

COBRALT

Entidade tem nova diretoria

O CoBraLT (Comitê Brasileiro das Ligas do Trauma) uma associação estudantil formada pela união das Ligas do Trauma do Brasil e de seus integrantes possui uma nova diretoria. Durante o XIII CoLT (Congresso Brasileiro das Ligas do Trauma), em Vitória/ES, tomou posse a nova diretoria, presidida pelo acadêmico de Medicina da Unicamp, Thiago M. Zago.

Desde a posse, a nova diretoria já iniciou uma reformulação em seu site, definiu uma nova

parceria com a **Abramed** (Associação Brasileira de Medicina de Emergência), estreitou seus laços com a SBAIT (Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado) e aumentou em 50% o número de Ligas filiadas.

Como metas para 2012, o CoBraLT tem a criação de um programa efetivo de videoconferências entre as Ligas de Trauma e Emergência de todo o Brasil e a organização do XIV Congresso Brasileiro das Ligas do Trauma (CoLT), em conjunto com o X Congresso SBAIT e o World Trauma Congress, que ocorrerão no Rio de Janeiro, em agosto. Para conhecer melhor o CoBraLT ou para filiar a sua liga, acesse www.cobralt.org.

Como metas para 2012, o CoBraLT tem a criação de um programa efetivo de videoconferências entre as Ligas de Trauma e Emergência de todo o Brasil e a organização do XIV Congresso Brasileiro das Ligas do Trauma (CoLT), em conjunto com o X Congresso SBAIT e o World Trauma Congress, que ocorrerão no Rio de Janeiro, em agosto. Para conhecer melhor o CoBraLT ou para filiar a sua liga, acesse www.cobralt.org.

TELEMEDICINA

TBE-CiTE discute trauma



A SBAIT e o CBC, por meio da

SBAIT faz pesquisa sobre residência

É de conhecimento de todos que desde 2003 a Cirurgia do Trauma deixou de ser reconhecida como uma especialidade médica no Brasil. Desde então, a SBAIT vem trabalhando bastante para propagar o ensino de Trauma entre os seus membros, médicos e acadêmicos de Medicina.

A Área de Atuação em Cirurgia do Trauma é, atualmente, reconhecida pelo MEC (Ministério da Educação) como um programa de um ano de duração, tendo como pré-requisito os dois anos de Cirurgia Geral, e é uma das áreas prioritárias pelo Pró-Residência.

A SBAIT realizou, recentemente, uma pesquisa entre seus sócios para identificar o conjunto de habilidades e competências que deve ser adquirido pelo médico residente na Área de Atuação em Cirurgia do Trauma, bem como o tempo necessário para formar este profissional.

Um total de 95 pessoas respondeu ao questionário completo, tendo como média de formação médica de 18,4 + 9,9 anos, e procedentes de 29 cidades e 14 estados do Brasil. Perguntado se, atualmente, atuava como professor ou preceptor de programa de Residência Médica em Cirurgia Geral (R1 e R2), 61% respondeu sim. Quando perguntado se o pro-

grama Área de Atuação em Cirurgia do Trauma deve incluir o treinamento de urgências cirúrgicas não traumáticas (ex.: abdome agudo), 80% respondeu sim, com certeza. Sobre o tempo de duração de um programa ideal de Área de Atuação em Cirurgia do Trauma foi votado como dois anos por 67% dos participantes. O nome escolhido como o mais adequado para denominar o programa foi Área de Atuação em Cirurgia do Trauma e Emergência (25% das respostas). Na opinião dos participantes, a Cirurgia do Trauma deve ser reconhecida como uma especialidade médica pela AMB (Associação Médica Brasileira), CFM (Conselho Federal de Medicina) e CNRM (Comissão Nacional de Residência Médica), sendo que: 70% responderam sim, com certeza, e outros 20% responderam sim, com dúvidas, necessitando maior discussão.

Baseado no resultado desta pesquisa, aberta e transparente, que permitiu que todo sócio da SBAIT emitisse a sua opinião, solicitamos que você encaminhe para secretaria@sbait.org.br as suas conclusões, bem como sugestões para os próximos passos que a sociedade deve dar no sentido de melhorar a formação de profissionais para atuarem com as urgências cirúrgicas traumáticas e não traumáticas no Brasil.



Estudo identifica competências para residentes

ANTONIO MARTINS AND TELEMEDICINE TEAM- RYDER TRAUMA CENTER

Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (*Journal of the Brazilian College of Surgeons*), se uniram com professores da Universidade de Toronto para reproduzir uma experiência que já está dando certo no Canadá e tem tudo para ser um grande sucesso dessas entidades aqui no Brasil: reuniões de revista (*journal clubs*) para assistentes, residentes, pós-graduandos e acadêmicos de Medicina e áreas da saúde, envolvendo, simultaneamente, vários serviços para discutirem um assunto previamente agendado.

As conclusões dessa reunião, denominada Telemedicina Baseada em Evidências em Cirurgia do Trauma e Emergência (TBE-CiTE), re-

sultarão num artigo sintetizado publicado na Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões para orientação dos cirurgiões brasileiros. Todos os serviços que participarem da reunião serão citados no artigo, e cada um poderá apresentar assuntos que representam uma grande experiência. Por hora, será utilizada a rede de Telemedicina que já existe desde 2010. Na primeira reunião TBE-CiTE, realizada em janeiro, o tema discutido foi "Uso do ácido tranexâmico na hemotransfusão de traumatizados". As reuniões TBE-CiTE são realizadas na última terça feira de cada mês par, no horário 1 PM em

Toronto. A reunião de 28 de fevereiro será às 15 h, no horário de Brasília. Mais informações em secretaria@sbait.org.br.

WTC

Chamada para trabalhos científicos

As inscrições de trabalhos científicos para o *World Trauma Congress*, X Congresso SBAIT e XIV CoLT já estão abertas e seguem até o dia 1º de maio. Além dos resumos (*abstracts*) para apresentação oral, pôster ou vídeo, o WTC traz uma



novidade que é a submissão de trabalhos completos (*papers*). Os melhores trabalhos serão selecionados para publicação num número especial da Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (artigos submetidos em português) ou num suplemento do *World Journal of Emergency Surgery* (artigos submetidos em inglês). Na verdade, isso representará uma premiação aos autores, pois além de apresentarem

seus trabalhos como tema livre no Congresso, terão o artigo publicado em revistas indexadas no Pubmed, num prazo de menos de quatro meses entre enviar o artigo e tê-lo em definitivo nas respectivas revistas. Quanto aos temas específicos das pesquisas, os trabalhos deverão ser classificados nos seguintes grupos: APH, Atendimento na Sala de Emergência, Atendimento na Terapia Intensiva, Ensino,

Ética e Pesquisa, Trauma Cervical, Trauma Torácico, Trauma Abdominal, Trauma Pélvico e de Extremidades, Neurotrauma, Cirurgia Experimental, Infecção, Emergências não Traumáticas e Miscelânea. Os artigos deverão ser enviados o quanto antes, pois caso sejam selecionados, os autores terão mais tempo para as revisões finais. Informações em http://www.jzkenes.com/congressos/trauma/tema_livre.php.

TRAUMA PÉLVICO

Cuidados no atendimento

O trauma pélvico é considerado uma importante causa de morbimortalidade em doentes politraumatizados. Sua incidência varia entre 5% a 12% dos casos de trauma fechado.

A mortalidade hospitalar de pacientes portadores de fraturas pélvicas varia entre 7% a 19%. A hemorragia maciça decorrente da própria fratura está envolvida em muitos casos, porém as lesões associadas (de estruturas intra-abdominais ou da cavidade pélvica), sejam elas decorrentes da própria fratura ou da transferência de energia cinética, também são causas importantes de mortalidade nestes pacientes. Vítimas portadoras de fraturas expostas de pelve possuem uma taxa de mortalidade bem mais elevada, ao redor de 50%.

A identificação e manejo corretos dos pacientes com trauma pélvico são essenciais para minimizar a perda sanguínea decorrente destas lesões.

A avaliação inicial destes pacientes deve ser criteriosa, pois estudos evidenciaram que o tradicional exame de compressão e movimentação da bacia, em busca de sinais de fratura, possui baixo grau de especificidade e sensibilidade, sendo efetivo apenas para fraturas de grande magnitude. Além disso, pode propiciar o desalinhamento da fratura e aumento do sangramento, levando à piora clínica da vítima.

Há evidências de que o melhor indicador clínico para fratura pélvica seja a dor relatada pelo paciente, porém tais relatos só podem ser confiáveis quando temos vítimas sem rebaixamento do nível de consciência e sem outras lesões que possam causar dor mais intensa. Na ausência dessas condições, a suspeita deve ser feita, inicialmente, pelo mecanismo de trauma, e por sinais como: deformidades, escoriações em proeminências ósseas, hematomas, sangramento uretral, vaginal ou retal, diferença de comprimento ou rotação dos membros inferiores (na ausência de fratura neles).

O manejo pré-hospitalar destes pacientes deve incluir uma imobilização adequada o mais rapidamen-



Trauma pélvico é importante causa de mortalidade

te possível, o que pode ser conseguida com medidas simples, como amarrar um lençol ao redor da bacia, envolvendo as cristas ilíacas e sínfise púbica. Essa manobra tem o potencial de realinhar as fraturas e diminuir o volume da cavidade pélvica, o que pode proporcionar considerável diminuição de sangramento proveniente de lesões no plexo venoso sacral ou da própria fratura óssea. Nos casos em que o sangramento tem origem em lesões arteriais, essa manobra será pouco efetiva, sendo necessárias medidas mais complexas já em ambiente hospitalar, para contenção do sangramento, tais como angiografia e embolização.

A reposição volêmica nestes pacientes deve ser feita cuidadosamente e sem agressividade, visto que tratam-se de lesões hemorrágicas sem possibilidade de compressão direta, sendo que a oferta excessiva de líquidos intravenosos pode causar piora da coagulopatia e aumento do sangramento. Orienta-se, então, a reposição de soluções isotônicas até que haja pulso radial palpável, seguindo o conceito de hipotensão permissiva.

Analgesia pode ser ministrada em pacientes conscientes e hemodinamicamente estáveis.

Finalmente, o transporte do paciente deve ser realizado cuidadosamente, evitando-se, ao máximo, a realização de rolamentos e movimentação excessiva para acomodação em prancha longa, podendo ser utilizadas, se disponíveis, pranchas articuladas (tipo *scoop stretcher*).

A imobilização deve ser mantida na sala de emergência durante o atendimento inicial e, se possível, até o término da avaliação radiológica do paciente.

RÁPIDAS

- **Telemedicina Baseada em Evidências em Cirurgia do Trauma e Emergência (TBE-CiTE) SBAIT / CBC** - No dia 28 de fevereiro, terça-feira, às 15 h (horário Brasília), via teleconferência, será discutido o tema: "Apencicite aguda: tratamento cirúrgico ou clínico?". Informações: secretaria@sbait.org.br.

- **TRAUMA Teleconferência SBAIT**. - Última quarta-feira de cada mês, das 17 às 18 h. (horário Brasília). Próximas reuniões: 29/02 e 28/03. Informações: secretaria@sbait.org.br.

- **Curso "Resposta Médica Avançada em Desastres"** - Dia 24 de março, organizado pela Sociedade Panamericana de Trauma e SBAIT - AL. Mais informações em <http://www.comunicentados.com.br/index.php/evento/203/curso-de-resposta-medica-avancada-em-desastres>.

- **"CIRURGIÃO ANO 6: Atualização em Cirurgia Geral, Emergência e Trauma"** - De 26 a 28 de abril de 2012, em São Paulo, SP. Informações em <http://www.cirurgiaoatualizacao.com.br/>.

- **TRAUMA 2012 Congresso de Trauma do Vale do Paraíba** - Em São José dos Campos, SP, no período de 16 a 18 de maio de 2012. No primeiro dia, o evento começa com o curso "Resposta Médica Avançada em desastres", organizado pela Sociedade Panamericana de Trauma e SBAIT. Informações em secretaria@sbait.org.br.

- **INTERGASTRO e TRAUMA 2012 - Projeto Interdisciplinar de Atualização em Aparelho Digestivo e Trauma** - Dias 18 e 19 de maio de 2012, em Campinas, SP. Informações em www.intergastro.com.br.

- **World Trauma Congress, X Congresso SBAIT e XIV CoLT (Congresso Brasileiro das Ligas de Trauma)** - Rio de Janeiro, de 22 a 25 de agosto de 2012. Inscrições abertas com descontos para sócios da SBAIT e das sociedades parceiras. Submissão de trabalhos científicos até 1º de maio de 2012. O evento já tem confirmada a presença de 60 convidados internacionais, de mais de 30 países. Informações em www.worldtraumacongress.com.