiros@hotmail.com

P047 - TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO MODERADO POR QUEDA EM PARTIDA DE FUTEBOL: RELATO DE CASO

Sá MF¹, Possamai M¹, Queiroz RF²

Instituições: ¹Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais; ²Residente de Neurocirurgia (R3) do Hospital João XXIII

Introdução: O Traumatismo Cranioencefálico (TCE) é uma disfunção cerebral causada por uma força externa na cabeça. É considerado moderado em pacientes que apresentam 9 a 13 pontos na Escala de Coma de Glasgow (ECG) após 6h do trauma. É importante que os pacientes sejam internados e que uma avaliação seriada por Tomografia Computadorizada de Crânio (TCC) seja feita para identificar anormalidades. Nesses casos, o cuidado intensivo objetiva melhorar a perfusão e oxigenação cerebral, o que é possível através do controle da pressão de perfusão cerebral (PPC) e da pressão intracraniana (PIC), tentando-se evitar lesões secundárias como edema cerebral e hipertensão intracraniana (HIC). **Objetivos:** Evidenciar a importância da realização de pelo menos duas TCCs de controle (12 e 24h após trauma) em pacientes com ECG≤13, mesmo clinicamente estáveis, devido ao alto risco de lesões secundárias que podem evoluir rapidamente. **Relato de caso:** Paciente masculino, 36 anos, dá entrada dia 27/06/16 no PS do Hospital João XXIII com história de queda durante partida de futebol. Apresentava-se agitado, com ECG13 e sem déficits aparentes. A TCC de admissão revela contusão frontal direita e hemorragia subaracnoidea traumática temporal esquerda, desvio da linha média < 2mm e cisternas basais abertas, sem fraturas. Foi internado para observação. No dia seguinte ele evoluiu com piora clínica, necessitando intubação e TCC de controle (12h) de urgência, que indicou aumento das dimensões da contusão. A monitorização da PIC constatou 27 mmHg (ideal entre 20 e 25mmHg), sendo adotadas medidas clínicas para o controle de HIC. No 3º dia o paciente foi submetido a craniectomia bifrontal devido à HIC refratária, mantendo PPC=69 mmHg e PIC=28 mmHg, apesar do uso de noradrenalina. No 4º dia, nova TCC revelou efeito de massa em processo de reabsorção. No 5º dia o paciente apresentava PPC=63 mmHg e PIC=30 mmHg, sem resposta às aminas vasoativas, em suporte intensivo e sedação profunda. **Discussão:** Apesar de inicialmente se encontrar estável clinicamente e sem déficits neurológicos, o paciente evoluiu com grave piora em um curto tempo. AHIC, mesmo leve, foi refratária ao uso de aminas, o que levou à necessidade de craniectomia bilateral, procedimento invasivo para redução imediata da PIC. **Considerações finais:** Lesões hemorrágicas causadas por trauma de baixo impacto podem evoluir desfavoravelmente, sendo essencial que todo paciente com TCE e ECG≤13 seja submetido a internação e duas TCCs.

E-mail: marinafsa@hotmail.com

P048 - SEPSE E CHOQUE SÉPTICO: UM ESTUDO SOBRE AS NOVAS DEFINIÇÕES

Coeelho TLM¹, Arruda ALV¹, Bosi T¹, Medeiros LA¹, Furtado PCF¹

Instituições: ¹Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Introdução: As definições de sepse e choque séptico, revisadas pela última vez em 2001, não contemplam os consideráveis avanços científicos que ocorreram até então. Assim, novas definições e critérios clínicos foram publicados pelo *The Journal of the American Medical Association* no Terceiro Consenso Internacional de Definições de Sepse e Choque séptico, considerando os novos recursos de suporte de vida e o melhor entendimento sobre os processos fisiopatológicos e epidemiológicos relacionados à sepse. **Objetivos:** O presente trabalho pretende comparar e analisar as definições da atualização do conceito de sepse e choque séptico. **Metodologia de busca:** Foi realizada uma revisão literária com as palavras-chave: *sepsis*, *septic shock* e *sepsis-3* nas bases de dados Pubmed e Scielo, do período de 2013 a 2016. **Discussão:** A primeira definição de Sepse estabelecida em 1992 foi baseada na presença de infecção e, pelo menos, dois dos quatro critérios da Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS). Já no Terceiro Consenso Internacional de Definições de Sepse e Choque séptico, sepse passa a ser definida como disfunção orgânica potencialmente fatal, causada por uma resposta imune exacerbada a uma infecção. Nesta nova definição a resposta do hospedeiro a infecção é fortemente marcada, enquanto os critérios da SIRS perdem sua antiga representação. O choque séptico é agora definido como um subconjunto da sepse, onde anormalidades metabólicas, circulatórias e celulares subjacentes ganham importância suficiente para aumentar a mortalidade. Limitações nas definições anteriores, como foco excessivo sobre a inflamação, modelo errôneo de que sepse segue uma evolução através da sepse grave até o choque séptico e sensibilidade e especificidade inadequadas da SIRS para triagem da sepse, demonstraram a necessidade de definições e critérios mais adequados. **Considerações finais:** Apesar de os limites inevitáveis que afetam qualquer definição de síndromes que não são acompanhadas por um marcador específico, esta nova classificação inclui a compreensão mais recente e abrangente sobre a biologia da sepse. Dessa maneira, as definições e critérios atualizados devem substituir definições anteriores para fins de pesquisa e de triagem dos pacientes. O reconhecimento precoce dos sinais e sintomas por meio dos novos critérios é de crucial importância para a instituição de medidas terapêuticas imediatas e mais oportunas e, dessa forma, diminuir a mortalidade por sepse.

E-mail: telminhamc@yahoo.com.br

P049 - UTILIZAÇÃO DE ENXERTO SINTÉTICO (PTFE) PARA RECONSTRUÇÃO DE LESÃO EM ARTÉRIA SUBCLÁVIA

Dias CMF¹, Souza FC¹, Silva FBP¹, Nicácio BC¹, Borges ACA², Toledo FDF²

Instituições: 1,2Universidade Federal de Minas Gerais; 2Cirurgiões de Trauma do Hospital Risoleta Tolentino Neves

Introdução: A lesão traumática da artéria subclávia é rara, mas tem alta mortalidade. O diagnóstico é difícil, e o tratamento complexo, pois exige conhecimento da anatomia peculiar da região. Por ser próxima a estruturas como plexo braquial, veia subclávia, clavícula e arcos costais, o acesso cirúrgico à artéria é difícil, sendo frequente a realização toracotomia ou esternotomia. O uso de enxerto sintético de politetrafluoretileno (PTFE) vem sendo eficiente para a reconstrução vascular, além de aumentar a sobrevida e diminuir risco de infecções pós operatórias. **Objetivos:** Relatar caso clínico de reconstrução de artéria subclávia com enxerto de PTFE e correlacionar sua eficácia com evidências da literatura científica. **Relato de caso:** Paciente de 19 anos foi levado ao pronto socorro com lesão em região cervical anterior por perfuração de arma de fogo. À admissão, apresentava hipotensão, taquicardia, inconsciência e intubação orotraqueal. Foi realizada tomografia computadorizada de pescoço e tórax, sendo identificadas falha em bifurcação de tronco braquiocefálico, contusão em ápice pulmonar, hemotórax, grande hematoma cervical com desvio de via aérea e alargamento de mediastino superior. Foi então levado ao bloco cirúrgico, para exploração cervical e mediastinal. Após cervicotomia e esternotomia, foi identificada lesão na terceira porção da artéria subclávia direita, sendo feito reparo com interposição de enxerto sintético de PTFE, além de drenagem torácica bilateral e ligadura de veia jugular interna direita. O paciente apresentou choque hemodinâmico grave, sendo levado para Centro de Tratamento Intensivo, necessitando de noradrenalina. Evoluiu com melhora progressiva e recebeu alta no 38º dia de pós operatório. **Discussão:** A reconstrução da artéria subclávia é feita usualmente com pela derivação com veia safena invertida e pela anastomose primária. Todavia, o uso de enxerto sintético de PTFE vem apresentando melhores resultados no pós-operatório imediato e a longo prazo, com maior sobrevida, além de ser procedimento mais rápido e sujeito a menos complicações. O enxerto sintético, ao contrário das outras técnicas, não está sujeito a variações de calibre, como ocorre com os enxertos de veia safena, e tem menor risco de isquemia, comum na rafia primária. **Considerações finais:** Enxerto de PTFE para doenças e lesões traumáticas de artéria subclávia é seguro, eficaz e durável. Por isso, deve ser o procedimento de escolha, ainda mais em pacientes de alto risco.

E-mail: carla_mfd@hotmail.com

P050 - LUXAÇÃO C5-C6: HÁ SEMPRE NECESSIDADE DE OPERAR?

Ribeiro RBMF¹, Lisboa CAC¹, Loyola MC¹, Morais LM², Leal JS³

Instituições: 1Acadêmicas do 5º ano do curso de Medicina da UFMG; 2Acadêmica do 3º ano do curso de Medicina da UFMG; 3Professor de Ortopedia da Faculdade de Medicina UFMG

Introdução: As fraturas, luxações ou fraturas-luxações da coluna vertebral são lesões graves, especialmente pela possibilidade de lesão da medula espinal, por vezes irreversível. As fraturas cervicais representam menos de 10% das fraturas-luxações vertebrais, porém são as mais graves. As que acometem coluna cervical baixa (C3-C7) respondem por 85% das fraturas cervicais, mais comumente C5-C6. São também as maiores responsáveis pelos traumas raquimedulares que podem cursar com tetraplegia e dependência de ventilação mecânica. **Objetivos:** Discutir a possibilidade de alternativa de conduta em pacientes com trauma cervical que, mesmo com indicação cirúrgica formal, têm restrições ao procedimento, ressaltando a importância da experiência do médico na tomada de decisões. **Relato do caso:** Paciente sexo masculino, 88 anos, sofreu queda da própria altura. Imediatamente levado a serviço de urgência onde não foi identificada alteração. Semanas depois, em reavaliação, foi constatada luxação vertebral de C5-C6 com compressão medular. Ele evoluiu bem com tratamento conservador apesar da gravidade e indicação formal ao tratamento cirúrgico. **Discussão:** As fraturas cervicais têm como tratamento definitivo, em sua imensa maioria, a cirurgia. Os principais objetivos desta são: preservação da anatomia e função da medula espinal; restauração do alinhamento; estabilização do segmento vertebral lesado; prevenção de complicações e restabelecimento precoce das atividades – se possível, sem mobilização externa. As indicações de cirurgia baseiam-se na presença de instabilidade do segmento vertebral, como no caso relatado, e de lesão neurológica (ainda controverso). São indicações absolutas e urgentes: presença de paralisia após intervalo de quadro neurológico normal; presença de paralisia rápida e progressiva ou de paralisia incompleta que evolui para completa. **Considerações finais:** o caso relatado traz à luz a discussão da conduta de uma situação complexa que é o trauma da coluna cervical, cuja indicação formal é a cirurgia. Entretanto, em alguns casos, quando bem executada e em pacientes adequadamente selecionados, a terapia conservadora é capaz de obter resultados satisfatórios e duradouros no que diz respeito ao alívio sintomático e melhoria da qualidade de vida.

E-mail: renataborgesfortes@gmail.com

P051 - ARMADILHAS NO TRAUMA PEDIÁTRICO

Teixeira GA¹, Gurgel KOB¹, Porto JAS¹, Reis MC¹, Botelho Filho FM²

Instituições: 1Faculdade de Medicina de Barbacena; 2Universidade Federal de Minas Gerais

Introdução: Os riscos e as consequências do trauma pediátrico são extensos. De acordo com o DATASUS, a maior causa de morte de pacientes entre 1 e 19 anos em 2014, foram causas externas. No atendimento inicial, as prioridades de avaliação são as mesmas dos adultos, mas existem características anatômicas e fisiológicas singulares da infância. O desconhecimento destas acarreta em um atendimento falho e atrasado. Sendo assim, faz-se necessário, que os profissionais que lidam com atendimento de urgência conheçam tais aspectos, a fim de diminuir esse problema de saúde pública. **Objetivos:** Descrever a importância do conhecimento das armadilhas encontradas no trauma pediátrico para auxílio em sua condução. **Metodologia de busca:** Revisão de literatura nas plataformas SciELO, PubMed e em livros de trauma. **Discussão:** As diferentes modalidades do trauma devem ser tratadas com atenção. Deve-se lembrar, também, que o trauma não envolve apenas o atendimento em si, mas programas de prevenção, pesquisa e reabilitação, muitas vezes negligenciadas pelas redes de saúde. No que se referem ao atendimento inicial, as prioridades mantêm-se, mas dependem da disponibilidade de materiais apropriados, além do respeito a algumas particularidades. As crianças traumatizadas podem ter perda significativa de sangue, sem alterações ao exame, perdem calor facilmente, possuem um sistema esquelético e neurológico imaturos. O lactente é incapaz de verbalizar, os escolares possuem dificuldade em localizar dor e os adolescentes podem estar frágeis psicologicamente. Esses exemplos mostram que o médico deve ter uma postura diferente em seu atendimento, a fim de reconhecer, precocemente, estados de falência respiratória, choque, lesões neurológicas e de abuso. O cenário de armadilhas envolvendo o trauma pediátrico denota a importância de uma equipe especializada, multiprofissional e do cuidado baseado em protocolos pediátricos. **Considerações finais:** A maior armadilha do trauma pediátrico é não preveni-lo. Dos traumatismos da infância, 80% poderiam ser evitados, diminuindo seu impacto no transtorno familiar, social e de saúde pública. Respeitar o ABCDE da prevenção: analisar as informações (vigilância nos locais de trauma), promover coalizões da comunidade com os hospitais, comunicar o problema, desenvolver atividades de prevenção e avaliá-las; além de atender a criança respeitando sua fase de desenvolvimento são formas de diminuir os impactos do trauma infantil.

E-mail: gabrielatss@hotmail.com

P052 - INOVAÇÕES EM PROPEDEÚTICA E TRATAMENTO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO

Joaquim HM¹, Prodígios JCD¹, Ribeiro LO¹, Ussem L¹, Marcolino MS¹

Instituições: ¹Universidade Federal de Minas Gerais

Introdução: Tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo é doença prevalente e de alta morbimortalidade, frequentemente subdiagnosticada e subtratada. Sua incidência estimada na população geral é de 60 a 70 casos a cada 100000 pessoas. **Objetivos:** realizar revisão narrativa acerca de aspectos da propedêutica e da terapêutica de TEP. **Metodologia de busca:** palavras-chave usadas nas bases de dados PubMed, Scielo, UpToDate. **Discussão:** o quadro clínico de TEP é inespecífico e de amplo espectro, variando de casos assintomáticos a quadros graves de insuficiência respiratória e choque, sendo, nesse caso, denominada TEP de alto risco. Os escores de Wells e Geneva são usados para prever a probabilidade de TEP a partir de variáveis obtidas através de história clínica e de exame físico. Tal probabilidade pré-teste pode ser classificada como baixa, intermediária ou alta, ou de forma dicotômica, como TEP improvável ou provável. A classificação tem implicação significativa na condução diagnóstica dos pacientes. Tratando-se de baixa/intermediária probabilidade ou TEP improvável, um D-dímero negativo descarta o diagnóstico de TEP. Se o D-dímero for positivo, procede-se à angiotomografia de tórax, exame confirmatório de escolha. Recentemente, o ultrassom (US) multi-órgão à beira do leito mostrou-se alternativa de alta acurácia diagnóstica. A abordagem inicial em paciente com TEP de alto risco consiste em suporte ventilatório, hemodinâmico, trombólise e anticoagulação. Na ausência de instabilidade hemodinâmica, anticoagulação com heparina não fracionada, heparina de baixo peso molecular ou fondaparinux associados a antagonista da vitamina K (AVK) podem ser usados até obter razão normalizada internacional (RNI) terapêutica, posteriormente mantendo apenas AVK. Os anticoagulantes alvo-específicos revolucionaram o tratamento, pois ofereceram uma alternativa tão efetiva quando o AVK, sem necessidade de controle da RNI. No Brasil, rivaroxabana e dabigatrana já foram aprovadas pela ANVISA, sendo que a rivaroxabana dispensa tratamento inicial com heparina, o que possibilita alta hospitalar precoce. **Considerações finais:** TEP é uma doença de alta morbimortalidade e de difícil diagnóstico. A avaliação da probabilidade clínica é importante e determina o seguimento da propedêutica como inovações na abordagem de TEP, cita-se a possibilidade de uso de US multi-órgão à beira do leito no arsenal diagnóstico e o tratamento com anticoagulantes que dispensam a necessidade de monitorização da RNI.

E-mail: helodimatteo@gmail.com

P053 - SEPSE: NOVAS DEFINIÇÕES FRENTE ÀS ANTIGAS E SUAS APLICABILIDADES NO CENÁRIO NACIONAL

Finotti B B¹, Guerra J B¹, Guerra E P²

Instituições: ¹Universidade Federal de Minas Gerais; ²Médico anesthesiologista

Introdução: O tema apresentado, sepse, passou por uma recente e importante revisão, sendo publicado no *Journal of the American Medical Association* (JAMA) em fevereiro de 2016 o *The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock* (Sepsis-3), elaborado por iniciativa da *Society of Critical Care Medicine* e da *European Society of Intensive Care Medicine*. Apesar da importância e necessidade de atualização do assunto, visto que sua última revisão havia ocorrido em 2001, algumas entidades não endossaram as novas definições. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica baseada na literatura especializada através da consulta de artigos científicos encontrados no Pubmed, portal da CAPES e Scielo. **Objetivo:** Abordar e discutir os novos e antigos critérios diagnósticos de sepse, avaliando suas aplicabilidades no cenário brasileiro. **Discussão:** Pela definição de 2001 sepse é descrita como uma resposta inflamatória sistêmica decorrente de um único ou múltiplos processos infecciosos, não sendo a septicemia uma condição necessária. Considera-se sepse grave situações nas quais a sepse complica-se, progredindo para disfunção aguda de órgãos. Nos casos em que ocorre hipotensão refratária à reposição hídrica adequada, classifica-se como choque séptico. Já pela definição atualizada, de 2016, sepse passa a um estado de ameaça à vida devido a disfunção orgânica causada por uma resposta desregulada do organismo a uma infecção. Podendo essa resposta inadequada e disfunção ser reconhecida com o uso dos critérios de SOFA (*Sequential [Sepsis-related] Organ Failure Assessment*). Considera-se sepse caso o paciente possua uma pontuação maior ou igual a 2 pelos critérios. Em outras palavras, sepse pode ser vista como uma condição clínica em que há lesão de tecidos e órgãos devido uma resposta orgânica a uma infecção. Sob a luz da nova definição e critérios diagnósticos sugeridos pelo (Sepsis-3) o conceito de sepse grave torna-se redundante. **Conclusão:** O novo consenso busca reduzir a especificidade do diagnóstico, evitando assim gastos com *over treatment* e *over diagnosis*. Já nos países com menos recursos, como o Brasil, a meta e desafio ainda é o diagnóstico e instituição precoces do tratamento, além da identificação adequada de potenciais pacientes graves. No contexto brasileiro, a alta sensibilidade dos métodos diagnósticos não é indesejada como acontece na Europa, já que tende a diminuir as falhas dos sistemas de saúde e também o subdiagnóstico da sepse.

E-mail: bernardofinotti@gmail.com

P054 - CETOACIDOSE DIABÉTICA E ESTADO HIPEROSMOLAR HIPERGLICÊMICO

Maciel RAM¹, Agostini GE¹, Dutra DM¹, Cunha TR¹, Souza JYD¹, Borges IN²

Instituições: ¹Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; ²Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

Introdução: A cetoacidose diabética (CAD) e o estado hiperosmolar hiperglicêmico (EHH) são complicações graves em pacientes com diabetes mellitus, associadas à elevados índices de morbimortalidade e altos custos hospitalares. Dessa forma, conhecer essas condições e saber manejá-las é de extrema importância na prática clínica. **Objetivos:** Realizar uma revisão sobre fisiopatologia, fatores precipitantes, diagnóstico e manejo da CAD e do EHH. **Métodos:** Utilizando-se descritores cetoacidose diabética e estado hiperosmolar hiperglicêmico, foi realizada busca nas bases de dados Medline® e PubMed®. Foram considerados elegíveis 12 artigos publicados em inglês entre 1988-2016. **Discussão:** CAD e EHH resultam de deficiência absoluta ou relativa de insulina, com liberação excessiva de hormônios contrarreguladores. Na CAD, há aumento da produção hepática de glicose, redução da captação periférica e lipólise, levando a hiperglicemia, hiperosmolaridade e cetogênese. No EHH, há deficiência relativa de insulina, em concentrações suficientes para inibir o processo de lipólise e cetogênese hepática. Essas condições podem ser precipitadas por infecções, gestação, abuso de álcool e uso de drogas hiperglicemiantes. Devem ser suspeitadas em doentes que apresentam hiperglicemia, sendo imprescindível anamnese e exame físico minuciosos, além de avaliação laboratorial que incluiu hemograma, função renal, glicemia capilar, eletrólitos séricos, corpos cetônicos, pressão osmótica, pH venoso ou arterial, exame de urina, cetonúria, e rastreio infeccioso quando pertinente. Na CAD verifica-se poliúria, dor abdominal, sinais de desidratação e padrão respiratório de Kussmau, com quadro confirmado pela presença de hiperglicemia >250mg/dL, acidose metabólica por ânion *gap* aumentado ($\text{HCO}_3^- < 18 \text{mmol/L}$) e cetonemia (>3mmol/L). No EHH, há glicemia superior a 600mg/dL e osmolaridade >320mmol/kg, na ausência de acidose metabólica e cetonemia. O tratamento de ambos quadros objetiva a resolução do fator precipitante; a restauração do volume circulatório e da perfusão tecidual através da hidratação venosa; e a cessação de cetogênese, correção da hiperglicemia, da acidose e dos desequilíbrios eletrolíticos através da insulino terapia, devendo-se manter o paciente cuidadosamente monitorizado. **Conclusão:** A CAD e o EHH são complicações metabólicas agudas que implicam risco grave à vida dos pacientes diabéticos. Sua identificação e manejo eficiente são de extrema importância para o bom prognóstico.

E-mail: rayraamana@gmail.com

P055 - O PAPEL DA OXIMETRIA CEREBRAL NA MONITORAÇÃO DO PACIENTE NEUROCRÍTICO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Cotta BSS¹, Oliveira GG², Carvalho NA², Faleiro RM³

Instituições: ¹Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais; ²Universidade Federal de Minas Gerais; ³Neurocirurgia, Hospital João XXIII

Introdução: O desafio atual na abordagem de pacientes com TCE não é apenas o dano inicial, que já acarreta impactos irreversíveis, mas, sobretudo, o manejo de lesões secundárias, como edema cerebral e isquemia, que se seguem ao trauma primário. Essas lesões tornam-se foco no cuidado dos pacientes neurocríticos por apresentarem um caráter de reversibilidade se detectadas precocemente. Nesse sentido, vem sendo utilizada a monitoração multimodal nos cuidados neurointensivos, um sistema que detecta mudanças bioquímicas do tecido associadas às alterações fisiológicas decorrentes de uma lesão cerebral aguda. Juntamente com a medida da pressão intracraniana (PIC), a oximetria cerebral a partir da avaliação direta e contínua da pressão de oxigênio no tecido cerebral (PtiO₂) é um dos parâmetros dessa monitoração, sendo realizada por um eletrodo polarográfico que mede localmente a tensão tissular de oxigênio. Essa técnica tem se tornado fundamental para a determinação precoce da lesão hipóxica, frequentemente secundária ao TCE e à hemorragia subaracnoideia. **Objetivo:** Avaliar os possíveis benefícios do monitoramento da PtiO₂ em complementação à PIC a partir da análise do caso de um paciente assistido e abordado no HJXXIII. **Relato de caso:** Paciente, 19 anos, sexo masculino, vítima de acidente automobilístico, encontrado em ECG=3. Foi intubado em sequência rápida, recebendo cuidados PHTLS e ATLS na chegada ao HJXXIII. Pupilas apresentavam-se isocóricas e com TC = Marshall II exibindo pequena contusão frontal à esquerda e hemorragia subaracnoidea traumática. Foi introduzido um eletrodo polarográfico para monitoração da PtiO₂ e da PIC. Após 18 horas de sua admissão, a hiperventilação otimizada foi empregada na tentativa de diminuição da PIC, que encontrava-se no valor de 23 mmHg. **Discussão:** A hiperventilação ocasiona um estado de hipocapnia que tem efeito vasoconstritor cerebral, gerando uma diminuição da PIC. No caso apresentado, a hiperventilação foi capaz de reduzir a PIC para 5 mmHg. Entretanto, foi evidenciada uma queda simultânea da PtiO₂ para 18 mmHg (normal = 25-50 mmHg). Dessa forma, constatou-se uma isquemia cerebral com PIC normal subsequente à hiperventilação empregada. **Considerações finais:** A avaliação da PtiO₂ destaca-se por sua confiabilidade e é recomendada nos atuais *guidelines* de monitoração multimodal. No caso apresentado, foi possível a identificação e intervenção precoce de uma isquemia com PIC normal, constatando, assim, o benefício dessa técnica.

E-mail: brunacotta1@gmail.com

P056 - OBSTRUÇÃO DE ARTÉRIA BASILAR APÓS TRAUMA INCISO CERVICAL: RELATO DE CASO

Batista RS¹, Chaves TV², Resende LJ², Menezes PVA², Faleiro RM³

Instituições: ¹Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais; ²Universidade Federal de Minas Gerais; ³Hospital Pronto-Socorro João XXIII

Introdução: No período compreendido entre fevereiro de 2015 e fevereiro de 2016 foram reportados 156, 274 casos de acidentes vasculares encefálicos (AVE) no Brasil. Dos casos de AVE isquêmicos, cerca de 20% são oriundos da obstrução de artéria basilar. No trabalho apresentado, relata-se um caso atendido no Hospital João XXIII (HJXXIII), em que uma lesão traumática acarretou em AVE. Trata-se de um paciente masculino, 38 anos de idade, encontrado em via pública pelo serviço médico de urgência com sinais de lesões corto-contusa occipital e incisa cervical bilateral, inicialmente com Glasgow 14, mas que rapidamente rebaixou o nível de consciência e foi submetido a intubação orotraqueal. Após 48 horas da admissão, tomografia computadorizada de crânio evidenciou zonas de lesão isquêmica no encéfalo, sendo constatada, após angiogramia, uma falha de enchimento em porção superior da artéria basilar. Não foram realizados procedimentos para reperfusão. Os cuidados multiprofissionais envolveram diagnósticos de enfermagem (NANDA) e intervenções de enfermagem (NIC). Após 13 semanas, o paciente evoluiu para GOS (*Glasgow Outcome Scale*) 2, quando, então, houve transferência para reabilitação em regime hospitalar. Neste caso clínico, correlaciona-se o traumatismo com a formação do fenômeno tromboembólico que levou à obstrução da artéria basilar, sem sinais de predição de oclusão da mesma, como a hiperdensidade da artéria cerebral média. O uso de trombolíticos ou de anticoagulante ou de antiplaquetário tem AVE tem risco benefício favorável quando administrados em até 6 horas após o evento, o que não foi o caso do paciente em questão, o qual também possuía outras contraindicações: o sangramento em consequência do trauma e a cirurgia cervical prévia. A desobstrução mecânica da artéria basilar também é contraindicada após as primeiras horas do AVE isquêmico. Conclui-se a partir desse caso que a avaliação de exames de imagem é imprescindível para pacientes traumatizados, com rebaixamento da consciência e que não apresentam exame semiológico conclusivo. Porém ainda é necessário buscar métodos mais sensíveis para detecção precoce dessas patologias e, assim, diminuir os danos causados pela isquemia do tecido encefálico. Enfatiza-se, também, a necessidade dos cuidados integrados das equipes multiprofissionais a fim de evitar o surgimento de complicações decorrentes de déficit neurológico apresentado após AVE.

E-mail: ricardoefmed@hotmail.com.br