

de 1997 a dezembro de 1998. Destes, 340 (14,9%) eram vítimas com idade variando de 0 a 18 anos. Estes 340 casos constituíram o objeto do estudo. A média de idade foi de 11,7 anos, sendo que a faixa etária com maior número de casos foi a de 12 a 18 anos, com 203 vítimas (59,7%). Pertenciam ao sexo masculino 66,5% do total, mas na faixa abaixo de 7 anos as mulheres constituíram o maior grupo. A média de altura foi de 143cm e 58,5% eram faiodermas. Houve menção a algum tipo de atendimento médico (hospital ou unidades de pronto atendimento) em 59,5% dos pacientes e 40,5% faleceram no local. A causa da morte foi atribuída a trauma crânio-encefálico (TCE) em 54,4% dos casos, a politraumatismo em 16,5%, a choque hipovolêmico também em 16,5%, a sepse em 10,1% e outras causas em 2,5%. Com base nos resultados deste estudo o perfil da vítima de acidente de trânsito na faixa etária de 0 a 18 anos é masculino, faioderma, média etária de 11,7 anos e com alta incidência de TCE.

TEMA LIVRE MONOGRAFIA

ANTIINFLAMATÓRIOS NÃO ESTERÓIDES E OPIÓIDES

Carneiro, BGMC.

Faculdade de Medicina da UFMG

As drogas antiinflamatórias não esteróides (AINES) compreendem um grupo heterogêneo de compostos que compartilham efeitos terapêuticos e colaterais. O ácido acetilsalicílico, protótipo deste grupo de drogas, foi inicialmente sintetizado na Alemanha em 1899 e com o tempo várias drogas com ação semelhante foram sendo produzidas. A ação antiinflamatória dos AINES decorre da inibição da produção das prostaglandinas, pela inibição da enzima ciclooxigenase (COX) 1 e 2. O surgimento de novos AINES, inibidores seletivos da COX-2, agem preferencialmente no processo inflamatório, evitando muitos efeitos colaterais. Os AINES são eficazes em dores de baixa a média intensidade, podendo ser usados no pós-operatório de algumas cirurgias. Além disso, atuam no hipotálamo reduzindo a temperatura em processos febris e na inflamação, sendo muito importantes no tratamento de distúrbios musculoesqueléticos. O efeito colateral mais comum é a propensão a induzir ulceração gástrica.

Os opióides são um grupo de drogas relacionadas ao ópio ou à morfina. A morfina foi isolada do ópio pela primeira vez em 1806 e recebeu este nome em homenagem a Morfeu, deus grego dos sonhos. A ação dos opióides se dá através da ocupação dos receptores opióides do organismo, mimetizando a ação dos peptídeos opióides endógenos. Eles são usados principalmente como analgésicos, aliviando o sofrimento através da alteração do componente emocional da experiência dolorosa, sendo muito úteis na dor da doença terminal e do câncer. Devido às alterações causadas pelo trauma cirúrgico, pode ser feita a analgesia pré, per ou pós-operatória com estas drogas, de acordo com o tipo de cirurgia. Outra importante função dos opióides é o seu uso como anestésico. Os efeitos colaterais mais temidos, relacionados à dose empregada e ao tempo de uso são, a curto prazo, depressão respiratória e a longo prazo, dependência.

FÍSTULAS ENTÉRICAS PÓS-OPERATÓRIAS: QUANDO REOPERAR?

Costa, MBS.

Instituição: Faculdade de Medicina da UFMG

As fístulas digestivas estão entre as mais temíveis complicações pós-operatórias. A mortalidade para a maioria dos procedimentos eletivos é atualmente inferior a 5%, variando de 6,45 a 48% na maioria das séries publicadas sobre fístulas digestivas.

Diversos fatores podem predispor o aparecimento de fístulas entéricas pósoperatórias: fatores gerais —> idade avançada, sepse e desnutrição; e fatores locais —> infecção local, material de sutura, telas e próteses. As causas mais frequentes de aparecimento de fístulas pós-operatórias são: deiscência de anastomose; ação traumática de drenos e tubos; e lesões traumáticas acidentais não percebidas na cirurgia.

As fístulas são classificadas em: 1) alto débito: propiciam infecção, espoliação nutricional, hidroeletrólítica e ácido-básica; e 2) baixo débito: com poucas repercussões sistêmicas ou locais.

O tratamento bem elaborado é feito por uma equipe multiprofissional. As medidas clínicas e cirúrgicas se complementam, podendo a última ser necessária como medida auxiliar, principalmente no combate à sepse. O tratamento adota primeiramente medidas gerais de recuperação; numa segunda etapa, objetiva o equilíbrio dos líquidos corporais; desaparecimento das manifestações sépticas; redução do débito da fistula; proteção da pele e reparação de suas lesões; e melhoria do estado nutricional. Se não ocorrer o fechamento espontâneo, recorre-se ao tratamento cirúrgico.

O tratamento cirúrgico inicialmente é de grande risco, mas deverá ser realizado para tratamento da peritonite difusa, drenagem de abscesso ou realização de estomias. A reanastomose não deve ser tentada porque na maioria das vezes é mal sucedida. A cirurgia deve ser programada, explorando-se ampla e minuciosamente o abdome para desfazer bridas e acotovelamentos.

PANCREATITE AGUDA PÓS-OPERATÓRIA

Machado, VMM.

Faculdade de Medicina – Universidade Federal de Minas Gerais

Com o advento de técnicas cirúrgicas avançadas e o aumento do número de cirurgias, cresce a ocorrência de complicações pós-operatórias. A pancreatite aguda pode surgir como uma destas complicações, fazendo parte do quadro de abdome agudo pós-operatório.

Apesar da ocorrência de pancreatite aguda pós-operatória ser relativamente rara, sua importância deve ao seu alto índice de morbidade e mortalidade. Assim, o objetivo principal deste trabalho foi estabelecer suas prováveis causas, diagnóstico e tratamento. Para atender a tal objetivo foi realizada pesquisa bibliográfica nas principais revistas e publicações da área.

A pancreatite aguda pós-operatória surge mais frequentemente após cirurgias do trato biliar nas quais há manipulação deste e da ampola de Vater, ou após cirurgias na periferia do pâncreas, sugerindo que, nestes casos, seja conseqüente ao trauma. Entretanto, ocorre também como complicação de cirurgias realizadas à distância do pâncreas.

São apontadas como causas da pancreatite aguda pós-operatória: trauma direto, obstrução, desvascularização, hipotermia, isquemia, medicamentos. Estes fatores desencadearão a ativação de enzimas digestivas pancreáticas que, em contato com o parênquima do órgão, levarão ao desenvolvimento da pancreatite.

O diagnóstico inicial é clínico: o paciente apresenta dor contínua no andar superior do abdome, hipotensão, febre, distensão abdominal, náuseas, vômitos, hipocloremia, hipocalcemia, uremia. A ultra-sonografia abdominal e a tomografia computadorizada auxiliam o diagnóstico.

O tratamento consiste em repouso alimentar, analgesia, correção dos distúrbios eletrolíticos, hidratação venosa. As intervenções cirúrgicas geram controvérsia, mas tem havido indicação em caso de sangramento e presença de abscessos e coleções líquidas volumosas.
